Verward van geest en ander ongerief

Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Huizinga Instituut, Onderzoekschool voor Cultuurgeschiedenis, de Faculteit der Geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam en de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht.

Verward van geest en ander ongerief

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)

Harry Oosterhuis

Marijke Gijswijt-Hofstra

I

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
BOHN STAFLEU VAN LOGHUM – 2008

© 2008 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij, Houten
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermeerdigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

De uitgever heeft alles in het werk gesteld voor de afbeeldingen in deze uitgave bij de rechthebbenden toestemming voor publicatie te verkrijgen. Zo veel mogelijk is de bron vermeld in de lijst van illustraties. Zij die desondanks menen aanspraak te kunnen maken op auteursrecht, kunnen zich melden bij de uitgever.

NUR 870

Ontwerp omslag en binnenwerk:
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

BAND I

Woord vooraf *XIII*

Inleiding *1*

1 Psychiatrie in opbouw (1870-1918) *29*

Inleiding *29*
1.1 De negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg *30*
1.2 De uitdagingen van de moderne massamaatschappij *56*
1.3 De eerste medische specialisatie: het psychiatrisch-neurologische vak en werkveld *64*
1.4 Het grote bouwen *70*
1.5 De wereld van het gesticht *111*
1.6 De zorg voor zenuwlijders *163*
1.7 De universitaire psychiatrie en neurologie *186*
1.8 Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten *207*
1.9 De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie *221*
Nabeschouwing *238*

2 Beloftes van het nieuwe (1918-1940) *245*

Inleiding *245*
2.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak *246*
2.2 De gestichts- en inrichtings psychiatrie *262*
2.3 Krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen *282*
2.4 Krankzinnigenzorg in de maatschappij *353*
2.5 Geestelijke volksgezondheid *375*
2.6 Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg *412*
2.7 Psychotherapie en psychoanalyse *420*
Nabeschouwing *433*

3 Ontwrichting, uitbouw en kentering (1940-1965) *443*

Inleiding *443*
3.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak *446*
3.2 De oorlog in de psychiatrische inrichtingen *465*
3.3 De inrichtingspsychiatrie na de oorlog *513*
3.4 Zorg in de psychiatrische inrichting *533*
3.5 Geestelijke volksgezondheid tijdens oorlog, bezetting en bevrijding *621*
3.6 Geestelijke volksgezondheid in de lange jaren vijftig *645*
3.7 De ambulante geestelijke gezondheidszorg *664*
Nabeschouwing *731*

BAND II

4 Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand (*1965-1985*) *745*

Inleiding *745*
4.1 Het psychiatrisch vak *747*
4.2 De geestelijke gezondheidszorg onder druk: kritische psychiatrie en overheidsbemoeienis *773*
4.3 De metamorfose van het psychiatrisch ziekenhuis *811*
4.4 Patiënten, verpleging en behandeling *849*
4.5 Geestelijke volksgezondheid als welzijnsideologie *941*
4.6 De ambulante geestelijke gezondheidszorg: expansie en reorganisatie *965*
Nabeschouwing *1008*

5 Schuivende schotten en haperende vermaatschappelijking (*1985-2005*) *1031*

Inleiding *1031*
5.1 Het psychiatrisch beroep *1033*
5.2 Maatschappij, overheid en geestelijke gezondheidszorg *1048*
5.3 De intramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende *1085*
5.4 De ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de eeuwwende *1161*
5.5 Geestelijke gezondheidszorg en samenleving *1189*
Nabeschouwing *1208*

Slotbeschouwing *1219*

BAND III

Archivalia *1277*
Bibliografie *1279*

Bijlagen *1399*

Bijlage 1a
Chronologisch overzicht van krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940 *1401*

Bijlage 1b
Chronologisch overzicht van psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000 *1409*

Bijlage 2
Chronologisch overzicht van idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940 *1413*

Bijlage 3
Chronologisch overzicht van sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884-1940 *1417*

Bijlage 4
Overzicht van naamsveranderingen en fusies van psychiatrische inrichtingen/ziekenhuizen in Nederland 1945-2005, alfabetisch naar plaatsnaam gerangschikt *1425*

Inleiding bij de bijlagen 5a tot en met 5d *1433*

Bijlage 5a
Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964 *1435*

Bijlage 5b
Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997 *1441*
Bijlage 5c
Verpleegden in psychiatrische inrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen in Nederland 1969-2000, gebaseerd op CBS *1445*

Bijlage 5d
Verpleegden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Nederland 1980-1996, gebaseerd op GGZ in getallen *1447*

Bijlage 6
Aantallen en soorten voorzieningen ambulante geestelijke gezondheidszorg 1936-1994 *1449*

Bijlage 7
Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000 (door Peter van Drunen) *1451*

Lijst met illustraties *1457*
Lijst met figuren en tabellen *1465*
Afkortingen *1467*
Personenregister *1469*
Zakenregister *1479*
Over de auteurs *1505*

Inhoud band I

Woord vooraf XIII

Inleiding 1

1 *Psychiatrie in opbouw (1870-1918)* 29

Inleiding 29

1.1 De negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg 30
De Eerste Psychiatrische Revolutie 30
Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland 43

1.2 De uitdagingen van de moderne massamaatschappij 56

1.3 De eerste medische specialisatie:
het psychiatrisch-neurologische vak en werkveld 64

1.4 Het grote bouwen 70
'De dierenbescherming zou daar nog een vruchtbaar terrein voor hare werkzaamheden hebben' 70
De tweede Krankzinnigenwet 74
De grenzen van krankzinnigheid 81
Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg 87

1.5 De wereld van het gesticht 111
De gestichtsbevolking 113
Tussen thuis en gesticht 120
Krankzinnig in het gesticht 125
Tot verplegen geroepen 141
Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren 158

1.6 De zorg voor zenuwlijders *163*
Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt *163*
Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest *169*
Particuliere praktijken en psychotherapie *180*

1.7 De universitaire psychiatrie en neurologie *186*
De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie *186*
De wetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie en neurologie *195*

1.8 Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten *207*

1.9 De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie *221*

Nabeschouwing *238*

2 *Beloftes van het nieuwe (1918-1940)* *245*

Inleiding *245*

2.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak *246*
Het werkveld en de beroepsorganisaties *246*
Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten *253*

2.2 De gestichts- en inrichtingspsychiatrie *262*
De bouw van psychiatrische inrichtingen *262*
De aangewezen of sanatoriumafdeling *269*
Bouwen voor speciale groepen *274*
Meer dan het gesticht alleen *277*

2.3 Krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen *282*
'Achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal' – verhalen van Fré Dommisse *282*
De gestichts- en inrichtingsbevolking *287*
Een verpleger 'van de oude stempel' *298*
Krankzinnigenverpleging als beroep *302*
Gestichtsgeneesheren verenigd *319*
Terug naar de maatschappij *341*
De forensische psychiatrie en de psychopatenzorg *343*

2.4 Krankzinnigenzorg in de maatschappij *353*
Het ontstaan van de voor- en nazorg *253*
Uitbouw van de voor- en nazorg *361*

2.5 Geestelijke volksgezondheid *375*
De psychohygiënische beweging *375*
Geestelijke volksgezondheid: cultuurpessimisme en burgerschap *378*
Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie *384*
Verzuilde psychohygiëne *392*
Drankverslavingszorg *400*
Moeilijke kinderen *403*

2.6 Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg *412*

2.7 Psychotherapie en psychoanalyse *420*

Nabeschouwing *433*

3 *Ontwrichting, uitbouw en kentering (1940-1965)* *443*

Inleiding *443*

3.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak *446*
Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties *446*
De universitaire psychiatrie *452*

3.2 De oorlog in de psychiatrische inrichtingen *465*
Leerling-verpleegster in Het Apeldoornsche Bosch *465*
De eerste oorlogsjaren: bezetting en 'euthanasie'-dreiging *471*
Evacuatie en voedselrantsoenering *479*
De deportatie van joden, 1942-1944 *488*
Ontberingen en oorlogsgeweld in het laatste oorlogsjaar *501*
Na de bevrijding *510*

3.3 De inrichtingspsychiatrie na de oorlog *513*
Puinruimen, wederopbouw en uitbouw *513*
Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging *523*

Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting *526*

3.4 Zorg in de psychiatrische inrichting *533*
De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking *533*
De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting *536*
Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater *545*
'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie' *552*
Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde *575*
Het verpleegsterstekort *580*
Patiënten in de psychiatrische inrichting *600*
Forensische psychiatrie *614*

3.5 Geestelijke volksgezondheid tijdens oorlog, bezetting en bevrijding *621*
Oorlogspsychosen en -neurosen *621*
De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid tijdens en na de oorlog *629*
Geestelijke ontreddering en een nieuw zedelijkheidsoffensief *637*

3.6 Geestelijke volksgezondheid in de lange jaren vijftig *645*
Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme *645*
Een nieuw psychohygiënisch elan *654*

3.7 De ambulante geestelijke gezondheidszorg *664*
Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg *664*
Voor- en nazorg en sociale psychiatrie *670*
Alcoholverslavingszorg *680*
Medisch Opvoedkundige Bureaus *684*
Psychotherapie en het Instituut voor Medische Psychotherapie *692*
Psychotherapie en zielzorg *702*
Bureaus voor Levens-, Gezins- en Huwelijksmoeilijkheden *714*

Nabeschouwing *731*

Woord vooraf

Dit werk is het sluitstuk van het collectieve onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*, dat in 1999 na een subsidietoekenning van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek van start ging. Het initiatief hiervoor kwam vanuit de Faculteit der Geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam, de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht en het Trimbos-instituut te Utrecht. Als coördinatoren van dit project waren wij onder andere verantwoordelijk voor de synthese van oud en nieuw historisch onderzoek op het gebied van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland vanaf het eind van de negentiende eeuw. Zonder de inbreng en ondersteuning van vele anderen hadden wij dit omvangrijke overzichts- en naslagwerk niet kunnen schrijven.

Allereerst zijn wij dank verschuldigd aan de deelnemers van het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche* en aan de bijeenkomsten die in het kader van dit project tussen 1999-2005 plaatsvonden. Gemma Blok, Cecile aan de Stegge, Joost Vijselaar en Ido Weijers vormden samen met ons de kerngroep van het onderzoeksprogramma. De bijeenkomsten, die meestal op het Trimbos-instituut te Utrecht plaatshadden, werden verder min of meer regelmatig en al dan niet gedurende de gehele onderzoeksperiode bijgewoond door Karin Bakker, Peter van Drunen, Leonie de Goei, Annemieke Klijn, Michiel Louter, Inge Mans, Toine Pieters, Jessica Slijkhuis, Henk van der Velden, Hans de Waardt en Cees Willemsen. Als stagiairs participeerden ook Sopa Bouman, Monica Braun, Jesse Mertens, Martine Noordegraaf, Fleur Parabirsing en Leonieke Verhoeven in het onderzoeksprogramma. Wij denken met plezier terug aan de vaak levendige en inspirerende discussies, meestal naar aanleiding van voordrachten over lopend onderzoek, en hebben daarvan veel opgestoken. In het bijzonder willen wij Cecile, Jessica, Joost, Karin en Henk, Martine, Peter en Anne Louwen bedanken voor het gebruik dat wij hebben kunnen maken van hun (nog) ongepubliceerde onderzoeksresultaten en Monica, Leonieke en Sopa voor hun ondersteunende logistieke en onderzoekswerkzaamheden. Cecile heeft ons enorm geholpen met het verzamelen van illustraties. We zijn haar zeer erkentelijk voor het beschikbaar stellen van afbeeldin-

gen uit haar eigen collectie. Peter verzorgde bijlage 7 over de ontwikkeling van de psychiatrische beroepsgroep. Verder zijn wij Ruud Abma erkentelijk voor zijn betrokkenheid bij ons project, zijn bijdrage aan de voltooiing van een van de deelonderzoeken en voor enkele waardevolle adviezen en correcties. Ook Tom van der Grinten bedanken wij voor zijn inbreng op een deelterrein van ons onderzoeksprogramma.

Bij de voltooiing van het manuscript van dit boek heeft een begeleidingscommissie als klankbord gediend. Deze commissie bestond uit Leonie de Goei, Harry Rooijmans (voorzitter), Piet de Rooy, Paul Schnabel en Joost Vijselaar. Daarnaast hebben ook Ruud Abma, Karin Bakker, Annemieke Klijn en Cecile aan de Stegge het gehele manuscript of delen daarvan gelezen. Met hun accurate commentaar en nuttige suggesties hebben wij ons voordeel gedaan. Wij bedanken ook Peter Romijn van het NIOD voor zijn commentaar op het hoofdstuk over de Tweede Wereldoorlog en Cecile voor haar inhoudelijke bijdragen (eveneens over de oorlog en de paragrafen over verpleegkunde in de delen 4 en 5). Logistieke ondersteuning ontvingen wij van de medewerkers van het Huizinga Instituut voor Cultuurgeschiedenis, Paul Koopman, Francien Petiet en Jantine Beuvens.

Bijzonder erkentelijk zijn wij Harry Rooijmans en het Bestuur van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde voor hun niet aflatende steun, die vooral in moeilijke tijden bijzonder welkom was. Voorts bedanken wij de uitgeefdirecteur Paul Dijkstra en de bureauredacteur Wouter Scheen, alsmede de beeldredacteur Iris Stekelenburg-van Halem voor de plezierige samenwerking.

Marijke Gijswijt-Hofstra
Harry Oosterhuis

Inleiding

Rond 1900 waren in Nederland ruim 8000 mensen opgenomen in 27 krankzinnigen- en zwakzinnigengestichten. Een onbekend aantal werd verpleegd in 19 sanatoria of herstellingsoorden voor zenuwlijders, 4 sanatoria voor alcoholisten en 3 gestichten voor epileptici.[1] Verder was een onbekend aantal mensen in behandeling bij zenuwartsen met een particuliere praktijk. Het totale aantal Nederlanders dat toen op de een of andere manier in psychiatrische verpleging en/of behandeling was zal de 10.000 niet te boven zijn gegaan. Op een totale bevolking van ruim 5 miljoen was dat niet meer dan 2 promille van alle Nederlanders.[2] Op psychiatrisch-neurologisch terrein waren ruim 100 artsen, tegen de 1000 oppassers en ongeveer 260 gediplomeerde verplegenden werkzaam.[3]

Ten tijde van de laatste eeuwwisseling, toen Nederland rond 16 miljoen inwoners telde, konden mensen met psychische stoornissen of moeilijkheden terecht in 29 psychiatrische ziekenhuizen – in 1996, voor een grote fusiegolf, werden nog 50 algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) geteld –, 56 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen of universiteitsklinieken, 39 kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen inclusief medische kindertehuizen, 277 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen, 9 psychotherapeutische gemeenschappen, 15 forensische klinieken en 8 herstellingsoorden.[4] In alleen de psychiatrische ziekenhuizen verbleven op 1 januari 2000 bijna 20.000 patiënten, terwijl het aantal opnamen in dat jaar ruim 52.000 bedroeg. De gehele intramurale sector van wat geestelijke gezondheidszorg was gaan heten, beschikte toen over meer dan 50.000 bedden en bood plaats aan zo'n 3 promille van de Nederlandse bevolking. Als wij de ongeveer 40.000 verstandelijk gehandicapten meerekenen die in speciale tehuizen verbleven, dan loopt dat promillage tegen de 6.[5]

1 Van Andel 1901; *Geneeskundig Jaarboekje* 1901, 10; vergelijk Van der Esch 1975-1980, I: 81. De totale capaciteit van de sanatoria bedroeg niet meer dan vijfhonderd bedden.
2 Schnabel 1997a, 121.
3 Van Drunen 2004, 12; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding.
4 Ten Have et al. 1998, 92; Trimbos-instituut 2000; Rigter et al. s.a.
5 Rigter et al. s.a., 26, tabel 3; Ten Horn 1997, 136; vergelijk Centraal Bureau voor de Statistiek 2002, 103.

Bovendien was een fijnmazig stelsel van 'semimurale' voorzieningen – instellingen voor deeltijdbehandeling, crisis- en opvangcentra en beschermende woonvormen – tot ontwikkeling gekomen met een capaciteit van ongeveer 18.000 plaatsen – goed voor zo'n 1 promille van de bevolking.[6] Ook boden bijna 750 vrijgevestigde psychiaters en meer dan 2000 niet-medische psychotherapeuten hun diensten aan. Verder bestonden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg al langer diverse ambulante voorzieningen, die in 1982 waren opgegaan in bijna 60 Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) en die vanaf de jaren negentig deels fuseerden met psychiatrische ziekenhuizen.[7] Ambulante psychiatrische behandelingen vonden ook plaats in bijna 150 poliklinieken van psychiatrische, algemene en universitaire ziekenhuizen.[8] Alcohol- en drugsverslaafden konden terecht in 20 verslavingsklinieken, bijna 20 Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs en een 30-tal alternatieve voorzieningen.[9] Op jaarbasis verwerkten deze ambulante instellingen tezamen aan het eind van de twintigste eeuw meer dan een half miljoen nieuwe hulpvragen.[10]

In de totale geestelijke gezondheidszorg[11] waren tegen het eind van de eeuw bijna 33.000 hulpverleners werkzaam: naast artsen en verpleegkundigen ook psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en specialistische vaktherapeuten.[12] Het aantal mensen dat zij jaarlijks in behandeling kregen, is moeilijk exact vast te stellen – alleen inschrijvingen werden geregistreerd en naar schatting tussen 20 en 50 procent daarvan kwam voor rekening van een relatief kleine groep patiënten en cliënten die binnen een jaar meermaals in één of meer voorzieningen hulp kreeg. Als we het gemiddelde van de geschatte dubbeltellingen aanhouden komen we op bijna 350.000, oftewel ruim 2 procent van de Nederlandse bevolking – een vertienvoudiging vergeleken met een eeuw daarvoor.[13] Het ging daarbij niet alleen om psychiatrische patiënten, maar ook om 'cliënten' die met uiteenlopende geestelijke problemen en psychosociale moeilijkheden kampten.

Het zal duidelijk zijn: gedurende de twintigste eeuw heeft het relatief kleine en marginale psychiatrische zorggebied, waarvan mensen in de regel alleen gebruikmaakten als de nood hoog was gestegen, zich zowel absoluut als relatief uitgebreid en is het uitgegroeid tot een omvangrijke geestelijke gezondheids-

6 Zie Hutschemaekers, Ten Have en Jacobs 1995, 29-42; Schnabel 1998a en Schnabel 1997a, 119-131.

7 Van Drunen 2004, 40; Hutschemaekers, Van der Camp en Van Hattum 2001, 23-24; Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1987, 110-465; Tonnaer 2001, 7.

8 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 18; Vos en Hutschemaekers 1999, 178.

9 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid 1994, 15; Hutschemaekers 1995, 76; Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998, 89; Tonnaer 2001, 7.

10 Ten Have et al. 1996, 128.

11 Dat wil zeggen: APZ'en, PAAZ'en, academische ziekenhuizen, psychiatrische poliklinieken, categorale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en TBS-gestelden, medische kindertehuizen, beschermende woonvormen, medische kleuterdagverblijven, Riaggs, CAD's en particuliere praktijken. Zie Vos en Hutschemaekers 1999, 180.

12 Vos en Hutschemaekers 1999, 180; vergelijk Hutschemaekers en Neijmeijer 1998.

13 Vos en Hutschemaekers 1999, 175; Hutschemaekers 2000; Tonnaer 2001, 9.

zorg. Hoewel er soms ook probleemgebieden uit het psychiatrische werkveld verdwenen, was er in de twintigste eeuw onmiskenbaar sprake van een tendens om steeds meer kwesties tot het terrein van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg te rekenen. Het psychiatrische werkveld was niet alleen in omvang toegenomen, maar ook van gedaante veranderd.

Vraagstelling

In dit boek beschrijven wij de ontwikkeling van het psychiatrisch en deels ook neurologisch vakgebied vanaf het eind van de negentiende tot aan het begin van de eenentwintigste eeuw in samenhang met de veranderende probleemcultuur rond geestelijke verwarring.[14] Onze aandacht richt zich vooral op de wijze waarop uiteenlopende geestelijke moeilijkheden betekenis kregen in de benoemingen en duidingen van zowel de direct betrokkenen – de lijders, hun naasten en hun behandelaars – als vanuit de bredere maatschappij. Met andere woorden: hoe signaleerden en articuleerden betrokkenen moeilijkheden als specifieke psychiatrische of geestelijke gezondheidsproblemen? Wanneer gingen deskundigen over tot behandeling in de context van enerzijds hun interactie met de hulpvragers en anderzijds de instellingen en maatschappelijke omgeving waarin die wisselwerking plaatsvond? Dit zijn de vragen die in deze studie centraal staan.

Dit boek gaat dus niet over de geschiedenis van geestesziekten of psychische moeilijkheden op zichzelf – vragen omtrent hun al dan niet historische of culturele bepaaldheid komen alleen zijdelings aan de orde[15]. In dit boek gaat het vooral over de wijze waarop mensen op die psychische moeilijkheden reageerden, ermee omgingen, hoe en in welke termen zij deze onderscheidden van normaliteit of

14 Het attenderende begrip 'probleemcultuur' ontlenen wij aan Van Lieshout 1993 en Van Lieshout 1994.

15 In hoeverre de uitingsvormen en de omvang van geestesziekten en psychische stoornissen door de tijd heen en in verschillende culturen hetzelfde zijn of variëren is een kwestie die tot de nodige discussie onder historici en sociologen heeft geleid. Sommigen benadrukken dat het niet om objectief vaststelbare, gegeven verschijnselen gaat, maar dat psychiatrische ziektebeelden als cultureel en historisch geconstrueerde categorieën tijd- en plaatsgebonden zijn en dat de toepassing van de moderne psychiatrische diagnostiek op uitingen van waanzin in het verleden onvermijdelijk tot vertekening leidt. Anderen stellen dat de uitingen en de omvang van een aantal ernstige, mede lichamelijk bepaalde geestesziekten door de tijd heen min of meer hetzelfde blijven, terwijl het bij andere psychische problemen om verschijnselen gaat waarvan de gedaante en de articulatie al naar gelang de historische en maatschappelijke omstandigheden variëren en die zich mede daarom niet even vanzelfsprekend en eenduidig in het psychiatrisch werkveld laten onderbrengen. Zie voor uiteenlopende standpunten in deze discussie: Foucault 1961/1979; Scull 1979; De Swaan 1979; De Swaan 1982; Donnelly 1983; Porter 1991; Shorter 1997/1998; Akkermans 2006. Voor specifieke studies over de historiciteit van psychiatrische en psychische problemen zie bijvoorbeeld Hekma 1987; Hutschemaekers 1990; Gomperts 1992; Van 't Hof 1994; Micale 1995; Slijkhuis 1998; Houston en Frith 2000; Oosterhuis 2000; Brancaccio 2001; Withuis 2002 en Van Belzen 2004.

gezondheid, benoemden en verklaarden. Het gaat ons om de aan verandering onderhevige betekenisgeving aan geestelijke verwarring. De vraag naar het wezen en de oorzaken ervan – biologisch, psychisch of sociaal – kunnen en willen wij niet beantwoorden. Die discussie laten wij over aan psychiaters en andere deskundigen die zich bezighouden met diagnose en behandeling. Voor ons historici is relevant dat geestelijke moeilijkheden, wat hun aard en oorzaken ook mogen zijn, in de geschiedenis uiteenlopende maatschappelijke betekenissen en consequenties te zien geven, waaronder het al dan niet onderkend en benoemd worden als problemen die artsen of andere deskundigen kunnen behandelen. In die zin zijn het domein en de inhoud van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in hoge mate sociaal en cultureel bepaald. Nog sterker dan in de somatische geneeskunde is het onderscheid tussen gezond en ziek daarin onderhevig aan van tijd en plaats afhankelijke criteria.[16]

Op het niveau van de direct betrokkenen bij de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg biedt een zowel sociologisch als economisch opgevat marktbegrip een belangrijk heuristisch en analytisch instrument.[17] Het gaat daarbij om perspectieven 'van onderop' (hulpvragers) en 'van bovenaf' (hulpaanbieders), met inbegrip van hun onderlinge relaties en wederzijdse beïnvloeding. Vanuit het perspectief van (potentiële) hulpvragers en hun naasten verwijst het breed opgevatte marktbegrip naar het geheel van de voor hen beschikbare opties om hulp of genezing te verkrijgen, alsook de financieringsmogelijkheden.[18] De ontwikkeling en het functioneren van de psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt vormen de leidraad van ons verhaal. Deze markt stond uiteraard niet op zichzelf, maar werd op zijn beurt beïnvloed en begrensd door processen in de bredere samenleving – een beïnvloeding die uiteraard ook andersom plaatsvond. Op het niveau van de samenleving gaat onze aandacht uit naar de economische conjunctuur, de instrumenten van wet- en regelgeving en financiering die zijn ingezet om een en ander te realiseren, het overheidsbeleid en de verzorgingsstaat, de verhouding tussen staat en particulier initiatief, de invloed van godsdienst en verzuiling, en veranderende opvattingen over burgerschap.

Wij hebben de idee van de psychiatrische markt maar ten dele empirisch kunnen onderbouwen. Bij de huidige stand van het onderzoek ontbreekt het aan voldoende informatie over het perspectief van 'onderop': de beleving van de lijders en hun hulpzoekgedrag. Hetzelfde geldt voor de zorg en behandeling buiten de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: in familiekring, door huisartsen of door alternatieve genezers. De omvang van dit deel van de markt moet niet worden onderschat. Vandaar dat de reguliere, professionele aanbodzijde van de psychiatrische en geestelijke gezondheidsmarkt noodgedwongen meer aandacht

16 Schnabel 1991a, 501; vergelijk Vos en Hutschemaekers 1999.

17 Zie Gijswijt-Hofstra 1991; De Blécourt en Van Vegchel 1993; De Blécourt en Usborne 2004.

18 Vergelijk De Blécourt 1999, 14–15.

krijgt dan de vraagkant en dat het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg uitgangspunt en basso continuo van het boek vormen. Hierbij zij opgemerkt dat er in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg waarschijnlijk een sterker verband dan in de somatische geneeskunde bestaat tussen enerzijds de omvang en de aard van het professionele hulpverleningsaanbod en anderzijds de mate waarin aandoeningen worden herkend als door deskundigen te behandelen problemen.

Het gaat in dit verband om de volgende vragen. Welke en hoeveel zorg- en hulpverleningsinstellingen en organisaties kwamen tot stand? Wie namen het initiatief daarbij, waar waren deze gevestigd en met welke (financiële) middelen werden ze gerealiseerd? Welke hulpverleners waren daarin werkzaam? Hoe situeerden zij zich op de markt oftewel op welke moeilijkheden was hun behandelingsaanbod gericht? Hoeveel patiënten ofwel cliënten werden er bewaakt, verzorgd, behandeld en begeleid? Hoe werd dit alles gefinancierd en wettelijk geregeld? Wie fourneerde de middelen en welke motieven hadden de financiers? Wat was het publieke imago van de verschillende voorzieningen en de daarin werkzame hulpverleners? Welke beroepsgroepen waren naast medici werkzaam in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg? Hoe waren zij opgeleid en georganiseerd? Wat was de verhouding tussen medici en andere beroepsgroepen? Wat waren hun motieven en denkbeelden en waaruit bestond hun wetenschappelijke bagage? Hoe en in welke termen onderscheidden zij ziekte van gezondheid en respectievelijk abnormaal van normaal als het om geestelijke verwarring ging en in welke zin veranderden de betekenissen ervan? Welke benaderingen (medisch-biologisch, psychologisch, sociaal, moreel of combinaties daarvan) volgden zij in theorie en praktijk en hoe verhielden deze zich tot elkaar? Waaruit bestonden hun werkzaamheden (bewaking, zorg, observatie, diagnostiek, behandeling of begeleiding)?

Waar mogelijk zal op basis van ouder en nieuw onderzoek ook de andere kant van de markt aandacht krijgen: de ervaringen, belevingen, uitingen en therapeutische trajecten van patiënten en cliënten. Wie maakten in de loop der tijd van de diverse soorten voorzieningen gebruik en waarom, gedurende hoe lang, en met welk resultaat? Op grond van welke criteria kwamen mensen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg terecht? Welke rol speelden sekse, leeftijd, sociale achtergrond (stand, klasse), hun leefomgeving, godsdienst en etniciteit daarbij? Welke positie namen zij in ten aanzien van de hulpverleners? In hoeverre beschikten zij over machtsmiddelen, wat waren hun rechten en hoe organiseerden zij zich? Hoe ontwikkelde de hulpvraag zich (mede) onder invloed van het veranderende psychiatrische en geestelijke gezondheidszorgdomein, zijn imago en de veranderende betekenissen van de te behandelen moeilijkheden? En in hoeverre was de ontwikkeling van het psychiatrisch domein (mede) een functie van de feitelijke of veronderstelde hulpvraag? Nogmaals, deze laatste vragen laten zich aan de hand van het beschikbare onderzoek slechts ten dele beantwoorden.

Wat de maatschappelijke context betreft zullen diverse relevante economische, sociale, culturele en politieke factoren en ontwikkelingen aandacht krijgen: de economische conjunctuur, industrialisering, het ontstaan van een diensteneconomie, schaalvergroting, verstedelijking, sociale nivellering en democratisering, verzuiling en ontzuiling, godsdienst en secularisering, individualisering, collectieve en individuele emancipatie, veranderende omgangsvormen in het sociale verkeer, de toenemende betekenis van wetenschap, techniek en deskundigheid, de rol van de overheid en particuliere initiatieven, de verzorgingsstaat en de veranderende inhoud van burgerschap, in de zin van burgerrechten, maar ook van participatie in de *civil society*. Maatschappelijke reacties op geestelijke verwarring konden een breed spectrum bestrijken; in de moderne westerse samenleving waren deze gerelateerd aan de bekende trits vrijheid, gelijkheid en broederschap.[19] Tegenover vrijheid van denken en handelen stonden onvrijheid, vrijheidsberoving en dwang, tegenover gelijkheid qua rechten en plichten of billijkheid van behandeling stonden ongelijkheid en onbillijkheid. En tegenover broederschap oftewel respect, humaniteit en betrokkenheid die mensen jegens anderen opbrengen stonden onverschilligheid, miskenning, minachting en verwaarlozing.

Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondergingen niet alleen de invloed van de rest van de maatschappij, in de loop van de twintigste eeuw beïnvloedden zij op hun beurt de samenleving ook steeds sterker. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben onmiskenbaar een stempel gedrukt op de twintigsteeeuwse samenleving en het mensbeeld: in toenemende mate werden afwijkende gedragingen en levensmoeilijkheden in termen van geestesstoornis of psychisch probleem benoemd. Psychiatrische en psychotherapeutische begrippen gingen bijvoorbeeld deel uitmaken van het alledaagse taalgebruik, de individuele beleving en de wijze waarop mensen met elkaar verkeerden. Gedragingen en gevoelens werden deels begrepen in het licht van interpretatiekaders die afkomstig zijn uit de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Een bekend voorbeeld is de psychoanalyse. Begrippen als het onbewuste en verdringing drongen door in het dagelijkse taalgebruik. Naast en in plaats van de bestaande, sterk door het christendom bepaalde reflectie op het eigen handelen in termen van goed en kwaad, won mede door de invloed van het psychoanalytische gedachtegoed de reflectie op het innerlijk in termen van persoonlijke eigenheid, ontwikkeling en gevoelens, driften en verlangens terrein. In meer algemene zin stond de psychotherapie model voor de wijze waarop mensen al dan niet in het openbaar over hun persoonlijke leven en gevoelens spreken en waarop zij op basis van gelijkheid en redelijkheid, zonder het (openlijk) gebruik van machtsmiddelen, met elkaar overleg voerden, zowel in de privésfeer als in het publieke domein. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben tot op zekere hoogte bijgedragen tot een nieuwe

19 Zie hierover Gijswijt-Hofstra 1989, 26.

publieke moraal, nadat die van het gegeven gezag en de godsdienst deels waren weggevallen.[20]

De Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg werden niet alleen beïnvloed vanuit de eigen maatschappij, maar ook door ontwikkelingen op dit terrein in het buitenland. Tot aan de Tweede Wereldoorlog diende vooral de psychiatrie in de Duitstalige landen als voorbeeld, in het bijzonder op het gebied van de universitaire psychiatrie, de architectuur van psychiatrische inrichtingen, therapie en de sociale psychiatrie. Daarna namen Amerika, Engeland en tot op zekere hoogte ook Frankrijk en Italië deze rol over, in het bijzonder waar het de psychohygiëne, de ambulante hulpverlening, de therapeutische gemeenschap, de 'antipsychiatrie', de sociotherapie en de deïnstitutionalisering betrof. Waar mogelijk zullen de internationale invloeden die van belang waren voor de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg aandacht krijgen. Teneinde het al dan niet specifieke karakter van de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanuit internationaal perspectief in kaart te brengen, trekken wij vergelijkingen met andere westerse landen, met name Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten. Wat waren de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en die in andere landen? Vertonen de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg unieke kenmerken?

Afbakening

Wat wel en niet tot de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg behoort, is op voorhand niet te bepalen. Het domein en de inhoud ervan vormden in de afgelopen eeuw geen constant gegeven, maar waren aan voortdurende verandering onderhevig. De verschillende vormen van geestelijke verwarring en aanverwante moeilijkheden, die voor een deel in de tijd van gedaante veranderen of zelfs min of meer tijdelijk zijn, lieten zich niet altijd even vanzelfsprekend en eenduidig in het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg onderbrengen. Wat waren de objecten van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg? Onder de noemers van niet alleen psychiatrie[21] en neurologie, maar ook van psychische hygiëne, geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg zijn in de loop van de twintigste eeuw uiteenlopende en wisselende vormen van zorg en behandeling gerangschikt: die voor krankzinnigen of geesteszieken, zenuwlijders, neurotici en psychosomatische patiënten, zwakzinnigen, maatschappelijk onvolwaardigen, psychopaten, toevallijders of epileptici, zintuiglijk defecten (blin-

20 Schnabel en Onland *1979*, *67*; Schnabel *1996*, 158.

21 Onder psychiatrie verstaan we het (praktische en wetenschappelijke) vakgebied of beroepsveld van psychiaters, gestichts-, krankzinnigen- en zenuwartsen of hoe ze verder ook mochten heten; het gaat in elk geval om medische beoefenaren van het vak.

den, slechthorenden en doofstommen), alcohol- en drugsverslaafden. Daarnaast vielen onder deze termen hulpverlening en preventief ingrijpen bij opvoedingsproblemen en leermoeilijkheden van kinderen, levens-, huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, seksuele problemen, zwangerschap(sonderbreking) en ongehuwd moederschap, problemen van jongeren en militairen, relatieproblematiek, het disfunctioneren van groepen, psychische moeilijkheden, identiteitsproblemen, zingevingsproblematiek, zelfontplooiing, beroepskeuze, thuisloosheid en levensbeëindiging. Met de uitbreiding van het objectgebied gingen ook de werkzaamheden van psychiaters en andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg een steeds grotere variatie en differentiatie vertonen. Ging het in de negentiende eeuw nog voornamelijk om bewaking, bewaring, beheer en verzorging, in de twintigste eeuw wonnen diagnostiek, therapie, begeleiding, preventie en voorlichting aan belang.[22] Het antwoord op de vraag welke moeilijkheden en activiteiten tot het werkgebied van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg behoorden, was herhaaldelijk inzet van claims en strijd om professioneel gezag, (be)handelingsbevoegdheid en – niet te vergeten – geld.

Het bredere gebied dat vanaf het midden van de jaren twintig geestelijke volksgezondheid en vanaf begin jaren veertig in toenemende mate geestelijke gezondheidszorg heette, is een domein waarin behalve psychiaters ook andere beroepsgroepen werkten en dat derhalve niet exclusief medisch-psychiatrisch was. De grenzen ervan zijn moeilijk te bepalen en verschoven voortdurend. Desondanks biedt de geschiedenis van dit werkveld wel enig houvast: we laten ons leiden door de wijze waarop de begrippen geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg in het verleden invulling hebben gekregen in de opeenvolgende, vanaf 1936 tot heden verschijnende *Gidsen voor de geestelijke volksgezondheid* dan wel *geestelijke gezondheidszorg*. Deze vormden, tenminste in de afgelopen zeventig jaar, een min of meer continue bron met een gelijkblijvend doel: met deze gidsen, in eerste instantie bedoeld voor verwijzers, toonden psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg aan de maatschappij wat zij te bieden hadden.

Om nog enige verdere inperking mogelijk te maken hebben wij op min of meer pragmatische gronden gekozen voor de volgende afbakening van ons onderwerp. Wij brengen het veranderende domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in kaart aan de hand van alle praktijken, instellingen en organisaties waarin psychiaters (ofwel gestichts- en zenuwartsen) al dan niet samen met andere beroepsgroepen werkzaam waren. We volgen deze gespecialiseerde geneeskundigen en kijken waar en met wie ze werkten, wat deze medici en (een aantal) andere beroepsgroepen dachten en deden en wie zij behandelden, begeleidden dan wel verzorgden. Concreet betekent dit dat wij de volgende werkgebieden, instellingen en organisaties tot het domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg rekenen: krankzinnigengestichten, psychiatrische inrichtin-

22 Schnabel 1995, 13-31.

gen dan wel ziekenhuizen en psychiatrische (poli)klinieken van psychiatrische, universiteits- en algemene ziekenhuizen, met inbegrip van de consultatieve en liaison-psychiatrie; sanatoria, kuuroorden, verpleeg- en rusthuizen voor zenuw- en neuroselijders; intra- en extramurale voorzieningen voor alcohol- en drugsverslaafden; de gerechtelijke of forensische psychiatrie en de daarbij horende instellingen; psychiatrische voor- en nazorgdiensten en andere sociaal-psychiatrische voorzieningen; particuliere praktijken van zenuwartsen en psychiaters; en de zogenoemde ambulante geestelijke gezondheidszorg: de consultatiebureaus voor 'moeilijke kinderen', waaronder de Medisch-Opvoedkundige Bureaus, diverse bureaus voor levens-, gezins- en huwelijksmoeilijkheden, de institutionele psychotherapie en vanaf begin jaren tachtig de Riaggs.

De 'belendende percelen' van het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, zoals andere takken van geneeskunde (in het bijzonder de neurologie), de kerkelijke zielzorg, de armenzorg en filantropie, het maatschappelijk werk, de werkterreinen van psychologen, justitie, het buitengewone onderwijs en de alternatieve psychosomatische hulpverlening (zoals New Age-therapeuten en allochtone behandelaars), komen in het boek min of meer uitgebreid aan de orde. Het psychiatrische en geestelijke gezondheidsdomein kreeg immers vorm in voortdurend verschuivende en soms betwiste grensafbakeningen ten opzichte van deze werkgebieden. Wij volgen het verloop daarvan, maar de hoeveelheid aandacht die wij aan deze grensgebieden schenken, hangt af van de mate waarin ze overlapten met psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Datzelfde geldt voor de intra- en extramurale zwakzinnigenzorg en de psychogeriatrische zorg, die aanvankelijk voor een groot deel onderdeel waren van de krankzinnigenzorg, maar zich vanaf omstreeks 1960 verzelfstandigden.

Historiografie

Onze studie is gebaseerd op de bestaande historische literatuur over de geschiedenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en op onderzoek dat vanaf 1999 tot 2006 is verricht in het kader van het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*.[23] Tot halverwege de jaren zeventig van de vorige eeuw bestonden historische studies van de psychiatrie hoofdzakelijk uit curiosa, jubileum- en gedenkboeken, biografische bijdragen en enkele bronnenpublicaties van de hand van inspecteurs van de krankzinnigenzorg. Psychiaters die in het verleden van hun vakgebied geïnteresseerd waren, schreven over de wordingsgeschiedenis ervan en de instellingen waarin hun voorgangers werkten. Deze geschiedschrijving is als 'internalistisch' en 'presentis-

23 Voor historiografische overzichten zie Van Belzen en Vijselaar 1991, Van Belzen en Vijselaar 1994; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001a, 2001b; vergelijk Huisman 2005.

tisch' of 'finalistisch' te karakteriseren. De nadruk lag op de eigen, interne dynamiek van de psychiatrie als betrekkelijk autonome vorm van wetenschappelijke kennisverwerving. De eigentijdse stand van zaken in het vak diende – meestal impliciet – als leidraad voor de beschrijving van het verleden. De onderliggende vooronderstelling was dat onwetendheid, bijgeloof, mishandeling en verwaarlozing in de loop der tijd plaatsmaakten voor toenemend wetenschappelijk inzicht en een rationele en humanitaire behandeling van geesteszieken.

Dit soort geschiedschrijving door direct betrokkenen maakte vanaf de tweede helft van de jaren zeventig plaats voor nieuw onderzoek van vooral sociale wetenschappers en historici die de psychiatrie met meer distantie benaderden en die aansluiting zochten bij de sociale en mentaliteitsgeschiedenis. Daarbij deden buitenlandse voorbeelden en de kritiek vanuit de antipsychiatrische beweging op de praktijk van de inrichtingspsychiatrie ook hun invloed gelden. In Frankrijk, Groot-Brittannië, Duitsland en de Verenigde Staten stelden zogenaamde revisionistische auteurs als M. Foucault, T.S. Szasz, R. Castel, A. Scull, D.J. Rothman en K. Dörner de vanzelfsprekende uitgangspunten van de psychiatrie en haar geeigende geschiedbeeld ter discussie.[24] Hun aandacht richtte zich in het bijzonder op de etikettering van sociaal afwijkend gedrag als geestesziekte, de belangen en macht van de psychiatrische beroepsgroep, de bijdrage van de psychiatrie aan de disciplinering en normalisering van maatschappelijk ongewenste individuen en groepen, en de verwevenheid van psychiatrische praktijken met sociale, economische en politieke ontwikkelingen.

Hoewel Nederlandse onderzoekers indertijd ook meer oog kregen voor de maatschappelijke context, vond de radicale kritiek van de revisionisten op de psychiatrie, in het bijzonder met betrekking tot de rol die zij zou spelen in de kapitalistisch-burgerlijke maatschappij en de moderne interventiestaat, hier maar in beperkte mate weerklank. De Nederlandse geschiedschrijving van de psychiatrie bleef overwegend empirisch en descriptief georiënteerd. Bovendien ging het voornamelijk om gedetailleerde deelonderzoeken; theoretisch onderbouwde overzichtswerken en vergelijkende studies ontbraken nagenoeg.[25] Dat laatste hing mede samen met het gebrek aan continuïteit en institutionele inbedding van het onderzoek. Het onderzoek aan de universiteiten was verbrokkeld en afhankelijk van de interesse van individuele wetenschappers.

Alleen in het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, vanaf 1996 Trimbos-instituut, in Utrecht werd vanaf het eind van de jaren zeventig min of meer structureel en vaak in opdracht vanuit het veld historisch onderzoek uitgevoerd, dat resulteerde in een gestage stroom van publicaties en enkele tentoonstellingen.[26] Wat begon met een inventarisatie van het historisch bezit van

24 Foucault 1961/1979; Szasz 1971; Szasz 1972; Castel 1976; Scull 1979; Rothman 1971; Dörner 1969.

25 Een uitzondering vormt Binneveld 1985 over de negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg.

26 Daarnaast moeten ook twee themanummers over de geschiedenis van de psychiatrie van het Gronings Historisch Tijdschrift *Groniek* (nr. 71 (1981) en nr. 109 (1991)) worden genoemd.

psychiatrische inrichtingen, leidde in 2005 uiteindelijk tot de realisering van het Nationaal Museum voor Psychiatrie Het Dolhuys in Haarlem.[27] De belangstelling die in het Utrechtse sociaal-wetenschappelijke onderzoeksinstituut ontstond voor het verleden en die werd belichaamd door met name P. Schnabel, A.J. Heerma van Voss, T.E.D. van der Grinten, J. Vijselaar, L. de Goei en I. Mans, was mede ingegeven door de toenmalige veranderingen in en discussies over de organisatie van de tot dan toe verbrokkelde en niet duidelijk afgebakende geestelijke gezondheidszorg. Het streven naar meer samenhang en beleid op dit terrein bracht met zich mee dat de vraag aan de orde kwam wat geestelijke gezondheidszorg eigenlijk inhield en zou moeten inhouden. Onderzoek naar het verleden van diverse hulpverleningsvormen en hulpverleningsinstellingen diende mede om duidelijkheid te verschaffen over de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg, haar positie op de medische en welzijnsmarkt, en de koers die zij zou moeten volgen.

Dankzij het onderzoek in zowel het Trimbos-instituut als daarbuiten zijn over tal van aspecten van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg historische studies voorhanden. Over de ontwikkeling van het psychiatrisch en neurologisch vak en beroep verschenen een monografie, een bundel en een gedenkboek met interviews en enkele artikelen.[28] Wat betreft de deelgebieden van dit medisch specialisme hebben vooral de universitaire[29] en forensische psychiatrie[30], en in mindere mate de militaire psychiatrie[31] aandacht gekregen. Ook verschenen diverse studies over de geschiedenis van andere in de geestelijke gezondheidszorg werkzame beroepsgroepen.[32]

De geschiedschrijving van psychiatrische inrichtingen – van meer dan twintig is het verleden geboekstaafd – bestaat voornamelijk uit gedenk- en jubileumboeken.[33] Deze zijn overwegend beschrijvend van aard, waarbij gaandeweg wat meer aandacht is gekomen voor de maatschappelijke context. De kracht van deze inrichtingsgeschiedenissen is vooral gelegen in de grote hoeveelheid informatie over de institutionele en therapeutische ontwikkelingen en de wetenschap-

27 Vijselaar 1981.

28 Abma en Weijers 2005; Frederiks, Bruyn en Eling 2002; Van 't Hof 1996; Oosterhuis en Wolters 1998. Verder zijn de ongepubliceerde studies van Van Drunen 2004 en Slijkhuis 2005 van belang.

29 Kuilman 1980; Van Belzen 1988b; Van Belzen 1988c; Van Belzen 1991; Van Belzen 1994; De Goei 1992 (over de universitaire kinder- en jeugdpsychiatrie); Rooijmans 1998; De Waardt 2005. Zie ook Mooij 1999 en Van Bergen 2005.

30 Haffmans 1984; Hamers 1986; Hofstee 1987; Koenraadt 1991a; Draaisma 1995; Weijers 1995, 1996; Koenraadt, Kelk en Vijselaar 2007.

31 Binneveld 1995, 1998.

32 Zie voor de synthese van die studies: Hutschemaekers en Neijmeijer 1998.

33 Van Heemstra 1951; Hut et al. 1961; Bambang Oetomo 1970; Cahn 1970; Jongmans 1971; Klatter 1973; Rooijmans-Dönszelmann 1982; Binneveld en Wolf 1985; Hogenstijn 1987; Van Ommen 1988; Kappelhof 1992; Vijselaar 1993a; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Slangen 1994; Furnée en Jonkman 1994; Kamminga 1995; Dankers en Van der Linden 1996; Gorisse 1997; Vijselaar 1997a; Willemsen 1997; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997; Blok en Vijselaar 1998; Bakker, Blok en Vijselaar 1999; Blok en Vijselaar s.a. [1999]; Bakker en De Goei 2002a; Huiskes en Van der Kroef 2002; Kool-Blokland s.a. [1999]; De Boer 2004; Billekens et al. 2005. Zie ook Vijselaar et al. 2007.

pelijke en ideologische opvattingen die hieraan ten grondslag lagen. Aan de precieze verhouding tussen theorie en praktijk in de diverse inrichtingen is evenwel, op een enkele uitzondering na[34], weinig aandacht besteed. Het zijn overwegend geschiedenissen vanuit het perspectief van de aanbieders van zorg, en dan vooral de psychiaters, want over de verpleging en de ervaringen van patiënten is weinig gepubliceerd.[35] Wel heeft de invloed van godsdienst en verzuiling op het opname- en personeelsbeleid, de behandelpraktijk en het dagelijks leven in de inrichting aandacht gekregen.[36] Over het (naoorlogse) verleden van kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen en de toenemende inbreng van psychiatrie in een tehuis voor kinderbescherming verscheen een drietal studies.[37]

Terwijl historisch onderzoek naar de specifieke zorg voor zenuwlijders vrij schaars is[38] en ook over de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen nauwelijks historisch onderzoek beschikbaar is,[39] zijn aan de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg, die tot ver in de twintigste eeuw deels was ingebed in de krankzinnigenzorg, maar liefst vijf monografieën, drie proefschriften, een bundeltje lezingen en een themanummer van het tijdschrift *Comenius* gewijd.[40] De geschiedenis van het psychiatrisch verpleegkundig beroep is onderbedeeld. Tot dusverre is er één proefschrift, dat de periode 1890–1920 bestrijkt, een gedenkboekje, en zijn er voorts enkele ongepubliceerde doctoraalscripties, publicaties van verpleegkundigen die herinneringen aan de verpleging hebben opgetekend en enkele artikelen.[41] Verder bestaan er studies over de historische verzamelingen en de architectuur van psychiatrische ziekenhuizen,[42] de juridische aspecten van de psychiatrie, de rechtspositie van patiënten en het staatstoezicht,[43] de belangenbehartiging voor en zelforganisatie van psychiatrische patiënten,[44] de financiering,[45] specifieke therapieën in de inrichtingspsychiatrie, waaronder

34 Vijselaar 1997a.

35 Wel krijgt de verpleging door religieuzen veel aandacht in Willemsen 1997 en in Bakker en De Goei 2002a. Willemsen schenkt ook aandacht aan het patiëntenperspectief, net als Blok en Vijselaar 1998 en Bakker, Blok en Vijselaar 1999.

36 Lindeboom en Van Lieburg 1984; Van Belzen 1989; Furnée en Jonkman 1994; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Kamminga 1995; Fuks-Mansfeld en Sunier 1997; Bakker en De Goei 2002a.

37 De Goei, Van 't Hof en Hutschemaekers 1995; Van 't Hof, Broerse en De Goei 1997; Dimmendaal 1998.

38 Hutschemaekers en Hrachovec 1993; zie voor Nederlands onderzoek in internationaal vergelijkend perspectief: Gijswijt-Hofstra en Porter 2001.

39 Van Alphen 1982; Van Alphen 1988; Van der Beek 1983a; Van der Beek 1983b; Vos 2007b.

40 Jak 1993; Dankers en Van der Linden 1994; Klijn 1995; Hakker 1997; Jak 1999; Jak 1988; Mans 1998; Tonkens 1999; Vijselaar 1993b; Leonards, Weijers en Van Wel 1998; Weijers, Tonkens en Mans 1998; Klijn 1998; Graas 1998.

41 Boschma 2003; Kokee en Aan de Stegge 1991; Weisglas 1981; De Laat 1984; Groen 1992; Struik 1994; Zondag 1995; De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997; Aan de Stegge 2001a; Aan de Stegge 2001b; Aan de Stegge 2001c; Aan de Stegge 2004; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge 2005b.

42 Kerkhoven 1996; Mens 2003; Klijn 2005, 2007a.

43 De Graaf en Beumer 1991; zie ook Van der Esch 1975-1980; Vijselaar 1985a; Kappelhof 1990; Legemaate 1991; Van de Klippe 1997; Lucieer 2005.

44 Heerma van Voss 1978; Van der Kroef 1990; Dercksen en Van 't Hof 1996.

45 Vergelijk De Wit 1991; Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en Van der Velden 2005; Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.

de psychofarmaca,[46] en de invloed van de antipsychiatrie in de intramurale psychiatrie.[47]

Nederland onderscheidt zich internationaal door een uitgebreid netwerk van voorzieningen op het gebied van de sociale psychiatrie, geestelijke volksgezondheid en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn dan ook onderwerp van een ruim aantal dissertaties, monografieën, gedenk- en jubileumboeken en tal van artikelen.[48] Deze richten zich meer op het ideeëngoed en de institutionele en organisatorische aspecten, dan op de hulpverleningspraktijk en de beleving van patiënten en cliënten.[49] De verzuilde katholieke psychohygiëne en ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben in het bijzonder de aandacht getrokken, onder andere in verband met de veranderende opvattingen en praktijken rond moreel beladen onderwerpen als voortplanting, moederschap, huwelijk, opvoeding en homoseksualiteit.[50] Ook de geschiedenis van de psychoanalyse – de receptie van Freuds ideeëngoed in Nederland en de vestigingsstrijd van de beweging – en van de psychotherapie – zowel ideeën, professionalisering, organisatie als praktijk – zijn min of meer uitgebreid onderzocht.[51]

Mede vanwege de verzuiling, de combinatie van publieke financiering en particuliere uitvoering en het gebrek aan centrale coördinatie was de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland tot begin jaren tachtig, toen de Riagg ontstond, zeer versnipperd en onoverzichtelijk. Het aantal verenigingen en instellingen dat zich op diverse deelgebieden van de extramurale geestelijke gezondheidszorg richtte, is groot en het beeld wordt nog eens gecompliceerd door de talloze naamswisselingen, reorganisaties en fusies. De versplintering en voortdurende reorganisatie hebben met zich meegebracht dat veel historisch bronnenmateriaal van de ambulante sector moeilijk te traceren is of verloren is gegaan en dat over patiënten en cliënten nog minder bekend is dan in de intramurale psychiatrie.[52]

Psychologisering is een begrip dat – in verschillende betekenissen – vaak opduikt in de geschiedschrijving van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Het is zinvol een onderscheid te maken tussen enerzijds de direct met therapeu-

46 De Lange 1998; Snelders 2000; Pieters, Snelders en Houwaart 2006.

47 Blok 2004. Vergelijk Tonkens 1999.

48 Zie onder andere Van der Grinten 1987a; Mijs 1987; Van der Stel 1995; De Goei 2001; Brants 2004; Heerma van Vos 1980; Heerma van Vos 1991; Vijselaar 1987; De Schepper 1991; Van Limbeek en Van Alem 1991; Spits 1992; Dercksen en Van 't Hof 1994; Graas 1996; Willemsen 2001; Akkermans 2006; De Goei en Van der Hoorn 2006.

49 Uitzonderingen zijn: De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a; Van der Wurff 1987; Van der Wurff 1993; Oosterhuis 1992; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994; Akkermans 2006.

50 Sommer 1983; Sommer 1984; Sommer 1985; Van Berkel 1990; Oosterhuis 1992; Westhoff 1996.

51 Bulhof 1983; Ter Meulen 1988a; Brinkgreve 1984; Van de Sande 1996; Stroeken 1997; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979; Van Lieshout en De Ridder 1991a; De Waal 1992; Vijselaar 1992; Reijzer 1993; De Groot 1995a; Greven 2006.

52 Zie het inventariserend onderzoek naar het historisch bezit van ambulante instellingen door Popkema 1993.

tische hulpverlening verbonden en daardoor teweeggebrachte betekenisgeving aan moeilijkheden en anderzijds een meer algemene, zich in de maatschappij voltrekkende mentaliteitsverandering. Psychologisering kan verwijzen naar de maatschappelijke verbreiding van psychiatrische, psychologische en pedagogische vormen van zorg en hulpverlening die deels functies van de kerk en de rechterlijke macht overnamen. Daardoor werden moeilijkheden niet alleen meer beoordeeld op basis van vaste morele en juridische normen, maar ook begrepen in termen van persoonlijke motieven en gevoelens.[53] Het begrip psychologisering dient ook ter aanduiding van een maatschappelijk proces dat deels onafhankelijk van de uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg en de psychologische hulp- en dienstverlening is te traceren. Het gaat dan om een mentaliteitsverandering die te omschrijven is als een combinatie van toenemende individualisering en verinnerlijking. In de Nederlandse samenleving was vanaf de jaren zestig sprake van een zich over steeds bredere bevolkingslagen uitspreidende tendens om innerlijke roerselen en persoonlijke gevoelens te articuleren.[54] Deze ontwikkeling is overigens ook in andere westerse landen, met name in Frankrijk en de Verenigde Staten, gesignaleerd.

Een vraag die in de (buitenlandse en Nederlandse) historische en sociologische literatuur geregeld opduikt betreft het verband tussen de uitdijing van de geestelijke gezondheidszorg en de psychologisering in de rest van de maatschappij.[55] Was de therapeutische hulpverlening de drijvende kracht achter de psychologisering of speelden de deskundigen in op een veranderde mentaliteit van mensen? Het antwoord op deze vraag hangt in hoge mate samen met de waardering van de psychologisering. Buitenlandse en ook enkele Nederlandse auteurs, die sterk waren geïnspireerd door het werk van Foucault en die in de jaren tachtig de toon aangaven, wijzen op de uitbreiding van de invloed van de psychiatrie, de psychoanalyse en de psychologie buiten de inrichtings- en ziekenhuismuren. Deze wordt door de Engelse psychologen J. Hodges en A. Hussain gekarakteriseerd als het 'psycomplex', in navolging van de door de Franse socioloog J. Donzelot gemunte term 'voogdijcomplex'.[56] Deze termen verwezen naar het fijnmazig, steeds sterker aan de staat gelieerd netwerk van therapeutische en opvoedkundige instellingen dat zich vanaf het eind van de negentiende eeuw in de westerse maatschappij verspreidde. De explosieve groei van hulpverleningsinstellingen in de twintigste-eeuwse verzorgingsstaat is volgens hen niet te verklaren uit een toenemende behoefte aan zorg. In hun optiek is deze min of meer aan de mensen

53 Van Wel 1981; Abma 1981/1982; Abma 1983; Van Lieshout, Maas en Mol 1983; Pols 1988a; Mol en Van Lieshout 1989; vergelijk Castel en Le Cerf 1981-82; Castel, Castel en Lovell 1982; Ingleby 1983; Ingleby 1985; Rose 1990.

54 Abma et al. 1995.

55 Voor een overzicht van de verschillende sociologische benaderingen van hulpverlening zie: Keulartz 1987.

56 Donzelot 1977; Hodges en Hussain 1979, 112. In Nederland vond de term psycomplex verbreiding door het werk van R. Abma en F. van Wel. Zie Abma 1981/1982. Zie voorts Jansz en Van Drunen 1996, 2004.

opgedrongen en hebben therapeuten uiteenlopende moeilijkheden op basis van standaarden van normaliteit als individuele, psychische problemen gedefinieerd. Het sociale, morele of politieke karakter van moeilijkheden zou door hun individualiserende interpretatiewijze verdoezeld worden: de 'psydeskundigen' maakten mensen tot uitwisselbare psychologische subjecten, die waren afgesneden van hun historische en maatschappelijke wortels en die daardoor beter beantwoordden aan de doelmatigheidseisen van de moderne technologie en de kapitalistische economie. In de therapeutische interventies, hoewel ogenschijnlijk gericht op verbetering en zelfontplooiing, zou openlijke dwang plaats hebben gemaakt voor een meer subtiele en 'zachte' vorm van professionele machtsontplooiing en disciplinering.[57]

Evenmin als de zogenaamde revisionistische geschiedschrijving van de negentiende-eeuwse inrichtingspsychiatrie heeft deze kritische interpretatie in Nederland veel navolging gevonden in het empirische onderzoek. Wellicht hangt dit samen met het feit dat veel Nederlandse geschiedschrijvers op dit terrein meer of minder nauw bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken waren en dat zij vaak onderzoek verrichtten in opdracht van instellingen uit het veld. Een andere reden zou kunnen zijn dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland meer open stond voor kritiek van buitenaf en zich voortdurend aan veranderende maatschappelijke omstandigheden aanpaste, waardoor hulpverleners op meer krediet in de samenleving konden rekenen dan in andere landen. Er is reeds gewezen op de belangrijke bijdrage van katholieke deskundigen aan de liberalisering van de (seksuele) moraal. Meer in het algemeen sloot de ambulante zorg in de naoorlogse jaren aan bij de sociale modernisering door het bevorderen van zelfstandige, mobiele, flexibele en naar ontplooiing strevende individuen, en in de jaren zestig en zeventig omarmde ze de democratiseringsgolf en het emancipatiestreven van groepen als jongeren, vrouwen, homoseksuelen en oorlogsslachtoffers.[58]

De terughoudendheid die de meeste Nederlandse auteurs in acht nemen als het gaat om kritiek op de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hangt wellicht ook samen met het feit dat niet zozeer de disciplineringstheorie van Foucault, als wel de civilisatietheorie van N. Elias het interpretatiekader van veel historisch-sociologisch onderzoek vormde. Terwijl Foucault en zijn navolgers stellen dat psychische moeilijkheden worden geconstrueerd door deskundigen die macht over leken uitoefenen, zijn dergelijke problemen volgens eliaanse beschouwingen toegenomen als gevolg van veranderde sociale verhoudingen en omgangsvormen en de daardoor gewijzigde emotiehuishouding van de moderne westerse mens. Sociale conventies maakten plaats voor persoonlijke afwegingen. Door de afname van machtsverschillen werden afhankelijkheidsrelaties minder statisch en een-

57 Zie naast Donzelot 1977 met name Castel en Le Cerf 1981-82; Castel, Castel en Lovell 1982; Lasch 1977; Lasch 1979. Voor een vergelijkbare analyse van de Nederlandse welzijnszorg zie Achterhuis 1979.

58 Brinkgreve en Westerbeek 1991; Oosterhuis 1992; De Haan 1997; Withuis 2002.

zijdig, verminderde de sociale distantie tussen rangen, standen, generaties en seksen, en konden mensen een grotere variëteit aan gevoelens tot uiting brengen. Dit bracht met zich mee dat omgangsvormen minder vastlagen en mensen meer dan voorheen met elkanders motieven en gevoelens rekening moesten houden. De bevelshuishouding ruimde het veld voor de onderhandelingshuishouding, in de woorden van de socioloog A. de Swaan.[59] Naarmate de omgang tussen mensen informeler werd, gebruikten zij meer en meer psychologische duidingen om elkaars uitingen te begrijpen en het eigen gedrag op dat van anderen af te stemmen. Maar juist hierdoor nam ook de innerlijke belasting toe en werd de kans groter dat op individueel niveau angsten en onzekerheden ontstonden.[60] Volgens deze optiek hadden mensen innerlijke moeilijkheden onafhankelijk van professionele hulpverleners die zich aandienden om specifieke problemen te behandelen. Wat deze hulpverleners wel deden is een begrippenkader bieden, waarin diffuus en niet duidelijk gearticuleerd leed was te verwoorden als een professioneel te behandelen probleem. Ook droeg de uitbreiding van de professionele hulpverlening bij aan een vergroting van de vraag naar deskundige hulp: mensen gingen in toenemende mate hun eigen gevoelens en ervaringen duiden in termen van de betekenissen die deskundigen aan moeilijkheden gaven. De Swaans omschrijving van deze ontwikkeling als 'protoprofessionalisering' veronderstelt een wisselwerking tussen de groeiende invloed van therapeutische beroepsgroepen en veranderingen in omgangsvormen, attitudes en mentaliteit, waardoor mensen ontvankelijk werden voor deskundige hulp. Maatschappelijke verhoudingen bepaalden mede welke moeilijkheden werden gesignaleerd en besproken, welke klachten als behandelbare problemen golden en wie ze ter behandeling kreeg voorgelegd of naar zich toetrok.[61]

Het eerder aangehaalde begrip probleemcultuur van de psycholoog I. van Lieshout sluit bij dit perspectief aan. Tegenover disciplinerings- en professionaliseringsperspectieven volgens welke deskundigen het initiatief nemen en een dominante rol vervullen, benadrukt Van Lieshout dat in de relatie tussen deskundigen en leken geen sprake is van eenzijdige beïnvloeding. Zij zouden niet altijd tegenover elkaar staan, maar 'een verbinding met elkaar aan[gaan] via hun betrekkingen tot het gedefinieerde probleem.' In het begrip probleemcultuur komt tot uitdrukking, in haar woorden, 'hoe interpretaties van deskundigen, belevingen van consumenten én hun onderlinge betrekking' de bouwstenen vormen van probleembelevingen, probleemdefinities en probleempercepties.[62]

De gedachte dat de verbreiding van psychiatrische of psychologische hulpverlening en adviezen niet alleen een kwestie van een zich uitdijend aanbod was,

59 De Swaan 1979.
60 De Swaan 1983; vergelijk Wouters 1990.
61 Van Dantzig en De Swaan 1978; De Swaan, Van Gelderen, Kense 1979, 20; vergelijk De Swaan 1989, 231–232.
62 Van Lieshout 1994, 375; vergelijk Oosterhuis 2000 over de wederzijdse beïnvloeding van de eind-negentiende-eeuwse Duits-Oostenrijkse psychiater R. von Krafft-Ebing en diens patiënten.

maar ook te verklaren valt als onderdeel van een algemenere mentaliteitsverandering, is de leidraad voor enkele historisch-sociologische studies over de historische bepaaldheid van psychiatrische ziektebeelden.[63] Deze zetten vraagtekens bij de idee dat de frequentie van psychische stoornissen in de moderne maatschappij is toegenomen. Aangezien definities van geestelijke moeilijkheden afhankelijk waren van veranderende culturele betekenissen en de inhoud ervan niet gelijk bleef, valt de vraag naar het daadwerkelijk voorkomen van stoornissen en de omvang daarvan in heden en verleden niet eenduidig te beantwoorden. Daarnaast ondergraven deze studies de gedachte dat psychische problemen door therapeutische beroepsgroepen zijn geconstrueerd en dat er sprake was van een eenduidige machtsrelatie tussen professionele hulpverleners en leken. Het gaat eerder om veranderende interpretaties van ongebruikelijke gedragingen en gevoelens, zowel door het lekenpubliek als door de deskundigen. De grotere herkenbaarheid van bepaalde stoornissen en het groeiende aanbod van professionele zorg is volgens deze redenering niet los te zien van bredere maatschappelijke veranderingen.

Als we de balans opmaken van de historische en deels historisch-sociologische literatuur, dan kunnen we constateren dat vooral in de afgelopen twintig jaar een indrukwekkend aantal publicaties is verschenen over de geschiedenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een nieuwe cesuur, zoals de wending richting sociale en mentaliteitsgeschiedenis vanaf halverwege de jaren zeventig, heeft zich echter niet voorgedaan. De constatering dat het onderzoek overwegend een empirisch en descriptief karakter had, geldt in het bijzonder nog steeds voor de geschiedschrijving van de inrichtingspsychiatrie – uitzonderingen daargelaten. Voor de geschiedschrijving van de bredere, extramurale geestelijke gezondheidszorg ligt dit anders. Hier is al langer sprake van meer theoretische reflectie en aandacht voor de bredere maatschappelijke context. Dit verschil hangt ongetwijfeld deels samen met de uiteenlopende institutionele contexten van het onderzoek vanaf de jaren zeventig. Het onderzoek naar de ambulante hulpverlening is vanaf het eind van dat decennium vooral ontwikkeld door sociale wetenschappers aan universiteiten, deels geïnspireerd door het werk van Foucault, maar nog sterker dankzij de door Elias geïnspireerde 'Amsterdamse School' in de historische sociologie. Verder heeft het onderzoek naar de geestelijke gezondheidszorg in bredere zin ook geprofiteerd van de academische belangstelling van sociologen en historici voor in het bijzonder de katholieke verzuiling en emancipatie. De geschiedschrijving van de inrichtingspsychiatrie daarentegen is grotendeels buiten de universiteit tot stand gekomen in de vorm van opdrachtonderzoek vanuit het veld zelf.

Ondanks het grote aantal studies vertoont het onderzoek naar de geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland nog lacunes –

63 Zie bijvoorbeeld Gomperts 1992 over de sociale fobie; Hutschemaekers 1990 over neurosen; Van Lieburg 1992 over depressie; Van 't Hof 1994 over anorexia nervosa.

op enkele is reeds gewezen. Te denken valt aan het hulpzoekgedrag, de therapeutische 'carrière' en de ervaringen van patiënten en cliënten in zowel de intramurale psychiatrie als de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de invloed van gender,[64] alternatieve behandelpraktijken en instellingen, geestelijke gezondheidszorg voor en door diverse groepen allochtonen,[65] de verschuivende grenzen tussen gezond ofwel normaal en ziek ofwel abnormaal en de manier waarop hieraan uitdrukking wordt gegeven,[66] de behandelpraktijken van psychiaters, hun werkzaamheden in de algemene gezondheidszorg en particuliere praktijken, de introductie en invloed van psychofarmaca,[67] biografieën van psychiaters, internationale vergelijking van Nederland met andere landen,[68] psychiatrie in de (voormalige) Nederlandse koloniën,[69] het imago en de (kunstzinnige) verbeelding van de psychiatrie in de samenleving, de popularisering en maatschappelijke legitimatie van psychiatrische kennis en de cultuurhistorische betekenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Voor een deel zijn deze en eerder genoemde lacunes opgevuld door het hiervoor reeds genoemde onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche*. Dat richtte zich op de sociaal-culturele geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg vanaf het eind van de negentiende eeuw tot heden. De doelstelling van het programma was een geschiedschrijving van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland waarin hun cognitieve inhoud, behandelpraktijken, organisatie en institutionele en sociaal-culturele context in hun onderlinge samenhang worden geanalyseerd. Het programma ging in 1999 van start met twee postdoctorale deelprojecten, een over de ontwikkeling van de psychiatrische beroepsgroep, uitgevoerd door I. Weijers, P. van Drunen en in de slotfase tevens R. Abma,[70] en een over patiënten in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen door J. Vijselaar.[71] Naast deze twee onderzoeken omvatte het programma vanaf het begin ook twee promotieonderzoeken, een over de invloed van de antipsychiatrie in Nederland door G. Blok[72] en een over de psychiatrische verpleegkunde door G.J.C. aan de Stegge.[73]

Naast de voornoemde deelnemers, die samen met ons de kerngroep van het programma vormden, heeft zich gedurende langere of kortere tijd nog een aantal onderzoekers bij het programma aangesloten: L. de Goei, die in 2001 promoveerde op de geschiedenis van de psychohygiënische beweging[74]; J.H.M. de Waardt, die

64 De Goei 1989; Jansen en Brinkgreve 1991; Van Lieburg 1992.
65 Hoffer 2000; Knipscheer 2000.
66 Zie bijvoorbeeld Mol en Van Lieshout 1989.
67 Pieters en Snelders 2005; voor eigentijdse analyses zie Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002, en Bos 2002.
68 Gijswijt-Hofstra en Porter 1998, 2001; Neve en Oosterhuis 2004; Gijswijt-Hofstra et al. 2005.
69 Gerritsen et al. 1986; Kerkhoven 1993.
70 Van Drunen 2004; Abma en Weijers 2005.
71 De eindrapportage over dit project is nog niet gereed. Zie evenwel: Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c.
72 Blok 2004.
73 De eindrapportage over dit project is nog niet gereed. Zie evenwel: Aan de Stegge 2001a; Aan de Stegge 2001b; Aan de Stegge 2001c; Aan de Stegge 2004, Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge 2005b.
74 De Goei 2001.

een boek schreef over de geschiedenis van de universitaire psychiatrie in Nederland[75]; C.Th. Bakker, die samen met H. van der Velden onderzoek verricht naar de financiering van de geestelijke gezondheidszorg[76]; T. Pieters, die zich bezighoudt met wetenschapssociologisch en -historisch onderzoek op het terrein van de psychofarmaca[77]; I. Mans, die in 1998 promoveerde op de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in Nederland[78]; J. Slijkhuis, die onderzoek deed naar de geschiedenis van de psychiatrische beroepsvorming in de periode 1870-1914[79]; A. Klijn, die de bouwgeschiedenis van het psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal in Maastricht beschreef[80] en M. Louter, die op basis van interviews de belevingswereld van psychiatrische patiënten in de afgelopen drie decennia in kaart bracht.[81]

Van al dit nieuwe onderzoek hebben wij ten behoeve van dit boek dankbaar gebruikgemaakt. Aan de hand van overwegend gepubliceerde bronnen, zoals tijdschriften op het gebied van geneeskunde, psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en gidsen voor de geestelijke gezondheidszorg, hebben wij zelf aanvullend onderzoek verricht, in het bijzonder naar de kwantitatieve gegevens over instellingen, hun capaciteit, behandelaars en patiënten, naar de zorg voor zenuwlijders, naar de inhoud van de sociale psychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, naar wetgeving en overheidsbeleid, naar het verband tussen psychiatrie en cultuurkritiek en naar de invloed van psychiaters op de publieke moraal. Ten behoeve van de vergelijking van Nederland met andere landen hebben wij samen met J. Vijselaar en G. Blok enkele internationale symposia georganiseerd. De inzichten die daar het resultaat van waren en die hun neerslag hebben gevonden in enkele publicaties, hebben wij ook in dit boek verwerkt.[82]

Omstreden geschiedschrijving

De geschiedschrijving van de psychiatrie werd (en wordt), in andere landen nog sterker dan in Nederland, gekleurd door de eigentijdse achtergrond en ideologische opvattingen van de auteurs. We hebben reeds gewezen op de neiging van psychiaters om de geschiedenis van hun vak voor te stellen als wetenschappelijke en humanitaire vooruitgang. De eigentijdse stand van zaken in de psychiatrie en niet zelden ook de specifieke richting die zij aanhangen, verschaft hen het selectie- en beoordelingscriterium voor de beschrijving van het verleden.[83] De eerder

75 De Waardt 2005.
76 Het onderzoek heeft tot nu toe geresulteerd in een ongepubliceerde rapportage: Bakker en Van der Velden 2004a. En voorts: Bakker en Van der Velden 2004b; Bakker en Van der Velden 2005. Zie tevens: Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding.
77 Pieters en Snelders 2005; Pieters, Te Hennepe en De Lange 2002.
78 Mans 1998.
79 Slijkhuis 2002, 2005.
80 Klijn 2005, 2007a.
81 Louter 2005.
82 Zie Gijswijt-Hofstra en Porter 1998; Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; Neve en Oosterhuis 2004; Gijswijt-Hofstra et al. 2005.
83 Enkele recente voorbeelden: Stone 1997 en De Kroon 1999.

genoemde revisionisten, die zich kritisch, zo niet afwijzend opstelden ten aanzien van de psychiatrie en wezen op de verwevenheid van psychiatrische praktijken met maatschappelijke verhoudingen, waren voor een belangrijk deel geïnspireerd door de antiautoritaire protestbeweging van de jaren zestig en de kritische of antipsychiatrie. Even tijdgebonden was de felle reactie op het revisionisme van de Canadese historicus E. Shorter, die in 1997 een veelgeprezen overzichtswerk van de geschiedenis van de psychiatrie in de westerse wereld publiceerde.[84] Zijn omarming van de biomedische benadering van geestesziekte en verkettering van andere richtingen in de psychiatrie, in het bijzonder de psychoanalyse, lijken mede te zijn ingegeven door het klimaat van de jaren negentig: een groot vertrouwen in het moderne hersenonderzoek en de werking van psychofarmaca, alsmede teleurstelling over en afkeer van de erfenis van de jaren zestig, waaronder het psychotherapeutische ethos. Shorter voerde overigens een gevecht tegen windmolens, want de revisionisten beheersen het historisch onderzoek naar de psychiatrie al sinds de jaren tachtig in het geheel niet meer. Deze zijn inmiddels opgevolgd door een nieuwe generatie van 'postrevisionistische' historici die minder last hebben van ideologische bevlogenheid. Weliswaar proberen zij net als de revisionisten de ontwikkelingen in de psychiatrie te begrijpen in samenhang met die in de samenleving, maar ze doen dat veel genuanceerder en zonder de psychiatrie te reduceren tot een verlengstuk van de staat of andere maatschappelijke krachten.[85]

Dat de geschiedschrijving van de psychiatrie nogal wat emotie en strijd heeft opgeroepen, is op twee manieren te verklaren. De eerste verklaring houdt verband met de aard van de psychiatrie zelf. Sterker dan voor de rest van de geneeskunde is de geschiedenis van de psychiatrie van belang voor de identiteitsvorming van het vak. Dit medisch specialisme was en is een verdeelde en omstreden discipline, die zowel onder de beroepsbeoefenaren zelf, als onder hun patiënten en – vooral sinds de jaren zestig – buitenstaanders aanleiding gaf tot uitgesproken opvattingen. De geschiedenis van de psychiatrie leert dat zij een moeilijk te definiëren en af te bakenen vak is. Psychiaters zelf hebben vaak benadrukt dat hun vak een vorm van geneeskunde is. Zij hielden zich echter niet alleen bezig met de diagnose van geestesziekten en de behandeling en verzorging van individuele patiënten. Psychiaters begaven zich tevens op het terrein van sociale begeleiding, ondersteuning en opvoeding van mensen met geestelijke stoornissen en moeilijkheden. Behalve op individuele patiënten of cliënten richtten sommigen van hen zich ook op de samenleving en manifesteerden zij zich als bewakers van de maatschappelijke orde en als volksopvoeders of juist als cultuurcritici en maatschappijhervormers.[86] Psychiaters beperkten zich dus niet tot als medisch of psy-

84 Shorter 1997.

85 Micale en Porter 1994; vergelijk Bynum, Porter, Shepherd 1985-88, Scull 1989; Scull 1991. Zie ook Oosterhuis 1999.

86 Vergelijk Van Lieshout en Mol 1986; Schnabel 1995, 84-105; De Goei 2001; Kennedy 2007.

chisch beschouwde moeilijkheden, maar hun bemoeienis strekte zich ook uit tot sociale, ethische en politieke kwesties.

Het object van de psychiatrie lag niet vast en ook de benoeming en indeling van psychiatrische ziektebeelden was aan verandering onderhevig. Wat de verklaring en behandeling van psychische stoornissen betreft was er geen sprake van een gemeenschappelijk paradigma en laat de psychiatrie zowel in het verleden als in het heden een voortdurende richtingenstrijd zien. In het bijzonder in de steeds terugkerende pendelbeweging tussen somatogene en psychogene verklaringen en natuur- en menswetenschappelijke benaderingen ontbrak het niet aan polarisatie en wederzijdse verkettering. Uiteenlopende modellen, theorieën en therapieën wisselden elkaar af of bestonden naast elkaar. Bovendien hing de keuze voor een bepaalde behandeling of verzorging niet alleen af van wetenschappelijke inzichten, maar evenzeer van de vigerende waarden en normen omtrent de wijze waarop mensen met elkaar behoren om te gaan.[87] Hoge verwachtingen konden vaak niet worden waargemaakt: de werkelijkheid van geestesziekte bleek weerbarstig. Psychiaters lieten zich dan ook veelvuldig eerder leiden door wat naar hun idee in de praktijk werkte dan door wetenschappelijke kennis. In dit verband heeft de socioloog Schnabel de psychiatrie gekarakteriseerd als 'de wetenschap van de onopgeloste raadsels en de wanhoop'.[88] Mede door het gebrek aan therapeutische resultaten en de geregeld terugkerende kritiek op de bejegening van patiënten door psychiaters of andere beroepsgroepen kwamen de wetenschappelijke en de maatschappelijke legitimiteit van de psychiatrie voortdurend ter discussie te staan. Anderzijds waren de verwachtingen van zowel psychiaters als hun clientèle en het bredere publiek omtrent nieuwe behandelmethoden – bijvoorbeeld in de jaren zestig en zeventig de diverse psycho- en sociotherapieën en in de afgelopen twee decennia de psychofarmaca – steeds weer hooggespannen. De opvattingen in de maatschappij over de psychiatrie varieerden van verguizing tot ophemeling. De geschiedschrijving van de psychiatrie weerspiegelt in zekere zin de verdeeldheid van het vak zelf en de sterk wisselende beeldvorming ervan in de samenleving. Vanwege de voortgaande discussie over de oorzaken van geestesziekte en de behandeling ervan blijft de geschiedenis actueel.

De tweede verklaring voor het omstreden karakter van de historiografie heeft te maken met de sociaal-culturele betekenisgeving aan geestelijke verwarring. Mede vanwege haar raadselachtigheid, de uiteenlopende reacties die zij oproept – vaak afkeer en angst vermengd met medelijden, maar soms ook idealisering – en het gebrek aan een eenduidige wetenschappelijke verklaring kan geestesziekte dienen als projectiescherm voor uiteenlopende visies op mens en maatschappij. Dit des te meer omdat vooral voor ernstig geesteszieke mensen geldt dat zij de fundamentele regels van het sociale verkeer, de normale loop van de alledaagse interactie op basis van onuitgesproken, maar door iedereen gedeelde verwach-

87 Schnabel *1996*, 157.

88 Schnabel *1996*, 154–155.

tings- en vertrouwenspatronen, doorbreken. 'Psychische stoornissen zijn de erosie van het sociale leven', aldus Schnabel.[89] De onbegrijpelijke en voor anderen oninvoelbare uitingen van psychisch gestoorden vallen buiten de vanzelfsprekendheid en voorspelbaarheid waarop 'normaal' sociaal gedrag gebaseerd is. De psychiatrie biedt een begrijpelijke verklaring voor dergelijke onbegrijpelijke gedragingen: het gaat om ziekte. De definitie van psychische stoornis, zowel in de psychiatrie als in de samenleving, hangt echter deels samen met maatschappelijke normen omtrent al dan niet acceptabel gedrag, Op deze manier beweegt de psychiatrie zich op het gevoelige terrein waar de (veranderlijke) regels van het samenleven zichtbaar worden.[90] Een dergelijk sociologisch inzicht is overigens in het verleden ook al door enkele psychiaters verwoord. Zo vroeg een van de grondleggers van de sociale psychiatrie in Nederland, A. Querido, zich in 1949 af hoe de in de samenleving wijd verspreide afkeer van geesteszieken was te verklaren: 'Wellicht is de diepste grond,' opperde hij, 'dat de gesocialiseerde mens voelt, dat de geesteszieke zich veroorlooft wat hij met zoveel moeite heeft opgegeven en dat de geesteszieke onverhuld uitspreekt, waarvan de gezonde hoogstens droomt. [...] In deze houding zit eigen angst.'[91]

Uitgangspunten en inspiratiebronnen

Wij hebben ons in dit boek verre proberen te houden van ideologisch en politiek beladen standpunten en discussies. Presentisme, in welke vorm dan ook, trachten we zo veel mogelijk te voorkomen door de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de context van de toenmalige maatschappij en cultuur te begrijpen. Zo hebben wij bijvoorbeeld geprobeerd zo veel mogelijk recht te doen aan de terminologie die in de tijd zelf werd gebezigd en aan de toen gangbare betekenisgeving. Dat wij het belang van de taal benadrukken, van de begrippen ter aanduiding van geestelijke verwarring en de lijders eraan, heeft als reden dat terminologie voor de gebruikers een belangrijk structurerend element vormde voor hun waarneming, houding en gedrag, en dat het gebruik van taal bovendien deel uitmaakte van hun gedrag. Voor de historisch onderzoeker maakt het taalgebruik in het verleden het bij uitstek mogelijk om zich een beeld te vormen van de toen gangbare kennis, classificaties, waarderingen en verklaringen.[92]

Zoals eerder opgemerkt onthouden wij ons van een oordeel over de aard en verklaring van psychische stoornissen. Waar wij in elk geval niet van uitgaan is dat dergelijke moeilijkheden voornamelijk of alleen bestaan bij de gratie van het

89 Schnabel 1992, 26.
90 Zie ook Schnabel 1985, 159; Schnabel 1992, 20-21; Schnabel 1995, 40; Schnabel en Milders 1996.
91 Querido 1949a, 270-271.
92 Mol en Van Lieshout 1989; vergelijk ook De Blécourt 1990.

hulpverleningsaanbod of de maatschappelijke veroordeling van afwijkend of onbegrijpelijk gedrag, zoals de revisionisten en ook adepten van de sociologische etiketteringstheorie en Foucaults disciplineringstheorie hebben beweerd. Deze radicaal sociaal-constructivistische benadering veronachtzaamt en bagatelliseert de realiteit van geestelijke verwarring, wat de gedaante en de oorzaak ervan ook mogen zijn. In navolging van De Swaan stellen wij dat mensen onafhankelijk van de maatschappelijke reactie erop met uiteenlopende moeilijkheden kunnen kampen. Echter, *moeilijkheden* zijn niet objectief gegeven als psychiatrische of psychische *problemen*. Dergelijke problemen zijn interpretaties die in een specifieke sociale context tot stand komen.[93] Niet de moeilijkheden zelf, maar de specifieke betekenissen die ze als probleem krijgen, zijn sociaal-cultureel geconstrueerd. Verder nemen wij een agnostisch standpunt in tegenover psychiatrische verklaringen, of deze nu biologisch, psychologisch, sociaal of anderszins van aard zijn, en spreken wij geen voorkeur uit voor de een of andere psychiatrische benadering of antipsychiatrische visies. Wat wij in dit boek bieden is een beschrijving en analyse van de rol die deze verschillende benaderingen speelden in de context van het werkveld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, van aanbod van en vraag naar zorg en behandeling, en van het bredere maatschappelijke krachtenveld en culturele klimaat.

In onze beschrijving en analyse van het verleden van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg hebben wij op een pragmatische en eclectische manier gebruikgemaakt van diverse attenderende begrippen en theoretische perspectieven. Het belang dat wij hechten aan terminologie en betekenisgeving, de begrippen probleemcultuur en psychologisering, het marktidee, de eliaanse figuratiesociologie en de daarop geënte verzorgingssociologische benadering van De Swaan zijn hierboven al aan de orde gekomen. In verband met de aandacht die wij schenken aan de samenhang tussen ontwikkelingen in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg enerzijds en burgerschap anderzijds baseren wij ons op werk van de sociologen J.W. Duyvendak en E. Tonkens. Zij hebben enkele begrippen geïntroduceerd ter aanduiding en karakterisering van verschillende idealen van zelfontplooiing, die in de loop van de tweede helft van de twintigste eeuw van invloed zijn geweest op de Nederlandse samenleving: geleide, spontane en autonome zelfontplooiing.[94] Daarnaast hebben wij ons laten inspireren door zowel wetenschapshistorisch onderzoek naar disciplinevorming als historisch-sociologisch onderzoek naar beroepsvorming en professionaliseringsprocessen.

In het wetenschapshistorisch onderzoek van de afgelopen decennia is benadrukt dat wetenschappelijke disciplines geen onveranderlijke, essentiële kenmerken bezitten die vanaf hun ontstaan tot hun huidige gedaante hun identiteit bepalen.[95] Deze benadering neemt stelling tegen de eerder genoemde finalisti-

93 Van Dantzig en De Swaan 1978; De Swaan 1984, 11.
94 Duyvendak 1999; Tonkens 1999; vergelijk Weijers 1991, 125-127.
95 De Vries 1982; Harbers 1986; Boon en De Vries 1989; Dehue 1990; De Wilde 1992; Van Hilvoorde 2002.

sche oftewel presentistische geschiedschrijving: de veronderstelling dat de wordingsgeschiedenis van een discipline continuïteit en gestage vooruitgang vertoont en dat een vakgebied zijn eigenheid ontleent aan een onveranderlijk object of gelijkblijvende onderzoeksvragen. Nieuwe theorieën en praktijken leiden daarentegen vaak tot een verandering van het object en de onderzoeksvragen van een wetenschap, de aard van de kennis die zij oplevert, alsmede van de grenzen en taakverdeling tussen verschillende disciplines. De wijze waarop een vak is georganiseerd en afgebakend is derhalve niet (uitsluitend) te verklaren aan de hand van een vanzelfsprekende afgrenzing en ordening van het deel van de werkelijkheid dat haar objectgebied vormt. De manier waarop kennis en de praktische toepassing daarvan in disciplines zijn verdeeld, wordt niet door een gegeven structuur van de werkelijkheid gedicteerd, maar is veeleer het resultaat van de wordingsgeschiedenis van disciplines en de veranderende demarcaties die hun onderlinge verhouding bepalen. Zo ligt de werkelijkheid van geestelijke verwarring niet eenvoudig klaar om door psychiaters te worden ontdekt, beschreven en verklaard als door hen te behandelen ziekten en stoornissen. Deze realiteit is mede het resultaat van het handelen van psychiaters, waarin tegelijk met hun kennis ook het object van die kennis, hun werkterrein en de verhouding tot andere vakgebieden gestalte krijgen.

Het handelen van wetenschappers en deskundigen wordt niet alleen gestuurd door het streven naar 'zuivere' kennis, maar ook door de ambitie om voor hun discipline wetenschappelijk en maatschappelijk aanzien en legitimiteit te verwerven. Hun al dan niet succesvolle pogingen relevante buitenstaanders (politici, beleidsmakers, andere wetenschappers, opinievormers, leken, cliënten) van de geldigheid van hun definities van de werkelijkheid te overtuigen, zijn te begrijpen in termen van professionalisering. Het ontstaan en de ontwikkeling van beroepen en professies is vanouds een sociologisch thema, maar sinds enkele decennia hebben professionaliseringsprocessen, in het bijzonder op het gebied van de geneeskunde, de aandacht van (wetenschaps)historici getrokken.[96] Oudere sociologische, grotendeels door het structureel-functionalisme van T. Parsons geïnspireerde professionaliseringstheorieën leggen veel nadruk op de (altruïstische) functie die professies op basis van wetenschappelijke kennis en specialistische vaardigheden in de moderne maatschappij vervullen. De door hoge ethische standaarden geïnspireerde professies zouden zich niet zozeer door economisch eigenbelang laten leiden, als wel door dienstbaarheid aan het publiek belang. Vanaf de jaren zestig is er kritiek gekomen op dit beeld, dat nauw aansloot bij het zelfbeeld van de professies: in de conflict-sociologische benadering ligt de nadruk op de (politieke en economische) belangen en macht die ze nastreven. De aandacht gaat

96 Conze en Kocka 1985; Fee en Porter 1992; Freidson 1975; Frevert 1984; Houwaart 1991; Huerkamp 1985; Siegrist 1988; MacClelland 1991; Napoli 1981; Rose 1985; Sarfatti-Larson 1977; Starr 1992; Stichweh 1984; Wachelder 1992.; Warner 1986; Abbott 1988; Brown 1992.

dan uit naar de wijze waarop professionele groepen diensten en arbeidstaken proberen te monopoliseren ten koste van leken en andere beroepsgroepen. In de derde, meer historische benadering, die in de laatste decennia terrein heeft gewonnen en waarin de dynamiek van professionalisering centraal staat, wordt niet bij voorbaat aangenomen dat altruïsme of machtsstreven bepalend zijn voor het optreden van professies en worden hun ontstaan en ontwikkeling beschreven tegen de achtergrond van historisch en maatschappelijk variabele omstandigheden. Deze (veelal vergelijkende) benadering vraagt aandacht voor de invloed van het overheidsbeleid, bureaucratisering, wetgeving en de (meer of minder) vrije markt waarop professies hun diensten aanbieden.

Verder valt er in het onderzoek naar professionalisering een onderscheid te maken tussen 'actionistische' en 'structuralistische' benaderingen. In de actionistische optiek ligt de nadruk op de strategieën waarmee beroepsgroepen zowel op hun werkplek als in de maatschappij hun belangen, zeggenschap en machtspositie trachten te bevorderen en veilig te stellen. Professionaliserende beroepsgroepen streven naar aanzien, autonomie, formele toelatingseisen op basis van gestandaardiseerde opleidingstrajecten en een monopoliepositie, stellen een interne gedragscode op en grenzen hun vakgebied af tegenover andere disciplines, onder andere door middel van een langdurige en specialistische scholing. Het structuralistische perspectief brengt het ontstaan van een professie in verband met sociale moderniseringsprocessen. Professionalisering is een proces dat de invloed ondergaat van zowel wetenschappelijke ontwikkelingen en de belangen van de beroepsgroep, als van veranderingen in de maatschappelijke arbeidsdeling als geheel en de vraag die er in de samenleving bestaat naar gespecialiseerde diensten. Actionistische verklaringen lopen het gevaar dat ze aan een professie in wording motieven en een beroepsidentiteit toeschrijven die op het moment van haar vroege ontwikkeling nog niet bestaan, maar juist het product zijn van een latere ontwikkeling. In de structuralistische verklaring bestaat het gevaar van sociologisch reductionisme en blijven de intenties van de betrokkenen onderbelicht. Deze twee benaderingen sluiten elkaar niet uit maar vullen elkaar aan.

Samengevat laten zich in dit boek drie zwaartepunten onderscheiden: de hulpverleningsmarkt, het domein van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, en de wederzijdse beïnvloeding van dit werkterrein en bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. De door ons gehanteerde attenderende begrippen – probleemcultuur, psychologisering, professionalisering – en theoretische perspectieven – de figuratiesociologie van Elias, de verzorgingssociologie van De Swaan, de wetenschapshistorische benadering van beroeps- en disciplinevorming – dienen om deze drie hoofdlijnen te preciseren en om de verbanden ertussen te verduidelijken.

Vraag en aanbod hingen nauw samen met de vigerende probleemcultuur in een bepaald tijdsgewricht, dat wil zeggen de betekenissen die moeilijkheden kre-

gen als behandelbare problemen. Het aan De Swaan ontleende begrip protoprofessionalisering vormt hiervan een specificatie en is, zoals we zullen zien, vooral relevant om de werking van een groot deel van de ambulante markt, in het bijzonder die van psychotherapie, te begrijpen. Verder waren vraag en aanbod in hoge mate afhankelijk van de economische conjunctuur: de mogelijkheden van hulpverleningsaanbieders om de opbouw van zorgvoorzieningen te bekostigen en het vermogen en de bereidheid van hulpvragers (of hun financiers) om voor professionele behandeling te betalen. Kenmerkend voor Nederland was dat de hulpverleningsmarkt, zowel het aanbod als de vraag, eveneens sterk de invloed onderging van en tegelijkertijd bijdroeg aan de levensbeschouwelijke verdeeldheid zoals die vorm kreeg in de verzuiling.

Het hulpverleningsaanbod is niet los te zien van de reikwijdte van het domein van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Dat kreeg op zijn beurt weer vorm door de invulling die de daarin werkzame beroepsgroepen gaven aan hun vak en de mate waarin zij hun professionele ambities wisten te realiseren. Vanuit dit perspectief zullen wij psychiaters en deels in hun kielzog de psychiatrisch verpleegkundigen in dit boek systematisch volgen en daarbij in het bijzonder aandacht schenken aan de wijze waarop zij hun beroepsdomein vormden en afbakenden ten opzichte van andere werkterreinen waarop andere beroepsgroepen zich deden gelden.

De vraag naar bepaalde vormen van psychiatrische en geestelijke gezondheidszorg werd mede beïnvloed door het imago van hulpverleningsinstellingen in de samenleving en de wijze waarop mensen zichzelf, anderen en hun moeilijkheden begrepen en zij met elkaar omgingen. Wat het belevingsaspect betreft bieden het begrip psychologisering en het kernidee van Elias' civilisatietheorie – de verschuiving van externe dwang (*Fremdzwang*) naar innerlijke beheersing (*Selbstzwang*) – aangrijpingspunten om ontwikkelingen aan de vraagkant van de hulpverleningsmarkt te begrijpen als onderdeel van meer omvattende maatschappelijke processen. De voortgaande sociale democratisering in de twintigste eeuw als gevolg van de afnemende ongelijkheid in de machts- en afhankelijkheidsverhoudingen tussen (groepen) mensen zou op individueel niveau gepaard gaan met verinnerlijking, een toenemende neiging om moeilijkheden als psychische problemen te duiden. Ook de veranderingen in het denken over en de omgang met dwang en zelfbeschikking in de psychiatrische zorg voor geesteszieken, waaraan wij de nodige aandacht zullen schenken, worden vanuit de eliaanse optiek in een breder kader geplaatst.

Hetzelfde geldt voor de wijze waarop invulling werd gegeven aan het begrip geestelijke (volks)gezondheid en de keerzijde daarvan. Het vertoog van de beweging voor geestelijke volksgezondheid vertoonde opvallende parallellen met de reacties vanuit de bovenlaag van de Nederlandse samenleving op sociaal-economische en politieke veranderingen. Zowel in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg als onder de politieke en intellectuele elites wisselden cultuur-

pessimisme en maakbaarheidsoptimisme elkaar voortdurend af en was de verhouding tussen individu en gemeenschap steeds weer in het geding. Zelfbeheersing en zelfsturing ter vervanging van dwang en controle van buitenaf vormden in de gehele twintigste eeuw de kernelementen in de formulering van idealen omtrent zelfontplooiing en democratisch burgerschap.

Opbouw

In grote lijnen is ons uit vijf delen bestaande boek chronologisch opgebouwd. Het eerste deel, 'Psychiatrie in opbouw (1870-1918)', begint, na een korte terugblik op de voorgeschiedenis, in 1871 met de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, die in de drie daarop volgende decennia werd gevolgd door ingrijpende veranderingen in de bestaande krankzinnigenzorg en een beginnende expansie van het psychiatrisch-neurologisch werkterrein. Rond het einde van de Eerste Wereldoorlog kwamen enkele nieuwe ontwikkelingen op gang die het gezicht van de psychiatrie blijvend zouden veranderen en die deels het fundament legden voor de verdere verbreding van haar werkveld.

Deel 2, 'Beloftes van het nieuwe (1918-1940)', dat de periode van het interbellum beslaat, gaat grotendeels over die veranderingen en verbreding. Naast en in zekere zin ook tegenover de zich in sociale en medische zin vernieuwende inrichtingspsychiatrie ontstond een nieuw werkterrein, dat van de geestelijke volksgezondheid.

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

Het tijdvak dat wij in deel 4 behandelen, 'Geestelijke gezondheidszorg voor iedereen en niemand (1965-1985)', vormt wellicht de meest turbulente periode in de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen inhoudelijk vanwege de doorwerking van de zogenaamde antipsychiatrie en de daarmee gepaard gaande polarisatie en grote publieke aandacht, maar ook organisatorisch, vanwege de snelle en omvangrijke uitbreiding van de psychiatrische en psychosociale hulpverlening, alsook de toenemende overheidsbemoeienis.

In het midden van de jaren tachtig kwam aan deze polarisatie en uitdijing een eind en begon een nieuwe periode, die zich ons inziens moeilijk in een paar steekwoorden laat karakteriseren omdat wij er nog middenin zitten. Deel 5 over de tijd vanaf halverwege de jaren tachtig tot 2005 draagt de titel 'Schuivende schotten en

haperende vermaatschappelijking (1985-2005)'. In deze periode kwam een einde aan de organisatorische scheiding tussen de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg, die in Nederland sinds de jaren twintig had bestaan. Daarnaast vonden ingrijpende zorginhoudelijke vernieuwingen plaats, waarbij het doel was om het aantal en de duur van opnamen in psychiatrische ziekenhuizen te beperken en deze deels te vervangen door woon- en behandelfaciliteiten in de maatschappij. Aan het eind van de twintigste eeuw stokte deze ontwikkeling.

In de nabeschouwingen van de afzonderlijke delen zetten we de hoofdlijnen van de geschetste ontwikkelingen nogmaals uiteen en vergelijken wij daarbij steeds de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland met die in een aantal andere landen. In de slotbeschouwing komen wij terug op de vragen die wij eerder in deze inleiding aan de orde stelden en bieden wij een samenvattend overzicht. Verder proberen wij mede aan de hand van internationale vergelijking aan te geven wat de bijzondere kenmerken zijn van de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Binnen de vijf opeenvolgende delen hebben wij in grote lijnen steeds dezelfde indeling in hoofdstukken gehanteerd op basis van de verschillende werkgebieden van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg: de intramurale zorg en de diverse werkvelden buiten de muren van gesticht, inrichting, ziekenhuis of kliniek, zoals de forensische psychiatrie en het terrein van de geestelijke volksgezondheid of ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze hoofdstukken worden steeds voorafgegaan door een algemeen overzicht van het psychiatrisch vakgebied: de werkplekken van psychiaters, hun beroepsorganisaties en de academische vakbeoefening. In de nabeschouwingen zullen wij telkens aandacht schenken aan buitenlandse invloeden op de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg en aan de vergelijking van de ontwikkelingen in Nederland met die in een aantal andere landen.

Mede om redenen van efficiëntie, deskundigheid en persoonlijke interesse hebben wij het zeer brede onderzoeksgebied onderling verdeeld. Marijke Gijswijt-Hofstra heeft zich gericht op de intramurale psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in de periode tot 1965, inclusief de zwakzinnigenzorg en de zorg voor zenuwpatiënten, de psychiatrische verpleegkunde en de wetgeving op deze terreinen. Harry Oosterhuis heeft de ontwikkeling van het psychiatrisch vak en werkterrein, de beweging voor geestelijke volksgezondheid, de ambulante sector, de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, de universitaire en forensische psychiatrie, de psychiatrische bijdragen aan cultuurkritiek, publieke moraal en het denken over burgerschap, het overheidsbeleid, de maatschappelijke context, alsook de intramurale psychiatrie en de verpleegkunde vanaf 1965 voor zijn rekening genomen. Deze werkverdeling neemt niet weg dat wij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de gehele inhoud van dit boek.

[1]

Psychiatrie in opbouw (1870–1918)

Inleiding

De institutionele krankzinnigenzorg is al eeuwen oud, maar pas in de negentiende eeuw groeide deze uit tot een bij uitstek geneeskundig domein en kwam het medische vak dat psychiatrie ging heten tot ontwikkeling. In Nederland was de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 in dit opzicht een mijlpaal: voor het eerst organiseerden geneeskundigen die in krankzinnigengestichten werkzaam waren (gestichtsgeneesheren) zich – en wel onder de noemer psychiatrie. Deze vereniging vormde de aanzet tot de vorming van een nieuw medisch specialisme, enkele decennia later verenigd met de neurologie. Tot ver in de twintigste eeuw zou de zorg voor geesteszieken in krankzinnigengestichten dan wel psychiatrische inrichtingen of ziekenhuizen het omvangrijkste werkveld en het kerndomein van het nieuwe specialisme zijn. Al in de laatste decennia van de negentiende eeuw begonnen beoefenaars van de psychiatrie en de neurologie hun activiteiten echter ook op andere terreinen, buiten de muren van het gesticht, te ontplooien.

Wij beginnen dit eerste deel met een korte terugblik op de (internationale) geschiedenis van de krankzinnigenzorg vanaf het eind van de achttiende eeuw en de problemen die zich in Nederland voor 1870 – toen van psychiatrie nog amper sprake was – op dit terrein voordeden (hoofdstuk 1.1). Alvorens wij ingaan op de pogingen die geneeskundigen na 1870 vooral vanuit de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ondernamen om deze problemen het hoofd te bieden, belichten wij in hoofdstuk 1.2 kort de ingrijpende veranderingen die de Nederlandse samenleving in de periode 1870–1918 doormaakte. Deze vormden tot op grote hoogte de maatschappelijke voorwaarden voor de ontwikkeling van de krankzinnigenzorg en het psychiatrisch-neurologisch vak en werkveld in die periode. Hoofdstuk 1.3 gaat over het ontstaan van het psychiatrisch-neurologisch specialisme en biedt een overzicht van de werkplekken van artsen die de psychiatrie (en deels ook de neurologie) beoefenden. Vervolgens behandelen wij in de hoofdstukken 1.4 en 1.5 de ontwikkelingen in de institutionele krankzinni-

genzorg. De hoofdstukken 1.6 tot en met 1.9 zijn gewijd aan vier nieuwe psychiatrisch-neurologische werkvelden die vanaf het eind van de negentiende eeuw gestalte kregen: respectievelijk de zorg voor zenuwzieken, zowel in instellingen als daarbuiten; het academische onderwijs en onderzoek; het op preventie gerichte hygiënisme, waaronder in het bijzonder de psychiatrische bemoeienis met alcoholisme; en tot slot de gerechtelijke psychiatrie en criminele antropologie.

1.1 De negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg

De Eerste Psychiatrische Revolutie

In de periode tussen 1780 en 1850 traden in de westerse wereld ingrijpende veranderingen op in het denken over wat waanzin, krankzinnigheid, zinneloosheid of zotheid heette. Er werd afstand genomen van de gangbare morele en religieuze benadering die geestelijke verwarring in verband bracht met zonde en schuld. Zowel geneeskundigen als verlichte filantropen die zich het lot van zinnelozen aantrokken, betoogden dat dezen niet door Gods straf of het noodlot waren getroffen, maar dat zij leden aan een ziekelijke aandoening die mogelijk te verhelpen was. Er kwam een nieuwe voorziening uitsluitend voor waanzinnigen, het krankzinnigengesticht, dat hen niet alleen van de maatschappij afzonderde, maar dat ook was bedoeld om hen therapeutisch te behandelen. De Eerste Psychiatrische Revolutie – zo staan deze vernieuwingen te boek in de geschiedschrijving – omvatte verder wetgeving die de opname in een krankzinnigengesticht aan rechtsregels onderwierp en normen stelde ten aanzien van de beschikbaarheid en de inrichting van de gestichten.[1]

Terwijl geneeskundigen in de Oudheid en Middeleeuwen waanzin, onder andere aan de hand van de theorie van de lichaamsvochten, ook al in termen van ziekte verklaarden, overwoog in het christendom de morele veroordeling. Verwardheid van geest werd overwegend begrepen in termen van bezetenheid en demonie, als een uiting van de strijd tussen God en duivel om de ziel. Hoewel de benadering van krankzinnigheid als een van buitenaf komende demonische kracht of goddelijke straf bleef bestaan, verschoof het accent in de zeventiende en achttiende eeuw naar de irrationaliteit waarvan zinnelozen blijk gaven. Deze veranderende visie hing samen met de maatregelen van overheden om groeperingen die als een bedreiging voor de maatschappelijke orde golden, door middel van institutionalisering onschadelijk te maken. In zijn *Folie et déraison: histoire*

1 De ontwikkeling en verspreiding van de psychoanalyse vanaf 1900, waardoor de psychologische benadering terrein won, geldt als de Tweede Psychiatrische Revolutie en het optreden van de antipsychiatrische beweging in de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw wordt tezamen met de 'deïnstitutionalisering' van de psychiatrische zorg wel als de Derde Psychiatrische Revolutie aangemerkt. Zie Castel, Castel en Lovell 1982.

de la folie a l'âge classique (1961) over de omgang met waanzin in het zeventiende- en achttiende-eeuwse Frankrijk spreekt M. Foucault in dit verband van 'de grote opsluiting', die in 1656 zou zijn begonnen met de instelling van het Hôpital Général te Parijs. Waanzinnigen die buiten familieverband leefden en die voor ordeproblemen zorgden, werden tezamen met andere probleemgroepen, zoals criminelen, zwervers, bedelaars, libertijnen, hulpbehoevenden en chronisch zieken, in hospitalen opgesloten.

Het is de vraag of de opsluiting wel zo massaal en systematisch was als Foucault beweert. De meeste zinnelozen waren, tot in de negentiende eeuw, in de gemeenschap opgenomen en leefden in gezins- en familieverband. Slechts een minderheid was ondergebracht in hospitalen en tucht-, armen- en gasthuizen. Alleen als ze crimineel of gevaarlijk voor anderen waren, volgde opsluiting in gevangenissen en aparte dolhuisjes of cellen binnen een gasthuis. Instellingen voor uitsluitend krankzinnigen, zoals het Londense Bethlem, waren betrekkelijk schaars. Daarnaast ontstonden in de achttiende eeuw particuliere en op winst gerichte 'gekkenhuizen' en liefdadige instellingen die zich specifiek op waanzinnigen richtten. De zorg voor zinnelozen en zotten die vanwege hun gevaarlijke of lastige gedrag niet in de samenleving te tolereren waren of die niet door hun naasten werden verzorgd, was in de eerste plaats een kwestie van ordehandhaving en daarnaast van liefdadigheid en winstbejag. De voorzieningen waren heterogeen en kleinschalig, waanzinnigen werden nog nauwelijks onderscheiden en gescheiden van andere ordeverstoorders en hulpbehoevenden, en van medische zorg was vrijwel geen sprake.[2]

Het ontstaan van het krankzinnigengesticht als geneeskundige voorziening is te danken aan de doorwerking van de Verlichting. Mede als gevolg van de toenemende aandacht voor irrationaliteit als maatschappelijk probleem ontstonden tijdens de achttiende eeuw nieuwe opvattingen over waanzin als aandoening van de redelijke vermogens van de mens. Volgens de empiristische kennisleer was waanzin het resultaat van een verkeerde verwerking van impressies vanuit de buitenwereld en onjuiste associaties van op die zintuiglijke indrukken gebaseerde ideeën, waardoor het contact met de realiteit verstoord was geraakt. Foutieve ideeënassociaties verankerden zich in de geest en de op hol geslagen verbeelding, fantasie en passies verhinderden de toegang tot de werkelijkheid. In deze redenering was waanzin niet zozeer een van buitenaf komende demonische invloed die 'uitgedreven' moest worden, maar een stoornis in de mens die te wijten was aan de individuele omstandigheden en levensgeschiedenis.

In het verlichtingsdenken was waanzin niet meer een bovennatuurlijk, onmenselijk fenomeen, maar een gebrek van de in wezen rationele geest dat verklaarbaar en behandelbaar was. Als vorm van onredelijkheid bij uitstek werd een

2 Parry-Jones 1972; Scull 1979; Donnelly 1983; Shorter 1997; Porter 2002.

verwarde geest geassocieerd met bijgeloof en gebrek aan beschaving, die een hindernis voor vooruitgang vormden. Maar behalve als terugval naar een dierlijk, ongeciviliseerd niveau, gold het verlies van redelijke vermogens ook als een gevolg van de voortschrijdende beschaving die met haar toenemende verfijning steeds hogere eisen stelde aan de mentale capaciteiten van de mens. Sommigen zouden daartegen niet opgewassen zijn en vielen ten prooi aan verwarring: zij bleven verstoken van de weldadige invloed van de beschaving en ondervonden des te sterker haar ontwrichtende gevolgen.

Of waanzin nu werd geweten aan een gebrek of een overdaad aan beschaving, in beide verklaringen was het onderscheid tussen geestelijke integriteit en gestoordheid niet onoverbrugbaar en bleef in waanzinnigen een menselijke kern bewaard op basis waarvan zij recht hadden op zowel een humane als een therapeutische behandeling.[3] Het verlichte mensbeeld behelsde een optimistisch geloof in de mogelijkheid de mens te verbeteren: de goede natuur die allen in wezen deelden en die het fundament voor rede en moraal was, zou, zo nodig met extra steun en aanmoediging en een juiste afstemming van het leefmilieu, tot ontplooiing kunnen komen. De aanhangers van de Verlichting koesterden een groot vertrouwen in de mogelijkheid om door middel van (her)opvoeding mensen zelfbeheersing, verantwoordelijkheidsbesef, orde en regelmaat bij te brengen. Deze in wezen burgerlijke waarden zouden een kwestie zijn van goede wil, een strijd tegen het irrationele en voor de vooruitgang.

Het burgerlijke emancipatie- en democratiseringsstreven en de vorming van een *civil society* waarin onafhankelijke burgers de gebreken van hun eigen samenleving onderkennen en er verantwoordelijkheid voor nemen, was een belangrijke maatschappelijke voorwaarde voor de hervormingen in de krankzinnigenzorg: waanzin kwam ter discussie te staan als sociaal probleem waar iets aan moest worden gedaan. Het optreden van de hervormers is te begrijpen tegen de achtergrond van de opkomende burgerlijke maatschappij waarin een sociaal bewustzijn ontstond en waarin, onder invloed van de Verlichting en de Franse Revolutie, de behandeling van krankzinnigen aandacht kreeg in het licht van fundamentele mensenrechten. Het vertrouwen in de mondigheid en emancipatie van de mens en de veronderstelling dat het onderscheid tussen rede en waanzin niet onoverbrugbaar was, vertaalde zich in de overtuiging dat krankzinnigen door middel van gericht ingrijpen weer tot rede waren te brengen. Vooral in het revolutionaire Frankrijk profileerden vooraanstaande geneeskundigen, onder wie P. Pinel, zich als maatschappijverbeteraars. Na de val van het Ancien Régime zou de medische stand in samenwerking met het gecentraliseerde en gerationaliseerde overheidsapparaat zorg moeten dragen voor de bestrijding van sociale misstanden die de gezondheid van burgers bedreigden.[4]

3 Dörner *1969*; Kaufmann *1995*; Roelcke *1999*; Gaudet en Swain *1999*.

4 Dörner *1969*; Castel *1976*; Blasius 1984; Kaufmann *1995*; Gaudet en Swain *1999*.

Al in de tweede helft van de achttiende eeuw pleitten sommige geneeskundigen, bijvoorbeeld de Engelsman W. Battie en de Italiaan V. Chiarugi, voor een geneeskundige krankzinnigenzorg, maar de definitieve basis daarvoor werd rond 1800 in Frankrijk en Groot-Brittannië gelegd. De kern ervan was een nieuwe therapeutische methode, de zogenaamde morele behandeling. In Frankrijk verkondigde de aan de Parijse gestichten Bicêtre en Salpêtrière verbonden arts Pinel dat zinnelozen niet aan hun lot mochten worden overgelaten, maar in aanmerking kwamen voor behandeling. Pinel, die volgens de inmiddels ontzenuwde overlevering de verwarde geesten van hun ketenen bevrijdde, stelde dat zij patiënten waren, die in een afhankelijkheidsrelatie met een leidsman van hoog moreel kaliber, bij voorkeur een medicus, weer bij zinnen konden worden gebracht. Pinels leerboek uit 1801, waarin hij de beginselen van de morele behandeling uiteenzette, had veel invloed. Zijn opvolger, J.E.D. Esquirol, bracht de door Pinel bepleite hervormingen in de praktijk.[5]

In Groot-Brittannië kwam de morele behandeling in eerste instantie buiten de medische wereld en in kleine, particuliere gestichten tot ontwikkeling. De grondleggers ervan, F. Willis, W. Tuke en diens kleinzoon S. Tuke waren geen geneeskundigen. Willis was een geestelijke die een particulier krankzinnigengesticht exploiteerde en die in 1788 de waanzinnige koning George III met succes behandelde. W. Tuke was een vooraanstaand lid van de Quaker-gemeenschap in York. In 1792 nam hij het initiatief tot de oprichting van de *Retreat*, een tehuis waar krankzinnigen uit zijn geloofsgemeenschap een humane verzorging en behandeling moesten krijgen. In zijn *Description of the Retreat* (1813) zette S. Tuke de beginselen van de nieuwe behandeling uiteen en de Yorkse instelling ging een voorbeeldfunctie vervullen. Dwangmiddelen, lijfstraffen en verwaarlozing maakten plaats voor een regelmatig dagritme, arbeid (op het land), onderwijs en kerkgang. De morele behandeling hield een voortdurend appel in op het zelfrespect en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De oorzaak van diens waanzin werd gezocht in een persoonlijk tekort, vooral in een gebrek aan zelfbeheersing. De behandelaar moest door middel van zijn morele overwicht, zijn doordringende blik en zijn wilskracht een heilzame invloed op de patiënt uitoefenen en zo diens chaotische natuur bedwingen. De morele therapie was niet zozeer medisch als wel opvoedkundig en geestelijk van aard. De veronderstelling was dat waanzinnigen hun redelijkheid en wilskracht verloren hadden en dat herstel mogelijk was door middel van een systematische beïnvloeding in een kalmerende omgeving. Het leefmilieu zou van doorslaggevende betekenis zijn voor zowel het ontstaan als de genezing van waanzin. De afzondering in een gesticht met een hecht georganiseerd en hiërarchisch ingericht leefverband op het rustgevende platteland diende ertoe om het dagelijkse leven van krankzinnigen totaal te controleren en

5 Goldstein 1987; over de rol van Pinel en de mythevorming daarover: Weiner 1994.

te sturen. Orde en regelmaat, arbeid, onderwijs, religieuze instructie en het systematisch aanleren van zelfbeheersing, wilskracht en deugdzaamheid waren de middelen om dit doel te bereiken.

In Groot-Brittannië ontstond vanaf het eind van de achttiende eeuw ook een maatschappelijke protestbeweging tegen de slechte behandeling die veel waanzinnigen ten deel viel. Filantropen en evangelische christenen begonnen de slechte omstandigheden in zowel particuliere gekkenhuizen als openbare gestichten aan de kaak te stellen en voor een menselijke behandeling van waanzinnigen te pleiten. Een betere bejegening, huisvesting en voeding zouden de kans op genezing verhogen waardoor krankzinnigen weer productieve burgers werden. Deze morele entrepreneurs waren ook verontrust over het morele verval en de zedeloosheid als gevolg van de beginnende industrialisering en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke ontwrichting. Ze kregen in hun campagnes steun van maatschappijverbeteraars, die onder invloed van het utilitarisme van J. Bentham geloofden in de rationele maakbaarheid van mens en samenleving. Zo ontstond een hervormingsbeweging op basis van zowel christelijk-humanitaire en paternalistische bewogenheid, als een streven naar rationaliteit, nuttigheid en efficiency met behulp van wetenschappelijke deskundigheid. In de eerste decennia van de negentiende eeuw boekten de hervormers successen, mede vanwege de bijval van politici. Een serie parlementaire onderzoeken bracht de slechte behandeling van (vooral arme) waanzinnigen onder de aandacht van de regering en het publiek. Ondanks het verzet tegen staatsinterventie op dit gebied kregen de hervormers in de jaren dertig en veertig de wind mee en kwam er wetgeving gericht op verbetering van de krankzinnigenzorg. Lokale overheden dienden te voorzien in openbare gestichten. Vanaf de jaren veertig groeide hun aantal snel.

De verspreiding van de morele behandeling als therapie voor krankzinnigen – waarbij ideaal en praktijk zeker niet altijd naadloos op elkaar aansloten – werd mogelijk door hun toenemende institutionele segregatie van andere, in toenemende mate als problematisch beschouwde groepen, zoals paupers, chronisch zieken en invaliden, zwervers, werklozen en criminelen. Aanvankelijk werd de scheiding niet in de eerste plaats vanuit therapeutische motieven doorgevoerd, maar hield deze verband met een veranderde houding ten aanzien van overlast en armoede. Deze resulteerde in een reorganisatie van de armenzorg, de opvang van hulpbehoevenden en ordeverstoorders, en het gevangeniswezen, waarbij heropvoeding door middel van arbeid als richtsnoer diende. In eerste instantie ontstond het publieke krankzinnigengesticht in Groot-Brittannië als uitvloeisel van de reorganisatie van de armenzorg en het tuchthuis. Hoofddoel was het zo veilig en goedkoop mogelijk segregeren van waanzinnigen ten opzichte van groepen die tot arbeid in staat waren. Behalve krankzinnigen werden ook armen en misdadigers anders behandeld: voor allen zou heropvoeding – tot respectievelijk redelijkheid, arbeidzaamheid en deugdzaamheid – de remedie zijn. Economische overwegingen speelden vooral in het zich industrialiserende Groot-Brittannië

een belangrijke rol. Aangezien onhandelbare waanzinnigen moeilijk waren in te schakelen in het reguliere arbeidsproces lag een aparte instelling alleen al vanuit overwegingen van doelmatige organisatie voor de hand.[6] Tegelijkertijd speelden humanitaire motieven zeker ook een rol. In de jaren dertig voerde de Engelse arts J. Conolly in twee Engelse publieke gestichten de *non-restraint*-behandeling in, waarmee volledig werd afgezien van fysieke dwang. Deze behandelmethode, die hoge eisen stelde aan de organisatie van het gesticht en aan de discipline van het verplegend personeel, kreeg in Engeland na 1850 veel aanhang. Op het continent kreeg zij vooralsnog alleen systematisch navolging in Nederland (in het gesticht Meerenberg bij Santpoort) en Denemarken.

In Duitsland hadden morele behandeling en *non-restraint* nauwelijks invloed op de praktijk van de krankzinnigenzorg. Weliswaar ontwierp de hoogleraar in de geneeskunde J.C. Reil de *psychische Curmethode*, waarin hij elementen van de morele behandeling combineerde met de beginselen van de romantische geneeskunde, maar hij was niet werkzaam in een gesticht en hij kon zijn ideeën niet toepassen. Bepaalde kenmerken van de morele behandeling waren terug te vinden in de aanpak van de geneesheer E. Horn, die in 1806 de leiding van de krankzinnigenafdeling van het Berlijnse ziekenhuis de Charité op zich nam. Hij onderwierp het dagelijkse leven in deze inrichting aan een strikte orde teneinde de patiënten zelfbeheersing bij te brengen. Waar bij Reil de persoonlijke, op vertrouwen gebaseerde relatie tussen arts en patiënt met een minimum aan dwang centraal stond, legde Horn de nadruk op discipline en de aanpassing van het individu aan de gestichtsorde. Overigens muntte Reil in 1808 het begrip psychiatrie (*Psychiaterie*, acht jaar later vervangen door *Psychiatrie*), dat in de tweede helft van de negentiende eeuw gangbaar werd.[7]

Nationale overheden toonden zich gevoelig voor de roep om de krankzinnigenzorg te verbeteren, zoals bleek uit de krankzinnigenwetten die in Frankrijk in 1838, in Nederland in 1841, in Groot-Brittannië in 1845 en in België in 1850 tot stand kwamen. Ook in Amerikaanse en Duitse staten werden regels en procedures vastgelegd door middel van wetten of bestuurlijke maatregelen. De wet- en regelgeving diende in de eerste plaats om gestichtsopname aan regels te binden. Daarbij moest een evenwicht worden gevonden tussen het belang van weinig tijdrovende opnameprocedures ten behoeve van een effectieve geneeskundige behandeling en het principe van de rechtsstaat dat burgers niet zonder legitieme reden van hun vrijheid beroofd mogen worden. Het recht van de staat om hinderlijke, maar doorgaans niet misdadige krankzinnigen uit de samenleving te verwijderen, waarvoor in de liberale rechtsorde juridische belemmeringen bestonden, werd gerechtvaardigd met een deels humanitaire en deels medische argumentatie: de noodzaak om hen, voor hun eigen bestwil, te beschermen en

6 Scull 1979 en Scull 1993; vergelijk Freeman 2005. 7 Shorter 1997, 17.

te behandelen.[8] Hoewel gestichtsartsen de nadruk legden op het streven naar genezing als reden voor opname en daarvoor een medische verklaring vereist was, bleef de bescherming van de maatschappij of de naasten tegen overlast en gevaar een belangrijke functie van de gestichten.

De wetgeving omvatte verder voorschriften met betrekking tot de oprichting, ligging, outillage en personeelsbezetting van gestichten en de verzorging van patiënten, alsmede de taak van de overheid, in het bijzonder wat betreft de beschikbaarheid van voldoende faciliteiten, het beheer van publieke gestichten en het toezicht op de krankzinnigenzorg. Vanaf de jaren veertig kwamen er op basis van hooggespannen verwachtingen omtrent de geneesbaarheid van verwarde geesten overal in West-Europa en de Verenigde Staten nieuwe en vaak grote gestichten op het platteland tot stand. Daarnaast werden ook kloosters, gevangenissen en gast- en tuchthuizen omgebouwd tot geneeskundige gestichten. In Groot-Brittannië en de Verenigde Staten vormden particuliere en lokale initiatieven en sociale bewegingen de drijvende kracht achter de hervormingen in de krankzinnigenzorg. Daar werden de slechte behandeling en verwaarlozing van geestelijk gestoorden in het openbaar aan de kaak gesteld om de publieke opinie en de politiek te beïnvloeden. In Frankrijk en diverse Duitse staten speelden de overheid en de medische stand een initiërende rol.

Hoewel krankzinnigheid al voor de negentiende eeuw soms als ziekte gold en geneeskundigen somatische behandelingen toepasten, bezaten medici geen exclusieve competentie op dit gebied. Behalve dokters maakten ook geestelijken, filosofen, rechtsgeleerden, opvoedkundigen, moralisten, filantropen, maatschappijhervormers en particuliere eigenaren of uitbaters van krankzinnigentehuizen aanspraak op zeggenschap. De hervormingen in de krankzinnigenzorg en de toepassing van de morele behandeling betekenden niet dat een dominante positie – laat staan een monopolie – van artsen vanzelfsprekend was. De nadruk lag in de eerste helft van de negentiende eeuw op de vermeende eenheid van lichaam en ziel, alsmede op een moreel-opvoedkundige behandeling van waanzinnigen. De morele therapie was in feite een vorm van heropvoeding met de verlichte burgerlijke moraal en humanitair-religieuze waarden als richtsnoer. Deze benadering had weinig van doen met de somatische behandelingen van geneeskundigen en was deels juist ingegeven door verzet tegen bestaande medische ingrepen als aderlaten. De nieuwe aanpak ontstond in het gesticht en niet in de universitaire medische faculteit.

Met name in Engeland ontwikkelden religieus en humanitair bewogen leken de morele behandeling. Pas toen de filantropisch en religieus geïnspireerde hervormers successen begonnen te boeken, sloten geneeskundigen zich bij hen aan. Hoewel leken doorgaans de gestichten bestuurden, wisten medici de dagelijkse leiding naar zich toe te trekken. Behalve met hun therapeutische expertise gin-

8 Castel 1976 en Donnelly 1983.

gen zij zich ook profileren met hun deskundigheid op het terrein van beheer van gestichten.[9] In Frankrijk was de morele therapie weliswaar door de medicus Pinel geïntroduceerd, maar tot ver in de negentiende eeuw zagen geneeskundigen zich geconfronteerd met geestelijken, juristen en filosofen die ook zeggenschap opeisten op het gebied van krankzinnigheid en die zich competent achtten de morele behandeling toe te passen. Aangezien religieuze congregaties zich bezighielden met de zorg voor waanzinnigen en het onderscheid tussen morele therapie en zielzorg niet duidelijk was, ondervonden gestichtsartsen concurrentie en tegenwerking van geestelijken. Niet zonder strijd lukte het artsen zich de morele behandeling toe te eigenen door haar als medische therapie te profileren. Uiteindelijk sanctioneerde de Krankzinnigenwet van staatswege de vooraanstaande rol van geneeskundigen in de gestichtszorg.[10]

In het midden van de negentiende eeuw begonnen Franse, Britse, Duitse en Amerikaanse gestichtsgeneesheren – in de Angelsaksische wereld ook aangeduid als *alienists* – zich te organiseren in beroepsorganisaties en rond tijdschriften gewijd aan hun werkterrein, dat psychologische geneeskunde of psychiatrie ging heten. Britse gestichtsgeneesheren verenigden zich in 1841 in de *Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane* en vanaf 1847 respectievelijk 1853 verschenen de *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* en de *Asylum Journal*. Hun Franse collega's richtten in 1843 de *Annales médico-psychologiques* op en kregen in 1852 met de *Société médico-psychologique* een eigen vereniging. In Duitsland kwamen in 1842 en in 1854 respectievelijk de *Gesellschaft von Deutschen Irrenärzten* en de *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie* tot stand, elk met hun eigen tijdschrift: het *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, (1844) en het *Correspondenz-Blatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie* (1854). De Verenigde Staten kregen in 1844 met de oprichting van de *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* een beroepsvereniging voor gestichtsartsen en met de *American Journal of Insanity* (1844) een vakblad.

Hoewel de geneeskundige opleiding nog geen specialisme psychiatrie kende, gingen gestichtsgeneesheren zich vanaf het midden van de negentiende eeuw profileren als de deskundigen op het gebied van geestesziekte. De medische kennis omtrent de aard en de oorzaken van geestesziekte was echter niet eenduidig. Voor de negentiende eeuw hadden geneeskundigen reeds somatische therapieën toegepast, maar de veronderstelling dat de oorzaken van waanzin in het lichaam waren te vinden, stond op gespannen voet met de morele behandeling die gestichtsgeneesheren zich toe-eigenden en die grotendeels bestond uit psychische en morele beïnvloeding. Aangezien ze hun vak als onderdeel van de wetenschappelijke geneeskunde zagen, zetten medici zich af tegen een filosofische optiek en het christelijke mensbeeld, maar dat betekende niet dat ze geestesziekte tot orga-

9 Scull 1979, 183-185.

10 Goldstein 1987. Vergelijk Scull 1975 en Scull 1976.

nische of fysiologische stoornissen reduceerden. Zij motiveerden de toepassing van een therapie die grotendeels bestond uit pedagogische maatregelen door te wijzen op de psychosomatische eenheid van de mens en de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest. Velen geloofden dat de oorzaak van waanzin zowel in lichamelijke als 'morele' factoren te vinden was, dat wil zeggen deels ook in de zin van wat later psychologisch ging heten. Vandaar dat godsdienstige instructie, voor zover deze bijdroeg aan het bedwingen van de irrationele neigingen en aan de versterking van het morele kaliber van de persoonlijkheid, deel uitmaakte van de morele behandeling.[11] De vraag of geestesstoornissen hun oorzaak primair in lichamelijke aandoeningen dan wel in psychologische, morele of maatschappelijke invloeden vonden, leidde voor het midden van de negentiende eeuw al tot controversen onder geneeskundigen, met name in Duitsland, waar de zogenaamde *Psychiker* de degens kruisten met de *Somatiker*.[12]

In de tweede helft van de negentiende eeuw zochten toonaangevende psychiaters aansluiting bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde, waarin het lichaam als fysisch-chemisch mechanisme centraal stond. Met name in Duitsland en Frankrijk zette een nieuwe generatie artsen zich af tegen de in hun ogen onwetenschappelijke moreel-pedagogische aanpak. De Angelsaksische psychiatrie volgde aan het eind van de eeuw. Volgens de biomedische benadering waren de oorzaken van geestesstoornissen te vinden in anatomische en fysiologische afwijkingen, vooral van de hersenen en de rest van het zenuwstelsel. In dit perspectief konden psychiaters niet, zoals tot dan toe, volstaan met het observeren en beschrijven van de symptomen van patiënten en het classificeren van ziektebeelden, maar moesten zij door middel van hersenanatomisch en neurofysiologisch onderzoek in laboratoria hun klinische waarnemingen in verband proberen te brengen met lichamelijke afwijkingen. Hoewel een meer psychologische optiek in de klinische praktijk bleef bestaan als methodologisch kader voor de beschrijving van symptomen en ziektegeschiedenissen, benadrukten vooral universitaire psychiaters het belang van anatomie, fysiologie en neurologie. Vooral in Duitsland en Oostenrijk ging de academische psychiatrie, waarvoor de Berlijnse hoogleraar W. Griesinger de basis legde, vanaf 1860 steeds meer de toon aangeven. Er kwamen leerstoelen en universitaire psychiatrische klinieken voor onderwijs en onderzoek tot stand. Onderzoekers fileerden en prepareerden de hersenen van gestorven patiënten en tuurden door microscopen teneinde het geheim van de waanzin te ontsluieren. In Frankrijk verwierf de psychiatrie twee decennia later een vaste plaats aan de universiteit – de eerste leerstoelen werden rond 1880 ingesteld – en bleef de academische vakbeoefening beperkter van omvang dan in de Duitstalige landen. De degeneratietheorie, die op basis van J.-B. Lamarcks evolutietheorie de overerfelijkheid van verworven gebreken centraal stelde, was een invloedrijke

11 Scull 1979; Vandermeersch 1984; Goldstein 1987.

12 Verwey 1980.

Franse bijdrage aan de biomedische psychiatrie. In Groot-Brittannië vestigde de psychiatrie zich pas in de twintigste eeuw op de universiteit.[13]

Tegelijkertijd nam in de tweede helft van de negentiende eeuw niet alleen de hoeveelheid gestichten, maar ook hun omvang toe. Het aantal opgenomen krankzinnigen groeide zowel absoluut als relatief en deze ontwikkeling trad in alle westerse landen op. In de historische literatuur zijn verschillende verklaringen – die elkaar niet hoeven uit te sluiten – naar voren gebracht. De meest voor de hand liggende verklaring is een daadwerkelijke toename van geestesstoornissen, zoals tijdgenoten beweerden, waarbij ze veelvuldig verwezen naar de invloed en druk van de moderniserende samenleving op individuen. Volgens de Canadese historicus E. Shorter zijn er aanwijzingen dat bepaalde psychiatrische en neurologische aandoeningen, namelijk neurosyfilis (tabes dorsalis en dementia paralytica), met alcoholisme verbonden stoornissen en wat in de twintigste eeuw schizofrenie ging heten, inderdaad meer voorkwamen dan voorheen.[14]

Anderen wijzen erop dat het stijgende aantal gestichten de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de krankzinnigenzorg vergrootten, waardoor opnamen gemakkelijker te realiseren vielen. Het aanbod schiep zo de vraag.[15] Eenmaal opgenomen nam de verblijfsduur van vooral chronische krankzinnigen toe, ook vanwege hun stijgende levensverwachting. Een andere belangrijke factor was mogelijk de afnemende tolerantie voor afwijkend en storend gedrag en hulpbehoevendheid in de maatschappij en ook de verminderde bereidheid en mogelijkheid van gezinnen en families om de zorg voor gestoorde verwanten op zich te nemen, bijvoorbeeld in verband met urbanisatie, krappe huisvesting, loonafhankelijkheid en het onvermogen van geesteszieken om bij te dragen aan het gezinsinkomen. Bovendien liet de zorg voor krankzinnige verwanten zich moeilijk verenigen met het veranderde burgerlijke gezinsleven, waarin huiselijkheid, intimiteit en emotionele wederkerigheid centraal kwamen te staan.

De Engelse historicus A. Scull zoekt de achterliggende verklaring in de opkomst van de kapitalistische markteconomie en de daarbij horende liberale contractmaatschappij waarin rationeel handelen de overheersende gedragsnorm werd en die het traditionele – op persoonlijke banden, paternalisme en standen gebaseerde – sociale weefsel ondermijnde. Naarmate mensen meer bloot kwamen te staan aan de werking van de anonieme markt en de gevolgen van de industrialisering, werd de verzorging van onproductieve verwanten problematischer. Bovendien kwam de inzet van werkkrachten in dienst te staan van een rationele organisatie van arbeid met het oog op een optimale productiviteit. Geestesstoornissen stonden de vorming van gedisciplineerde arbeidskrachten in de weg en daarom waren de lijders niet goed te handhaven in de maatschappij en evenmin in instellingen als armen- en tuchthuizen en gevangenissen, waar de arbeids-

13 Engstrom 2003; Oosterhuis 2000, 77-112; Goldstein 1987, 348-369; Dowbiggin 1991; Freeman 2005, 121.

14 Shorter 1997, 53-64.

15 Zie bijvoorbeeld Binneveld 1985.

ethiek als richtsnoer voor heropvoeding ging gelden. Sociale ontwikkelingen als industrialisering en urbanisatie hebben de gestichtszorg volgens Scull bevorderd en de uitbreiding ervan versterkte op haar beurt de tendens dat krankzinnigheid eerder als probleem werd herkend en ervaren.[16]

Volgens de Franse socioloog R. Castel, de Duitse historicus D. Blasius, de Duitse psychiater K. Dörner en de Amerikaanse historici R. Nye, J. Goldstein en I. Dowbiggin hield de groei van de geïnstitutionaliseerde krankzinnigenzorg mede verband met het streven van de moderne gecentraliseerde en gebureaucratiseerde staat alsook de medische stand om afwijkend gedrag te controleren en onschadelijk te maken.[17] Dörner en Blasius wijzen erop dat in het Tweede Duitse Keizerrijk (1871-1918) de gestichten als onderdeel van de armenzorg steeds meer in de greep kwamen van schaalvergroting, bureaucratische regelgeving en ordehandhaving. De bestuurlijke definitie van krankzinnigheid als ordeprobleem dat dwang en politiemaatregelen vereiste, ging ten koste van therapeutische en humanitaire oogmerken. Mede vanwege de zwakke politieke positie van de liberale burgerij en van de parlementaire democratie kon de overheid haar greep op de krankzinnigenzorg als sociaal beheersingsinstrument verstevigen. In de Duitse *Ordnungspsychiatrie* genoten (arme) krankzinnigen minder bescherming tegen de overheid dan in andere West-Europese landen. Blasius betwijfelt dat de gestichtsbevolking groeide als gevolg van een afnemend maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigheid: tot aan het eind van de negentiende eeuw werden veel krankzinnigen door verwanten thuis verzorgd. Het kwam voor dat patiënten in inrichtingen werden vastgehouden tegen de wil van hun familie, zelfs als die bereid was de verzorging op zich te nemen.

Ook Castel, Nye, Goldstein en Dowbiggin zien de uitbreiding van de krankzinnigenzorg in de tweede helft van de negentiende eeuw in samenhang met het geïntensiveerde streven naar beteugeling van storend en ondermijnend gedrag. Terwijl in de Angelsaksische wereld de samenwerking van verwanten en de gestichten de belangrijkste drijvende kracht achter de toenemende institutionalisering vormde, zou in Frankrijk en Duitsland het samenspel tussen de overheid en de medische stand een belangrijke rol hebben gespeeld. Volgens Castel, Nye, Goldstein en Dowbiggin rekten medici de definitie van geestesziekte zodanig op dat ook sociaal en moreel ongewenst gedrag eronder kwam te vallen. Dat zou blijken uit nieuwe, respectievelijk nieuw gedefinieerde psychiatrische ziektebeelden als monomanie, insania moralis (morele waanzin), psychopathie, seksuele perversie en alcoholisme, waarbij niet zozeer de verstandelijke vermogens als wel het gevoelsleven en het morele besef zouden zijn aangetast, de grote invloed van de sociaal-biologische degeneratietheorie in de psychiatrie, alsmede het ontstaan van de gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie. Deels ondersteund

16 Scull 1979 en Scull 1993; vergelijk Dörner 1994.

17 Dörner 1969; Castel 1976; Nye 1984; Goldstein 1987; Dowbiggin 1991; Blasius 1994; vergelijk Scull 1991.

door de overheid, breidden artsen hun competentiegebied uit en namen ze functies van kerk, justitie en politie over. De gestichten zouden niet alleen dienen om te verzorgen en te genezen, maar ook om de grenzen tussen normaal en abnormaal te bewaken en mensen te isoleren die niet konden voldoen aan de eisen van de moderniserende samenleving.

Hoe het ook zij, in de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde de afzondering van krankzinnigen in een gesticht zich van een betrekkelijk ongewone maatregel, voortgekomen uit ernstige noodzaak en voornamelijk in de steden, tot een steeds breder geaccepteerde, min of meer vanzelfsprekende reactie op waanzin. Het groeiende aantal gestichten, de grotere bekendheid onder het publiek ermee en een zich profilerende groep geneesheren die van de behandeling van krankzinnigheid hun specialisme maakte, waren factoren die bijdroegen aan de idee dat waanzinnigen zieken waren die niet konden deelnemen aan de samenleving.[18] De medische legitimatie maakte het voor de verwanten wellicht gemakkelijker hun krankzinnige familielid aan een gesticht toe te vertrouwen – het was immers voor zijn of haar eigen bestwil. Voor patiënten betekende dat niet per definitie een verslechtering van hun levensomstandigheden. Gestichtsverpleging kon vooral arme krankzinnigen verlossen van verwaarlozing en fysiek geweld in de eigen familiekring of in armen- en tuchthuizen. Ook is niet uit te sluiten dat sommigen baat konden hebben bij de afgeschermde leefwereld en rustgevende routine van gestichten.[19]

Naarmate de sterke toename van vooral chronische en ongeneeslijke krankzinnigen, die vroeger bij hun verwanten of in andere instellingen waren ondergebracht, de gestichtscapaciteit in de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw onder druk zette, groeide de kloof tussen ideaal en praktijk. Veel minder patiënten dan verwacht waren te genezen. De gestichten dienden niet alleen als geneeskundige instellingen voor geesteszieken, maar waren ook bewaarplaatsen voor in het bijzonder arme hulpbehoevenden die zich in de maatschappij niet konden handhaven: zwakzinnigen, demente bejaarden, lijders aan allerlei organische kwalen, zoals epilepsie en andere neurologische aandoeningen, en gestoorde criminelen. In het gesticht werden zij onderworpen aan de dwang en routine van de 'totale institutie'. Krankzinnigengestichten kregen deels het karakter van tucht- en armenhuizen en qua geslotenheid en regime hadden ze veel weg van gevangenissen, kloosters en kazernes.[20] De overbevolking en grootschaligheid van de publieke gestichten stonden op gespannen voet met de voorwaarden voor de morele behandeling: kleinschaligheid en een persoonlijke, op vertrouwen gebaseerde verhouding tussen dokter en patiënt. In de massale, hiërarchische gestichten kregen orde, regelmaat, discipline en rust de prioriteit en kwam het streven naar genezing op de tweede plaats te staan, temeer omdat

18 Porter 1991, 33.
19 Zie Shorter 1997, 1-4.
20 Binneveld 1985, 113; vergelijk Scull 1979 en Finzsch en Jütte 1996.

met de groei van het aantal patiënten de noodzaak om de kosten per patiënt te drukken des te noodzakelijker werd. Het gebrek aan therapeutisch succes, de toepassing van dwang en de ophef over arbitraire beslissingen omtrent opnamen bezorgden de overwegend vanwege de armenzorg gefinancierde krankzinnigenzorg een slechte reputatie in de publieke opinie.

Van de voorstellen om acute gevallen van krankzinnigheid, waarbij de kans op genezing groot zou zijn, te scheiden van chronische patiënten en om de laatsten tegen geringere kosten te verplegen, kwam over het algemeen weinig terecht. Hetzelfde gold, deels vanwege de hogere kosten, voor alternatieven als gezinsverpleging, die reeds lang in het Belgische dorp Geel en rond de eeuwwisseling op bescheiden schaal ook in andere landen toepassing vond. Artsen, die hun greep op de krankzinnigenzorg hadden verstevigd, brachten vaak als bezwaar tegen alternatieven voor de gestichtsverpleging naar voren dat het medisch toezicht ontoereikend was. Het geringe aantal genezingen weten zij aan het feit dat krankzinnigen vaak niet tijdig werden opgenomen: het publiek en de overheid zouden niet doordrongen zijn van het belang van snel medisch ingrijpen. In Duitsland begonnen academische psychiaters zich van de gestichten te distantiëren. Met hun pleidooi voor breed toegankelijke psychiatrische klinieken in grote steden, waarin acute geesteszieken en ook zenuwlijders in een vroeg stadium van hun stoornis een medische behandeling ondergingen, zetten Griesinger en zijn geestverwanten zich af tegen de afgelegen krankzinnigengestichten op het platteland, die in hun ogen waren verworden tot louter bewaarinrichtingen.[21]

Gestichten waren volgens Griesinger ongeschikt om medische kennis over waanzin te vergaren. Aan diagnostiek en onderzoek naar de oorzaken ervan kwamen de met beheerstaken overbelaste gestichtartsen niet toe. Hun voornaamste doel was het bewaren van orde en rust: het veelvuldig gebruik van dwangmiddelen vormde volgens Griesinger een belemmering voor een objectieve waarneming van waanzin. Vooral in Duitsland en in mindere mate in Frankrijk ontstond een kloof tussen de universiteitspsychiatrie en de gestichtszorg.[22] Desalniettemin begonnen ook gestichtsgeneesheren zich in de laatste decennia van de negentiende eeuw te oriënteren op het medische model en de organisatie van algemene ziekenhuizen. Door middel van een scheiding tussen onbehandelbare en geneeslijke patiënten, de invoering van het kleinschalige paviljoensysteem en de introductie van bedverpleging, hydro- en elektrotherapieën probeerden zij de gestichten aan het eind van de negentiende eeuw het karakter van een ziekenhuis te geven. Daarnaast kwamen er psychiatrische en neurologische voorzieningen, zoals psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, particuliere klinieken en zenuwartsenpraktijken, rust- en kuuroorden en sanatoria ten behoeve van vooral zenuwpatiënten. Vooral in particuliere instellingen lieten patiënten uit de hogere en middenklassen hun psychische stoornissen bij voorkeur als (somatische)

21 Engstrom 2003, 51–87.

22 Engstrom 2003; Goldstein 1987, 322–377.

zenuwkwalen behandelen omdat daaraan niet het sociale stigma van krankzinnigheid kleefde.[23]

Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland

Voor zover zinnelozen in Nederland voor het midden van de negentiende eeuw uit de maatschappij waren verwijderd, verbleven zij in gestichten, maar ook in gast-, tucht- en armenhuizen en gevangenissen. Met uitzondering van een aantal stadsgestichten – die in 's-Hertogenbosch en Utrecht stamden uit het midden van de vijftiende eeuw – waren deze niet uitsluitend voor waanzinnigen bedoeld.[24] Plaatselijke autoriteiten beslisten over de internering van krankzinnigen die de openbare orde verstoorden of van wie de verwanten opsluiting verzochten vanwege overlast of overbelasting. Geneesheren zorgden in de regel voor een medische verklaring van waanzin, maar verder strekte hun bemoeienis zich doorgaans niet uit. In de eerste helft van de negentiende eeuw bestond er nog nauwelijks geneeskundige zorg voor krankzinnigen. Ze werden bewaakt door oppassers zonder scholing of specifieke opleiding en voor de bestrijding van onrust was lijfsdwang gangbaar. Krankzinnigen vormden vooral een probleem als de maatschappelijke orde in het geding was of als familieleden niet meer voor hen konden zorgen.

De in 1811 door de Fransen ingevoerde *Code Civil* bepaalde dat meerderjarigen die in een voortdurende staat van waanzin verkeerden, onder curatele kwamen te staan en door hun verwanten of in een gesticht moesten worden verzorgd. Drie jaar later maakte een Koninklijk Besluit het mogelijk om ook niet-chronische lijders die gevaarlijk of hinderlijk voor de samenleving waren, onder dwang voor ten hoogste een jaar – zo nodig was een verlenging met steeds een jaar mogelijk – in een gesticht te plaatsen.

> ——— *De Regtbanken van Eersten Aanleg zullen zijn bevoegd, om, op verzoek van Naastbestaanden, of wel ter requisitie van onze Officieren van Justitie, tot behoud van de goede orde, wering van openbare zedeloosheid of voorkoming van ongelukken, buiten form van proces, te confineren in een Verbeterhuis zoodanige personen, welke wegens zinneloosheid, verregaande verkwisting, of andere buitensporige en slechte gedragingen, voor de zamenleving ongeschikt zijn, of zich dezelve onwaardig hebben gemaakt, zoo lange zij geene merkbare blijken van beterschap geven.*[25]

Een onderzoek naar het aantal krankzinnigen – een telling in het noordelijke deel van het nieuwe Verenigde Koninkrijk leverde ruim 1200 op – en hun leefom-

23 Shorter 1992, 216-217; Shorter 1997, 113-144; Oosterhuis 2000, 91-94, 118-125.

24 Van der Esch 1975-1980, II: 3. Zie voorts 1.4, paragraaf 'Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg'.

25 Besluit van den 12den Februarij 1814, no. 25, houdende voorschriften betrekkelijk het confinement, op verzoek van Naastbestaanden of ter requisitie der Officieren van Justitie, van Personen, door zinneloosheid of om andere redenen, voor de zamenleving ongeschikt. *Staatsblad*.

standigheden, dat het Ministerie van Binnenlandse Zaken op verzoek van koning Willem I in 1816 instelde, gaf twee jaar later aanleiding tot een nieuw Koninklijk Besluit. Dit 'Menschlievend Besluit' maakte gewag van de noodzaak van verbeterde en nieuwe gestichten uitsluitend voor krankzinnigen en stelde voorwaarden aan hun verzorging: genezing van de 'ongelukkigen' moest voorop staan en de provinciale besturen dienden toezicht uit te oefenen.[26]

Het bleef bij goede voornemens. Uit een onderzoek dat in 1825 plaatsvond en waarbij ruim 1800 krankzinnigen werden geteld, bleek dat van geneeskundige zorg geen sprake was, dat de diverse instellingen, waarin ruim zevenhonderd van hen waren opgenomen, in geen enkel opzicht aan de gestelde eisen voldeden en dat van plannen tot nieuwbouw niets terecht was gekomen.[27] Ook nieuwe voorstellen van ambtenaren van de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, van de Gentse geneesheer J. Guislain en van een staatscommissie, die zich in het kader van de armenzorg boog over plannen tot grootschalige nieuwbouw van krankzinnigengestichten onder auspiciën van de rijksoverheid, liepen op niets uit, onder meer vanwege de kosten, de perikelen van de Belgische afscheiding en het gebrek aan daadkracht van de centrale overheid. De armenzorg, waarvan de krankzinnigenzorg deel uitmaakte, was in handen van lokale overheden en vooral particuliere, grotendeels kerkelijke, initiatieven. Deze lieten geen directe staatsbemoeienis toe – de Armenwet van 1854 zou deze constellatie bezegelen.[28]

Enkele ambtenaren op het Ministerie van Binnenlandse Zaken, onder wie de referendaris van het Armwezen C.J. Feith, en vernieuwingsgezinde medici, met name J.L.C. Schroeder van der Kolk, bleven aandringen op verbeteringen. Als hoogleraar geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht schonk Schroeder van der Kolk, later betiteld als 'de Nederlandsche Pinel', in de jaren dertig in zijn onderwijs aandacht aan geestesziekte.[29] Als geneesheer van het Buitengasthuis in Amsterdam en als regent van het Utrechtse gesticht van de Willem Arntsz Stichting was hij bij de praktijk van de krankzinnigenzorg betrokken. Behandel krankzinnigen niet langer als wilde beesten, zo luidde zijn boodschap, maar voed ze op als kinderen door middel van doelmatige straf en beloning. Ook pleitte hij voor de nodige geneeskundige voorzieningen, zoals medicamenten en baden, de introductie van arbeid, ontspanningsmogelijkheden, godsdienstoefening en de scheiding van verschillende categorieën patiënten naar sekse, stand en rustig dan wel onrustig gedrag.

Op basis van Schroeder van der Kolks aanwijzingen onderging het Utrechtse gesticht in 1831 een verbouwing, hetgeen navolging vond in de gestichten van

26 Koninklijk Besluit 11 april 1818; Van der Esch 1975-1980, I: 12; Mooy 1964, 12.

27 Van der Esch 1975-1980, I: 79. Een telling in 1838 leverde ruim 1900 krankzinnigen op, van wie meer dan achthonderd in instellingen waren ondergebracht. Zie De Graaf 1991, 86.

28 Van der Esch 1975-1980, I: 12-15; Binneveld en Van Lieburg 1979, 15-21; Binneveld 1985, 44-73.

29 Van Geuns 1888, 179. Over Schroeder van der Kolk zie Van der Esch 1954.

Deventer en Zutphen. In 1837 hield hij als rector-magnificus een rede waarin hij de slechte leefomstandigheden van krankzinnigen aan de kaak stelde en aandrong op verbetering van de zorg – 'met zachtheid en voorzigtigheid' – en geneeskundige behandeling.[30] Schroeder van der Kolk, die erop wees dat Nederland achterliep bij andere landen, vond gehoor bij het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Het ministerie vroeg hem een rapport op te stellen omtrent de eisen waaraan krankzinnigengestichten moesten voldoen. Dit rapport, getiteld *Verslag over de beste wijze van verbetering der Krankzinnigengestichten in ons Vaderland*, diende hij eind 1837 in. Op basis hiervan stelde het ministerie een circulaire op die de provinciebesturen in mei 1838 ontvingen onder bijvoeging van een tweetal geschriften van de Utrechtse hoogleraar, te weten *Schets der volstrekte vereischten van een goed gesticht tot genezing van krankzinnigen, en der wijze van beheer van het zelve* en de bovenvermelde rectorale rede.[31] In plaats van grootschalige rijksgestichten en radicale vernieuwing werd nu, op basis van praktische overwegingen van 'doeltreffendheid, eenvoudigheid, onkostbaarheid en uitvoerbaarheid', ingezet op kleinere provinciale inrichtingen en geleidelijke verbeteringen van de bestaande stadsgestichten naar Utrechts voorbeeld.[32]

Het belangrijkste resultaat van het hervormingsstreven was de Krankzinnigenwet, die in 1841 tot stand kwam, en waarvoor Schroeder van der Kolk samen met Feith de voorzet gaf. Deze omvatte regelgeving omtrent opname en ontslag van krankzinnigen in en uit een gesticht, het beheer van hun bezittingen, hun registratie, de geneeskundige functie van gestichten en het overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg. De wetstekst was doordrenkt van optimisme en goede bedoelingen. De wetgever maakte gewag van 'de voortgang der Wetenschappen' en verwachtte 'dat de herstelling der krankzinnigen aanmerkelijk bevorderd wordt, door eene spoedige geneeskundige behandeling, in daartoe meer in het bijzonder ingerigte gestichten'.[33] De wet introduceerde een onderscheid tussen geneeskundige gestichten ten behoeve van de behandeling van geesteszieken en bewaarplaatsen, bedoeld om ongeneeslijke, chronische krankzinnigen langdurig van de maatschappij af te zonderen. De laatste instellingen moesten zodanige verbeteringen doorvoeren dat ze in aanmerking kwamen voor het predikaat geneeskundig of ze dienden op termijn te verdwijnen: oudere bewaarplaatsen die tekortkomingen vertoonden zouden hun deuren moeten sluiten en nieuwe waren niet meer gewenst.

Het was de bedoeling dat krankzinnigen voortaan zo veel mogelijk en, met het oog op een effectieve behandeling, het liefst zo spoedig mogelijk, in geneeskundige, uitsluitend voor hen bestemde gestichten werden ondergebracht. Bepalingen omtrent de kwaliteit en de capaciteit van de verpleging ontbraken echter.

30 Mooy 1964, 14.
31 Vijselaar 1985b, 273-274.
32 Van der Esch 1975-1980, I: 16.
33 Geciteerd in Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1841, artikel 1.

Wel kregen provinciebesturen de taak om – binnen of buiten hun provincie – voor voldoende plaatsingsruimte te zorgen voor krankzinnigen voor wie opname was vereist. De invoering van het 'oppertoezigt der Regering' met wettelijke bevoegdheden, uitgeoefend door een ambtenaar van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en een geneesheer – de eerste inspecteurs waren Feith en Schroeder van der Kolk – gold voor zowel particuliere als gemeentelijke instellingen.[34] De Inspectie, die voor ieder gesticht eens in de drie jaren was voorgeschreven, omvatte de inrichting en het bestuur, de rechtmatigheid van de opnamen, het gedurende de eerste vier weken na de opname dagelijks bijhouden van de patiëntendossiers en de zorg en behandeling van de patiënten. Ondeugdelijk bevonden instellingen kon de overheid op advies van de inspecteurs sluiten, nadat de provinciale besturen waren gehoord.

Onder krankzinnigen verstond de wet 'allen die van het geheel of gedeeltelijk vrije gebruik van hunne verstandelijke vermogens beroofd zijn'. Hoewel een geneeskundige moest bepalen of iemand krankzinnig was, volstond een medische verklaring niet om een krankzinnige in een gesticht op te nemen. Hiervoor was een civielrechtelijke machtiging van de president van de Arrondissementsrechtbank vereist – ook indien een meerderjarige patiënt zelf opname gewenst achtte –, dan wel een (voorlopige) inbewaringstelling op gezag van de burgemeester (in afwachting van een definitieve rechterlijke beslissing).[35] Familieleden of de Officier van Justitie konden een verzoek tot een rechterlijke machtiging indienen. De Krankzinnigenwet legde derhalve de eindverantwoordelijkheid voor gestichtsopname bij de rechter.

Schroeder van der Kolk had dit anders gewild. Hem stond namelijk een wet voor ogen die opname mogelijk maakte zonder tussenkomst van de rechter, zoals die in de Franse Krankzinnigenwet van 1838 was geregeld.[36] De Minister van Justitie C.F. van Maanen achtte het echter in strijd met de Grondwet, het Burgerlijk Wetboek en de Nederlandse rechtstraditie als buiten de rechter om over de vrijheid van burgers werd beschikt. Voor gestichtsopname was volgens de minister de rechterlijke machtiging een absolute vereiste.[37] Anders dan Frankrijk en bijvoorbeeld ook België, dat met de Krankzinnigenwet van 1850 het Franse voorbeeld volgde, koos Nederland hiermee voor een opnameprocedure die nimmer buiten de rechter om kon plaatsvinden. De juridische dimensie van de krankzinnigenzorg werd nog eens geaccentueerd door de controlerende taak die de Officier van Justitie kreeg toegemeten. Deze diende erop toe te zien dat patiënten niet wederrechtelijk waren opgenomen en dat hun een goede behandeling ten deel viel. Desalniettemin was het oordeel van de geneesheer van cruciaal belang: zon-

34 Van der Esch 1975-1980, I: 19.

35 Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving'. In hoeverre van de mogelijkheid tot een dergelijke 'vrijwillige' opname (op eigen initiatief van de patiënt) gebruik is gemaakt, is ons niet bekend.

36 Van Geuns 1888, 90-144; Prestwich 2003.

37 Zie Vijselaar 1985b, 280-281.

der een medische verklaring kon de rechter immers geen machtiging tot opname verlenen. In de besluitvorming bij een gestichtsopname waren rechter en arts afhankelijk van elkaar.

De rechterlijke machtiging gold voor een jaar en was tweemaal te verlengen, telkens voor een jaar, als de gestichtsgeneesheer verdere verpleging noodzakelijk achtte. Voor ontslag uit het krankzinnigengesticht was geen rechterlijke toestemming nodig. Indien de geneesheer van oordeel was dat een patiënt geheel dan wel 'genoegzaam' was hersteld, kon het gestichtsbestuur zonder meer tot ontslag overgaan. Alleen als de geneesheer aangaf dat ontslag gepaard ging met 'gevaar voor de openbare orde of vrees voor ongelukken', werd het openbaar ministerie van de rechtbank, die de machtiging tot opname had verleend, opnieuw ingeschakeld en kon de rechter het ontslag verhinderen. Als een patiënt na drie jaar nog niet hersteld was verklaard, werd verondersteld dat er sprake was van een voortdurende staat van krankzinnigheid. Het Burgerlijk Wetboek van 1838 bepaalde dat meerderjarigen die in 'gedurige staat van onnozelheid, krankzinnigheid of razernij' verkeerden onder curatele moesten komen te staan. Deze bepaling voorzag alleen in opneming van langdurig krankzinnigen in gestichten, en had geen betrekking op recente en acute gevallen van krankzinnigheid. Door voor de laatsten een driejarige termijn (een rechterlijke machtiging voor een jaar, die twee keer kon worden verlengd) in te voeren, onderving de Krankzinnigenwet van 1841 deze lacune.[38]

De Nederlandse Krankzinnigenwet was in zekere zin paradoxaal. De noodzakelijke rechterlijke machtiging tot gestichtsopname bracht, in theorie althans, voor de opgenomen krankzinnige een extreme mate van onvrijheid en afhankelijkheid met zich mee. Weliswaar was er geen sprake van een strafrechtelijk vonnis en onderscheidde opname in een krankzinnigengesticht zich van gevangenisdetentie, maar toch zullen de betrokkenen gestichtsverpleging wellicht eerder als opsluiting, dan als geneeskundige maatregel hebben ervaren. Tegelijkertijd bood de wet garanties tegen een onrechtmatige inbreuk op de burgerlijke vrijheden. De rechter diende er immers, als bewaker van de wettelijk vastgelegde burgerrechten, op toe te zien dat de vrijheidsberoving op een legitieme wijze plaatsvond.

In hoeverre leidde de Krankzinnigenwet tot een daadwerkelijke verbetering van de krankzinnigenzorg? In hun eerste Inspectierapport (1842) maakten Schroeder van der Kolk en Feith gewag van misstanden in tal van gestichten. Vooral met het Buitengasthuis in Amsterdam was het droevig gesteld. Er heerste, in hun woorden, 'eene verschrikkelijke ellende, morsigheid, dierlijkheid en onrust.'[39] Lof hadden zij daarentegen voor het Nijmeegse Cellebroederenhuis. De 'door menschenliefde' gedreven oppasser J. van Duuren had samen met zijn vrouw de patiënten uit hun cellen en van hun ketenen bevrijd en hen met arbeid beziggehouden. Op voordracht van de inspecteurs, die zijn aanpak voorbeeldig achtten,

38 Van der Esch 1975-1980, I: 17; Mooy 1964, 15.

39 Vijselaar 1997b, 15.

werd Van Duuren een ridderorde verleend.[40] In hun Inspectierapport over de jaren 1844–1846 gaven Schroeder van der Kolk en Feith hoog op van de verbeteringen in de levensomstandigheden in de gestichten, die dankzij de Krankzinnigenwet tot stand waren gekomen. 'In dien korten tijd [is] de ellendigste en dikwijls menschonteerende wijze van verplegen dier ongelukkigen, overal in een zachte, menschlievende en doelmatige behandeling veranderd.'[41] Ook hun latere rapporten getuigen van tevredenheid over de bereikte resultaten, al signaleerden zij in het verslag over de jaren 1851–1853 wel dat nog lang niet alle gestichten een geneesheer met een volle dagtaak hadden aangesteld. De Dordrechtse gestichtsarts N.B. Donkersloot schreef in 1870 dat de Nederlandse inrichtingen voor krankzinnigen 'zelfs naar het oordeel van bevoegde buitenlanders' de toets der vergelijking met andere landen zeer goed konden doorstaan, en daarbij zelfs een vrij hoge positie innamen.[42]

Inderdaad waren diverse gestichten die niet aan de wettelijke vereisten voldeden, opgeheven en hadden andere verbeteringen doorgevoerd. Van de 31 gestichten die Nederland eind 1842 telde, waren er in 1843 nog maar 25 over. Ook in de daaropvolgende jaren gingen tal van ondermaatse bewaarplaatsen dicht. In 1850 bestonden er naast elf geneeskundige gestichten nog zes bewaarplaatsen. Vijftien jaar later waren er nog maar twee bewaarplaatsen en ze verdwenen definitief in 1884 toen de tweede Krankzinnigenwet van kracht werd.[43] Met de geneeskundige gestichten bleef het evenwel over het algemeen tamelijk slecht gesteld, de positieve geluiden van de Inspectie en Donkersloot ten spijt.[44] Vernieuwingsgezinde geneeskundigen drongen aan op de bouw van nieuwe geneeskundige gestichten op het platteland, waar rust, ruimte, mogelijkheden tot arbeid in de open lucht en afzondering van de samenleving hun heilzame invloed zouden kunnen uitoefenen. Hiervan kwam vooralsnog niet veel terecht. De enige uitzondering was het in 1849 geopende gesticht van de provincie Noord-Holland, Meerenberg. Dit gesticht, gelegen in het duingebied bij Bloemendaal, was naar verluidt het eerste op het vasteland van Europa waarin, naar Engels voorbeeld, fysieke dwangmiddelen zoals dwangbuizen en -stoelen waren afgeschaft.[45] Weliswaar kwamen in de daarop volgende twee decennia nog twee nieuwe gestichten tot stand, dat in Franeker (1851) en Coudewater te Rosmalen (1870), maar de huisvesting bestond uit bestaande gebouwen.[46]

De andere geneeskundige gestichten die als zodanig erkenning verkregen, waren gevestigd in oude stadsgestichten of andere bestaande bebouwingen. Teneinde tegemoet te komen aan de wettelijke voorschriften ondergingen deze verbouwingen en renovaties. Dit nam niet weg dat de outillage van de meeste gestichten gebrekkig bleef en dat het verblijf daarin voor zowel patiënten als

40 Van der Esch 1949, 12–13; Rombouts 1949, 139.
41 Geciteerd in Van der Esch 1975–1980, I: 23.
42 Donkersloot 1870, 3.
43 Van der Esch 1975–1980, I: 22–23.
44 De Graaf en Beumer 1991, 41; Van der Esch 1975–1980, I: 21–30.
45 Zie Vijselaar 1997c, 49–51.
46 Zie Van Heemstra 1951, respectievelijk Jongmans 1971, 1985.

J.L.C. Schroeder van der Kolk.

personeel verre van aangenaam moet zijn geweest. De sterftecijfers waren hoog en besmettelijke ziekten kwamen geregeld voor. Krankzinnigen waren niet altijd van andere, lichamelijk zieke of gebrekkige gestichtsbewoners gescheiden en de verzorging liet veel te wensen over. Van verpleging was nog geen sprake: de oppassers die voornamelijk tot taak hadden om de patiënten te bewaken, waren niet voor dit werk geschoold en het verloop onder hen was groot. Lijfsdwang en cellulaire opsluiting bleven in zwang en mishandeling van patiënten kwam voor.[47]

De wijze waarop bijvoorbeeld het Rotterdamse pest- en dolhuis een transformatie onderging tot geneeskundig gesticht en als zodanig in 1861 erkenning verwierf, is waarschijnlijk illustratief voor de krankzinnigenzorg in het algemeen.[48] De geneesheer, die slechts in deeltijd in het gesticht werkte, kon weinig invloed uitoefenen op de inrichting en het beheer van het gesticht. De vereiste segregatie van krankzinnigen van andere hulpbehoevenden verliep zeer langzaam en pas een kleine twintig jaar na de invoering van de Krankzinnigenwet kregen zij een apart onderkomen. Het uitblijven van nieuwbouw en renovatie, die pas vanaf 1856 op gang kwamen, belemmerde de toepassing van de zedenkundige behandeling, zoals de morele behandeling hier heette. De arbeid die de patiënten verrichtten was vrij zinloos. Het stadsbestuur trachtte de Inspectie voortdurend te bewegen haar maatstaven te verlagen.

Ook in andere gestichten ontbrak het aan mogelijkheden om de geneeskundige doelstelling van de krankzinnigenzorg te verwerkelijken, hoewel geneesheren, mede op aandringen van Schroeder van der Kolk, niet terughoudend waren bij het toedienen van medicijnen en zij daarnaast hydrotherapie voor de meest uiteenlopende vormen van krankzinnigheid aanwendden. De toepassing van de zedenkundige behandeling en van de *non-restraint*-methode stelde eisen aan de ruimtelijke indeling en de scheiding van verschillende categorieën rustige en onrustige, handelbare en onhandelbare patiënten. Daaraan konden de Nederlandse gestichten, met uitzondering van Meerenberg, moeilijk voldoen. Het ontbrak over het algemeen aan rust en ruimte en aan voldoende geneeskundigen. De heilzaam geachte landarbeid was meestal niet mogelijk omdat de stadsgestichten niet beschikten over de benodigde grond op het platteland. Wel vonden elementen van de zedenkundige behandeling zo goed en zo kwaad als het ging ingang: werkverschaffing, godsdienstbeoefening ter bevordering van zelfbeheersing, ontspanningsmogelijkheden en soms wat onderwijs.[49]

Vooral na 1860 kregen veel gestichten met overbevolking te kampen. Vanaf hun verslag over de jaren 1860–1863 wezen de inspecteurs herhaaldelijk op het landelijk gebrek aan plaatsruimte.[50] De opnamecijfers bleven stijgen en het verdwijnen van veel bewaarinstellingen werd onvoldoende gecompenseerd door nieuwe plaatsruimte in geneeskundige gestichten, die in steden nauwelijks de

47 Van der Esch 1975-1980, I: 42-45.
48 Binneveld 1985, 74-102.
49 Van der Esch 1975-1980, I: 33-42.
50 Van der Esch 1975-1980, I: 26.

J.N. Ramaer.

mogelijkheid hadden uit te breiden. Tussen 1850 en 1884 verviervoudigde het aantal verpleegden – van ruim 1200 tot meer dan 4900 – terwijl de Nederlandse bevolking in die periode met zo'n 30 procent, van ruim 3 tot nog geen 4 miljoen groeide.[51] Een geringer aantal gestichten moest een beduidend groter aantal krankzinnigen dan voorheen huisvesten. Hoewel de genezing als doelstelling van de krankzinnigenzorg was erkend, bleef een opname, vaak gefinancierd door de armenzorg, dikwijls eerder een ordemaatregel teneinde de familie, de naaste omgeving of de samenleving van overlast te verlossen, dan een medische ingreep. Vooral krankzinnigen die storend, agressief of schrikwekkend gedrag vertoonden kwamen in een gesticht terecht. Wellicht werden sommigen van hen, als ze gewelddadig gedrag vertoonden, in hechtenis genomen. Pas vanaf 1871 was het verboden om krankzinnigen in gevangenissen op te sluiten.[52]

De doorvoering van hervormingen in de Nederlandse krankzinnigenzorg was halfslachtig. Het voorbeeld van Utrecht – aanpassing van de bestaande instelling in plaats van nieuwbouw – bood de provinciale en gemeentelijke overheden de mogelijkheid om een kostbare, grootschalige vernieuwing van de krankzinnigenzorg uit de weg te gaan en verbeteringen langzaam en met geringe kosten door te voeren. Dat verbeteringen vaak lang op zich lieten wachten was in de eerste plaats te wijten aan de onwil van rijk, provincies en gemeenten om deze financieel te ondersteunen. Mede door de decentralisatie van het bestuur en de geringe daadkracht van de rijksoverheid – in dit opzicht verschilde Nederland van landen als Frankrijk en Pruisen – konden zij de verantwoordelijkheid op elkaar afschuiven en hun activiteiten beperken tot een ondersteuning van particuliere initiatieven. De provinciebesturen dienden volgens de Krankzinnigenwet te voorzien in voldoende verpleegruimte voor krankzinnigen, maar dat betekende niet dat zij de verplichting hadden om inrichtingen op te zetten. De provincie Noord-Holland vormde een uitzondering. Vooral dankzij de inspanningen van enkele Amsterdamse en Haarlemse stadsbestuurders en een groep geëngageerde geneeskundigen in de hoofdstad kwam Meerenberg tot stand, een gesticht dat voldeed aan de toenmalige geneeskundige maatstaven en dat een internationale reputatie verwierf.[53] De andere provincies maakten, waar mogelijk, gebruik van de bestaande stedelijke en particuliere instellingen in de eigen provincie. Provincies waar voorzieningen ontbraken (Groningen, Drenthe en Zeeland) of waar de capaciteit van de bestaande gestichten niet toereikend was (Gelderland en Limburg) sloten contracten met gestichten elders. De ongelijkmatige spreiding van de gestichten over het land bracht met zich mee dat veel patiënten op grote afstand van hun woonplaats en verwanten waren ondergebracht. De Krankzinnigenwet kon nieuwbouw niet afdwingen en stelde geen limiet aan het aantal patiënten in de toch al vaak nauw bemeten gestichten.

51 Van der Esch 1975-1980, I: 23; Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut 2003, 13.

52 Van der Esch 1975-1980, III: 77.

53 Vijselaar 1997b, 28-32.

J.D. Zocher jr. Provinciaal Krankzinnigengesticht Meerenberg, nabij Santpoort, 1844-1849.

Vergeleken met Groot-Brittannië ontbrak het in Nederland aan maatschappelijk engagement ter verbetering van de krankzinnigenzorg. De leefomstandigheden van krankzinnigen gaven nauwelijks aanleiding tot openbare discussies en trokken weinig aandacht van politici.[54] Hervormingsvoorstellen die de inspecteurs van het Staatstoezicht en geneeskundigen lanceerden, zoals de bouw van nieuwe gestichten op het platteland, de invoering van gezinsverpleging, een grotere verantwoordelijkheid van de overheid, vereenvoudiging van de opnameprocedure en nieuwe wetgeving – vooral de noodzakelijke rechterlijke machtiging was veel geneeskundigen een doorn in het oog – liepen vooralsnog op niets uit. De Nederlandse krankzinnigenzorg onderscheidde zich van de Duitse, Franse en Engelse door een geringere invloed van medici. Zij kregen wel een taak op het gebied van diagnose en behandeling, maar de mogelijkheden daartoe waren beperkt in de meeste Nederlandse gestichten. Weer met uitzondering van Meerenberg waren zij ondergeschikt aan de regentencolleges en kerkelijke besturen die de gestichten beheerden. Veel gestichten bleven lange tijd verstoken van een inwonend geneesheer in vaste dienst. Mede door het gebrek aan een carrièreperspectief en de geringe mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te verrichten was de functie van gestichtsgeneesheer weinig aantrekkelijk voor ambitieuze medici.[55] Er was dan ook een tekort aan artsen in de krankzinnigenzorg en hun deskundigheid was niet altijd optimaal. De organisatie van gestichtsartsen en de vorming van het medisch specialisme psychiatrie kwamen in Nederland twee à drie decennia later op gang dan in Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland.

De loopbaan van J.N. Ramaer, een van de eerste geneesheren in Nederland met een voltijdse betrekking in een gesticht, is illustratief voor de zwakke positie van medici in de krankzinnigenzorg. Het krankzinnigengesticht te Zutphen, waar Ramaer van 1842 tot 1863 werkte, was verbouwd en heringericht volgens de richtlijnen die in 1838 door Schroeder van der Kolk waren opgesteld en het kreeg spoedig na de inwerkingtreding van de Krankzinnigenwet officieel erkenning als geneeskundig gesticht. Desondanks moest Ramaer vaststellen dat het niet geschikt was voor de toepassing van de zedenkundige behandeling en het principe van de *non-restraint*. Dat had niet alleen te maken met de ligging en het gebrek aan faciliteiten, maar kwam vooral ook doordat de bestuurlijke verhoudingen de geneesheer te weinig zeggenschap boden over de levensomstandigheden in het gesticht. In zijn strijd voor meer invloed moest hij het eind jaren vijftig afleggen tegen de regenten en de beheerders van het gesticht. Hij vertrok uiteindelijk naar Delft om daar geneesheer-directeur van het plaatselijke gesticht te worden.[56] In 1869 nam Ramaer ook daar ontslag om zich volledig op zijn praktijk aan huis te concentreren. Ramaer was van mening dat een goede krankzinnigenzorg alleen mogelijk was indien de geneesheer als directeur met ongedeeld gezag de leiding

54 Binneveld 1985, 68.
55 Van der Esch 1975–1980, I: 24, 51.
56 Vijselaar 1995a; over Ramaer zie ook Ariëns Kappers 1917.

Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen, omstreeks 1863.

had over alle aspecten van het gestichtsleven.[57] In 1871 werd hij benoemd tot inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en nam hij het initiatief tot de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie.

Deze vereniging zou een belangrijke rol spelen in de vorming van het psychiatrisch vak en de veranderingen die de krankzinnigenzorg in de laatste decennia van de negentiende eeuw doormaakte. Alvorens wij hierop ingaan zullen wij in het volgende hoofdstuk de bredere maatschappelijke ontwikkelingen belichten die van belang zijn om het toegenomen collectieve engagement van de gestichtsgeneesheren en de resultaten daarvan te begrijpen.

1.2 De uitdagingen van de moderne massamaatschappij

De grondwetswijziging van 1848 vestigde de liberale rechtsstaat en het parlementaire stelsel in Nederland. Met de verkrijging van fundamentele vrijheidsrechten – de onaantastbaarheid van bezit en privésfeer; vrijheid van godsdienst, levensovertuiging, meningsuiting en pers; het recht tot vereniging, vergadering en betoging – werden alle Nederlanders gelijkwaardige burgers voor de wet. Van democratie in de zin van volksinvloed op het bestuur was echter nog geen sprake, aangezien het censuskiesrecht vooralsnog beperkt bleef tot de bovenlaag van de bevolking, die beantwoordde aan de liberale criteria voor actief staatsburgerschap: eigendom, onafhankelijkheid, redelijk inzicht en verantwoordelijkheidsbesef. Volwaardig burgerschap was niet zozeer een geboorterecht, als wel een status die moest worden verdiend. Productieve deugd – arbeidzaamheid, spaarzaamheid en nuttigheid – vormde het onderscheidende criterium, dat in schril contrast stond met het vermeende parasitisme van zowel arbeidsschuwe paupers als aristocratische nietsnutten. Het liberale burgerschapsidee had een sterk utilitair karakter: door zich vooral economisch te ontplooien en al calculerend – met respect voor de rechten van anderen – hun eigen nut te maximaliseren, konden individuen zich als volwaardig burger kwalificeren. Daarnaast zou het onderwijs moeten zorgen voor geestelijke verheffing.

Het liberaal-burgerlijke bestel kenmerkte zich door een paradoxale combinatie van enerzijds formele openheid en gelijkheid – de burgerlijke verworvenheden zouden een algemene geldigheid bezitten en in principe voor allen toegankelijk zijn – en anderzijds feitelijke geslotenheid en hiërarchie: ook al bestonden er geen formele standsverschillen, de kleine groep van volwaardige staatsburgers die beschikte over actief en passief kiesrecht, onderscheidde zich van de massa die om economische en culturele redenen was uitgesloten van politieke participatie.[58] In de laatste drie decennia van de negentiende eeuw kwamen de dominantie van de

57 Ramaer 1871, 12–13.

58 Hemerijck, Simonis en Lehning 1992; Van Gunsteren 1992b; Te Velde en Aerts 1998.

liberale burgerij en het exclusieve staatsburgerschap echter onder druk te staan. Mede als gevolg van de beginnende industrialisering en de groeiende economie, de toenemende geografische en sociale mobiliteit en het ontstaan van een *civil society* op nationale schaal, deden tot dan toe buitengesloten en achtergestelde bevolkingsgroepen zich gelden.[59]

In economisch opzicht gaven de laatste decennia van de negentiende eeuw – later dan in de buurlanden – een accentverschuiving te zien van een agrarisch-ambachtelijke naar een industriële productiewijze, die zich weerspiegelde in een veranderende beroepsstructuur. In het midden van de negentiende eeuw was het grootste deel van de werkende bevolking (meer dan 40 procent) nog in de landbouw en visserij werkzaam, boden handel en dienstverlening werk aan ongeveer 30 procent en vormde de nijverheid met nog geen kwart de kleinste sector. Aan het begin van de twintigste eeuw was het aandeel van zowel de handel en diensten als de industrie gegroeid – tot respectievelijk een kleine 40 procent en bijna een derde. Het aandeel van de agrarische sector was gezakt tot onder de 30 procent.[60] Deze tendens zette zich, hoewel in een langzamer tempo, in de twintigste eeuw voort. De verandering in de economische structuur ging gepaard met de vorming van een industriële arbeidersklasse, een vermindering van het aantal zelfstandige beroepsbeoefenaren en een toename van het aantal loontrekkers.[61] De industrialisering bevorderde de verstedelijking (die in Nederland vanouds al op een hoog niveau lag). Het inwonertal van de vier grootste steden groeide in de laatste drie decennia van de negentiende eeuw met meer dan 100 procent en dat van de middelgrote steden met meer dan 60 procent, terwijl de aanwas van de plattelandsbevolking nog geen 20 procent bedroeg.[62] Aanvankelijk was de Nederlandse industrie kleinschalig en gericht op de productie van consumptiegoederen, maar vanaf de jaren negentig kwamen de grootschalige metaalnijverheid, scheeps- en machinebouw en de chemische industrie tot ontwikkeling en werd de basis gelegd voor technologische innovatie en de expansie van grote ondernemingen.[63]

Als gevolg van de economische groei vanaf de jaren zeventig en de versnelling daarvan vanaf de jaren negentig tot de Eerste Wereldoorlog verbeterden de materiële levensomstandigheden van een groot deel van de bevolking. Tussen 1860 en 1900 halveerde de werkloosheid en steeg het reële inkomen met gemiddeld 150 procent. Vanaf 1880 verminderde het aantal mensen dat van de armenzorg afhankelijk was, werd de inkomensongelijkheid minder groot, daalde de sterfte en verbeterde de volksgezondheid als gevolg van betere voeding en hygiënische maatregelen, waardoor besmettelijke ziekten werden teruggedrongen. Een toenemend deel van de bevolking toonde zich ontvankelijk voor een moderne, dynamische levenshouding in de zin dat het bestaan minder werd ervaren als een onvermij-

59 Bax 1988; De Beus, Van Doorn en Lehning 1989; Knippenberg en De Pater 1990; Van den Brink 1996; Bosmans 1988, 402.

60 De Regt 1984, 18; vergelijk Horlings 2001, 232.

61 De Regt 1984, 18.

62 De Regt 1984, 24.

63 Smits 1999.

delijk lot en meer als beïnvloedbaar en verbeterbaar. Dit bleek bijvoorbeeld uit de daling van het geboortecijfer en een stijging van de gemiddelde levensduur.[64]

In het eerste driekwart van de negentiende eeuw bleven het gezichtsveld en de mobiliteit van de meeste Nederlanders beperkt tot de eigen woonplaats of regio. Vooral de voltooiing van het spoorwegnet en een grotere verbreiding van dagbladen droegen vanaf de jaren zestig bij tot een toenemende maatschappelijke betrokkenheid op nationale schaal, het eerst onder de burgerlijke elite, maar geleidelijk aan ook onder bredere lagen van de bevolking. De emancipatiebewegingen van orthodoxe protestanten en katholieken, die de basis legden voor de verzuiling, alsook de arbeidersbeweging zorgden voor de sociaal-politieke mobilisering van een steeds groter deel van de Nederlanders.[65] De verzuiling, de koppeling van levensbeschouwing aan politieke en maatschappelijke organisatievorming, vormde niet alleen een reactie op wat de confessionelen als verwerpelijke godsdienstige vrijzinnigheid en dreigende secularisering zagen, maar was tegelijkertijd ook nauw verbonden met het ontstaan van een democratiserende massasamenleving. Door vorming van de orthodox-protestantse, katholieke en sociaal-democratische zuilen maakten geografische verdeeldheid en lokale bindingen deels plaats voor levensbeschouwelijke banden en tegenstellingen op nationale schaal. De leiders mobiliseerden hun achterban met de moderne middelen van massapolitiek (partijvorming, ideologie, massabijeenkomsten en charismatisch leiderschap) en maatschappelijke zelforganisatie, zoals vak-, school-, woningbouw- en vrijetijdsverenigingen, en collectieve verzekeringen.[66]

In Nederland hebben de industrialisatie en het toenemende sociaal-politieke activisme niet zo polariserend en ontwrichtend gewerkt als in andere landen. De politieke democratisering, die in 1917 en 1919 uitmondde in het algemeen kiesrecht voor mannen en vrouwen, verliep geleidelijk. de tegenstelling tussen kapitaal en arbeid werd afgezwakt door de standen- en klassenoverschrijdende organisatie op basis van godsdienst en een zekere wederzijdse accommodatie tussen de burgerlijke liberalen, de confessionelen en het reformistische deel van de arbeidersbeweging. Het emancipatiestreven van de laatste groepen was ondanks de vernieuwings- en verzetsretoriek overwegend gericht op maatschappelijke integratie. Daarbij oriënteerden hun leiders zich voor een groot deel op burgerlijke waarden, die een minder standsgebonden en een algemenere betekenis als nastrevenswaardige burgerschapsidealen en als bindmiddel van de natie kregen. Centraal stond daarbij het belang van zelfbeheersing en verantwoordelijkheidsbesef: de intoming van onwillekeurige impulsen en het uitstel van onmiddellijke behoeftebevrediging ten behoeve van een verbetering van het levenspeil en de maatschappelijke positie op de langere termijn. Deze waren te realiseren door

64 Smits 1999; De Rooy 2002, 125–126; Van der Stel 1995, 128–129, 138; Houwaart 1991, 289–290; Verdoorn 1981; Van Poppel 2001.

65 Knippenberg en De Pater 1990; Bax 1988, 112; Van den Brink 1996; Te Velde 1998, 193.

66 Stuurman 1983; Van Rooden 1996; Bax 1988; Schuursma 2000, 192; Knippenberg en Van der Wusten 2001.

een arbeidzaam en productief bestaan, spaarzaamheid, zelfredzaamheid, ordebesef en plichtsbetrachting. Ook konden gezinswaarden, het streven naar zedelijke verheffing en een evenwichtige balans tussen individuele zelfstandigheid en gemeenschapszin op algemene instemming rekenen. De geschoolde arbeidersklasse, die een meer gerespecteerde levensstijl en sociale stijging en zekerheid nastreefde, nam bepaalde burgerlijke waarden bereidwillig over. In velerlei opzicht zetten de confessionele en sociaal-democratische elites het al eerder op gang gekomen burgerlijke beschavingsoffensief voort.[67]

Het streven naar volksverheffing, waarvoor met name de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en protestantse groeperingen als het Réveil en de Inwendige Zending zich al langer hadden ingezet, kreeg in de laatste decennia van de negentiende eeuw een krachtige impuls en wijdere verbreiding. De maatschappelijke veranderingen riepen bezorgde en cultuurpessimistische geluiden op. Met het ontstaan van een massasamenleving en de voortgaande democratisering groeide in de maatschappelijke bovenlaag de beduchtheid voor de overheersing van redeloze hartstochten en driften, die tot tuchteloosheid, verslapping en sociale desintegratie zouden kunnen leiden. De amorfe massamaatschappij zou zich niet de mate van individuele vrijheid kunnen veroorloven die voorheen de elite van gegoede en redelijke burgerheren in de standenmaatschappij was toevertrouwd. In liberale pleidooien voor een nationale volksopvoeding stond 'karaktervorming' centraal. Terwijl in het klassieke liberalisme de nadruk lag op het rationele en zelfstandige denken als motor voor maatschappelijke vooruitgang, ging het nu vooral om het bijbrengen van normbesef, plichtsgevoel, gemeenschapszin, wilskracht en zelftucht. In het bijzonder de orthodoxe protestanten, die zich met een sterke morele gedrevenheid profileerden, stonden een soortgelijk burgerschapsideaal voor. Losbandige en onverantwoorde gedragingen als drinken, dansen, kermisgang en ander 'plat vermaak', geldverkwisting, impulsieve behoeftebevrediging, lediggang, kinderverwaarlozing en seksuele uitspattingen dienden bestreden te worden.[68]

In het nieuwe beschavingsoffensief ging het echter niet louter om een van bovenaf opgelegde disciplinering van een volstrekt amorfe en passieve volksmassa. De angst voor sociale onrust en revolutie, het streven naar een ordelijk en deugdzaam leven, de bevordering van verantwoordelijk burgerschap en economische motieven speelden zeker een rol. Daarnaast ging het ondanks de patriarchale en morele bevoogding ook om de welgemeende intentie om uitzichtloze armoede en sociale achterstand uit te bannen.[69] Er kwam steeds meer erkenning van de noodzaak om sociale hervormingen door te voeren. Dat uitte zich in een aanwassende dadendrang van zowel burgers als overheid teneinde diverse maatschappelijke

67 Aerts en Te Velde 1998; De Regt 1984, 247-249; De Rooy 2002, 125; Van der Stel 1995, 84, 123; Wedman 1998, 243-244; Hoekstra 2005.

68 Te Velde 1992; Hoekstra 2005.

69 Schuursma 2000, 80; vergelijk De Regt 1984.

problemen aan te pakken: armoede, werkloosheid, ziekte, gebrekkige huisvesting, slechte arbeidsomstandigheden, achterstanden in het onderwijs, verwaarloosde kinderen, ongehuwde moeders, drankmisbruik en criminaliteit. Het cultuurpessimisme van het fin de siècle werd meer dan gecompenseerd door het optimistische geloof in de mogelijkheid om de maatschappij door middel van gericht ingrijpen te verbeteren.[70] Terwijl de burgerlijke waarden de bovenlaag voorheen dienden om zich van de volksmassa te onderscheiden, won nu de gedachte terrein dat de burgerlijke verworvenheden ook binnen het bereik van de lagere klassen konden komen.

De eerste aanzetten tot sociaal activisme kwamen vanaf de jaren zeventig van een groeiend aantal liberalen dat overtuigd raakte van de noodzaak om maatschappelijke problemen, in het bijzonder de noden van de groeiende industriële arbeidersklasse (de 'sociale quaestie'), onder ogen te zien. Deze radicale of sociaal-liberalen, die in de jaren negentig hun stempel op drie kabinetten drukten, ontwikkelden een nieuwe visie op burgerschap, sociale rechtvaardigheid en de rol van de overheid.[71] In het klassieke liberalisme lag de nadruk op de zelfwerkzaamheid van burgers en beperkte de rol van de overheid zich tot de bewaking van recht en orde en het scheppen van voorwaarden waardoor zij hun capaciteiten konden ontplooien: de bevordering van de vrije markt en het onderwijs. Geleidelijk namen de vernieuwingsgezinde liberalen afstand van het *laissez-faire* van hun oudere geestverwanten en legden zij een verband tussen de ontwikkelingsmogelijkheden van individuen en het al dan niet ingrijpen van de overheid in de maatschappij. Zij erkenden dat kansen niet gelijk waren verdeeld en dat de realisering van zelfredzaamheid niet uitsluitend afhing van de individuele wilskracht en vermogens. Wisselende economische en sociale omstandigheden bepaalden het individuele bestaan in hoge mate en mensen konden buiten hun schuld en nalatigheid om in moeilijkheden raken. Alleen collectieve sociale verzekeringen en overheidsinterventie konden kwetsbare groepen bescherming tegen rampspoed garanderen. De onpersoonlijke risico's van de moderne maatschappij, waar het individu machteloos tegenover stond, vereisten publieke regelingen. Overheidsingrijpen was soms nodig om de voorwaarden te scheppen waardoor alle mensen de kans kregen hun economische en sociale positie te verbeteren en zich op die manier ook te kwalificeren als volwaardige staatsburgers. De sociaal-liberalen achtten uitbreiding van het kiesrecht onvermijdelijk en namen ook het initiatief tot sociale wetgeving. Vanaf 1874, toen arbeid door kinderen beneden de twaalf jaar bij wet werd verboden, maakte de overheid langzaamaan een begin met de invoering van (nieuwe) wetten op het gebied van de arbeid, de volksgezondheid,

70 De Regt 1984, 33, 244-246; De Rooy 2002, 104; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 1; Blom 1996, 240; Boterman en De Rooy 1999; Krul 1991; Van Sas 1991; Van Vree 1991; Hoekstra 2005.

71 De Rooy 1987; De Beus 1989; Stuurman 1991; De Haan 1993; Boterman en De Rooy 1999.

het onderwijs, de kinderbescherming, de armenzorg, de ouderenzorg, de volkshuisvesting en de zedelijkheid.[72]

De grotendeels door confessionelen gedomineerde kabinetten zetten aan het begin van de twintigste eeuw de door sociaal-liberalen ingezette sociale politiek voort, hoewel deze zich terughoudender opstelden ten aanzien van overheidsinterventie dan de sociaal-liberalen (en de sociaal-democraten). De confessionelen gaven de voorkeur aan sociale zorg door maatschappelijke organisaties, waarbij wetgeving niet meer dan een ondersteunend kader vormde. Mede als gevolg van de toenemende invloed van de confessionelen vanaf de eeuwwisseling bleef de rol van de overheid beperkt tot regelgeving en subsidieverstrekking en kwam de uitvoering van sociale verzekeringen en de sociale en gezondheidszorg grotendeels in handen van het particuliere (vooral confessionele) initiatief in het zogenoemde maatschappelijke middenveld.[73] Desondanks breidden de overheidstaken en -uitgaven zich vanaf het eind van de negentiende eeuw uit. Dat gebeurde vooral, door economische nood gedwongen, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog.[74]

Naarmate de bevolkingsomvang sneller toenam, het land intensiever werd gebruikt en de complexiteit van de samenleving groter werd, groeide de behoefte aan sociale regulering en ordening. De overheid kon niet langer volstaan met het handhaven van orde en veiligheid; zij werd steeds meer beoordeeld naar haar vermogen om sociaal-economische problemen aan te pakken. Ook talloze aspecten van het persoonlijke leven van haar burgers, zoals opvoeding, huisvesting, de zorg voor de gezondheid, seksueel gedrag en alcoholgebruik, werden onderwerp van wettelijke voorschriften en overheidstoezicht.[75] Behalve politici, bevlogen maatschappijverbeteraars en morele entrepreneurs, in het bijzonder uit confessionele kring, waren vooral de aan invloed en zelfbewustzijn winnende professionele groepen als artsen, onderwijzers, jeugdleiders, overheidsambtenaren, ingenieurs en maatschappelijk werkers de dragers van het sociaal-morele activisme. In het bijzonder voor vrouwen uit burgerlijke kring waren op dit terrein taken weggelegd. Vanwege hun vermeende zorgzaamheid en deugdzaamheid zouden zij bij uitstek geschikt zijn voor werkzaamheden op sociaal-charitatief terrein, zoals verpleging, armenbezoek, maatschappelijk werk, kinderbescherming en woningtoezicht. De toenmalige feministische beweging onderschreef een dergelijke roeping van de vrouw.[76]

72 Achtereenvolgens de Arbeidswet (1889), Veiligheidswet (1895), Ongevallenwet, Gezondheidswet, Leerplichtwet, Kinderwetten en Woningwet (1901), Wet op arbeidscontract (1907), de Zedelijkheidswetten (1911), de Nieuwe Armenwet (1912), de Invaliditeits-, Ouderdoms- en Ziektewetten voor werknemers (1913 en 1918), de Werkloosheidsverzekeringswet (1917) en de Arbeidsduurwet (1919).

73 Kruithof en De Rooy 1987; Roebroek en Hertogh 1998; Van den Berg 2001, 37-38; Schuursma 2000, 223, 225; Hoogenboom 2003.

74 De Rooy 2002, 141; vergelijk Boterman en De Rooy 1999, 53; Van den Brink 1996, 519; Schuursma 2000, 268.

75 De Rooy 2002, 147; Schuursma 2000, 40; vergelijk Hekma 1987; Mooij 1993; Kerkhoff 1994.

76 Nijenhuis 1981; De Regt 1984; Kruithof en De Rooy 1987; De Graaf 1989; Koenders 1996; Karsten 1986; Krul 1989; De Haan 2003; De Haan 2002; De Rooy 2002, 109.

De invoering van wetten ter vergroting van de materiële en sociale bestaanszekerheid en het streven naar morele verheffing van het volk waren twee kanten van dezelfde medaille. Dat kwam in de jaren 1911 en 1912 tot uiting in de verscherping en uitbreiding van de zedelijkheidswetgeving en de vernieuwing van de Armenwet. De armenzorg in Nederland was vanouds grotendeels in handen van kerkelijke of particuliere charitatieve organisaties. De Armenwet van 1854 schreef voor dat gemeenten alleen bijstand mochten bieden als armen niet in aanmerking kwamen voor ondersteuning door andere instellingen. Vanaf omstreeks 1870 won vanuit het burgerlijke particuliere initiatief een nieuwe benadering van armenzorg terrein: deze zou niet louter moeten bestaan uit leniging van de nood vanuit christelijke of filantropische barmhartigheid, maar uit ondersteuning waaraan eisen en controle waren verbonden. Het ging om actieve bemoeienis om op basis van een gedifferentieerde beoordeling van de omstandigheden en de attitude van de armen en door middel van het aankweken van een deugdzaam en arbeidzaam leven tot een zodanige verbetering te komen dat de hulpbehoevenden zich zelf konden redden en geen steun meer nodig hadden. In de nieuwe, geïndividualiseerde aanpak lag de nadruk op de heilzame werking van nauw persoonlijk contact tussen armen en – vooral vrouwelijke – vertegenwoordigers van de burgerij of, in een later stadium, maatschappelijk werkers.[77]

Deze veranderende praktijk werd geformaliseerd in de nieuwe Armenwet. Terwijl het in de Armenwet van 1854 om het 'opheffen van de nood' ging, was nu sprake van 'opheffing van het geval', dat wil zeggen herstel van zelfredzaamheid.[78] Weliswaar handhaafde de nieuwe Armenwet officieel het primaat van de kerkelijke en particuliere armenzorg, maar in feite werkten de diverse instellingen steeds meer samen onder leiding van de gemeentelijke armenraad. De taak van de (lokale) overheid werd uitgebreid door de zogenaamde dubbele bedeling: de gemeenten vulden de kerkelijke en particuliere ondersteuning aan. Al in de tweede helft van de negentiende eeuw daalde de bijdrage van de laatste in de kosten van de armenzorg gestaag en nam die van de gemeenten toe. Rond de eeuwwisseling was het gemeentelijke aandeel al groter dan dat van de kerken. De kerkelijke en particuliere armenzorg was afhankelijk van vrijwillige giften, terwijl de overheid dankzij belastingheffing over structurele inkomsten beschikte.[79]

De zorg om het morele gehalte van de bevolking had al vanaf het midden van de negentiende eeuw aanleiding gegeven tot tal van activiteiten, die zich in het bijzonder concentreerden op alcoholisme en prostitutie. De verschillende organisaties ter bestrijding van (buitensporig) drankgebruik kwamen voort uit diverse initiatieven: filantropische bekommernis onder gegoede burgers, godsdienstige bewogenheid, vooral onder orthodox protestanten, en het socialistische streven naar verheffing en emancipatie van de arbeidersklasse. De overeenkom-

77 De Regt 1984.
78 Romme 1978b, 242.
79 Neij 1989, 16, 42, 291; Leeuwen 1999, 173.

sten waren echter groter dan de verschillen: alle benadrukten de morele en maatschappelijke gevaren van sterke drank en hadden als doel de consumptie ervan terug te dringen of zelfs geheel uit te bannen.[80] Orthodoxe protestanten onder leiding van O. Heldring en H. Pierson namen het initiatief tot de bestrijding van de medisch en politioneel gereglementeerde prostitutie en de redding van 'gevallen vrouwen'. Vanaf de jaren zeventig sloten ook feministen, katholieken, sociaaldemocraten, sociaal-liberalen en medici zich aan bij de abolitionistische beweging. Deze slaagde aan het eind van de negentiende eeuw in haar opzet: er kwam een eind aan het medisch en politioneel toezicht op prostitutie, dat was bedoeld om geslachtsziekten in te dammen. De diverse zedelijkheidsorganisaties, die tussen 1880 en 1920 het levenslicht zagen, breidden daarop hun activiteiten uit tot de bestrijding van het nieuw-malthusianisme (geboorteregeling), abortus, pornografie, vrouwenhandel, kindermisbruik, geslachtsziekten, homoseksualiteit, gokken en als onzedelijk beschouwde vormen van volksvermaak. Daarbij werd niet alleen gewezen op het morele kaliber van het Nederlandse volk, maar ook op het belang van de volksgezondheid.[81]

De modernisering bracht in Nederland vooralsnog geen grootschalige secularisering teweeg, maar veeleer een herwaardering en verdieping van het geloof onder delen van de bevolking. De rechtzinnige protestantse en katholieke groeperingen die zich vanaf het eind van de negentiende eeuw emancipeerden, zetten hun streven naar een herkerstening van de moderne maatschappij kracht bij met een zedelijkheidsoffensief. Maar ook liberalen, sociaal-democraten en de opkomende vrouwenbeweging gaven blijk van een drang tot morele profilering. Nadat aan het begin van de twintigste eeuw door een sociaal-liberaal en een confessioneel kabinet wetsvoorstellen waren ingediend teneinde de verspreiding van pornografie en voorbehoedsmiddelen tegen te gaan, kwam in 1911 op confessioneel initiatief, maar met steun van een deel van de liberale en sociaal-democratische partijen, een verscherping en uitbreiding van de zedelijkheidswetgeving tot stand. De verbodsbepalingen, die in grote lijnen tot omstreeks 1970 van kracht bleven, betroffen vooral prostitutie, pornografie, geboorteregeling, abortus, homoseksualiteit, publieke seksuele uitingen en gokken. Deze zetten de toon voor een repressief moreel klimaat. Confessionele leiders riepen hun achterban op tot een actieve bestrijding van alles wat huwelijk, gezin en de goede zeden zou aantasten. Gestimuleerd door de nationale zedenwetgeving voerden gemeenten allerlei bepalingen in op dit terrein en fulmineerden zedelijkheidsverenigingen tegen een te vrije omgang tussen de seksen, te veel bloot in zwembaden, op het strand of in de kunst, film-, cabaret- en toneelvoorstellingen en mode die de zinnen te zeer prikkelden, alsook tegen geboorteregeling, homoseksualiteit en pornografie. Seksuele hervormings- en emancipatiebewegingen als de Nieuw-

80 Van der Stel 1995, 141-153; 157-177.

81 Noordam 1996; Koenders 1996; vergelijk De Bruijn 1979; Hekma 1987 en Mooij 1993. Zie ook Kapteyn 1980; Stuurman 1983; Top 1988.

Malthusiaansche Bond (NMB), die geboorteregeling voorstond, en het Nederlandsch Wetenschappelijk Humanitair Komitee (NWHK), dat voor gelijkberechtiging van homoseksuelen opkwam, moesten het in het bijzonder ontgelden.[82]

Het vooral door confessionele groepen gedragen zedelijkheidsoffensief stuitte op weinig principieel verzet in de Nederlandse politiek en samenleving, onder meer omdat liberalen, socialisten en feministen geen weerwoord hadden en tot op grote hoogte deelden in de overtuiging dat deugdzaamheid en zelfbeheersing noodzakelijk waren voor een goed geordende samenleving. Naarmate het vertrouwen in de kracht van de rede, mede onder invloed van het ontstaan van de moderne massasamenleving en de verschrikkingen van de Eerste Wereldoorlog, verzwakte, nam de beduchtheid voor het driftleven toe. Met onbesuisd hedonisme wilden weinigen geassocieerd worden. In het verzuilde Nederland bestond onder alle levensbeschouwelijke groeperingen een groot wantrouwen tegen consumptief genot en individueel non-conformisme, want die stonden op gespannen voet met de verantwoordelijkheid en de gemeenschapszin die nodig waren om politieke, godsdienstige en emancipatoire idealen te verwezenlijken. Bovendien was de zedelijkheidswetgeving tot op zekere hoogte te beschouwen als een vorm van moderne beschermende sociale wetgeving: de overheid nam een actieve rol op zich om maatschappelijke misstanden – bijvoorbeeld de uitbuiting van vrouwen in de prostitutie of misbruik van jeugdigen door homoseksuelen – tegen te gaan.[83]

1.3 De eerste medische specialisatie: het psychiatrisch-neurologische vak en werkveld

Het was tegen de achtergrond van de op gang komende modernisering van de Nederlandse samenleving, in het bijzonder het groeiende sociale activisme, en de eerder geschetste problemen in de krankzinnigenzorg dat een nieuw medisch vak gestalte kreeg. In 1871 spraken enkele gestichtsgeneesheren op een bijeenkomst van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG) in Winschoten over de wenselijkheid om een vereniging van geneeskundigen op het terrein van de krankzinnigenzorg in het leven te roepen. Twee van hen, Ramaer, consulterend geneesheer van de gestichten te Delft en Den Haag, en Donkersloot, verbonden aan het gesticht in Dordrecht, waren vooraanstaande leden van de NMG en hadden met onder anderen G.E. Voorhelm Schneevoogt, geneesheer van het Amsterdamse Buitengasthuis, een belangrijke rol gespeeld bij de oprichting van deze medische organisatie in 1849. Voorhelm Schneevoogt

82 Oosterhuis 1992, 26-34; Koenders 1996, 149-259; Noordam 1996; Oosterhuis 1997, 563-565; Schuursma 2000, 89-98; Noordam 2001; Hoekstra 2005.

83 Karsten 1986, 12-13; Te Velde 1996; Schuursma 2000, 81; De Rooy 2002, 39, 172-176; Hoekstra 2005.

was de eerste voorzitter en Ramaer de eerste secretaris. Zij maakten deel uit van een groep hervormingsgezinde geneeskundigen die zich inzette voor een hervorming van het versplinterde medische onderricht en het daarmee verbonden stelsel van uiteenlopende geneeskundige bevoegdheden. Geneeskundigen moesten zich op basis van een uniforme natuurwetenschappelijke opleiding aan de universiteit verenigen in één beroepsgroep. Verder dienden zij maatschappelijke verantwoordelijkheid op zich te nemen door zorg te dragen voor de volksgezondheid. In de krankzinnigenzorg waren nieuwbouw van gestichten en vergroting van de medische zeggenschap nodig. Zowel op het terrein van de openbare hygiëne als op dat van de krankzinnigenzorg achtten de medische hervormers een daadkrachtiger optreden van de rijksoverheid gewenst. Hun eisen gingen verder dan die van hun voorganger Schroeder van der Kolk.[84]

Met name Ramaer, die meermaals het voorzitterschap van de NMG bekleedde, ondernam in de daarop volgende twee decennia pogingen om de krankzinnigenzorg te verbeteren en het medische aandeel daarin te versterken.[85] Aangezien de medische hervormingsbeweging en de NMG in de jaren zestig aan slagkracht inboetten, wisselden Ramaer en enkele geestverwanten het streven naar een verbetering van de krankzinnigenzorg door middel van een algehele vernieuwing van de geneeskunde in voor een meer beperkte zelforganisatie van gestichtsartsen. Samen met A.H. van Andel, eerste geneesheer van het gesticht te Zutphen, R. Lammerts van Bueren, geneesheer-directeur van het gesticht te Franeker, en Donkersloot nam Ramaer het initiatief tot een bijeenkomst waarvoor zij andere gestichtsartsen uitnodigden. Op 17 november 1871 verzamelden zich in Utrecht tien van hen en richtten zij de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP) op. In totaal dertien gestichtsgeneesheren sloten zich bij de nieuwe vereniging aan en Ramaer werd voorzitter.[86]

De Nederlandse gestichtsartsen organiseerden zich later dan hun Franse, Britse en Duitse collega's. Ramaer hield tijdens de oprichtingsbijeenkomst een rede waarin hij het gehele krankzinnigenwezen in Nederland als achterlijk kwalificeerde, niet alleen ten opzichte van het buitenland, maar ook in vergelijking met de rest van de geneeskunde.[87] De vereniging was bedoeld om hierin verbetering te brengen. Het belangrijkste probleem was volgens Ramaer dat de krankzinnigenzorg een wetenschappelijke grondslag ontbeerde. Hij achtte het bovenal gewenst dat de NVP de psychiatrie bevorderde als een 'stellige' natuurwetenschap naar het voorbeeld van nieuwe ontwikkelingen in de algemene geneeskunde. Daartoe was het noodzakelijk dat het isolement van de gestichtsgeneesheren werd doorbroken en dat zij regelmatig met elkaar en met onderzoekers op geneeskundig gebied in contact traden om zowel praktische ervaringen als wetenschappelijke kennis uit te wisselen. Ramaer betreurde het ontbreken van universitair

84 Houwaart 1991, 84-94; Vijselaar 1997b, 30-32.
85 Over Ramaer zie Vijselaar 1995a.
86 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1.
87 Ramaer 1871.

onderwijs in de psychiatrie, waardoor studenten in de geneeskunde weinig of niets leerden over geestesziekten. Wie de krankzinnigenzorg als werkveld koos, was voor zijn deskundigheid grotendeels aangewezen op de praktijkervaring in een gesticht. Ook de beperkte zeggenschap van geneeskundigen in de gestichten belemmerde de wetenschappelijke en medische profilering van de psychiatrie. Gestichtsgeneesheren waren gewoonlijk ondergeschikt aan uit plaatselijke notabelen bestaande besturen, die onvoldoende oog hadden voor de geneeskundige aspecten van de krankzinnigenzorg. Nederland stak in dit opzicht slecht af bij de omringende landen, zo benadrukte Ramaer. Een wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie zou volgens hem een einde kunnen maken aan de slechte maatschappelijke reputatie van het krankzinnigengesticht. In de publieke opinie was het eerder een gevangenis om lastpakken op te bergen dan een ziekenhuis. De vereniging had ook een taak op het gebied van de belangenbehartiging, niet alleen ten behoeve van de leden, maar ook om de zorg voor en de leefomstandigheden van hun patiënten te verbeteren. Daartoe zou de vereniging haar stem moeten laten horen bij regering en parlement, en in publieke fora.

In zekere zin was de NVP de eerste medische specialistenvereniging in een tijd waarin de meeste geneeskundigen algemene praktijken voerden en velen van hen medische specialisatie afwezen omdat zij daardoor toenemende concurrentie vreesden. Specialisering was mede een gevolg van het groeiende medische aanbod en een krapper wordende markt.[88] Vanwege hun geïsoleerde positie in de gestichten en het stigma dat aan hun patiënten kleefde, vormden gestichtsgeneesheren echter geen bedreiging op de reguliere medische markt en kwam de psychiatrische vereniging zonder bezwaren en tegenwerking van andere medici tot stand.[89] In medisch-wetenschappelijk opzicht kon de psychiatrie zich niet met andere opkomende specialismen meten. Deze onderscheidden zich door kennisverdieping op een deelgebied van de geneeskunde na de algemene medische opleiding. Terwijl medische specialismen vanaf de jaren tachtig in de regel tot ontwikkeling kwamen op basis van een wetenschappelijke voorsprong op de algemene geneeskunde, was de oprichting van de NVP ingegeven door het idee dat de psychiatrie gebukt ging onder achterstand.[90]

De toonaangevende leden van de NVP waren liberaal en positivistisch ingestelde artsen die wetenschap en sociaal verantwoordelijkheidsgevoel beschouwden als de peilers voor maatschappelijke vooruitgang. Met veel strijdvaardigheid zetten behalve Ramaer, Donkersloot, Van Andel en Lammerts van Bueren ook Voorhelm Schneevoogt, J. van Geuns, B.H. Everts, H. van Cappelle, A.O.H. Tellegen, J.P.Th. van der Lith, J. van Deventer, C. Winkler en G. Jelgersma zich in de

88 Van medisch specialisten was voor het eerst in 1883 in de annalen van de NMG sprake. Zie Redactie *Medisch Contact* 1972. Het aantal artsen dat zich als specialist afficheerde, bedroeg in 1883 32, in 1900 136 en in 1920 meer dan 700. Het totaal aantal artsen nam tussen 1890 en 1920 toe van zo'n 2000 tot meer dan 3000. Zie Mooij 1999, 279-281; De Bijl 2000, 41-42.

89 Beumer 1991, 42.

90 Juch 1997, 32-33.

jaren zeventig en tachtig in om het aanzien en de kwaliteit van hun vak te verhogen.[91] Zo streefden zij naar een vergroting van hun invloed in de krankzinnigenzorg door zich in te zetten voor meer medische zeggenschap in het reilen en zeilen in de gestichten, terugdringing van de gerechtelijke bemoeienis bij opnamen, een krachtiger optreden van de overheid ter handhaving van de bepalingen van de Krankzinnigenwet en een verbetering van de gestichtszorg door middel van een verpleegopleiding. Daarnaast drongen zij aan op de institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek door het instellen van academische leerstoelen. Ook trachtten zij het werkgebied van hun vak uit te breiden door te pleiten voor een grotere rol van de psychiatrie in de rechtspraak, een verbinding van de psychiatrie met de neurologie, behandelvoorzieningen voor patiënten die niet krankzinnig waren maar aan zenuwaandoeningen leden, en hygiënistische maatregelen in de samenleving teneinde geestes- en zenuwziekten zo veel mogelijk te voorkomen. NVP-leden hadden een belangrijk aandeel in de vernieuwing van de Krankzinnigenwet van 1841, die in 1884 tot stand kwam.[92] Om bekendheid te geven aan de activiteiten van de vereniging en de kennisuitwisseling te bevorderen gaf de NVP een periodiek uit, achtereenvolgens *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* (1873-1882), *Psychiatrische Bladen* (1883-1896) en *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (1897-1947). De laatste titelwijziging van het tijdschrift hing samen met het feit dat de vereniging zich vanaf 1895 uitdrukkelijk openstelde voor artsen die zich toelegden op de neurologie. Haar naam veranderde toen in Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN).

Het ledental van de NVP(N), die twee keer per jaar vergaderde, groeide van 13 in 1871 naar 115 in 1900 en 203 in 1920, van wie iets meer dan 80 procent ook daadwerkelijk in Nederland werkzaam was op psychiatrisch en/of neurologisch gebied.[93] Behalve de gewone leden kende de vereniging ook een aantal honoraire leden: hoge ambtenaren, notabelen, politici en gerenommeerde binnen- en buitenlandse artsen. Tot 1911, toen de eerste vrouwelijke leden hun intrede deden, was de NVP(N) een exclusief mannelijk gezelschap.[94] De toestroom van leden weerspiegelde het groeiende aantal artsen dat zich niet alleen op geestesziekten, maar ook op zenuwaandoeningen en uiteenlopende psychosomatische klachten richtte.[95] Terwijl het aantal gestichtsgeneesheren rond 1870 de 20 niet te boven ging, waren in 1900 75 en in 1920 137 artsen werkzaam in krankzinnigengestichten of andere instellingen als sanatoria, rusthuizen en kuuroorden voor zenuwlijders, inrichtingen voor epileptici, voor idioten en achterlijken en voor drankzuchtigen.[96]

91 Bouman 1921; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 5; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1.
92 Zie 1.4, paragraaf 'De tweede Krankzinnigenwet'.
93 Van Drunen 2004, 18.
94 Slijkhuis 2005.
95 Abma en Weijers 2005, 39, 53, 95.
96 Van Drunen 2004, 12, 16.

In het *Geneeskundig Jaarboekje*, dat sinds 1867 in samenwerking met de NMG verscheen om een overzicht te bieden van alle geneeskundige instellingen en praktiserende medici, afficheerde een toenemend aantal zich als specialist op het gebied van 'zenuwziekten', 'zenuw- en zielsziekten', 'zenuwziekten en geestelijke afwijkingen', 'psychosen en neuropathologie' of 'zenuw- en stofwisselingsziekten' en als 'psychiater' of 'neuroloog'.[97] Sommigen voerden een zelfstandige praktijk aan huis, al dan niet gecombineerd met een aanstelling elders, en ze vonden ook emplooi in ziekenhuizen en poliklinieken voor de somatische gezondheidszorg. Van de 55 leden die de NVP in 1887 telde, werkten er 10 als vrijgevestigde 'consulterende' artsen in de zenuw- en zielsziekten.[98] In 1900 waren er ten minste 24 en in 1920 ten minste 74 van dergelijke specialisten met een particuliere praktijk, die steeds meer werden aangeduid met de algemene noemer 'zenuwarts'. Meer dan de helft van hen was te vinden in Den Haag en Amsterdam.[99] Het aantal zenuwartsen dat een functie bekleedde in de somatische gezondheidszorg was veel geringer, maar groeide in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw substantieel van 7 naar 27. Nog sterker expandeerden de vanaf 1893 bestaande universitaire psychiatrisch-neurologische klinieken: in 1900 waren daarin 6 en in 1920 32 geneeskundigen – deels assistenten in opleiding – aangesteld.[100] Het waren vooral de academische specialisten die zich vanaf de jaren negentig als 'psychiater' of 'neuroloog' betitelden.[101] In de loop van de twintigste eeuw kregen deze benamingen meer en meer navolging buiten de universiteiten. Dat het psychiatrisch-neurologisch vakgebied ook op een groeiende belangstelling van legerartsen kon rekenen, blijkt uit het feit dat in 1900 3 en in 1920 6 officieren van gezondheid in de krijgsmacht lid waren van de NVPN.[102]

Tussen 1870 en 1900 vervijfvoudigde het aantal artsen dat op enigerlei wijze werkzaam was op psychiatrisch-neurologisch terrein van een twintigtal tot 107, om in de twee daaropvolgende twee decennia te verdubbelen tot 220. De stijging tussen 1900 en 1920 was overigens niet uitzonderlijk in vergelijking met de groei van de gehele medische professie – van 1760 naar bijna 3500 – en van andere specialismen.[103] Een andere overeenkomst met de rest van de geneeskunde was het geringe aantal vrouwen; vanaf 1906 deden de eersten hun intrede in de psychiatrie en in 1920 maakten zij ruim 12 procent van het totaal aantal vakbeoefena-

97 Van Drunen 2004, 14; Abma en Weijers 2005, 39, 95.

98 Slijkhuis 2005.

99 Van Drunen 2004, 9, 12, 13, 16, 18, 20. Aangezien de gegevens over vrijgevestigde gespecialiseerde artsen in de *Geneeskundige Jaarboekjes* zich in 1900 tot de 6 grootste steden en in 1920 tot de 33 grootste plaatsen beperken, is het aannemelijk dat hun aantal hoger lag dan 24. Volgens Slijkhuis (2005) bedroeg het aantal vrijgevestigden onder de NVPN-leden in de jaren 1896, 1906 en 1914 respectievelijk 29, 52 en 61, ofwel ongeveer een derde van het totaal.

100 Van Drunen 2004, 12, 16.

101 De term psychiater was in 1868 al gebezigd door Voorhelm Schneevoogt in zijn intreerede als lector aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre. Nog eerder had Ramaer het begrip psychiatrie gebruikt in de titel van het tijdschrift dat hij in 1853 oprichtte: *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregtelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie*.

102 Van Drunen 2004, 15, 19.

103 Van Drunen 2004, 12–13, 16–18.

ren uit.[104] Van een duidelijke afgrenzing van het vak ten opzichte van de rest van de geneeskunde was overigens geen sprake. Ten eerste bestonden er tot 1932 geen formele criteria of wettelijke voorschriften met betrekking tot de opleiding en het recht om zich als specialist op het terrein van de zenuw- en zielsziekten – of andere medische deelgebieden – te afficheren of in een krankzinnigengesticht, sanatorium of zwakzinnigeninrichting te werken. In de krankzinnigenzorg was het artsendiploma voldoende en leerden geneeskundigen het vak in de praktijk en door middel van zelfstudie. Weliswaar werden aan enkele universiteiten colleges in de psychiatrie gegeven, maar deze vormden geen verplicht onderdeel van de studie geneeskunde.[105] Sommige vakbeoefenaars, vooral artsen met academische ambities, ondernamen studiereizen naar het buitenland, meestal Duitsland, Oostenrijk of Zwitserland, om aldaar universitaire klinieken te bezoeken en colleges van vooraanstaande hoogleraren te volgen.[106]

Ten tweede bleek de openheid van het specialisme ook uit het grote aantal artsen dat zich niet direct na het behalen van hun medische bevoegdheid, maar pas later in hun loopbaan toelegde op de zenuw- en zielsziekten. Het kwam ook voor dat specialisten op dit terrein hun aandacht op een gegeven moment verlegden naar een ander deel van de geneeskunde.[107] Dat het vak verre van scherp omlijnd was, bleek eveneens uit het feit dat de leden van de NVPN niet tot een eensgezind standpunt konden komen als het om de belangen van gestichtsartsen ging. Die klaagden over hun slechte maatschappelijke aanzien, karige bezoldiging en gebrek aan opleiding, loopbaanperspectief en wetenschappelijke middelen.[108] Een commissie van de NVPN stelde in 1904 vast dat de vereniging niet krachtig kon optreden omdat de samenstelling ervan – en dus ook het specialisme als geheel – te heterogeen was:

> ——— *niet alleen is het begrip psychiater in ons land een niet scherp omschreven denkbeeld, het is ook geen eisch voor het lidmaatschap der vereeniging: alle Nederlandsche geneeskundigen kunnen als lid worden aangenomen; van bindende besluiten zal dan voorlopig ook wel geen sprake zijn.*[109]

Wat de werkplekken en aard van de werkzaamheden betreft vallen binnen het psychiatrisch-neurologisch specialisme drie profielen te onderscheiden: de gestichtsgeneesheer met een aanstelling in dienstverband en daarnaast mogelijk een kleine zelfstandige praktijk; de zenuwarts met een particuliere praktijk aan huis, al dan niet in combinatie met een praktijk of aanstelling in een algemene polikliniek of ziekenhuis; en de universitaire hoogleraren, privaatdocenten en arts-assistenten die naast hun academische aanstelling soms ook nevenfuncties

104 Van Drunen 2004, 18.
105 Zie verder 1.7, paragraaf 'De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie'.
106 Abma en Weijers 2005, 32.
107 Van Drunen 2004, 17.
108 Van Deventer 1903; Van Deventer et al. 1904; Bouman 1906.
109 Van Deventer et al. 1904, 549.

bekleedden en er particuliere praktijken op na hielden.[110] Terwijl het ledenbestand van de NVP in de beginjaren bijna geheel uit gestichtsgeneesheren bestond, was hun aandeel daarin in 1914 teruggelopen tot minder dan de helft.[111] Hun aandeel in het psychiatrisch-neurologisch specialisme als geheel bedroeg in 1900 70 procent en in 1920 62 procent, terwijl het aandeel van de buiten de gestichtsmuren werkzame zenuwartsen tussen 1900 en 1920 toenam van 22 tot 34 procent en dat van de universitaire sector van 6 tot 15 procent.[112]

1.4 Het grote bouwen

'De dierenbescherming zou daar nog een vruchtbaar terrein voor hare werkzaamheden hebben'[113]

De weduwe Johanna Stuten-te Gempt (1829–1898) publiceerde in 1892 een verslag van haar ervaringen in het krankzinnigengesticht aan het Slijkeinde te Den Haag, een kleine twee jaar nadat zij voor de tweede en laatste maal uit dit gesticht was ontslagen.[114] Kort na de dood van haar man in 1889 was zij, 'aangetast door zware melancholie', voor het eerst opgenomen en na vijf maanden als 'hersteld' ontslagen. Na een half jaar volgde een tweede opname, ditmaal, naar zou blijken, van iets kortere duur. Drie maanden later werd mevrouw Stuten als 'niet hersteld' ontslagen, hoewel zij zichzelf wel degelijk verlost wist van haar melancholie. Dit 'vonnis' betekende dat de krankzinnigverklaring van kracht bleef en daarmee ook het stigma van gekte, alsmede de juridische handelingsonbekwaamheid. Vermoedelijk hoopte de eerste geneesheer, S. Reeling Brouwer, op deze manier te voorkomen dat mevrouw Stuten haar klachten over het gesticht in de openbaarheid zou brengen; deze zouden als wartaal van een gek ontzenuwd kunnen worden. Dit leverde uitstel maar geen afstel op. Nadat zij na lang aandringen een contraverklaring had weten los te krijgen van Reeling Brouwers opvolger, Tellegen, kon zij overgaan tot publicatie van haar 'lijdensgeschiedenis, die in hoofdzaak de geschiedenis is van elken patient die den drempel van dat huis betreedt'.[115]

Hoewel zij als klassepatiënte – de eerste- en tweedeklassepatiënten van de vrouwenafdeling werden 'de damespatiënten' genoemd, en de derdeklassepatiënten 'de menschen' – nog relatief bevoorrecht was geweest, kreeg ook zij het zwaar te verduren.[116] Huisvesting, voeding en de behandeling door artsen en 'oppasseressen' waren abominabel. Het 'overoude' gebouw was 'kil, vochtig, lugubre [...] en uitermate tochtig' en de riolen verspreidden dikwijls een 'verpestenden stank'.[117]

110 Van Drunen 2004, 20.
111 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.
112 Van Drunen 2004, 12, 16.
113 Stuten-te Gempt 1892, 11.
114 Zie voor nadere informatie over leven en publicaties van Johanna Stuten-te Gempt: Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp 1983.
115 Stuten-te Gempt 1892, 1.
116 Stuten-te Gempt 1892, 8.
117 Stuten-te Gempt 1892, 3.

De Nederlandsche Maagd: 'Excellenties, gaat binnen! De natie verwacht, dat gij uw plicht zult doen.' Spotprent naar aanleiding van aanklacht J. Stuten-te Gempt over de gang van zaken in het Haagse gesticht. In Bijvoegsel van De Amsterdammer, 14 februari 1892.

De cellen (lees: isoleercellen) bevonden zich achter de zalen van de derde klasse 'op een open, kille, vochtige plaats, waar nimmer een zonnestraal binnendringt en waarvan de ondergrond wemelt van muizen en ratten'.[118] Het meubilair bestond uit een harde stoel – en dat nog niet eens in iedere cel – en een stinkend privaat zonder deksel. Hoewel de cel door middel van buizen te verwarmen was, werd deze mogelijkheid vaker niet dan wel benut. Zo kon het gebeuren dat van een patiënte derde klasse 's nachts in de cel de tenen waren afgevroren en dat mevrouw Stuten zelf zware reumatiek opliep nadat zij in een natte cel was opgesloten en direct daarop een hevige vorst inviel.

Dit zijn bepaald niet de enige staaltjes van slechte behandeling die Stuten-te Gempt opvoert. Neem het voorbeeld van een vrouw die aan haar haardos naar de cel werd gesleept en dermate werd geslagen dat zij een van haar duimen brak. Niemand hoorde de wanhoopskreten, schreef Stuten-te Gempt, 'de wereld hoort ze niet, de betrekkingen hooren ze niet en de afschuwelijke gestichtsmuren zwijgen als het graf. Er is geen controle, geen toezicht, geen bescherming voor ongelukkigen, die minder dan een dier, die als het uitvaagsel van het menschdom worden behandeld.' Vandaar de opmerking dat de dierenbescherming – deze was sedert 1864 georganiseerd in Nederland – daar nog een vruchtbaar terrein voor haar werkzaamheden zou hebben.[119]

Het voert hier te ver om het verhaal van Stuten-te Gempt tot het eind toe te volgen. Duidelijk is in ieder geval wel dat het in dit oude Haagse gesticht zeer slecht toeven was. Naar aanleiding van de brochure van Stuten-te Gempt stelden Tweede Kamerleden vragen, waarop het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waaronder het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten ressorteerde, en dat van Justitie onderzoeken lieten verrichten. Een en ander leidde onder andere tot het ontslag van de regenten, de eerste geneesheer en heel wat oppassers, oppasseressen en overig personeel van het Haagse gesticht, alsook tot de aanstelling van een geneesheer-directeur, zodat de eindverantwoordelijkheid niet langer bij de regenten berustte.[120]

Er waren meer gestichten die ook naar toenmalige maatstaven gebreken vertoonden. Als aan het gebouw zelf al niet veel mankeerde, dan viel er toch doorgaans wel een en ander aan te merken op de behandeling door bijvoorbeeld artsen en oppassers of oppasseressen. Zo publiceerde de voormalige patiënt E.J.A. Melster – een medicijnenstudent – van het krankzinnigengesticht te Zutphen in 1902 een litanie van klachten over, wat hij noemde, de mishandelingen die hij daarin had ondergaan.[121] Al eerder, in 1885, had de tegen zijn wil opgenomen geneesheer A. Luyten een boekje open gedaan over zijn dertien maanden lange, naar zijn zeggen onrechtmatige opsluiting in ditzelfde gesticht.

118 Stuten-te Gempt 1892, 8.
119 Stuten-te Gempt 1892, 10-11; Davids 1989.
120 Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp 1983, 17-21; vergelijk Schuurmans 1990.
121 Melster 1902.

Patiënte in bed met lange, lege gang, Voorburg, Vught.

——— Wat heb ik vele patiënten als bij den dag zien achteruitgaan en zien verslimmeren na hunne plaatsing in het krankzinnigengesticht te Zutphen! Nu kan dit laatste in andere gestichten wel iets beter zijn, – daar er in het gesticht te Zutphen, én bij den Heer van Andel, én bij den Heer van der Chijs [de geneesheren van het gesticht] ongeveer geen geneeskunde bestaat, het is in hoofdzaak eene bewaarplaats dat gesticht.[122]

Aan positievere geluiden ontbrak het inderdaad niet geheel en al. Dezelfde medicijnenstudent die zo negatief berichtte over het Zutphense gesticht was vol lof over het in 1886 geopende gereformeerde gesticht Veldwijk te Ermelo, waar hij in 1900 na elf maanden Zutphen nog zes weken verbleef. 'Die inrichting en de geheele behandeling is daar uitstekend.'[123] Ook de Amsterdamse weduwe Doetje Reinsberg-Ypes, die tien jaar eerder in Veldwijk werd opgenomen, maar niet de publiciteit zocht, toonde zich in haar dagboek tamelijk tevreden over haar verblijf in Ermelo.[124]

Desalniettemin bepaalden de negatief getoonzette verhalen, die overigens zeker niet alleen in Nederland vielen te beluisteren, de beeldvorming van de krankzinnigengestichten.[125] Voor het grote publiek stond het wel vast dat men koste wat 't kost een krankzinnigverklaring en gestichtsopname moest zien te voorkomen. Dat mensen met geld daarbij de meeste kans van slagen hadden, zal niet verbazen. Overigens maakten ook vooral artsen, zoals verenigd in de NVP, en de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten zich zorgen over de toestand van en in de gestichten.

De tweede Krankzinnigenwet

In 1884 werd, mede dankzij de inzet van de NVP en in het bijzonder van Ramaer, een nieuwe Krankzinnigenwet van kracht.[126] De 'Wet van den 27sten April 1884, (Staatsblad No. 96), tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen' vormde – vanuit medisch oogpunt – een verbeterde versie van de Krankzinnigenwet van 1841.[127] Kern van beide wetten vormde het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten enerzijds en regelgeving omtrent gestichtsopname en ontslag anderzijds. Met tussentijdse wijzigingen bleef de wet van 1884 van kracht

122 Luyten 1885, 72. Zie ook Luyten 1899.
123 Melster 1902, 31.
124 Van Belzen 2004.
125 Zie over Duitsland: Schmiedebach 1996; Goldberg 2002; Goldberg 2003. Over de Verenigde Staten: Grob 1994, 129–138. Over Frankrijk: Dowbiggin 1991, 76–93. En voorts: Blok 2004, 16–18 en Blok 2000.
126 De belangrijkste overzichten van de Nederlandse krankzinnigenwetgeving en het Staatstoezicht die zowel de negentiende als een goed deel van de twintigste eeuw beslaan zijn die van Querido (1939) en Van der Esch (1975–1980). Zie verder Van Geuns 1888; Mooy 1964; Legemaate 1991; Van de Klippe 1997; Vijselaar 1985a; De Graaf en Beumer 1991; Lucieer 2005.
127 Zie voor deze kwalificatie: Legemaate 1985, 127. Ook Querido spreekt van 'verbeteringen'. Volgens hem leverde de wet van 1884, vergeleken met die van 1841, een beter staatstoezicht op, betere waarborgen voor goede verpleging en een doeltreffender voorziening in plaatsruimte. Aan de wijze van opneming was evenwel nagenoeg niets veranderd – en daar richtte zich veler kritiek op. Querido 1939, 94.

tot aan de inwerkingtreding van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen in 1994. Dat er ruim veertig jaar na de invoering van de eerste Krankzinnigenwet een tweede kwam, had zeker niet te maken met het streven van medici om de rechterlijke machtiging af te schaffen. Vooral in de NVP was die wens herhaaldelijk geuit en wel het meest pregnant door Donkersloot. In zijn brochure, *De krankzinnige tegenover de wet en de maatschappij*, vroeg hij zich af waarom 'er een speciële Wet moet zijn, die de verpleging regelt van de verbijsterden van geest, terwijl het geheel wordt vrijgelaten, op welke wijze men met andere gebreken wenscht te handelen?' Het antwoord was volgens hem niet ver te zoeken:

——— *men beschouwt de gestichten, waarin deze soort van lijders worden verpleegd, nog altijd als 'gevangenissen' of 'bewaarplaatsen', waar de zieke achter grendels wordt gesloten, waar hij geheel in de magt is van de directie en hare suppoosten, waar hij van zijne persoonlijke vrijheid, tijdelijk of voor altijd, moet afstand doen, en waaruit hij maar met moeite ontslagen kan worden.*[128]

De wet verbond niet alleen een massa onnodige formaliteiten aan de opname in krankzinnigengestichten, maar kon daardoor ook een noodzakelijk geachte opname bemoeilijken, vertragen of zelfs onmogelijk maken. Het is toch vreemd, zo vervolgde Donkersloot – en daar kwam ook de familie van de krankzinnige in beeld – 'dat ik een regterlijke machtiging behoef, om een mijner naaste en dierste betrekkingen van een ziekte te laten genezen [...]'[129] Het liefst zou hij zien dat in Nederland een 'vrije toegang tot de gestichten', dus zonder tussenkomst van de rechter, mogelijk zou worden – net als dat volgens hem in Frankrijk, Engeland, de Scandinavische landen, België en de meeste Duitse staten het geval was. Waarom, aldus Donkersloot,

——— *moet nu juist Nederland, tusschen al die beschaafde staten ingelegen, een zoo duren, lastigen, onaangenamen en officiëlen weg volgen, om aan den krankzinnige den toegang tot het gesticht te verschaffen? Staat dan de bevolking van Nederland op een zoo lagen trap van moraliteit, dat men noch aan de bloedverwanten van een te verplegen persoon, noch aan den arts, die een certificaat afgeeft, noch aan de directie van een verplegingsgesticht, zooveel vertrouwen kan schenken, als dat een Engelschman doet en een Franschman, een Duitscher en een Belg, een Deen en een Noor?*[130]

128 Donkersloot 1870, III. Deze typering lijkt haaks te staan op Donkersloots verklaring van de groei van de gestichtsbevolking. Deze zou een gevolg zijn van het toegenomen vertrouwen van het publiek in de gestichten. De sterke stijging van het aantal patiënten van 800 in 1844 tot over de 3000 in 1870, gaf volgens hem aan hoezeer 'de armste en aanzienlijkste familiën er hare verbijsterde of zwakzinnige leden aan toevertrouwen' (3). Ook meende hij te weten dat meer dan een kwart van de krankzinnigen in Nederland buiten de gestichten verbleef, waarvan een deel, ook in gefortuneerde kringen, werd mishandeld of verwaarloosd (55-56). Donkersloot schreef de brochure mede in reactie op de indertijd geruchtmakende zaak-Elders. De Haarlemse arts Elders deed een vergeefse poging om de echtgenoot van de vrouw met wie hij een verhouding had, in een krankzinnigengesticht te plaatsen. Zie Querido 1939, 78-82.

129 Donkersloot 1870, IV.

130 Donkersloot 1870, 66-67.

Dit was niet louter retoriek. Nederland onderscheidde zich inderdaad van de genoemde landen doordat opname in een krankzinnigengesticht zonder rechterlijke machtiging niet mogelijk was.[131] Zo kende de Franse Krankzinnigenwet van 1838 enerzijds de mogelijkheid van 'vrijwillige' opname in een krankzinnigengesticht op louter medische indicatie, dus zonder tussenkomst van enige autoriteit, en anderzijds de *placement d'office* – de ambtshalve (dwang)opname door de prefect van het desbetreffende departement of, in spoedeisende gevallen, de burgemeester. (Overigens staat nog wel te bezien of de feitelijke gang van zaken bij opname in de omringende landen zoveel minder duur, lastig, onaangenaam en formalistisch was als Donkersloot suggereerde.[132]) In Nederland werd in 1916 de zogeheten vrijwillige opname, zonder rechterlijke machtiging, mogelijk in speciaal daartoe aangewezen, open afdelingen van krankzinnigengestichten.[133] Vervolgens duurde het nog tot 1929 eer gemeenten de wettelijke verplichting kregen om de verpleegkosten voor hun rekening te nemen van behoeftige ingezetenen die voor een vrijwillige opname in aanmerking wensten te komen. Tot dan toe gold dat alleen voor opnamen met een rechterlijke machtiging.

Tot 1916 had de rechter bij opname in een krankzinnigengesticht dus in alle gevallen het laatste woord, zij het dat ook een geneeskundige verklaring was vereist. Deze bijzondere positie van Nederland tot op dat moment was, zoals we eerder zagen, vooral te wijten aan het stempel dat de Minister van Justitie, Van Maanen, had weten te drukken op de eerste Krankzinnigenwet.[134] Hoewel gesteund door Binnenlandse Zaken kon de toen nog niet op nationale schaal georganiseerde medische beroepsgroep geen vuist maken tegen deze juridische stellingname, waarin de bescherming van burgerrechten voorop stond. Ook ten tijde van de totstandkoming van de tweede Krankzinnigenwet bleken de medische pleidooien voor de opnamemogelijkheid zonder rechterlijke tussenkomst of machtiging geen kans te maken. Zoals in de Memorie van Toelichting bij het ontwerp van de tweede Krankzinnigenwet viel te lezen: 'De roeping des geneesheers brengt niet mede, over iemands vrijheid te beschikken'.[135] Ruim veertig jaar ervaring met de Krankzinnigenwet van 1841 leverde dan ook eerder een bestendiging dan een aantasting van het juridische primaat op.

De tweede Krankzinnigenwet was een ingrijpend gewijzigde versie van een in 1881 ingediend wetsontwerp dat de inspecteurs Ramaer en Van Cappelle in samenwerking met het lid van de Hoge Raad Mr. A.A. de Pinto en de referendaris bij het Departement van Justitie Jhr. Mr. G.J.Th. Beelaarts van Blokland hadden opgesteld. De bedoeling was om door middel van een uitbreiding en intensive-

131 Zie bijvoorbeeld Van Geuns 1888; Querido 1939.

132 Zie bijvoorbeeld Porter en Wright 2003; Gijswijt-Hofstra et al. 2005. Internationaal vergelijkend onderzoek naar de krankzinnigenwetgeving en de doorwerking daarvan in de praktijk, is niet voorhanden.

133 Zie over de diverse betekenissen van de term vrijwillig in dit verband: Legemaate 1991, 25-27.

134 Zie 1.1, paragraaf 'Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland'.

ring van het Staatstoezicht en enkele andere maatregelen het peil van de krankzinnigenzorg te verhogen.[136] Dat was uiteindelijk veel minder verbeterd dan de wetgever in 1841 voor ogen stond. Een jaar voor de invoering van de wet had Van Cappelle, inspecteur van het Staatstoezicht in de jaren 1875 tot 1889, al direct in het eerste nummer van de eerste jaargang van de *Psychiatrische Bladen* de alarmklok geluid. De overbevolking had volgens hem een ontoelaatbaar niveau bereikt: het kwam herhaaldelijk voor dat voor de plaatsing van krankzinnigen tevergeefs aan de deur van alle gestichten in Nederland was aangeklopt omdat deze vol zaten.[137] De oorzaak lag niet zozeer in een toename van het aantal krankzinnigen in Nederland, meende Van Cappelle, als wel in het feit 'dat men meer dan vroeger gebruik maakt van de gelegenheid, die de gestichten aanbieden voor eene goede verpleging van krankzinnigen.' Dat zou weer een gevolg zijn van de snellere, goedkopere en gemakkelijker middelen van vervoer – denk aan het spoorwegnet dat in de laatste decennia was aangelegd – en van de dankzij aanvullende rijks- en provinciale subsidies toegenomen bereidheid van gemeentebesturen om behoeftige krankzinnigen in een gesticht te plaatsen.[138] Het was in de ogen van Van Cappelle dan ook zonneklaar: meer plaatsruimte was de enige remedie voor het probleem van de overbevolking.

De tweede Krankzinnigenwet bevatte bepalingen omtrent een door de Inspectie per gesticht vast te stellen maximum aantal patiënten en een minimum aantal geneesheren – deze ontbraken in de eerste Krankzinnigenwet – en voerde een registratieplicht in van dwangmaatregelen in krankzinnigengestichten. Hiermee was echter nog niet alles gezegd, laat staan gedaan. De wet voorzag in de oprichting van een Rijkskrankzinnigengesticht, bedoeld voor de verpleging van krankzinnigen wier onderhoud ten laste kwam van het Rijk of wier plaatsing in een gesticht door de strafrechter was gelast. In 1876 had de Staten-Generaal een regeringsvoorstel tot de bouw van een rijksgesticht nog afgewezen, onder meer vanwege de vrees voor uitbreiding van de staatszorg. Voor zover de plaatsruimte dit toeliet zou het rijksgesticht ook behoeftige krankzinnigen voor rekening van gemeenten kunnen opnemen. Al in 1884 vond de opening plaats van het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, ondergebracht in de verbouwde voormalige Rijks-Marinegebouwen.[139] Nog duidelijker dan de wet van 1841 verplichtte de nieuwe wet de provincies om te voorzien in voldoende plaatsruimte voor in de provincie wonende of verblijvende krankzinnigen. Zo nodig zouden provinciebesturen, al dan niet in samenwerking met andere provincies, dienen te zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten die aan de wettelijke eisen voldeden.

135 Geciteerd in Querido 1939, 93.
136 Zie over de voorgeschiedenis van de Krankzinnigenwet van 1884: Van der Esch 1975-1980, III: 67-70.
137 Van Cappelle 1883, 7.
138 Van Cappelle 1883, 12. Mede dankzij de 'Indische baten' waren de aanleg van het spoorwegnet en andere groeiende overheidsuitgaven te financieren. Zie ook De Rooy 2002, 79.
139 Van Cappelle 1883, 6-7.

Voor de oprichting van een krankzinnigengesticht was een vergunning van de regering nodig. Als gestichten golden alle woningen waarin meer dan twee krankzinnigen, die niet tot het eigen gezin behoorden, werden verpleegd. Onveranderd was de bepaling dat gestichten uitsluitend voor verpleging van krankzinnigen waren bestemd. In de wet van 1884 was evenwel niet langer sprake van *geneeskundige* gestichten en de bewaarplaatsen waren helemaal geschrapt. Gestichten waren voortaan blijkbaar per definitie medische instellingen. Nieuw was voorts dat de wet nadere eisen stelde voor een te verlenen vergunning:

——— *1ste; eene ruime, gezond gelegen woning, met voldoende gelegenheid tot beweging in de open lucht;*

2de; afscheiding der seksen, behalve bij kinderen beneden tien jaar;

3de; voldoende gelegenheid tot afzondering naar den aard en het getal der krankzinnigen;[140]

4de; voldoende voorziening in den geneeskundige dienst en in den huisdienst naar den aard en het getal der krankzinnigen, met dien verstande dat door Ons [de koning] voor elk gesticht na verhoor van het bestuur en na ingewonnen advies van Gedeputeerde Staten, het maximum bepaald wordt van het getal verpleegden en het minimum van het getal geneeskundigen.[141]

Kennelijk hoopte de wetgever met deze eisen een aantal misstanden op het gebied van huisvesting, overbevolking en personeelsvoorziening weg te nemen dan wel te voorkomen. Ook de invoering van een registratieplicht van toegepaste dwangmiddelen hield een extra mogelijkheid tot controle in.

Het Staatstoezicht kwam voortaan in handen van ten minste twee inspecteurs: zij moesten arts zijn en mochten geen geneeskundige praktijk en zonder speciale toestemming geen andere functie uitoefenen. Bovendien strekte het Staatstoezicht zich uit tot 'alle krankzinnigen, met uitzondering van hen die, zonder van hunne vrijheid te zijn beroofd, in hunne eigene woning of in die hunner ouders of echtgenooten worden verpleegd'.[142] Krankzinnigen die in andere dan de genoemde woningen verbleven, kwamen derhalve wél onder staatstoezicht te staan. Dat was een belangrijke verruiming ten opzichte van de wet van 1841, die slechts het toezicht op de gestichten en de daarin verblijvende krankzinnigen regelde.

Bevatte de Krankzinnigenwet van 1841 nog wél een omschrijving van het begrip krankzinnige, in de wet van 1884 ontbrak deze. Volgens de Memorie van Toelichting was het begrip krankzinnigheid

140 Bijvoorbeeld aparte verblijfsruimten voor rustige en onrustige krankzinnigen.

141 Geciteerd in Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884. In de praktijk was het de taak van de Inspectie om voor ieder gesticht het maximum aantal verpleegden en het minimum aantal geneeskundigen vast te stellen.

142 Geciteerd in Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884. Alle hierop volgende citaten uit de wet van 1884 zijn afkomstig uit deze bijlage.

_____ te relatief en daardoor te onbegrensd, dan dat men al de daaronder voorkomende toestanden gemakkelijk en met weinige woorden zou kunnen aanduiden en in eene algemeene definitie samenvatten. Daarom doet de wetgever wijzer, elke definitie weg te laten, dan eene omschrijving van het begrip krankzinnigheid te geven, die voor rechters en geneeskundigen overbodig is, en er slechts toe leiden kan, om in eenig bijzonder geval hunne vrijheid van oordeel en beslissing meer te belemmeren dan wenschelijk is.[143]

Dat neemt niet weg dat de tweede Krankzinnigenwet, waarin de opname van ontoerekeningsvatbaar verklaarde plegers van strafbare feiten aan de orde komt, wel degelijk een formulering bevat met mogelijk een algemenere strekking. Het gaat daar om plaatsing in een krankzinnigengesticht van 'iemand die een strafbaar feit gepleegd heeft, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner verstandelijke vermogens niet als misdrijf kan worden toegerekend'.[144] Ongeveer dezelfde formulering zou ook in het Wetboek van Strafrecht van 1886 worden opgenomen.

Net als de Krankzinnigenwet van 1841 bepaalde die van 1884 dat opname in een gesticht slechts mogelijk was met een rechterlijke machtiging. Wel werd de procedure wat eenvoudiger doordat voortaan de kantonrechter in plaats van de arrondissementsrechter de machtiging verleende. Een meerderjarige bloedverwant of aangehuwde, de echtgenoot, voogd of curator van een krankzinnige kon hiertoe een verzoek indienen 'hetzij dit in het belang der openbare orde, of in dat van den lijder zelver wordt vereischt'. Tevens vermocht iedere meerderjarige, 'die gevoelt, dat zijn toestand verpleging in een krankzinnigengesticht wenschelijk maakt', zelf om plaatsing in een dergelijk gesticht verzoeken. De Arrondissementsrechtbank kwam er alleen nog aan te pas indien de officier van justitie een dergelijk verzoek indiende. Daartoe was deze onder meer bevoegd bij afwezigheid van de in de wet vermelde bevoegde personen, of zelfs verplicht indien hij plaatsing van de krankzinnige onder verzekerd toezicht 'in het belang der openbare orde of ter voorkoming van ongelukken noodzakelijk' achtte of indien hem was gebleken dat een krankzinnige werd verwaarloosd. In spoedeisende gevallen konden krankzinnigen voor een periode van hooguit acht dagen door de burgemeester in een krankzinnigengesticht of 'bij onvermijdelijke noodzakelijkheid' in een gevangenis in bewaring worden gesteld. Net als de wet van 1841 bepaalde ook de wet van 1884 dat de rechterlijke machtiging slechts was te verlenen indien een bevoegde, niet aan het betreffende gesticht verbonden geneeskundige een recent opgestelde verklaring overlegde dat de persoon in kwestie 'in een toestand van krankzinnigheid verkeert'.

143 Geciteerd in Querido 1939, 83.

144 Ontleend aan Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884. De term ontoerekeningsvatbaar komt overigens in deze wet niet voor. Zie hierna ook 1.9 over de gerechtelijke psychiatrie.

Voor de gestichtsgeneesheer was de taak weggelegd om gedurende de eerste twee weken na opneming dagelijks zijn bevindingen in een daartoe bestemd register bij te houden, vervolgens gedurende een half jaar ten minste wekelijks, en daarna ten minste maandelijks. Bovendien diende hij uiterlijk drie dagen na de opneming aan de officier van justitie bij de rechtbank van het arrondissement waarin het gesticht was gelegen, nader te berichten over de toestand van de patiënt en in het bijzonder of diens toestand zijn 'verdere afzondering van de Maatschappij' rechtvaardigde. Vervolgens moest bij deze rechtbank binnen vier weken na de machtiging tot opname een nader verzoek, vergezeld van een gemotiveerde verklaring van de geneesheer van het gesticht, worden ingediend om de patiënt gedurende ten hoogste één jaar in het gesticht te verplegen. Eventueel kon verlenging worden aangevraagd. De rechtbank kon eventueel getuigen oproepen en ook de verpleegde zelf horen.

Nieuw was de in de wet van 1884 opgenomen mogelijkheid tot het verlenen van verlof aan de verpleegde om het gesticht voor een bepaalde tijd te verlaten. De bepalingen voor het ontslag weken niet noemenswaardig af van die in de eerste wet. Zo was geen rechterlijke toestemming voor ontslag vereist indien de geneesheer van oordeel was dat een patiënt geheel of in voldoende mate was hersteld. De wet van 1884 week wél af van die van 1841 waar het ging om het beheer van de goederen van de verpleegden – veelal een sinecure gezien de armlastige staat van de meesten – en hun ondercuratelestelling. De vroegere wet bepaalde dat verpleegden, voor zover zij al niet voor hun opname onder curatele stonden, pas na een verblijf van drie jaar in een gesticht onder curatele kwamen te staan. De latere wet schreef voor dat in een gesticht opgenomen meerderjarigen het beheer over hun goederen en, voor zover van toepassing, over dat van anderen automatisch verloren. Hun status was vergelijkbaar met een ondercuratelestelling volgens het Burgerlijk Wetboek. Indien noodzakelijk kon een provisionele bewindvoerder, bijvoorbeeld een familielid, het beheer overnemen tot het moment dat de verpleegde het gesticht verliet ofwel dat een curator over de betrokkene was aangesteld. Afgezien van de rechterlijke machtiging betekende deze eventueel ook na ontslag voortdurende handelingsonbekwaamheid een extra steen des aanstoots, zeker voor patiënten die over enig bezit beschikten, zoals de eerder aangehaalde mevrouw Stuten-te Gempt.

Afgezien van de reeds langer geventileerde bezwaren tegen de verplichte rechterlijke machtiging bleek de tweede Krankzinnigenwet allerminst ideaal. In zijn historisch overzicht schaarde P. van der Esch, inspecteur van het Staatstoezicht van 1955 tot 1967, de tweede Krankzinnigenwet onder de 'krakende wagens, die het langst duren'.[145] Zo bleek het ondoenlijk om binnen de hiervoor gestelde zes maanden voor ieder gesticht het maximum aantal verpleegden en het minimum aantal geneeskundigen vast te stellen en was pas in 1890 het moment daar dat alle

145 Van der Esch 1975-1980, III: 70.

hiertoe benodigde Koninklijke Besluiten waren afgekondigd. Bovendien werd daarna de inwerkingtreding nog twee jaar uitgesteld. Ook ontplooiden de provincies slechts weinig initiatieven om de overbevolking in de gestichten te verminderen en liet de medewerking van lagere overheden en gestichtsbesturen, bijvoorbeeld waar het ging om het aanbrengen van noodzakelijke verbeteringen, te wensen over. Bovendien schortte het aan de naleving van de meldingsplicht van buiten de gestichten verpleegde krankzinnigen. Burgemeesters voerden ter verontschuldiging aan dat het onvoldoende duidelijk was wat onder krankzinnigheid diende te worden verstaan, dan wel dat idioten en imbecielen geen krankzinnigen waren. In hun verslag over de jaren 1888-1890 spraken de inspecteurs over een 'chaos van indolentie en tegenstand'. Als het aan hen had gelegen dan was alsnog een omschrijving van krankzinnigheid in de wet opgenomen.[146] Ook Querido, die een halve eeuw later een boek over het Nederlandse krankzinnigenrecht publiceerde en die zich sterk maakte voor een nieuwe wet, beschouwde het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid als een van de zwakke punten van de wet van 1884. De tegen het eind van de negentiende eeuw door Querido's vakgenoten geuite kritiek gold echter vooral de continuering van de rechterlijke machtiging.[147] In latere decennia zou de wet nog diverse wijzigingen ondergaan, onder meer op dit punt.

De grenzen van krankzinnigheid

Het ontbrak in de tweede Krankzinnigenwet dan wel aan een definitie van krankzinnigheid, maar zoals we zagen bood hij, net als het Wetboek van Strafrecht van 1886, wél een uitleg van ontoerekeningsvatbaarheid in termen van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing der geestvermogens. In de praktijk strekte het Staatstoezicht zich uit over deze beide categorieën. Onder de noemer krankzinnige vielen zowel zwakzinnigen – indertijd met termen als idioten en imbecielen aangeduid – als geesteszieken, waartoe bijvoorbeeld ook epileptici werden gerekend. In de decennia na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet zou de afgrenzing van krankzinnigheid een belangrijk punt van aandacht vormen, zowel van juridische als van medische zijde. Terwijl juristen net als de eerder vermelde inspecteurs voor een duidelijke begrenzing van krankzinnigheid geporteerd waren, lieten artsen zich hierover niet zo eenduidig uit. Sommigen maakten een scherpe scheiding tussen krankzinnigheid en overige psychische aandoeningen, anderen betoogden dat een dergelijke scheiding niet mogelijk was en spraken van een continuüm van geestes- en zenuwziekten.[148] Vooral artsen die op enigerlei wijze betrokken waren bij de behandeling van zenuwziekten, met de Leidse hoogleraar Jelgersma voorop, verdedigden dit laatste standpunt.

146 Van der Esch 1975-1980, III: 71.
147 Querido 1939, 83, 94.
148 Vergelijk De Boer et al. 1984, 78.

In de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen* kreeg deze problematiek met enige regelmaat aandacht. Zo schreef Tellegen, de geneesheer die Stuten-te Gempt in 1892 genezen verklaarde van haar krankzinnigheid, in 1884 een artikel over 'krankzinnigheid, hare oorzaken en hare behandeling'. De grens tussen gezondheid en krankzinnigheid was naar zijn mening geen scherpe en er was dan ook een overgangsgebied, 'bewoond door tal van halve gekken'.[149] Krankzinnigheid of verstandsverbijstering, door Tellegen als synoniemen opgevat, was in zijn visie, conform het indertijd wetenschappelijk gangbare fysiologische ziektebegrip in de natuurwetenschappelijke geneeskunde, een hersenaandoening en een in principe te genezen ziekte. Hoe sneller de behandeling na de manifestatie van de eerste ziekteverschijnselen begon, hoe beter de prognose. Tellegen verdeelde krankzinnigen in vier groepen: ten eerste de 'aangeboren krankzinnigen', waarmee hij op idioten en imbecielen doelde; ten tweede de krankzinnigen met 'eene grof materieele hersenaandoening', bijvoorbeeld lijders aan dementia paralytica; ten derde de lijders aan een intoxicatiepsychose, meestal door alcohol; en ten vierde de eigenlijke krankzinnigen met 'eene zeer duidelijke verstandelijke afwijking', waaronder de melancholici, de 'maniaci', de hallucinanten en waanzinnigen, en de dementen.[150] Hoewel Tellegen het belang van een tijdige behandeling onderstreepte, waarschuwde hij anderzijds tegen een te haastige gestichtsopname. 'Zoolang bij het groote publiek de krankzinnigheid nog in een slechten reuk staat en hij, die in een gesticht geweest is, daarop wordt aangekeken, zoolang is het wenschelijk, niet zonder ernstige redenen daartoe over te gaan.' Vandaar, zo vervolgde Tellegen, dat degenen die het konden betalen eerder in een Duitse inrichting voor zenuwzieken of in een *maison de santé* terechtkwamen. 'Zenuwachtig of ziek wil men wel genoemd worden. Het heet dat men eene koudwaterkuur moet ondergaan. En wanneer men geneest, is men niet krankzinnig geweest, alleen wat overspannen of overwerkt.'[151]

Opmerkingen van een dergelijke strekking vielen ook na 1884 nog veelvuldig te beluisteren. In dat licht bezien is het bepaald niet verwonderlijk dat sedertdien ook in Nederland diverse herstellingsoorden of sanatoria voor 'zenuwlijders' tot stand kwamen.[152] Jelgersma, die in de jaren 1894–1899 geneesheer-directeur van het Arnhemse sanatorium voor zenuwlijders de Vogel- en Plantentuin was en zich als hoogleraar in Leiden vervolgens inzette voor de totstandkoming van het sanatorium Rhijngeest voor zenuwlijders, was net als Tellegen van oordeel dat krankzinnigheid niet scherp viel te begrenzen. In een in 1890 gepubliceerde kritiek op de opnameregels in de Krankzinnigenwet van 1884, wees hij er althans op dat de diagnose van krankzinnigheid moeilijk was en 'de grens tusschen nervosisme en

149 Tellegen 1884, 8–9; vergelijk ook Wellenbergh 1883.
150 Tellegen 1884, 13–14.
151 Tellegen 1884, 44.
152 Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders en bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884–1940.

krankzinnigheid in het algemeen niet is te stellen'.[153] Lijders aan functionele neurosen – dat wil zeggen zonder aantoonbaar lichamelijke oorzaak –, en dan vooral lijders aan hysterie, neurasthenie en diverse soorten dwanggedachten, voerde hij op als gevallen die op de grens van krankzinnigheid verkeerden.[154] Jelgersma's voornaamste bezwaar tegen de wet was dat een gestichtsopname altijd een officiële krankzinnigheidsverklaring vereiste. En dat terwijl krankzinnigheid een ziekte was waarvoor een ieder zich schaamde: 'de ziekte moge doorgaan voor zenuwachtigheid, voor toevallen, voor alles, als het maar geen krankzinnigheid is.'[155] Net als Tellegen en Jelgersma gaf ook Van Deventer, geneesheer-directeur van het gesticht Meerenberg te Santpoort, in 1892 te kennen dat iedere poging om krankzinnigheid precies te definiëren en scherp af te bakenen schipbreuk had geleden.[156]

Niet iedereen was een dergelijke mening toegedaan. Inspecteur Van Andel leek zich niets aan te trekken van de door zijn vakgenoten aangevoerde bezwaren. In een toespraak in 1896 voor de NVP toonde hij zich vanuit 'administratief-praktisch oogpunt' tevreden met een bondige omschrijving van krankzinnigheid. 'Krankzinnig is hij, die ten gevolge van gebrekkige ontwikkeling, of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens, niet in staat [is] zich zelven te leiden of de rechten van anderen te eerbiedigen.'[157] Het voordeel van deze definitie was volgens Van Andel dat ook *idioten* eronder te vatten waren – een opmerking die hij niet nader beargumenteerde. Hoe dan ook, voor hem was duidelijk wat krankzinnigheid inhield en waar de grenzen ervan lagen. In een reactie op Van Andel opperde de Aalsmeerse arts J.W.H. Wijsman in 1899 een alternatieve, maar eveneens dichotome oplossing. Terwijl Van Andel in Wijsmans woorden een ieder als krankzinnig beschouwde 'die idioot of onwijs is', ging het er Wijsman primair om vast te stellen wie *uit maatschappelijk oogpunt* als krankzinnig kon gelden. Volgens hem was dat iedereen 'die handelend volgens overtuiging en beste weten, daden verricht schadelijk voor de lichamelijke of stoffelijke belangen van het algemeen, hemzelf, dergenen die aan zijn zorgen zijn toevertrouwd, of van derden.'[158]

Ondanks zijn bezwaren tegen een nauwe omschrijving van krankzinnigheid wenste ook Jelgersma een tweedeling te maken, en wel tussen een wetenschappelijke en een praktische diagnose van krankzinnigheid. Een wetenschappelijke diagnose, zo betoogde hij in 1897 in een artikel over zenuwinrichtingen, was iets anders dan een oordeel over de maatschappelijke noodzaak tot opname in een krankzinnigengesticht. De vrijheidsberoving waarmee de gestichtsopname gepaard ging, zouden medici, zo benadrukte hij, 'alleen als een noodzakelijk kwaad' moeten beschouwen.[159] Als het om zenuwlijders ging die blijk gaven

153 Jelgersma 1890, 88.
154 Jelgersma 1890, 104. Zeven jaar later zou diens leerboek over dit thema verschijnen: Jelgersma 1897a.
155 Jelgersma 1890, 86.
156 Van Deventer 1892b, 234.
157 Van Andel 1896, 131.
158 Wijsman 1899, 182.
159 Jelgersma 1897b, 186, 188.

van ziekte-inzicht en die zich vrijwillig onder behandeling stelden, dan verdiende opname zonder vrijheidsberoving in een zenuwinrichting veruit de voorkeur. Jelgersma herhaalde dit standpunt nog eens in andere bewoordingen in de inleiding tot zijn *Leerboek der functioneele neurosen* uit datzelfde jaar. Het inmiddels veelgebruikte onderscheid tussen functionele neurosen en psychosen achtte hij vanuit wetenschappelijk oogpunt niet langer houdbaar, onder meer omdat beide ziektetoestanden zeer geleidelijk in elkaar zouden overgaan. Praktisch gezien zag hij echter wel degelijk de noodzaak, en kennelijk ook de mogelijkheid, van een scheiding tussen neurosen en psychosen, aangezien bij de neurosen wel ziekte-inzicht bestond en bij de psychosen niet. Juist op het gebrek aan ziekte-inzicht berustte, volgens Jelgersma, 'de maatschappelijke gevaarlijkheid der psychosen'.

——— *Van daar de maatschappelijke scheiding, die noodig is geweest in zieken, die gevaarlijk zijn voor zich zelf en de openbare orde en anderen, die dat niet zijn. De eersten zijn de krankzinnigen, de laatsten zijn de zenuwlijders. Voor de eersten is noodig gebleken eene opheffing van hunne persoonlijke vrijheid, voor de laatste is het dat niet.*[160]

Jelgersma liet hier evenwel vrijwel direct op volgen dat lang niet alle lijders aan psychosen van hun vrijheid behoefden te worden beroofd: voor lichte gevallen, zoals lijders aan melancholie, was dat niet nodig. De implicatie van Jelgersma's redenering was dat zij eventueel ook in een instelling voor zenuwlijders terecht konden, ook al zei hij dat niet met zoveel woorden.

Duidelijker was de visie die de redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in 1897 verkondigde met betrekking tot het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid in de Krankzinnigenwet. Daardoor liet de wet

——— *vrijheid om in zoogenaamde zenuw-inrichtingen personen te herbergen, die noch in hun eigen, noch in anderer belang in de eigenlijke gestichten thuis behooren, die volstrekt niet gevaarlijk zijn voor zichzelf of anderen, die naar de communis opinio niet krankzinnig zijn, maar op wie evenwel een definitie van krankzinnigheid van toepassing zou kunnen verklaard worden. Deze zenuw-inrichtingen, wier ontstaan in onze oogen, een der meest nuttige der indirecte gevolgen van de Wet van 1884 is geweest, hebben een zeer gewenschten invloed op de gestichten uitgeoefend.*[161]

Deze uitspraak moet Jelgersma als muziek in de oren hebben geklonken. Waar hij nog een enigszins dubbelzinnig standpunt innam als het ging om de afgrenzing tussen krankzinnigen en zenuwlijders, daar liet de geneesheer-directeur van het gesticht Brinkgreven bij Deventer, J.L.Ch.G.A. le Rütte, er in 1904 geen enkel misverstand over bestaan waar het volgens hem op stond. Hij was van oordeel dat het onmogelijk was 'om practisch een grens te trekken tusschen zenuwzieken en

160 Jelgersma 1897a, 2.

161 Redactioneel *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1897, 374.

krankzinnigen, daargelaten of 't wetenschappelijk mogelijk en gewenscht is.'[162] Dit geluid viel ook nadien nog met enige regelmaat te beluisteren.[163]

Kortom, terwijl Van Andel en Wijsman uit praktisch of maatschappelijk oogpunt een duidelijke afbakening van krankzinnigheid mogelijk en gewenst achtten, trokken andere artsen deze in twijfel. Nadat in de jaren negentig van de negentiende eeuw een communis opinio leek te zijn ontstaan over de in wetenschappelijk opzicht vloeiende grenzen tussen enerzijds krankzinnigheid en anderzijds gezondheid en zenuwlijden, bleek de praktijk weerbarstiger. Juist de wettelijke bepalingen omtrent de krankzinnigverklaring plaatsten de verantwoordelijken voor een lastig dilemma. Enerzijds was wel een duidelijke afpaling van krankzinnigheid nodig om de met opname in een gesticht gepaard gaande vrijheidsberoving te verantwoorden, anderzijds bleek een dergelijke grens hoe dan ook poreus en voor discussie vatbaar.[164] In hun kritiek op de dichotome interpretatie van krankzinnigheid en op de wettelijke voorschriften ten aanzien van opname en verblijf in een krankzinnigengesticht wisten medici zich gesteund, zo niet aangemoedigd, door de publieke opinie. Wanneer zij verbonden waren aan inrichtingen voor zenuwlijders of werkzaam waren als vrijgevestigd zenuwarts, konden zij bovendien verzekerd zijn van een clientèle die in staat en bereid was zelf de kosten van behandeling en verpleging te dragen, en die op die manier hoopte te ontsnappen aan het stigma van krankzinnigheid en gestichtsopname.

In 1904 onderging de Krankzinnigenwet een zodanige wijziging dat inrichtingen die onder openbaar bestuur of een instelling van weldadigheid vielen, bij Koninklijk Besluit een 'aanwijzing' konden krijgen op grond waarvan zij buiten de wettelijke formaliteiten om meer dan twee krankzinnigen mochten opnemen.[165] Daarmee beoogde de wetgever een tweetal veranderingen in te voeren. Ten eerste kwam hierdoor de weg vrij voor aangewezen universiteitsklinieken – te beginnen met die in Groningen – om zowel 'krankzinnigen' als 'zenuwlijders' te verplegen en wel zonder dat een rechterlijke machtiging nodig was. Dit was een eerste, voorzichtige stap in de richting van een relativering van het juridische onderscheid en de scheiding tussen krankzinnigen en zenuwlijders. Ten tweede maakte de wetswijziging het mogelijk om rustige, ongeneeslijke krankzinnigen, onder wie dementen, vanuit krankzinnigengestichten over te plaatsen naar 'oude-mannen- en vrouwenhuizen en soortgelijke inrichtingen', zoals de Memorie van Toelichting het omschreef.[166] Deze overplaatsing was bedoeld om het plaatsgebrek in de gestichten te verminderen en hun behandelfunctie te versterken.

162 Geciteerd in Legemaate 1991, 46.
163 Zie bijvoorbeeld: Schermers 1908, 4.
164 Onderzoek op basis van patiëntendossiers laat zien dat de grenzen van krankzinnigheid in de praktijk vloeiend waren. Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding; Gijswijt-Hofstra 2004. Zie 1.5, paragraaf 'Tussen thuis en gesticht' en 1.6, paragraaf 'Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest'.
165 Zie hierover Legemaate 1991, 44-47.
166 Geciteerd in Legemaate 1991, 45.

Naar achteraf bleek zou de wetswijziging van 1904 tevens de benodigde wettelijke speelruimte bieden voor het in 1915 door inspecteur J.H. Schuurmans Stekhoven geïnitieerde instituut van de 'aangewezen afdeling': een open of sanatoriumafdeling van een gesticht waar opname eveneens zonder rechterlijke machtiging, op vrijwillige basis plaatsvond.[167] De gestichten die een dergelijke afdeling opzetten, gaf hij aanvankelijk de benaming 'inrichting voor zenuwlijders en zielszieken met eene afdeeling voor krankzinnigen'. Volgens zijn definitie waren zielszieken patiënten die zonder een rechterlijke machtiging waren opgenomen, terwijl krankzinnigen patiënten waren die met een rechterlijke machtiging waren opgenomen. Reeds in 1916 introduceerde Schuurmans Stekhoven de wat minder omslachtige term 'psychiatrische inrichting', een term die vervolgens decennialang gangbaar bleef. Voor alle duidelijkheid: de scheidslijn tussen de gestichtsafdeling en de open afdeling was een juridische – wél of geen rechterlijke machtiging vereist – en geen medische in de zin van al dan niet behandelbaar, zoals wel is gesuggereerd.[168]

De discussie over de grenzen van krankzinnigheid betrof niet alleen de verhouding tot zenuwziekten, maar ook de plaats die artsen idiotie toebedachten. Idiotie – en ook de lichtere variant imbecillitas – gold indertijd als een vorm van krankzinnigheid, hoewel niet voor iedereen. Van Andel wees er in 1896 op dat de rangschikking van idioten onder krankzinnigen, hoewel een vaststaand feit voor veel artsen, zowel in medische als lekenkring omstreden was.[169] Volgens de Memorie van Toelichting op de Krankzinnigenwet van 1884 was idiotie een soort krankzinnigheid en vielen idioten net als (andere) krankzinnigen onder het Staatstoezicht. Tegelijkertijd bevatte de Memorie een pleidooi voor de scheiding tussen deze twee groepen met het oog op hun verpleging.[170] Alleen al gezien het aanzienlijke contingent minderjarigen onder de idioten lag dat voor de hand.

Pas ten tijde van de Eerste Wereldoorlog kwam de term zwakzinnigheid in zwang. Zo schreef inspecteur Schuurmans Stekhoven in 1915 over Huize Padua te Boekel dat een paviljoen voor 'niet-vrije verpleging' (waarvoor een rechterlijke machtiging nodig was) van idioten en imbecielen niet, zoals tot dusver gebruikelijk, de naam zou dragen van idiotengesticht, maar van zwakzinnigengesticht. Deze aanduiding zou voor familieleden minder stuitend zijn en bovendien correcter omdat behalve idioten ook imbecielen in dit gesticht aanwezig waren en beide categorieën als zwakzinnigen waren te betitelen.[171] Tezelfdertijd kreeg deze instelling bij Koninklijk Besluit een aanwijzing met de vergunning om twee paviljoens te bestemmen voor de verpleging van rustbehoevenden en voor de

167 Zie Schuurmans Stekhoven 1915; Schuurmans Stekhoven 1916; Van Lier 1917.

168 De Ridder 1984. Meer hierover in 2.2, paragraaf 'De aangewezen of sanatoriumafdeling'.

169 Van Andel 1896, 132.

170 Van der Esch 1975-1980, III: 45.

171 Schuurmans Stekhoven 1915, 556. Zie voor indertijd gebezigde classificaties van idiotie, imbeciliteit en dergelijke: Mans 1998, 161-163.

vrije verpleging van zwakzinnigen en krankzinnigen. De nevenschikking van de beide laatstgenoemde categorieën is veelzeggend.

Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg

De tweede Krankzinnigenwet markeert een nieuwe fase in de Nederlandse krankzinnigenzorg. Al verschilde deze wet slechts op onderdelen van de eerste Krankzinnigenwet en vormde zij niet de directe oorzaak van nieuwe ontwikkelingen – het in 1884 geopende Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik vormt een uitzondering – opmerkelijk is wél dat zich al spoedig een hausse in de bouw van krankzinnigengestichten begon af te tekenen. Terwijl tussen 1841 en 1884 drie nieuwe gestichten waren geopend[172], werden in de resterende jaren van de negentiende eeuw maar liefst zes gestichten en drie buiten- of succursaalgestichten – dependances van stadsgestichten op het platteland – gebouwd.[173] Een viertal kleinere, overwegend slechts korte tijd bestaande particuliere gestichten en de eveneens onder het Staatstoezicht vallende 'idiotengestichten' zijn hierbij niet meegerekend.[174] Had voordien het initiatief overwegend gelegen op stedelijk, veelal semipubliek niveau (zelfstandige stichtingen onder beheer van stedelijke regentencolleges[175]) dan wel, in het geval van Meerenberg, bij het bestuur van de provincie Noord-Holland, vanaf 1884 kwam daar de rijksoverheid bij en, nog belangrijker, gingen particuliere, confessionele organisaties zich actief inzetten. Net als op andere terreinen van het maatschappelijk leven manifesteerde de verzuiling zich ook in de krankzinnigenzorg. De gereformeerden liepen hierbij voorop. In de jaren 1900-1914 gingen de bouwactiviteiten door, nu ook van katholieke en joodse zijde: nog eens elf nieuwe gestichten openden hun deuren, waar-

172 Het provinciaal gesticht te Meerenberg te Bloemendaal (1849), het gemeentelijke gesticht aan de Academiestraat te Franeker (1851) en het particuliere, katholieke gesticht Coudewater te Rosmalen (1870).

173 De Rijkskrankzinnigengestichten te Medemblik (1884) en Grave (1898); de (semi)publieke gemeentelijke gestichten Voorburg te Vught (1885, buitengesticht van Reinier van Arkel te Den Bosch, dat onder de Godshuizen viel), Brinkgreven (1894/1878, buitengesticht van het St. Elisabeths Gasthuis te Deventer), Vrijenban (1894, buitengesticht van het St. Jorisgasthuis te Delft; wordt hierna niet apart geteld omdat de beide gestichten bij Koninklijk Besluit uit 1902 werden samengevoegd tot St. Jorisgasthuis) en het Leidse gesticht Endegeest te Oegstgeest (1897); de particuliere, gereformeerde gestichten Veldwijk te Ermelo (1886), Bloemendaal te Loosduinen (1892) en Dennenoord te Zuid-Laren (1895). Hoewel strikt genomen geen buitengesticht, verdient ook de uitbreiding van het provinciale gesticht Meerenberg met Meerenberg II in 1888 vermelding.

174 De vier kleinere gestichten waren: het Gesticht aan de Nieuwe Gracht te Haarlem (1887-1895), Villa Ruimzicht te Ede (1895-1902), Noorderhaven te Groningen (1896-1903) en Veldzicht te Gorssel (1898-1938). Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940. Zie voor informatie over de idiotengestichten verderop in deze paragraaf alsmede bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

175 Zie bijvoorbeeld: Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 57-58. Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

onder één buitengesticht en twee instellingen ter vervanging van oude stadsgestichten.[176] De hervormden zouden pas in de jaren dertig hun eerste gestichten opzetten.[177]

De periode van 1884 tot aan de Eerste Wereldoorlog kenmerkt zich niet alleen door een flinke toename van de hoeveelheid gestichten (van 14 naar 31, inclusief de buitengestichten) en het opmerkelijke aandeel van het verzuilde bouwen – bijna de helft van de nieuwe gestichten kwam voort uit particulier, veelal confessioneel initiatief – maar ook door een toenemende populariteit van bouwen op het platteland en van het paviljoenstelsel. Bovendien laat deze periode een beginnende differentiatie zien door de totstandkoming van een vooralsnog bescheiden aantal aparte voorzieningen voor zwakzinnigen, epileptici en alcoholisten, naast de al aangestipte inrichtingen voor zenuwlijders. Voorts bracht de academische vestiging van de psychiatrie de oprichting van een vijftal psychiatrisch-neurologische (semi-)universiteitsklinieken met zich mee.[178]

In het jaar dat de tweede Krankzinnigenwet van kracht werd, telde Nederland veertien, merendeels stedelijke krankzinnigengestichten. De acht oudste van voor de negentiende eeuw daterende gestichten waren zonder uitzondering stadsgestichten.[179] Van de zes negentiende-eeuwse gestichten die Nederland in 1884 telde, waren er drie in een stad en drie op het platteland gesitueerd.[180] Terwijl de acht oudste gestichten onder stedelijk toezicht of beheer stonden, bieden de latere gestichten een gevarieerder beeld met één provinciaal gesticht (Meerenberg

176 Het provinciaal gesticht Duin en Bosch te Castricum (1909; ter overbrugging was tijdelijk het Gesticht aan de Zwanenburgwal te Amsterdam (1905-1910) in gebruik); Oud-Rosenburg te Loosduinen van de gemeente Den Haag (1900) ter vervanging van het Gesticht Slijkeinde per 1909; Het Groot Graffel te Warnsveld, buitengesticht van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen (1900); Maasoord te Poortugaal van de gemeente Rotterdam ter vervanging van het Doorgangshuis (1909); de Willem Arntsz Hoeve, buitengesticht van Willem Arntsz Huis te Utrecht die onder het beheer van een Stichting viel (1911); het particuliere, gereformeerde gesticht Wolfheze te Wolfheze (1907); het particuliere, gereformeerd-hervormde Vrederust te Bergen op Zoom (1909), het particuliere, katholieke St. Servatius (1907) en St. Anna (1908) te Venray en St. Bavo te Noordwijkerhout (1914); het particuliere, joodse Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn (1909).

177 Het in 1909 geopende Vrederust te Bergen op Zoom was een gezamenlijk gereformeerd-hervormde onderneming van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland.

178 Zie over instellingen voor zenuwlijders: 1.6. De zorg voor zenuwlijders; over universiteitsklinieken: 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie; over voorzieningen voor alcoholisten: 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.

179 Het betreft Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch (1442), het Willem Arntsz Huis te Utrecht (1461), het St. Elisabeths Gasthuis te Deventer (1581), het Gesticht aan de Hooghstraat te Rotterdam (1599-1909), het Gesticht aan het Slijkeinde te Den Haag (1607-1900), het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen (1625), het St. Jorisgasthuis te Delft (1729) en het Krankzinnigengesticht te Dordrecht (1760-1898). Zie voor een overzicht van oudere, vóór 1884 opgeheven gestichten Van der Esch 1975-1980, II: 3.

180 Het betrof respectievelijk: Calvariënberg, het voormalige Zinnelooshuis, te Maastricht (1843), het Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht te Amsterdam (1845), het Krankzinnigengesticht te Franeker (1851), Huize Padua te Boekel (1822; werd in 1841 als bewaarplaats en in 1885 als krankzinnigengesticht erkend), Meerenberg te Bloemendaal (1849) en Coudewater te Rosmalen (1870).

bij Santpoort), twee stadsgestichten (Calvariënberg in Maastricht en het gesticht te Franeker) en drie particuliere gestichten, waarvan twee van katholieke (Huize Padua te Boekel en Coudewater in Rosmalen) en één van joodse signatuur (Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht in Amsterdam). Reeds voor de invoering van de tweede Krankzinnigenwet en voordat gereformeerden eigen gestichten opzetten, waren dus van katholieke en joodse zijde al activiteiten ontplooid. Toch waren deze particulier-confessionele inspanningen nog maar een bescheiden voorbode van wat er na 1884 zou volgen.

Vergelijken we de negentiende-eeuwse bouw van gast- of ziekenhuizen met die van krankzinnigengestichten, dan valt te constateren dat tussen 1810 en 1900 in totaal 108 nieuwe ziekenhuizen en sanatoria zijn opgericht, waarvan het merendeel na 1850 en vooral na 1880 – een tendens die op veel bescheidener schaal ook de bouw van krankzinnigengestichten te zien geeft. Van deze negentiende-eeuwse ziekenhuizen hadden er 45 (40 procent) een katholieke en negentien (17,5 procent) een protestantse signatuur. Op een bevolking van 37 procent katholieken en zo'n 60 procent protestanten was de katholieke inbreng opmerkelijk. Al eerder dan de katholieke kwamen enkele joodse ziekenhuizen van de grond. Voor zowel joden als katholieken gold dat zij hiermee, nadat hun gelijkberechtiging aan het eind van de achttiende eeuw de formele belemmeringen had weggenomen, uitdrukking gaven aan hun emancipatie. De katholieken konden daarbij putten uit het verplegend potentieel van de diverse zustercongregaties die sedert de jaren 1820 waren opgericht.[181] Diakonessen vervulden een soortgelijke functie in de protestantse diakonessenhuizen, waarvan er in de negentiende eeuw naar Duits voorbeeld dertien werden opgericht, te beginnen met het Utrechtse diakonessenhuis in 1844.

Na de Doleantie in 1886 onder leiding van de antirevolutionaire voorman A. Kuyper – de dolerenden gingen in 1892 samen met een meerderheid van de Afscheidingsgemeenten van 1834 op in de Gereformeerde Kerken in Nederland – werden vanaf 1890 tot aan de eeuwwisseling vijf ziekenhuizen van gereformeerde signatuur gebouwd en kwam in 1894 de oprichting van de Vereeniging tot Bevordering van Gereformeerde Ziekenverzorging in Nederland tot stand. Dat was gezien het betrekkelijk kleine aantal gereformeerden, zo'n 7 à 8 procent van de bevolking, geen geringe prestatie, zeker als we bedenken dat zij zich ook relatief gezien zéér actief betoonden in het krankzinnigenwezen. In de eerste helft van de twintigste eeuw kwam het katholieke aandeel in de ziekenhuisbouw nog hoger te liggen dan daarvoor, namelijk op 76 van de 142 tussen 1900 en 1950 gestichte ziekenhuizen, dus ruim de helft. Het totale protestantse (gereformeerde en Nederlands Hervormde) aandeel bleef beperkt tot 19 ziekenhuizen.[182]

De verhoudingen lagen anders waar het de bouw van particuliere krankzinnigengestichten betrof. Daar ontplooiden de gereformeerden, reeds voordat zij hun

181 Zie bijvoorbeeld Eijt 1995.

182 Drogendijk 1975, 33-55; Van der Korst 1988, 295-297; Bambang Oetomo 1974. Zie ook Van Lieburg 2000.

eerste ziekenhuis bouwden, onder aanvoering van de afgescheiden predikant en hoogleraar aan de Theologische Hogeschool Kampen L. Lindeboom en mede daartoe aangezet door Kuyper in de decennia na 1884 veruit de meeste activiteiten.[183] Afgezien van de bouw van Coudewater in 1870, een initiatief van lokale notabelen, kwamen de katholieken pas vanaf 1907 met eigen initiatieven en waren deze organisatorisch veel meer versplinterd dan die van de gereformeerden. Dat juist de gereformeerden zich op dit terrein zo duidelijk manifesteerden heeft te maken met hun specifieke opvattingen over geestesziekte en krankzinnigenverpleging. Al in 1875 pleitte Lindeboom voor barmhartige zorg op christelijke grondslag voor zieken, krankzinnigen, doofstommen en blinden. Net als Kuyper stelde hij dat de bestaande krankzinnigenzorg en psychiatrie 'zielloos' waren en keerde hij zich tegen staatsbemoeienis op dit terrein. Aangezien geestesziekte een gevolg zou zijn van een gebrek aan geloof, duivelse invloeden of de straf van God voor zonde, achtten Lindeboom en zijn orthodox-protestantse geestverwanten zorg op bijbelse grondslag de beste geneeswijze voor krankzinnigen. Een dergelijke zorg viel in de algemene gestichten onvoldoende te realiseren.[184] Daar zou de met de zedenkundige behandeling verbonden godsdienstige invloed en nadruk op morele verantwoordelijkheid inmiddels uit het gestichtsleven verdwenen zijn – reden waarom de gereformeerden eigen gestichten oprichtten.[185] Volgens de gereformeerden waren krankzinnigen erbij gebaat in het eigen godsdienstig milieu en volgens de eigen christelijke normen in gestichtelijk nagebootst gezinsverband als het ware een morele heropvoeding te ondergaan om terugkeer naar de maatschappij mogelijk te maken.[186] Gereformeerden pleitten bovendien voor gezinsverpleging van krankzinnigen, in het eigen dan wel in een ander christelijk huisgezin.[187]

Een krankzinnigengesticht kon, anders dan een gewoon ziekenhuis, ook een landelijk bereik hebben. Voor een relatief kleine, maar zich zeer actief opstellende denominatie als de gereformeerden lag hier een interessante kans om de eigen idealen in praktijk te brengen. Voeg daarbij de gunstige constellatie van enkele gezaghebbende, zich voor de zaak inzettende gereformeerde leidersfiguren en een gulle, voor een klein deel ook draagkrachtige en op nationale schaal gemobiliseerde achterban, en het begin was er. Allereerst kwam in 1884 op initiatief van Lindeboom de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland tot stand.[188] Het twee jaar later geopende Veldwijk te

183 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 23-36.
184 Van Bergen 2005, 121, 119-139.
185 Vijselaar 1997e, 270-271.
186 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 49; Van Belzen 1989, 134-139.
187 Zie 1.5, paragraaf 'Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren'.
188 De vereniging werd in 1906 omgedoopt tot Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland, nadat in 1900 was overgegaan tot oprichting van een aparte, als 'kleine zuster' beschouwde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland en in 1903 een eigen voorziening voor zenuwlijders was geopend. In 1938 veranderde de naam van de vereniging in Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 70-72 en Van Bergen 2005, 119-171.

Ermelo was het eerste in een reeks van vijf krankzinnigengestichten, een sanatorium voor zenuwlijders en een universiteitskliniek die de vereniging dan wel een later opgerichte zustervereniging oprichtten.[189] Na Veldwijk volgden de gestichten Bloemendaal te Loosduinen (1892), Dennenoord te Zuidlaren (1895), Wolfheze te Wolfheze (1907) en Vogelenzang te Bennebroek (1928), en voorts het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist (1903) en de Valeriuskliniek te Amsterdam (1910). Collectes, giften, contributies, legaten, leningen en verpleeggelden financierden de bouw en exploitatie van deze instellingen. Net als dat voor andere gestichten gold, bekostigden de gemeentelijke armenkassen de verpleeggelden voor het overgrote deel.[190]

Veldwijk werd het protestants-christelijke modelgesticht. De kleinschalige paviljoenbouw in landelijke omgeving bood gunstige condities voor het in praktijk brengen van een christelijke variant van 'gezinsverpleging' binnen het gesticht, waarover later meer. Na Meerenberg bij Santpoort (1849) en Coudewater te Rosmalen (1870) was Veldwijk het eerstvolgende gesticht dat zich op geruime afstand van een stad in een landelijke omgeving bevond.[191] Ook de latere gestichten van de vereniging waren op het platteland gesitueerd. Veldwijk was het eerste Nederlandse krankzinnigengesticht met een paviljoenstelsel, een bouwvorm die reeds vanaf 1880 in de ziekenhuisbouw gangbaar was.[192] De overige gereformeerde gestichten, alsook de meeste andere confessionele gestichten en het merendeel van de van overheidswege gebouwde gestichten zouden dit voorbeeld volgen.[193]

Dit van oorsprong Schotse 'cottage system' en ook in Duitsland toegepaste stelsel, dat de architect van Veldwijk tot inspiratie diende, bestond uit kleinere, los van elkaar staande paviljoens, elk voor ongeveer dertig tot veertig patiënten. Het week af van het eertijds gebruikelijke corridorstelsel – een groot gebouw met lange gangen en aan weerszijden daarvan verblijf- en slaapzalen.[194] Ieder paviljoen was voorzien van een eigen, door een hek afgescheiden tuin. Naarmate een gesticht over meer paviljoens beschikte, ontstond de mogelijkheid om de diverse afdelingen apart te huisvesten, bijvoorbeeld paviljoens voor observatie, voor rustige, halfrustige of onrustige patiënten, voor lichamelijk zieken en soms ook voor idioten. Dit alles gebeurde met inachtneming van de hoe dan ook geldende en wettelijk vastgelegde regel, namelijk de gescheiden onderbrenging van mannen en vrouwen.[195] De kleinschalige formule van Veldwijk met paviljoens, die ieder

189 De vereniging was ook betrokken bij de oprichting van het gereformeerd-hervormde gesticht Vrederust te Bergen op Zoom.

190 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 91-108. Zie ook Bakker en Van der Velden 2004a, hoofdstuk 1.

191 Huize Padua (1822), ook op het platteland gelegen, had aanvankelijk niet de bestemming van krankzinnigengesticht.

192 Drogendijk 1975, 47. Zie ook Mens 2003, 93-95.

193 Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

194 De toenmalige inspecteurs Ramaer en Van Cappelle hadden als voorstanders van het paviljoenstelsel de vereniging aangeraden om Duitse, volgens dit stelsel gebouwde inrichtingen te bezoeken, hetgeen gebeurde. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 44-50.

195 Kerkhoven 1996, 101-102, 111-112; Mens 2003, 91-95.

aan hooguit twintig patiënten onderdak boden, bleek relatief duur, onder meer omdat naar verhouding veel verplegend personeel nodig was. Mede om die reden en ook vanwege de aanwassende toestroom van patiënten kregen de andere gereformeerde gestichten paviljoens die ten minste het dubbele aantal patiënten konden huisvesten.[196] Ook de niet-gereformeerde gestichten met een paviljoenstelsel kregen grotere paviljoens.

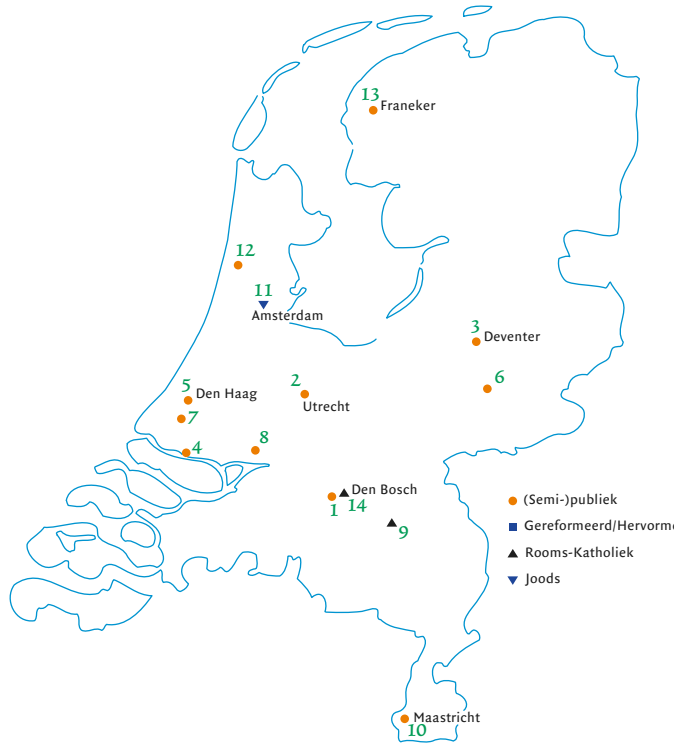
Tegen het eind van de negentiende eeuw bood Veldwijk plaats aan ongeveer 400 patiënten. Ruim tien jaar later, in 1910, was dat aantal al toegenomen tot bijna 600. Daarmee behoorde Veldwijk – net als de andere gereformeerde gestichten – tot de middelgrote gestichten met zo'n 300 tot 600 bedden. Ruim de helft van de Nederlandse gestichten kende bij de eeuwwisseling een dergelijke omvang. Vanuit internationaal perspectief bezien waren de Nederlandse gestichten dan ook betrekkelijk kleinschalig.[197] Van deze 'Nederlandse standaard' weken alleen Meerenberg met ongeveer 1300 en Voorburg te Vught met tegen de 900 bedden aanzienlijk naar boven af.[198]

Om de rij van protestantse gestichten uit deze periode te completeren verdient ook het in 1909 geopende Vrederust te Bergen op Zoom vermelding. Dit gesticht was een initiatief van de uit 1904 daterende gereformeerd-hervormde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland. Dat het gesticht uiteindelijk niet in Zeeland, waar zich geen enkel krankzinnigengesticht bevond, maar in het naburige Bergen op Zoom terechtkwam, had te maken met de voorwaarden die de vereniging aan het terrein stelde: bosrijk, goed bereikbaar per trein of tram en voldoende drinkwater van goede kwaliteit. Een Zeeuwse locatie die aan deze voorwaarden voldeed, bleek niet voorhanden.[199] Hoewel primair bedoeld voor patiënten uit Zeeland, verschafte Vrederust ook onderdak aan patiënten van elders, in het bijzonder uit Zuid-Holland en in mindere mate uit West-Brabant.[200]

Eveneens in 1909 opende de in 1898 opgerichte Vereeniging Het Centraal Israelietisch Krankzinnigengesticht in Nederland Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn. Dit gesticht had een landelijke functie, maar zou na de sluiting van het Nederlandsch Israelietisch Krankzinnigengesticht te Amsterdam in 1921 overwegend uit de hoofdstad afkomstige joodse patiënten opnemen. Anders dan de beide christelijke verenigingen ging het deze joodse vereniging niet om een door de eigen godsdienst geïnspireerde behandel- en verpleegwijze van geesteszieken, maar, beperkter, om daarin plaats te bieden aan de naleving van de voorschriften van de Israëlitische godsdienst. Het Apeldoornsche Bosch werd

196 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 50.
197 Zie Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005, 26.
198 Van der Esch 1975-1980, I: 81. Zie voor informatie over de ontwikkeling van de capaciteit bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.
199 Pas in 1981 zou een psychiatrisch ziekenhuis worden opgericht op Zeeuwse bodem, namelijk het Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Goes.
200 Gorisse 1997, 12-17, 26.

Kaart van Nederland met de krankzinnigengestichten per 1884 naar beheersvorm en signatuur.



Namen inrichtingen tot inwerkingtreding tweede krankzinnigenwet 1884

1 Reinier van Arkel, Den Bosch
2 Willem Arntsz Huis, Utrecht
3 St. Elisabeths Gasthuis, Deventer
4 Gesticht aan de Hooghstraat, Rotterdam (opgeheven in 1909)
5 Gesticht aan het Slijkeinde, Den Haag (opgeheven in 1909)
6 Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen
7 St. Joris Gasthuis, Delft
8 Krankzinnigengesticht Dordrecht (opgeheven in 1898)
9 Huize Padua, Boekel
10 Calvariënberg, Maastricht
11 Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam (opgeheven in 1921)
12 Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort
13 Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker
14 Coudewater, Rosmalen

gebouwd volgens de formule van het 'grootpaviljoensysteem', ook wel kazernebouw genoemd, ter onderscheiding van het 'kleinpaviljoensysteem' met losse paviljoens voor de verschillende afdelingen.[201]

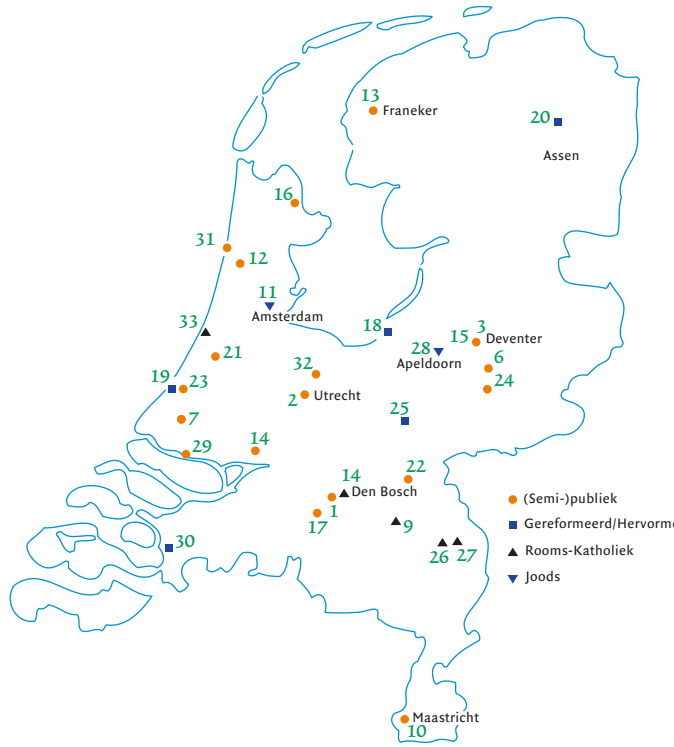
De katholieke bouwactiviteiten kwamen, zoals gezegd, ruim twintig jaar later op gang dan die van de gereformeerden. Zij beschikten echter reeds over een tweetal gestichten in Noord-Brabant. Het in 1822 opgerichte Huize Padua te Boekel van de Broeders Penitenten kreeg, na vanaf 1841 als bewaarplaats voor krankzinnige mannen te hebben gefungeerd, in 1885 erkenning als krankzinnigengesticht.[202] Het in 1870 geopende particuliere gesticht Coudewater te Rosmalen was weliswaar niet in handen van een congregatie, maar droeg wel een duidelijk katholieke signatuur aangezien de verpleging aan religieuzen was toevertrouwd, namelijk de Broeders en Zusters van Barmhartigheid uit het Belgische Ronse.[203] Bovendien had het uit 1442 daterende semipublieke gesticht Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch al vanaf 1853, toen de bisschoppelijke hiërarchie werd hersteld, religieuzen voor de verpleging van krankzinnigen ingezet: de broeders van O.L. Vrouw van Lourdes uit België en de reeds genoemde Zusters van Barmhartigheid.[204] Het in 1885 geopende buitengesticht Voorburg te Vught zou dit voorbeeld volgen.[205] Zo bezien bleef de betrokkenheid bij de krankzinnigenzorg van katholieke zijde dus niet achter bij die van de gereformeerden.

Toen het begin twintigste eeuw tot de bouw van nieuwe katholieke gestichten kwam, lag het initiatief hiertoe, anders dan bij de gereformeerden en later ook de hervormden, die hun bouwactiviteiten in verenigingsverband ontplooiden, bij Belgische broeder- of zustercongregaties. Als eersten richtten in 1907 de Broeders van Liefde uit Gent een gesticht op, het voor mannelijke krankzinnigen bestemde St. Servatius te Venray. Een jaar later volgden de Zusters van Liefde met een gesticht voor vrouwelijke krankzinnigen, St. Anna, eveneens te Venray.[206] Het derde katholieke gesticht uit deze periode, het in 1914 geopende St. Bavo te Noordwijkerhout, ook van de Broeders van Liefde, was tevens het eerste dat zich boven de grote rivieren bevond.[207] De Zusters van Liefde lieten zich evenmin onbetuigd, zij het dat zij pas met de stichting van Sancta Maria in 1928 naar Noordwijkerhout kwamen. Al deze katholieke gestichten bestonden uit paviljoens. Net als de gereformeerde gestichten behoorden ook de katholieke uit deze periode tot de middelgrote instellingen.

Met voorbijgaan aan een viertal kleinere gestichten die slechts korte tijd bestonden, resteren nog de in de periode 1884-1914 van overheidswege gebouwde en de provinciale gestichten. Het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884) was primair bestemd voor personen voor wie de provincies en gemeenten geen verantwoordelijkheid op zich namen, zoals krankzinnige militairen en

201 Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 21-29.
202 Van der Esch 1975-1980, II: 99-100.
203 Jongmans 1971; Jongmans 1985. Zie over de Broeders van Liefde ook: Klijn 2007b.
204 Kappelhof 1992.
205 Binneveld en Wolf 1985.
206 Billekens et al. 2005.
207 [Sint Bavo] 1965.

Kaart van Nederland met de krankzinnigengestichten per 1914 naar beheersvorm en signatuur.



Namen inrichtingen tot inwerkingtreding tweede krankzinnigenwet 1884

1 Reinier van Arkel, Den Bosch
2 Willem Arntsz Huis, Utrecht
3 St. Elisabeths Gasthuis, Deventer
4 Gesticht aan de Hooghstraat, Rotterdam (opgeheven in 1909)
5 Gesticht aan het Slijkeinde, Den Haag (opgeheven in 1909)
6 Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen
7 St. Joris Gasthuis, Delft
8 Krankzinnigengesticht Dordrecht (opgeheven in 1898)
9 Huize Padua, Boekel
10 Calvariënberg, Maastricht
11 Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam (opgeheven in 1921)
12 Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort
13 Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker
14 Coudewater, Rosmalen

Namen inrichtingen vanaf inwerkingtreding tweede krankzinnigenwet tot en met 1914

15 Brinkgreven, Deventer
16 Rijkskrankzinnigengesticht, Medemblik
17 Voorburg, Vught
18 Veldwijk, Ermelo
19 Bloemendaal, Loosduinen
20 Dennenoord, Zuidlaren
21 Endegeest, Oegstgeest
22 Rijkskrankzinnigengesticht, Grave
23 Oud-Rosenburg, Loosduinen
24 Het Groot Graffel, Warnsveld
25 Wolfheze, Wolfheze
26 St. Servatius, Venray
27 St. Anna, Venray
28 Het Apeldoornsche Bosch, Apeldoorn
29 Maasoord, Poortugaal
30 Vrederust, Bergen op Zoom
31 Duin en Bosch, Castricum
32 Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder
33 St. Bavo, Noordwijkerhout

misdadigers, alsmede patiënten zonder vaste woonplaats, die buiten de gemeentelijke armenzorg vielen.[208] Nadat dit door een wetswijziging in 1896 mogelijk was gemaakt, werd in 1898 te Grave een tweede, kleiner Rijkskrankzinnigengesticht voor vrouwen geopend. Het Medemblikse gesticht nam hierna alleen nog mannen op. De provincie Noord-Holland bleef de enige provincie met eigen gestichten. Naast Meerenberg, dat in 1888 een forse capaciteitsuitbreiding onderging, kwam daar in 1909 het provinciale Noord-Hollandse gesticht Duin en Bosch te Castricum bij.[209]

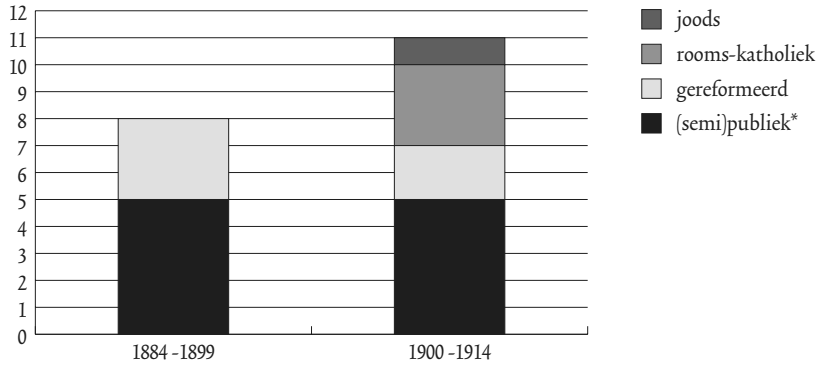
Een aantal oudere stadsgestichten breidde zich uit door middel van vestigingen buiten de stad. Het eerste buitengesticht, dat van Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch, kwam in 1885 gereed: Voorburg te Vught.[210] Het in 1878 aangekochte en op zeer bescheiden schaal in gebruik genomen Deventerse buitengesticht Brinkgreven bood met ingang van 1894 onderdak aan zo'n tweehonderd patiënten.[211] Het Delftse buitengesticht Vrijenban ging eveneens in 1894 open.[212] Daarop volgde in 1900 het Zutphense buitengesticht Het Groot Graffel te Warnsveld.[213] Het Willem Arntsz Huis te Utrecht nam tot slot in 1911 de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder officieel als buitengesticht in gebruik.[214]

Enkele grote gemeenten, te weten Leiden, Rotterdam en Den Haag, lieten compleet nieuwe gestichten bouwen, al dan niet ter vervanging van oude stadsgestichten. Het Leidse gemeentelijke gesticht Endegeest te Oegstgeest ging in 1897 open.[215] Het Rotterdamse gemeentelijke gesticht Maasoord te Poortugaal opende in 1909 zijn deuren. Tezelfdertijd kon het Doorgangshuis in Rotterdam – het oude Gesticht aan de Hoogstraat was na 1896 teruggebracht tot een bescheiden doorgangshuis – definitief sluiten.[216] Het semipublieke Haagse, in 1900 geopende gesticht Oud-Rosenburg te Loosduinen, dat aanvankelijk als buitengesticht fungeerde, nam met de sluiting van het Gesticht aan het Slijkeinde te Den Haag in 1909 definitief de taken van dit oude gesticht over – de instelling waarover Stuten-te Gempt zich in 1892 had beklaagd.[217]

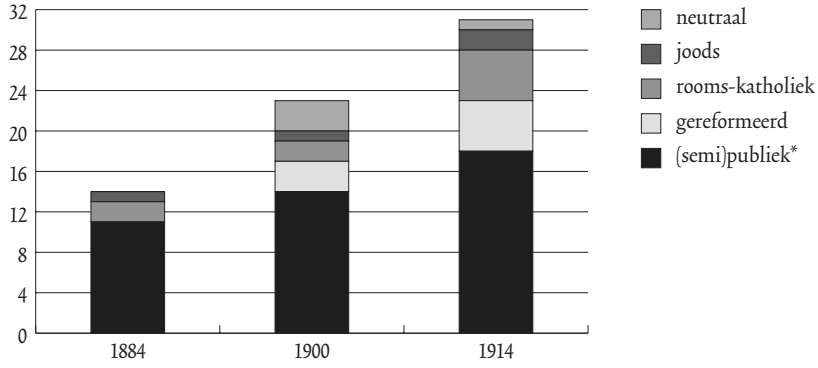
Dat Leiden, Rotterdam en Den Haag tot de nieuwbouw van eigen gestichten overgingen, was niet vanzelfsprekend. Als het aan de Inspectie had gelegen had de provincie Zuid-Holland het Noord-Hollandse voorbeeld gevolgd en zelf een provinciaal gesticht geëxploiteerd.[218] Volgens de Krankzinnigenwet was het immers de wettelijke taak van de provincies om te zorgen voor voldoende plaatsruimte

208 Cahn 1970. Zie over Medemblik ook: Van der Esch 1970 en 1.9. over gerechtelijke psychiatrie.
209 Danner 1997, 74-89. En voorts Van Kleffens 1959.
210 Binneveld en Wolf 1985.
211 Hogenstijn 1987, 70.
212 Slangen 1994.
213 Van der Esch 1975-1980, I: 81.
214 Van der Woord 1961, 365; Dankers en Van der Linden 1996.
215 Blok en Vijselaar 1998.
216 Van der Esch 1975-1980, I: 81. Zie ook Bakker, Blok en Vijselaar 1999.
217 Van der Esch 1975-1980, I: 81.
218 Nader onderzoek is wenselijk naar de besluitvorming ten aanzien van de voorziening in plaatsruimte voor de verpleging van krankzinnigen, de daarmee gepaard gaande machtsstrijd op de diverse niveaus en de rol van de Inspectie bij dit alles.

FIGUUR 1.1 *Bouw/opening van krankzinnigengestichten naar beheersvorm en signatuur 1884-1899 en 1900-1914.*



FIGUUR 1.2 *Totale voorraad aan krankzinnigengestichten naar beheersvorm en signatuur per 1884, 1900 en 1914.*



* Onder (semi)publieke gestichten vallen de publieke gestichten die beheerd werden door rijk, provincie of gemeente; semipublieke gestichten zijn zelfstandige stichtingen die beheerd werden door een college van regenten, die door de gemeentelijke of (ook) provinciale overheid werden benoemd.

voor de armlastige krankzinnigen uit de eigen provincie. In Zuid-Holland, met naar verhouding veel oude, voor de lokale bevolking bedoelde stadsgestichten, bleek de oprichting van een provinciaal gesticht evenwel geen haalbare kaart.[219] Na veel getouwtrek bleef het eerst bij de verbetering van de stadsgestichten, later gevolgd door nieuwbouw op het platteland. Voorts zag de provincie zich genoodzaakt plaatsen te reserveren in gestichten buiten Zuid-Holland, zoals in gesticht Vrederust te Bergen op Zoom. Ondanks een flinke capaciteitsgroei van de gestichten in Zuid-Holland – van ongeveer 930 in 1884 naar bijna 2200 in 1910 – werd in 1913 maar liefst 40 procent van alle patiënten buiten de provincie verpleegd.[220]

Voor zwakzinnigen of, volgens de toenmalige terminologie, idioten kwamen in sommige krankzinnigengestichten aparte voorzieningen tot stand.[221] Zo had Meerenberg te Bloemendaal als eerste een aparte idiotenafdeling en, vanaf 1851, een gestichtsschool met apart onderwijs voor idioten[222], en opende Voorburg te Vught rond 1890 een aparte afdeling. Vanaf 1902 beschikte ook Huize Padua te Boekel daarover en vanaf 1916 was daar een aangewezen afdeling voor de vrije verpleging van zwakzinnigen en krankzinnigen. Van de ruim 100 idiote minderjarigen die rond 1902 in krankzinnigengestichten verbleven, waren er ruim 60 ondergebracht in de aparte afdelingen van de genoemde gestichten, terwijl er zich 40 in andere krankzinnigengestichten bevonden, temidden van volwassen krankzinnigen.[223] Ook later opgerichte krankzinnigengestichten als Endegeest te Oegstgeest, St. Servatius te Venray en Het Apeldoornsche Bosch bouwden aparte afdelingen voor minderjarige idioten.

Als krankzinnigengestichten in de zin der wet kwamen in de periode 1884-1914 vijf idiotengestichten tot stand, alle op particulier initiatief en mede op aandrang van de Inspectie.[224] Drie ervan hadden een protestantse en 2 een katholieke signatuur. De eerste was 's-Heerenloo te Ermelo (1891) van de (gereformeerde) Vereeniging tot Opvoeding en Verpleging van Geesteszwakke Kinderen, met zo'n 200 plaatsen aan het begin van de twintigste eeuw. In 1895 volgde de erkenning van Bethesda te Wagenborgen, een gesticht van de Vereeniging tot Christelijke Liefdadigheid, met ongeveer 50 plaatsen voor jeugdige en volwassen idioten.[225]

219 Zie Vijselaar 1998a,14-21.

220 Vijselaar 1998a, 21.

221 Zie Van Deventer 1916. Zie voor een informatief overzicht van de zwakzinnigenzorg: Mans 1998. En voorts: Vijselaar 1993b. Zie ook 1.4.3, paragraaf 'De grenzen van krankzinnigheid'.

222 Van Deventer 1916, 116; Van der Esch 1975-1980, III: 44; Weijers en Tonkens 1999, 356; Jak 1988, 94-99; Vijselaar 1997c, 59.

223 Van Deventer 1916, 128-129; Van der Esch 1975-1980, III: 45.

224 Het katholieke, in 1863 geopende St. Antoniusgesticht te Rotterdam kreeg in 1886 toestemming om maximaal 40 patiënten te verplegen die aan zwakzinnigheid dan wel epilepsie met psychische stoornissen leden. Zie Van der Esch 1975-1980, III, 50-51. Zie ook bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

225 Van Deventer 1916, 139. Na de Tweede Wereldoorlog zou het gesticht te Wagenborgen zich ontwikkelen tot een psychiatrische inrichting voor chronici. Vanaf 1960 werd de naam Groot Bronswijk gehanteerd. Zie Klatter 1973.

E.C. Wentinck, ontwerp voor Veldwijk, Ermelo, 1884.

De 2 katholieke idiotengestichten Huize Assisië te Udenhout en Boldershof te Druten volgden in respectievelijk 1904 en 1907. Huize Assisië bood in 1915 onderdak aan ongeveer 240 idiote jongens. Boldershof had in 1915 plaats voor ruim 60 idiote meisjes. De rij werd in 1911 voorlopig afgesloten met de oprichting van Lozenoord te Ermelo door dezelfde gereformeerde vereniging die 20 jaar eerder 's-Heerenloo had gesticht. 's-Heerenloo was voortaan bestemd voor uitsluitend jongens, Lozenoord alleen voor meisjes.[226] Behalve de geneeskundige idiotengestichten werden, in navolging van de in 1855 door de predikant C. van Koetsveld opgerichte Haagse gestichtsschool voor idioten, tussen 1900 en 1914 nog eens 10 van dergelijke schoolinternaten opgezet.[227] Daarnaast boden katholieke 'liefdegestichten', zoals St. Anna en St. Joseph te Heel, en protestants-christelijke 'huizen van barmhartigheid', zoals in Wagenborgen en de Johannes Stichting te Nieuwveen, onderdak aan idioten en andere hulpbehoevenden.[228]

Het geheel overziend kwamen aparte voorzieningen voor zwakzinnigen in Nederland, vergeleken met landen als de Verenigde Staten, Duitsland en Engeland, pas in een laat stadium en in een traag tempo tot stand.[229] Eind 1909 verbleven ongeveer 500 vooral jongere 'idioten' in speciale idiotengestichten, tegenover ruim 2000 – zowel minderjarigen als volwassenen – in de krankzinnigengestichten.[230] Slechts een klein deel van alle zwakzinnigen was in gestichten of tehuizen, van welke aard ook, ondergebracht. Naar schatting zaten er in 1912 ongeveer 4000 zwakzinnigen in een of andere inrichting, dat wil zeggen ongeveer 7 zwakzinnigen op iedere 10.000 Nederlanders. Dat aantal zou pas vanaf halverwege de twintigste eeuw substantieel stijgen. Tegen 2000 waren ongeveer 33 zwakzinnigen op iedere 10.000 Nederlanders uit huis geplaatst, bijna een vervijfvoudiging vergeleken met een eeuw eerder.[231]

Ook de sedert eind negentiende eeuw tot stand gekomen inrichtingen voor epileptici en sanatoria voor alcoholisten berustten op particulier, overwegend protestants-christelijk initiatief. Het bleef echter bij een bescheiden aantal en hun capaciteit was klein, reden om er hier niet verder bij stil te staan.[232] Voor zover epileptici en alcoholisten werden opgenomen kwam het overgrote deel terecht in krankzinnigengestichten.[233] Daarnaast konden minder zware gevallen van epilepsie en alcoholisme hulp krijgen in sanatoria voor zenuwlijders, vooral in de beide grotere sanatoria voor zenuwlijders te Zeist en Oegstgeest.[234]

226 Jak 1988; Jak 1993; Kluit 1992.
227 Zie voor een overzicht: Mans 1998, 200. Zie ook: Weijers en Tonkens 1999.
228 Klijn 1995; Hakker 1997.
229 Mans 1998, 164.
230 Weijers en Tonkens 1999, 367.
231 Mans 1998, 166.
232 Van Andel vermeldde in 1901 drie inrichtingen voor epileptici en vier sanatoria voor alcoholisten. Twee inrichtingen voor epileptici waren van de Christelijke Vereeniging voor de verpleging van lijders aan vallende ziekte, namelijk Bethesda-Sarepta te Haarlem (1884) voor vrouwelijke patiënten en Meer en Bosch te Heemstede (1885) voor mannelijke patiënten. De derde inrichting voor epileptici (en idioten) was van katholieke signatuur, namelijk het St. Antonius Gesticht te Rotterdam (1863). Zie Van Andel 1901. Zie verder 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.
233 Zie bijvoorbeeld Van Deventer 1916.
234 Schermers 1908. Zie voorts 1.6, paragraaf 'Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest'.

Veldwijk, Ermelo: Heesteroord, paviljoen voor halfrustige mannen, eerste- en tweedeklasse, 1887.

De hoofdlijnen zullen inmiddels duidelijk zijn. Na invoering van de Krankzinnigenwet van 1884 kwamen zowel van overheidswege als van particulier-confessionele zijde tal van nieuwe krankzinnigengestichten tot stand. J.M.W. Binnevelds bewering dat de overheid op het gebied van de krankzinnigheid geen daadkracht vertoonde en niet bijdroeg aan de uitbreiding van de gestichtscapaciteit, is niet geheel juist.[235] Volgens de hierboven aangehouden telling van 19 tussen 1884 en 1914 geopende krankzinnigengestichten – inclusief buitengestichten, maar exclusief idiotengestichten – waren er 10 in de publieke of semipublieke sector en 9 in de particuliere, confessionele sector gebouwd. Indien we niet alleen kijken naar het aantal nieuwe instellingen, maar ook naar hun capaciteit (inclusief de idiotengestichten), dan komt de (semi)publieke sector nog sterker voor de dag met, volgens een telling van 1914, ongeveer 4800 nieuwe bedden tegenover ruim 4200 nieuwe bedden in de particuliere sector. Als we ook de nieuwbouw bij de in 1884 al bestaande gestichten – bijvoorbeeld Meerenberg II met ruim 400 bedden – meerekenen, dan blijkt de (semi)publieke sector nog groter te zijn.[236]

Toch valt niet te ontkennen dat de bouw van krankzinnigengestichten in hoge mate in het teken stond van de indertijd opkomende verzuiling en daar op zijn beurt ook sterk toe bijdroeg. Naast de (semi)publieke sector ontplooide de particuliere, confessionele sector in toenemende mate eigen initiatieven – na 1884 betrof het aanvankelijk gereformeerde, later ook katholieke en joodse initiatieven. Desalniettemin waren ook met de particulier-confessionele bouw en exploitatie van gestichten substantiële overheidsgelden gemoeid – vooral van provincies en gemeenten –, bijvoorbeeld in de vorm van provinciale leningen, voorschotten en de gegarandeerde bezetting van bedden tegen een bepaalde prijs. Het was immers de wettelijke taak van provinciebesturen om in voldoende plaatsruimte voor hun ingezetenen te voorzien, als het al niet binnen de provincie kon, dan toch daarbuiten. Dat juist in deze periode de grote bouwgolf op gang kwam, valt mede te begrijpen tegen de achtergrond van de inmiddels grotere financiële armslag voor overheidsingrijpen op sociaal gebied, waartoe vooral de sociaal-liberale kabinetten in de jaren 1890 de aanzet gaven.

Voorts waren gemeenten krachtens de Armenwet verplicht om de verpleeg- en vervoerkosten voor krankzinnige, armlastige ingezetenen te betalen.[237] De Armenwet van 1854 had de betalingsverplichting voor medische armenzorg bij de gemeenten gelegd, aanvankelijk de gemeente waar iemand was geboren en vanaf 1870 de woongemeente. Krankzinnigenzorg was en bleef nog lange tijd overwegend armenzorg – rond 1910 ging het om maar liefst driekwart van de gestichtsbevolking en dit percentage zou daarna alleen nog maar stijgen.[238] Op hun beurt ontvingen de gemeenten per opgenomen armlastige krankzinnige een vaste

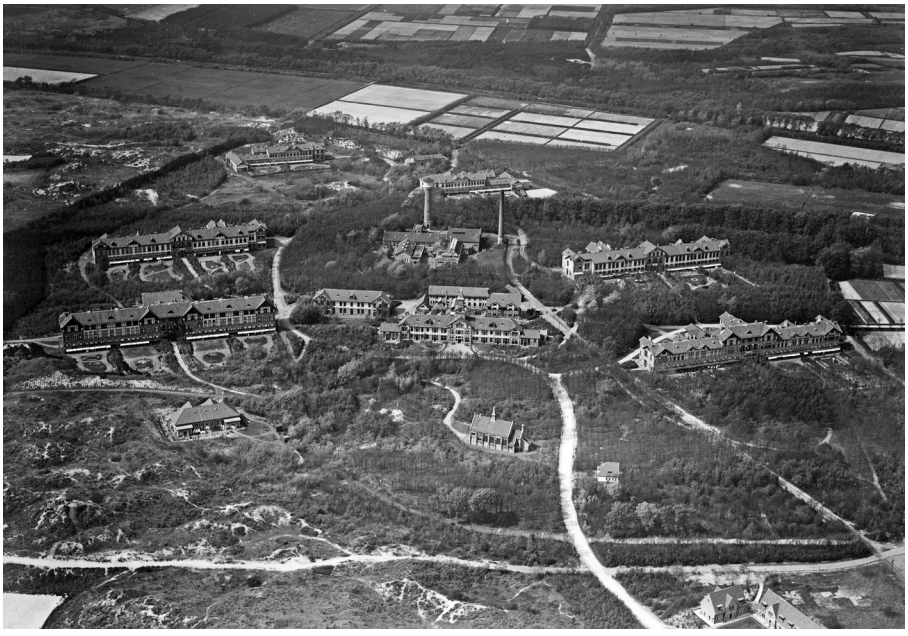
235 Binneveld 1982, 117; vergelijk Binneveld 1985, 156 en ook Kerkhoven 1996, 100.

236 Zie Van der Esch 1975-1980, I: 81.

237 Zie onder meer Gijswijt-Hofstra 2002.

238 De Wit 1991, 9 en 12. Bakker en Van der Velden 2004a, bijlage 1. Zie voor de betreffende cijfers over 1914, 1919, 1924 en 1929: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, I: 157.

Duin en Bosch, Bakkum 1920.



jaarlijkse bijdrage van het rijk en van provincies uiteenlopende percentages van de verpleegkosten. De rijksbijdrage voor de verpleging van gemeentepatiënten werd in 1900 vastgesteld op 40 gulden per patiënt per jaar. (Bezuinigingen zouden in 1924 een einde maken aan deze tussentijds niet aangepaste en door de inflatie aan het eind van de Eerste Wereldoorlog sterk in waarde verminderde subsidie.) Daarnaast konden gemeenten krachtens de Armenwet de kosten van de armenzorg – dus inclusief die van de krankzinnigenverpleging – naar draagkracht verhalen op de armlastige patiënten en hun onderhoudsplichtigen, dat wil zeggen echtelieden, ouders, grootouders, kinderen of kleinkinderen.[239]

Rond de eeuwwisseling bedroegen de jaarlijkse kosten voor de verpleging van zo'n 8000 krankzinnigen in de onder het Staatstoezicht vallende gestichten ongeveer 2 miljoen gulden.[240] In 1909 was dit bedrag opgelopen naar ruim 3 miljoen gulden voor inmiddels ongeveer 11.000 krankzinnigen. Op dat moment bedroeg het percentage krankzinnigen dat geheel voor rekening van familie of andere particuliere bronnen kwam ruim 18 procent. Het aandeel van de rijkspatiënten – verpleegden die geheel voor rekening van de rijksoverheid kwamen – bedroeg ongeveer 7 procent. De overigen waren gemeentepatiënten voor wie de gemeenten in 1909 ruim anderhalf miljoen gulden moesten betalen. Bijna de helft van de financiering van de krankzinnigenzorg kwam derhalve voor rekening van de gemeenten. De rest was, zoals tabel 1.1 aangeeft, min of meer gelijk verdeeld over particulieren, provincies en rijksoverheid.[241]

TABEL 1.1 *Verdeling van de uitgaven aan krankzinnigenzorg in guldens (x 1000) en als percentage van de totale uitgaven.*[242]

	1909		1929	
	Bedrag	Procent	Bedrag	Procent
Rijk	457	14,7	869	5,9
Particulier	674	21,6	3.416	23,1
Provincies	472	15,2	3.187	21,5
Gemeenten	1.512	48,5	7.317	49,4
Totaal	**3.115**	100	**14.789**	100

239 Bakker en Van der Velden 2004a, 16; Bakker en Van der Velden 2004b, 1032.
240 Bakker en Van der Velden 2004a, 13.
241 Bakker en Van der Velden 2004a, 16–19; 2004b, 1032–1035.
242 Berekend op basis van informatie uit de verslagen van het Staatstoezicht en de armenzorgstatistieken van het CBS (Bakker en Van der Velden 2004b, 1033).

Dennenoord, Zuidlaren, achterzijde hoofdgebouw.

Het zal duidelijk zijn dat het aandeel van de overheid in de krankzinnigenzorg aanzienlijk was. Afgezien van de regulering van de krankzinnigenzorg door middel van wetgeving en staatstoezicht, bestond dit aandeel uit een substantieel zorgaanbod van ten dele nieuwe (semi)gemeentelijke, provinciale en, als novum, ook rijksgestichten, en uit de financiering van maar liefst bijna 80 procent van de zorg.

Gegeven hun verplichtingen in het kader van de Armenwet was er gemeenten – maar ook provincies – veel aan gelegen om krankzinnigen zo goedkoop mogelijk te laten verplegen. Om kosten te besparen werden armlastige krankzinnigen soms ver van huis ondergebracht.[243]

Er konden evenwel ook andere, wel degelijk met het belang van patiënten corresponderende overwegingen zijn voor opname in een veraf gelegen gesticht, namelijk de confessionele signatuur ervan. Zo betrokken het gereformeerde gesticht Veldwijk en het joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch hun 'eigen' patiënten in principe uit het hele land. De uitbouw van het spoorwegnet had dit inmiddels vergemakkelijkt.

Gestichtsartsen toonden zich evenwel niet onverdeeld gelukkig met deze ontwikkeling. Met enige regelmaat spraken zij hun zorg uit over de kwalijke effecten van een te grote afstand tussen gesticht en familie.[244] Zeker armlastigen zagen zich immers met hoge kosten geconfronteerd als zij hun opgenomen krankzinnige familielid wilden bezoeken. Het dilemma was niet gering. Het was duidelijk dat de ook van medische zijde bepleite verpleging in een rustige plattelandsomgeving en in het eigen confessioneel milieu op gespannen voet stond met de evenzeer wenselijk geachte nabijheid van de familie. Aan dit dilemma zou pas in de laatste decennia van de twintigste eeuw definitief een einde komen met de invoering van regionalisatie, de organisatie van alle vormen van psychiatrische dienstverlening per regio.[245] Zover kwam het pas nadat de verzuiling en daarmee de confessioneel georganiseerde zorg aan belang hadden ingeboet en de rijksoverheid de regie in handen had genomen.

Veruit de meeste zorg maakten (gestichts)artsen en de Inspectie zich indertijd over de overbevolking en het plaatsgebrek in de gestichten, een zorg die overheden ten volle deelden. De statistieken, zonder aflaten door de Inspectie geproduceerd, logen er niet om. Had de gestichtsbevolking eind 1884 een omvang van ongeveer 4800, eind 1914 was deze gestegen tot ruim 14.500.[246] Bij een bevolkingsgroei van 4,2 miljoen naar 6,2 miljoen hield dit in dat het promillage van in ge-

243 Vergelijk Schuurmans Stekhoven 1922, 204: tabel XVI.

244 Bestuur Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1894; Breukink 1913.

245 Zie de delen 4 en 5.

246 Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964. De tellingen hebben betrekking op de gehele, onder het Staatstoezicht vallende gestichtsbevolking, inclusief de idiote krankzinnigen. Zie ook 1.5, paragraaf 'De gestichtsbevolking'.

stichten opgenomen krankzinnigen ten opzichte van het bevolkingscijfer van Nederland was gestegen van 1,1 naar 2,3.[247] Hoeveel er ook werd gebouwd, het was nooit genoeg. Het leek wel of iedere uitbreiding van de capaciteit een nieuwe stroom gestichtsbewoners aantrok. En alsof dat alles nog niet erg genoeg was, stegen de kosten voortdurend. Uiteraard leverde alleen al de groei van de gestichtsbevolking een navenant aanwassende kostenpost op, maar daar bleef het niet bij: ook de verpleegprijs per bed ging omhoog, voornamelijk als gevolg van de verbetering van de arbeidsvoorwaarden van het verplegend personeel en de daarmee verbonden loonstijgingen.[248]

Wanhopig namen artsen en Inspectie de situatie in ogenschouw. Werd Nederland steeds gekker? Lag het aan een verstopping van de gestichten met chronische patiënten? Moest er voor hen dan niet een apart soort voorziening komen, in de trant van de vroegere bewaarplaatsen? Over de vraag of het aantal krankzinnigen verhoudingsgewijs was toegenomen, liepen de meningen uiteen. Wel waren medici het er zonder meer over eens dat de gestichten in toenemende mate bevolkt waren geraakt met chronische patiënten. Dit belemmerde de zo noodzakelijk geachte doorstroming ten behoeve van acute, geneeslijk geachte patiënten die op hun beurt, ten gevolge van een te late opname, de schare van chronici alleen nog maar groter dreigden te maken.[249] Toch vond het door diverse medici geopperde voorstel om rustige, chronische patiënten dan maar in aparte, minder dure verpleeginrichtingen onder te brengen geen onverdeeld positief onthaal.[250] Een van de naar voren gebrachte bezwaren was dat de gestichten dan zouden blijven zitten met de onrustige en veel bewerkelijker patiënten. Het bleef dan ook bij een voorstel, al gingen de oprichting van speciale idiotengestichten en de aanpassing van de Krankzinnigenwet in 1904 wel degelijk in die richting.

De periode 1884-1918 overziend blijkt dat Nederland, dat ook pas in deze jaren op grotere schaal ging industrialiseren, een inhaalslag maakte met de bouw van krankzinnigengestichten. In diverse andere westerse landen was de grote bouwgolf al eerder op gang gekomen. Met deze landen deelde Nederland evenwel de ervaring dat de vergroting van de gestichtscapaciteit onvoldoende soelaas bood voor de overbevolking en het plaatsgebrek. De omvang van de meeste Nederlandse gestichten bleef bescheiden, zeker in vergelijking tot de Verenigde Staten en Engeland, waar zeer grote gestichten met enkele duizenden patiënten geen

247 Zie Binneveld 1985, 156.

248 Zie over de stijgende kosten van de krankzinnigenzorg: Van Cappelle 1883; Koster 1891; Koster 1893; Schermers 1904a; Schermers 1906a; Schermers 1913; Meijer 1909; Cox 1910a; Schuurmans Stekhoven 1910. Voorts: De Goei 2001, hoofdstuk 1; 1.5, paragraaf 'Tot verplegen geroepen'.

249 Schermers 1904a; Schermers 1906b; Schermers 1909; Schermers 1913; Schuurmans Stekhoven 1910. Voorts: Cox 1910b. Volgens Cox schommelde het percentage 'herstelden' ten opzichte van de 'overgeblevenen', dat wil zeggen de opgenomenen minus de overgeplaatsten, in de periode 1864-1902 tussen ongeveer 30 à 40 procent.

250 Tellegen 1891; Van Deventer 1892a; Meijer 1909.

uitzondering waren.[251] Kleinschaligheid was hoe dan ook kenmerkend voor Nederland. Het land, zeker het westelijk deel, telde tal van steden en stadjes, waarvan een aantal met een eigen krankzinnigengesticht. Hoewel er sprake was van kritiek op de geïsoleerde ligging van sommige plattelands- en buitengestichten, viel dit, althans vergeleken met andere westerse landen, uiteindelijk nog wel mee. Per trein of tram waren de meeste instellingen redelijk goed bereikbaar.

Kenmerkend voor Nederland was bovendien dat de krankzinnigenzorg zich na 1884 in betrekkelijk korte tijd ontwikkelde van een overwegend publiek bestel in de richting van een gemengd bestel met enerzijds gemeentelijke of semipublieke stads- en buitengestichten, provinciale en rijksgestichten, en anderzijds particuliere, merendeels gereformeerde en katholieke instellingen. Deze confessionalisering of verzuiling in de krankzinnigenzorg betekende een ware omslag. Vooral de relatieve abruptheid van deze overgang en de profilering van verschillende confessionele groeperingen verlenen de Nederlandse ontwikkelingen hun bijzondere kleur. Van de 14 krankzinnigengestichten die Nederland in 1884 telde waren er 3 particulier, waarvan één joods en 2 katholiek. In 1914 lagen de verhoudingen geheel anders. Van de 31 gestichten waren er 13 particulier, waarvan 5 van katholieke signatuur, 4 gereformeerd en één gereformeerd-hervormd, 2 joods en één kleine instelling neutraal.

Om ter vergelijking enkele andere westerse landen te noemen: het Duitse Rijk beschikte reeds langer over een omvangrijke particuliere, grotendeels confessionele sector. In 1881 waren 117 van de 223 krankzinnigengestichten in particuliere handen, in 1913 gold dat voor 320 van de in totaal 546. Aangezien de particuliere gestichten over veel minder capaciteit beschikten dan de publieke sector, was hun feitelijke aandeel in de krankzinnigenzorg geringer dan deze cijfers suggereren, hoewel toch nog altijd ruim 52 procent in 1881 en ruim 58 procent in 1913.[252] Weliswaar zien we ook in Nederland een toename van de particulier-confessionele sector in deze periode, maar de uitgangspositie was een andere, namelijk een voornamelijk (semi)publiek bestel. Een vergelijkbare uitgangspositie treffen we aan in landen als Frankrijk en Engeland: daar werd de publieke sector echter eerder sterker dan zwakker.[253]

In navolging van Foucaults beschouwing over de zeventiende en achttiende eeuw is de opzienbarende aanwas van de gestichtsbevolking in de tweede helft van de negentiende en begin twintigste eeuw door historici getypeerd als 'de

251 Grob 1994; Braslow 1997; Scull 1993. Ter vergelijking: de veertien grote gestichten in het Duitse Westfalen hadden in 1915 een capaciteit voor 11.000 patiënten, dus zo'n 800 per gesticht. Zie Walter 1996, 27 en Gijswijt-Hofstra et al. 2005. Vergeleken met de algemene ziekenhuizen waren de Nederlandse gestichten echter wel grootschalig. D. Schermers stelde in 1922 vast dat de 17.000 bedden in algemene ziekenhuizen verdeeld waren over 290 instellingen, waardoor het gemiddelde op 59 per ziekenhuis lag, terwijl de 16.000 bedden voor krankzinnigen en zenuwlijders over 34 gestichten verspreid waren, zodat het gemiddelde aantal op 471 kwam. Schermers 1922, 26–27.

252 Walter 1996, 77–78.

253 Coffin 2005; Freeman 2005.

grote opsluiting'.[254] Het is nog maar de vraag of deze typering terecht is, zeker als zij daarmee bedoelen dat de overheid een systematisch beleid voerde om lastige 'gekken' voor altijd op te bergen. In Nederland was dat beslist niet het geval. De gestichten waren juist opgezet als geneeskundige gestichten, met de uitdrukkelijke bedoeling om mensen beter te maken of in elk geval weer terug te brengen in de maatschappij en niet om ze levenslang vast te houden. Die intentie weerspiegelde zich ook in de praktijk van de krankzinnigenzorg, zoals we nog zullen zien. Bovendien was de opname in een gesticht omgeven door juridische waarborgen. Als het al tot misbruik kwam, dan was de kans bepaald niet denkbeeldig dat dit vroeger of later naar buiten zou komen.

De toename van de gestichtsbevolking was evenwel onmiskenbaar, zij het minder groot dan in andere westerse landen. In Engeland bijvoorbeeld nam de gestichtsbevolking toe van 1,6 promille in 1859 naar 2,8 in 1884 en 3,7 in 1909. Pruisen kende vergelijkbare, zij het per provincie sterk uiteenlopende aantallen. Daarmee vergeleken bleven de Nederlandse cijfers duidelijk achter, met in 1884 en 1914 een gestichtsbevolking van 1,1 respectievelijk 2,3 promille.[255] Enkele gestichtsgeneesheren en inspecteurs braken zich indertijd al het hoofd over de oorzaken van de groei. In 1883 volstond inspecteur Van Cappelle nog met de simpele observatie dat aanbod vraag creëert.[256] Tien jaar later kwam de arts W. Koster met een andere verklaring. Op grond van een extrapolatie van cijfers van Meerenberg concludeerde hij dat 8 à 9 procent van de gevallen en ook de groei van krankzinnigheid aan het misbruik van sterke drank te wijten waren.[257] D. Schermers, geneesheer-directeur van het gesticht Bloemendaal te Loosduinen, verkondigde in 1906, kort voor zijn benoeming tot geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, een andere visie. Op grond van een analyse van de gestichtsbevolking in de periode 1875-1900 meende hij dat de toename onder meer viel toe te schrijven aan de verminderde weerzin onder de bevolking tegen de gestichten, waardoor meer en meer krankzinnigen die vroeger thuis zorg kregen, in het gesticht terechtkwamen. Ook verwees Schermers naar de door het Staatstoezicht uitgeoefende aandrang tot opname van krankzinnigen en de toegenomen bereidwilligheid van gemeentebesturen om de gestichtsverpleging van armlastige patiënten te bekostigen.[258]

Inspecteur Schuurmans Stekhoven ging in 1910 nog wat dieper op de kwestie in. Allereerst maande hij tot voorzichtigheid. Het ging niet aan de sterke vermeerdering van de gestichtsbevolking zonder meer toe te schrijven aan een snelle stijging van het aandeel van krankzinnigen onder de Nederlandse bevolking zolang niet was onderzocht of er ook andere factoren in het spel waren.[259] Volgens hem was de groei van de gestichtsbevolking ten dele terug te voeren op

254 Foucault 1961; Binneveld 1985; zie ook Scull 1979; Scull 1999, 295; Porter 2003, 16.
255 Zie Binneveld 1985, 106; Walter 1996, 73-75.
256 Van Cappelle 1883.
257 Koster 1893, 305.
258 Schermers 1906a, 1048.
259 Schuurmans Stekhoven 1910, 445.

de opeenhoping van een steeds groter deel van de bevolking in de grote steden.[260] Het stadsleven zou psychopaten aantrekken en het ontstaan van een psychose bevorderen. En tevens 'is de stad minder tolerant tegenover den geestelijk invalide en drijft hem veel sneller dan eene landelijke omgeving gedaan zou hebben naar het gesticht.'[261] Als tweede factor noemde Schuurmans Stekhoven 'het zich gaandeweg uitbreidende domein van den psychiater': de toenemende medische aandacht voor geestelijke afwijkingen werkte meer opnamen in de hand. Een derde factor was het toegenomen zorgaanbod als gevolg van de vermeerdering van het aantal gestichtsplaatsen, zoals Van Cappelle al eerder had gesuggereerd. Ten slotte wees de inspecteur net als Schermers nog op de verminderde weerstand tegen gestichtsopname van de kant van de familie. 'Naar mate de gestichten meer het karakter erlangen [sic] van ziekenhuizen en naar mate de vrije verpleging, bijv. in annexe gezinnen, meer op den voorgrond treedt, moet ook de schroom tegen de plaatsing van een bloedverwant in een gesticht afnemen.'[262]

Schermers, die zich in 1906 nog op de vlakte had gehouden, kwam uiteindelijk in 1913 na veel wikken en wegen tot de slotsom dat de toename van de gestichtsbevolking niet volledig was te verklaren uit de diverse 'omstandigheden', zoals door Schuurmans Stekhoven en hemzelf ook nu weer werd aangevoerd. Zelfs de verminderde weerzin en het afgenomen wantrouwen tegen gestichtsverpleging vormden, tezamen met enkele andere factoren, geen voldoende verklaring. Daarom zou een daadwerkelijke toename van het aantal krankzinnigen ook voor de hand liggen. 'Het komt mij voor,' zo schreef hij, 'dat ook het hedendaagsche leven met al zijn schadelijke factoren hier een groote rol speelt en dat dit mede een oorzaak is, waardoor in ons land het aantal krankzinnigen de laatste jaren op bedenkelijke wijze toeneemt.'[263]

Driekwart eeuw later boog ook Binneveld zich over de kwestie. Hij schreef de groei van de gestichtsbevolking vooral toe aan een verlaagd maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigen: naarmate het aantal gestichten groeide vonden meer en meer mensen het minder acceptabel om krankzinnigen thuis te verzorgen en in de samenleving te handhaven. De ruimtelijke nabijheid van veel gestichten en de aanwezigheid van instellingen met de eigen religieuze signatuur werkten deze ontwikkeling volgens Binneveld alleen maar in de hand. Daarnaast signaleerde ook hij dat het toegenomen aanbod vrij snel de vraag naar gestichtsverpleging bevorderde.[264] In het volgende hoofdstuk zal duidelijk worden hoe het in de praktijk was gesteld met het tolerantieniveau van de familie van krankzinnigen.

260 Zie ook 1.2. De uitdagingen van de moderne massamaatschappij.
261 Schuurmans Stekhoven 1910, 446.
262 Schuurmans Stekhoven 1910, 446.
263 Schermers 1913, 600–601. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders. Een vergelijkbare discussie speelde zich rond de eeuwwisseling af rond de nieuwe diagnose neurasthenie oftewel zenuwzwakte. Neurasthenie werd eveneens in verband gebracht met de ziekmakende factoren in de moderne samenleving.
264 Binneveld 1985, 195. Zie ook Staal 1987.

1.5 De wereld van het gesticht

Wat speelde zich binnen de gestichten af? Hoe zag de wereld van de gestichten eruit? Wie waren de patiënten, wat was hun voorgeschiedenis en hoe verliep hun verblijf in het gesticht? Wie waren belast met hun verpleging of verzorging, en hoe werden zij op deze taken voorbereid? Welke rol vervulden de artsen en welke mate van zeggenschap was hun toebedeeld?

Kenmerkend voor het gestichtsleven was de massaliteit. Slaapzalen en verblijfsruimten voor enkele tientallen krankzinnigen waren eerder regel dan uitzondering.[265] Veldwijk te Ermelo was met paviljoens voor maximaal 20 patiënten relatief kleinschalig.[266] Hoe krap en opeengepakt krankzinnigen waren ondergebracht, blijkt uit het Inspectieverslag over 1885. Volgens de inspecteurs kon elk der verpleegden in de slaapzalen van het pas geopende gesticht Voorburg te Vught gemiddeld over 24 kubieke meter lucht beschikken, 'hetgeen een voordeelig contrast aanbiedt met de overbevolkte slaapzalen van de meeste der bestaande nederlandsche krankzinnigengestichten.' Desalniettemin besloten de inspecteurs onder aandrang van gestichtsgeneesheren de bouwtechnische eisen 'zoo laag te stellen als de gezondheidsbelangen der verpleegden en de noodzakelijkheid van orde en rust in de gestichten maar eenigszins toelieten."[267] Het kwam erop neer dat de norm van gemiddeld 24 kubieke meter ruimte per verpleegde in de slaapvertrekken naar beneden ging tot 20 zonder en 15 mét kunstmatige ventilatie. Behalve voor voldoende luchtverversing was ook 'een behoorlijken afstand der kribben' vereist, variërend van 0,80 meter in de afdelingen voor rustigen tot 1 meter in de afdelingen voor onrustigen. De inspecteurs vonden het 'geen bezwaar toe te staan dat eene rij van kribben met de hoofd- tegen de voeteinden eener andere rij aansluit."[268] De normen voor nieuwbouw waren nauwelijks royaler. Zo presenteerde inspecteur W.P. Ruysch in 1891 een in overleg met hem en zijn collega Van Andel tot stand gekomen ontwerp voor een gesticht dat voorzag in tussen 12 en 15 kubieke meter per lijder in de dagverblijven, en tussen 20 en 24 kubieke meter in de nachtverblijven.[269] De huisvesting van klassepatiënten was uiteraard aanzienlijk ruimer en comfortabeler.

Rond 1900 beschikten de meeste gestichten ten minste over een aparte opnameafdeling, gescheiden afdelingen voor rustigen, halfrustigen en onrustigen, en een ziekenafdeling ter verpleging van patiënten met lichamelijke kwalen. En dat alles voor mannen en vrouwen apart, want een strikte scheiding tussen de seksen was de onbetwiste en bovendien wettelijk vastgelegde norm. De zogenoemde 'geslachtsas', die in de vorm van een hoge haag het terrein van het Deventerse buitengesticht Brinkgreven in tweeën deelde, illustreert dit treffend.[270] Of neem de

265 De precieze cijfers zijn moeilijk te achterhalen. Mens (2003) geeft hierover geen uitsluitsel.
266 Zie ook Cox et al. 1892, 222.
267 Ramaer en Van Cappelle 1887, 169.
268 Ramaer en Van Cappelle 1887, 184.
269 Ruysch 1891, 202. Zie ook: Cox et al. 1892, 222-224.
270 Hogenstijn 1987, 70.

muur in de kapel van Voorburg te Vught die moest beletten dat de broeders en zusters religieuzen elkaar tijdens de godsdienstoefening konden zien.[271]

Toen inspecteur Van Deventer in 1905 berichtte over een internationaal vergelijkend onderzoek naar de toestand van krankzinnigengestichten in Frankrijk, Duitsland, Italië, Zwitserland en België – Nederland behoorde niet tot de onderzochte landen – kon hij het met de conclusies eens zijn.[272] Het moderne krankzinnigengesticht was inderdaad in bijna alle onderzochte landen geheel van karakter veranderd.

——— *De vroegere geneeskundige gevangenissen hebben plaats gemaakt voor werkelijke ziekeninrichtingen. De groote monumentale, symmetrische gebouwen, waar de lijders zonder eenige groepeering dooreengemengd werden verpleegd, hebben plaats gemaakt voor een complex van gebouwen (paviljoens).*[273]

De vroegere 'massale behandeling' was vervangen door 'individueele behandeling' met per afdeling of paviljoen gemiddeld 25 tot 50 patiënten, een gemiddeld aantal geneeskundigen van 1 op 100 patiënten en een aantal verplegenden van 1 op 10.

Het verplegend personeel moest voldoen aan bepaalde eisen van geschiktheid en bekwaamheid en hun opleiding vond in de inrichting zelf plaats. Van Deventer, die begin jaren negentig van de negentiende eeuw tot de initiatiefnemers voor een verpleegopleiding in eigen land behoorde, noteerde bovendien met instemming dat ook in het buitenland de 'hooge waarde der vrouw als verpleegster … meer en meer aan het licht' trad.[274] De verschillen tussen de onderzochte landen waren evenwel groot. De onderzoekers hadden moeten vaststellen 'dat Frankrijk, dat jarenlang den eersten rang heeft ingenomen, van zijne voetzuil is afgedaald', dat ook België op een 'zeer lage trap' stond, en dat Duitsland op dat moment de eerste plaats bezette.[275] Van Deventer achtte het kennelijk niet zijn taak om Nederland een rapportcijfer te geven. Het is nog maar de vraag hoe dit cijfer zou zijn uitgevallen. Weliswaar gold in Nederland voor de verpleging de norm van 1 verpleger of verpleegster op 6 patiënten, maar daar stond tegenover dat nog in 1909 gemiddeld niet minder dan 200 patiënten aan één gestichtsgeneesheer waren toevertrouwd.[276]

271 Binneveld en Wolf 1985, 46.
272 Van Deventer 1905.
273 Van Deventer 1905, 414.
274 Van Deventer 1905, 414. De psychiatrische verpleegopleiding in Nederland komt ter sprake in 1.5, paragraaf 'Tot verplegen geroepen'.
275 Van Deventer 1905, 417-418.
276 Poslavsky 1961, 76-77.
277 Schermers 1904a; Schermers 1906a; Schermers 1913; Schuurmans Stekhoven 1922; Van den Bergh 1922; Kraus 1933.

De gestichtsbevolking

Wie waren de krankzinnigen die eind negentiende, begin twintigste eeuw in de gestichten verbleven? De jaarlijkse verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en daarop gebaseerde analyses laten zien hoe het patiëntenbestand in de loop der jaren was samengesteld, inclusief het aantal opnamen en het aantal mensen dat al dan niet hersteld het gesticht verliet of daarin overleed.[277] De gestichtsbevolking, steeds per 1 januari vastgesteld, steeg van 4700 in 1884 via ruim 8100 in 1900 naar ruim 14.500 in 1915.[278] Het kwam erop neer dat er van iedere 1000 inwoners in 1884 ongeveer 1,1, in 1900 bijna 1,6 en in 1915 ongeveer 2,3 in een krankzinnigengesticht verbleven. Het jaarlijks aantal opnamen, exclusief de overplaatsingen vanuit een ander gesticht, steeg van ruim 1000 in 1884 naar ongeveer 1800 in 1900 en bijna 3000 in 1914.[279] Mannen en vrouwen waren ongeveer even sterk vertegenwoordigd.

De Inspectie verzamelde ook gegevens over de 'aard der krankzinnigheid' van de patiënten die in de onder het Staatstoezicht vallende gestichten (zowel krankzinnigen- als idiotengestichten) verbleven, al nam zij die slechts bij uitzondering op in de verslagen van het Staatstoezicht. Hoewel de Inspectie in de loop van de hier besproken periode enkele veranderingen aanbracht in de naamgeving en de rubricering van de diverse vormen van krankzinnigheid, bleef het aantal rubrieken – zestien – gelijk.[280] Per 31 december 1909 was de verdeling van de gestichtsbevolking naar de 'vorm der psychose', zoals Schuurmans Stekhoven het noemde, als volgt (zie tabel 1.2).[281]

Dementia praecox, thans beter bekend als schizofrenie, was indertijd met bijna 34 procent veruit de meest voorkomende diagnose, op afstand gevolgd door imbecillitas (11 procent) en paranoia (ruim 10 procent). Indien we op grond van hedendaagse indelingscriteria een globale ordening aanbrengen in de indertijd onderscheiden rubrieken, dan levert dat als hoofdgroepen op:

1 psychotische stoornissen (paranoia, amentia, dementia praecox): 46 procent;
2 zwakzinnigheid (imbecillitas, idiotia): 20 procent;
3 cognitieve stoornissen (dementia senilis, dementia organica, dementia secundaria): 10,5 procent;
4 stemmingsstoornissen (mania, melancholia, insania periodica): 10 procent;
5 neurologische stoornissen (insania epileptica, dementia paralytica): 8,5 procent.[282]

278 Schuurmans Stekhoven 1922, tabel V: 166-169. Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1964.

279 Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.

280 Schermers 1906a, bijlage I; Schuurmans Stekhoven 1922, tabel VIII. Zie ook Slijkhuis 2005.

281 Bron: Schuurmans Stekhoven 1922, tabel VIII.

282 Deze indeling is ontleend aan Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 1. Zie ook Vijselaar 2005.

TABEL 1.2 *De bevolking der gestichten op 31 december 1909 naar de vorm der psychose.*

Vorm der psychose	Mannen	Vrouwen	Totaal	Totaal in percentages
Mania	46	118	164	1,40
Melancholia	123	239	362	3,08
Insania periodica	253	395	648	5,52
Paranoia	624	603	1227	10,45
Insania neurotica	88	266	354	3,01
Amentia	44	113	157	1,34
Insania toxica	108	28	136	1,16
Insania epileptica	427	293	720	6,13
Dementia senilis	262	328	590	5,02
Dementia paralytica	232	51	283	2,41
Dementia organica	70	43	113	0,96
Dementia praecox	2048	1940	3988	33,95
Dementia secundaria	179	359	538	4,58
Imbecillitas	751	542	1293	11,01
Idiotia	590	457	1047	8,91
Casus ceteri	86	40	126	1,07
Totaal	**5931**	**5815**	**11746**	**100,0**

Uit de bovenstaande cijfers komt duidelijk naar voren dat een substantieel deel, in totaal ongeveer twee vijfde, van de toenmalige gestichtsbevolking bestond uit zwakzinnigen en lijders aan cognitieve of neurologische stoornissen. Lijders aan seniele dementie maakten met zo'n 5 procent vooralsnog een betrekkelijk klein deel van de gestichtsbevolking uit. De samenstelling van de gestichtsbevolking anno 1909 was een heel andere dan die van het huidige psychiatrische ziekenhuis. Lijders aan psychotische en stemmingsstoornissen, die tegenwoordig het overgrote deel van de patiëntenpopulatie uitmaken, vormden indertijd een bescheiden meerderheid van nog geen 60 procent.[283]

De beschikbare statistieken laten voorts zien dat zowel absoluut als relatief gezien meer opgenomen krankzinnigen uit steden dan van het platteland afkomstig waren. De toegenomen urbanisatie vanaf eind negentiende eeuw zou deze al langer bestaande tendens alleen maar versterken. In 1899 was al bijna 46 procent van de Nederlandse gestichtsbevolking afkomstig uit de sterk verstedelijkte provincies Noord- en Zuid-Holland.[284] De onderlinge verschillen tussen de steden waren aanzienlijk. Volgens een berekening uit 1918 stond Amsterdam (3,4 van gemeentewege verpleegde krankzinnigen op 1000 inwoners) met afstand bovenaan, gevolgd door Utrecht (2,7), en daarna Rotterdam en Den Haag met een gelijke score (2,2).[285]

De leeftijdsverdeling van de gestichtsbevolking was in het laatste kwart van de negentiende eeuw betrekkelijk stabiel met als sterkst vertegenwoordigde groepen die van 30 tot 40 jaar (23 procent), gevolgd door die van 20 tot 30 (21 procent) en 40 tot 50 jaar (19 procent). De 50- tot 60-jarigen waren minder sterk vertegenwoordigd (14 procent), terwijl de 60-plussers ook een tamelijk bescheiden groep vormden (ruim 14 procent).[286] In 1914 waren de verhoudingen veranderd door de gemiddeld veel oudere gestichtsbevolking.[287] Deze veroudering lijkt ten dele op het conto te kunnen worden geschreven van een toename van het aantal chronische patiënten in de gestichten en van een stijging van de gemiddelde levensduur: als ze al niet bejaard waren bij opname, dan werden ze het wel in de loop van hun verblijf in het gesticht. De 30- tot 40-jarigen en de 40- tot 50-jarigen vormden toen de grootste groepen (ieder 21 procent), terwijl de groep 20- tot 30-jarigen relatief klein was (bijna 14 procent) en vergeleken met eind negentiende eeuw veel minder sterk was vertegenwoordigd. De 50- tot 60-jarigen waren inmiddels wat talrijker (17 procent), maar de verhoudingsgewijs grootste stijging vertoonden de 60-plussers (20 procent). Ook vergeleken met de bevolking als geheel waren de oudere leeftijdsgroepen, en dan vooral de 70-plussers, sterk oververtegenwoordigd,

283 Borgesius en Brunenberg 1999, 15-16.
284 Schermers 1906a, 1046-1047.
285 Kraus 1933, 3. Vergelijk Stavenuiter 1993, 91. Stavenuiter signaleert in Amsterdam in de periode 1851 en 1891 een proces van toenemende individualisering bij ouderen. Het aantal ouderen dat met kinderen en niet-verwanten leefde nam af, terwijl het aantal ouderen dat als hoofd van het eigen huishouden stond genoteerd, licht toenam.
286 Schermers 1906a, 1050-1051.
287 Kraus 1933, 18.

zoals een berekening van de 'asyleringscoëfficiënt' van de Nederlandse bevolking – het aantal in gestichten verpleegden per 10.000 van de bevolking – per leeftijdsgroep over de jaren 1909 en 1910 laat zien.[288] Zowel voor het laatste kwart van de negentiende eeuw als voor 1914 gold dat mannen enigszins waren oververtegenwoordigd in de lagere leeftijdsgroepen en vrouwen in de hogere leeftijdsgroepen. Waar dit omslagpunt aan het eind van de negentiende eeuw bij 30 jaar lag, was dit in 1914 opgeschoven naar 40 jaar.

De burgerlijke staat van de gestichtsbevolking vertoont eveneens een ongelijkmatige verdeling. Vergeleken met de bevolking als geheel verbleven in 1909 en 1910 aanzienlijk minder gehuwden dan ongehuwden in de krankzinnigengestichten, en ook minder getrouwden dan mensen die getrouwd waren geweest. In zijn dissertatie *Krankzinnigheid in Nederland* (1933) gaf G. Kraus, vanaf 1930 geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (het voormalige Meerenberg), hiervoor de plausibele verklaring dat gehuwden langer konden steunen op de zorg van andere gezinsleden, terwijl ongehuwden in de regel moeilijker konden terugvallen op hun naaste omgeving en mede daardoor de maatschappij sneller tot overlast werden.[289] Ook de door Kraus geanalyseerde informatie over de kerkelijke gezindte van de gestichtsbevolking heeft betrekking op de opnamen in 1909 en 1910. Gezien de betrekkelijk kleine absolute aantallen valt hieruit, naar hij ook zelf aangeeft, slechts met enige terughoudendheid op te maken dat verhoudingsgewijs veel joden en ook lutheranen, en slechts weinig gereformeerden waren opgenomen, terwijl katholieken iets onder en hervormden iets boven het gemiddelde zaten.[290]

Een sterk in het oog lopende sociale scheidslijn, ten slotte, berustte op klasse of stand. Het overgrote deel van de patiënten was afkomstig uit de lagere standen – op zichzelf niet verwonderlijk, want het overgrote deel van de bevolking behoorde daartoe. Rond 1910 werd ongeveer driekwart van de gestichtsbevolking op kosten van de armenzorg verpleegd, terwijl 18 procent daarvan bestond uit zelfbetalende patiënten.[291] Dit sociale onderscheid was duidelijk zichtbaar door de gescheiden verpleging van eerste-, tweede- en derdeklassepatiënten, en door de gestichtskleding die derdeklassepatiënten, uitgezonderd in de gereformeerde gestichten, doorgaans droegen. Daarbij zij opgemerkt dat sommige gestichten alleen derdeklassepatiënten opnamen, hetgeen intern tot meer gelijkheid, maar naar buiten toe tot een verhoogde stigmatisering kon bijdragen. De gestichtskleding zou pas in de jaren zestig van de twintigste eeuw geheel en al tot het verleden gaan behoren.[292]

De Inspectieverslagen bevatten ook informatie over de frequentie waarmee patiënten aan krankzinnigheid leden en de duur ervan voor opname. Tevens

288 Kraus 1933, 17.
289 Kraus 1933, 22–27.
290 Kraus 1933, 106–107.
291 De Wit 1991; Bakker en Van der Velden 2004a, 2004b.
292 Zie bijvoorbeeld: Blok 1998c, 228–229; vergelijk Schermers 1911, 378.

J.H. Schuurmans Stekhoven.

biedt een artikel van Schermers een overzicht van overledenen en herstelden – per leeftijdsgroep en naar opnameduur – gedurende het laatste kwart van de negentiende eeuw.[293] Ongeveer 80 procent van de opnamen betrof mensen die voor het eerst krankzinnig waren. Tussen 1875 en 1900 steeg het aandeel van deze groep van bijna 77 procent naar bijna 82 procent, terwijl het percentage van degenen die meer dan eenmaal aan krankzinnigheid leden navenant kleiner werd. Schermers plaatste overigens wel de kanttekening dat de opgaven omtrent de terugkeer der krankzinnigheid dikwijls niet juist bleken te zijn. 'Vaak tracht de familie het te verbergen, dat de patiënt niet voor de eerste maal krankzinnig is, doordat men het als een soort van schande schijnt te beschouwen, wanneer men door deze ziekte wordt aangetast.'[294] Voor bijna 34 procent van de patiënten volgde opname binnen 3 maanden nadat ze krankzinnig waren geworden, voor ruim 22 procent was die periode 3 tot 12 maanden, voor bijna 32 procent langer dan een jaar, terwijl bijna 8 procent sedert de vroegste jeugd krankzinnig – vermoedelijk 'imbeciel' of idioot' – was.

Tijdens het laatste kwart van de negentiende eeuw overleed gemiddeld bijna 35 procent van de opgenomen patiënten in het gesticht. Aan het begin van deze periode was dit percentage aanzienlijk hoger (ruim 39 procent) dan aan het eind (bijna 31 procent), terwijl de sterfte onder mannen steeds groter was dan bij vrouwen. Ongeveer twee vijfde van de overledenen was een jaar of korter opgenomen geweest. Het aantal 'herstelden' – in de verslaglegging niet nader gespecificeerd – bleef iets achter bij de overledenen, namelijk ruim 30 procent.[295] Bovendien vertoonde ook dit percentage in het laatste kwart van de negentiende eeuw een dalende tendens, zij het met schommelingen, van ruim 37 procent naar bijna 29 procent. Tussen 1900 en 1911 zou het herstelpercentage vrijwel steeds boven de 30 uitkomen.[296] Onder vrouwen was het percentage herstelden, ook na 1900, belangrijk hoger dan onder mannen. In het laatste kwart van de negentiende eeuw werd van de herstelden bijna 72 procent een jaar of korter verpleegd, en 47 procent tussen 0 en 6 maanden.

De cijfers gaven alle aanleiding tot bespiegelingen over het effect van gestichtsverpleging. Gestichtsartsen en inspecteurs hadden immers voortdurend benadrukt dat de gestichten net als gewone ziekenhuizen bedoeld waren om te genezen. Dat het percentage herstelden desalniettemin op ongeveer 30 procent bleef steken, brachten zij enerzijds in verband met een te late opname – hoe eerder iemand na de manifestatie van krankzinnigheid werd opgenomen, hoe groter de kans op herstel – en anderzijds met de relatieve toename van 'psychosen' met een slechte prognose zoals 'vecordia, dementia, idiotia en paralysis cerebri' en een relatieve afname van 'affectieve psychosen', terwijl die over het algemeen

293 Schermers 1906a. Alle gegevens zijn apart voor mannen en vrouwen gepresenteerd.

294 Schermers 1906a, 1054.

295 Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstukken 7 en 8. Zie ook 2.3, paragraaf 'Terug naar de maatschappij'.

296 Schermers 1913, 594.

Het verloop van de gestichtsbevolking, 1850-1915.

TABEL I.

Jaar.	Sterkte der bevolking op 1 Januari.			Opgenomen. *			Afgevoerd als: niet-krankzinnig.			hersteld.			niet-hersteld. *			Overleden.		
	M.	V.	T.	M.	V.	T.	M.	V.	T.	M.	V.	T.	M.	V.	T.	M.	V.	T.
1850	595	592	1187	221	237	458	5	4	9	86	88	174	32	20	52	79	64	143
1860	984	1086	2070	337	351	688	5	5	10	122	136	258	40	35	75	127	131	258
1870	1644	1731	3375	478	465	943	6	5	11	185	223	408	118	79	197	193	186	379
1880	2015	2201	4216	551	530	1081	—	—	—	187	225	412	63	63	126	270	191	461
1890	2952	3127	6079	646	720	1366	—	—	—	195	250	445	77	76	153	305	297	602
1900	4096	4043	8139	928	851	1779	6	3	9	294	334	628	150	145	295	375	305	680
1909	5479	5441	10920	1373	1326	2699	10	2	12	336	395	731	139	161	300	436	394	830
1910	5931	5815	11746	1384	1407	2791	13	3	16	395	460	855	168	147	315	534	427	961
1911	6205	6185	12390	1396	1487	2883	4	4	8	405	516	921	171	197	368	566	507	1073
1912	6455	6448	12903	1411	1462	2873	5	2	7	419	444	863	182	265	447	485	486	971
1913	6775	6713	13488	1427	1470	2897	15	6	21	406	468	874	227	210	437	537	541	1078
1909 t/m 1913 gemiddeld:				1398	1431	2829	9	4	13	392	457	849	177	196	373	512	471	983
1914	7017	6958	13975	1529	1465	2994	15	2	17	405	479	884	207	220	427	618	513	1131
1915	7301	7209	14510	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Exclusief de overgeplaatsten uit (naar) Nederlandsche gestichten, doch inclusief de overgeplaatsten uit (naar) buitenlandsche gestichten (en kolonies).
Onder de opgenomenen zijn vanaf 1909 begrepen degenen, die als niet-krankzinnig werden afgevoerd.

de beste prognose gaven. Relatief hoge herstelcijfers kwamen in het laatste kwart van de negentiende eeuw voor bij lijders aan mania acuta (ruim 62 procent) en aan insania cyclica (55 procent).[297]

Nadat Schermers reeds in 1909 de genezingskans in een gesticht op dat moment lager had aangeslagen dan vroeger, kwam ook W.H. Cox, geneesheer-directeur van het krankzinnigengesticht te Utrecht, in 1910 tot de weinig bemoedigende slotsom dat de inmiddels verbeterde krankzinnigenverpleging niet tot een hoger genezingspercentage had geleid.[298] Inspecteur Schuurmans Stekhoven meende evenwel dat een genuanceerder oordeel op zijn plaats was. Hij wenste de resultaten van de verpleging niet alleen te bezien in termen van herstel, maar ook in termen van verbetering van de lichamelijke en geestelijke toestand van de verpleegden. Bovendien was het volgens hem zaak de duurzaamheid van het resultaat, afgemeten aan het aantal heropnamen, mee te wegen. Hoe dan ook kon 'men niet van het gesticht verwachten en verlangen, dat het de ongeneeslijken geneest'. En helaas, aldus Schuurmans Stekhoven, vertoonde juist het percentage 'chronisch ongeneeslijke gevallen' in de laatste decennia een stijging.[299]

Tussen thuis en gesticht

Het collectieve beeld van de gestichtspatiënten dat uit de statistieken opdoemt is uiteraard onpersoonlijk en afstandelijk. Voor meer directe en genuanceerde informatie vormen patiëntendossiers een onontbeerlijke, maar tot dusverre relatief weinig benutte bron.[300] Waar de statistieken bijvoorbeeld vermelden hoeveel tijd

297 Schermers 1906b, 57. Schermers verwees expliciet naar de leer van de Duitse psychiater E. Kraepelin en de hieruit voortvloeiende 'verandering in opvatting omtrent den aard der psychosen'.

298 Schermers 1909; Cox 1910a.

299 Schuurmans Stekhoven 1910, 449-450.

300 Aangezien de patiëntendossiers volgens een bepaald, zij het in de loop der tijd evoluerend stramien zijn opgebouwd, bevatten zij doorgaans eenzelfde type basisinformatie. Door de patiënt geschreven brieven, dagboeken en aantekeningen zijn evenwel in dergelijke dossiers zelden te vinden. Ongepubliceerde en gepubliceerde egodocumenten van (ex-) patiënten of familieleden van (ex-)patiënten kunnen waardevolle informatie opleveren over hun persoonlijke ervaringen. Zie Vijselaar 1988. Voor de meer recente periode vormen ook interviews een belangrijke bron. Zie Louter 2005. Zie voor recent, sterk kwalitatief gericht onderzoek op basis van patiëntendossiers uit Nederlandse psychiatrische inrichtingen of sanatoria voor zenuwlijders: Vijselaar over Voorburg, Endegeest en Wolfheze (Vijselaar 2005; Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c; Vijselaar, monografie in voorbereiding), respectievelijk Gijswijt-Hofstra over Rhijngeest (Gijswijt-Hofstra 2004). Zie voorts 1.6, paragraaf 'Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest'. In Nederland was Peeters de pionier van historisch dossieronderzoek: Peeters et al. 1979; Peeters en De Vos 1982. Nadien benutte Hutschemaekers patiëntendossiers van een negental psychiatrische inrichtingen, klinieken en dergelijke voor zijn studie naar neurosen in Nederland in de twintigste eeuw. Hutschemaekers 1990; Hutschemaekers 1993b; Hutschemaekers 1993c. Zie voor dossieronderzoek in de extramurale psychiatrie: Gomperts 1992; Oosterhuis 1992; Oosterhuis 2000; Israëls 2001; Akkermans 2006. Zie voorts het recente dossieronderzoek van A. Suzuki over Engelse en Japanse psychiatrische inrichtingen in de negentiende en twintigste eeuw: onder meer Suzuki 2003a; Suzuki 2003b; Suzuki 2005; Suzuki 2006.

verliep tussen het optreden van krankzinnigheid en de opname in een gesticht, bieden patiëntendossiers nader zicht op het voortraject tot en met de uiteindelijke aanleiding tot opname. J. Vijselaars onderzoek naar patiëntendossiers van de gestichten Voorburg, Endegeest en Wolfheze maakt onder meer duidelijk dat familieleden zich gedurende lange tijd veel moeite getroostten om een krankzinnige thuis te verzorgen. Pas als het echt niet langer ging, bijvoorbeeld omdat de belangrijkste verzorger wegviel of omdat de patiënt al te lastig of onhandelbaar werd, kwam opname in een gesticht noodgedwongen in zicht.

Een eveneens informatieve bron bestaat uit de ingekomen en uitgaande stukken van Burgemeester en Wethouders, zoals L. de Graaf die recentelijk voor de periode 1900-1940 in de gemeente Tiel onderzocht.[301] Deze stukken werpen onder meer licht op de belangrijke rol die de gemeente speelde, in het bijzonder bij de opname van behoeftige krankzinnigen en de keuze van een gesticht. Financiële overwegingen van de kant van de gemeente wogen daarbij zwaar. De familie van de krankzinnige had doorgaans geen inspraak bij de keuze van een gesticht; de gemeente hield alleen rekening met de confessionele achtergrond van de familie.[302]

Over het voortraject, wat zich voorafgaande aan de gestichtsopname zoal afspeelde, was tot voor kort vrij weinig bekend. Dankzij Vijselaars dossieronderzoek weten wij thans aanzienlijk meer over de klachten en symptomen van de lijders, de 'voorzorg' – de zorg in eigen kring en hulp van derden – de aanleidingen tot opname, de gang naar het gesticht, en ook over wat daarop volgde. Aangezien zijn rapportage is verdeeld over twee langere perioden (circa 1890-1950 en 1950-1990) en daarbinnen geen duidelijke cesuren zijn aangebracht, is het hierna niet steeds doenlijk en evenmin wenselijk om consequent en ietwat geforceerd een scheiding aan te brengen tussen gegevens over de perioden 1890-1918, 1918-1940 en 1940-1950. Hoewel de grote kentering, met de komst van de nieuwe psychofarmaca, in de jaren vijftig ligt, getuigen de dossiers wel degelijk van veranderingen die zich binnen elk van beide, door Vijselaar aangehouden verslagperioden – dus die van voor en na 1950 – voltrokken. Afgezien van de nieuwe therapieën die in het interbellum vol verwachting het gesticht werden binnengehaald, deden zich ook tot dusverre minder bekende verschuivingen voor, bijvoorbeeld op het gebied van het voor- en het natraject in brede zin. Zo kon Vijselaar onder meer vaststellen dat algemene ziekenhuizen vanaf de jaren twintig – toen reeds soms voorzien van een psychiatrisch-neurologische afdeling of polikliniek – en zenuwartsen vanaf de jaren dertig een belangrijker rol gingen vervullen in het proces dat op een bepaald moment in gestichtsopname zou uitmonden. Vrijgevestigde of in de algemene gezondheidszorg werkzame zenuwartsen vervulden trouwens al langer en met enige regelmaat een soortgelijke rol voor patiënten die in een sanatorium voor zenuwlijders zouden belanden.[303] Het merendeel van deze patiënten bekos-

301 De Graaf 2007.
302 De Graaf 2007, 53-54.
303 Gijswijt-Hofstra 2004. Zie voorts 1.6, paragraaf 'Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest'.

tigde zelf zijn verpleging, terwijl in Endegeest en Wolfheze met louter derdeklasseverpleging, maar ook in Voorburg dat wél klasseverpleging aanbood, het gros van de patiënten op armenzorg was aangewezen.

Vijselaars onderzoek laat zien dat het voortraject naar het gesticht een dikwijls lange en moeizame weg was.[304] Zoals we eerder zagen meenden artsen in het begin van de twintigste eeuw, en in hun voetspoor ook Binneveld, dat de groei van de gestichtsbevolking mede of vooral zijn oorzaak vond in een verminderde weerstand tegen gestichtsopname van de kant van de familie en een verlaagd maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigen. De dossiers doen echter vermoeden dat die weerstand nog bepaald groot was, net als de feitelijke bereidheid – hoezeer ook noodgedwongen – om een krankzinnig familielid te verzorgen. Het verhaal van een ruim vijftigjarige vrouw die zes jaar tevoren diep neerslachtig was geworden, niets meer zei en af en toe voedsel weigerde, maar later wartaal was gaan spreken en bovendien agressief en gevaarlijk gedrag was gaan vertonen, en die al die tijd door haar volwassen dochter was verzorgd, is slechts een van vele die Vijselaar in de dossiers heeft aangetroffen. In de periode vanaf eind negentiende eeuw tot 1950 werd ruim de helft van de patiënten uit de 160 onderzochte dossiers van Voorburg, Endegeest en Wolfheze vanuit het eigen milieu van gezin of familie opgenomen. Van deze groep patiënten was bijna een vijfde al langer dan vijf jaar ziek. Daarbij ging het doorgaans om mensen met relatief milde psychische klachten, die volgens de diagnose bij opname leden aan cognitieve stoornissen of aan neurologische kwalen, zoals epilepsie. Van hen vertoonde een kleine helft, vooral ouderen, symptomen van dementie. Daarnaast betrof het vooral mensen met een verstandelijke handicap die hun jeugd thuis hadden doorgebracht. Met andere woorden: kinderen verzorgden hun demente ouders en ouders verzorgden hun 'idiote' of 'imbeciele' kinderen. Maar ook mensen met zwaardere psychische aandoeningen kregen soms nog geruime tijd zorg in familiekring.

In een aantal gevallen riepen verwanten tevens de hulp van derden in. In ongeveer een vijfde van de onderzochte dossiers komt een huisarts ter sprake: niet alleen als opsteller van de krankzinnigheidsverklaring, maar ook, en dat vooral vanaf 1910, als behandelaar. De behandeling bestond doorgaans uit het voorschrijven van medicijnen als broom, opium, morfine, barbituraten of slaapmiddelen en, vanaf de jaren twintig, luminal, een anti-epilepticum. Tot in de jaren twintig maken de dossiers sporadisch en vanaf de jaren dertig met enige regelmaat melding van zenuwartsen. Zij werden vooral geconsulteerd in geval van stemmingsstoornissen en psychotische beelden.

Wanneer de situatie thuis onhoudbaar werd, maar opname in een gesticht of psychiatrische inrichting kennelijk (nog) niet aan de orde of mogelijk was, kon de familie haar toevlucht nemen tot opvang elders. Naar Schuurmans Stekhoven

304 Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstukken 2 en 3.

reeds in 1910 schreef, toonden de cijfers van het Staatstoezicht aan 'dat voor zeer velen de weg naar het krankzinnigengesticht leidt door een der gasthuizen of aanverwante inrichtingen.' Hij vermoedde dat dit

> ——— *zoowel chronisch invaliden [waren], die naar het krankzinnigengesticht werden gezonden zoodra zij in het gasthuis storend werden, als acute gevallen van krankzinnigheid voor wie eerst in een gasthuis, sanatorium of dergelijke inrichting plaats is gezocht, alvorens tot het krankzinnigengesticht – als het ultimum refugium – de toevlucht werd genomen.*[305]

Vier jaar later kon de inspecteur melden dat in 1913 bijna 14 procent van de gestichtspatiënten afkomstig was uit zogenaamde aangewezen inrichtingen (instellingen van weldadigheid en universiteitsklinieken), tegen de 20 procent uit de overige gasthuizen en aanverwante inrichtingen, een kleine 4 procent uit gevangenissen en aanverwante gestichten, terwijl ruim 62 procent 'overige gevallen' rechtstreeks vanuit huis in een gesticht terechtkwam.[306]

In de dossiers van Voorburg was er tot begin jaren twintig inderdaad geregeld sprake van opvang in een van de katholieke liefdegestichten. Van voorzieningen als rusthuizen en sanatoria voor zenuwlijders lijkt slechts spaarzaam gebruik te zijn gemaakt – niet zo verwonderlijk omdat het in de dossiers van alle drie de inrichtingen overwegend om armere mensen gaat. Daarentegen bleken algemene ziekenhuizen in toenemende mate een rol te vervullen in de tijdelijke opvang en behandeling van psychiatrische patiënten. Dat gold eveneens voor universitaire klinieken, zij het dat ze minder frequent in de dossiers voorkomen dan de algemene ziekenhuizen.[307]

Dat het er op een gegeven moment toch van kwam om iemand met rechterlijke machtiging en al – want daar viel voor de komst van de aangewezen afdelingen niet aan te ontkomen – in een krankzinnigengesticht te doen opnemen, kon enerzijds in de hand worden gewerkt door een plotselinge of geleidelijke verergering dan wel een acuut optreden van geestelijke verwarring, en anderzijds doordat thuis of elders onvoldoende of geen verzorging en/of behandeling meer mogelijk was. Uiteraard ging het een meestal met het ander samen. Toch is het onderscheid van belang omdat alleen al het wegvallen van een verzorgend gezins- of familielid aanleiding kon zijn tot opname. Vijselaar onderscheidt vier veel voorkomende aanleidingen of redenen tot opname: (1) overlast voor de naaste omgeving, (2) gevaar voor anderen, (3) gevaar voor zichzelf en (4) de behoefte aan (institutionele) zorg en behandeling (ook lichamelijk). Bij mensen die al langer 'ziek' waren, kon een escalatie van de moeilijkheden, veroorzaakt door vrij plotselinge gedragsveranderingen en het optreden van extreme verschijnselen, de doorslag geven. Het ging dan bijvoorbeeld om gewelddadigheid, agressie, vernielzucht,

305 Schuurmans Stekhoven 1910, 447.
306 Schuurmans Stekhoven 1914, 288.
307 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 2.

prikkelbaarheid, tieren, 'lastig' gedrag, zelfmoordneigingen of het niet willen eten. Ook een meer geleidelijke verergering van de problematiek kon uiteindelijk tot een dermate hoge belasting van de omgeving leiden dat de verzorgers en andere naasten het niet langer aankonden. Om een van de vele door Vijselaar genoemde voorbeelden aan te halen: bij een eind negentiende eeuw in Voorburg opgenomen vrouw waren de eerste verschijnselen een jaar of zeven tevoren opgetreden. In haar dossier was sprake van '[e]en algemeen lastig vallen en dollepraat. Aanhoudend. Het wordt erger.' Ten slotte dreigde de vrouw 'meermalen met een scherp voorwerp' en verdroeg zij geen enkele 'tegenspraak of harde behandeling. Dan wordt ze razend.'[308]

Uit Vijselaars analyse blijkt dat 'overlast' als motief voor opname in veruit de meeste gevallen neerkwam op overlast voor de direct betrokken gezins- of familieleden: zij waren het die de situatie niet langer aankonden. Overlast voor de buren of de wijdere woonomgeving is slechts in weinig dossiers te vinden. Een 'gevaar voor de openbare orde' kwam, met andere woorden, aanzienlijk minder voor dan tot dusverre veelal is aangenomen.[309] Ook als 'gevaar voor anderen' volgens de dossiers de aanleiding tot opname was – in ongeveer een derde daarvan was dat het geval, vrijwel even vaak als 'overlast' – is slechts zelden een nadere concretisering daarvan te vinden. Het ziet er dan ook naar uit dat de vermelding van 'gevaar voor anderen' voornamelijk diende als een formele reden voor het afgeven van een rechterlijke machtiging, zonder dat zich in feite al iets gevaarlijks had voorgedaan. Kennelijk was alleen al de veronderstelde mogelijkheid van gevaarlijk gedrag voldoende om iemand in een geneeskundige verklaring als een gevaar voor anderen te bestempelen. Desalniettemin is in verschillende dossiers wel degelijk sprake van daadwerkelijke bedreigingen en agressie. Een voorbeeld is de in 1907 in Endegeest opgenomen epileptische man, die maar moeilijk van de drank kon afblijven. Na een toeval werd hij vaak woest en hij had daarbij 'personen geslagen en gebeten, [en] een boel gebroken'.[310]

Al met al komt Vijselaar tot de slotsom dat slechts een beperkt aantal patiënten een concreet gevaar voor anderen vormde. Daarbij komt nog dat in de dossiers vrijwel nooit sprake is van slachtoffers. 'Gevaar' werd binnen de context van gezin of familie vaker gesignaleerd en ook geconcretiseerd dan wanneer het alleenstaanden betrof – bij 'overlast' deed zich het omgekeerde patroon voor. Mogelijk konden huisgenoten lastig gedrag nog wel verdragen, maar legden bedreigingen en agressief gedrag een dermate grote druk op hen dat geesteszieken de grenzen van wat de omgeving aankon overschreden. Een andere conclusie is dat mannen vaker wegens gevaar voor anderen in een gesticht terechtkwamen dan vrouwen, terwijl bij 'overlast' het omgekeerde het geval was. Voorts werden mensen met

308 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.

309 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.

310 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 3.

psychotische stoornissen, en daarnaast ook epileptici en alcoholverslaafden, meer dan gemiddeld vanwege gevaar voor hun omgeving opgenomen.

Bij ongeveer een vijfde van de patiënten kwam in de geneeskundige verklaring de kwalificatie 'gevaar voor zichzelf' voor. Het ging daarbij om neigingen of pogingen tot suïcide, zelfverminking en voedselweigering. Net als 'gevaar voor anderen' blijkt ook 'gevaar voor zichzelf' vooral vanuit gezins- en familieverband te zijn gesignaleerd. Wat de laatste belangrijke, in bijna een vijfde van de dossiers voorkomende aanleiding tot opname betreft, de behoefte aan (institutionele) zorg en behandeling, ging het verhoudingsgewijs vaak om zwakzinnigen en dementen die een groeiende, waarschijnlijk vooral ook lichamelijke, zorg behoefden, waarin gezin of familie niet meer in voldoende mate kon voorzien.

Terecht concludeert Vijselaar dat er kanttekeningen op hun plaats zijn bij de veronderstelling dat de psychiatrie functioneerde als een systeem dat krankzinnigen zonder meer uit de samenleving stootte. Uit de dossiers blijkt dat veelal niet geestesziekte op zichzelf, maar 'de sociale onmogelijkheid' – een uit 1928 daterende bewoording van de gestichtsarts H.C. Jelgersma – aanleiding gaf tot opname. Vijselaar voegt daaraan toe dat deze sociale onmogelijkheid 'meestal voortsproot uit de verstoring van het evenwicht tussen de draaglast (de ernst van het problematische gedrag van de "patiënt") en de sociale draagkracht van de omgeving (het vermogen [van de naasten] om te "dulden", te verdragen, te beïnvloeden en te verzorgen).' Kortom: het gesticht of de inrichting fungeerde niet zelden als een 'ultimum remedium' voor 'een sociaal onhoudbare situatie.'[311]

Krankzinnig in het gesticht

Als eenmaal het besluit tot opname in een krankzinnigengesticht was genomen, een rechterlijke machtiging was afgegeven, en de gemeente – als voornaamste betalende instantie – of, in een minderheid van de gevallen, de draagkrachtige familie had vastgesteld waar de patiënt terecht kon, dan volgde de reis naar het gesticht. Afhankelijk van de afstand tussen iemands woonplaats en het gesticht, en van de vervoersmogelijkheden, kon de reis korter of langer duren. Als die per trein plaatsvond, werd doorgaans een aparte coupé gereserveerd. Hoe dan ook ging er begeleiding mee, als het geen politie was, dan toch een krankzinnigenverpleger of -verpleegster uit het gesticht of de woonplaats van de patiënt, of alleen maar een familielid.[312]

Eenmaal binnengebracht ging de patiënt – indien voldoende handelbaar – linea recta met een verplegende mee naar de badkamer voor een grondige wasbeurt.[313] Daarop volgde een eerste lichamelijk onderzoek door een arts en de gang naar de slaapzaal of -kamer om in bed te worden gestopt. Hoe lang de nieuwe

311 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 4.

312 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 4. Zie ook De Graaf 2007, 50-51.

patiënt in bed moest blijven en aan welk regime hij of zij vervolgens werd onderworpen varieerde per periode, gesticht en aandoening. In ieder geval diende de geneesheer in de twee weken volgend op de opname nader onderzoek te verrichten naar de lichamelijke en psychische gesteldheid van de patiënt. Verplegenden hadden tot taak de bloeddruk, de temperatuur, de ademhaling en de stoelgang bij te houden en notities te maken van het gedrag van de patiënt. De wet schreef immers voor dat artsen veertien dagen na opname definitief vaststelden of er sprake was van krankzinnigheid en of verdere gestichtsverpleging noodzakelijk was.

Tot in de jaren twintig bleef het therapeutisch repertoire beperkt tot arbeid, medicijnen, bedverpleging en permanente baden. Behalve medicatie – zoals vermeld waren vooral broom en opium populair – was arbeid al veel langer in zwang, zo niet als therapie dan toch als nuttige bezigheid. In de negentiende eeuw bestond de zedenkundige behandeling, zoals halverwege de negentiende eeuw geïntroduceerd in het 'modelgesticht' Meerenberg, voor een belangrijk deel uit werkverschaffing.[314] De bedverpleging werd naar het voorbeeld van de Duitse psychiater C. Neisser in de jaren negentig van de negentiende eeuw in Nederland ingevoerd. De somatische, natuurwetenschappelijke verklaring van geestesziekte als organische en fysiologische hersenaandoening, die naar het voorbeeld van de Duitse psychiater W. Griesinger in Nederland sedert de jaren 1860 opgang deed, kreeg nu ook in de gestichtspraktijk een belangrijker plaats toebedeeld. Ook drong de Franse degeneratietheorie in de Nederlandse krankzinnigenzorg door. Die wees zowel schadelijke milieu-invloeden, slechte gewoonten alsook overerfelijkheid aan als oorzaken van lichamelijke en geestelijke afwijkingen.[315]

De somatische benadering van krankzinnigheid bracht nieuwe vormen van behandeling met zich mee zoals die ten dele ook in de moderne ziekenhuizen – het lichtend voorbeeld voor de nieuwe generatie gestichtsgeneesheren – toepassing vonden. Bedverpleging was daar één van. Enerzijds was deze bedoeld om pas opgenomen patiënten te observeren en als vorm van behandeling voor in het bijzonder psychotische en stemmingsstoornissen, anderzijds als een methode om de rust en de orde in het gesticht te bevorderen en de toepassing van afzondering en dwangmiddelen terug te dringen. Uit de jaarverslagen van Meerenberg blijkt dat de door geneesheer-directeur Van Deventer ingevoerde bedbehandeling snel aan populariteit won: terwijl in 1896 en 1897 ongeveer 14 procent van de patiënten in bed werd verpleegd, was dat in 1903 al met een kwart van de patiënten het geval. Hoe dan ook moesten nieuwe patiënten ter observatie ongeveer twee weken of, indien ze lichamelijk verzwakt waren, voor langere tijd in bed blijven.[316] Om

313 Zie over het leven in krankzinnigengestichten rond 1900: Vijselaar 1982. Zie ook Van Belzen 2004, hoofdstuk 2 over het verblijf van Doetje Reinsberg-Ypes in Veldwijk.

314 Zie voor nadere informatie over de zedenkundige behandeling en de 'non-restraint' in Meerenberg: Vijselaar 1997c.

315 Zie ook 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie en 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.

316 Boschma 1997a, 97; 2003, 65-70.

Slaapzaal Esquirol, Brinkgreven, Deventer.

een ander voorbeeld te noemen: het gereformeerde gesticht Bloemendaal te Loosduinen ging in 1899 over tot bedverpleging, nadat twee paviljoens daartoe waren verbouwd.[317] In 1917 wijdde J. van der Kolk, geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, een lezing aan de bedbehandeling in de gestichten, een onderwerp dat volgens hem nog geen uitvoerige aandacht had gekregen in Nederland.[318] Bij zijn aantreden in Endegeest bestond een bepaling dat alle nieuwe patiënten na opname ten minste veertien dagen in bed moesten blijven. Niemand zou zo'n regel op dat moment nog verdedigen, meende Van der Kolk, die bedbehandeling zeker niet afwees, maar wel waarschuwde voor een overmatig gebruik ervan.

Vijselaars onderzoek naar patiëntendossiers van Voorburg, Endegeest en Wolfheze wijst uit dat hooguit een kleine helft van de betreffende patiënten die tussen 1900 en 1919 waren opgenomen, te eniger tijd bedverpleging ondergingen.[319] In de jaren twintig steeg dit aandeel naar iets meer dan de helft, om vervolgens in de jaren dertig te dalen naar een derde. Terwijl over de hele periode genomen in Endegeest en Wolfheze ongeveer de helft van de patiënten bedverpleging kreeg, bleef Voorburg met een vijfde duidelijk achter. Gedurende de hele periode en voor de drie inrichtingen tezamen kwam bedverpleging veruit het meeste voor bij psychotische en stemmingsstoornissen.

Vanaf 1904 raakte nog een vierde behandelvorm, speciaal voor onrustige patiënten, in zwang, te beginnen in Endegeest: de 'geprolongeerde' of 'permanente' baden, gevuld met lauwwarm water, waarin patiënten etmalen of soms zelfs wekenlang zaten totdat de onrust was geweken.[320] Alleen al vanwege het vele werk voor de verpleging en de relatief hoge kosten vond deze behandelmethode slechts in beperkte mate toepassing. Tot 1920 komt de behandeling in een zeer bescheiden aantal van de onderzochte dossiers ter sprake, en dan nog alleen in die van Endegeest. In de jaren twintig steeg het aantal badbehandelingen – nu ook, en vanaf 1925 louter in de Voorburgse dossiers aangetroffen – om vervolgens in de jaren dertig te dalen. We zien hier dus eenzelfde ontwikkeling, zij het op veel bescheidener schaal, als bij de bedverpleging. Toch zijn er ook belangrijke verschillen. In Voorburg, waar de bedverpleging veel minder voorkwam dan in Endegeest en Wolfheze, vond de badbehandeling juist meer dan in Endegeest toepassing, terwijl de in de steekproef opgenomen dossiers van Wolfheze geen enkele vermelding van badbehandeling bevatten. Badbehandeling werd net als bedverpleging het meest benut bij stemmings- en psychotische stoornissen.

Veel patiënten kregen trouwens helemaal geen behandeling, ook niet door middel van werkverschaffing. Zij brachten hun dagen samen met hun lotgenoten

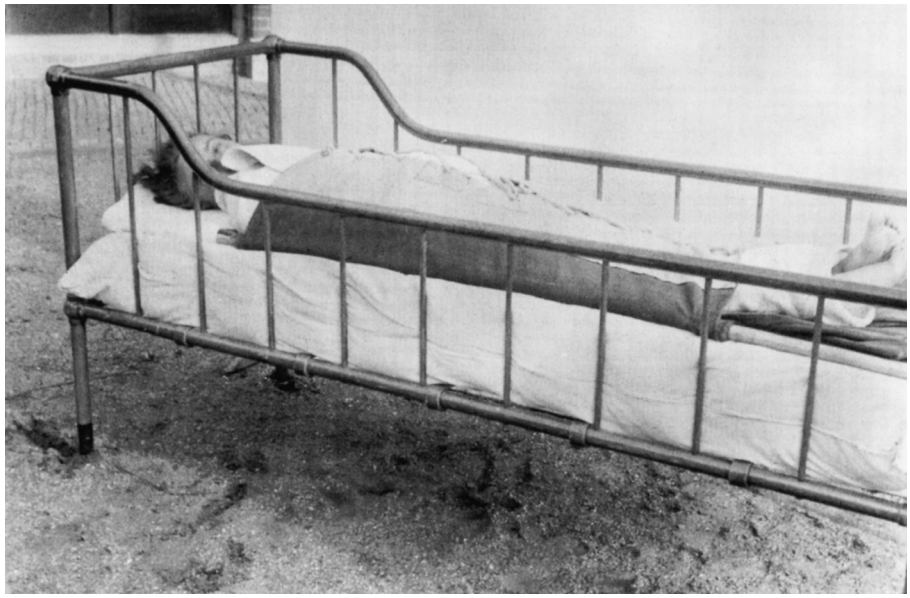
317 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 155-156.

318 Van der Kolk 1916, 477. Zie ook Vijselaar 1998b, 50-51.

319 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.

320 Vijselaar 1998b, 51-54. De Valeriuskliniek beschikte vanaf de opening in 1910 over enkele badkamers voor langdurige badbehandeling. Zie Lindeboom en Van Lieburg 1984, 156. Meerenberg kreeg in 1913 een speciale voorziening voor langdurige badbehandeling. Zie Boschma 1997a, 99-102; Boschma 2003, 70-73. Zie voorts: De Jong 1997a.

Een demonstratie van een natte of droge inwikkeling in Meerenberg ten behoeve van opleidingsdoeleinden.



op de paviljoens door in ledigheid, terwijl verplegenden erop toezagen dat zij elkaar uit verveling of ergernis niet in de haren vlogen. Wel vertoonde het aantal niet-behandelde patiënten een dalende tendens. Tussen 1900 en 1909 ging het om ongeveer een derde, in de tien jaar daarna om ruim een kwart en gedurende het interbellum om een vijfde van de patiënten. Ook hier zijn de verschillen tussen de drie inrichtingen groot: over de hele periode gerekend komt Voorburg uit op 43 procent onbehandelde patiënten, Endegeest op 22 procent en Wolfheze op 11 procent. Voorburg was dan ook een relatief arm gesticht met een verhoudingsgewijs groot aantal zwakzinnigen. Endegeest was al met al, mede door de band met de Leidse universitaire psychiatrie, sterker medisch georiënteerd, terwijl Wolfheze vermoedelijk vooral dankzij het relatief grote aantal arbeidende patiënten op een hoog percentage behandelden uitkomt. Het waren vooral dementen en zwakzinnigen die geen behandeling kregen, terwijl mensen met psychotische en stemmingsstoornissen het aanzienlijk minder vaak zonder therapie hoefden te stellen.

Hoewel artsen bed- en badbehandeling alsmede de zogenaamde vasthouding door verplegenden mede aanprezen als alternatief voor het gebruik van mechanische dwangmiddelen en zij ook medicijnen met een kalmerende werking toedienden, bleek het in de praktijk lastig om het geheel zonder dwangmiddelen te stellen. Volgens het Koninklijk Besluit van 3 juni 1884 golden als vormen van lijfsdwang: vastbinden der handen, losse dwanghandschoenen, dwanghandschoenen met gordel, dwangbuis of dwangjak, vastbinden der voeten, voetriemen, vastbinden op een gewone stoel en de dwangstoel. Onder afzondering werd verstaan opsluiting in een afzonderingskamer, cel of gesloten bedstede.[321] Van de wettelijke verplichting tot registratie van het gebruik van dwangmiddelen is vermoedelijk een remmende werking uitgegaan, hoewel de inspecteurs aanvankelijk niet op de medewerking van alle gestichten konden rekenen. Vanaf het begin van de jaren negentig van de negentiende eeuw was de registratie evenwel zodanig verbeterd dat de inspecteurs aan de hand van tabellen met opgaven van de in ieder gesticht toegepaste lijfsdwang met mechanische middelen en afzondering gaandeweg konden aantonen dat de eerste inmiddels tot de uitzonderingen behoorde en dat de laatste minder vaak voorkwam. Een vergelijkbaar beeld schetsten de inspecteurs – Schuurmans Stekhoven vanaf 1901 en Van Deventer vanaf 1905 – voor de jaren daarna, waarbij zij evenwel successievelijk de tabellen over lijfsdwang en afzondering achterwege lieten en de registratie als zodanig na 1914 in het slop raakte. Reeds in het verslag over de jaren 1909-1911 wezen de inspecteurs erop dat een volledige registratie van de dwangtoepassing onuitvoerbaar was gebleken, alleen al omdat het

321 Zie Van de Klippe 1997, 30-37.

——— zoo moeilijk is om te bepalen wat een dwangmiddel is [...] Sommige middelen toch hebben een tweeslachtig karakter, en zullen door den een als dwangmiddelen, door den ander niet als zoodanig worden aangemerkt. Er zijn allerlei overgangen tusschen echte dwangmiddelen en die, welke het niet zijn.[322]

De zogeheten inwikkeling – verplegenden wikkelden de onrustige patiënt in een droog of nat laken met daaroverheen een met grove steken vastgenaaide deken en in zeer ernstige gevallen daaromheen ook nog een canvaszeil – viel bijvoorbeeld buiten de registratieplicht en kwam dan ook op ruime schaal voor. Soms werd alleen het bovenlichaam ingewikkeld, zodat de patiënt nog wel kon lopen. Een en ander deed Schuurmans Stekhoven en Van Deventer in 1916 verzuchten dat het dwangregister 'thans ook bij nauwkeurige invulling volkomen onbruikbaar is om de frequentie van de toepassing van dwang te leeren kennen.'[323]

De inwikkeling van patiënten mocht dan niet als een te registreren en derhalve in principe met terughoudendheid te gebruiken dwangmiddel gelden, ten aanzien van het isoleren van patiënten, waarvoor wél registratieplicht bestond, legden psychiaters een grotere bezorgdheid aan de dag. Een in 1905 door een commissie van de NVPN uitgebracht rapport omtrent het isoleervraagstuk bevatte in ieder geval de dringende aanbeveling om onrustige patiënten zo min mogelijk en alleen in uiterste noodzaak af te zonderen. De commissie ging ervan uit dat isolatie net als het gebruik van dwangmiddelen op hun retour waren.[324] Daartoe was al eerder, bijvoorbeeld in gereformeerde gestichten, een eerste aanzet gegeven. Zo waren in Dennenoord al geen isoleercellen meer aanwezig en werden ze in Bloemendaal in 1899 afgebroken.[325]

Het failliet van de dwangmiddelenregistratie zo'n twintig jaar na de invoering ervan betekende geenszins dat deze geen blijvende invloed had. Zeker vanaf de jaren negentig lijkt van de registratieplicht op zijn minst een matigende werking te zijn uitgegaan. De introductie van de bedverpleging en, zij het in mindere mate, de badverpleging versterkte dit proces. Dat werpt overigens meteen een interessant licht op de vraag naar het onderscheid tussen dwangmiddel en behandeling. Zoals H. van de Klippe in haar dissertatie over dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname terecht opmerkt, bestond er een brede consensus dat het aan de behandelend artsen was om uit te maken wat in het kader van de behandeling goed was voor de patiënt, ook als dat het gebruik van dwangmiddelen inhield. Mits zij de door de (straf)wet en de medische ethiek gestelde grenzen in acht namen, was hun beslissingsbevoegdheid inzake dwangtoepassing en vrijheidsberoving nagenoeg onbeperkt. Sterker nog, volgens Van de Klippe maakten gestichtsartsen niet eens een onderscheid tussen dwang, vrijheidsbeperking en behandeling.[326]

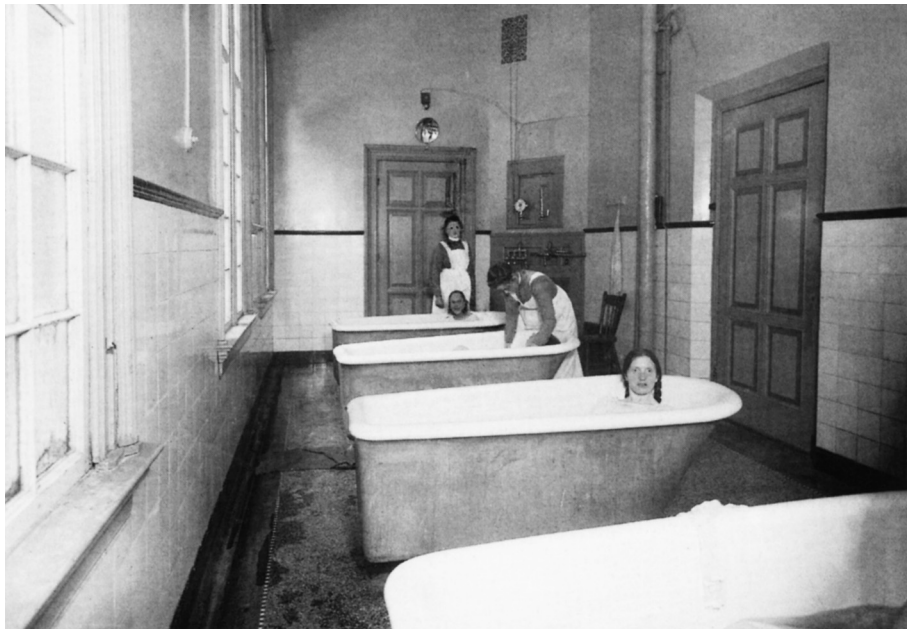
322 Geciteerd in Van de Klippe 1997, 36.
323 Geciteerd in Van de Klippe 1997, 37.
324 Le Rütte 1905, 55.
325 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 154.
326 Van de Klippe 1997, 33.

Het is duidelijk dat in de loop der tijd vanuit de diverse betrokken partijen – artsen, wetgever, verplegenden, patiënten en hun familie – uiteenlopende invullingen zijn gegeven aan het begrip dwang. Het beslissende woord in deze kwestie, als het al als zodanig aandacht kreeg, bleef lange tijd voorbehouden aan artsen. Dat zij de inwikkeling niet als dwangmiddel in de zin der wet hoefden te beschouwen was één ding, dat zij deze ter beteugeling van onrust als een normale behandeling wensten op te vatten, ging natuurlijk een stap verder. In de destijds gebruikte leerboeken voor de verpleegkundige opleiding gold de inwikkeling eveneens als een normale, zelfs moderne, bij onrust te gebruiken methode, die humaner was dan de vroegere middelen, zoals gesloten dekselbedden, dwangbuizen en dwangpakken.[327] Naar het zich laat aanzien hebben alleen de inspecteurs daarbij vraagtekens gezet. Dat deed vrijwel niemand, de inspecteurs inbegrepen, waar het ging om de manuele vasthouding en de bed- en de badbehandeling of om de toediening van medicijnen. Van Deventer, die in 1892 reeds schreef dat hij medicamenteuze dwang evenzeer afkeurenswaardig achtte als lijfsdwang, was in dit opzicht een uitzondering.[328] Kortom, enerzijds werden de grenzen van het medisch toelaatbaar geachte in de periode 1884–1918 scherper getrokken, met als gevolg dat het gebruik van de *geregistreerde* dwangmiddelen afnam, anderzijds bleven die grenzen vaag en rekbaar, getuige de nieuwe behandelvormen die eveneens een sterk element van dwang konden bevatten, ook al vatten medici dit indertijd zelden zo op.

De auteurs van de tussen 1897 en 1926 gepubliceerde leerboeken voor de krankzinnigenverpleging keurden het gebruik van mechanische dwangmiddelen integraal of vrijwel geheel af. Verplegenden ontvingen dan ook geen instructies voor de correcte toepassing van deze middelen. Zij kregen wél training in andere technieken, zoals het vasthouden van onrustige patiënten en 'moderne verpleegmethoden', waaronder bedverpleging, natte inwikkelingen of geprolongeerde badbehandeling. De auteurs van de leerboeken bespraken het afzonderen van patiënten in aanzienlijk minder negatieve termen dan de mechanische dwangmiddelen. Zonder afzondering, daar waren de meesten het wel over eens, kon de inrichtingspsychiatrie het niet stellen. Naarmate de vroegere geïsoleerd liggende celblokken plaatsmaakten voor afzonderingskamers en isoleercellen in de paviljoens zelf, leken de belangrijkste bezwaren tegen het eenzaam opsluiten van patiënten, zoals het risico van verwaarlozing of verergering van hun geestesziekte als gevolg van de extreme afzondering, te zijn ondervangen.[329] De afzonderingskamer oftewel *single room* was vlakbij een gemeenschappelijke ruimte gesitueerd, had een groot raam en was gemeubileerd. De *single room* werd, zo mogelijk met de deur open, gebruikt voor de afzondering van een patiënt die storend gedrag ten opzichte van anderen vertoonde. De isoleercel was op afstand gesitueerd

327 Zie Aan de Stegge 2005a.
328 Van Deventer 1892b, 245.
329 Aan de Stegge 2005a, 348–349.

De nieuwe afdeling voor de permanente baden die in 1904 in gebruik werd genomen in paviljoen E voor onrustige vrouwen, Endegeest, Oegstgeest.



van andere ruimten, had een 'kijkgat' in plaats van een raam, was voorzien van een dikke, vergrendelde deur, en had geen dan wel aan de vloer verankerde meubels. Het gebruik van de isoleercel was bedoeld om te voorkomen dat een patiënt zichzelf of anderen ernstig letsel toebracht.

Wat is er in patiëntendossiers terug te vinden van de bestrijding van onrust, ongeremd gedrag, agressie en dergelijke? Vijselaar onderscheidt een viertal methoden die werden benut ter beteugeling of beperking daarvan: (1) het verblijf in een isoleercel of afzonderingskamer; (2) het gebruik van dwangjakken of inwikkelingen; (3) de badbehandeling; en (4) interne overplaatsing naar een 'slechtere' afdeling, dat wil zeggen van 'rust' naar 'half-onrustig' en vandaar naar 'onrust'.[330] Ongeveer een derde van de patiënten uit de onderzochte dossiers werd te eniger tijd wegens onrustig gedrag naar een andere, minder rustige afdeling overgeplaatst. De bedoeling daarvan was het herstel van orde en vrede op een 'rustige' afdeling. Bovendien kon overplaatsing naar een onrustiger afdeling als straf en terugplaatsing naar een rustiger afdeling als beloning voor ordelijk en aangepast gedrag worden gehanteerd. In ongeveer een vijfde van de dossiers van Endegeest en van Voorburg valt deze vorm van 'gedragsregulatie' vast te stellen. De dossiers van Wolfheze maken hier veel minder frequent melding van.

Afzondering in een *single room* of isoleercel vormde in de Endegeester en de Voorburgse dossiers de meest voorkomende vorm van 'dwang'. In Endegeest ging het om een derde van de patiënten, in Voorburg om een vijfde. De onderzochte dossiers van Wolfheze bevatten nauwelijks aantekeningen over isolatie, maar des te frequenter over inwikkeling en fixatie. Van laatstgenoemde methoden lijkt in Endegeest en Voorburg slechts bij hoge uitzondering gebruik te zijn gemaakt.[331] De badbehandeling, ten slotte, werd alleen in de dossiers van Endegeest en Voorburg vermeld. Vijselaar concludeert dat de badbehandeling daar primair was bedoeld als middel om onrust en opwinding te beteugelen.[332]

Dwang of geen dwang, normaal gesproken verliepen de dagen en nachten voor de patiënten volgens een vast patroon. 's Ochtends vroeg wekten de verplegers of verpleegsters hen. Degenen die dat konden en mochten stonden onder hun toeziend oog op en kleedden zich aan, om zich daarna naar de verblijfszaal te begeven voor het ontbijt. Behalve in de gereformeerde gestichten droegen derdeklassepatiënten gestichtskleding. Na het ontbijt volgde, alweer voor wie dat kon en mocht, de arbeid, althans voor derdeklassepatiënten. Die bestond enerzijds uit huishoudelijk werk en tuin- of landarbeid voor de eigen behoeften van het gesticht, en anderzijds uit de vervaardiging van artikelen voor de verkoop. Vrouwen kregen voornamelijk taken in de verschillende takken van de gestichtshuishouding, bijvoorbeeld in de wasserij, de mangel- en strijkkamer of de naaikamer, waar zij onder meer de gestichtskleding vervaardigden en verstelden. Ook

330 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.

331 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.

332 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 6.

Badbehandeling Brinkgreven, Deventer.

haakten of breiden ze sokken, wanten, mutsen en andere artikelen die mede voor de verkoop waren bestemd. Mannen deden het zwaardere werk buitenshuis of verrichtten werk als touwpluizen of manden vlechten. Mede dankzij de inzet van hun gratis arbeidskracht konden de totale uitgaven van het gesticht, en daarmee ook de verpleegprijzen, laag blijven. IJverige patiënten ontvingen een bescheiden beloning in natura: voor mannen bestond die uit tabak of sigaren, voor vrouwen uit suiker in de koffie en snoepjes.[333]

De geneesheer-directeur van het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave, J. Kat, vond evenwel dat dergelijke beloningen niet voldoende waren.[334] In 1909 bepleitte hij dat verpleegden in ruil voor hun arbeid een geregelde geldelijke beloning kregen. Daarmee had hij sinds ongeveer een jaar dermate goede ervaringen opgedaan dat die zijns inziens ook elders navolging verdienden. Het vooruitzicht op een geldelijke beloning had behalve het aantal werkenden ook de 'intensiteit' van de arbeid belangrijk doen toenemen. Een kwart van het verdiende geld moesten de patiënten in een ontspanningskas storten, terwijl zij over de rest zelf mochten beschikken.

Na de arbeid, op gezette tijden onderbroken voor koffie, thee of een maaltijd, was er gelegenheid tot ontspanning, hetzij in de tuin of op de binnenplaats van het gesticht, hetzij binnenshuis met spelletjes, handwerken of voorlezen. Ook maakten patiënten muziek en brachten zij deze tijdens uitvoeringen in het gesticht ten gehore. Daarnaast verzorgden fanfares of kamermuziekensembles van buiten het gesticht af en toe een concert. Op zondag konden zij die dat wilden de godsdienstoefening bijwonen. Meerenberg had voor elk wat wils: voor protestanten was er een eigen Nederlands Hervormde Kerk, voor katholieken een kleine kapel en joden konden op zaterdag in het schoollokaal of in de bezoekerskamer sabbat vieren. Uiteraard waren de gereformeerde en de katholieke gestichten in sterkere mate van godsdienst doordrongen.[335] Gereformeerde gestichten, en dan met name Veldwijk met zijn kleine paviljoens, trachtten de patiënten bovendien een christelijke gezinsomgeving aan te bieden, met aan het hoofd van ieder vrouwenpaviljoen een huismoeder en van ieder mannenpaviljoen een huisvader en -moeder, doorgaans een echtpaar. De meeste andere gestichten hadden een onpersoonlijker karakter.

Voor contact met de buitenwereld waren patiënten aangewezen op de bezoeken van familie en vrienden, die op bepaalde tijdstippen mochten plaatsvinden. Deze contacten waren des te moeilijker te realiseren naarmate het gesticht zich verder van de eigen woonplaats bevond. Voor een gesticht als Endegeest, dat zijn clientèle voor een belangrijk deel uit Leiden en omstreken betrok, gold dat in veel mindere mate. Daar konden in ieder geval de Leidse patiënten doorgaans op tamelijk frequent bezoek van hun verwanten en vrienden rekenen. Zoals Vijselaar

333 Zie hierover Vijselaar 1982, 78-83.
334 Kat 1909.
335 Vijselaar 1982, 88-96.
336 Vijselaar 1998d, 125-129.

Aardappel schillende vrouwen in gestichtskleding,
Endegeest, Oegstgeest.

op grond van Endegeester dossiers constateerde, verhoogde de nabijheid van de familie de kans op een proefverlof en vervolgens het ontslag uit het gesticht.[336] Zover kwam het evenwel, bezien voor alle Nederlandse gestichten tezamen, voor slechts ruim een derde van de patiënten.[337]

De gestichtsgeneesheren en ook inspecteurs koesterden aanvankelijk hoge verwachtingen van de gezinsverpleging. Vooral in het begin van de twintigste eeuw kreeg dit onderwerp vrij veel aandacht in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* en in 1901 stelde de NVPN een commissie in om een rapport erover op te stellen.[338] De commissie bestond uit de geneesheer-directeuren J.H.A. van Dale (Veldwijk), Van Deventer (Meerenberg) en W. Vos (Rijkskrankzinnigengesticht te Grave). Mits onder verantwoordelijkheid van een gesticht georganiseerd verwelkomden zij gezinsverpleging als een onmisbaar alternatief voor of aanvulling op de gestichtsverpleging.[339] Voor rustige, chronische patiënten, patiënten met 'primaire en secundaire zwaktetoestanden' – dat wil zeggen zwakzinnigen – en voor 'periodici' tijdens hun 'lucide interval' kon gezinsverpleging een voor henzelf mogelijk aangenamer en een stellig goedkoper alternatief bieden. Daarnaast bepleitte de commissie gezinsverpleging als overgangsmaatregel voor 'reconvalescenten' of als proef voor het definitieve ontslag.[340] Haar rapport kon op grote instemming in de NVPN rekenen.

Ondanks deze positieve geluiden stelde de gezinsverpleging in Nederland evenmin als in andere landen getalsmatig veel voor.[341] Reeds tijdens een in 1902 te Antwerpen gehouden congres over gezinsverpleging liet Van Dale niet na zich erover te verwonderen dat de gezinsverpleging in Nederland nog niet veelvuldiger toepassing vond, terwijl 'toch het Nederlandsche volk bekend is om zijn liefde en eerbied voor het huisgezin en waardeering voor het huiselijke leven.' Gezinsverpleging was volgens hem de verpleging van de toekomst. Hij constateerde

> ——— *dat de publieke opinie in Nederland meer en meer partij kiest voor gezinsverpleging, die zich het meest aansluit aan het natuurlijke menschelijke leven; het meest voldoet aan deze twee diepgaande en onvervreemdbare behoeften des menschen, ook, ja, bovenal van den krankzinnige, behoefte aan vrijheid en behoefte aan liefde.*[342]

Hoe stond de situatie er feitelijk voor? Behalve Veldwijk, in Nederland de koploper op dit gebied, en de andere gereformeerde gestichten maakten in ieder geval ook Meerenberg onder Van Deventer en, vanaf het begin van de twintigste eeuw,

337 Zie verder 2.3, paragraaf 'Terug naar de maatschappij'.

338 Zie Schermers 1901; Van Dale 1901; Van Deventer, Van Dale en Vos 1902a. Laatstgenoemde publicatie werd tevens afzonderlijk uitgebracht: Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b. Voorts: Van Deventer 1902a; Van Deventer 1902b; Vos 1904; Melchior 1915.

339 Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b, 36.

340 Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b, 23. Zie ook reeds Van Dale 1901, 192.

341 Van Dale 1901, 193. Van Dale verwees expliciet naar de ontwikkeling van de gezinsverpleging in Duitsland gedurende 'de laatste jaren' – overigens zonder aantallen te noemen.

342 Geciteerd in Melchior 1915, 432.

Patiënten op Brinkgreven, Deventer, trekken een vuilniswagen.

de beide rijkskrankzinnigengestichten systematisch gebruik van gezinsverpleging.[343] Was in Nederland in 1902 een honderdtal patiënten in gezinsverpleging ondergebracht, in 1912 bedroeg dat aantal niet meer dan 141, waarvan de gereformeerde gestichten er 96 onder hun hoede hadden.[344] Toen F.A. Melchior Jr., geneesheer in Duin en Bosch te Castricum, in 1915 de balans opmaakte, was hij van mening dat de toepassing van gezinsverpleging van krankzinnigen op ruimer schaal niet alleen wenselijk, maar 'indien goed aangevat', ook mogelijk was.[345] Zeven jaar later zou een belangrijke uitbreiding van de gezinsverpleging tot stand komen met de oprichting van het door de provincies Drenthe, Groningen en Friesland bekostigde gesticht Beileroord te Beilen.[346] Gezinsverpleging vond ook plaats buiten de verantwoordelijkheid van een gesticht om. Het oudste, bekendste en qua omvang meest substantiële voorbeeld is wel de gezinsverpleging in het Belgische Geel. Door de jaren heen werd een niet gering aantal Nederlandse patiënten, al dan niet onder verantwoordelijkheid van het Staatstoezicht, in Geel ondergebracht.[347]

Voor zover gestichtsartsen gezinsverpleging propageerden en benutten als overgangsfase tussen gesticht en maatschappij, kan dit type verpleging worden gezien als een vorm van nazorg *avant la lettre*. De vanaf de jaren twintig geïntroduceerde buitendiensten van gestichten zouden een soortgelijke functie gaan vervullen, zij het dat die op een geheel andere wijze waren georganiseerd.[348] Wat de beide vormen van 'nazorg' met elkaar verbond was de daadwerkelijke aandacht voor wat er met patiënten vlak voor – in het geval van de gezinsverpleging – of na hun ontslag uit het gesticht gebeurde. Het waren pogingen om de overgang van patiënten naar de maatschappij te begeleiden en op die wijze een terugval naar de oude problemen te voorkomen. Dat de taak van de gezinsverpleging aan het formele ontslag uit het gesticht voorafging en de latere buitendiensten pas na het ontslag bijstand verleenden doet in dit verband minder ter zake. Het punt is dat reeds voor de oprichting van buitendiensten voor nazorg, gestichten pogingen ondernamen, hoe bescheiden ook, om patiënten bij te staan bij hun overgang van gesticht naar maatschappij.

343 Zie voor nadere informatie over de gezinsverpleging in Veldwijk, Meerenberg en het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave: Van Deventer, Van Dale en Vos 1902b. En voorts: Van Dale 1901, 190–191; Van Deventer 1902a; Vos 1904. Veldwijk had in 1900 44 patiënten in gezinsverpleging ondergebracht. De gezinnen, veelal beambten van de stichting, waren verplicht Schermers' *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen* uit 1898 te bezitten. Zie Van Dale 1901, 191.

344 Melchior 1915, 433.

345 Melchior 1915, 450.

346 Van der Esch 1971–1972. Omstreeks 1935 verbleven zo'n 250 patiënten van Beileroord in gezinsverpleging en ruim veertig patiënten in de gestichtsverpleging. Zie voor meer informatie over de gezinsverpleging: 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

347 Vergelijk ook De Graaf 2007, 47, 65. Uit de ingekomen en uitgaande stukken van het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Tiel blijkt dat, indien Nederlandse gestichten geen plaatsruimte hadden, Geel als alternatief toevluchtsoord voor krankzinnigen fungeerde.

348 Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

Tot verplegen geroepen

Dat de opstellers van de tweede Krankzinnigenwet het adjectief geneeskundig bij de omschrijving van het begrip gesticht achterwege hadden gelaten, betekende niet dat aan het geneeskundige aspect minder belang werd gehecht dan in de eerste Krankzinnigenwet. Het betekende eerder dat er inmiddels minder aanleiding was om dit adjectief toe te voegen, aangezien de bewaarplaatsen waren afgeschaft en de geneeskundige functie van krankzinnigengestichten, althans in theorie, vanzelfsprekend was geworden. Dat de realisering ervan in de praktijk veel te wensen overliet, was dan ook een bron van frustratie voor gestichtsartsen. Teneinde deze geneeskundige functie van gestichten beter tot zijn recht te laten komen, droegen gestichtsartsen en inspecteurs al spoedig na de inwerkingtreding van de tweede Krankzinnigenwet een viertal oplossingen aan: (1) een variant op de vroegere indeling in geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen, (2) verhoging van het peil van de oppassers en oppasseressen door het aanbieden van een verpleegopleiding, (3) toekenning van de algehele verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in het gesticht aan een geneesheer-directeur, (4) bevordering van de psychiatrie tot verplicht examenvak in de studie geneeskunde.[349] Laatstgenoemde oplossing zou tot 1921 op zich laten wachten. De bestuurlijke hervorming van de gestichten – de derde oplossing – was weliswaar eerder op gang gekomen, maar stuitte, zoals in de volgende paragraaf zal blijken, op veel weerstand.

Over de eerstgenoemde oplossing waren de meningen verdeeld. Volgens sommigen zou terugkeer naar een scheiding tussen genezings- en verplegingsgestichten – zoals de nieuwe terminologie luidde – een oplossing bieden voor het probleem van de te grote, te volle en met chronische patiënten 'verstopte' gestichten. Gestichten konden immers hun geneeskundige functie pas naar behoren vervullen als de tijdige opname van patiënten niet langer was geblokkeerd en er voldoende personele en ruimtelijke capaciteit was om patiënten op een medisch verantwoorde wijze te observeren, diagnosticeren en behandelen. Alleen zo viel te voorkomen dat artsen in principe geneeslijke patiënten als ongeneeslijk moesten afschrijven.

Reeds in 1890 bepleitte Tellegen, die twee jaar eerder in Voorburg te Vught ontslag had genomen wegens competentiegeschillen met de regenten, de oprichting van genezingsgestichten voor zo'n 100 tot 300 patiënten, om te beginnen in de vier academiesteden. Ongeneeslijken zouden uit dergelijke gestichten worden 'geëvacueerd'. Deze moesten, aldus Tellegen, worden ingericht als ziekenhuizen met een centrale rol voor de bedbehandeling.[350] De verplegingsgestichten zouden zo'n 1000 tot 1200 patiënten kunnen huisvesten en bij voorkeur op het platteland gesitueerd moeten zijn om arbeid in de open lucht mogelijk te maken. Bijkomend voordeel was dat deze instellingen goedkoper waren te bouwen en te beheren dan de genezingsgestichten.

349 Tellegen 1890.

350 Tellegen 1890, 193.

In 1892 kwam een commissie van de NVP, waarin ook Tellegen zitting had, met soortgelijke aanbevelingen.[351] De door hem voorgestelde scheiding tussen genezings- en verplegingsgestichten kon echter bepaald niet op aller instemming rekenen. Als argumenten ertegen voerden artsen bijvoorbeeld aan dat verplegingsgestichten voor chronische patiënten het stempel van ongeneeslijkheid zouden krijgen, dat deze gestichten toch ook een klinische afdeling zouden moeten bezitten voor het geval dat de geestesziekte tijdelijk verergerde, en dat geneeskundige gestichten rustige, arbeidzame verpleegden vanwege hun heilzame uitwerking op de overige verpleegden niet konden missen. Ook bij de vermeende kostenbesparing in verplegingsgestichten zetten de critici vraagtekens.[352] Hoewel de idee van een scheiding tussen de beide soorten gestichten dus niet onomstreden was, laat staan tot beleid werd verheven, betekenden de oprichting van de psychiatrische universiteitsklinieken voor in het bijzonder acute patiënten, en zeker hun erkenning als aangewezen inrichting na 1904, net als de aangewezen inrichtingen voor chronici (waaronder oude-mannen- en vrouwenhuizen), wel degelijk een stap in die richting.

Over de noodzaak om het peil van de verpleging te verhogen – de tweede oplossing – bestond meer overeenstemming.[353] Zeker toen de somatische benadering in de psychiatrie aan populariteit won en de verpleging in algemene ziekenhuizen verbeterde, bleek eens te meer hoe ontoereikend de verpleging door ongeschoolde en als onbeschaafd bestempelde oppassers en oppasseressen in de krankzinnigengestichten veelal was. De kwaliteit van de verpleging door religieuzen kwam eveneens ter discussie te staan.[354] Teneinde hierin verbetering aan te brengen besloot de NVP, conform het in 1890 uitgebrachte advies van een hiertoe aangewezen commissie, om een opleiding en een examen voor krankzinnigenverpleging in te stellen.[355] De commissie achtte een algehele, van bovenaf te initiëren reorganisatie van het verplegend personeel noodzakelijk. De 'hoofd-geneesheer' zou niet alleen moeten voldoen aan de eis 'dat hij alles in het werk stelle, wat strekken kan, om het verplegend personeel goed te maken en goed te houden', hij zou daartoe ook voldoende macht moeten krijgen.[356] Theoretisch onderwijs aan het verplegend personeel achtte de commissie van essentieel belang. Evenveel belang kende zij toe aan het praktisch oefenen van verpleegtechnische handelingen op allerlei soorten krankzinnige patiënten, onder het toezicht van een meer ervaren verpleegkracht.

351 Cox et al. 1892.
352 Zie onder meer Meijer 1909; Jacobi 1913.
353 Zie over de geschiedenis van de krankzinnigenverpleging in Nederland: Boschma 1997a; Boschma 1997b; Boschma 2003; Aan de Stegge 2001a; Aan de Stegge 2004, Aan de Stegge 2005a, Aan de Stegge 2005b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.
354 Zie Bakker 2002a, 23-28; Boschma 2003, 167-174.
355 De eerste examens voor krankzinnigenverpleging werden in 1892 afgenomen.
356 Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890, 230.

A.W. van Deventer-Stelling met gediplomeerde verpleegsters Meerenberg, nabij Santpoort.

——— Ziekenverpleging en dus ook krankzinnigen-verpleging is net als alle menschelijke kennis, eene wetenschap en eene kunst, die slechts aan enkelen aangeboren is, maar die door de meesten moet worden geleerd. Onderwijs in de verpleging is dus voor iederen, zoowel wereldlijken als geestelijken verpleger (verpleegster) volstrekt noodzakelijk. Toewijding, christelijke liefde en hoogere roeping, hoe verdienstelijk en hoe onmisbaar ook, zijn niet voldoende.[357]

Een door de vereniging benoemde commissie van drie leden zou eenmaal per jaar examen dienen af te nemen in krankzinnigenverpleging en namens de vereniging een diploma als krankzinnigenverpleger of -verpleegster moeten uitreiken. Een of meer leden van deze commissie moest een theoretische en praktische cursus in krankzinnigenverpleging geven aan 'daarvoor geschikte personen'. Over criteria voor geschiktheid liet het rapport zich niet gedetailleerd uit. Wel waren voor toelating bewijzen van goed zedelijk gedrag en goede gezondheid, alsmede een leeftijd van ten minste 22 jaar en minimaal twee jaar werkervaring in een ziekeninrichting vereist, waarvan ten minste één jaar in een krankzinnigengesticht. Voorts benadrukte het rapport het belang van verheffing en de terugdringing van het verloop onder het personeel door middel van goede lonen, de kans op bevordering en een goede behandeling. Alleen zo was goed personeel aan te trekken, 'dat zedelijk en maatschappelijk aan billijke eischen voldoet'.[358]

Van Deventer, die reeds in de jaren tachtig in het Amsterdamse Buitengasthuis met hulp van zijn vrouw A.W. Stelling en adjunct-directrice A. Reijnvaan de hervorming van de ziekenverpleging ter hand had genomen en na zijn aantreden als geneesheer-directeur van Meerenberg in 1892 een opleiding krankzinnigenverpleging startte, liet er in datzelfde jaar in een beschouwing over dit nieuwe beroep geen misverstand over bestaan dat verplegen primair een taak was voor '*zusters, de eigenlijke zieken-verpleegsters*'.[359] Ook benadrukte hij dat deze zusters uit de 'beschaafde stand' afkomstig dienden te zijn. Cox, eerste geneesheer van Brinkgreven te Deventer, deelde Van Deventers opvattingen voluit, maar over de haalbaarheid ervan had hij zo zijn twijfels. In een artikel over wat inmiddels de verpleegsterskwestie was gaan heten, schreef hij zorgelijk hoe moeilijk het was om aan 'beschaafde' verpleegsters te komen. Net als de NVP-commissie van 1890 pleitte ook hij voor betere arbeidsomstandigheden en hogere salarissen teneinde beschaafde vrouwen een aantrekkelijker perspectief te bieden. Hij wilde niet met minder genoegen nemen: een krankzinnigenverpleegster behoorde '*altijd* … een beschaafde vrouw' te zijn.[360] Beschaafd stond bij Cox voor algemeen ontwikkeld.

357 Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890. Cursivering door Van Deventer, Ruysch en Tellegen.

358 Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890, 232.

359 Van Deventer 1892b, 250; Van Deventer 1888. Van Deventer zou ook een handboek voor krankzinnigenverpleging publiceren. Zie Van Deventer 1897; Aan de Stegge 2005a; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I. Nadat in 1878 de eerste, door de Vereeniging Het Witte Kruis georganiseerde opleiding voor verpleegsters van start was gegaan, kwam in 1883 op initiatief van Van Deventer c.s. de eerste ziekenhuisopleiding voor verpleegsters tot stand. Zie Wiegman 1998.

360 Cox 1898a, 242.

J. van Deventer.

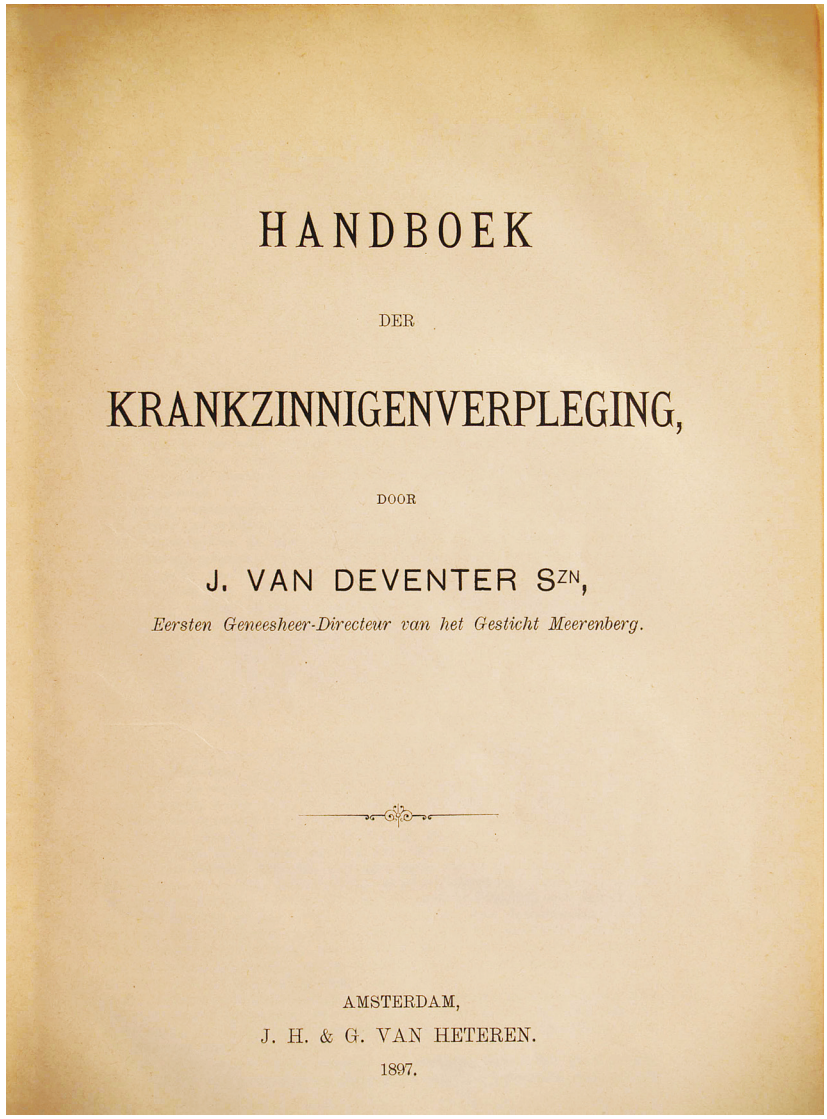
Wat hem betrof dienden de gestichten de eisen in dit opzicht hoog te stellen en het examen met vakken als natuurkennis, geschiedenis, aardrijkskunde en 'Hollandsche taal' uit te breiden.[361]

Dezelfde Cox liet in 1898, het jaar van de Nationale Tentoonstelling van Vrouwenarbeid in Den Haag, weten hoe hij dacht over de 'aequivalentie' van man en vrouw: die bestond niet.[362] Man en vrouw waren volgens hem biologisch ongelijkwaardig – het intellect van de vrouw stond lager dan dat van de man – hetgeen tevens een maatschappelijke ongelijkwaardigheid met zich meebracht. Cox bracht de 'moraal van de geschiedenis' als volgt onder woorden. 'De plaats der vrouw, haar door de natuur aangewezen, is in het huisgezin, haar schoonste roeping: het moeder zijn.' Voor meisjes die niet huwden, konden die 'betrekkingen' op Cox' goedkeuring rekenen 'waarbij de schoone eigenschappen der vrouw, fijngevoeligheid, tact, hulpvaardigheid, tot haar recht komen, als daar zijn onderwijs, verpleging, het geneesheerschap voor vrouwen en kinderen'.[363] Voorts kwam voor ongehuwd blijvende vrouwen ook kantoorwerk in aanmerking.

In een reactie op Cox' artikel over de verpleegsterskwestie plaatste Schermers vraagtekens bij de door Cox en Van Deventer gewenste beschaving van verplegenden. Schermers, de toenmalige geneesheer-directeur van het gereformeerde gesticht Bloemendaal, was auteur van de *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen*, die na 1898 nog vele herdrukken zou beleven. Temperament, humeur en karakter achtte hij voor het verplegend personeel van meer belang dan beschaving in de betekenis die Cox eraan gaf. 'Om in den waren zin van het woord beschaafd te zijn,' aldus Schermers, 'moet niet alleen de intellectueele, maar ook de moreele zijde van den mensch onbevlekt zijn.' Sterker nog, hij werkte liever met personeel dat moreel hoog stond en intellectueel minder ontwikkeld was dan met mensen bij wie het omgekeerde het geval was. 'Want wanneer men moreel hoog staat, is het altijd mogelijk het intellect verder te ontwikkelen, terwijl men het omgekeerde althans in een krankzinnigengesticht zelden verkrijgen zal.' Schermers gaf dan ook de voorkeur aan verpleegpersoneel uit de kleine burgerstand ofwel uit Kuypers achterban van de 'kleine luyden'. Vooral de milieus van landbouwers, handwerkslieden, soms ook arbeiders, naaisters of dienstmaagden leverden naar zijn oordeel vaak 'uitnemende krachten'. Wel gold vanzelfsprekend als eis dat zij het lager onderwijs met vrucht hadden doorlopen. Hoofdzaak bleven echter het karakter en het humeur: 'het moeten menschen zijn met tact en aanleg tot verplegen; kalm, geduldig, lankmoedig, vriendelijk, vroolijk en toch bedaard, ernstig en niet stroef, betrouwbaar, waarheidslievend, aangenaam van voorkomen, niet driftig of zenuwachtig, zonder lichaamsgebreken, enz.' Kortom, volgens Schermers zou het rampzalig zijn 'wanneer men dergelijke kostbare elementen van de verpleging van krankzinnigen zou willen uitsluiten alleen op grond daarvan, dat

361 Zie ook Cox 1903.
362 Cox 1898b.
363 Cox 1898b, 461-462.

Titelpagina Handboek der krankzinnigenverpleging door J. van Deventer (1897).



HANDBOEK

DER

KRANKZINNIGENVERPLEGING,

DOOR

J. VAN DEVENTER SZN,

Eersten Geneesheer-Directeur van het Gesticht Meerenberg.

AMSTERDAM,
J. H. & G. VAN HETEREN.
1897.

hunnen kennis op het gebied van aardrijkskunde en geschiedenis, van natuurkunde en wiskunde, van letterkunde en muziek te wenschen overliet.'[364] Daar kwam nog bij dat verreweg het grootste deel der krankzinnigen in de gestichten tot de lagere standen van de maatschappij behoorde. Voor hen was de algemene ontwikkeling van een krankzinnigenverpleger of -verpleegster van minder belang dan voor patiënten in de hogere klassen.

Wat de opleiding en de examinering betreft stond Schermers vooral praktisch onderricht voor, met daarnaast onderwijs in de geneeskundige vakken, aandacht voor algemene ontwikkeling op lagereschoolniveau en 'grondig onderwijs' in de bijbelse geschiedenis en de gereformeerde leer. Verder zag hij liever dat niet de NVP-commissie het examen zou afnemen, maar degenen die de examinandi hadden onderwezen, opdat ook de morele aspecten een rol konden spelen in de beoordeling. In feite was de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland reeds eind 1895 met een eigen opleiding van start gegaan.[365] Mede naar aanleiding van Schermers' argumentatie zou de examencommissie van de NVPN overigens in 1904 besluiten om de examens voortaan eveneens op locatie in de participerende gestichten af te nemen. Behalve om een beter beeld te krijgen van de moraal en de persoonlijkheid van de examinandi, ging het er de examencommissie van de NVPN ook om een beter zicht te krijgen op de kwaliteit van het in de gestichten door geneesheren en hoofdverpleegsters geboden onderwijs.[366] Voorts beval Schermers aan dat gestichten hun verplegend personeel aan zich zouden binden door de nodige afwisseling in de arbeid aan te brengen, voldoende gelegenheid voor rust en ontspanning te bieden, vanaf het begin een behoorlijk salaris te betalen en, tot slot, de mogelijkheid te geven om ook als gehuwd verpleger, zoals dat in Veldwijk reeds op kleine schaal gebeurde, werkzaam te blijven – over verpleegsters repte Schermers in dit verband niet.

In 1904 brak Kat, toentertijd geneesheer in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, expliciet een lans voor mannelijk – ook gehuwd – verplegend personeel en zette hij bovendien, net als Schermers, vraagtekens bij de noodzaak om zeer beschaafde verpleegsters aan te trekken. Voor Kat leed het 'geen twijfel, dat men in het verdringen der verplegers door zusters en in het ophemelen der "zusterverpleging" nu en dan te ver is gegaan.' Het was naar zijn mening onverstandig om goed geschoold mannelijk personeel als een minder soort verplegenden te beschouwen en 'hen zelfs ondergeschikt te maken aan de zusters'. Hij bepleitte de gelijkwaardigheid van zusters en broeders en dat beiden daar gingen werken 'waar hun van elkander verschillende maar even hoog te schatten kwaliteiten het best tot haar recht komen.'[367] G.C. van Walsem, die Van Deventer in 1904 als geneesheer-directeur van Meerenberg was opgevolgd, stelde twee jaar later de

364 Schermers 1898a, 517-518.
365 Boschma 2003, 160-162.
366 Zie Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904.
367 Kat 1904, 81.

kwestie van de gehuwde verplegers aan de orde om tot de conclusie te komen dat het ter wille van de kwaliteit van de verpleging en het terugdringen van het verloop onder het personeel van belang was dat ervaren verplegers het vooruitzicht kregen op een behoorlijk, ook een gehuwd, bestaan. De barrières daartoe zouden vooral niet te hoog moeten zijn.[368] In Meerenberg kwamen vanaf 1912 verplegers van ten minste 26 jaar oud, die er vijf dienstjaren met goed gevolg op hadden zitten, in aanmerking voor een dienstwoning als zij wilden trouwen.[369]

Dergelijke pleidooien voor mannelijk verplegend personeel kwamen tegemoet aan klachten van de betrokkenen zelf over wat zij de verplegerskwestie noemden.[370] In 1906 kwam het tot de oprichting van de Nederlandsche Verplegers Vakvereeniging omdat verplegers, en dan vooral krankzinnigenverplegers, zich onvoldoende herkenden in en gesteund voelden door de bestaande belangenorganisaties: de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging (1893) en het louter voor verplegend personeel toegankelijke en door verpleegsters bestuurde Nosokómos (1900).[371] Krankzinnigenverplegers voelden zich achtergesteld bij hun vrouwelijke collega's. Niet alleen was het voor hen op dat moment veelal onmogelijk om te trouwen en een gezin te onderhouden, veel zwaarder woog dat zij minder waardering kregen dan de krankzinnigenverpleegsters en bijvoorbeeld geen hoofdverpleger konden worden. Achteraf bezien en naar hedendaagse inzichten werd echter met twee maten gemeten. Verplegers mochten dan wel in bepaalde opzichten achtergesteld zijn bij en minder respect genieten dan verpleegsters, in andere opzichten werden verpleegsters juist achtergesteld bij verplegers. Hun salaris was structureel lager en voor gehuwde verpleegsters was al helemaal geen plaats. Dit was indertijd evenwel dermate vanzelfsprekend – ook voor de meeste vrouwen – dat verpleegsters hierin zonder meer berustten.

Hoewel de krankzinnigenverplegers na de invoering van de verpleegopleiding in een minderheidspositie waren gedrongen, maakten zij, naar G. Boschma heeft aangetoond, rond 1910 toch nog altijd 36 procent van het verplegend personeel in de krankzinnigengestichten uit. Weliswaar was hun aandeel van ongeveer de helft naar ruim een derde geslonken, toch waren zij nog aanzienlijk sterker vertegenwoordigd dan in de algemene ziekenhuizen, waar het aandeel van verplegers hooguit 10 procent was.[372] Al met al bood de verpleging in krankzinnigengestichten aan ongeveer dubbel zoveel mannen emplooi als in algemene ziekenhuizen. Wel verschilden de gestichten in dit opzicht onderling nogal van elkaar. Zo was Meerenberg tot 1912 aanzienlijk 'man-onvriendelijker' dan het gereformeerde Veldwijk. Pas vanaf dat jaar steeg ook in Meerenberg het aandeel van mannen tot boven de 30 procent van de gediplomeerde verplegenden.[373] Landelijk bezien scoorden de NVPN-examens in de periode 1912-1916 evenwel aanzienlijk lager met slechts 20 procent mannelijke geslaagden.[374]

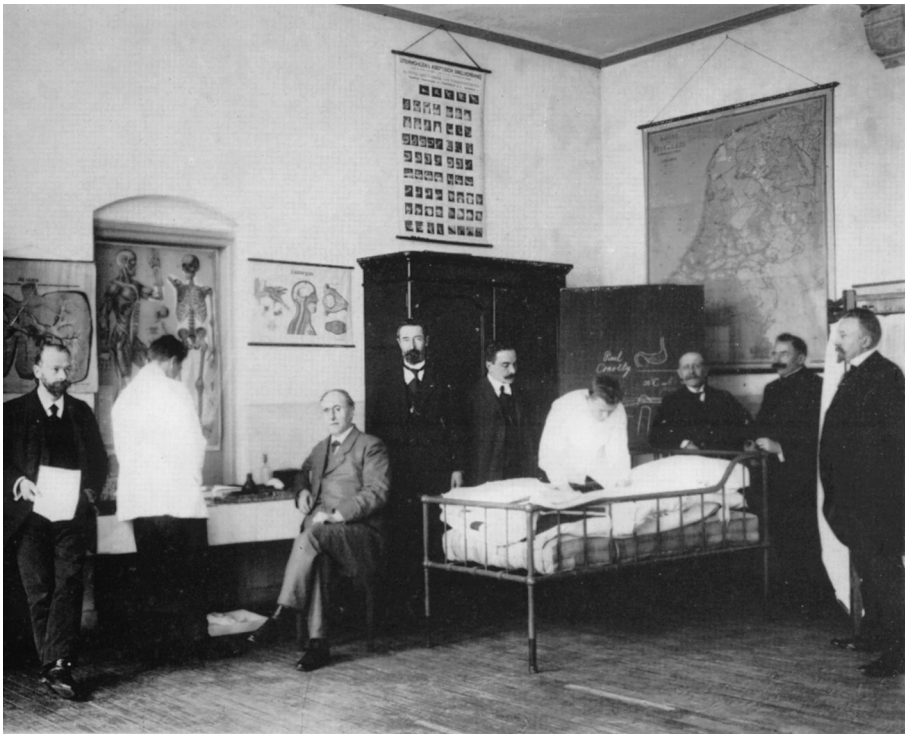
368 Van Walsem 1906.
369 Boschma 1997b, 119.
370 Boschma 2003, hoofdstuk 6.
371 Boschma 2003, 199-204.
372 Boschma 2003, 188.
373 Boschma 2003, 176-179;
374 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

In gestichten met een katholieke signatuur liep het aandeel van mannen in de verpleging na 1890 minder snel terug. Zo bleef in Voorburg te Vught, waar religieuzen zich voor de verpleging inzetten, een belangrijke taak voor mannelijke verplegers weggelegd. Deze ontwikkeling stond niet op zichzelf. In katholieke gestichten bestond aanvankelijk weinig animo voor de instelling van een verpleegopleiding. Sterker nog, het werd de religieuzen door hun congregatie zelfs verboden om aan de NVP(N)-examens deel te nemen. Vooral het zielenheil van de zusters kon, zo vreesden de congregatiebesturen, gevaar lopen als zij onderwijs kregen over het menselijk lichaam. Bovendien waren zij ervoor beducht dat de disciplinering van religieuzen tot dienstbaarheid aan de arts op gespannen voet zou komen te staan met hun vanzelfsprekende onderschikking aan de eigen overste. Zo lieten de Broeders van O.L.V. van Lourdes duidelijk blijken dat zij de verpleging van krankzinnigen in de eerste plaats als liefdewerk beschouwden. In 1892 brachten zij een eigen leerboek uit, geschreven door broeder Dorotheus (J.B.) Tervoert, overste van Voorburg te Vught.[375] In dit boek kantte deze zich tegen het materialisme in de geneeskunde en tegen de gedachte dat het gesticht op een ziekenhuis moest lijken. Een goed christelijk familieleven was volgens hem de beste remedie tegen krankzinnigheid, waarmee hij hetzelfde standpunt vertolkte als de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland. Een goede krankzinnigenverpleger was als 'een vader, die beschikte over naastenliefde, offervaardigheid, zelfbeheersing en zachtmoedigheid'.[376] Op aandrang van de Inspectie zetten de congregaties zich evenwel over de bezwaren tegen deelname aan de NVPN-examens heen, zodat broeders vanaf 1900 en zusters vanaf 1904 hiertoe werden opgeleid[377] Het zou tot halverwege de jaren twintig duren eer van katholieke zijde een eigen verpleegopleiding tot stand kwam. Overigens werden vanuit katholieke kring nauwelijks pogingen ondernomen om een eigen, op het geloof gebaseerde psychiatrie te vestigen, ook al was er sprake van kritiek op de natuurwetenschappelijke psychiatrie vanwege haar materialisme en determinisme. Het bleef voornamelijk bij retoriek: het biomedische model kon in de praktijk betrekkelijk probleemloos naast de godsdienst bestaan. Door het gebied van de geneeskunde en dat van de zielzorg als gescheiden sferen te beschouwen en de grenzen tussen beide in acht te nemen, vermeden katholieke gestichtsgeneesheren en zenuwartsen conflicten met de clerus.

Het grote verloop onder het verplegend personeel was, zoals gezegd, een bron van zorg. Toch nam dit tussen 1890 en 1917 wel degelijk af. Om een voorbeeld te noemen: in Meerenberg was het verloop in 1890 voor zowel verplegers als verpleegsters iets boven de 80 procent.[378] In 1895 en 1900 was dat voor verplegers gestegen tot boven de 90 procent, terwijl het voor verpleegsters tot ongeveer 45 procent was gedaald. Voor de verplegers volgde daarna een geleidelijke daling van het verloop

375 Tervoert 1892.
376 Bakker 2002a, 26. Zie ook Boschma 2003, 169-172.
377 Binneveld en Wolf 1985, 62-65.
378 Boschma 1997b, Appendix 25. De verloopcijfers hebben betrekking op het totale bestand van verplegenden: gediplomeerd én ongediplomeerd.

Verplegers Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblijk krijgen les, circa 1912.



tot 54 procent in 1910 om vervolgens tot onder het niveau van de verpleegsters te zakken naar zo'n 11 procent in 1917. De verbetering van de arbeidsomstandigheden voor het mannelijke verplegend personeel had dus duidelijk een positief effect. Onder verpleegsters bedroeg het verloop in 1917 ongeveer 23 procent. Ook hun arbeidsvoorwaarden waren inmiddels verbeterd. In 1910 had de provincie Noord-Holland de salarissen van het verplegend personeel van Meerenberg niet alleen verhoogd, maar ook voor mannen en vrouwen gelijkgetrokken. In 1913 besloot het provinciebestuur bovendien tot invoering van een wekelijkse vrije dag en een tienurige werkdag, maatregelen die wegens personeelstekorten pas in 1914 respectievelijk 1916 werden geïmplementeerd.[379] Hoewel voor allen, uitgezonderd de gehuwde verplegers, gold dat zij intern in het gesticht waren ondergebracht, bood een geleidelijk doorgevoerde liberalisering van het regime, bijvoorbeeld ten aanzien van avondlijke uitgaansregelingen, enig soelaas en kwamen ook anderszins verbeteringen in het leefklimaat tot stand, onder meer op het gebied van huisvesting in een speciaal zusterhuis – en later ook een broederhuis – en recreatieruimten.

Dat neemt niet weg dat veel van de gediplomeerde krankzinnigenverplegers en -verpleegsters buiten het gesticht hun heil zochten. Voor velen bleek het gesticht slechts de noodzakelijke leerschool te zijn die zij na het behalen van het diploma achter zich lieten. In de periode 1911–1920 was slechts iets meer dan een kwart van alle door de NVPN opgeleide verplegenden in een gesticht werkzaam.[380] Waar de andere gediplomeerden naartoe gingen, valt niet precies te achterhalen. Wel is duidelijk dat ongeveer een derde van de vrouwen al spoedig na diplomering wegens een voorgenomen huwelijk met werken stopte en dat eveneens een derde een particuliere, veelal beter betaalde en in ieder geval minder gereglementeerde werkkring verkoos. Daarnaast besloten vermoedelijk tal van vrouwelijke gediplomeerden om het examen in de ziekenverpleging af te leggen, zodat ze via deze weg in de algemene gezondheidszorg aan de slag konden.[381] Mannelijke gediplomeerden bleven naar verhouding langer aan een gesticht verbonden, zeker toen zij uitzicht kregen op een gehuwd bestaan. Een opmerkelijk gegeven is dat in 1922 inmiddels 43 procent van de 802 in gestichten werkzame gediplomeerden man was. Dit percentage zou in latere decennia alleen maar toenemen.[382]

Niet alleen het verloop onder het verplegend personeel, ook het aantal patiënten per verplegende nam af. Op de vrouwenafdeling van Meerenberg bijvoorbeeld was er in 1893 1 verpleegster op 8,3 patiënten, in 1902 was dat al 1 op 5,6, en in 1912

379 Boschma 2003, 230–232.

380 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

381 Met een diploma krankzinnigenverpleging op zak kon men na één jaar praktijkervaring – dat werd vanaf 1907 anderhalf jaar – in een algemeen ziekenhuis te hebben opgedaan en extra theoretische kennis te hebben verworven ook het examen in de ziekenverpleging afleggen. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

382 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I. Zie ook 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep' en 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

1 op 4,3.[383] De door de Inspectie rond de eeuwwisseling gehanteerde norm was 1 op 7.[384] Sommige gestichten zaten daar duidelijk onder, terwijl andere niet aan deze norm konden voldoen. Een overzicht van de verhoudingsgetallen over 1907 laat zien dat gestichten als Voorburg (1 op 10), Franeker (1 op 9), Endegeest (1 op 8) en Zutphen (1 op 8) over relatief weinig verplegend personeel beschikten, terwijl gestichten als Veldwijk (1 op 3) en Brinkgreven (1 op 3) daar relatief gunstig bij afstaken, en Meerenberg (1 op 6) tot de middenmoot behoorde.[385] De onderlinge verschillen blijken nog veel groter te zijn wanneer we kijken naar de verhouding van gediplomeerde verplegenden op het aantal patiënten. Franeker (1 op 106) springt er in negatieve zin uit, gevolgd door gestichten als Voorburg (1 op 65) en Zutphen (1 op 62). Veldwijk (1 op 8) geeft alweer de gunstigste score te zien, gevolgd door gestichten als Meerenberg (1 op 13), het St. Elisabeths Gasthuis te Deventer (1 op 14) en Endegeest (1 op 16). Brinkgreven (1 op 23) scoorde daarentegen voor de gediplomeerden wat minder goed dan de eerdere score mogelijk had doen verwachten. Het ziet ernaar uit dat tien jaar later, in 1917, over het algemeen genomen de verhouding van de verplegenden tot het totaal aantal patiënten er enigszins op vooruit was gegaan, terwijl de verhouding van de gediplomeerden tot het aantal patiënten eerder een achteruitgang vertoonde.[386] Aan de Stegge, aan wier onderzoek wij deze gegevens ontlenen, karakteriseert het opleiden van (vooral vrouwelijke) verplegenden dan ook als 'dweilen met de kraan open'.[387]

Dat mag tot op zekere hoogte het geval zijn geweest, toch is daarmee nog niet de vraag beantwoord in hoeverre de daadwerkelijk in de krankzinnigengestichten geboden verpleging na 1890, toen de NVP het initiatief nam tot de verpleegopleiding, veranderde, in hoeverre die veranderingen de bedoeling van artsen met de opleiding weerspiegelden en of deze een direct gevolg waren van die opleiding. Bewerkstelligde de opleiding inderdaad een verhoging van het peil der verpleging, en konden gestichten op die wijze, zoals medici hoopten, hun geneeskundige functie beter vervullen? Het valt moeilijk te ontkennen dat de oude situatie met ongeschoolde oppassers en oppasseressen vanuit de medische optiek verre van ideaal was. Dankzij de opleiding en het diploma kregen aspirant-verplegers en -verpleegsters in elk geval meer perspectief. De vanwege de NVP(N) gehanteerde toelatingseisen, zoals een minimum leeftijd van achttien jaar, een goede gezondheid, een bewijs van goed gedrag, geschiktheid voor het werk, maatschappelijke en geografische herkomst (liefst niet te arm en liefst niet uit de eigen regio), fungeerden als een eerste zeef, waarna het overgangsexamen na het eerste jaar en het examen in de krankzinnigenverpleging na het derde jaar – de kandidaten moesten dan ten minste 22 jaar oud zijn – als de volgende twee

383 Boschma 2003, 230-232; Boschma 1997b, Appendix 23.
384 Zie Poslavsky 1961, 76-77.
385 Boschma 1997b, Appendix 24.
386 Zie Aan de Stegge: ongepubliceerd overzicht aantal verpleegkundigen per bed 1917 en 1922.
387 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

selectiemomenten volgden.[388] Volgens een berekening van Aan de Stegge werden rond 9400 van de 13.000 kandidaten die zich tussen 1892 en 1925 aanmeldden tot de opleiding toegelaten en behaalden slechts 3108 kandidaten ook inderdaad het NVP(N)-diploma.[389]

Vrijwel alle openbare gestichten en vanaf het begin van de twintigste eeuw ook vele gestichten met een katholieke signatuur leidden op voor het NVP(N)-examen krankzinnigenverpleging. In de Rijkskrankzinnigengestichten werd met ingang van 1903 een eigen staatsexamen ingesteld. Zoals gezegd was de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland reeds in 1896 met een eigen opleiding begonnen. Die had in 1900, toen de vereniging over niet meer dan drie gestichten beschikte (Veldwijk, Bloemendaal en Dennenoord), reeds 79 gediplomeerden opgeleverd.[390] Naar Schermers in 1898 aangaf, gold het met vrucht doorlopen hebben van de lagere school vanzelfsprekend als toegangseis; de NVPN liet die eis tot 1910 achterwege, doch gaf zelf aanvullend lager onderwijs aan aspiranten. Uiteraard namen de gereformeerde gestichten alleen goed-christelijke kandidaten aan. Overigens was het ook buiten de gestichten om mogelijk een diploma in krankzinnigenverpleging te behalen. De Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging bood namelijk een Witte Kruis-kopopleiding in krankzinnigenverpleging aan voor gediplomeerde ziekenverpleegsters en ziekenverplegers. Getalsmatig viel deze echter in het niet bij wat de NVPN en de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland op het gebied van de krankzinnigenverpleging zelf deden. Tussen 1892 en 1921 reikte de Bond 267 Witte Kruis-diploma's in krankzinnigenverpleging uit.[391]

Pogingen om te komen tot een uniforme examenregeling voor alle verplegenden, dus voor zowel zieken- als krankzinnigenverplegenden, leden in 1898 definitief schipbreuk omdat de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging de gestichten niet als een ziekenhuis wenste te beschouwen en een jaar praktijkervaring in een algemeen ziekenhuis of een kinderziekenhuis verplicht wilde stellen, hetgeen voor de NVPN niet acceptabel was. Daarbij kwam nog dat de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders hoe dan ook een eigen koers wilde varen. Een en ander lijkt ook de NVPN ertoe te hebben gebracht om meer dan voorheen het eigen karakter van de krankzinnigenverpleging te benadrukken en dit in de opleiding gestalte te geven.[392] Internationaal gezien was dit een tamelijk unieke situatie. Nederland was een van de weinige landen waar de opleiding voor krankzinnigenverpleging zich naast en los van de opleiding voor de algemene ziekenverpleging ontwikkelden.[393] Andere landen waar eveneens te

388 De NVP stelde in 1897 de termijn voor de opleiding op drie jaar. Zie Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1897.

389 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

390 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

391 Couvee 1921, 593.

392 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

393 Zie Aan de Stegge 2005a.

J. van der Kolk, van 1905 tot 1927 geneesheer-directeur van Endegeest, Oegstgeest, geeft onderwijs aan leerling-verpleegkundigen in het leslokaal in een torenkamer van het kasteel Endegeest, 1907.

eniger tijd een geheel aparte opleiding voor krankzinnigenverpleging tot stand kwam, waren Groot-Brittannië, Ierland en Zwitserland.[394] Elders kwam één algemene opleiding voor ziekenverpleging tot ontwikkeling, met daarbinnen als een van de mogelijke specialisaties de krankzinnigenverpleging.[395]

Weliswaar ging de NVPN vanwege het uitblijven van een uniforme examenregeling voor alle verplegenden vervolgens sterker het eigen karakter van de krankzinnigenverpleging benadrukken, maar dat betekent niet dat het algemene ziekenhuis meteen ook volledig had afgedaan als model voor het krankzinnigengesticht. Zowel in theorie als in de praktijk bleven ook in het krankzinnigengesticht de elementaire regels van hygiëne, voeding en lichamelijke verzorging van kracht, en was de bedverpleging bepaald niet op zijn retour. In die zin had het algemene ziekenhuis allerminst aan voorbeeldwerking ingeboet. Bovendien bleef de krankzinnigenzorg zeker tot aan de Eerste Wereldoorlog sterk somatisch georiënteerd. Ook qua gezagsverhoudingen mochten gestichtsgeneesheren zich gaarne aan hun collega's in het ziekenhuis spiegelen. Het ging daarbij niet alleen om gehoorzaamheid en discipline van de kant van het verplegend personeel, maar ook, zoals hierna zal worden toegelicht, om het primaat van de medische zeggenschap ten opzichte van gestichtsbesturen.

Wat dankzij Aan de Stegge's onderzoek evenwel onomstotelijk is komen vast te staan, is dat gestichtsgeneesheren in toenemende mate de moreel-opvoedkundige aspecten van de krankzinnigenverpleging als onderscheidend element gingen benadrukken. Waren zij eerst geneigd geweest om de gemeenschappelijke elementen in de zieken- en de krankzinnigenverpleging op de voorgrond te stellen, na de debacle met de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging bleken zij eerder een omgekeerde strategie voor te staan. De gereformeerde gestichten hadden het patent op een christelijk-morele benadering van de krankzinnigenverpleging. Bij ontstentenis van een eigen verpleegopleiding profileerden katholieke gestichten zich vooralsnog minder uitgesproken, al ontbrak een soortgelijk geluid zeker niet. De in openbare gestichten werkzame geneesheren lieten zich echter evenmin onbetuigd als het om het opvoedkundige karakter van de krankzinnigenverpleging ging, ook al speelde het religieuze aspect nauwelijks een rol. Van Deventer wees reeds in 1888, toen hij nog in het Amsterdamse Buitengasthuis werkzaam was, op het belang van een psychische behandeling van krankzinnigen, waarbij hem vooral een opvoedkundige aanpak voor ogen stond die erop gericht diende te zijn dat zij 'geschikt voor de maatschappij' gemaakt moesten worden.[396] Ook in een beschouwing van de NVPN uit 1904 over wat specifiek was voor krankzinnigenverpleging – ter onderscheiding van ziekenverpleging – kwam duidelijk naar voren hoe belangrijk artsen een geduldige en begrijpende omgang van verplegenden met de krankzinnigen vonden.[397] De handleidingen

394 Zie Nolan 1993; Pedroletti 2004.
395 Zie bijvoorbeeld over Zweden: Svedberg 2005.
396 Van Deventer 1888, 21.
397 Het betreft een brochure van de NVPN met *Inlichtingen en wenken bij de examens in krankzinnigenverpleging*. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk I.

voor krankzinnigenverpleging ademden in toenemende mate eenzelfde moreel-pedagogische geest.[398]

Hoewel nadere informatie over de praktijk van de krankzinnigenverpleging voor de hier behandelde periode betrekkelijk schaars is, is het aannemelijk dat de opleiding voor krankzinnigenverpleging wel verschil uitmaakte. Ook al was het personeelsverloop aan de hoge kant, het vertoonde een dalende lijn. En ook al hield het merendeel van de gediplomeerden het na hun examen voor gezien, van hun inzet en toenemende bekwaamheid hadden de gestichten dan toch gedurende de jaren van hun opleiding profijt. Het kan haast niet anders of de opleiding moet inderdaad een verhoging van het peil der verpleging hebben bewerkstelligd, zowel waar het de lichamelijke verzorging van de krankzinnigen betrof – denk bijvoorbeeld aan de bedverpleging –, alsook in de manier waarop zij werden bejegend. Niet onbelangrijk was voorts dat verplegenden in de loop van deze periode verhoudingsgewijs minder patiënten onder hun hoede kregen. Het maakte nogal wat uit of er bijvoorbeeld één verplegende voor iedere zes patiënten beschikbaar was of één voor iedere tien. De klasseafdelingen waren overigens altijd al beter bedeeld. Zo bedroeg het aantal eerste- en tweedeklassepatiënten per verplegende in Meerenberg in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw één à twee respectievelijk twee à vier.[399]

Ook over wie de verpleegsters en verplegers in de krankzinnigengestichten precies waren en wat hen bewoog om voor de krankzinnigenverpleging te kiezen, is voor de onderhavige periode relatief weinig bekend, afgezien van incidentele opmerkingen over hun maatschappelijke afkomst en scholing.[400] Voor verplegers werd kennis van een bepaald vak op prijs gesteld: dat kon vooral bij de arbeid door patiënten goed van pas komen. Voor verpleegsters telde vooral hun 'beschaving', hoe verschillend ook uitgelegd. In hoeverre verplegers en verpleegsters de krankzinnigenverpleging als een roeping zagen, valt nauwelijks te achterhalen, maar het antwoord zou vermoedelijk luiden dat de meesten hun werk in het gesticht vooral als broodwinning en beroep opvatten.[401] Overigens ligt het voor de hand dat verplegenden in gereformeerde gestichten zich eerder 'geroepen' voelden om dit werk te verrichten dan het personeel in de openbare gestichten.[402] Voor de religieuzen in de katholieke of katholiek georiënteerde gestichten lag de zaak weer wat anders: hun roeping gold in de eerste plaats de toetreding tot de congregatie

398 In de hier behandelde periode verschenen de volgende leerboeken: Van Deventer 1897; Van Delden 1897; Schermers 1898b; Scheffer 1906; Travaglino 1910; Schnitzler 1915. Zie voor een overzicht van de herdrukken: Aan de Stegge 2005a. Voor een meeromvattende analyse van de leerboeken zie Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding.

399 Zie ongepubliceerd verslag Bakker en Van de Velde dd. september 2005. Bron: Jaarverslagen Santpoort.

400 Zie ook Verhoeven 2006. De door Verhoeven bestudeerde personeelsdossiers van het St. Elisbeths Gasthuis en Brinkgreven te Deventer over de periode 1892 tot 1940 bieden tot 1912 slechts summiere informatie.

401 Zie ook Bakker-Van der Kooij 1983, 464-466; Verhoeven 2006.

402 Van Belzen 1989.

en alles wat daaraan vastzat. Dat vervolgens de krankzinnigenverpleging op hun weg kwam, was niet hun keus, maar die van de congregatie.

Naar de kostenstijgingen in de krankzinnigenzorg is terloops al verwezen. De oorzaken waren niet alleen de groei van de gestichtsbevolking en de stijgende prijzen van onder meer levensmiddelen en brandstof, maar ook de relatief grote toename van het aantal verplegenden en de stijgende salariskosten die dit met zich meebracht.[403] De salarisverhogingen maakten de situatie in dit opzicht nog penibeler. Reeds in 1909 werd in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* alarm geslagen. '*Meer dan iets anders heeft dit* [lees: de salarisverhogingen van het verplegend personeel] *bijgedragen tot de stijgende uitgaven*'.[404] Vergeleken met 15 jaar daarvóór lieten de salarissen een vermeerdering van 50, 75 of zelfs 100 procent zien. Ook daarna bleven de salarissen stijgen en dat niet alleen voor de verplegenden, maar ook voor de geneesheren en het overige personeel in de gestichten. Waren voor Meerenberg de personeelskosten van de geneeskundige dienst, waaronder ook de verpleging viel, tussen 1904 en 1914 verdrievoudigd, tussen 1914 en 1919 stegen die kosten met meer dan het viervoudige. Om een ander Meerenbergs voorbeeld te noemen: het salaris van een gediplomeerde verplegende bedroeg na een flinke verhoging in 1913 *f*390,–, maar steeg in 1915 naar *f*650,–. Ook de verpleegprijzen gingen omhoog: van *f*320,– in 1908 naar *f*400,– in 1917.[405] Toch leverden de investering in meer en iets beter betaalde verplegenden wel degelijk iets op: behalve meer handen aan het bed ook een geringer verloop. De gestichten konden deze kosten trouwens gewoon doorberekenen in de verpleegprijzen die de gemeenten voor het grootste deel moesten opbrengen.[406] Naarmate de economische situatie moeilijker werd, eerst ten gevolge van de Eerste Wereldoorlog en later door de crisis van de jaren dertig, kon het evenwel niet uitblijven dat ook de gestichten, mede onder druk van overheidswege, tot bezuinigingen en alternatieven voor gestichtsverpleging moesten overgaan. Dat komt in het volgende deel aan de orde.

Macht en onmacht van de gestichtsgeneesheren

Terwijl het de taak van krankzinnigenverplegenden was om zich dag en nacht bij de patiënten op te houden, op hen te letten en voor hen te zorgen, onderhielden gestichtsgeneesheren een aanzienlijk beperkter contact met hun patiënten. Uitgaande van de na 1884 door de Inspectie gehanteerde norm van minimaal één geneesheer op tweehonderd patiënten hadden de geneesheren bij een achturige werkdag per patiënt gemiddeld een paar minuten per dag oftewel ongeveer een kwartier per week beschikbaar. Uit onderzoek van een NVP-commissie naar de positie van geneesheren in krankzinnigengestichten bleek dat voor de mees-

403 Uiteraard gold dit niet voor de religieuzen.
404 Meijer 1909, 415. De cursivering is van Meijer. Zie ook Cox 1910a.
405 Boschma 1997a, 119-120.
406 Zie voor een nadere analyse: Bakker en Van der Velden 2004a; Bakker en Van der Velden 2004b.

ten van hen een diensttijd was voorgeschreven van 9 uur 's ochtends tot 4 à 5 uur 's middags, onderbroken door een rusttijd van ongeveer anderhalf uur. Zij waren tevens verplicht een korter of langer avondbezoek op hun eigen afdeling af te leggen. Op sommige dagen moesten zij voor het geven van een cursus aan verplegenden nog enkele uren aan hun diensttijd toevoegen. Inwonende geneesheren hadden vrijwel continu dienst.[407] Slechts een deel van hun werktijd besteedden gestichtsartsen aan rechtstreeks contact met patiënten, aangezien uiteraard ook tijd nodig was voor overleg met en instructie van de verpleging, contacten met collega's, administratie, zo nodig contacten met familie van patiënten, soms ook onderzoek en een particuliere praktijk. Normaal gesproken zagen patiënten de geneesheer van hun afdeling slechts tijdens diens korte rondgang op zaal in gezelschap van de hoofdzuster of soms -broeder. In de weken na opname was dit een dagelijkse routine, daarna kon de frequentie, afhankelijk van de aard van de problematiek, teruglopen. Klassepatiënten konden hoe dan ook op wat meer aandacht rekenen. Verder waren er uiteraard ook tussen de gestichten verschillen in de arts-patiëntratio, zoals dat ook met de verplegenden het geval was.

Hoewel de door de Inspectie gestelde norm een aantal gestichtsbesturen verplichtte om meer geneesheren in dienst te nemen en derhalve als ondergrens een nuttige functie vervulde, bleken artsen zich naarmate de tijd verstreek steeds minder in deze norm te kunnen vinden. Naar hun mening was alleen al geneeskundig gezien een minimum van één geneesheer op tweehonderd patiënten volstrekt onverantwoord. Dit werd nog eens onderstreept in een in 1909 verschenen rapport van een NVPN-commissie die onderzoek deed naar de positie van de gestichtsgeneesheren.[408] Het antwoord op de vraag of de verbetering van de arbeidsvoorwaarden voor de gestichtsarts gelijke tred had gehouden met de vermeerdering van zijn plichten was ronduit negatief. Ten eerste was een te groot aantal patiënten aan de zorg van de geneesheer toevertrouwd. De commissie vond één geneesheer op ongeveer honderd patiënten redelijk.[409] In de praktijk bleek dit voor slechts een kleine minderheid van de gestichtsgeneesheren het geval te zijn. Veruit de meesten hadden 150 tot driehonderd patiënten onder hun hoede.[410] Ten tweede waren de aanvangssalarissen weliswaar voldoende, maar ontbrak het

407 Vergelijk Van Deventer et al. 1909, 422.

408 Van Deventer et al. 1909.

409 Zoals in het inleidende gedeelte van hoofdstuk 1.5. De wereld van het gesticht aangegeven, vermeldde Van Deventer reeds in 1905 in zijn verslag over het internationale vergelijkende onderzoek naar de toestand van krankzinnigengestichten dat in de onderzochte landen een gemiddelde gold van één geneeskundige op honderd patiënten. Zie Van Deventer 1905. De NVPN-commissie ging ertoe over om zowel een vragenlijst te sturen naar de in de Nederlandse krankzinnigengestichten werkzame geneesheren, als informatie in te winnen over de positie van gestichtsartsen in andere landen.

410 De commissie baseerde zich op gegevens die 44 gestichtsartsen hadden verstrekt. Van Deventer et al. 1909, 423. Van Drunen komt voor het jaar 1900, uitgaande van 54 gestichtsartsen en een patiëntenpopulatie van 8139, tot een ratio van 1 gestichtsarts op elke 151 Patiënten. Van Drunen 2004, 14. Zie ook Bambang Oetomo 1970, 41-43.

veelal aan een 'regelmatige opklimming in rang' en een pensioenregeling. Voorts was gebleken dat niet alle gestichtsartsen recht hadden 'op consultatieve praktijk, recht op praktijk met specialistische behandeling, recht op het doen van verschillende onderzoekingen'. De commissie beval aan dat recht aan alle gestichtsartsen 'in ruime mate' te geven.[411]

Uit het rapport van de commissie bleek eens te meer dat de artsen veel klachten hadden. Behalve de toename van de gestichtsbevolking, de verstopping met chronische patiënten, de stijgende kosten van de krankzinnigenzorg en het peil van de verpleging waren ook hun eigen positie en werkomstandigheden in het gesticht een bron van frustratie. Zij verdienden slecht in vergelijking met andere artsen, zagen niet veel resultaat van hun werk en genoten relatief weinig aanzien onder hun collega medici. Daar kwam nog bij dat de gestichten onder het publiek een niet al te beste naam hadden.

Voordat de gestichtsartsen hun werkbelasting en salariëring als centrale elementen van hun 'vakbelangen' naar voren schoven, speelde sedert halverwege de negentiende eeuw een meer fundamentele kwestie, namelijk de zeggenschap van geneesheren in het gesticht. De NVP(N) stelde zich van meet af aan op het standpunt dat de algehele verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in een gesticht bij een geneesheer-directeur diende te berusten. De constructie van een regentenbestuur als eerst verantwoordelijke en een verdeling van bevoegdheden tussen artsen en andere functionarissen, vond de vereniging gezien de primair geneeskundige functie van het gesticht niet langer acceptabel. Conflicten zoals die zich in het midden van de negentiende eeuw in het Zutphense gesticht voordeden tussen de eerste geneesheer Ramaer en de bestuurders kwamen aan het eind van de eeuw ook nog voor. Zo deed zich in de jaren 1887-1888 in het gesticht Voorburg (Vught), dat door de aanwezigheid van katholieke religieuzen in feite een dubbele hiërarchie kende, een scherp conflict voor.[412] De botsing over bevoegdheden tussen het bestuur en de eerste geneesheer Tellegen, die eiste dat de broeder-overste van zijn taak ontheven werd, leidde ertoe dat Tellegen en zijn twee collega's ontslag namen. Voor de NVP was dit reden om de volgende motie aan te nemen.

——— *De Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie betuigt haren dank aan voormelde Heeren, dat zij bij het verlaten van hunne betrekking de eenig juiste beginselen, die het standpunt van den geneesheer van een geneeskundig gesticht voor krankzinnigen behooren te beheerschen, standvastig zijn getrouw gebleven. Zij spreekt het vertrouwen uit, dat geen Nederlandsch medicus ooit bereid zal bevonden worden om op eenige andere wijze het beheer van een gesticht voor krankzinnigen op zich te nemen, wanneer daarbij niet de beginselen van onafhankelijkheid des geneesheers op voldoende wijze gewaarborgd worden.*[413]

411 Van Deventer et al. 1909, 429.
412 Binneveld en Wolf 1985, 58-62; Bakker 2002a, 23-24.
413 Redactie *Psychiatrische Bladen* 1888, 152.

In 1895 deed zich te Dordrecht een soortgelijk conflict voor.[414] Ook in deze 'Dordrechtse Gestichtsquaestie' hield de eerste geneesheer, F.M. Cowan, voet bij stuk, kreeg geen gelijk en trok daaruit zijn consequenties. Behalve hijzelf nam ook de tweede geneesheer ontslag. Daar bleef het evenwel niet bij, want drie jaar later moest het Dordrechtse gesticht tot sluiting overgaan omdat het niet kon voldoen aan de wettelijke normen.[415] Aangezien de Voorburgse en de Dordrechtse kwesties niet in het voordeel van de betreffende gestichtsgeneesheren werden beslist, waren zij voor de NVP(N) een reden te meer om duidelijk stelling te nemen en dat ook aan de gestichtsbesturen te doen weten.

Rond 1900 waren in Nederland ongeveer zestig geneesheren in krankzinnigengestichten werkzaam.[416] Het merendeel van hen was lid van de NVPN, maar er leefde onder hen ontevredenheid over het functioneren van de vereniging. Hoogleraren zetten daarin de toon en de aandacht was sinds de jaren tachtig in het bijzonder uitgegaan naar de bevordering van de psychiatrie als wetenschap, het psychiatrisch onderwijs en de maatschappelijke profilering van het vak buiten de gestichten. Onder gestichtspsychiaters groeide het gevoel dat aan een van de doelstellingen van de vereniging, die Ramaer indertijd in zijn oprichtingsrede naar voren had gebracht, hun beroepsbelangen en de verbetering van de krankzinnigenzorg, onvoldoende tegemoet was gekomen. Vanaf het begin van de twintigste eeuw kwamen de 'vakbelangen' van de gestichtsgeneesheren op gezette tijden aan de orde.

In 1903 verwoordde Van Deventer als geneesheer-directeur van Meerenberg het ongenoegen met een pleidooi voor de instelling van een commissie binnen de NVPN die zou moeten nagaan hoe de leden het beste hun belangen konden behartigen. Hij wees in dit verband op de maatschappelijke vooroordelen omtrent krankzinnigen en de gesloten gestichten, de slechte reputatie die gestichtsartsen daardoor genoten, hun karige bezoldiging en hun gebrek aan loopbaanmogelijkheden, opleiding en wetenschappelijke hulpmiddelen. 'Te voorzien is het,' aldus Van Deventer, 'dat jaren zullen moeten verloopen vóór de gestichtsarts de plaats inneemt welke hem rechtmatig toekomt, wanneer hij naast het ijveren voor de belangen der patiënten, ook voor zijne eigene belangen niet krachtiger optreedt.'[417] De vervolgens door de NVPN ingestelde commissie van preadvies inzake het bevorderen der vakbelangen van de gestichtsartsen slaagde er echter niet in om tot overeenstemming te komen.[418] Een meerderheid beval de instelling van een commissie voor de vakbelangen aan, een minderheid was daar tegen. Deze minderheid verwachtte meer van een grotere activiteit van de gestichtsartsen zelf dan van een commissie van de NVPN die uit te 'heterogene elementen'

414 Tellegen 1895a; Haver Droeze 1895; Tellegen 1895b. Zie ook Bambang Oetomo 1970, 44-45.

415 Pouw s.a. [1982]. Het gemeentebestuur van Dordrecht vond het te begrotelijk om de noodzakelijke nieuwbouw te realiseren.

416 Van Drunen 2004, 14; Abma en Weijers 2005, 46.

417 Van Deventer 1903, 192.

418 Van Deventer 1903; Schermers 1904b.

zou bestaan: niet alleen waren ook anderen dan gestichtsgeneesheren lid, als veel bezwaarlijker gold dat ook niet-vakgenoten lid konden zijn en dat ook waren. De minderheid in de commissie signaleerde dat 'het begrip psychiater in ons land een niet scherp omschreven denkbeeld' was en dat het behoren tot deze beroepsgroep evenmin een eis voor het lidmaatschap was. Achteraf bezien vormde dit minderheidsstandpunt de eerste voorbode van een ontwikkeling die in 1919 zou leiden tot de oprichting van een nieuwe vereniging: de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen.

De reactie van de NVPN op het commissierapport luidde dat de inspecteurs voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten de aangewezen personen waren om voor de belangen van gestichtsgeneesheren op te komen en dat instelling van een commissie voor vakbelangen voorlopig niet raadzaam was. L. Bouman, die in 1907 als geneesheer-directeur van het gereformeerde gesticht Bloemendaal te Loosduinen aantrad en nog in datzelfde jaar aan de Vrije Universiteit te Amsterdam hoogleraar psychiatrie werd, kwam in 1906 op de kwestie terug, waarbij hij nog eens wees op de 'eigenaardige' positie van de gestichtsartsen. De hoogte van hun salaris liet te wensen over en het ontbrak hen aan pensioenrechten. Volgens Bouman heerste in de maatschappij een irreëel beeld van het werk van de gestichtsgeneesheer – 'Wat is lichter dan een paar maal per dag de visite te maken [...] en verder den dag door te brengen met jagen, visschen of andere liefhebberijen!' – terwijl in werkelijkheid de betrekking 'weinig dankbaar is, zoowel door het groote aantal chronische gevallen, dat men te behandelen heeft, als door de vaak weinig sympathieke bejegening der familieleden [...]'[419] Bouman verwachtte niet dat de inspecteurs veel konden uitrichten, maar dat gold zijns inziens evenzeer voor de NVPN, althans waar het de materiele belangen betrof. Wel was er volgens hem een belangrijke taak voor de NVPN weggelegd op het gebied van de kwaliteitsbewaking: het kwam in Nederland nog te vaak voor dat een geneesheer, en zelfs een geneesheer-directeur, in een krankzinnigengesticht werd aangesteld, 'zonder eenige speciale voorstudie gemaakt te hebben.'[420] Bouman kwam dan ook met de aanbevelingen om de aanstelling van gestichtsgeneesheren aan een bepaalde regeling te onderwerpen en hun opleiding te verbeteren – deze moest bij voorkeur plaatsvinden in een universitaire psychiatrische kliniek – en de wetenschappelijke uitwisseling te bevorderen.

Ondanks de eerder ingenomen positie van relatieve afzijdigheid ging de NVPN in 1908 welwillend in op een voorstel van Van Deventer, inmiddels inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, en enkele geneesheren om een onderzoek in te stellen naar de positie van gestichtsgeneesheren in Nederland. Het hierboven reeds aangehaalde rapport over dit onderzoek uit 1909 liet er geen misverstand over bestaan dat de arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden van gestichtsartsen verbetering behoefden. Kennelijk

419 Bouman 1906, 208, 210–211.

420 Bouman 1906, 211.

sorteerde deze constatering onvoldoende effect, want uit een in *1916* gepubliceerd artikel van de kersverse inspecteur W.M. van der Scheer bleek eens te meer dat er nog veel schortte aan de sociale positie van de gestichtsgeneesheren. In vrijwel alle gestichten liet de bezoldiging van de gewone geneesheren dermate te wensen over dat een groot aantal artsen de gestichten na korte tijd verliet. In verschillende gestichten was zelfs toegestaan dat zij ter aanvulling van hun salaris een consultatieve praktijk hielden – een 'verkeerd beginsel', aldus Van der Scheer, die in dit opzicht dus een geheel ander geluid liet horen dan het rapport uit *1909*. Het was volgens de gestichtsbesturen zeer moeilijk 'om zich van *werkelijk goede krachten* te voorzien'. Net als het rapport uit *1909* kwam ook Van der Scheer tot de slotsom dat de salarissen bij toenemende anciënniteit geregeld dienden te worden verhoogd. Want, zo voegde hij hieraan toe: 'Liefde voor de psychiatrie onder de studeerenden is er genoeg. Er is echter te weinig toekomst, zoodat goede krachten een andere richting uitgaan.'[421]

1.6 De zorg voor zenuwlijders

Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt

De medische aandacht voor zenuwaandoeningen, waaronder neurasthenie, en een grotere maatschappelijke gevoeligheid voor deze kwalen brachten met zich mee dat enkele artsen en verplegenden zich vanaf de jaren 1880 op een nieuwe doelgroep richtten: de zenuwlijders, patiënten die in de zin der wet niet krankzinnig waren en derhalve niet thuishoorden in het gesticht. Het betrof een divers samengestelde categorie, die behalve lijders aan neurosen als hysterie of neurasthenie ook patiënten met lichtere psychosen en met 'organische zenuwziekten', bijvoorbeeld epilepsie, omvatte. Dit brede scala aan moeilijkheden bood geneeskundigen de mogelijkheid het psychiatrisch werkgebied buiten de krankzinnigengestichten uit te breiden en het medisch-neurologische karakter van hun vak alsmede het daaraan verbonden beroepsprestige te versterken. De uit Amerika overgewaaide diagnose neurasthenie (zenuwzwakte), die ook in Nederland aansloeg, bevorderde deze tendens.[422] Het is overigens niet zo dat zenuwlijders per

421 Van der Scheer *1916*, 531, 533. Volgens Van der Scheer zou een geneesheer-directeur van een groot krankzinnigengesticht, zoals in een deel der gestichten al het geval was, ten minste *f6*.000 moeten verdienen met daarbij recht op vrij wonen en pensioen, terwijl een geneesheer-directeur van een klein gesticht zou moeten toekunnen met een beginsalaris van *f5*.000,– plus vrij wonen en pensioen. Voor de gewone geneesheren vond hij een aanvangssalaris van *f2*.500,– met recht op vrij wonen en pensioen voldoende, mits bij langdurige plichtsvervulling een maximum van minstens *f4*.000,– of *f4*.500,– zou kunnen worden bereikt.

422 Voor internationale vergelijkingen met betrekking tot neurasthenie: Gijswijt-Hofstra en Porter 2001. Zie over neurasthenie in Nederland: Vijselaar 2001, 246; Slijkhuis 2001a; Gijswijt-Hofstra 2001b; Vos 2007a.

definitie lijders aan neurasthenie waren of dat neurasthenie alle vormen van zenuwziekte omvatte.[423] Er ontstonden speciale instellingen voor de behandeling van zenuwlijders: verpleegtehuizen, rust- en kuuroorden, sanatoria en andere therapeutische instellingen. Rond 1900 waren er in Nederland ten minste 23 van dergelijke voorzieningen, die vooral somatische behandelwijzen boden, zoals hydro- en elektrotherapieën, massage, lichamelijke oefening en dieet- en rustkuren.[424]

In tegenstelling tot de krankzinnigengestichten was voor opname in deze instellingen geen rechterlijke machtiging nodig en vergoedde de armenzorg het verblijf erin niet. Ze waren derhalve alleen toegankelijk voor patiënten die de kosten van verpleging en behandeling zelf konden opbrengen of voor wie derden betaalden. Onbemiddelde zenuwlijders, voor wie de rechter geen machtiging voor opname in een gesticht afgaf omdat ze niet krankzinnig verklaard waren, bleven doorgaans verstoken van medische behandeling omdat gemeenten zonder een krankzinnigverklaring of dwangopname hun verpleging niet vergoedden. Voor enkele hoogleraren in de psychiatrie was een en ander reden om de noodzaak van juridische tussenkomst op psychiatrisch terrein te betwisten. Al voor de totstandkoming van de Krankzinnigenwet van 1884 was vanuit de NVP kritiek gekomen op de vereiste rechterlijke machtiging of inbewaringstelling: ten behoeve van een effectieve en zo vroeg mogelijke behandeling van geestes- en zenuwstoornissen zou het mogelijk moeten zijn om ook patiënten vrijwillig, om uitsluitend medische redenen, op te nemen. Zo stelden de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten al in hun verslag over de jaren 1875-1877 dat er behoefte was aan particuliere instellingen voor de verpleging van rustige krankzinnigen uit de hogere standen; dergelijke verpleging zou heilzamer zijn dan een verblijf in een gesticht.

Het streven van artsen om de rechterlijke bemoeienis ten gunste van medische criteria terug te dringen kreeg een belangrijke impuls toen zenuwlijders een doelgroep van de psychiatrie werden en de hoogleraren ijverden voor de inrichting van universitaire psychiatrische klinieken voor onderwijs en onderzoek. De bepaling in de Krankzinnigenwet dat geesteszieken niet tezamen met andere patiënten in één instelling mochten verblijven, alsmede de voor hen vereiste rechterlijke machtiging stonden volgens hen de ontwikkeling van psychiatrische universiteitsklinieken in de weg. Ten behoeve van onderwijs en onderzoek moest opname van zowel zenuwpatiënten als krankzinnigen zonder juridische formaliteiten mogelijk zijn. Vanuit de NVP drongen Winkler, Tellegen en Jelgersma er krachtig op aan psychiatrische klinieken aan alle universiteiten op te zetten en deze buiten het Staatstoezicht te houden. Jelgersma, die pleitte voor inrichtin-

423 Vergelijk Kerkhoven en Vijselaar 1993; Slijkhuis 2001b.

424 Vijselaar 2001, 246. Zie voor een gedetailleerder overzicht van de voorzieningen voor zenuwlijders Kerkhoven en Vijselaar 1993.

gen met een zuiver geneeskundige status, bekritiseerde de omslachtigheid van de gerechtelijke procedures, de daarmee verbonden stigmatisering en de juridische scheiding tussen krankzinnigen en zenuwpatiënten. Voor beide categorieën zou de mogelijkheid moeten bestaan van vrijwillige opname in klinieken en sanatoria op medische gronden; staatstoezicht op deze inrichtingen achtte Jelgersma niet nodig.[425] De eerste universitaire klinieken, die onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid (de rijksuniversiteiten) ofwel de gemeente Amsterdam (de gemeentelijke universiteit) vielen, waren in feite illegaal en er ontstonden conflicten tussen de inspecteurs en de hoogleraren die baas in eigen huis wilden zijn. In Amsterdam werd geen vergunning gevraagd voor de oprichting in 1893 van Paviljoen III, de psychiatrische kliniek waar krankzinnigen tezamen met zenuwzieken werden verpleegd.[426]

Zoals vermeld konden zenuwlijders rond 1900 terecht in meer dan twintig geneeskundige sanatoria en rust- of herstellingsoorden. En er kwamen er nog vele bij, zij het dat niet alle even lang bestonden: vooral kleinschalige voorzieningen verdwenen weer na verloop van tijd.[427] Behalve sanatoria en rust- of herstellingsoorden bestonden er al dan niet logies verschaffende geneeskundige badinrichtingen en gespecialiseerde inrichtingen voor fysische therapie. Daarnaast bood een groeiend aantal zelfstandig gevestigde zenuwartsen hun diensten aan. Van een drietal onder hen, A.W. van Renterghem en F. van Eeden in Amsterdam en P. Bierens de Haan in Utrecht, is bekend dat zij zich al voor 1900 profileerden met psychotherapeutische behandelingen.[428]

De kleinere sanatoria en de rust- en herstellingsoorden kwamen alle voort uit particulier initiatief – doorgaans van artsen dan wel (psychiatrisch) verplegers of verpleegsters, die dit gat in het koopkrachtige deel van de markt voor psychiatrisch-neurologische en daarmee verwante zorg op creatieve wijze wisten te benutten. Dit werd in de hand gewerkt door de bepaling in de Krankzinnigenwet van 1884 dat maximaal twee officieel krankzinnig verklaarde patiënten zonder vergunning mochten worden verpleegd. Voor rustige 'krankzinnigen' uit de betere standen, voor wie geen krankzinnigverklaring en rechterlijke machtiging was aangevraagd, konden sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders een welkome uitkomst bieden. Uiteraard gold dat eveneens voor de, naar verluidde, groeiende schare van neurasthenici en andere zenuwlijders.[429]

425 Zie over Jelgersma's opvattingen in deze ook 1.4, paragraaf 'De grenzen van krankzinnigheid'.

426 Van der Esch 1975-1980, III: 89-91. Zie ook Mooij 1999. En voorts 1.7. De universitaire psychiatrie en neurologie.

427 Een combinatie van de opgaven van Van Andel 1901 en het *Geneeskundig Jaarboekje* 1901 levert voor dat jaar 25 sanatoria en herstellingsoorden op, inclusief een tweetal geneeskundige badinrichtingen met logiesmogelijkheden. Zie over het in 1900 geopende herstellingsoord voor onderwijzers te Lunteren: Vos 2007a. Na 1901 kwamen nog diverse sanatoria en herstellingsoorden tot stand. Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie ook bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884-1940.

428 Zie Kerkhoven en Vijselaar 1993, 38-39.

429 Kerkhoven en Vijselaar 1993. Gijswijt-Hofstra en Porter 2001. De literaire verbeelding van deze problematiek, zoals die bijvoorbeeld is te vinden in romans van L. Couperus, verdient een aparte studie. Zie voorts 1.6, de paragraaf over zenuwlijders in Rhijngeest.

Afgezien van enkele herstellingsoorden van protestants-christelijke signatuur waren de overige herstellingsoorden en de kleinere sanatoria neutraal. Van katholieke signatuur was alleen Overdonk te Dongen, het in 1892 opgerichte sanatorium voor mannelijke zenuwlijders en rustbehoevenden van de Broeders van O.L.V. van Lourdes. Het aantal patiënten in Overdonk steeg van 25 in 1894 tot 112 in 1910.[430] Van de twee grotere sanatoria uit het begin van de twintigste eeuw was het ene een gemeentelijke instelling en het andere gereformeerd. In 1903 ging het Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest te Oegstgeest open, het geesteskind van Jelgersma, die hiermee zijn wens in vervulling zag gaan dat sanatoriumverpleging ook binnen het bereik kwam van 'minder door fortuin begunstigde lijders', zoals onderwijzers, artiesten en beambten.[431] Aanvankelijk had Rhijngeest ruimte voor 74 tweedeklassepatiënten (onderverdeeld in klasse 2A en 2B) en 8 à 9 eersteklassepatiënten. Net als Endegeest en het in 1912 voor zwakzinnige jongeren opgerichte Voorgeest was Rhijngeest een instelling van de gemeente Leiden. De banden met de Leidse universiteit werden echter al spoedig geïnstitutionaliseerd toen in 1908 met rijksfinanciering 20 bedden in klasse 2B in Rhijngeest voor het medisch onderwijs beschikbaar kwamen.[432] Deze 'rijksbedden' openden de mogelijkheid om ook arme patiënten op kosten van het Rijk op te nemen. Voor verpleging op de overige bedden kwamen alleen zelfbetalende patiënten in aanmerking, dan wel patiënten voor wie derden betaalden. Uit patiëntendossiers van Rhijngeest blijkt bijvoorbeeld dat het met enige regelmaat voorkwam dat een dienstbode of onderwijzer(es) op kosten van respectievelijk haar werkgever of van een beroepsvereniging werd verpleegd.[433]

Het door Koningin-Moeder Emma eveneens in 1903 geopende Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist was een initiatief van de in 1900 opgerichte Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland, de 'kleine zuster' van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland.[434] Er was plaats voor een kleine 100 patiënten. In 1908 benadrukte Schermers, sedert 1906 geneesheer-directeur van dit sanatorium, nog eens de nuttige, welhaast onmisbare functie van sanatoria voor zenuwlijders toen hij schreef dat zulke instellingen zeer nuttig waren, 'zoowel om de opname in een gesticht te voorkomen als om het ontslag daaruit te vergemakkelijken'. Net als Rhijngeest bood het sanatorium te Zeist plaats 'voor zenuwlijders zoowel uit den meer gegoeden als uit den eenvoudigen burgerstand', hetgeen Schermers net als Jelgersma toejuichte.[435]

Behalve de kleinschaligheid en de particulier-neutrale status van het overgrote deel van de sanatoria en herstellingsoorden, valt ook in de situering een ge-

430 Kerkhoven en Vijselaar 1993, 42-43, 56-57: noot 85.
431 Jelgersma 1897b, 188-189.
432 Rooijmans 1998, 21.
433 Ongepubliceerd onderzoek M. Gijswijt-Hofstra. Zie ook 1.6, de paragraaf over zenuwlijders in Rhijngeest.
434 Schermers 1908; Lindeboom en Van Lieburg 1984; Hutschemaekers en Hrachovec 1993.
435 Schermers 1908, 14, 17.

meenschappelijk element aan te wijzen. De instellingen waren geconcentreerd in het midden van het land in een doorgaans bosrijke omgeving, maar niet te ver van de bewoonde wereld en goed bereikbaar met trein of tram. Populair waren het gebied rond Nijmegen en Arnhem, de Veluwe, de Utrechtse Heuvelrug, het Gooi, en de regio's Den Haag, Haarlem en Amsterdam.[436]

Wat is bekend over de samenstelling van de sanatoriumbevolking, de toegekende diagnoses, de therapieën die deze instellingen boden en de resultaten ervan? Hoe stond het bijvoorbeeld met de diagnose neurasthenie? Op grond van onderzoek naar de beide in 1903 geopende sanatoria voor zenuwlijders, Rhijngeest en het Christelijk Sanatorium te Zeist, valt in grote lijnen het volgende beeld te schetsen.[437]

Het Christelijk Sanatorium betrok aanvankelijk zijn patiënten uit de 'gegoede burgerij van calvinistisch Nederland'. Alleen in de eerste jaren werden er meer mannen dan vrouwen opgenomen.[438] De sociaal-economische en godsdienstige achtergrond van de patiënten in Rhijngeest vertoonde – mede dankzij de 'rijksbedden' – meer variatie. Reeds vanaf het begin vormden vrouwelijke patiënten daar een kleine meerderheid.[439] Ook de diagnoses vertonen onderlinge verschillen. In Zeist kreeg ruim de helft van de patiënten vóór 1910 de diagnose neurasthenie: 64 procent van de mannen en bijna 30 procent van de vrouwen. Daarna liep de frequentie ervan geleidelijk terug tot ongeveer 25 procent in 1925 en zo'n 8 procent in 1940 van alle opgenomen patiënten.[440] Ook van de diagnoses hysterie – over een langere periode (1903-1985) bezien de meest voorkomende diagnose – en psychopathie liep de frequentie terug. Bij ontstentenis van een totaaloverzicht van de toegekende diagnoses valt voor Zeist evenwel niet vast te stellen in hoeverre in de periode voor 1940 ook patiënten met (lichtere) psychosen of met 'organische' zenuwziekten in dit sanatorium terechtkwamen – zoals dat in Rhijngeest wél het geval was.

De jaaroverzichten van Rhijngeest over de periode 1905-1919 wijzen uit dat de neurosen (neurasthenie, hysterie, psychasthenie en dergelijke) tezamen slechts bij uitzondering meer dan de helft van het totale patiëntenbestand betroffen en dat daarnaast de psychosen (onderverdeeld in dementia praecox, melancholia, insania periodica, paranoia en andere psychosen) en ook de organische zenuwziekten (waaronder dementia paralytica, tabes, multipele sclerose) substantieel waren vertegenwoordigd.[441] Behalve in de jaren 1905-1907, toen de diagnose neurasthenie aanzienlijk frequenter voorkwam dan hysterie, nam hysterie vrijwel zonder

436 Kerkhoven en Vijselaar 1993, 44.

437 Respectievelijk Gijswijt-Hofstra 2004; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Hutschemaekers 1990. Voor sanatorium Overdonk te Dongen en de kleinere sanatoria is geen onderzoek beschikbaar.

438 Hutschemaekers 1993c, 84-85. Hutschemaekers baseert zich op een steekproef van 929 dossiers uit de periode 1903-1985 van patiënten die niet als psychotisch werden beschreven.

439 Gijswijt-Hofstra 2004.

440 Hutschemaekers 1993c, 86-88.

441 De jaaroverzichten van Rhijngeest zijn gepubliceerd in de Leidse gemeenteverslagen.

uitzondering de eerste plaats in. Vanaf 1908, toen de verwante diagnose psychasthenie in Rhijngeest zijn intrede deed, verloor de neurasthenie aanvankelijk terrein om vervolgens, tussen 1915 en 1925, op een wat hoger niveau te stabiliseren, waarna de daling meer definitief inzette. Opvallend is ook dat artsen de diagnose neurasthenie in Rhijngeest veelvuldiger aan vrouwen dan aan mannen toekenden: 58 tegen 42 procent in de periode 1905-1919.[442] In de jaren daarna (1920-1937) waren mannen evenwel in de meerderheid. De sekseverdeling bij hysterie was daarentegen tamelijk constant, met vóór 1920 zo'n 80 procent vrouwen en daarna ongeveer 75 procent. Ook mannen kregen dus met enige regelmaat het etiket hysterisch opgeplakt.

De artsen van het Christelijk Sanatorium en Rhijngeest behandelden hun patiënten met elektrotherapie, medicatie, bedrust, lichaamsbeweging in de vorm van wandelen of gymnastiek, massage en diverse vormen van bezigheid en ontspanning. Het sanatorium te Zeist maakte bovendien veelvuldig gebruik van hydrotherapie en legde een tamelijk sterk accent op bezigheids- of arbeidstherapie – bid en werk was daar het devies.[443] Rhijngeest onderscheidde zich vanaf de tweede helft van de jaren 1910 in een vroeg stadium door de toepassing van psychoanalyse, zij het bij een beperkt aantal patiënten met als diagnose hysterie, neurasthenie of een andere vorm van neurose. De medische staf beschikte over onvoldoende tijd om deze tijdrovende therapievorm op ruimere schaal toe te passen.[444] Over de effecten van verblijf en behandeling is voor het sanatorium te Zeist niets en voor Rhijngeest weinig bekend. De jaaroverzichten van Rhijngeest wijzen uit dat het merendeel van de patiënten binnen een half jaar met ontslag ging en dat ruim de helft daarvan was 'hersteld', dan wel in meer of mindere mate 'verbeterd'. Soms was de toestand van patiënten bij ontslag echter verergerd en volgde in een aantal gevallen overplaatsing naar een krankzinnigengesticht. Met enkele van deze patiënten zullen wij in de volgende paragraaf kennismaken.

De samenstelling van het patiëntenbestand van de beide sanatoria voor zenuwlijders laat hoe dan ook zien dat het begrip zenuwlijders of zenuwlijden aanzienlijk meer ziektebeelden omvatte dan alleen dat van de neurasthenie. Dit neemt niet weg dat in contemporaine lectuur over de kwalen van de moderne tijd de termen zenuwlijden en neurasthenie of zenuwzwakte min of meer als elkaars synoniemen fungeerden.[445] De Amerikaanse zenuwarts en elektrotherapeut G.M. Beard, de 'vader van de neurasthenie', beschouwde deze zenuwkwaal als een echt Amerikaanse ziekte, een aandoening van de moderniteit.[446] Onder de diagnose neurasthenie schaarde hij een hele reeks lichamelijke en psychische symptomen, zoals angst, wanhoop, slapeloosheid, gebrek aan concentratievermogen, extreme moeheid, hartkloppingen, migraine, spijsverteringsproblemen en impotentie.

442 Vergelijk Gijswijt-Hofstra 2001a, 23-24; Gijswijt-Hofstra 2001b, 299-300.

443 Hrachovec 1993.

444 Ongepubliceerd onderzoek van Gijswijt-Hofstra.

445 Zie Vijselaar 2001; Slijkhuis 2001a.

446 Zie Gosling 1987; Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; vergelijk Vijselaar 2007a, 11-15.

Deze symptomen waren, zo meende Beard, het gevolg van een tekort aan zenuwkracht, dat op zijn beurt voortkwam uit een overmatige belasting van de hersenen en de spijsverterings- en de voortplantingsorganen. Die overbelasting zou weer te wijten zijn aan de druk van de moderne, dynamische samenleving: het hectische stadsleven, de snelle vervoers- en communicatiemiddelen, de toename van hoofdarbeid en het hoge werktempo. Het therapeutisch repertoire bestond uit elektrotherapie, de rustkuur van de Amerikaanse arts S.W. Mitchell (met onder meer een verblijf in afzondering, bedrust, een voedzaam dieet en massage), een bezoek aan een kuuroord, een verblijf aan zee of in de bergen en diverse vormen van psychotherapie, eventueel gecombineerd met een verblijf in een sanatorium.

Vanaf het begin van de jaren tachtig van de negentiende eeuw raakte Beards gedachtegoed in Europa verbreid. Met name in Duitsland sloeg het neurasthenieconcept al direct sterk aan.[447] De Nederlandse receptie van neurasthenie voltrok zich wat trager. De diagnose bereikte niet eenzelfde mate van populariteit als in Duitsland of Frankrijk. Toch ontbrak het in Nederland allerminst aan cultuurkritische geluiden als reactie op de moderniseringsprocessen die, naar het oordeel van gegoede burgers, een bedreiging vormden voor burgerlijk liberale waarden als wilskracht, zelfbeheersing en plichtsbesef. In het verlengde hiervan stond de neurastheniediscussie – dan wel de discussie over het zenuwlijden – in het teken van de angst voor het verlies van moraliteit en religieuze waarden, kortom voor de teloorgang van de burgerlijke samenleving. In Nederland nam het pessimisme van het fin de siècle overigens niet dezelfde proporties aan als in met name Duitsland en Frankrijk, waar de ophef over het vermeende nationale verval wijd verbreid was.[448]

Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest

Hoe werden de grenzen tussen zenuwziek en krankzinnig, tussen sanatorium en krankzinnigengesticht in de praktijk getrokken en wat betekende dit voor de direct betrokkenen? Aan de hand van dossiers van de patiënten van Rhijngeest uit de periode 1903 tot 1940 zullen we deze vragen beantwoorden.[449]

Zoals we hebben gezien was voor Jelgersma vanuit medisch en praktisch oogpunt niet zozeer het verschil tussen enerzijds krankzinnigheid of psychosen en anderzijds zenuwaandoeningen relevant, als wel dat tussen aan de ene kant gevaarlijke en lastige psychoselijders (die verdienden het etiket krankzinnig) en aan de andere kant lichte en rustige psychoselijders en zenuwlijders met ziekteinzicht. De laatste twee groepen zouden tezamen in een zenuwinrichting verpleegd kunnen worden. Het maakte immers nogal wat uit of iemand wel of niet gevaarlijk was voor zichzelf of voor anderen. Voor zenuwlijders die blijk gaven van

447 Zie Gijswijt-Hofstra 2001a; Radkau 1998; Shorter 1992; Shorter 1997, 113-144.

448 Te Velde 1989; Vijselaar 2001; Radkau 1998; Nye 1984; Nye 1993; zie ook 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten.

ziekte-inzicht en zich vrijwillig onder behandeling stelden, was opname in een zenuwinrichting hoe dan ook geëigend, maar ook lijders aan lichtere vormen van psychosen konden gebaat zijn bij opname in een dergelijke inrichting. Gestichtsopname en de daarmee gepaard gaande vrijheidsberoving beschouwde Jelgersma als een noodzakelijk kwaad dat alleen acceptabel was indien lijders aan psychosen gevaarlijk waren voor zichzelf of voor anderen.[450]

Rhijngeest en ook andere sanatoria voor zenuwlijders brachten deze visie inderdaad tot op zekere hoogte in praktijk. Voor 'krankzinnigen' – en dat gold ook voor lijders aan besmettelijke ziekten, bijvoorbeeld tuberculose – was Rhijngeest blijkens artikel 1 van de verordening op het Sanatorium uitdrukkelijk niet bedoeld. Desondanks bevonden zich onder de opgenomen patiënten heel wat psychoselijders, die ook als zodanig stonden opgevoerd in de Leidse gemeenteverslagen. Zo bevatten deze met ingang van het verslagjaar 1905 tabellen over de verdeling der verpleegden naar de vormen van ziekteprocessen, met een driedeling in neurosen, organische zenuwziekten en psychosen.[451] Deze zou tot 1926 dienst doen om vervolgens plaats te maken voor een tweedeling in geestelijke en organische afwijkingen.[452]

In de praktijk was er natuurlijk wel een probleem, want waar lag de grens? De in 1906 benoemde geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, Van der Kolk, signaleerde in het gemeenteverslag over 1905 dat hoewel het sanatorium officieel geen krankzinnigen opnam, het aantal verpleegden met psychosen – op dat moment ruim 40 procent – toch 'vrij aanzienlijk' was. Daarvoor waren volgens hem verschillende oorzaken aan te wijzen. Ten eerste was het herhaaldelijk voorgekomen dat verwijzende artsen een zich ontwikkelende psychose niet als zodanig hadden onderkend. 'Zoo werden ons herhaaldelijk volkomen ter goeder trouw Hysterici toegezonden, die bij nader kennismaking Dementia-praecox-lijders blijken, of neurasthenische depressietoestanden, die zich ontpoppen als melancholici.' Ten tweede stelden collega's onder druk van familieleden, maar ook ter wille van hun patiënten de feiten nogal eens mooier of anders voor dan met de werkelijkheid overeenkwam. Dat had te maken met de afkeer 'die er bij het groote publiek bestaat van het krankzinnigengesticht. Zoo lang mogelijk wordt de interneering uitgesteld en sleept men zijn zieke familieleden liever eerst door de verschillende vaderlandsche Sanatoria'. Bovendien viel volgens Van der Kolk tussen de neurosen en psychosen geen scherpe grens te trekken en konden de eerste ieder ogenblik in de laatste overgaan. Daar kwam nog bij dat het tot dan toe 'vrijwel mislukt' was om een afdoende definitie van krankzinnigheid

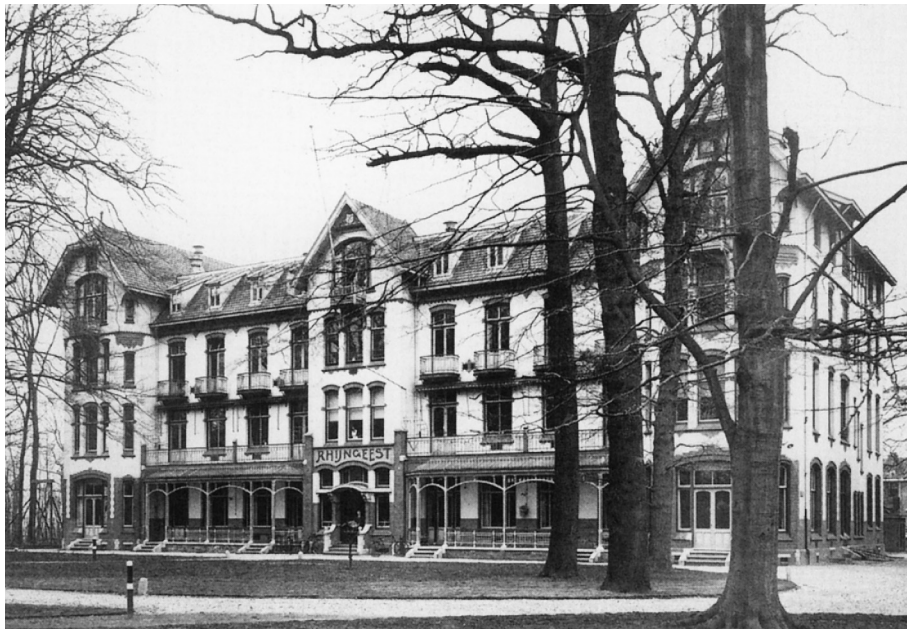
449 Zie Gijswijt-Hofstra 2004.

450 Jelgersma 1897b; Jelgersma 1897a, 2.

451 *Verslag van den toestand der gemeente Leiden over het jaar 1905* 1906, IIa: 20. Hierna aan te duiden als: *Verslag gemeente Leiden 1905* etc. Zie de vorige paragraaf voor de gehanteerde onderverdelingen.

452 De vroegere neurosen en psychosen werden voortaan gezamenlijk ondergebracht onder de noemer 'geestelijke afwijkingen'. Van de termen neurose en psychose werd niet langer gebruikgemaakt en ook de interne classificatie onderging wijzigingen.

Sanatorium voor zenuwlijders Rhijngeest, Oegstgeest.



te geven. Vandaar dat de onderscheiding 'maatschappelijk al of niet krankzinnig' werd gehanteerd: als bij opname of bij het verdere verblijf in Rhijngeest bleek dat de patiënt 'voor zichzelf of voor anderen gevaarlijk of hinderlijk' was, moest deze het sanatorium verlaten.[453] Behalve gevaar voerde Van der Kolk dus ook hinderlijk gedrag op als uitsluitingscriterium. Een jaar later bleek het nog wat ingewikkelder te liggen: hij wees er toen op dat patiënten bij de beoordeling van hun geschiktheid voor sanatoriumverpleging slechts in 'maatschappelijk al- of niet-krankzinnigen' werden verdeeld, terwijl in de statistiek voor het gemeenteverslag de wetenschappelijke nomenclatuur was gevolgd, zodat onder de psychosen een groot aantal 'maatschappelijk niet-krankzinnigen' waren gerangschikt.[454]

Hoe het ook zij, de publieksvoorlichting over Rhijngeest vermeed angstvallig iedere associatie met krankzinnigheid. Zo presenteerde Van der Kolks voorganger als geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest, J.C.Th. Scheffer, in een voor een algemeen publiek bestemd artikel over Rhijngeest de kwalen van de beoogde doelgroep van het sanatorium in termen van overspanning van het zenuwstelsel. Hoewel Scheffer de term neurasthenie niet bezigde, liet hij er, net als Jelgersma, geen misverstand over bestaan dat het moderne leven met zijn gejaagdheid, concurrentie, geldzucht en intellectuele overbelasting vooral bij mensen met een zwak zenuwstelsel overspanning en dientengevolge zenuwziekte in de hand werkte. Voor herstel waren dan ook ontspanning en rust, liefst buiten de eigen omgeving, noodzakelijk.[455]

Een prospectus van Rhijngeest uit halverwege de jaren twintig vermeldde dat het sanatorium was bestemd voor 'lijders aan organische en functioneele zenuwziekten', en dat 'krankzinnigen' niet voor opname in aanmerking kwamen.[456] Het sanatorium bevond zich, zo opende de prospectus, op het vanouds bekende landgoed Rhijngeest, gelegen aan de straatweg Haarlem – Den Haag, op enkele minuten afstand van de tramhalte Oegstgeest. Onvermeld bleef dat het krankzinnigengesticht Endegeest aan de overkant van de straatweg lag. De medische verantwoordelijkheid voor de patiënten berustte niet bij de hoogleraar psychiatrie, maar bij een door de gemeente benoemde geneesheer. Tussen 1903 en 1934 was dat A.H. Oort, de eerste promovendus van Jelgersma, en vervolgens H.W. Borgerhoff Mulder tot aan diens overlijden in 1947.[457]

Zowel Villa Rhijngeest als het hoofdgebouw van het sanatorium waren van alle moderne gemakken voorzien, zoals elektriciteit en centrale verwarming. Voor eersteklassepatiënten 'die rust en ontspanning zoeken of een speciale behandeling van hun zenuwlijden behoeven,' zo was in de prospectus te lezen, 'biedt de smaakvol ingerichte Villa en het fraaie landgoed alle gewenschte hulpmiddelen, om de genezing zooveel mogelijk te bevorderen.' De patiënten hadden er elk een

453 *Verslag gemeente Leiden 1905*, IIa: 21–22.
454 *Verslag gemeente Leiden 1906*, IIa: 20.
455 Scheffer 1905.
456 *'Rhijngeest'. Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest* s.a. [tussen 1924 en 1927].
457 Rooijmans 1998, 21–24. De eindverantwoordelijkheid voor Rhijngeest berustte bij de geneesheer-directeur van Endegeest.

eigen zitslaapkamer en konden gebruikmaken van een gezamenlijke eet- en conversatiezaal met een grote serre. Het hoofdgebouw was verdeeld in twee helften: één voor vrouwelijke en één voor mannelijke patiënten tweede klasse A en B. De eet- en recreatiezalen waren gelijkvloers, 'net als een der kamers voor geneeskundig onderzoek en behandeling met electriciteit, massage, enz.', terwijl de waakzalen en slaapvertrekken zich op de eerste en tweede verdieping bevonden. De geneeskundige behandeling bestond hoofdzakelijk uit: 'regeling der leefwijze en van het dieet, doelmatige verdeeling van rust en lichaamsbeweging, psychotherapie, toepassing van baden, inwikkelingen, afwrijvingen, electrische behandeling, geneeskundige gymnastiek, rustkuren, enz.' De prospectus maakte melding van 9 bedden in de Villa en 91 in het hoofdgebouw.[458]

Kortom, terwijl vakpublicaties en ook de Leidse gemeenteverslagen benadrukten dat er geen scherpe grens viel te trekken tussen krankzinnig en niet-krankzinnig, trachtte de prospectus van Rhijngeest juist een zo groot mogelijke afstand te creëren tussen krankzinnigen en zenuwlijders. Door 'krankzinnigen' uit te sluiten, zou het sanatorium des te aantrekkelijker zijn voor 'zenuwlijders'. Hoe een en ander in de praktijk uitpakte valt ten dele te reconstrueren op grond van de patiëntendossiers en de Leidse gemeenteverslagen.[459]

Om een indruk te geven van de verdeling van de uit Rhijngeest ontslagen patiënten, de 'afgevoerden', naar neurosen, psychosen en organische zenuwziekten: voordat in 1908 de 20 rijksbedden werden ingesteld kwam het percentage organische zenuwziekten niet boven de 12,5 procent, daarna zou het tot 1920 schommelen tussen 18 en 31 procent met een gemiddelde van 26 procent. Vanaf 1920, toen de rijksbedden niet meer werden meegeteld, lag het percentage organische zenuwziekten tot en met 1933 tussen 8 en 17 procent, waarna vrij plotseling een stijging intrad met een piek van 46 procent in 1936. Bezien we de onderlinge verhouding tussen de neurosen en de psychosen tot aan 1926, toen een andere indeling van kracht werd, dan blijkt dat de psychosen (met een jaarlijks gemiddelde van 62 afgevoerden) gemiddeld niet meer dan 11 procent achterbleven bij de neurosen (met een jaarlijks gemiddelde van 77 afgevoerden), en zelfs tot tweemaal toe in de meerderheid waren en eenmaal gelijk eindigden. Onder de tot 1926 ontslagen patiënten per jaar schommelde het aantal psychosen tussen de 46 en 85, en het

458 In 1908 waren er 46 bedden in klasse 2A en 29 bedden, waarvan 20 rijksbedden, in klasse 2B. Rooijmans 1998, 21.

459 De patiëntendossiers van Rhijngeest worden op twee plaatsen bewaard: van de niet-rijkspatiënten in het Gemeentearchief Leiden en van de rijkspatiënten in een opslagruimte onder beheer van het Leids Universitair Medisch Centrum. De Leidse gemeenteverslagen bevatten tabellen die onder meer inzichtelijk maken hoe in het betreffende verslagjaar de loop van de sanatoriumbevolking per verpleegklasse en sekse was geweest, en hoe de ontslagen patiënten – meestal wederom per verpleegklasse en sekse – waren verdeeld naar kerkgenootschap, burgerlijke staat, leeftijd, beroep, de oorzaken der ziekten, de duur van de ziekte voor de opneming en de resultaten der verpleging in verband met de aard der ziekte. De gemeenteverslagen lenen zich dan ook bij uitstek als bron voor een longitudinaal overzicht van de sanatoriumbevolking en de geboekte resultaten.

aantal neurosen tussen de 35 en 110. Over het totale aantal afgevoerden gerekend maakten de psychosen tot 1926 gemiddeld 36 procent uit, en de neurosen gemiddeld 44 procent.

Een thema dat niet alleen de artsen, maar ook de betreffende patiënten en hun familie bezighield, was de beoordeling van de (on)geschiktheid van lijders aan psychosen voor opname of voor verdere verpleging in Rhijngeest. Hoe kwam in de praktijk van Rhijngeest de grens tussen 'maatschappelijk al- of niet-krankzinnigen' tot stand? Met andere woorden, hoe pakte het uitsluitingscriterium 'gevaarlijk' en/of 'hinderlijk' gedrag uit? Afgezien van de eerder aangehaalde beschouwingen van Van der Kolk naar aanleiding van de psychosen, maken de gemeenteverslagen over de jaren 1908-1926 melding van het aantal 'wegens psychose' afgewezen verzoeken tot opname.[460] Dat aantal bedroeg gemiddeld 31 per jaar, hetgeen, vergeleken met het aantal in deze jaren wél opgenomen patiënten, gemiddeld 181 per jaar, niet gering was. Toch bleek het passeren van deze barrière allerminst een garantie dat patiënten niet alsnog vanuit Rhijngeest naar een krankzinnigengesticht zouden moeten verhuizen. Voor de jaren 1912-1936 valt uit de gemeenteverslagen op te maken dat dit lot jaarlijks gemiddeld 14 patiënten ten deel viel. Tot 1920, toen de rijkspatiënten nog werden meegeteld, lag dit gemiddelde op 21, daarna zakte het gemiddelde naar 10 per jaar. Het ging daarbij trouwens niet uitsluitend om psychoselijders, maar ook om patiënten met organische zenuwziekten en neurosen, al bleven de laatsten ver achter bij de eerstgenoemde groep. Voor psychoselijders bedroeg de kans dat zij na ontslag uit Rhijngeest in een gesticht terechtkwamen in de jaren 1917 tot en met 1919 27 procent, en in de periode 1920 tot en met 1925 ongeveer 19 procent.

De patiëntendossiers van Rhijngeest bieden nader zicht op wat voorafging aan een eventueel besluit tot overplaatsing naar een krankzinnigengesticht. Vooral de formulieren met daarop de aantekeningen van de verantwoordelijke geneesheer over het verloop van de ziekte verschaffen informatie over de houding en het gedrag van de patiënt en de beoordeling daarvan door de arts in termen van gevaar of overlast. Voor zover de arts opmerkingen van de patiënt zelf noteerde gebeurde dat, behoudens een enkel citaat, in samengevatte of geparafraseerde vorm. De angst van patiënten voor het etiket krankzinnig en gestichtsopname kon er evengoed scherp in doorklinken. Een enkele keer zijn ook aan de arts of aan familieleden gerichte briefjes bewaard gebleven waarin patiënten blijk gaven van een dergelijke angst.

Onder de ongeveer 400 voor een nadere analyse geselecteerde patiëntendossiers bevinden zich 36 dossiers van patiënten die vanuit Rhijngeest naar een krankzinnigengesticht gingen. Doorgaans was dat het naburige Endegeest, maar soms betrof het andere gestichten. Ongeveer een derde van deze patiënten moest

460 Een tweede grond voor weigering was plaatsgebrek.

binnen twee weken na opname uit Rhijngeest vertrekken, de meeste anderen na een tot drie maanden. Het merendeel van de patiënten die al binnen twee weken naar een krankzinnigengesticht werden overgebracht, was in het eerste decennium van Rhijngeests bestaan opgenomen. Dit zou kunnen wijzen op een enigszins voorzichtiger en terughoudender opnamebeleid nadien. Sommige patiënten veroorzaakten al direct dermate veel overlast, zo valt uit hun dossiers op te maken, dat geen andere uitweg openstond dan spoedige overplaatsing naar een gesticht.

Neem het geval van de 37-jarige ongehuwde vrouw zonder beroep die in 1908 in Rhijngeest aankwam en nog dezelfde avond in Endegeest belandde.[461] Op het formulier stond als diagnose vermeld: 'psychose (amentie?)'. Houding en gedrag bij opneming waren 'nerveus en verward'. De anamnese luidde dat de ouders, broers en zusters van de patiënte gezond waren. Zij had zelf lager onderwijs genoten, was winkeljuffrouw geworden, was op 24-jarige leeftijd gevallen en daarna geopereerd wegens kanteling der uterus. Daarna ging het eerst goed, maar enkele maanden geleden had ze weer last gekregen en was ze nogmaals geopereerd en 'weggemaakt'. Vervolgens was ze 'geheel verward, schreef onsamenhangende brieven… Rusteloos, sliep slecht, at slechts na aandringen, geen neiging tot zelfmoord. Ze is bang dat men haar pakken zal dat zij allerlei kwaad gedaan heeft.' Over de dag dat ze in Rhijngeest aankwam, stond in haar dossier genoteerd:

——— *Nauwlijks [sic] te bed werd patiente zoo onrustig en ongedurig dat er hulp noodig was om haar op bed te houden. Zij werd hoe langer hoe angstiger, zeide gewurgd te zullen worden, beweerde dat haar vader, die haar hier gebracht had, al onder den grond gestopt was en dat haar moeder dood was. Zij werd hoe langer hoe wilder, sloeg, beet, schreeuwde zoodat zij in een geblindeerd vertrek moest gedragen worden. mg Scopalan maakte haar wel iets kalmer maar verlamde haar niet geheel. Zij bleef ongedurig en angstig rondloopen en gaf aan alles verkeerde namen. Haar familieleden die des middags haar nog bezochten herkende zij wel maar zij uitte ook tegenover hen allerlei waandenkbeelden, bleef illusioneel verward. Nog denzelfden avond per rijtuig naar Endegeest overgebracht. Voor het instappen trachtte zij nog te ontvluchten en noemde het: een moordpartij.*

Een 57-jarige gehuwde vrouw zonder beroep met de diagnose mania acuta werd in 1913 vier dagen na haar opname in Rhijngeest krankzinnig verklaard.[462] Haar krankzinnigheid bleek 'uit groote verwardheid, waardoor zij niet weet waar zij zich bevindt en allerlei onzin zegt. Zij komt onophoudelijk uit bed, trekt het gordijn naar beneden, schreeuwt en gilt zonder bekende oorzaak, zoodat haar opname in een gesticht voor krankzinnigen dringend noodzakelijk is'. De arts die om haar opname in Rhijngeest verzocht, schreef dat hij de patiënte had gecureteerd en dat ze het lichamelijk goed maakte. Er deden zich nu evenwel 'lichte Psychische stoornissen' voor, 'bestaande uit kwaadspreken van ieder, ietwat druk

461 Opname 1908-01-28.

462 Opname 1913-03-21.

doen, en zeer druk babbelen, slecht slapen. De familie – die drukke zaken heeft – kan haar niet thuis hebben en daarom is besloten haar een tijdje in een inrichting te doen verplegen.' De arts schreef ook dat de vrouw 25 jaar eerder in een krankzinnigengesticht was verpleegd, maar dat het daarna steeds goed was gegaan, behalve dan dat ze, volgens de familie, steeds in het voorjaar wat druk en lastig was.

——— *De vraag is nu of U haar wilt opnemen. De eenige bepaalde last, die ze in 't ziekenhuis van haar hebben, is, dat ze af en toe een bui krijgt dat ze per se naar huis wil. Dan moet ik even verschijnen om 't haar uit 't hoofd te praten en dan is 't weer in orde. Gevaarlijk is ze m.i. volstrekt niet.*

Lastig bleek ze dus wél te zijn toen ze eenmaal in Rhijngeest was.

Een ongehuwde 22-jarige kleermaker, die anders dan de beide vorige patiënten op een van de rijksbedden werd verpleegd, verhuisde in 1923 twaalf dagen na zijn opname in Rhijngeest naar Endegeest.[463] Het formulier vermeldt als diagnose 'schizophrenie'. De arts van Rhijngeest noteerde op de laatste dag:

——— *overgebracht naar Endegeest. Was zeer onrustig – begreep niet waarom de Dr. had gemaakt dat zijn mannelijkheid niet meer stijf kon worden – was zeer ongedurig en sprong tenslotte uit het raam, kon slechts op 't laatste moment gegrepen worden toen hij al buiten het raam hing, terwijl hij met zijn goed bleef haken aan een deel van het hekwerk.*

Naar zijn vader en de patiënt zelf bij de opname hadden meegedeeld was hij sinds ongeveer een jaar zwaarmoedig gestemd. Hij was het vorige jaar in Duitsland gaan werken, was daar in slecht gezelschap geraakt, 'maar bleef altijd het goede doen'. Hij had heimwee gekregen en was na zeven maanden teruggekeerd, en sindsdien niet meer de oude geweest. 'Hij was voortdurend jagerig, durfde niet alleen slapen, kwam bij zijn ouders zelfs in bed. Hij werd lusteloos; zijn gedachten dwaalden voortdurend af.' Zelf merkte de patiënt – volgens de arts – op: 'Ik ben in Hamburg krankzinnig geweest: ik wist het vooruit: ik werd dan ineens suffig en 's middags was ik helder; 's avonds in Amsterdam werd ik wild [...] Het is zoo jammer, dat ik niet kan werken, maar mijn geest is dood.' Verder noteerde de arts onder meer dat de patiënt zich nooit met meisjes inliet: 'als hij een aardig meisje zag, kwam de gedachte aan zijn ouders op, en dan kwam er niets van. Hij had altijd een ideaal, een rein lichaam te willen hebben [...] Is bang, dat zijn genitalia niet in orde zijn.' Op een in het dossier bewaard gebleven briefkaart aan zijn ouders schreef de jongeman dat hij niet meer wist wat hij moest doen en erg bang was dat ze patiënten eerst een poosje hier lieten en dan naar de overkant brachten 'waar een gekkenhuis is': 'als ze mij daar heen willen brengen met een prik er bij dan ben ik nog zoo verstandig dat ik gauw smeert [sic].'

463 Opname 1923-04-17.

Ook andere patiënten lieten blijken dat ze bang waren in een krankzinnigengesticht terecht te komen of daadwerkelijk krankzinnig te worden. Zoals de in 1903 in Rhijngeest opgenomen 34-jarige gehuwde grossier in hoeden en petten, die de diagnose 'melancholie (waarschijnlijk insan. period.)' kreeg en wiens houding en gedrag de arts bij opneming beschreef als 'stil gedeprimeerd'.[464] Beide ouders hadden door verdrinking zelfmoord gepleegd en een zuster van de patiënt was zenuwlijder, maar zijn twee dochters waren gezond. Het formulier vermeldt voorts dat de patiënt lager onderwijs had genoten, naar Engelse les was geweest, in het manufacturenvak ging, niet gemakkelijk leerde en wat stil en eenzelvig was. Hij bezat een grote zaak en had zeer hard gewerkt, maar de laatste tijd gingen de zaken minder goed, hetgeen hij zich zeer had aangetrokken. Hij werd stil, eenzelvig, had geen levensvreugde, sliep slecht, had een geringe eetlust, voelde zich vermoeid, kon moeilijk denken, maar had geen hoofdpijn. Over zijn psychische toestand na opname in Rhijngeest staat het volgende opgetekend.

_____ *Stil spreekt zelden en met zwakken stem. Klaagt niet maar ligt starend met gedeprimeerd gezicht. Slaapt weinig en eet weinig. Geeft aan dat alles zijn eigen schuld is. Hij heeft gezondigd, heeft extra matrimoniaal geslachtelijk verkeer gehad ook na zijn huwlijk en voor zijn huwlijk een druiper gehad. Hij heeft niets geen hoop op de toekomst en vreest dat hij naar een krankzinnigengesticht zal gebracht worden. Hij heeft anders geen waanideeën en is volkomen georiënteerd maar is, zooals hij trouwens steeds was, zwaartillend: zijn zaak zal nu wel failliet gaan, zijn vrouw en kinderen zal hij niet weerzien…*

In dit geval viel het mee: na een kleine vier maanden kon deze patiënt hersteld en wel uit Rhijngeest vertrekken.

Voor zover dat uit de patiëntendossiers valt op te maken vormden onrustig, verward en veel overlast gevend gedrag, en soms ook een poging tot zelfmoord, de reden om iemand krankzinnig te verklaren en over te brengen naar een krankzinnigengesticht. Dat gold zowel voor korter als langer in Rhijngeest verblijvende patiënten. Vermoedelijk vrij uitzonderlijk was de opstelling van de echtgenoot van een 45-jarige patiënte die in 1913 in Rhijngeest met de diagnose manisch-depressieve psychose werd opgenomen nadat zij al diverse malen in het Christelijk Sanatorium te Zeist en vervolgens in de Utrechtse psychiatrisch-neurologische kliniek was verpleegd.[465] Als burgemeester kende hij de formaliteiten en had hij al direct na de opname van zijn vrouw op voorhand voor haar een grotendeels ingevulde, nog ongedateerde krankzinnigverklaring doen toekomen aan de behandelend geneesheer in Rhijngeest, Oort. De burgemeester liet Oort weten dat hij inmiddels doende was over een tweetal krankzinnigengestichten informatie in te winnen. Het liep echter anders: na vier maanden kon de echtgenote van de burgemeester hersteld uit Rhijngeest vertrekken.

464 Opname 1903-11-28.

465 Opname 1913-10-27.

Behalve dat een opname in Rhijngeest allerminst een waarborg inhield dat patiënten niet alsnog in een krankzinnigengesticht terecht zouden komen, is nog iets anders duidelijk geworden. Niet alleen waren tal van patiënten, net als de burgemeestersvrouw, reeds elders – in sanatoria, kuuroorden, (universiteits)klinieken of in particuliere praktijken van zenuwartsen – in behandeling geweest voordat ze in Rhijngeest belandden, maar ook waren sommige patiënten al eens in een krankzinnigengesticht opgenomen, zoals de eerder vermelde 57-jarige vrouw die vier dagen na haar opname in Rhijngeest nogmaals krankzinnig werd verklaard.[466] Terwijl het voor deze vrouw wederom op een krankzinnigverklaring uitliep, waren er ook patiënten voor wie het bij de eerdere opname in een gesticht lijkt te zijn gebleven, die er althans niet vanuit Rhijngeest nogmaals in terechtkwamen. Dit betrof klassepatiënten én 'rijkspatiënten' van beiderlei sekse. Voor sommigen lag het verblijf in een krankzinnigengesticht vele jaren terug, voor anderen volgde de opname in Rhijngeest min of meer direct na ontslag uit het gesticht. Zo kon de 58-jarige gehuwde voormalig leraar Frans, die in 1924 na een kort verblijf in Endegeest in Rhijngeest op de klasseafdeling terechtkwam met de diagnose psychopathie, het sanatorium na twee weken als 'veel verbeterd' verlaten.[467] Op zijn formulier staat bij de eerste dag genoteerd:

——— *Komt hier rustig uit Endegeest binnen, schrijft dadelijk een briefje aan den heer […], waarbij hij het hervatten van zijn lessen op 17 Maart aankondigt. 'Ik ben eergisteren (hij is net een uur in het sanat.) na een verblijf van 10 dagen ontslagen, als hebbende niet de minste storing, afwijking of zenuw-overspanning getoond en dit wel met algemeene stemmen der doktoren op voorstel van den Directeur-Geneesheer. Enz.'.*

In het dossier ligt ook een briefje van de patiënt – mede ondertekend door diens echtgenote – aan de directie van het sanatorium Rhijngeest waarin hij zijn vertrek over vijf dagen aankondigt.

——— *Met het oog op mijn finantieelen toestand en de lust en behoefte aan het werk te gaan, teneinde mijn brood te verdienen, deel ik U mede Zondag 9 Maart a.s. na het diner te vertrekken. Mijn voornemen is, na het pakken mijner koffers, naar Brussel te vertrekken, zooals ik met mijn vrouw overeengekomen ben. Ik gevoel behoefte dank te zeggen voor de uitmuntende zorgen, ondervonden zoowel in Endegeest als alhier.*

Met andere patiënten in deze categorie lijkt meer aan de hand te zijn geweest: ze verbleven doorgaans langer in Rhijngeest en niet allen verlieten het sanatorium in herstelde of verbeterde toestand. Zo werd een 28-jarige ongehuwde verpleegster die al tweemaal in Endegeest opgenomen was geweest in 1923 in Rhijngeest

466 Opname 1913-03-21.

467 Opname 1924-02-27.

als 'rijkspatiënte' met de diagnose 'hysterie bij debilitas' opgenomen en na zes weken als onveranderd ontslagen en overgebracht naar een oudeliedenhuis in Leiden.[468] Een 59-jarige gehuwde patiënte in de eerste klasse met als diagnose 'recidiveerende verwardheidstoestanden bij degeneratio cordis' kwam in 1926, na opnamen in het gesticht in Den Dolder en de Amsterdamse Valeriuskliniek, naar Rhijngeest.[469] Daar zou zij ruim twee jaar, tot aan haar overlijden, blijven. Behalve de eersteklasverpleging kon haar echtgenoot het zich veroorloven een particulier verpleegster voor zijn vrouw in te huren toen zij korte tijd zeer onrustig was. Bovendien trok hij voor zijn vrouw in een later stadium voor enkele uren per dag een gezelschapsdame aan.

Bovenstaande voorbeelden illustreren wanneer voor Rhijngeest de grens was bereikt, hoe het uitsluitingscriterium van 'gevaarlijk' en/of 'hinderlijk' gedrag in de praktijk uitpakte en het besluit viel tot overbrenging naar een krankzinnigengesticht. Ze werpen niet alleen licht op de dilemma's van artsen en verpleging, maar ook op de angst van patiënten voor (het etiket van) krankzinnigheid en het gesticht, alsook de uiteenlopende opstelling van familieleden. Enerzijds waren (voormalige) patiënten uit krankzinnigengestichten niet per se onwelkom in Rhijngeest, anderzijds werd van eenmaal opgenomen patiënten niet alles getolereerd. De te verwachten of de feitelijke overlast gaf daarbij de doorslag.

Het hierboven behandelde thema van uitsluiting en wat dit voor patiënten betekende, is slechts een van de vele thema's die zich met behulp van patiëntendossiers voor uitdieping lenen. Daartoe behoren, om enkele voorbeelden te noemen, de ontwikkeling van arts-patiëntrelaties in de loop der tijd, de mogelijke sekse- en klassengebondenheid van deze relaties, de invloed van de psychoanalyse, of de prevalentie van bepaalde ziektebeelden of diagnoses door de tijd heen. De patiëntendossiers bieden daarnaast zicht op de levensgeschiedenissen van de patiënten, de therapeutische trajecten die zij hadden doorlopen, de keuze voor Rhijngeest, en de behandeling en het dagelijks leven in Rhijngeest. Dat geldt ook voor de opstelling en rol van hun familieleden.[470] Vooral als patiënten in brieven of dagboekachtige fragmenten zelf aan het woord komen dan wel door de arts of de verpleging worden geciteerd, is een indruk te krijgen van wat patiënten zelf voelden, dachten en doormaakten. Gevoegd bij brieven van familieleden aan de patiënt of de arts, en ook mondeling door familie aan de arts verstrekte informatie, zoals genoteerd op het patiëntenformulier, is tot op zekere hoogte na te gaan hoe de onderlinge verhoudingen lagen en waar of waarom het misging. Voor sommige patiënten was Rhijngeest een beproeving, voor anderen een comfortabel rustoord en voor de meesten waarschijnlijk iets daar tussenin, met in het gunstigste geval de belofte van herstel of verbetering.

468 Opname 1923-08-20 Rijk.
469 Opname 1926-03-06 I.
470 Zie ook Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding; Suzuki 2003b; Suzuki 2005; Guarnieri 2005.

Zenuwlijders waren niet alleen aangewezen op intramurale voorzieningen als ze hun kwaal wilden laten behandelen. In de laatste decennia van de negentiende eeuw konden ze ook terecht bij een aantal in zenuw- en zielsziekten gespecialiseerde artsen die zelfstandig een praktijk voerden. Nadat hij in 1869 ontslag had genomen als geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis in Delft begon Ramaer een particuliere praktijk voor geestes- en zenuwzieken, waarschijnlijk een van de eerste in zijn soort op dit terrein.[471] Zoals we eerder hebben gezien vormden de vrijgevestigde zenuwartsen na de universitaire psychiaters en neurologen de snelst groeiende categorie binnen het specialisme. Sommige gestichtsartsen hielden er als nevenactiviteit een particuliere praktijk op na.

Vooral beter gesitueerde patiënten hadden de mogelijkheid om op eigen initiatief een zenuwarts te consulteren. Het contrast tussen de grotendeels met publieke middelen gefinancierde krankzinnigenzorg en dergelijke particuliere praktijken was groot. De gestichten werden grotendeels bevolkt door minvermogende en gedragsgestoorde patiënten die met een rechterlijke machtiging en op kosten van de armenzorg waren opgenomen omdat ze zorg behoefden, hun omgeving overlast bezorgden en/of een gevaar opleverden voor zichzelf of anderen. Hier namen allerlei administratieve en organisatorische beslommeringen de artsen in beslag en beperkte hun medisch handelen zich vaak tot diagnostiek en classificatie. In de particuliere praktijk ging het om aanspreekbare patiënten die de samenleving geen overlast bezorgden, die het zich konden veroorloven om de aandacht van de arts voor hun individuele lijden te kopen, die hiertoe zelf het initiatief namen en die van de geneesheer verwachtten dat hij hun klachten zou verlichten. Het waren echter niet uitsluitend bemiddelde patiënten die een beroep op vrijgevestigde zenuwartsen deden. Sommige artsen hielden ook spreekuur aan huis voor ziekenfondspatiënten en een aantal poliklinieken was zelfs specifiek op deze groep en andere on- en minvermogenden gericht. De geneeskundige behandeling voor deze groep was in het algemeen waarschijnlijk beperkt, aangezien de artsen geen vergoeding per consult, maar per patiënt kregen en de hoogte ervan uitgebreide behandelingen niet bevorderde.[472]

In particuliere praktijken kwamen op basis van een min of meer persoonlijke vertrouwensrelatie tussen dokter en patiënt de eerste vormen van wat later psychotherapie ging heten tot ontwikkeling. Vooral toen het accent in de neurose- en in het bijzonder de neurastheniediagnoses rond de eeuwwisseling van de zenuwen naar de psyche verschoof, beproefden artsen nieuwe, niet-somatische behandelingsvormen. Het ging aanvankelijk vooral om een opvoedkundige benadering waarin van de arts een sterke persoonlijke, morele invloed op de patiënt uitging. Voor zover hierbij sprake was van het bevorderen van het zelfinzicht bij

471 Vijselaar 1995a, 13-14.

472 Van Drunen 2004, 20; vergelijk Niemandsland 1948, 165-173.

de patiënt, stond dat in dienst van de versterking van wilskracht en zelfbeheersing.[473] De artsen Van Renterghem en Van Eeden waren pioniers op dit gebied. Beiden waren geïnspireerd door de Franse artsen A.-A. Liébeault en H. Bernheim, die hypnose en suggestie als geneeswijze hadden ontwikkeld. Nadat Van Renterghem en Van Eeden hen hadden bezocht en zich deze behandelmethoden eigen hadden gemaakt, richtten zij in 1887 te Amsterdam het Instituut Liébeault voor psychotherapie op ter behandeling van reumatische en zenuwkwalen.[474]

De uit Goes afkomstige huisarts Van Renterghem en de jonge arts en schrijver Van Eeden waren exponenten van het vrije ondernemerschap in de medische wereld. Door zich te profileren als genezers met een nieuwe therapeutische methode slaagden zij erin hun maatschappelijk aanzien te verhogen. Van Eedens belangstelling voor hypnose was vooral ingegeven door zijn tijdens zijn studie geneeskunde ontstane weerzin tegen de natuurwetenschappelijke optiek, waarin de menselijke geest geen eigen plaats leek te hebben. Zijn betrokkenheid bij de eerste psychotherapeutische praktijk was niet in de eerste plaats praktisch gemotiveerd om patiënten te behandelen, maar kwam eerder voort uit de romantische fascinatie voor het gevoels- en droomleven, de intuïtie en het onbewuste en zijn belangstelling voor het spiritisme.[475]

Uit hun lidmaatschap van de NVP (1889) is op te maken dat Van Renterghem en Van Eeden, die zich door middel van zelfstudie vertrouwd hadden gemaakt met de psychiatrie en neurologie, zichzelf als specialisten op dit terrein beschouwden. Sommige collega's, zoals Van Deventer en A. Aletrino, bezochten hun praktijk om lering op te doen.[476] Als medisch specialisten namen Van Renterghem en Van Eeden stelling tegen de toepassing van suggestie en hypnose door leken. In 1890 hield Van Renterghem een voordracht over hypnose voor de NVP, waarin hij benadrukte dat alleen medisch bevoegde deskundigen deze op verantwoorde wijze konden toepassen. Het NVP-gehoor stemde daarmee in en stelde eveneens vast dat de psychotherapie een noodzakelijk onderdeel van de geneeskunde uitmaakte.[477] De nadruk op een deskundige toepassing van hypnose hield verband met het wantrouwen van veel artsen ten aanzien van rondreizende hypnotiseurs die met hun sensationele publieke optredens veel aandacht trokken. De Amsterdamse privaatdocent in de neurologie A. de Jong, die zich in Den Haag als hypnotiseur vestigde, had zich door een van hen, Donato genaamd, laten inspireren, maar artsen als Van Renterghem en Van Eeden wilden zich verre houden van de populaire hypnosepraktijken. Ook Van Eeden hield een lezing voor de NVP. In 1889 besprak hij de mogelijkheden om dwangneurosen met hypnose en suggestie te behandelen. De voordracht verscheen in 1890 in de *Psychiatrische Bladen* en om deze behandeling nog bredere bekendheid in de medische wereld te geven publiceerde hij in hetzelfde jaar een overzichtsartikel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.[478]

473 De Waal 1992, hoofdstukken 1 en 2.
474 Schwencke 1980.
475 Bulhof 1983, 58, 62; Fontijn 1990, 237.
476 Fontijn 1990, 230-243; Van Eeden 1889.
477 Slijkhuis 2005.
478 Fontijn 1990, 230-243.

In het begin bezochten vooral minvermogende patiënten met somatische aandoeningen de praktijk van Van Renterghem en Van Eeden, maar al gauw kwamen er meer hulpvragers uit de burgerij die met psychosomatische, neurotische en geestelijke stoornissen kampten; enkelen van hen nam Van Renterghem in zijn woonhuis op.[479] De therapie volgens de methode-Liébeault die Van Eeden en hij aanvankelijk aanwendden ter behandeling van de eerste groep, was gericht op suggestie en overreding, maar deze behandelwijze bleek minder geschikt voor beter gesitueerde en welbespraakte patiënten.[480] Om deze clientèle tegemoet te komen, pasten Van Renterghem en Van Eeden hun behandelwijze aan: het zwaartepunt verschoof van het gezag en het overwicht van de arts en de groepsbehandeling (waarbij soms toeschouwers aanwezig waren) naar de aandacht voor de uitingen van de patiënt en diens individuele therapie in de beslotenheid van de spreekkamer. Van Eeden wees daarbij op de heilzame werking van het uiten van het gemoed.

Op een internationaal congres over hypnose in 1889 meldde Van Renterghem dat van de meer dan vierhonderd patiënten die hij en Van Eeden in de twee daaraan voorafgaande jaren hadden behandeld, driekwart was genezen of min of meer verbeterd en een vijfde geen baat bij hun therapie had gehad. In hun jaarverslag over de periode 1889–1893, waarin zij ruim duizend patiënten hadden behandeld, vermeldden zij vergelijkbare cijfers.[481] In 1898 publiceerde Van Renterghem in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* een kwantitatief overzicht van zijn praktijk gedurende de jaren 1893–1897. Het ging om bijna 1600 patiënten, onder wie vrouwen een kleine meerderheid vormden. De meeste patiënten werden behandeld voor 'zenuwziekten' en daarvan vormden volgens Van Renterghems classificatie achtereenvolgens de 'Groote Neurosen en Hysterische Aandoeningen', de 'Neuropathische ziekten', 'Neuralgien, Onbestemde pijnen, Krampen' en 'Geestesstoornissen' de grootste groepen. Van Renterghem meldde dat bijna een derde van zijn patiënten genezen was, terwijl er bij meer dan 40 procent sprake was van een zekere verbetering, de behandeling bij iets meer dan 17 procent van de patiënten geen enkel effect had en van ruim 10 procent het resultaat niet bekend was.[482]

Terwijl Van Eeden zich in 1893 had teruggetrokken uit het instituut om zich te wijden aan zijn literaire en sociaal-politieke activiteiten, ontwikkelde Van Renterghem zich tot een vooraanstaand psychotherapeut, die, geïnspireerd door S. Freud en C.G. Jung, als een van de eersten in Nederland de psychoanalyse toepaste. Hij zag deze als een verdere ontwikkeling van de door hem beoefende suggestietherapie en tezamen met psychoanalytisch georiënteerde compagnons (A. van der Chijs, A.J. Westerman Holstijn en J.M. Rombouts) zette hij zijn praktijk tot het eind van de jaren twintig voort.[483]

479 Gijswijt-Hofstra 2001b, 290.
480 Bulhof 1983, 74; Brinkgreve 1984, 49.
481 Fontijn 1990, 239–243.
482 Van Renterghem 1898, 537.
483 Bulhof 1983, 109. De associatie met Van der Chijs duurde tot 1924. Die begon daarop samen met Westerman Holstijn een praktijk. In 1926, toen Rombouts aantrad als compagnon van Van Renterghem, had de praktijk een psychoanalytisch stempel gekregen. Het is onduidelijk tot wanneer precies Van Renterghems praktijk bleef bestaan. Zie Schwencke 1980.

Wachtkamer van het Instituut voor Psychotherapie in de Van Breestraat te Amsterdam.

Hoewel er blijkbaar een markt was voor hypnotische en psychotherapeutische behandelingen, kreeg de als zodanig gespecialiseerde en geafficheerde praktijk van Van Renterghem en Van Eeden vooralsnog weinig navolging onder artsen, hoewel sommigen deze wel toepasten op hun particuliere patiënten. Zelfs Winkler, die zich als geen ander als neuroloog en hersenanatoom profileerde, hield zich in zijn particuliere praktijk ook bezig met 'slaapdokteren' en naar eigen zeggen niet zonder succes: 'Een paar zeer gelukkige gevallen brachten mij een toevloed van patienten, welke ik eigenlijk met het oog op mijn wetenschappelijke werk niet wenschte …'[484] Slechts enkelen – Bierens de Haan en de psychoanalytici J.H.W. van Ophuijsen, J.E.G. van Emden en A. Stärcke – afficheerden zich expliciet als psychotherapeut op de ledenlijst van de NVPN of in het *Geneeskundig Jaarboekje*.[485] Rond de Eerste Wereldoorlog verloor de hypnose- en suggestietherapie onder zenuwartsen terrein aan de psychoanalyse.[486] Deze twee behandelvormen stonden inmiddels op gespannen voet met elkaar: teneinde de wetenschappelijkheid en de eigenheid van zijn methode te onderstrepen, distantieerden Freud en zijn volgelingen zich van alles wat herinnerde aan de suggestieve beïnvloeding in oudere psychotherapeutische behandelvormen en ontdeden zij hun behandelpraktijk van alle externe invloeden die patiënten zouden kunnen afleiden van hun innerlijke roerselen.[487]

In Nederland kon de psychoanalyse vrij vroeg op welwillende belangstelling van zenuwartsen rekenen.[488] De resolute afwijzing van Freuds theorie door de hoogleraren Winkler en K. Heilbronner – 'zwijnerij', zo luidde Heilbronners kwalificatie – was niet representatief voor de receptie ervan door psychiaters en neurologen.[489] Velen van hen hoorden van Freuds ideeëngoed op het door de NVPN georganiseerde Internationaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie en Krankzinnigenverpleging, dat in 1907 te Amsterdam plaatsvond en waarop

484 Winkler-Junius 1947, 64-65.

485 Van Drunen 2004, 18; Slijkhuis 2005.

486 Over hypnose in Nederland in de jaren 1920-1970 zie Viëtor 1992.

487 Gomperts 2002; De Swaan 1977.

488 Terugblikkend op het begin van hun beweging benadrukten psychoanalytici zelf later de grote weerstanden die Freuds ideeën zouden hebben opgeroepen. Niet alleen versterkte de veronderstelling van een afwijzende buitenwereld de saamhorigheid en strijdvaardigheid en kreeg de vestigingsstrijd hierdoor een heroïsch karakter, zij paste ook in de psychoanalytische theorie. Vanwege het ontluisterende en verontrustende karakter van Freuds gedachtegoed, dat fundamentele zekerheden van de mens omtrent zichzelf aan het wankelen bracht, zou de weerstand ertegen voor de hand liggen en was deze psychologisch te verklaren. De vermeende sterke afweer bevestigde voor psychoanalytici het gelijk van Freud met betrekking tot de psychologische structuur van de mens. Zie Stroeken 1997; vergelijk Bulhof 1983, 226; Brinkgreve 1984, 41, 73.

489 Van Valkenburg 1912, 669. In *Het stelsel van professor Sigmund Freud*, dat in 1917 – het jaar van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse – verscheen, betoogde Winkler dat de psychoanalyse niet wetenschappelijk was, de medisch-biologische grondslag van de psychiatrie ondermijnde, in therapeutisch opzicht niets had opgeleverd en zedelijke normvervaging in de hand werkte. Zie Stroeken 1997, 26. Tegenover collega's en in zijn *Herinneringen* uitte hij zich evenwel genuanceerder; zo sprak hij waardering uit voor 'Freud's geloof in de causaliteit van alle psychisch gebeuren' en 'het vernuft waarmede het psychologisch stelsel was uitgewerkt'. Winkler-Junius 1947, 146-147.

diens werk, tijdens een discussie over de verklaring van hysterie onder leiding van de Franse psychiater P. Janet, kritische aandacht kreeg. Freud was zelf niet aanwezig op het congres – een jaar later bezocht hij Nederland voor het eerst – maar Jung gaf wel *acte de présence*. In de jaren daarvoor hadden de gebroeders A. en J. Stärcke, Van Renterghem en L. Bouman, geneesheer-directeur van Bloemendaal en vanaf 1907 hoogleraar aan de Vrije Universiteit, met instemming kennis van genomen van de psychoanalyse. Voor artsen die om verschillende redenen een alternatief zochten voor de gangbare medisch-somatische oriëntatie van de psychiatrie, was de nieuwe theorie veelbelovend. Met zijn inzichten in het gevoelsleven en de persoonlijkheidsontwikkeling van mensen leek Freud te bewijzen dat een psychologische benadering van geestesstoornissen zinvol kon zijn.[490]

Nadat de NVPN in 1912 een speciale bijeenkomst aan de psychoanalyse had gewijd, waarop A. Stärcke en Bouman inleidingen verzorgden, kreeg deze veelvuldig aandacht in de medische en psychiatrische vakbladen.[491] Zo vond in 1917 naar aanleiding van een artikel van J.H van der Hoop in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een uitvoerige discussie over de psychoanalyse plaats, waarin de deelnemers, ondanks de bezwaren tegen bepaalde aspecten van Freuds theorie, zoals de nadruk op seksualiteit, zich er in positieve zin over uitlieten. Al eerder, in 1913, was van de hand van Van Renterghem de eerste Nederlandse inleiding in de freudiaanse leer verschenen: *Freud en zijn School: Nieuwe Banen der Psychologie*.[492] Naast Van Renterghem was een aantal jongere, voor het merendeel vrijgevestigde zenuwartsen zo onder de indruk van Freuds werk dat zij zich met hart en ziel voor de verbreiding van de psychoanalyse inzetten: Van der Hoop, Van der Chijs, Van Emden, Van Ophuijsen, A.F. Meyer en de gebroeders Stärcke. Tezamen met Van Renterghem vormden zij de kern van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse (NVPA), die in 1917 werd opgericht als afdeling van de Internationale Psychoanalytische Vereeniging. Van Renterghem werd de eerste voorzitter. Naast de hoogleraren Jelgersma en L. Bouman sloten ook K.H. Bouman, sinds 1916 hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit, en L. van der Horst en H.C. Rümke, die later hoogleraar zouden worden aan respectievelijk de Vrije Universiteit en de Universiteit van Utrecht, zich bij de vereniging aan. De vereniging organiseerde in 1920 het zesde internationale psychoanalytische congres in Den Haag. Een jaar later kreeg Freud officieel erkenning van de gevestigde psychiatrie in Nederland: na enige discussie werd hij met 49 stemmen voor en 22 tegen tot erelid benoemd van de NVPN.[493] Overigens lieten nogal wat vooraanstaande Nederlandse psychoanalytici zich ook sterk door Jung beïnvloeden: Van Renterghem, Van der Hoop, Van Ophuijsen en Van der Chijs ondergingen een leeranalyse door Jung.

490 Brinkgreve 1984, 70.
491 Van Valkenburg 1912.
492 Van Renterghem introduceerde ook het in het Nederlands vertaalde seksuologisch werk van A. Forel (Het *sexueele vraagstuk*, 1907) en H. Havelock Ellis (*De psychologie der sexen*, 1915). Noordman 1989, 152-153.
493 Feestvergadering Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1922.

1.7 De universitaire psychiatrie en neurologie

De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie

In de rede die Ramaer in 1871 uitsprak bij de oprichting van de NVP drong hij erop aan dat de psychiatrie aansluiting zocht bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde. Daartoe moest het vak onderdeel worden van het medisch curriculum op de universiteit. Het streven naar onderwijs in de psychiatrie en neurologie aan de medische faculteiten diende niet alleen om toekomstige gestichtsartsen beter op hun taak voor te bereiden en hun deskundigheid te bevorderen. Het was ook van groot belang om een op (natuur)wetenschappelijk onderzoek gebaseerd specialisme te realiseren en het isolement waarin gestichtsgeneesheren zowel maatschappelijk als ten opzichte van de geneeskunde verkeerden, te doorbreken. Tot het eind van de negentiende eeuw was het universitaire onderwijs in het vak, voor zover het al bestond, grotendeels afhankelijk van de speciale belangstelling en ervaring van hoogleraren in de geneeskunde. In Utrecht schonk Schroeder van der Kolk, van 1826 tot 1862 hoogleraar fysiologie en pathologische anatomie, in zijn colleges aandacht aan krankzinnigheid. Tussen 1867 en 1879 was de geneesheer-directeur van het Willem Arntsz Huis, Van der Lith, buitengewoon hoogleraar in de psychiatrie aan de Universiteit van Utrecht. In Amsterdam verzorgde Voorhelm Schneevoogt, geneesheer van het Buitengasthuis, tussen 1851 en 1862 als buitengewoon hoogleraar en tussen 1868 en 1871 als lector, onderwijs in de psychiatrie en neuropathologie aan het Atheneum Illustre (vanaf 1876 Gemeente Universiteit). Van 1878 tot 1881 was De Jong als privaatdocent op dit terrein werkzaam aan de Amsterdamse universiteit en van 1883 tot 1893 vervulde C.G. Delprat een privaatdocentschap in de neurologie. Tussen 1881 en 1885 werd aan de Nederlandse universiteiten geen onderwijs in de psychiatrie aangeboden.[494]

In de jaren zeventig en tachtig ondernam de NVP voortdurend pogingen om een vaste plaats voor de psychiatrie aan de universiteit te verkrijgen. Binnen de vereniging liepen de opvattingen over de organisatie en invulling van het onderwijs in de psychiatrie echter uiteen. Sommigen vonden dat het op alle universiteiten een verplicht onderdeel van de studie geneeskunde moest worden, zodat toekomstige artsen enige psychiatrische kennis verwierven en konden beoordelen of iemand wel of niet in een gesticht moest worden opgenomen. Een commissie van de NVP wendde zich in de jaren 1875-1876, toen de hervorming van het hoger onderwijs op de politieke agenda stond, tot het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de Tweede Kamer en de gemeenteraad van Amsterdam met het verzoek om psychiatrisch onderwijs voor alle studenten geneeskunde aan alle vier Nederlandse

494 Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; Rooijmans 1998, 6; De Waardt 2005, 49-68, 279.

C. Winkler met assistenten en staf leden in zijn laboratorium aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, 1910.

universiteiten (Leiden, Utrecht, Groningen en Amsterdam) mogelijk te maken. Anderen gaven de voorkeur aan een specialistische opleiding aan één van de universiteiten uitsluitend voor toekomstige artsen die een werkplek in de krankzinnigenzorg ambieerden. Bij de behandeling van de Wet op het Hoger Onderwijs (1876), die een universitaire opleiding voor artsen voorschreef, stelde de regering leerstoelen in het vooruitzicht voor medische specialismen, waaronder één voor psychiatrie, maar dit bleef vooralsnog een loze belofte. De Minister van Binnenlandse Zaken besloot in 1880 dat de aanstelling van een lector voldeed.[495]

In 1885 werd Winkler in Utrecht lector in de psychiatrie en verkreeg Van Deventer een privaatdocentschap in Amsterdam.[496] Winkler, die in tegenstelling tot Van Deventer geen ervaring had met de krankzinnigenzorg en zich hiervoor ook nauwelijks interesseerde, zou de benoeming naar eigen zeggen pas aanvaard hebben nadat hij de verzekering had gekregen dat hij de psychiatrie op basis van de neurologie kon bedrijven. 'Wel gaf ik te kennen', schreef hij in zijn memoires,

> ——— *dat de neurologie mij bijzonder aantrok en dat ik ook graag zenuwpatiënten behandelde, maar dat ik er niets voor voelde, terwille van de psychiatrie, een ernstige studie te moeten maken van philosophie en psychologie [...] Kortom, ik zeide medicus te willen blijven en niet een vak te willen, dat mij zoover van de geneeskunde zou verwijderen als destijds scheen het geval te zijn met de psychiatrie van die dagen.*[497]

Winklers memoires zijn niet altijd even geloofwaardig – hij verzweeg dat hij niet de enige en eerste kandidaat voor het lectoraat was en dat anderen ervan hadden afgezien – maar wel was het zo dat Winkler zich sterk zou maken voor een overwegend neurologische invulling van het vak. Hij was in de eerste plaats neuroloog en hield zich in zijn onderzoek voornamelijk bezig met hersenanatomie.[498]

Tezamen met de vooraanstaande Utrechtse hoogleraar in de fysiologie F.C. Donders en Jelgersma, die net als Winkler in 1885 lid was geworden van de NVP, zette Winkler zich in voor de institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs aan de universiteiten. Mede om strategische redenen benadrukten zij het belang van een natuurwetenschappelijke psychiatrie en een nauwe band met de neurologie; tezamen zouden deze medische vakgebieden sterker staan en aansluiting kunnen vinden bij de interne geneeskunde.[499] Zij leverden eind jaren tachtig de eerste blauwdrukken voor de inrichting van het onderwijs en de exameneisen,

495 Van der Esch 1975-1980, III: 89; De Waardt 2005, 68; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3. Volgens de Wet Uitoefening Geneeskunst (1865) was de aanduiding arts voorbehouden aan geneeskundigen die een bepaalde opleiding hadden genoten en met goed gevolg een staatsexamen (vanaf 1921 universitair examen) hadden afgelegd. Deze wet stelde de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst strafbaar, een verbod dat in de praktijk vaak werd overtreden. Zie De Bijl 2000; vergelijk De Blécourt en Van Vegchel 1993 en De Blécourt 1999.

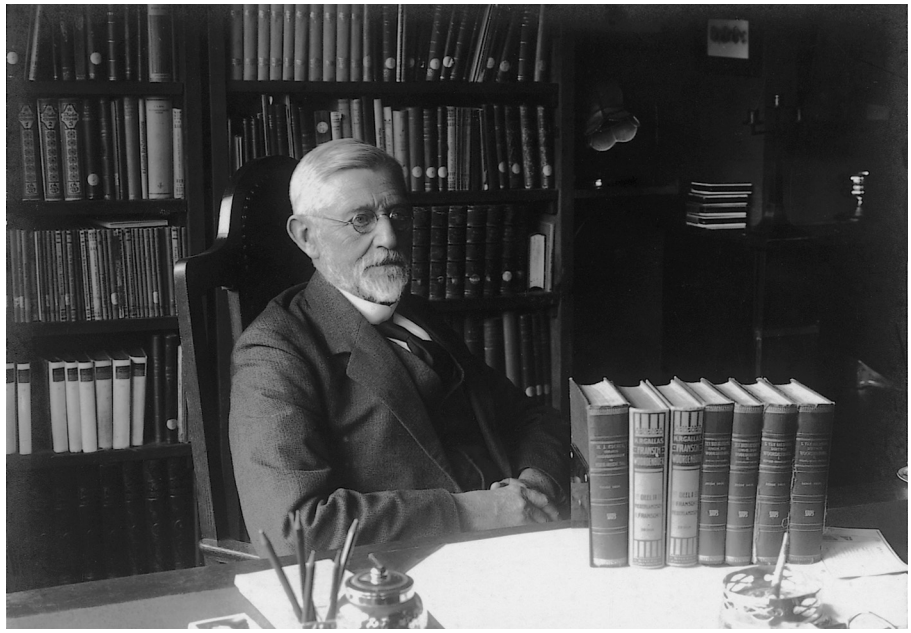
496 Van der Esch 1975-1980, III: 89; De Waardt 2005, 279.

497 Winkler-Junius 1947, 37.

498 De Waardt 2005, 68-70, 77-86.

499 Winkler-Junius 1947, 68; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

G.J. Jelgersma.



en ze ijverden voor de inrichting van psychiatrische klinieken en laboratoria voor onderricht en onderzoek. Nadat Winkler tevergeefs steun had trachten te verwerven van de NMG, waarin vrees bestond voor overbelasting van het medisch curriculum en waarschijnlijk ook sprake was van enig dédain voor de psychiatrie, stelde hij samen met Jelgersma en Tellegen namens de NVP een rapport op, dat in 1891 werd aangeboden aan de minister van Binnenlandse Zaken. Daarin pleitten zij voor psychiatrie als verplicht onderdeel van de geneeskunde en de instelling van leerstoelen.[500]

Tussen 1893 en 1907 – drie decennia later dan in Duitsland en een tiental jaren later dan in Frankrijk, maar beduidend eerder dan in het Verenigd Koninkrijk – kreeg de psychiatrie met de instelling van leerstoelen aan alle vijf bestaande universiteiten structureel een academische status.[501] Binnen de medische faculteiten was het onderwijs in de psychiatrie vooralsnog facultatief en nam het een ondergeschikte plaats in het curriculum in. Het duurde tot 1921 voordat een nieuw Academisch Statuut onderwijs in de psychopathologie voorschreef als verplicht onderdeel van de studie geneeskunde en het artsexamen, en de psychiatrie op gelijke voet stelde met andere specialismen als de interne geneeskunde en de heel- en verloskunde.[502] De moeizame vestiging van de psychiatrie aan de universiteiten was overigens niet uitzonderlijk: ook andere medische specialismen stuitten op terughoudendheid van het rijk en de universiteitsbesturen. Pas in de jaren negentig kwam daarin verandering omdat er vanwege de opleving van de economie en hogere belastingopbrengsten de nodige financiële middelen beschikbaar kwamen en kabinetten van sociaal-liberale signatuur een actiever beleid voerden om de wetenschapsbeoefening te bevorderen. De universitaire geneeskunde kon ook profiteren van de bloei en het groeiende aanzien van de natuurwetenschappen in Nederland rond de eeuwwisseling.[503]

De eerste hoogleraar in de psychiatrie en neurologie was Winkler, die in 1893 aan de Universiteit van Utrecht en drie jaar later aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam werd benoemd. Jelgersma, die zijn academische carrière in 1894 was begonnen als privaatdocent in de criminele antropologie en de gerechtelijke psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en die in 1896 een eredoctoraat aan de Universiteit van Utrecht verwierf, bezette de derde leerstoel voor psychiatrie en neurologie, die in 1899 aan de Leidse universiteit tot stand kwam. In Groningen werd E.D. Wiersma, sinds 1897 privaatdocent, in 1903 tot hoogleraar in de psychiatrie en vanaf 1912 ook in de neurologie benoemd. Verder kreeg de in 1880 opgerichte Vrije Universiteit een leerstoel in de theoretische biologie, psychiatrie en neurologie, hoewel deze instelling nog niet over een wettelijk erkende medische faculteit beschikte en geen volledige medische opleiding kon bieden – deze

500 Bruyn en Koehler 2002, 16; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.
501 Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; De Waardt 2005, 77-102.
502 Bouman 1921, 317-318.
503 De Waardt 2005, 109-111; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

E.D. *Wiersma*.

kwam pas in 1951 tot stand.[504] Dat deze leerstoel het begin vormde van de lange weg naar een volwaardige medische faculteit hing samen met de behoefte aan gereformeerde en tevens wetenschappelijk onderlegde psychiaters in de gestichten van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Het professoraat, dat in 1907 toeviel aan L. Bouman, voormalig geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium te Zeist en het gesticht Bloemendaal te Loosduinen, was ingesteld op basis van een overeenkomst tussen de Vrije Universiteit en de vereniging. De eerste stelde een hoogleraar aan en de laatste nam de bouw en exploitatie van een psychiatrisch-neurologische kliniek op zich. Een zesde leerstoel psychiatrie en neurologie kwam in 1945, aan de in 1923 opgerichte Katholieke Universiteit Nijmegen, tot stand. J.J.G. Prick was hier de eerste hoogleraar.[505]

Het ontbrak de eerste hoogleraren aanvankelijk aan praktische middelen – collegezalen, laboratoria en vooral klinieken – om het psychiatrisch onderwijs en onderzoek concreet vorm te geven. Over de wijze waarop een en ander praktisch gestalte moest krijgen, bestonden uiteenlopende opvattingen. Terwijl de Leidse medische faculteit in 1890 aan de Utrechtse zusterfaculteit schreef dat een nauwe band met de krankzinnigenzorg noodzakelijk was, hamerde Winkler op de noodzaak van aparte klinieken.[506] Winkler nam al na drie jaar ontslag in Utrecht, omdat de hem toegezegde kliniek wegens gebrek aan financiële middelen niet tot stand kwam. Klachten van Winkler en de NVPN hierover bij de Tweede Kamer en het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waaraan de pers aandacht schonk, mochten niet baten. Winkler vertrok naar Amsterdam, waar sinds 1893 dankzij Van Deventer in het Wilhelminagasthuis een psychiatrisch-neurologische afdeling, het zogeheten Paviljoen III, bestond.[507] De Utrechtse leerstoel bleef vervolgens vacant tot 1900, toen de uit Duitsland afkomstige Th. Ziehen aantrad en deze de beschikking kreeg over een kliniek. Ziehen keerde al na drie jaar terug naar Duitsland om een leerstoel in Halle te bezetten. Diens opvolger, de ook uit Duitsland afkomstige Heilbronner, wist in 1913 een nieuwe, grotere onderwijskliniek tot stand te brengen. In het jaar daarop stierf Heilbronner en keerde Winkler terug naar Utrecht.[508] In Groningen beschikte Wiersma vanaf 1903 over een psychiatrische kliniek in het academisch ziekenhuis en kwam in 1916 een nieuwe psychiatrisch-neurologische kliniek tot stand.[509] Tot slot werd in 1910 aan de Vrije Universiteit de Valeriuskliniek geopend. De universitaire

504 Studenten die colleges bij Bouman volgden moesten derhalve behalve aan de Vrije Universiteit ook nog aan een andere universiteit ingeschreven staan om aldaar een volledig curriculum te volgen en examens af te leggen. Zie Van Bergen 2005.

505 Over de eerste leerstoelen psychiatrie en neurologie: Rooijmans 1998, 1-48; Bruyn en Koehler 2002; Eling en Koehler 2002; De Waardt 2005, 77-102, 143; Van Bergen 2005, 139-171; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 3.

506 Rooijmans 1998, 11.

507 Mooij 1999, 298.

508 Winkler-Junius 1947, 106-109; De Waardt 2005, 87.

509 Mansholt 1916; Rooijmans 1998, 14; Eling en Koehler 2002.

Onderricht door L. Bouman in de collegezaal van de Valeriuskliniek, Amsterdam, circa 1910.

klinieken waren bij uitstek de instellingen die specialistische en doorgaans kortstondige zorg boden aan acute patiënten, zowel krankzinnigen als zenuwlijders.[510]

Jelgersma had sinds zijn benoeming de beschikking over patiënten in het krankzinnigengesticht Endegeest en kreeg in 1908 het beheer over twintig bedden in het sanatorium Rhijngeest voor zenuwlijders, dat daardoor deels als universiteitskliniek ging fungeren. Beide instellingen in Oegstgeest waren Leidse gemeentelijke instellingen. In tegenstelling tot de andere universiteiten kreeg die in Leiden dus geen aparte psychiatrisch-neurologische kliniek, hoewel hiervoor in het kader van het nieuw te bouwen academisch ziekenhuis wel plannen ontstonden. Een aparte kliniek achtte Jelgersma niet dringend gewenst. Voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek waren volgens hem ook chronische en onrustige patiënten nodig en daarom hechtte hij aan een nauwe band met Endegeest. Rhijngeest voorzag in zenuwpatiënten. Deze Leidse uitzonderingspositie zou tot na de Tweede Wereldoorlog blijven bestaan en aanleiding geven tot een moeizame verhouding tussen de psychiatrie en de rest van de medische faculteit.[511]

Tussen de hoogleraren en de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten ontstonden spanningen aangezien de nieuwe universiteitsklinieken in strijd waren met de Krankzinnigenwet van 1884. Deze schreef voor dat voor alle instellingen waarin meer dan twee krankzinnigen verpleegd werden een vergunning en toezicht door de Inspectie vereist waren. Aangezien de hoogleraren vonden dat opname van (acute) krankzinnigen zonder rechterlijke machtiging moest kunnen plaatsvinden, vroegen zij voor de oprichting van universiteitsklinieken geen vergunning als krankzinnigengesticht. Bovendien verbood de Krankzinnigenwet verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken in dezelfde instelling.[512] Dit veranderde in 1904 met de invoering van de 'aangewezen inrichting': met deze status konden de klinieken naast zenuwlijders meer dan twee krankzinnigen opnemen en was de rechterlijke machtiging niet nodig. Als eerste kreeg in 1905 de psychiatrische universiteitskliniek te Groningen een dergelijke aanwijzing, in datzelfde jaar gevolgd door het in 1893 gebouwde Paviljoen III van het Amsterdamse Buitengasthuis – dat overigens in de voorgaande decennia een creatief, want van de wettelijke bepalingen afwijkend opnamebeleid had gevoerd door zowel krankzinnigen als zenuwlijders toe te laten.[513] De Utrechtse psychiatrisch-neurologische universiteitskliniek (1900) werd pas in 1913 van een aanwijzing voorzien, waarna de Valeriuskliniek in 1929 volgde.[514] De leiding van Rhijngeest vond een aanwijzing lange tijd onwenselijk en overbodig. Pas in 1968 zou het tot een aanwijzing komen, achttien jaar nadat Rhijngeest geheel aan het Rijk was gekomen en was omgedoopt tot Jelgersmakliniek.[515]

510 Zie voor een overzicht: Van der Esch 1975-1980, III: 88-92. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders.
511 Rooijmans 1998, passim.
512 Van der Esch 1975-1980, III: 91-92. Zie ook 1.4, paragraaf 'De tweede Krankzinnigenwet'.
513 Van den Berg 1989, 46-52.
514 Postma 1984, 331-353; Wieringa et al. 1960.
515 Rooijmans 1998, 68-93.

De wetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie en neurologie

De eerste hoogleraren in de geneeskunde die in hun werk uitgebreid aandacht aan krankzinnigheid schonken, Schroeder van der Kolk en Voorhelm Schneevoogt, veronderstelden een wisselwerking tussen lichaam en geest. Schroeder van der Kolk, auteur van *Handboek van de Pathologie en Therapie der Krankzinnigheid* (1863), maakte een begin met de medisch-biologische benadering. De oorzaken van waanzin zocht hij in het lichaam, in de eerste plaats in de hersenen en het zenuwgestel, maar ook in andere organen, en in een verstoorde bloedsomloop. Lichamelijke aandoeningen zouden ertoe kunnen leiden dat de hersenen zintuiglijke waarnemingen niet goed konden verwerken, waardoor het geestelijk functioneren – maar niet de ziel op zichzelf – aangetast raakte. Kennis van de anatomie en fysiologie achtte hij onmisbaar en de medische behandeling zou zich in eerste instantie op het lichaam moeten richten. Toch was Schroeder van der Kolk geen materialist: hij erkende het bestaan van een niet tot het lichaam te reduceren ziel. Als aanhanger van het dualisme veronderstelde hij een wederzijdse beïnvloeding van lichaam en ziel. Kommer, huiselijke twist, armoede en gebrek konden bijdragen aan het ontstaan van krankzinnigheid. Daarom achtte hij psychische beïnvloeding door middel van opvoeding en een humane behandeling onmisbaar in de medische behandeling van krankzinnigheid, ook al kwamen de somatische diagnostiek en therapie op de eerste plaats. Van der Lith, over wiens opvattingen weinig bekend is, was een volgeling van Schroeder van der Kolk en het is aannemelijk dat hij diens benadering volgde.[516]

Vergeleken met Schroeder van der Kolk, die een autonome ziel veronderstelde, deed Voorhelm Schneevoogt zich sterker als materialist gelden. Lichaam en geest waren volgens hem één en hij legde sterk de nadruk op het belang van natuurwetenschappelijk onderzoek naar de werking van zowel lichaam als geest. Tegelijkertijd erkende hij dat de geest niet alleen door het lichaam, maar ook door omgevingsinvloeden en leefwijze werd beïnvloed en wees hij op het nut van een moreel-opvoedkundige behandeling.[517]

In Duitsland leidde de vraag naar de aard van de verhouding tussen geest en lichaam in het midden van de negentiende eeuw tot een principiële en filosofisch getoonzette schoolstrijd tussen *Somatiker* en *Psychiker*, maar van een dergelijke discussie was onder Nederlandse krankzinnigenartsen geen sprake.[518] Vaak werden lichamelijke en 'zedelijke', dat wil zeggen geestelijke en maatschappelijke, oorzaken naast elkaar genoemd zonder duidelijk te maken welke doorslaggevend waren. Zo weten Ramaer en Van Cappelle in hun Inspectieverslagen van 1875-1877 de toename van de dementia paralytica – een neurologische aandoening als ge-

516 Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 32-38; De Waardt 2005, 53-55, 67-68.
517 De Waardt 2005, 65-67.
518 Vergelijk Verwey 1980.
519 Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 51-52.

volg van syfilis – aan sociale oorzaken, zoals de toenemende zorgen en spanningen in verband met de strijd om het bestaan, de verhoogde eisen in het onderwijs en de toenemende 'uitspattingen' onder jongeren. Als oorzaken van krankzinnigheid noemden zij verder: erfelijkheid, lichamelijke ziekte, overmatige geestelijke inspanning, slechte voeding, armoede, 'godsdienstige dweperij', alcoholmisbruik, seksuele uitspattingen en gemoedstoestanden als (liefdes)verdriet, schrik, angst en toorn.[519] Een dergelijke eclectische benadering klonk ook door in Van Deventers *Handleiding der krankzinnigenverpleging* (1897). Hij onderscheidde daarin diverse oorzaken van geestesziekte – directe, indirecte, verwijderde en voorbeschikte oorzaken, alsook oorzakelijke momenten en katalysatoren – naast elkaar, zonder een duidelijke hiërarchie aan te brengen.[520]

In de jaren vijftig en zestig oriënteerden vernieuwingsgezinde geneeskundigen zich op de natuurwetenschappelijke geneeskunde, zoals die in Duitsland was ontwikkeld. Daarin werden immateriële verklaringen van ziekte verworpen en gaf de experimenteel-fysiologische benadering de toon aan. Ziekte gold als een verstoord levensproces, dat zich niet in kwalitatieve, maar louter in kwantitatieve zin van gezondheid onderscheidde. Zowel normale als abnormale fysiologische verschijnselen zouden in laboratoria door middel van experimenten, empirische observatie en de toepassing van exacte, kwantitatieve methoden te doorgronden en te beheersen zijn. Naast Donders, Donkersloot, Tellegen en Van Andel maakte met name Ramaer, die verschillende studiereizen naar Duitsland maakte en zich door Griesinger liet inspireren, zich sterk voor het fysiologische ziektebegrip. Ramaer was weliswaar niet aan een universiteit verbonden, maar met zijn streven naar een natuurwetenschappelijke vakbeoefening zette hij wel mede de toon voor de academische psychiatrie. Krankzinnigheid zou haar oorzaak volgens hem vinden in verstoorde lichaamsfuncties als de stofwisseling en de bloeddruk. In zijn verklaring voor fysieke aandoeningen speelden omgevingsfactoren een belangrijke rol: het leefmilieu zou het lichamelijke en ook het geestelijke functioneren ten kwade en ten goede beïnvloeden. Ondanks het materialisme van de fysiologische geneeskunde onderstreepte Ramaer, net als Schroeder van der Kolk en Voorhelm Schneevoogt, het therapeutische belang van geestelijke en morele invloeden – rust, opvoeding, godsdienst en arbeid – in de krankzinnigenzorg. Het gesticht moest in die zin voor een therapeutisch leefmilieu zorgen, waarin de uitwendige prikkelingen die patiënten ondergingen, nauwgezet werden beheerst.[521]

Zowel de NVP als de hoogleraren streefden ernaar de psychiatrie te modelleren naar het voorbeeld van de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde, waarbij de ontwikkelingen in Duitsland en Oostenrijk als voorbeeld golden – de meeste buitenlandse psychiatrische studiereizen voerden naar deze landen. Winkler bezocht Wenen, waar hij T. Meynert, H. Obersteiner en J. Wagner von

520 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 6.

521 Ter Meulen 1988b; Ter Meulen en Widdershoven-Heerding 1985; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1 en 2.

Jauregg ontmoette. Een paar jaar later maakte hij een studiereis naar Heidelberg, München en Wenen en bezocht hij H. Schüle, E. Hitzig, Meynert en B. von Gudden. De opvolgers van Winkler in Utrecht, Ziehen en Heilbronner, waren uit Duitsland afkomstig en stonden eveneens een neurologisch-anatomische benadering van de psychiatrie voor. Wiersma reisde naar Wenen en Berlijn om zich in de psychiatrie te specialiseren en L. Bouman volgde colleges bij R. von Krafft-Ebing, Wagner von Jauregg en Obersteiner in Wenen en bij E. Kraepelin in Heidelberg. Jelgersma, die zich deels door Franse voorbeelden liet inspireren, reisde in tegenstelling tot zijn collega's niet naar Duitsland of Oostenrijk om het vak te leren.[522]

In zijn oratie ter gelegenheid van zijn benoeming als eerste gewone hoogleraar in de psychiatrie en neurologie betoogde Winkler dat het universitaire onderwijs in de psychiatrie zijn nut voor de geneeskunde in het algemeen alleen kon bewijzen als het zich baseerde op de anatomisch-neurologische benadering. Op basis van zowel pathologisch-anatomisch als fysiologisch laboratoriumonderzoek zouden geesteszieken in verband moeten en kunnen worden gebracht met lichamelijke stoornissen, in het bijzonder met aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel. De toenadering tussen psychiatrie en neurologie, die toonaangevende leden van de NVP vanaf het midden van de jaren tachtig nastreefden, kreeg met de vestiging van de psychiatrie aan de universiteiten een krachtige impuls. Terwijl de psychiatrie uit de krankzinnigenzorg was voortgekomen, kwam de neurologie tot ontwikkeling als specialistisch onderdeel van de interne geneeskunde. Neurologen hielden zich bezig met ziekten en aandoeningen van het zenuwstelsel, zoals epilepsie, motorische stoornissen, verlammingen, multipele sclerose, hersenletsel, migraine, afasie en spraakstoornissen.[523] Met name Winkler en Jelgersma deden anatomisch onderzoek naar de hersenen en het centrale zenuwstelsel, en beschouwden een nauwe band met de neurologie als het middel bij uitstek om aansluiting bij en erkenning van de medische wereld te verkrijgen.[524] De NVP volgde hun voorbeeld door zich open te stellen voor neurologen.

Tot het begin van de jaren zeventig van de twintigste eeuw zouden psychiatrie en neurologie met elkaar verbonden verblijven, hoewel zich ook geregeld spanningen tussen deze twee medische specialismen zouden voordoen. Het begrip zenuwarts, de medicus die over zowel psychiatrische als neurologische deskundigheid beschikte, gaf uitdrukking aan deze band. De toenadering van de psychiatrie tot de neurologie was niet alleen ingegeven door een strategische overweging, het streven naar aansluiting bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde. De beide vakken overlapten elkaar ook inhoudelijk. Ten eerste bevonden zich onder gestichtspatiënten lijders aan zenuw- en hersenstoornissen, zoals epilepsie en de door syfilis veroorzaakte dementia paralytica. Ten tweede vielen psychiatrie en neurologie voor de aanhangers van de natuurwetenschappelijke genees-

522 Winkler-Junius 1947; De Waardt 2005, 77-103.
523 Over de geschiedenis van de neurologie in Nederland: Frederiks, Bruyn en Eling 2002.
524 Winkler-Junius 1947, 147, vergelijk 115, 155.

kunde samen in die zin dat zij geloofden dat geestesstoornissen op aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel waren terug te voeren. Met name Winkler vertegenwoordigde dit standpunt. Hij was een universitaire arts die nooit in een krankzinnigengesticht had gewerkt en die zich als hersenonderzoeker profileerde; hij geldt als een van de grondleggers van de neurologie in Nederland.[525] Winkler vertegenwoordigde Nederland in de internationale Braincommission en gaf daarmee de aanzet tot de oprichting van het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek, dat in 1909 werd geopend en waarvan C.U Ariëns Kappers directeur werd. Het instituut, dat onder de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen viel en deel uitmaakte van een internationaal netwerk van soortgelijke onderzoeksinstellingen, verwierf veel aanzien. Samen met onder anderen zijn opvolger als hoogleraar in Amsterdam, K.H. Bouman, richtte Winkler in hetzelfde jaar de Amsterdamsche Neurologenvereeniging op.[526] Ten derde werd het samengaan van psychiatrie en neurologie bevorderd door de toenemende geneeskundige aandacht voor kwalen als nervositeit, neurasthenie, psychasthenie en hysterie: ziektebeelden met zowel somatische als psychische symptomen. We zagen al eerder dat bijvoorbeeld Jelgersma zich op dit terrein profileerde.

De hoge verwachtingen die de toonaangevende psychiaters koesterden ten aanzien van een natuurwetenschappelijke aanpak van geestesziekte, werden echter niet ingelost. Pathologisch-anatomisch en neurofysiologisch onderzoek leverde weinig concrete resultaten op en zeker geen duidelijk bewijs voor een causale relatie tussen lichamelijke aandoeningen en de gedragsmatige en psychische symptomen van geestesziekte zoals die zich in de klinische praktijk manifesteerden. Dementia paralytica, waarvan aan het begin van de twintigste eeuw een lichamelijk substraat, namelijk een besmetting met de syfilisbacterie, werd aangetoond, was de uitzondering op de regel. Voor de klinische praktijk, diagnose en behandeling, was anatomisch en fysiologisch laboratoriumonderzoek nauwelijks relevant. Zelfs Winkler moest toegeven dat neurofysiologie en anatomie nog niet tot zekere kennis hadden geleid: 'ik gaf college psychiatrie op biologischen grondslag', zo schreef Winkler in zijn *Herinneringen*,

> ——— *[maar] de moeilijkheden die zich hierbij voordeden, werden steeds grooter. Niet zoozeer omdat de stof die men te doceeren heeft veranderde, maar omdat er telkens nieuwe hypothesen opdoken en weder na eenigen tijd verdwenen. Meestal kon ik volstaan deze leeringen op mijn colleges te vermelden, spoedig hadden zij weder afgedaan.*[527]

Als het om diagnosestelling ging, bleven artsen voornamelijk aangewezen op de observatie van direct zichtbare gestoorde gedragingen en uitingen van patiënten. Pogingen om tot een eenduidige classificatie van ziektebeelden op basis van de

525 Koehler 2002b.

526 Bruyn en Koehler 2002; Mooij 1999, 365, 377. Zie over het belang van de neurologie voor de universitaire psychiatrie ook Slijkhuis 2005.

527 Winkler-Junius 1947, 145.

pathologische anatomie te komen, liepen op niets uit. In 1887 en 1891 besprak de NVP het rapport dat Ramaer als lid van de commissie voor de 'internationale statistiek der krankzinnigen' van het congres over 'Pheniatrie en Neuropathologie' te Antwerpen in 1885 had opgesteld. Het ging hierbij om een poging om tot een internationaal erkende classificatie te komen. Ramaer noemde uiteenlopende criteria – symptomen, de pathologische anatomie, het verloop van geestesziekte en de prognose – die als basis van zo'n classificatie zouden kunnen dienen, waarop de leden van de NVP concludeerden dat niet één daarvan voldoende zekerheid bood en de tijd nog niet rijp was voor een classificatie op basis van een uniform ordeningsprincipe.[528] Het onderzoek naar de hersenen en het zenuwgestel leidde evenmin tot nieuwe behandelingsmethoden voor geestesziekte. '[...] na 40 jaren arbeid', concludeerde Winkler aan het eind van zijn loopbaan, 'moet ik bekennen dat op psychiatrisch gebied de medicus nog slechts zelden genezing kon brengen.'[529]

Er bestond een kloof tussen de wetenschappelijke psychiatrie aan de universiteiten en de dagelijkse praktijk van de gestichtszorg, ook al trachtten de gestichten met de invoering van de bedverpleging, enkele somatische therapieën en geschoold verplegend personeel een meer medisch aanzien te verwerven. Weliswaar hielden veel artsen in theorie vast aan het idee dat psychiatrie zich alleen als medische wetenschap kon bewijzen als het onderzoek zich richtte op de lichamelijke oorzaken van geestelijke stoornissen, maar, zoals eerder bleek, in de klinische praktijk kenmerkte de psychiatrische behandeling zich door veelvormigheid en pragmatisme, en bleven de therapeutische pretenties bescheiden. Dat niet alle patiënten te genezen waren, klonk bijvoorbeeld duidelijk door in leerboeken voor verplegenden.[530]

Mede als gevolg van het uitblijven van in de psychiatrische praktijk bruikbare concrete resultaten relativeerden de hoogleraren het belang van de pathologische anatomie en neurofysiologie vanaf het eind van de jaren negentig en zetten zij niet uitsluitend meer in op de laboratoriumgeneeskunde om de psychiatrie een natuurwetenschappelijke inhoud te geven. De klinische psychiatrie van Kraepelin, die zich van de neurologische oriëntatie onderscheidde door de aandacht op zowel somatische als psychische verschijnselen te richten, won vanaf de eeuwwisseling aan invloed in de Nederlandse psychiatrie.[531] Deze toonaangevende Duitse psychiater legde zich toe op een nauwkeurige en systematische beschrijving alsmede statistische analyse van direct waarneembare symptomen en het verloop van ziekteprocessen van grote aantallen patiënten. De zesde editie van zijn handboek, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte* (1899) oefende met zijn classificatie van geestesziekten een grote invloed uit in de psychiatrische wereld, zowel binnen als buiten Duitsland. Kraepelin onderscheidde affectieve (manisch-

528 Slijkhuis 2005.
529 Winkler-Junius 1947, 155.
530 Van Delden 1897, 71; Van Deventer 1897, 87; Schermers 1898b, 191-196.
531 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 6.

depressieve) en niet-affectieve (dementia praecox) psychosen, waarbij hij de prognose van de eerste soort tamelijk gunstig achtte en de tweede soort zich zou kenmerken door een toenemende en onomkeerbare desorganisatie van het denken.[532]

De grondlegger van de experimentele laboratoriumpsychologie, de Duitse filosoof en fysioloog W. Wundt, was een van de leermeesters van Kraepelin en de laatste stelde dit nieuwe vak ten dienste van de psychiatrische diagnosestelling. Daarbij ging het niet zozeer om de subjectieve inhoud van de belevingswereld van patiënten, als wel om de objectiveerbare en systematisch meetbare aspecten van de psychische uitingen van geestesziekte. Psychologische benaderingen kregen in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw steeds meer aanhang in de academische psychiatrie. Met uitzondering van Winkler wisselden de hoogleraren het neurologische reductionisme in voor benaderingen van lichamelijke en geestelijke processen als eigenstandige en parallelle verschijnselen.[533]

Het is opmerkelijk dat de drie hoogleraren die rond 1900 aantraden in hun oraties aandacht vroegen voor de experimentele psychologie die de filosoof G. Heymans in Nederland introduceerde.[534] Jelgersma sprak over *Psychologie en pathologische psychologie* (1899), Th. Ziehens rede droeg de titel *Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie* (1900) en Wiersma's oratie ging over *Het psychologisch experiment in de psychiatrie* (1903). In 1915 ging Wiersma in zijn rectorale rede, *Geestesafwijkingen in het licht der psychologie*, opnieuw in op het belang van de experimentele psychologie voor de psychiatrie: deze zou de mogelijkheid bieden kunstmatig verkregen veranderingen van de psychische toestand te onderzoeken, om aldus inzicht te verkrijgen in de werking van medicamenten.[535] Wiersma deed samen met Heymans experimenteel-psychologisch onderzoek naar de zintuiglijke waarneming en ook droeg hij bij aan Heymans' karaktertheorie, die hij als diagnostisch instrument hoopte te kunnen inzetten.[536] Heymans koesterde hoge verwachtingen van de maatschappelijke toepassing van de psychologie door middel van de psychotechniek en de verspreiding van psychologische kennis onder het publiek.

Behalve Jelgersma, Ziehen en Wiersma toonden ook L. Bouman en Winkler belangstelling voor het nieuwe vak, dat zich richtte op de bestudering van mentale processen door middel van meting van reacties op zintuiglijke prikkels. Bouman was als student bij dergelijk onderzoek betrokken. Toen Winkler opnieuw hoogleraar aan de Utrechtse universiteit werd, wijdde hij zijn oratie aan *De verhouding der psychologie tot de physiologie van het zenuwstelsel* (1914). In zijn afscheidsrede *Over de*

532 Over Kraepelin zie Shorter 1997, 100–109.

533 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.

534 Als aparte (academische) discipline bestond de psychologie nog niet: de 'zielkunde' was onderdeel van de studie wijsbegeerte, maar ook sommige medici, opvoedkundigen, onderwijzers en geestelijken achtten zich deskundig op dit terrein. Het Academisch Statuut van 1921 maakte het mogelijk psychologie als hoofdvak binnen de studie wijsbegeerte te kiezen en vanaf 1922 werden de eerste leerstoelen voor het vak ingesteld. In 1941 werd de psychologie een zelfstandige studierichting. Over de geschiedenis van de psychologie in Nederland: zie Veldkamp en Van Drunen 1988; Dehue 1990; Van Strien 1993; Derksen 1999.

535 Slijkhuis 2005.

536 De Waardt 2005, 92–97.

toekomst der psychiatrie, die Winkler in 1925 uitsprak, betoogde hij dat de psychiatrie zich nooit zou mogen losmaken van de hersenpathologie, maar dat het vak ondersteuning door andere wetenschappen behoefde, waaronder de experimentele psychologie.[537] Dat Winkler als neuroloog geen moeite had om de experimentele psychologie als psychiatrische hulpwetenschap te omarmen, is te verklaren uit het feit dat deze als natuurwetenschap gold en zich met haar kwantitatieve laboratoriumonderzoek modelleerde naar de fysiologie. In dit verband benadrukte ook Jelgersma dat psychiatrie en psychologie beide exacte, objectieve wetenschappen waren en dat de psychologie die hij voorstond niets te maken had met de filosofisch geïnspireerde zielkunde. Hiermee riep Jelgersma de toorn op van de Leidse filosoof G.J.P.J. Bolland. Bolland verweet hem dat hij een geesteswetenschappelijke problematiek eenzijdig natuurwetenschappelijk benaderde en daagde hem uit tot een openbaar debat, waarop Jelgersma pas zeven jaar later reageerde met een *Open Brief*. Daarin vergeleek hij Bollands geloof in de hegeliaanse metafysica met een kinderlijke behoefte aan religieuze zekerheden en zweverige wereldbeschouwingen. De polemiek tussen de twee Leidse hoogleraren riep veel reacties op en kon op veel aandacht van de pers rekenen.[538]

Met name Bouman toonde veel belangstelling voor andere vormen van psychologie, die recht deden aan de subjectieve beleving van geestesziekte. Deze belangstelling was mede ingegeven door zijn gereformeerde achtergrond en zijn opdracht om een wetenschappelijke psychiatrie op christelijke grondslag op te bouwen. Zijn leerstoel was tot stand gekomen dankzij de samenwerking tussen de Vrije Universiteit en de door Lindeboom en andere orthodox-protestantse dominees beheerste Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Tegenover het positivistische principe dat geloof en wetenschap gescheiden moesten blijven – juist door de verwetenschappelijking van de psychiatrie werd een taakverdeling mogelijk tussen de psychiater, die het lichaam voor zijn rekening nam, en de geestelijke, die over de immateriële ziel ging – streefden Lindeboom en de zijnen naar een afstemming van de wetenschappelijke psychiatrie op het geloof ten behoeve van een specifiek gereformeerde opleiding in het vak. In feite was hun uitgangspunt dat wetenschap in dienst stond van onwrikbare geloofswaarheden.[539]

Boumans opvattingen leken te passen in Lindebooms opzet. In 1900 had Bouman een voordracht voor de in 1896 opgerichte Christelijke Vereeniging van Natuur- en Geneeskundigen over de verhouding tussen geloof en wetenschap gehouden. Daarin zette hij zich af tegen het natuurwetenschappelijke en in het bijzonder het darwinistische mensbeeld, dat werd beheerst door materialistische en mechanistische verklaringen. Desondanks toonde hij sympathie voor de deterministische degeneratieleer en het daaraan verwante gedachtegoed van

537 Winkler-Junius 1947, 155.
538 Otterspeer 1995, 239, 361–366.
539 Van Bergen 2005, 130–143.

de Italiaanse arts-criminoloog C. Lombroso: deze zouden de wetenschappelijke bevestiging vormen van de erfzonde, waarmee de mensheid volgens de orthodox-protestantse leer was behept. Volgens Bouman waren er wetenschappelijke en wijsgerige argumenten nodig om onchristelijke wetenschap te bestrijden.[540] Na zijn benoeming als hoogleraar kwam Bouman in zoverre tegemoet aan Lindebooms ambities dat hij waardering toonde voor zielkundige benaderingen van geestesziekte en wees op het belang van begrip voor de belevingswereld van geesteszieken. De psychiater moest behalve arts ook psycholoog zijn. Door de ziel weerbaar te maken, zou geestesziekte langs psychische weg voorkomen kunnen worden. Daarmee leek hij afstand te nemen van het natuurwetenschappelijke model, dat in de gereformeerde visie gebaseerd was op een verwerpelijke materialistische wereldbeschouwing en geen recht deed aan de onstoffelijke ziel. Bouman verwachtte veel van onderzoek naar slaap, droom en hypnose, en daardoor raakte hij geboeid door Freuds werk. In zijn inaugurele rede *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie* (1907) benadrukte hij onder verwijzing naar Janet, de psychologen Wundt en G.S. Hall, en Freud en Jung dat het zielsleven een eigen dynamiek kende, onafhankelijk van het lichaam. Het was de gereformeerde Bouman die Freud in de Nederlandse academische psychiatrie introduceerde en die als een van de eerste Nederlandse artsen, weliswaar onder enig voorbehoud, publiekelijk blijk gaf van waardering voor diens gedachtegoed.[541]

Tevens was Bouman een van de eerste Nederlandse psychiaters die zich lieten inspireren door de fenomenologische benadering van de Duitse psychiater en filosoof K. Jaspers. In diens *Allgemeine Psychopathologie* (1913) stond de subjectieve belevingswereld van de geestelijk gestoorde mens centraal. De eigenheid van psychische processen vereiste volgens Jaspers een geesteswetenschappelijke oriëntatie. De rectorale rede over *Psychische aktiviteit* die Bouman in 1916 uitsprak, droeg sterk het stempel van de fenomenologische benadering. Daarmee verwijderde hij zich weer van Freud, wiens theorie hij bij nader inzien tot de op de natuurwetenschappen geënte associatiepsychologie rekende. Deze achtte hij te deterministisch en mechanistisch om recht te doen aan de persoonlijke autonomie. Tegelijkertijd bleef Bouman zijn geloofsgenoten voorhouden dat zij Freud dankbaar moesten zijn voor diens bijdrage aan een psychiatrie die aansloot bij hun beginselen.[542]

Verder was Bouman de eerste hoogleraar die, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog, een psycholoog (A.A. Grünbaum) in zijn kliniek aanstelde. Nog sterker dan Bouman zelf lieten zijn naaste collega's en assistenten, zoals de hoogleraar fysioloog F.J.J. Buytendijk, de psycholoog J. van Essen en de artsen Van der Hoop, Rümke en Van der Horst zich door de uit Duitsland afkomstige geesteswetenschappelijk en fenomenologisch georiënteerde psychologie inspireren. Vooral onder psychiaters met een protestants-christelijke achtergrond was in de jaren

540 Van Bergen 2005, 95-97, 117.
541 Bulhof 1983, 156-158.
542 Van Belzen 1994, 50-69.

1910 sprake van een wending van een natuurwetenschappelijke naar een geesteswetenschappelijke oriëntatie, die in tegenstelling tot de biomedische invalshoek recht deed aan de eigenstandigheid van de werking van de geest en plaats bood aan een geloof in een immateriële ziel. De zogenaamde Valeriuskring was de broedplaats van de fenomenologische psychiatrie in Nederland, die de academische psychiatrie vanaf de jaren twintig vier decennia lang sterk zou beïnvloeden.[543]

Boumans eigen belangstelling voor de psychische aspecten van geestesziekte sloot anatomisch en neurologisch onderzoek allerminst uit. In de Valeriuskliniek, waarin ook plaats was voor neurologen als W.G. Sillevis Smitt, kregen de neurofysiologie en klinische experimenten een prominente plaats. Bovendien verschilde de medische behandeling van patiënten niet van die in andere, niet-gereformeerde psychiatrische instellingen. Net als in de gereformeerde gestichten nam de geestelijk verzorger een ondergeschikte positie in. Ondanks zijn waardering voor de psychoanalyse en de fenomenologie was Bouman van mening dat de psychiatrie als medische wetenschap niet zonder de neurologie en anatomie kon. Op basis van zijn uitgangspunt dat lichaam en ziel een eenheid vormden, stond Bouman een nauwe band tussen psychiatrie en neurologie voor, zoals hij in zijn tweede rectorale rede (1924) benadrukte. Als wetenschapper stelde hij zich gereserveerd op ten aanzien van het gereformeerde streven om de christelijke ziel een vooraanstaande plaats te geven in de psychiatrie. Van een onderschikking van wetenschap aan theologie kon geen sprake zijn. Deze dienden volgens hem op gepaste afstand van elkaar te blijven. Wetenschappelijk onderzoek was op zichzelf neutraal, aldus Bouman; pas bij de interpretatie van de resultaten ervan kon de wereldbeschouwing haar invloed doen gelden. Daarom zag hij geen bezwaar in nauwe samenwerking met wetenschappers buiten de gereformeerde wereld.

Niet alleen zijn klinische onderzoek, maar ook zijn belangstelling voor de psychoanalyse en de fenomenologie stond op gespannen voet met de calvinistische leerstellingen van zijn gereformeerde achterban. De fenomenologie wees het materialisme weliswaar af, maar tegelijkertijd stond deze ook afwijzend tegenover het christelijke mensbeeld. Van het idee van de erfzonde nam Bouman steeds meer afstand. Zijn nauwgezette positiebepaling tussen godsdienst en wetenschap en zijn intensieve contacten met collega's op andere universiteiten en in de NVPN leidden in het eerste decennium van de twintig eeuw herhaaldelijk tot wrijvingen met het bestuur van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders, dat toezicht uitoefende op de Valeriuskliniek. Volgens Lindeboom leende Bouman het oor te weinig aan theologen en maakte hij het ideaal van een eigen gereformeerde psychiatrie niet waar. In 1921 ontstond een openlijk conflict toen Bouman ter bevordering van het psychologisch onderzoek

543 Dehue 1990, 115-124; Van Strien 1993, 61-63, 151; De Waardt 2005, 99-101; vergelijk Van Belzen en Ter Meulen 1988.

op het terrein van onderwijs en beroepskeuze samenwerkte met wetenschappers van buiten de gereformeerde wereld. De oprichting van een aparte Gereformeerde Psychologische Studievereeniging in 1922 onder Boumans voorzitterschap kon het wantrouwen van Lindeboom en de zijnen niet meer wegnemen, temeer omdat Bouman openlijk volhardde in zijn afwijzing van theologische zeggenschap over wetenschapsbeoefening. Vanwege deze botsing en ook omdat aan de Vrije Universiteit nog geen volwaardige medische faculteit van de grond kwam, waardoor het aantal studenten gering bleef en Bouman de wetenschappelijke samenwerking met andere medici miste, vertrok hij in 1925 om hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Utrecht te worden.[544]

Van groot belang voor de acceptatie van de psychoanalyse in de psychiatrische kring was dat de gezaghebbende Leidse hoogleraar Jelgersma Freuds theorie omarmde. Zijn Diesrede als rector magnificus in 1914, *Ongeweten geestesleven*, was een belangrijk moment in de academische receptie van Freuds werk, zowel nationaal als internationaal. Op instigatie van Freud verscheen de rede kort daarna in Duitse vertaling als bijlage van het *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*. Jelgersma, volgens zijn biograaf en opvolger E.A.D.E. Carp 'geheel en al een kind van het materialistisch-rationalistische tijdperk', afkerig van godsdienst en gedreven door een sterke geestelijke vrijheidszin, was zijn loopbaan als natuurwetenschappelijk psychiater begonnen.[545] In de jaren tachtig en negentig verrichtte hij als geneesheer van het gesticht Meerenberg hersenanatomisch onderzoek en zocht hij als privaatdocent in de criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam naar anatomische afwijkingen bij misdadigers. Aangezien hij die niet kon aantonen, kwam hij tot de veronderstelling dat de oorzaak van misdadigheid in het (deels onbewuste) geestesleven, in dwangvoorstellingen en -handelingen te vinden was. Krankzinnigen en misdadigers toonden volgens Jelgersma aan dat de mens niet vrij was; gedrag en bewustzijn waren gedetermineerd. Nadat hij in 1894 was benoemd tot geneesheer-directeur van het sanatorium de Vogel- en Plantentuin voor zenuwlijders te Arnhem, hield Jelgersma zich bezig met neurotische patiënten en richtte zijn aandacht zich in het bijzonder op lijders aan hysterie. Daarbij kreeg hij steeds meer aandacht voor het onbewuste geestesleven en legde hij zich toe op hypnose en psychische geneeswijzen. Zijn ervaringen op het gebied van nerveuze aandoeningen legde hij neer in zijn *Leerboek der Functioneele Neurosen* (1897). In zijn oratie, *Psychologie en pathologische psychologie* (1899), betoogde hij dat de met darwinistische inzichten gecombineerde associatiepsychologie de nieuwe natuurwetenschappelijke basis voor de psychiatrie moest worden. Deze psychologie liet volgens Jelgersma zien dat uiteenlopende mentale voorstellingen een strijd om het bestaan voerden en dat sommige niet konden doordringen tot het bewustzijn, maar desondanks grote invloed uitoe-

544 Van Belzen 1994, 50-69; Van Bergen 2005, 173-251; vergelijk Kuilman 1980.

545 Carp 1942, 15-17.

fenden op het menselijk doen en laten. Tegelijkertijd hield hij vast aan de veronderstelling dat geestesstoornissen een lichamelijke basis hadden. Zolang fysieke oorzaken (nog) nauwelijks waren aangetoond, was de psychiater in de klinische praktijk echter aangewezen op waarneembare psychische verschijnselen.[546]

Jelgersma was aanvankelijk sterk op de Franse psychiatrie georiënteerd, in het bijzonder op de degeneratietheorie. Na het verschijnen van zijn driedelige *Leerboek der Psychiatrie* (1911, herdrukt in 1917 en 1926), waarin de biomedische benadering domineerde, ging hij zich echter intensief met de psychoanalyse bezighouden en begon hij afstand te nemen van het mechanistische en deterministische beeld van de mens als was deze niet meer dan een reflexmachine. Zelfanalyse en voortdurende observatie van zijn patiënten overtuigden hem definitief van Freuds idee dat de psychische binnenwereld een eigen dynamiek kende en wezenlijk anders in elkaar stak dan de materiële buitenwereld. Opmerkelijk is dat Jelgersma's belangstelling voor het freudiaanse gedachtegoed werd gevoed door contacten met psychotische patiënten en niet zozeer door die met zenuwlijders. Veel meer dan als therapie waardeerde hij de psychoanalyse als methode om door middel van gesprekken de belevingswereld van psychotici te doorgronden.[547] Ondanks zijn vroegere ontkenning van menselijke vrijheid ging Jelgersma steeds meer nadruk leggen op het autonome subject en diens wilskracht – wat in feite op gespannen voet stond met het freudiaanse mensbeeld waarin onbewuste en irrationele drijfveren de overhand hebben. Hoewel hij zich kritisch uitliet over de conventionele moraal die bijdroeg aan de verdringing van seksuele neigingen, achtte hij het noodzakelijk en mogelijk het driftleven en de onbewuste drijfveren te beheersen. Jelgersma verbond de psychoanalyse uiteindelijk met een optimistisch (liberaal) wereldbeeld, hoewel hij aanvankelijk in Freuds leer een bevestiging had gevonden van zijn vroegere idee dat de mens geen baas was in eigen huis.[548]

Niet alleen wendde Jelgersma zijn invloed meermalen aan ten gunste van de psychoanalytische beweging en was hij haar belangrijkste verbindingsschakel met de universitaire psychiatrie, ook groeide de Leidse psychiatrie onder zijn leiding uit tot een belangrijk centrum van de psychodynamische benadering, waar jonge psychiaters in opleiding in aanraking kwamen met Freuds werk en een nieuwe generatie van analytisch georiënteerde psychiaters werd gevormd. In 1920 nam hij het initiatief tot oprichting van de Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse, die zich minder exclusief en orthodox opstelde dan de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse.[549] Twee jaar later kreeg hij op het zesde internationale psychoanalytische congres de Freudprijs. Jelgersma, die in het gesticht Endegeest de psychoanalyse in de diagnostiek en in mindere mate in de behandeling van geesteszieken beproefde, beschouwde de freudiaanse leer

546 Bulhof 1983, 127-134; vergelijk Rooijmans 1998, 29-41.
547 Rooijmans 1998, 26, 36.
548 Carp 1942, 73; Bulhof 1983, 134-143.
549 Vijselaar 1998c, 66-77.

als een waardevolle verrijking van de psychiatrie en als ondersteuning voor een psychologische benadering. De psychoanalyse kon volgens hem echter niet dienen als alternatief voor de medische kant van het vak, waarin ook plaats moest zijn voor neurologie en anatomie. Aan het eind van zijn carrière legde hij zich toe op het samenstellen van een hersenanatomische atlas, die hij in 1931 voltooide. Jelgersma was wars van sektarisme. Zijn loyaliteit bleef in de eerste plaats bij de psychiatrie in het algemeen; daaraan ontleende hij zijn (medische) beroepsidentiteit en mede daarom verzette hij zich tegen de toepassing van de psychoanalyse buiten de geneeskunde. Aan de andere kant onderstreepte hij dat psychiatrie niet uitsluitend natuurwetenschap, maar tegelijkertijd geesteswetenschap was. In het college waarin Jelgersma in 1919 de overdracht van het neurologieonderwijs aan een medewerker toelichtte, *De plaats der Psychiatrie in de Rij der Medische Wetenschappen*, beklemtoonde hij het verschil tussen psychiatrie en neurologie: psychiatrie was geen gewoon medisch vak, omdat het niet alleen ging om verklaren, maar ook om 'het vaststellen van begrijpelijke relaties'. De psychiater diende niet alleen medicus, maar ook psycholoog te zijn.[550]

De nauwe band tussen psychiatrie en neurologie en in het bijzonder het natuurwetenschappelijk reductionisme van Winkler raakten in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw omstreden. Dit bleek onder andere uit de conflicten die in 1915 ontstonden over Winklers opvolging als hoogleraar aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit. De medische faculteit besloot aparte leerstoelen voor neurologie en psychiatrie in te stellen en schoof, mede op instigatie van Winkler, voor psychiatrie twee kandidaten naar voren die zich beiden op het gebied van de neurologie hadden onderscheiden: C. van Valkenburg, medisch directeur van het Instituut voor Epilepsie in Amsterdam, en B. Brouwer, die was verbonden aan het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek in dezelfde stad. In zowel de Amsterdamse gemeenteraad als het Wilhelminagasthuis ontstond verzet tegen deze voordracht. Vanuit het Wilhelminagasthuis werd steun gezocht in de inrichtingswereld en de NVPN.

Op een vergadering van de NVPN in 1915 betoogde Cox, geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve, dat de medisch-biologische benadering in de klinische praktijk weinig had opgeleverd en geen recht deed aan de ziel. De 'materieele opvattingen in de krankzinnigenbehandeling' waren op een 'volkomen fiasco' uitgelopen. Het onderzoek naar 'chemismen en mechanismen' had de genezing van patiënten geen stap verder gebracht. Bovendien was het 'causale denken' volgens Cox een '*inhumaan* hulpmiddel.' In plaats van 'mécanicien der hersenen' moest de gestichtsarts in de eerste plaats een 'meevoelend' 'menschenkenner' zijn en ruime aandacht schenken aan het gemoedsleven van zijn patiënten.

550 Carp 1942, 81; Rooijmans 1998, 36-37; De Waardt 2005, 91.

——— Wij verlangen voor ons onderwijs opleiding in de kennis der instincten, in de kennis der algemeene richtingen in de litteratuur, in de ethnologie, in de biologie, in de philosophie, de ethiek en de religie; wij verlangen in 't kort bekend te zijn, althans geen vreemdeling te zijn op alle gebieden, waarop zich de menschelijke ziel heeft bewogen, waarin het menschelijk gemoed zijn conflicten vindt.[551]

De hoogleraren Jelgersma, Wiersma en L. Bouman drongen bij de Amsterdamse gemeenteraad aan op de benoeming van een hoogleraar met klinische ervaring en ze zetten samen met de voorzitter van de NVPN hun standpunt kracht bij met ingezonden brieven in kranten. Uiteindelijk werden J.K.A. Wertheim Salomonson, die al buitengewoon hoogleraar in de neurologie was, en K.H. Bouman, voormalig assistent van Winkler, eind 1915 benoemd voor respectievelijk neurologie en de combinatie van psychiatrie en neurologie. Bouman gaf blijk van een veelzijdige belangstelling: behalve met neurologie hield hij zich bezig met de sociaal-hygiënische aspecten van de psychiatrie en hij stelde zich ook open voor de psychoanalyse. Zijn benoeming markeerde duidelijk het einde van de exclusieve natuurwetenschappelijke koers die Winkler voor de universitaire psychiatrie had uitgezet.[552]

1.8 Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten

Ondanks het streven van vooral de universitaire psychiaters naar een natuurwetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie door middel van fysiologie, neurologie en experimentele psychologie, kenmerkte het vak zich, zoals eerder aangegeven, in hoge mate door eclecticisme. De karakterisering die Voorhelm Schneevoogt gaf van het psychiatrisch vak in zijn openingsrede ter gelegenheid van zijn benoeming tot lector aan het Amsterdamse Atheneum Illustre in 1868, weerspiegelde de veelvormigheid ervan. 'Van den psychiater moet worden geeischt,' aldus Voorhelm Schneevoogt,

——— dat hij kennis heeft van de physiologie, de anatomie, de embryologie van het centrale zenuwstelsel, dat hij grondige kennis heeft van de pathologie van alle organen, dat hij op de hoogte is van de pathologische anatomie, dat hij geen vreemdeling is in de wijsbegeerte, dat hij psycholoog is in den ruimsten zin des woords. Hij moet een diepen blik kunnen werpen in hetgeen men des menschen hart noemt. Hij moet kunnen individualiseeren maar hij mag niet vreemd zijn aan de sociale vraagstukken van den dag, aan de godsdienstige twistpunten, aan de politische beroeringen, aan de mercantiele, aan de industrieele en andere speculaties. De psychiater moet den geest van zijn tijd begrijpen.[553]

551 Cox 1915, 472-474, 479.

552 De Waardt 2005, 104-108; vergelijk Abma en Weijers 2005, 61.

553 Geciteerd in Rümke 1951a, 1-2.

Met een dergelijke brede taakopvatting van de psychiater stond Voorhelm Schneevoogt niet alleen. De psychiatrische aandacht strekte zich uit van lichamelijke ziekteverschijnselen, psychopathologische symptomen en gedragsstoornissen tot de persoonlijkheid, levensgeschiedenis en leefomstandigheden van hun patiënten, alsook de vermeende schadelijke sociale en culturele invloeden waaraan dezen en ook de bevolking in het algemeen bloot stonden. In hun verklaringen voor het ontstaan van krankzinnigheid en zenuwstoornissen wezen geneeskundigen niet alleen biologische factoren aan, zoals erfelijkheid, vergiftigingen en overmatige consumptie van genotmiddelen. Zij ruimden ook een belangrijke plaats in voor bepaalde gedragingen en maatschappelijke invloeden: pauperisme, gebrekkige hygiëne, zedeloosheid, masturbatie, seksuele excessen en afwijkingen, een slechte opvoeding, de groeiende discrepantie tussen de intellectuele en morele ontwikkeling van de moderne mens, vrouwenemancipatie, democratisering, de verschuiving van lichamelijke naar geestelijke arbeid, de opgeschroefde eisen in het onderwijs, prestatiedrang en mateloze sociale ambities, de zucht naar luxe en genot, en tot slot: de verhevigde strijd om het bestaan, het jachtige en hectische levenstempo in de steden en de moderne vervoersmiddelen, die geest en zenuwgestel overbelastten.[554]

De psychiatrische beschouwingen over de oorzaken van geestelijke en nerveuze stoornissen bevatten de nodige maatschappij- en cultuurkritiek. Veel artsen hamerden op het belang van zelfbeheersing, een ordelijke en evenwichtige levensstijl, matigheid, verantwoordelijkheids- en plichtsbesef en zedelijkheid als middelen om de verderfelijke invloeden vanuit de moderne samenleving af te weren. Op deze manier werden de principes van de morele therapie als het ware op de gehele samenleving van toepassing verklaard. Aangezien de beschikbare behandelingen van krankzinnigheid en zenuwaandoeningen vaak nog te wensen overlieten, zou voorkomen beter dan genezen zijn. Het hygiënisme, waarin het streven naar voorkoming van besmettelijke volksziekten als cholera, tyfus en pokken door middel van sanering en verbetering van de leefomstandigheden van de bevolking centraal stond, kon onder gestichts- en zenuwartsen op de nodige aanhang rekenen. Enkelen van hen, zoals Ramaer, Voorhelm Schneevoogt, Donkersloot, J. van Geuns, Van Cappelle en Van Andel, waren betrokken bij de hygiënistische beweging, die zich vanaf omstreeks 1850 in de NMG deed gelden. Omgekeerd zetten veel hygiënistische medici zich in voor de verbetering van de krankzinnigenzorg.[555]

De voor het merendeel met het liberalisme sympathiserende hygiënisten stelden dat een wetenschappelijk onderbouwde preventieve zorg voor de volks-

554 Donkersloot 1881; Hulst 1884; Möbius en Ter Kuile 1884; Wijsman 1891; Jelgersma 1897a, 1907; Soesman 1908. Zie voor de discussies over de vermeende toename van krankzinnigheid ook 1.4, paragraaf 'Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg'. En over de vermeende toename van zenuwlijden: 1.6, paragraaf 'Sanatoria en andere voorzieningen voor zenuwlijders: een expanderende markt'.

555 Over de hygiënistische beweging in Nederland: Houwaart 1991.

gezondheid een belangrijke bijdrage kon leveren aan de maatschappelijke vooruitgang, nationale regeneratie, economische voorspoed en sociale harmonie. Voorhelm Schneevoogt publiceerde in 1861 in *De Gids* een omvangrijk essay over het maatschappelijke en nationale belang van openbare hygiëne. Het ging daarbij niet alleen om de lichamelijke, maar ook om de geestelijke gezondheid van zowel het individu als het volk, zo benadrukte hij:

——— *hoe zou het anders mogelijk zijn bij het naauw en onverbrekelijk verband tusschen het verstandelijk, zedelijk leven van het individu, ja, van geheele volkeren en hunne ligchamelijke gezondheid en hunne maatschappelijke welvaart; een verband zoo innig, dat met verwaarloozing van het eene, het andere met ondergang bedreigd wordt. Of zijn krankzinnigheid, waanzin, zelfmoord, prostitutie, zelfs de meeste misdaden – zijn zij niet verschijnselen, die op een ziekzijn van de geheele maatschappij, of althans van enkele harer deelen heenwijzen?*

Zonder gezondheid was 'geen welvaart, geene ontwikkeling, geen volmaking denkbaar.' Mensen mochten niet berusten in ziekte en vroegtijdige dood, maar ze moesten hun lot in eigen hand nemen: actief ingrijpen in de maatschappelijke omstandigheden was dringend geboden.

——— *Mogt Hygieia's stem daardoor een gewilliger oor, mogten hare voorschriften daardoor eene ruimere toepassing in ons vaderland kunnen vinden en mogt eens, door haren invloed, door hare magt, het Nederlandsche volk zich weer tot zijne vroegere kracht, tot zijnen vroegeren luister, tot zijne vroegere grootheid kunnen verheffen!*[556]

Het liberale burgerschapsideaal van vrije individuele ontplooiing en productieve deugd gold voor de hygiënisten als leidraad. Tegelijkertijd zagen ze de samenleving als een organisme: harmonieuze samenwerking vormde de grondslag voor sociale orde en leefbaarheid. Burgers waren het aan de gemeenschap verplicht een arbeidzaam en deugdzaam leven te leiden. Om hun ontwikkelingsmogelijkheden te garanderen diende de overheid met behulp van de medische stand de nodige voorwaarden te scheppen ter bescherming van hun gezondheid: effectieve bestrijding van epidemieën, onder andere door middel van vaccinatie, riolering, vuilverwijdering, een goede drinkwatervoorziening en volkshuisvesting, verbetering van de arbeidsomstandigheden, controle op de kwaliteit van voedsel en de hygiëne in openbare gebouwen en publieke voorzieningen. Burgers hadden recht op gezondheid, maar raakten in veel gevallen buiten hun schuld ziek. Het door de hygiënisten statistisch aangetoonde verband tussen ziekte en leefmilieu, en het door hen geïntroduceerde begrip volksgezondheid brachten de ziekte van het individu in verband met de bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen. Zij zagen besmettelijke volksziekten als een te bestrijden gevolg van een verkeerde

556 Voorhelm Schneevoogt 1861, 510, 553-555. *De Gids*, opgericht in 1837, was een belangrijke spreekbuis voor vernieuwingsgezinde artsen. Van Geuns (van 1838 tot 1864) en Voorhelm Schneevoogt (van 1848 tot 1865) waren lid van de redactie.

organisatie van het leefmilieu, onvoldoende beschaving en een verkeerd of te passief overheidsbeleid.

Het doctrinair-liberale beginsel dat de staat zich zo veel mogelijk diende te onthouden van bemoeienis met de samenleving, stond voorstellen van de hygiënisten voor een grotere rol van de overheid op dit terrein lang in de weg. De Geneeskundige Staatsregeling, die in 1865 tot stand kwam op initiatief van J.R. Thorbecke, schreef voor dat de rijksoverheid door middel van staatsexamens toezicht uitoefende op de medische bevoegdheid en voorzag in een Geneeskundig Staatstoezicht, belast met de advisering van de minister en gemeenten op het terrein van de volksgezondheid. Dit Geneeskundig Staatstoezicht was niet zoals de krankzinnigenzorg ondergebracht bij de afdeling Armwezen, maar bij de afdeling Medische Politie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. In lijn met Thorbecke's organieke staatsleer liet de regeling de uitvoering van de curatieve zorg over aan het particulier initiatief en delegeerde zij de bevordering van de volksgezondheid aan de provincies en gemeenten, die zich aanvankelijk afwachtend opstelden. De bevoegdheden van de inspecteurs van het Geneeskundig Toezicht op de Volksgezondheid, waren beperkt: ze mochten slechts onderzoeken en overreden, en hadden geen sanctiemaatregelen tot hun beschikking. Weliswaar kreeg het Geneeskundig Staatstoezicht met de Wet tot Voorziening tegen Besmettelijke Ziekten van 1872 wettelijke bevoegdheden, maar desondanks ontplooiden de gemeenten weinig activiteiten op het terrein van de volksgezondheid. Het is opmerkelijk dat op het terrein van de krankzinnigenzorg veel eerder, in 1841, wetgeving en staatstoezicht tot stand was gekomen en dat de overheidsbemoeienis zich hier krachtiger liet gelden dan op het gebied van de algemene gezondheidszorg.

Vanaf 1870 vonden hygiënisten echter gehoor in sociaal-liberale kring en vanaf de jaren tachtig gingen steeds meer gemeentebesturen over tot maatregelen ten behoeve van de volksgezondheid.[557] W.P. Ruysch, van 1884 tot 1902 Inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en hoofd van de afdeling Medische Politie op het Ministerie van Binnenlandse Zaken, richtte in 1895 met steun van artsen, ingenieurs, economen, ambtenaren en sociaal-liberale bestuurders en politici het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling op om jaarlijks publieke debatten te organiseren over vraagstukken op dit terrein. Deze organisatie, die vanaf 1899 het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* uitgaf, benadrukte het belang van een actieve rol van de overheid, een uitbreiding van het Geneeskundig Staatstoezicht en wetgeving ter bevordering van de volksgezondheid. Het Congres, dat aan de basis stond van de bloei van de preventieve, sociale geneeskunde in de eerste decennia van de twintigste eeuw, was nauw betrokken bij de voorbereiding van wetgeving op het terrein van de volksgezondheid, waaronder de Gezondheidswet van 1901, die voorzag in een Gezondheidsraad als adviesorgaan van de overheid, en plaatselijke gezondheidscommissies.[558]

557 Mooij 1999, 269-278.

558 Houwaart 1991, 293-294.

In het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* kwam ook de 'psychische hygiëne' aan de orde. Terwijl meer en meer lichamelijke besmettelijke ziekten met succes werden teruggedrongen, zo stelde Ruysch, vormden zenuw- en zielsziekten een steeds grotere maatschappelijke bedreiging. Enkele zenuwartsen en gestichtsgeneesheren sloten zich bij Ruysch' organisatie aan. Psychiatriebeoefenaren brachten de verspreiding van krankzinnigheid en zenuwstoornissen in verband met maatschappelijke veranderingen en omstandigheden, alsook het morele peil van de samenleving, waardoor ze hun werkterrein afficheerden als een zaak van publiek belang. Toonaangevende gestichtsartsen als Cox en Tellegen vroegen in de NVPN en de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* aandacht voor de noodzaak tot preventie in de maatschappij. 'Wat van de cholera, van de pest en zooveele infectieziekten geldt, is ook toepasselijk op de krankzinnigheid; de behandeling ligt voor een groot deel in de prophylaxe', zo had Tellegen al in 1884 geschreven. Ook de actieve betrokkenheid van L. Bouman bij de zedelijkheidsbeweging – hij was voorzitter van de Middernachtzending in Amsterdam en lid van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Vereeniging tegen Prostitutie – kan in dit licht worden bezien.[559]

De psychiatrische oriëntatie op het hygiënisme werd niet alleen ingegeven door het gebrek aan succesvolle therapieën, maar kreeg ook een belangrijke impuls door de uit Frankrijk afkomstige degeneratieleer, in 1857 gelanceerd door B.A. Morel en later verder uitgewerkt door de psychiater V. Magnan.[560] In deze sociaal-biologische theorie, die voortbouwde op de lamarckiaanse variant van de evolutieleer, stond de overerfelijkheid van door de natuurlijke en maatschappelijke omgeving veroorzaakte geestelijke en lichamelijke aandoeningen centraal. Naarmate dergelijke verworven stoornissen door middel van overerving vaker van de ene op de andere generatie werden doorgegeven zou hun gedaante veranderen en hun ernst toenemen. Van kwaad tot erger, dat was de essentie van de degeneratieleer; wat begon als een zenuwkwaaltje, slechte gewoonte, verslaving of geslachtsziekte kon zich bij de nakomelingen manifesteren in de vorm van geestesziekte, zwakzinnigheid of aangeboren misdadigheid.

De toonaangevende hoogleraren Winkler en Jelgersma ruimden een belangrijke plaats in voor degeneratie in hun ziekteleer. Beiden onderscheidden aangeboren, degeneratieve psychosen van door milieu-invloeden veroorzaakte geestesziekte, waarbij zij een latente aanleg niet uitsloten. In zijn *Leerboek der psychiatrie* beweerde Jelgersma dat er een verband bestond tussen geestelijke eigenschappen en stoornissen enerzijds en ras en sekse anderzijds. Ook ging hij ervan uit dat de gemiddelde frequentie van degeneratieve psychosen en chronische neurosen onder joden hoger lag dan in de rest van de bevolking. Volgens Winkler kwamen verworven geestesstoornissen vooral onder de burgerij voor, terwijl endogene

559 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.

560 Over de rol van de degeneratietheorie in de Franse psychiatrie zie Dowbiggin 1991 en Nye 1984; over de verspreiding ervan in andere Europese landen zie Gilman en Chamberlain 1985; Pick 1989; Hermans 2003; Tollebeek en Vanpaemel 2003.

psychosen voornamelijk waren aan te treffen in families die aan lager wal waren geraakt. Het diagnosticeren en tegengaan van degeneratie achtte Winkler een van de hoofdtaken van de psychiatrie.[561] Vanuit dit gezichtspunt keerde hij zich tegen studie door vrouwen. In een debat dat hij in 1898 voerde met de gynaecoloog H. Treub en de (vrouwelijke) arts C. van Tussenbroek over dit onderwerp beweerde Winkler dat vrouwenstudie tot onnatuurlijke vermannelijking zou leiden en ten koste zou gaan van de voor het moederschap benodigde energie, met alle desastreuze gevolgen voor het nageslacht.[562]

Winklers opvolger aan de Amsterdamse gemeentelijke universiteit, K.H. Bouman, wijdde zijn oratie, *Problemen van ontaarding en begaafdheid (1916)* aan erfelijkheid en degeneratie. Behalve op de ontwrichtende gevolgen van maatschappelijke veranderingen ging hij in op de effecten van raciale vermenging, die kenmerkend zou zijn voor de bevolking van Nederland, Zuid-Duitsland en Noord-Italië. Volgens Bouman vormde deze een voedingsbodem voor zowel degeneratie als het ontstaan van genialiteit. Aan het eind van zijn rede kondigde Bouman aan dat hij zich in het bijzonder wilde richten op de preventie van psychische stoornissen, onder meer door middel van de bestrijding van alcoholisme, geslachtsziekten en kinderverwaarlozing.[563] In 1921 publiceerde hij de op een breed publiek gerichte brochure *De verbreiding van de geslachtsziekten en hare gevolgen*.

De degeneratieleer en ook het daarmee verbonden sociaal-darwinisme drongen in Nederland later door en waren hier minder invloedrijk dan in Frankrijk, België, Duitsland en de Verenigde Staten.[564] Nederlandse artsen omarmden deze leer niet zonder voorbehoud. De arts J.W. Deknatel bijvoorbeeld wees in 1895 op de vaagheid en meerduidigheid van het begrip degeneratie, waardoor de wetenschappelijke waarde ervan beperkt was. Het kon zowel betrekking hebben op diagnose, etiologie als prognose. Ook was de grens tussen ziekte en afwijking opgevat als variatie niet scherp gesteld.[565] Toch zijn de sporen van het degeneratiedenken tot in de jaren dertig en zelfs later in de psychiatrie terug te vinden.[566] Het vermeende gevaar van ontaarding bood een belangrijk argument om het belang van preventie door middel van hygiëne, niet alleen van het lichaam, maar ook van de geest, te onderstrepen. Overigens bracht de degeneratieleer verder geen veranderingen teweeg in de bestaande psychiatrische en neurologische praktijk. De theorie, die zowel biologische als sociaal-culturele oorzaken van krankzinnigheid en andere afwijkingen onderscheidde, bood een nieuwe legitimatie voor de gangbare eclectische benadering op het gebied van diagnose, verklaring en be-

561 De Waardt 2005, 78-80, 81-82, 90, 115-116.
562 Bosch 1994, 143-146. Dat nam niet weg dat Winkler vrouwen als assistenten in zijn kliniek liet werken en dat vrouwen bij hem promoveerden. Zie De Waardt 2005, 83-85.
563 De Waardt 2005, 106, 122-123.
564 Voor een vergelijking tussen Nederland en België zie Nys et al. 2002. Over de invloed van de degeneratietheorie in de Nederlandse psychiatrie: Slijkhuis 2005; vergelijk Noordman 1989, 28-29.
565 Deknatel 1895.
566 Voor de doorwerking op de langere termijn zie bijvoorbeeld Carp en Fortanier 1928; Rümke 1963 en Kraft 1968.

handeling van geestesstoornissen.[567] Met een beroep op de degeneratieleer wezen artsen een breed palet aan sociaal-culturele misstanden en kwalijke gewoonten als oorzaak van geestesziekte aan. Zo vroeg bijvoorbeeld H. Verkouteren in 1911 aandacht voor het gevaar van alcohol en roken, extreme armoede en rijkdom, slechte huisvesting, kinderverwaarlozing, minachting voor het huwelijk, een gebrekkige opvoeding en een overwaardering van intellect ten koste van morele vorming, vooral in het moderne onderwijs.[568]

Toen de Haagse zenuwarts F.J. Soesman in 1907 voor het Hygiënisch Genootschap in zijn woonplaats een lezing hield met de titel 'Hygiène van den Geest', was hij een van de eerste medici die deze terminologie hanteerden. Soesmans moreel getoonzette betoog met de ondertitel 'Tucht als middel tegen zenuwzwakte' was typerend voor veel populariserende geschriften over de gevaren die geest en zenuwen bedreigden en de mogelijke remedies ertegen. Op basis van zijn tien jaar oude praktijk constateerde hij dat het aantal zenuwlijders schrikbarend was toegenomen. De oorzaak van de alom om zich heen grijpende zenuwzwakte, die zich kenmerkte door gebrek aan wilskracht en zelfvertrouwen, en een grote prikkelbaarheid, waren ingrijpende maatschappelijke veranderingen, waardoor meer en meer mensen stuurloos waren geworden.

——— *De enorme vooruitgang van wetenschap en industrie, de verplaatsing der bevolking van het platteland naar de grootere centra der samenleving, de daardoor tot op de spits gedreven concurrentie, de sterk verhoogde levenseischen van den tegenwoordigen tijd, de betrekkelijk snel in het leven geroepen veranderingen op sociaal en economisch gebied, die het geheele leven zoo gecompliceerd gemaakt hebben, al deze factoren te zamen hebben in een halve eeuw tijds een ruk gegeven aan ons geestesleven.*[569]

Ook ontbrak het veel mensen aan voldoende zelfkennis om hun opgeschroefde maatschappelijke ambities en hun daadwerkelijke capaciteiten op elkaar af te stemmen. De toegenomen individuele vrijheid en ontplooiingsmogelijkheden dreigden volgens Soesman te ontaarden in 'bandeloosheid, ordeloosheid, gebrek aan tucht',[570] waardoor mensen het besef van hun onderlinge afhankelijkheid verloren.

Maar dit alles was geen reden voor defaitisme, aldus Soesman. Tegenover het pessimisme van het degeneratiedenken plaatste hij zijn overtuiging dat regeneratie mogelijk was. Als hoeders van de geestelijke gezondheid was hierbij voor zenuwartsen een belangrijke taak weggelegd. Het ging daarbij vooral om de verhoging van het geestelijk weerstandsvermogen van burgers door middel van het aankweken van 'strenge discipline' en 'tucht en orde':

567 Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4; vergelijk Oosterhuis 2000, 100-112.
568 Verkouteren 1911.
569 Soesman 1908, 30.
570 Soesman 1908, 15.

——— *tucht gebaseerd op een gevoel van bescheidenheid, van ondergeschiktheid aan een hoogere orde van dingen, van onderlinge afhankelijkheid en van waardeering van anderen in het aangezicht van een gemeenschappelijk doel en op een gevoel voor orde en regelmaat. [...] En wanneer wij dit doen, dan behoeven wij geenszins te vreezen, ons te zullen vervormen tot bij de pakken neerzittende, onverschillige staatsburgers, hofjesachtig tevreden met het bestaande en blind voor elken vooruitgang. Veeleer zullen eerst dan de diep in elk menschenhart zetelende eigenschappen: drang naar verbetering van de eigen positie, moed om de daarmee gepaard gaande moeilijkheden te overwinnen en zoovele andere, die aan een maatschappij haren hechten en krachtigen grondslag geven, gelegenheid krijgen zich vrijelijk, rustig en deugdelijk te ontwikkelen.*[571]

De moderne maatschappij, zo voegde Soesman daaraan toe, had vooral behoefte

——— *aan individuën, die den zedelijken moed bezitten den levensstrijd met al zijne moeilijkheden te aanvaarden, [...] die niet bij kleine tegenspoeden den strijd opgeven of van richting veranderen, in weeklagen neervallen of als ontevredenen met de bestaande orde der dingen zich werpen in de armen der revolutie.*[572]

Niet alleen zenuwartsen, psychologen en psychotherapeuten, maar ook andere artsen, economen, sociologen en pedagogen zouden nuttig werk op het terrein van de geestelijke hygiëne kunnen verrichten, zo suggereerde Soesman. Vooralsnog kwamen er echter geen initiatieven in deze richting van de grond, met uitzondering van psychiatrische activiteiten op het gebied van de bestrijding van alcoholisme.

Al eerder hadden artsen in verschillende Europese landen gewezen op de schadelijke gevolgen van overmatig drinken voor de gezondheid en alcoholverslaving als ziekteverschijnsel beschreven. In Nederland duurde het tot het eind van de negentiende eeuw totdat enkele artsen met een zekere regelmaat aandacht schonken aan drankzucht. Hygiënisten achtten alcohol een gevaar voor de volksgezondheid en de drankbestrijding een belangrijk middel ter verheffing van de lagere standen. Ramaer was een van de eerste Nederlandse artsen die beweerden dat excessief drinken tot krankzinnigheid kon leiden en aandacht vroegen voor de persoonlijkheidskenmerken van alcoholisten.[573] Ook andere artsen noemden alcoholisme geregeld als een frequent voorkomende oorzaak van geestesziekte. In zijn proefschrift *Over de psychosen ten gevolge van alcoholmisbruik* (1889) stelde J. van Delden op basis van zijn onderzoek naar bijna vierhonderd Amsterdamse alcoholisten die tussen 1880 en 1887 in een inrichting waren opgenomen, dat het drankmisbruik van de meerderheid was te wijten aan slechte gewoonten, terwijl een minderheid reeds daarvoor behept was met geestesstoornissen. Het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer* vermeldde in 1900 dat van de patiënten die in het

571 Soesman 1908, 38-40.
572 Soesman 1908, 42.
573 Van der Stel 1995, 115; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 223.

voorgaande jaar in Meerenberg waren opgenomen, maar liefst 42 procent krankzinnig was geworden als gevolg van alcoholmisbruik.[574]

Rond de eeuwwisseling brachten sommige artsen, zoals de Apeldoornse zenuwarts P.F. Spaink, de invloedrijke verloskundige H. Treub, de medisch directeur van het alcoholistensanatorium Hoog-Hullen, A.N.J. Hanedoes van Almkerk, en K.H. Bouman alcoholisme in verband met degeneratie. Enkelen van hen bepleitten een huwelijksverbod voor alcoholici: niet alleen zou de drankzucht overerfelijk zijn, ook achtten zij het risico groot dat het nageslacht zou lijden aan geestesziekte en zwakzinnigheid.[575] Degeneratie bleef tot de Tweede Wereldoorlog een belangrijk thema in medische beschouwingen over drankmisbruik. Bouman, die vanaf 1909 leidinggaf aan een consultatiebureau voor alcoholisten, verzamelde systematisch gegevens over de patiënten, waaronder eventuele lichamelijke en geestelijke afwijkingen en hun zogenaamde antropologische kenmerken: lichaamslengte, schedelmaten, haarkleur, kleur van de ogen en afstamming. Hij was in het bijzonder geïnteresseerd in het verband tussen raciale invloeden en alcoholisme, in het bijzonder de 'kruiselingen' van het 'teutoonse' en 'alpine' ras, die in Amsterdam frequent zouden voorkomen.[576] Toen hij de resultaten van zijn onderzoek onder driehonderd alcoholisten in 1912 voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap presenteerde, achtte hij het echter nog te vroeg om de vraag naar de relatie tussen enerzijds alcoholmisbruik en anderzijds krankzinnigheid en criminaliteit definitief te beantwoorden: er zou meer onderzoek nodig zijn. Wel meende hij te weten dat de gevolgen van alcoholmisbruik bij vrouwen ernstiger waren dan bij mannen: de kans op psychische stoornissen was groter, genezing was moeilijker en bovendien liep de vruchtbaarheid gevaar.[577]

Binnen de medische wereld als geheel bleef de aandacht voor alcoholisme overigens beperkt. Het enthousiasme van artsen voor de drankbestrijding was verre van overweldigend en van een gericht, eensgezind streven om alcoholisme als ziekteverschijnsel onder hun competentie te brengen was geen sprake. De meeste artsen stelden zich vrij gelaten op en zagen weinig heil in het streven van drankbestrijders naar geheelonthouding. De in 1898 opgerichte Vereeniging van geheelonthouders-geneeskundigen in Nederland en zijn koloniën, later Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging voor Nederland en zijn koloniën geheten, die in het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer* een uitgesproken medische benadering uitdroeg en alcoholisme vergeleek met besmettelijke volksziekten als tuberculose en syfilis, kreeg geen grote aanhang: het ledental schommelde tussen de dertig en veertig.[578] Ook in psychiatrische kring was niet iedereen overtuigd van het gevaar van alcohol. Terwijl psychiaters als Jelgersma, L. Bouman en Kat, eerste geneesheer van het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik, het streven van de drank-

574 Van der Stel 1995, 200.
575 Van der Stel 1995, 199-201; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 221-225.
576 Bouman en Van der Woude 1910, 331.
577 Van der Stel 1995, 215-218.
578 Van der Stel 1995, 197-198.

bestrijdingsbeweging onderschreven en geheelonthouding voor drankzuchtigen de beste remedie achtten, was het nog aan het begin van de twintigste eeuw niet ongebruikelijk dat in krankzinnigengestichten zowel personeel als patiënten dagelijks alcoholhoudende dranken zoals bier en wijn geserveerd kregen.[579]

Hoewel de kleine groep artsen die actief was in de alcoholismebestrijding andere accenten legde dan de drankbestrijdingsorganisaties, die excessief drinken eerder als ondeugd en maatschappelijke misstand dan als ziekte van bepaalde individuen zagen, spanden ze zich gezamenlijk in voor een opvoedkundige aanpak. Daarin stond het streven naar gedragsverandering centraal, in het bijzonder zelfbeheersing en volledige onthouding.[580] De initiatiefnemer van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, Ruysch, speelde een belangrijke rol op dit terrein. Hij was tevens voorzitter van de sinds 1875 bestaande Volksbond tegen Drankmisbruik en beschouwde de medische bemoeienis met alcoholisme als een vanzelfsprekend onderdeel van het hygiënisme en de gerechtelijke psychiatrie.

Openbare dronkenschap was sinds 1881 strafbaar en recidiverende overtreders van de drankwet kwamen vaak in rijkswerkinrichtingen terecht. Drankbestrijders die betrokken waren bij de reclassering stelden vast dat deze strafinstellingen nauwelijks bijdroegen tot een duurzame gedragsverbetering van de veroordeelden. Teneinde een geneeskundig alternatief te bieden nam de Volksbond tegen Drankmisbruik in 1891 het initiatief tot de oprichting van het eerste sanatorium voor drankzuchtigen, Hoog-Hullen bij Eelde. Rond de eeuwwisseling kwam daar nog een vijftal sanatoria bij: een particulier (christelijk) Hospitium in Veendam (1895), het protestantse sanatorium Villa Wilhelmina bij Breda (later in Beekbergen) van de Nederlandsche Vereeniging tot Christelijke verzorging van Drankzuchtigen (1896), het eveneens protestantse Uniehuis voor vrouwelijke drankzuchtigen te Beekbergen van de Nederlandsche Christen Vrouwen Geheel-Onthouders Unie (later herdoopt in Henriëtte Hartsen-kliniek), het neutrale sanatorium voor alcoholisten en neurasthenici te Voorst (openingsjaar onbekend) en het rooms-katholieke sanatorium St. Gerlach te Heer van de Ariënsvereeniging, dat echter maar drie jaar, van 1916 tot 1919, bestond. Deze sanatoria waren niet groot: het totale aantal beschikbare plaatsen zal niet veel hoger dan honderd zijn geweest. Hoewel artsen meestal de leiding hadden over deze sanatoria, was van medische behandeling in engere zin nauwelijks sprake. De nadruk lag op heropvoeding en maatschappelijke rehabilitatie door middel van onthouding, arbeid en zo mogelijk een vakopleiding.[581]

Deze instellingen hadden dezelfde status als de sanatoria voor zenuwlijders in de zin dat ze niet onder het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten vielen en voor opname geen rechterlijke machtiging vereist was.

579 Van der Stel 1995, 202, 229.
580 Van der Stel 1995, 189, 256-264.
581 Van der Stel 1995, 189-194.

Onder artsen waren de meningen verdeeld over de vraag in hoeverre er bij de opname en verpleging van alcoholisten dwang kon en mocht worden uitgeoefend. Ruysch, die een belangrijke rol speelde bij de oprichting van Hoog-Hullen en het medisch profiel ervan benadrukte, pleitte in de feestbundel ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de NVPN voor een 'opendeurstelsel' in plaats van een 'opsluitingssysteem'; dat laatste zou 'ondoelmatig' zijn. De zenuwarts H. Buringh Boekhoudt, die ook in de Volksbond actief was, en de geneesheer-directeur van Hoog-Hullen, Hanedoes van Almkerk, vonden daarentegen dat er een wettelijke regeling moest komen om gedwongen verpleging van drankzuchtigen mogelijk te maken. Ook Van Deventer, Jelgersma en K.H. Bouman sloten wettelijk onderbouwde dwang niet uit om alcoholisten tot geheelonthouding te bewegen.[582]

De NVPN stelde zich voorzichtiger op. Toen een gezamenlijke commissie van de NMG en de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken onder leiding van Kat in 1905 pleitte voor verpleging van alle chronisch drankzuchtigen in speciale inrichtingen en op gemeenschapskosten, zo niet vrijwillig dan onder dwang, stelde de NVPN ook een commissie in die zich moest buigen over deze problematiek. Haar rapport bevestigde het standpunt dat de NVPN reeds in 1893 had verkondigd: alleen bij ernstige gevallen waarin de belangen van de betrokkene, zijn gezin of de maatschappij ernstig werden geschaad, was dwang gelegitimeerd. De meeste leden van de NVPN vonden dat het medische streven naar genezing zich moeilijk met juridische dwang liet verenigen. Geneeskundige behandeling veronderstelde vrijwilligheid en stond op gespannen voet met een 'ongemotiveerde inbreuk op de persoonlijke vrijheid', zo was in het rapport van de commissie te lezen.[583] Dwang zou het vertrouwen van de patiënt in de arts, de 'voortdurend inwerkende psychische invloed' en daardoor het streven naar genezing kunnen ondermijnen, stelde de rapporteur van de NVPN-commissie M.J. van Erp Taalman Kip. Elke inmenging van juridische of bestuurlijke autoriteiten in de verhouding tussen arts en patiënt had volgens hem een negatieve invloed op het genezingsproces. Daarbij verwees hij naar de ervaringen die collega's hadden opgedaan met zowel gesloten gestichten als open inrichtingen – Van Erp Taalman Kip was zelf verbonden aan een sanatorium voor zenuwlijders. 'Men maakt geen psychischen invloed door met dwang te beginnen. Laat dat toch duidelijk zijn en hier nog eens herhaald worden, want het is de kern van alles', schreef Van Erp Taalman Kip.[584]

Enkele jaren later bleken veel zenuwartsen hier toch weer anders over te denken. De NVPN onderschreef een pleidooi van de Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen uit 1910 voor dwangbehandeling van drankzuchtigen, ook als zij niet krankzinnig of crimineel waren. Ook nam de NVPN in 1913 met instemming kennis van een wetsontwerp voor de speciale behande-

582 Van der Stel 1995, 191, 256, 258, 264.
583 De Bruyn et al. 1906, 262.
584 Van Erp Taalman Kip 1907, 165.

ling van psychopaten, waarbij zij voorstelde om dwangverpleging ook mogelijk te maken voor niet-criminele alcoholisten die hun gezin te gronde richtten. Verder zou de regering consultatiebureaus voor alcoholisten en de opname van on- en minvermogende drankverslaafden in sanatoria financieel dienen te ondersteunen.[585] De regering had enkele jaren daarvoor, in 1907, echter al laten blijken weinig te voelen voor vergaande dwangmaatregelen. Naar aanleiding van het advies van een regeringscommissie om een regeling in te voeren die het mogelijk zou maken om alcoholisten onder curatele te stellen en te verplichten zich te laten opnemen in een herstellingsoord, stelde de regering dat alleen drankzuchtige criminelen en krankzinnigen voor dwangmaatregelen in aanmerking kwamen. De enige, maar belangrijke verruiming van de dwangmogelijkheden kwam tot stand met de invoering in 1915 van de voorwaardelijke veroordeling: rechters konden met de dreiging van een daadwerkelijke uitvoering van de opgelegde gevangenisstraf van drankzuchtige delinquenten eisen dat zij zich onder behandeling stelden en zich geheel van de drank onthielden. Vanaf 1928 konden misdadige alcoholisten ook te maken krijgen met dwangmaatregelen in het kader van de zogeheten Psychopathenwetten en de ondercuratelestelling.

Teneinde de maatschappelijke aanpassing van uit werkinrichtingen, gestichten en sanatoria ontslagen alcoholisten te bevorderen werden aan het begin van de eeuw plannen ontwikkeld om patronaten in het leven te roepen die voor toezicht en begeleiding zouden zorgen. Hiervan kwam echter weinig terecht, mede omdat drankbestrijdingsorganisaties zich niet zozeer toelegden op individuele hulpverlening, maar veeleer streefden naar uitbanning van alcohol uit de gehele samenleving. Een ander initiatief kreeg wel handen en voeten. In Amsterdam kwamen enkele drankbestrijders en K.H. Bouman tot de overtuiging dat het beter was om drankzuchtigen hulp te bieden voordat het tot opname in een gesticht, ziekenhuis of sanatorium ofwel justitieel ingrijpen kwam, en hen te begeleiden zodat zij zich in de samenleving zouden kunnen handhaven. Met steun van de Amsterdamse afdeling van de Volksbond tegen Drankmisbruik begon in 1909 het eerste consultatiebureau voor drankzuchtigen zijn werkzaamheden. Wekelijks werden op zaterdagavond, het tijdstip waarop de lonen waren uitbetaald en er veel werd gedronken, in het gebouw van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst spreekuren gehouden voor alcoholisten en hun familieleden. Bouman bracht medisch-psychiatrische deskundigheid in, terwijl de onderwijzer en drankbestrijder T.W. van der Woude de sociale en pedagogische begeleiding en de voorzitter van de Amsterdamse afdeling van de Volksbond tegen Drankmisbruik, G.M. den Tex, eventuele juridische problemen voor hun rekening namen.

Door het medische en wetenschappelijke karakter van deze instelling te beklemtonen – de tuberculosebestrijding gold als lichtend voorbeeld en het bureau

585 Memorie 1913.

zou ook moeten dienen voor onderzoek – probeerde Bouman, die in de beginperiode zijn stempel op het consultatiebureau drukte, de hulpverlening te profileren tegenover het moraliserende reddingswerk van de drankbestrijding. In de praktijk bestond de behandeling echter uit een vorm van morele heropvoeding tot zelfbeheersing door middel van vertrouwelijke gesprekken en overreding. Volledig herstel bestond uit geheelonthouding: matig drankgebruik werd niet verantwoord geacht omdat een alcoholist altijd gevaar liep weer in zijn oude fout te vervallen. Patiënten die een snel werkend 'middeltje' hoopten te krijgen, wachtte een teleurstelling, zo schreven Bouman en Van der Woude in het drankbestrijdingsblad *De Wegwijzer*. Ze dienden hun leefwijze en instelling te veranderen en ze moesten een nieuwe vriendenkring en vrijetijdsbesteding zoeken, bij voorkeur in een drankbestrijdingsvereniging.

——— *Het gesprek, dat zich met den patiënt ontspint, moet, zooals van zelf spreekt, een zeer vertrouwelijk karakter dragen. Getracht moet worden bij raadgevingen en overwegingen allen schijn van dwang te vermijden en het gesprek zoo te leiden, dat patiënt meent uit zich zelf tot het besluit gekomen te zijn, om in het vervolg geheel-onthouder te worden en den weg te volgen, hem door de leiders van het Bureau aangewezen. [...] Gaat de patiënt na het eerste bezoek heen, dan moet hij zoo mogelijk de overtuiging meenemen, dat hij een ander mensch kan worden, en dat het overwinnen van zijn zwakheid voor een aanzienlijk deel van hemzelf afhangt. Het is hierbij de taak van den paedogoog, in het gevoerde gesprek, en uit de door patiënt gegeven mededeelingen over zich zelf, het aangrijpingspunt te vinden voor de krachten, die op hem ten goede kunnen inwerken.*[586]

Met deze benadering distantieerden Bouman en Van der Woude zich uitdrukkelijk van de drankbestrijding in Duitsland, waarbij de politie een rol speelde. Politionele dwang paste volgens hen niet bij het Nederlandse volkskarakter en zou het streven naar genezing en wetenschappelijke kennis over alcoholisme alleen maar belemmeren. Desondanks schuwden ze een zekere controle en dwang niet. Van patiënten werd verwacht dat zij zich lieten begeleiden door een 'patroon' vanuit een drankbestrijdingsvereniging, die regelmatig aan het bureau rapporteerde. Een particuliere financiële bijdrage maakte het mogelijk om een 'vaste Controleur' aan het bureau te verbinden, wiens taak het was om zonder dat zij het merkten, 'de meest uitgebreide informatiën over de patiënten in te winnen, waardoor de leiders van het Bureau van alles, den patiënten betreffende, op de hoogte gehouden worden.'[587] Als familieleden van een alcoholist de hulp van het bureau inriepen en de patiënt niet van zins was om zich op het spreekuur te melden, dan stond te bezien of hij mogelijk aan geestelijke stoornissen leed en met een rechterlijke machtiging in een gesticht viel op te nemen. Ook kon in ernstige, hopeloze gevallen in het belang van vrouw en kinderen een echtscheiding worden overwogen. Verder kwam het consultatiebureau met de justitiële en politieauto-

586 Bouman en Van der Woude 1910, 335-336.

587 Bouman en Van der Woude 1910, 338.

riteiten overeen dat een strafzaak of een eventuele veroordeling van overtreders van de drankwet kon worden opgeschort op voorwaarde dat zij zich onder behandeling van het bureau stelden en naar geheelonthouding streefden. Als zij daarin slaagden was uiteindelijk kwijtschelding van de straf mogelijk. Met deze afspraak werd vooruitgelopen op de voorwaardelijke veroordeling die in 1915 wettelijk mogelijk werd. 'Op deze wijze kunnen twee gewichtige voordeelen behaald worden', meenden Bouman en Van der Woude:

> *1e heeft de patiënt geruimen tijd het dreigende vonnis als een zwaard van Damocles boven zich, wat hem een prikkel is, om te blijven volharden, in de hoop zoodoende een beter lot te verwerven; en 2e geeft ieder volgend uitstel hem het sterkende gevoel, dat ook hij nog wel tot volharding in staat is en dat ook hij nog wel iets kan bereiken. En dit is van het grootste paedagogische belang.*[588]

Mede omdat Bouman en Van der Woude zitting hadden in het bestuur van de Amsterdamse afdeling van het Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen erkende Justitie het consultatiebureau in 1912 als reclasseringsinstelling. Als ook de beschikbare middelen om dwang uit te oefenen niet hielpen, zo stelde Van der Woude, restte er niets anders dan verwijdering van alcoholisten uit de samenleving en hun internering in een 'kolonie'.[589]

Hoewel de toeloop niet overweldigend was – in het eerste jaar werden 96 patiënten in behandeling genomen en in het eerste decennium van de twintig eeuw varieerde het aantal nieuwe patiënten per jaar tussen 127 en 258 – bleek het bureau levensvatbaar.[590] In 1912 werd de Vereeniging tot Instandhouding van het Consultatie Bureau voor Alcoholisme opgericht om structureel financiering voor het bureau te verwerven door middel van bijdragen van leden, donateurs en begunstigers en het aanvragen van subsidies van gemeente en rijk. De afdeling Amsterdam van de Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen leverde een financiële bijdrage voor het uitoefenen van toezicht door het bureau op ontslagen patiënten uit Hoog-Hullen en Justitie vergoedde het reclasseringswerk. Vanaf 1914 subsidieerde de Amsterdamse gemeenteraad het consultatiebureau.[591] Aanvankelijk hielden Bouman en Van der Woude hun spreekuren in de vrije avonduren, maar al gauw maakte de laatste er zijn werkdag van en vanaf 1914 kreeg J.H. Varenkamp als 'vol ambtenaar' een aanstelling aan het bureau, terwijl er een tweede spreekuur werd ingesteld. Al in 1912 stelde Bouman in een voordracht voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap dat het drankmisbruik mede door het werk van het bureau afnam.[592] Twee jaar later beweerde hij dat niemand het succes ervan kon ontgaan: het aantal dronkaards op straat en het aantal gevallen van delirium tremens verminderde.[593]

588 Bouman en Van der Woude 1910, 340.
589 Van der Stel 1995, 227.
590 Bouman en Van der Woude 1910, 344 en Kat 1941, 457-458.
591 Bakker en Van der Velden 2004a, 52.
592 Zie over het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap: 1.9. De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie.
593 Kat 1941; Van der Stel 1995, 217-218.

Nadat het eerste consultatiebureau in Amsterdam zijn bestaansrecht had bewezen, gaf Ruysch er wijd en zijd bekendheid aan.[594] Al gauw kregen andere steden soortgelijke consultatiebureaus. In Rotterdam, Leiden, Den Haag, Groningen, Haarlem, Hilversum, Deventer, Utrecht, Winschoten, Zaandam, Zeist en Zwolle werden in samenwerking met diverse drankbestrijdingsorganisaties algemene bureaus opgericht, terwijl in Helmond, Den Bosch, Breda, Venlo, Nijmegen en Tilburg en ook in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag katholieke bureaus vanuit de Vereeniging tot Bevordering van de verpleging van Katholieke drankzuchtigen in Nederland, het dr. Ariënsfonds, tot stand kwamen. Alleen Rotterdam en later ook Arnhem kenden protestants-christelijk bureaus. De aanpak van de confessionele bureaus verschilde niet wezenlijk van die van de neutrale instellingen. De benadering was overwegend pedagogisch, waarbij in de confessionele instellingen ook een beroep werd gedaan op het godsdienstig besef. De meeste bureaus werkten met vrijwilligers en een zenuwarts die eens in de week in de avonduren spreekuur hield. Het Rotterdamse algemene bureau was het enige dat zich in omvang met dat in Amsterdam kon meten. Voor de financiering waren de meeste bureaus aangewezen op particuliere bijdragen en steun van drankbestrijdingsverenigingen. Alleen in de grote steden kwam er net als in Amsterdam ondersteuning van de gemeente en daarnaast ontvingen sommige bureaus rijkssubsidies voor het reclasseringswerk dat ze uitvoerden.[595]

1.9 De gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie

Reeds achttien jaar voor de oprichting van de NVP, in 1853, had Ramaer met het *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregtelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* een poging ondernomen om de saamhorigheid en het wetenschappelijke peil van gestichtsartsen te bevorderen. Zoals de titel onderstreepte, ruimde het tijdschrift een prominente plaats in voor de gerechtelijke geneeskunde. Hiermee trachtte Ramaer de psychiatrie onder de aandacht te brengen van juristen, in het bijzonder van degenen die als bestuursambtenaar werkzaam waren, zodat de overheid meer oog zou krijgen voor de krankzinnigenzorg. Hij slaagde niet in deze opzet: vanwege een gebrek aan abonnees was het eerste Nederlandse psychiatrische tijdschrift maar twee jaargangen beschoren. Ook zijn streven naar een uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein in de richting van de strafrechtspleging leverde weinig resultaten op. In plaats van gewone gerechtelijk geneeskundigen zouden juristen volgens Ramaer gestichtsgeneesheren moeten inschakelen als zij twijfelden aan de toerekeningsvatbaarheid van verdachten.[596] De toenmalige rechtsopvattingen en de strafrechtspraak in Nederland boden echter slechts in beperkte mate ruimte voor de inschakelijking van medici.

594 Van der Stel 1995, 205.
595 Van der Stel 1995, 243-245; Blok 2007, 153-164.
596 Vijselaar 1995a, 9-11; vergelijk Van der Esch 1975-1980, I: 48.

De onder het bewind van Napoleon geïntroduceerde *Code Pénal*, die tot 1886 van kracht bleef, was gebaseerd op het uit de Verlichting stammende klassieke strafrechtsprincipe dat verdachten alleen veroordeeld konden worden voor objectiveerbare daden waarvoor zij verantwoordelijkheid droegen: geen straf zonder misdaad en schuld was het uitgangspunt. Mede om rechtsonzekerheid en willekeur uit te bannen en de strafmaat af te stemmen op de ernst van de misdaad – het proportionaliteitsbeginsel – diende de persoonlijkheid van daders, hun verleden en hun maatschappelijke achtergrond buiten beschouwing te blijven. Alleen verdachten van wie niet betwijfeld kon worden dat zij volkomen krankzinnig waren, kwamen in aanmerking voor ontslag van rechtsvervolging omdat zij als volledig ontoerekeningsvatbaar golden. In dergelijke gevallen konden het Openbaar Ministerie of hun familieleden vervolgens door middel van een civielrechtelijke procedure een dwangopname in een krankzinnigengesticht bewerkstelligen. Eerst dan kwam er een arts aan te pas, aangezien voor opname in een gesticht een medische verklaring vereist was.

Tot het eind van de negentiende eeuw werd in de Nederlandse rechtspleging slechts in geringe mate een beroep gedaan op medische deskundigheid om vast te stellen of verdachten geestesziek waren. Krankzinnigenartsen die hierin verandering wilden brengen, vonden amper gehoor bij juristen. Tegenover de gevestigde rechterlijke macht kon de jonge psychiatrie geen vuist maken – zoals we ook hebben gezien bij de totstandkoming van de Krankzinnigenwetten.[597] De *Code Pénal* onderscheidde geen gradaties tussen volledige verantwoordelijkheid en volledige ontoerekenbaarheid, en rechters hadden blijkbaar geen behoefte aan geneeskundige adviezen. Ontslag van rechtsvervolging wegens krankzinnigheid kwam niet vaak voor. Het oordeel over de toerekenbaarheid van misdadigers was een juridische en geen medische bevoegdheid. De gerechtelijke psychiatrie kwam in Nederland later tot ontwikkeling dan in met name Frankrijk en Groot-Brittannië, waar artsen vanaf het midden van de negentiende eeuw enige invloed in het juridische domein verwierven en verdachten met psychische stoornissen wisten vrij te pleiten van strafvervolging. Aan de hand van nieuw gedefinieerde ziektebeelden als monomanie, insania moralis en psychopathie, die het gevoelsleven en het morele besef van mensen zouden aantasten terwijl de verstandelijke vermogens grotendeels intact bleven, brachten zij naar voren dat sommige verdachten deels en vaak niet direct zichtbaar geestelijk gestoord waren. Deze delinquenten verdienden op grond van hun aangetaste schuld- en verantwoordelijkheidsgevoel geen straf maar medische behandeling.[598]

597 Tammenoms Bakker 1957, 161; Weijers 1995, 61; Weijers 1996, 191; Weijers 2003; Koenraadt 1995, 112; Van Ruller 1991; Weijers en Koenraadt 2007, 8. Zie over de Krankzinnigenwetten ook 1.1, paragraaf 'Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in 'Nederland' en 1.4, paragraaf 'De tweede Krankzinnigenwet'.

598 Foucault 1978; Smith 1981; Goldstein 1987; Harris 1989; Velle 2002; De Smaele 2002; Weijers en Koenraadt 2007, 4–11.

Met zijn *L'uomo delinquente* (1876) zette de Italiaanse arts C. Lombroso de toon voor de crimineel-antropologische benadering van misdaad. Deze veronderstelde dat een groot deel van de wetsovertreders behept was met een aangeboren criminele aanleg, die zich kenmerkte door bepaalde lichamelijke en geestelijke eigenschappen en die te verklaren viel als een vorm van atavisme, een terugval naar een 'primitieve' fase in de evolutie van de mensheid. Mede doordat de empirische bewijsvoering door middel van antropometrisch onderzoek te wensen overliet, ontstond naast de Italiaanse crimineel-antropologische school in Frankrijk onder leiding van de psychiater A. Lacassagne een tegenstroming in de nieuwe wetenschap van de criminologie, die nadruk legde op de invloed van de fysieke en sociale omgeving op misdadig gedrag. Op verschillende internationale crimineel-antropologische congressen – in Rome (1885), Parijs (1889), Brussel (1892), Genève (1896), Amsterdam (1901), Turijn (1911) en Keulen (1911) – vonden confrontaties tussen de twee scholen plaats, waarbij de tegenstellingen geleidelijk verwaterden. Mede onder invloed van de degeneratietheorie met haar nadruk op de overerfelijkheid van verworven eigenschappen konden de biologische en de milieubenadering in verschillende gradaties met elkaar worden gecombineerd. Bovendien waren de gemeenschappelijke uitgangspunten van de twee richtingen even belangrijk als de geschillen. Ten eerste betwistten beide het uitgangspunt van het klassieke strafrecht, het bestaan van de vrije wil en de individuele verantwoordelijkheid: de moderne wetenschap zou aantonen dat menselijk gedrag (biologisch dan wel sociaal) gedetermineerd was. Ten tweede baseerden beide zich op een medisch diagnose-therapiemodel: misdaad was niet louter een ethisch-juridische kwestie, maar veeleer een pathologisch verschijnsel, waarvoor op basis van (natuur)wetenschappelijke kennis een remedie zou zijn te vinden. Misdaadbestrijding zou niet alleen tot de competentie van juristen behoren, ook voor biologen, artsen, psychologen en sociologen was een rol op dit terrein weggelegd.[599]

Niet lang na het ontstaan van de criminele antropologie kwamen er ook in de rechtswetenschap nieuwe denkbeelden op omtrent de bestrijding van misdaad. De aanzet daartoe kwam van de Oostenrijkse jurist F. von Liszt, die in 1883 zijn oratie als hoogleraar aan de Universiteit van Marburg hield. Daarin betoogde hij dat niet vergelding, maar bescherming van de maatschappij het hoofddoel van het strafrecht diende te zijn en pleitte hij voor nauwgezette afstemming van de strafmaatregelen op de aard van de misdadiger. Gelegenheidsdelinquenten moesten met tijdelijke vrijheidsstraffen worden afgeschrikt, voor verbeterlijke misdadigers beval hij heropvoeding aan en voor de recidiverende en onverbeterlijke criminelen was langdurige isolatie de enige oplossing. Terwijl in het klassieke strafrecht de vergelding van gepleegde misdaden voorop stond, gaf de zogenaamde 'Nieuwe Richting' voorrang aan het streven naar preventie van crimineel

599 Van Weringh 1986; Becker en Wetzell 2006; Mucchielli 2006; Kaluszynski 2006.

gedrag. Door de aandacht te richten op de persoonlijkheidskenmerken en motieven van verdachten zou het mogelijk zijn gevaarlijke en recidiverende misdadigers te identificeren en door middel van bijzondere maatregelen onschadelijk te maken. Samen met de Nederlandse jurist en liberale politicus G.A. van Hamel en de Belgische jurist A. Prins richtte Von Liszt zes jaar later de Internationale Kriminalistische Verein op om de Nieuwe Richting uit te dragen.

Naast de Utrechtse hoogleraar strafrecht D. Simons was Van Hamel in Nederland de belangrijkste pleitbezorger van de Nieuwe Richting. Zij stonden een strafrechtspolitiek voor die niet de individuele misdaad en schuld, maar bescherming van de maatschappij tegen criminaliteit vooropstelde. Om de misdaad terug te dringen moesten strafrechtelijke sancties en andere beveiligingsmaatregelen, zoals langdurige isolatie, worden afgestemd op de eigenschappen van diverse wetsovertreders en het gevaar dat zij voor de gemeenschap vormden. De Nieuwe Richting vond weerklank omdat het bestaande strafrecht niet had geleid tot minder criminaliteit en recidive. Bovendien kwamen er steeds meer bezwaren om psychisch gestoorden te bestraffen. Evenmin als de criminele antropologie was de Nieuwe Richting in het strafrecht in eerste instantie gericht op een grotere rechtsbescherming en humane bejegening van misdadigers. De beveiliging van de maatschappij stond voorop. Pas op de langere termijn zou de belangstelling voor het criminele individu vergezeld gepaard gaan met een milder strafklimaat.[600]

Medici grepen de Nieuwe Richting en de criminele antropologie aan om zich in te zetten voor psychiatrische inbreng in de strafrechtspleging en de behandeling van gestoorde delinquenten. Mede onder invloed van de groeiende psychiatrische aandacht voor insania moralis (morele waanzin) en psychopathie in de jaren 1880-1910 beoordeelden zij immoreel, afwijkend en lastig gedrag in toenemende mate als symptomen van geestesstoornissen.[601] Onder invloed van de criminele antropologie en het werk van Lombroso in het bijzonder ijverden behalve de arts Aletrino, vanaf 1899 privaatdocent in de criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam, met name Winkler en Jelgersma in het laatste decennium van de negentiende eeuw voor uitbreiding van de psychiatrische competentie in de rechtspraak, vooral als het om de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten ging. De ondergeschikte en marginale rol van psychiaters in de rechtspraak was hun een doorn in het oog. In wetenschappelijk opzicht zouden medici meer in huis hebben dan juristen: alleen psychiaters beschikten over een betrouwbaar diagnostisch instrumentarium om te bepalen welke verdachten geestelijk gestoord waren en daarom speciale behandeling verdienden. Zij wilden pathologische misdadigers niet van gevangenisstraf uitsluiten, maar daarnaast achtten zij verdere internering en behandeling in een speciaal gesticht

600 De Ridder 1987; Franke 1990, 484; Weijers 1996, 192; Dankers en Van der Linden 1996, 169-171; Mooij 1998, 81; Slijkhuis 2002; Kelk 2007, 79-81.

601 Draaisma 1995 en Slijkhuis 2002.

gewenst. Aangezien rechters niet in staat waren een medische diagnose in juridische termen te vertalen, kwam deze taak toe aan psychiaters, aldus Jelgersma. Verder pleitte Jelgersma voor psychiatrisch onderzoek bij alle verdachten, de aanstelling van psychiaters in gevangenissen en preventief geneeskundig ingrijpen: psychopaten die (nog) geen misdaad hadden gepleegd zouden aan een psychiatrische dwangbehandeling moeten worden onderworpen. Artsen moesten op basis van gelijkwaardigheid met juristen een belangrijke rol in de rechtspleging spelen.[602] Winkler stelde zich weliswaar terughoudender op, maar ook hij was van mening dat de beveiliging van de maatschappij tot het takenpakket van de psychiater behoorde. Zo stelde hij als hoogleraar in Amsterdam tijdens een staking bij het energiebedrijf zijn kliniek beschikbaar voor de politie om potentiële onruststokers onder medisch toezicht te stellen en zo voor de duur van de staking onschadelijk te maken.[603]

Weliswaar kregen maatschappelijke omstandigheden aandacht in Winklers en Jelgersma's beschouwingen over criminaliteit, maar de nadruk lag op de erfelijke aanleg: net als krankzinnigheid zou immoreel gedrag vaak wijzen op degeneratie. Zijn eerste ervaringen als arts direct na zijn studietijd, in de binnenstad van Utrecht, hadden Winkler naar eigen zeggen bewustgemaakt van het grote belang van erfelijkheid.

——— *Het was een verschrikkelijke buurt, vol armlastigen en verongelukten in het maatschappelijk leven. Men vond er de Botersteeg, de Stroosteeg, de Galekopsteeg en de Reet in de muur, bevolkt met prostituées, souteneurs, misdadigers en andere door de maatschappij uitgestootenen. Daar praktiseerde ik als 'dokter Kees' ongeveer een half jaar lang. Vele ongelukkigen, die ik er behandelde, stamden volstrekt niet uit de lagere klassen der maatschappij, integendeel, verloopen telgen uit adellijke geslachten, zoons of dochters uit intellectueele kringen waren daar terechtgekomen. Voor het eerst ging toen mijn oog open voor de stelling, dat niet zoozeer het milieu, waaruit zij komen, maar allereerst de persoonlijke factor een rol speelt bij hun vorming. Toen begreep ik eerst de beteekenis van Lombroso's boek 'L'uomo delinquente'. Maar naast deze ongelukkigen heb ik in hun omgeving ook vele personen ontmoet, die ik zeer hoog heb geacht. Zij waren voor mij het bewijs, dat het er niet op aankomt of men in een eendenkooi geboren is, als men maar uit een zwanenei is gekropen.*[604]

Ook geloofden Winkler en Jelgersma dat geboren misdadigers zich door bijzondere anatomische kenmerken onderscheidden. Daadwerkelijk onderzoek op dit gebied was vrij schaars. In de jaren 1894-1896 verrichtte Winkler met toestemming van de Minister van Justitie uitgebreide schedelmetingen bij vijftig voor moord veroordeelden in de gevangenis van Leeuwarden. De resultaten werden vergeleken met de bevindingen van twee andere artsen die soortgelijk onderzoek

602 Draaisma 1995; Slijkhuis 2002; Slijkhuis 2005, hoofdstuk 4.

603 De Waardt 2005, 82.

604 Winkler-Junius 1947, 31.

hadden uitgevoerd bij recruten en krankzinnigen. Hoewel de vergelijking slechts geringe verschillen opleverde tussen enerzijds de misdadigers en krankzinnigen en anderzijds de normale doorsnede van de bevolking, bevestigde dit onderzoek volgens Winkler de juistheid van Lombroso's ideeën. Hij vond dat gestoorde delinquenten niet in de gevangenis maar onder behandeling van een arts moesten komen. Als er maar voldoende objectief onderzoek plaatsvond, was de juiste diagnose te stellen en een passende behandeling toe te passen.[605]

Ook Jelgersma kon zich in de lombrosiaanse benadering vinden, met de kanttekening dat een misdadige aanleg eerst ontstond nadat verschillende opeenvolgende generaties slechte eigenschappen hadden doorgegeven en dat gelijksoortige kenmerken ook voorkwamen bij alcoholisten, epileptici en hysterici. Bovendien achtte hij ook aandacht voor slechte milieu-invloeden nodig. Een inferieure aanleg was weliswaar een belangrijke voorwaarde voor een misdadige inslag, maar vaak bepaalden invloeden uit de omgeving of de neiging zich al dan niet in daden uitte. Op het derde crimineel-antropologisch congres in Brussel, dat hij samen met Winkler en Van Hamel bezocht, pleitte Jelgersma net als Van Hamel voor een toenadering tussen de Italiaanse en Franse school.[606]

Naast de lombrosiaanse en Franse criminele antropologie kwam in Nederland een meer psychologische en een sociologische benadering van misdaad tot ontwikkeling, waarvoor respectievelijk de filosoof en experimenteel-psycholoog Heymans samen met de psychiater Wiersma, verbonden aan de Groningse universiteit, en de jurist W.A. Bonger de grondslag legden.[607] Rond de eeuwwisseling ontwikkelden Heymans en Wiersma op basis van biografisch onderzoek en de zogenaamde temperamentenleer een classificatiesysteem van karaktertypen, die schematisch werden weergegeven in de zogenaamde kubus van Heymans. Hun bevindingen en die van hun promovendi omtrent 'de psychologie van den misdadiger' waren genuanceerder dan die van de criminele antropologie.[608] Niet alleen bepleitten zij, voor zover het om de causale verklaring van misdaad ging, een middenweg tussen erfelijke aanleg en omgeving, ook ontkenden zij dat misdadigers een duidelijk identificeerbare groep op basis van gemeenschappelijke karaktereigenschappen vormden: misdaden zouden op uiteenlopende temperamenten zijn terug te voeren. Wel meenden Heymans en Wiersma dat er een verband bestond tussen misdadige neigingen en een gebrekkig vermogen om emoties, impulsen en driften te beheersen en te kanaliseren. De psychologische nuanceringen van de Groningse School ten spijt, pleitte een vertegenwoordiger ervan, W.A. Pannenborg, voor een doeltreffende 'criminele politiek' gericht op het onschadelijk maken van criminelen en de belemmering van hun voortplanting door middel van huwelijksverbod, isolering, castratie of sterilisatie.[609]

605 Draaisma 1995; Winkler-Junius 1947, 82-83.
606 Carp 1942, 35-36; Franke 1990, 456-457; Winkler-Junius 1947, 75.
607 Van Weringh 1986, 43-72; Franke 1990, 577-579; vergelijk De Roos 1914.
608 De biografische methode werd toegepast in promotieonderzoek door Van Dijck 1905; Pannenborg 1912; De Graaf 1914. Over het onderzoek van de 'Groningse School' zie Nagel 1966.
609 Noordman 1989, 69-71.

De meer sociologische benadering van misdaad kreeg in Nederland een uitgesproken pleitbezorger in de figuur van Bonger, die internationale bekendheid verwierf met zijn proefschrift *Criminalité et conditions économiques* (1905) en in 1922 hoogleraar criminologie en sociologie aan de Universiteit van Amsterdam werd. Waar de criminele antropologie en de temperamentenleer de oorzaken van crimineel gedrag in de lichamelijke en psychische kenmerken van het individu zochten, wees Bonger op de samenleving, in het bijzonder de sociaal-economische kenmerken van het kapitalisme. In de gerechtelijke psychiatrie had Bongers benadering evenwel weinig invloed. In psychiatrische rapporten stonden de fysieke en geestelijke eigenschappen van verdachten centraal en kregen de maatschappelijke omstandigheden vrijwel geen aandacht.[610]

In het laatste decennium van de negentiende eeuw wonnen de Nieuwe Richting en de criminele antropologie aan invloed in de rechtspraak. Het aantal ontoerekeningsvatbaar verklaarde en van strafvervolging ontslagen misdadigers dat in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik belandde, steeg van zestien in de jaren 1885-1890 naar 130 tussen 1900-1905. Het merendeel behoorde tot de arbeidersklasse en was veroordeeld wegens diefstal, brandstichting, geweldpleging en ontucht met minderjarigen.[611] De Krankzinnigenwet schreef voor dat bepaalde groepen krankzinnigen die ten laste kwamen van het rijk – militairen, mensen zonder vaste woonplaats, gedetineerden en ontoerekenbaar verklaarde overtreders van de strafwet – in een rijksinrichting moesten worden opgenomen. Vooral de strafrechtelijke categorie, waarvoor een gesloten afdeling met hoge muren, cellen en militaire bewaking was ingericht, groeide snel vanaf het laatste decennium van de negentiende eeuw. Het gesticht van Medemblik was ingericht voor 480 patiënten, maar aan het begin van de jaren negentig telde het al meer dan vijfhonderd patiënten. Vooral de strafrechtelijke afdeling, die tussen 1884 en 1915 in totaal 823 gedetineerden en 654 ontoerekeningsvatbaar verklaarde delinquenten huisvestte, kampte al gauw met overbevolking. Het strenge regime en de frequente toepassing van dwangmaatregelen konden niet verhinderen dat er zich voortdurend ordeproblemen en ontvluchtingen voordeden. De opening in 1898 van het Rijksgesticht te Grave voor vrouwen, dat patiënten uit Medemblik overnam, verlichtte de capaciteitsproblemen enigszins.[612]

De psychiatrische bemoeienis met de strafrechtspleging was niet onomstreden en stuitte op hindernissen. Het nieuwe Nederlandse Wetboek van Strafrecht, dat in 1886 de Franse *Code Pénal* verving, ademde in grote lijnen de geest van de Klassieke School en niet die van de Nieuwe Richting. Straf als vergelding van schuld bleef richtsnoer. Volgens de letter van de wet kon alleen de wetsovertreder die wegens een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens' volkomen ontoerekeningsvatbaar was verklaard, worden ontsla-

610 Pouw 1985, 12.
611 Pouw 1985, 13, 15, 21-23; Franke 1990, 437.
612 Pouw 1985, 3-4; Franke 1990, 436-437; Koenraadt 1995, 113; Weijers 2003, 8.

gen van rechtsvervolging.[613] Met de bevoegdheid om dergelijke delinquenten voor ten hoogste een jaar in een krankzinnigengesticht te plaatsen, kreeg de strafrechter een instrument in handen om hen tijdelijk uit de maatschappij te verwijderen.[614] Het was echter niet noodzakelijk dat een arts de geestelijke gestoordheid van een verdachte vaststelde. Rechters bepaalden of medische expertise nodig was en ook het oordeel over de toerekenbaarheid bleef aan hen voorbehouden. De aanhangers van klassieke strafrechtsprincipes onder hen betwijfelden de relevantie van de psychiatrische inbreng.

De pleitbezorgers van de Nieuwe Richting en de gerechtelijke psychiatrie brachten daartegen in dat het in de bestaande rechtspraktijk ontbrak aan concrete mogelijkheden om gestoorde recidivisten blijvend onschadelijk te maken en op die manier de criminaliteit substantieel terug te dringen. Ten eerste ging het strikte juridische onderscheid tussen toerekenbaar en ontoerekenbaar in de ogen van psychiaters voorbij aan de veel omvangrijkere categorie van de zogenaamde 'grensgevallen': wetsovertreders die weliswaar niet aan krankzinnigheid leden, maar wel behept waren met geestelijke stoornissen als insania moralis, waardoor het hen ontbrak aan besef van goed en kwaad. Tussen gezondheid en ziekte bestonden geen scherpe grenzen, zo schreef de Amsterdamse psychiater en privaatdocent in de gerechtelijke psychiatrie F.S. Meijers: 'Men kan den psychiater niet het recht ontzeggen tot oordeelen bevoegd te zijn op een ruimer gebied van geestelijke levensuitingen, dan uitsluitend en alleen op dat der geesteszieken.'[615] Deze min of meer verminderd toerekeningsvatbaar verklaarde delinquenten bleven doorgaans echter buiten het gezichtsveld van medici en kwamen na het uitzitten van een langere of kortere vrijheidsstraf weer in de maatschappij terecht, zonder dat zij een psychiatrische behandeling hadden ondergaan, waardoor de kans op recidive groot was. Het ging grotendeels om wetsovertreders die zich weliswaar schuldig maakten aan relatief lichte vergrijpen, maar die vanwege hun vermeende ongeregelde en asociale leefwijze wel voortdurend voor maatschappelijke overlast zouden zorgen: notoire alcoholisten, bedelaars, zakkenrollers, oplichters, souteneurs en dergelijke. De vraag of zij in de eerste plaats crimineel dan wel gestoord waren en op welke manier ze het beste konden worden aangepakt, riep veel discussie op in juridische en psychiatrische kringen. De groeiende aandacht voor de grensgevallen stimuleerde de ontwikkeling van de forensische psychiatrie.[616]

Ten tweede wezen medici en ook juristen die de Nieuwe Richting aanhingen op de beperkte mogelijkheden om het gevaar te bezweren dat gestoorde misdadigers

613 Weijers 2003, 8. Dezelfde formulering kwam in de tweede Krankzinnigenwet voor met betrekking tot de opname van ontoerekenbaar verklaarde delinquenten in een krankzinnigengesticht.

614 De strafrechter kreeg hiermee dezelfde bevoegdheid als de civiele rechter volgens de Krankzinnigenwet. Weijers en Koenraadt 2007, 11–12.

615 Meijers 1913, 11; vergelijk De Roos 1914.

616 Slijkhuis 2002; Weijers 2003, 10; Weijers en Koenraadt 2007, 12–16, 21–24.

De nieuwe versterkte afdeling van het Rijkskrankzinnigengesticht, Medemblik.

vormden. Weliswaar konden krankzinnige, geheel ontoerekeningsvatbaar verklaarde misdadigers onder dwang in een gesticht worden geplaatst, maar het was de vraag of deze maatregel een afdoende oplossing bood. Met uitzondering van de rijksinrichting in Medemblik waren krankzinnigengestichten niet berekend op dit soort patiënten. Bovendien kwamen zij vroeger of later weer op vrije voeten, waarbij er geen enkele garantie bestond dat zij van hun psychopathische geaardheid waren genezen. Mede om deze reden zouden veel rechters terughoudend zijn geweest met ontslag van rechtsvervolging wegens krankzinnigheid.[617] Vooral gestichtsartsen wezen erop dat de toch al overbevolkte gestichten als geneeskundige instellingen niet geschikt waren voor gedragsgestoorde en soms gewelddadige delinquenten: het ontbrak aan adequate beveiliging en therapie. Naar schatting 1 à 2 procent van de gestichtsbevolking zou bestaan uit lijders aan insania moralis en andere gevaarlijke en tot misdaad neigende patiënten. De meeste gestichtsartsen waren hen liever kwijt dan rijk omdat zij ordeproblemen veroorzaakten, een verderfelijke morele invloed op andere patiënten en het verplegend personeel zouden uitoefenen en voortdurend in de gaten en in bedwang moesten worden gehouden, waardoor de zorg voor rustige krankzinnigen in het gedrang dreigde te komen.[618]

Zowel artsen als vertegenwoordigers van de Nieuwe Richting drongen er rond de eeuwwisseling op aan om geestelijk gestoorde delinquenten, zowel krankzinnigen als grensgevallen, die een gevaar voor de samenleving vormden, onder dwang in een aparte inrichting te interneren. Het zogenaamde *prison-asile* dat zij voorstonden, een combinatie van gevangenis en gesticht, zou niet alleen de krankzinnigengestichten ontlasten, maar het ook mogelijk moeten maken om deze groep min of meer ontoerekeningsvatbare en recidiverende criminelen langer uit de maatschappij te verwijderen dan het juridische proportionaliteitsprincipe toeliet.[619]

Het pleidooi voor deze nieuwe instelling had nog een andere achtergrond. Mede als gevolg van de invoering vanaf omstreeks 1850 van het cellulaire gevangenisstelsel en de eenzame opsluiting, bedoeld om gedetineerden tot morele inkeer te brengen, deden zich in toenemende mate geestelijke problemen onder hen voor.[620] Deze traden steeds duidelijker aan het licht, aangezien na de invoering van de Krankzinnigenwet van 1884 geesteszieken in gevangenissen onder de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten vielen. De inspecteurs stuitten in gevangenissen, aldus H. Franke in zijn studie over de geschiedenis van het Nederlandse gevangeniswezen, op 'voedsel

617 Pouw 1985, 13.
618 De Ridder 1987, 340; 1991b, 45; Slijkhuis 2002, 323.
619 Slijkhuis 2002, 326–327.
620 Het Wetboek van Strafrecht van 1886 schreef voor dat delinquenten met een gevangenisstraf van vijf jaar of minder alleen in een cel werden opgesloten. Bij een veroordeling tot langer dan vijf jaar moesten gedetineerden de eerste vijf jaren van hun straf in eenzaamheid slijten.
621 Franke 1990, 419.

De tuin van de nieuwe versterkte afdeling van het Rijkskrankzinnigengesticht, Medemblik. De verplegers dragen blauwe uniformen.

weigerende, gillende, razende, huilende, versufte, hallucinerende en zwaar paranoïde mensen aan die celruiten kapot sloegen, zich met eigen uitwerpselen besmeurden, zichzelf verwondingen toebrachten of poogden zichzelf om het leven te brengen.'[621]

Hoewel artsen en gevangenisfunctionarissen het vóórkomen van geestesstoornissen onder gedetineerden niet rechtstreeks aan de eenzame opsluiting weten – deze zouden meestal al in aanleg aanwezig zijn geweest – konden zij er niet omheen dat vanuit de gevangenissen naar verhouding een veel groter aantal mensen in krankzinnigengestichten moesten worden opgenomen dan vanuit de vrije maatschappij. Rond 1870 ging het om zes keer zoveel en rond de eeuwwisseling om maar liefst dertig keer zoveel opnamen.[622] De Deventer gestichtsgeneesheer L.S. Meijer, die in 1899 twee artikelen over deze problematiek in *De Gids* publiceerde, beweerde dat de frequentie van geestesstoornissen in gevangenissen tien keer hoger lag dan in de samenleving; het ging om ten minste een op de twintig gedetineerden. Het viel volgens hem niet te ontkennen dat de individuele cellulaire opsluiting hier in hoge mate debet aan was.[623] Twaalf jaar later signaleerde J. Casparie, geneesheer van de in 1880 geopende Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch voor gedetineerden met geestelijke problemen, dat het aantal psychisch gestoorden dat in de gevangenis terechtkwam, als gevolg van de grotere invloed van de gerechtelijke psychiatrie afnam, maar dat nog altijd 15 tot 20 procent van de gedetineerden aan zwakzinnigheid of geestesziekte leed en eigenlijk niet in de gevangenis, maar in een gesticht thuishoorde.[624] In Groningen vroeg de arts S. van Mesdag, vanaf 1900 verbonden aan de Rijkswerkinrichting in Veenhuizen en de strafgevangenis van Groningen, aandacht voor de problematiek van gedetineerden met geestelijke stoornissen. Gevangenisbewaarders moest volgens hem enige psychiatrische kennis worden bijgebracht, waardoor zij leerden deze gevangenen op passende wijze te bejegenen.[625]

Sommige artsen pleitten voor meer psychiatrisch toezicht in gevangenissen en de inrichting van psychiatrische gevangenisafdelingen voor observatie en diagnose, aangezien rechters en gevangenisdirecteuren, -bewaarders en -dokters niet deskundig waren op dit terrein en te vaak ten onrechte veronderstelden dat gedetineerden geestesziekte simuleerden.[626] Aan het begin van de twintigste eeuw kwam er in de psychiatrische wereld steeds meer erkenning voor de mogelijkheid van een causale relatie tussen eenzame opsluiting en bepaalde wanen of hallucinaties, de zogenaamde 'gevangenispsychose'. Kamerleden stelden vragen over het verband tussen de cellulaire detentie en het voorkomen van krankzinnigheid onder gedetineerden.[627] Casparie, die een streng regime voorstond voor

622 Franke 1990, 409, vergelijk 337, 379.
623 Meijer 1899a, 393-396, 404; Meijer 1899b, 458-459.
624 Casparie 1911, 18.
625 http://www.mesdagkliniek.nl, geraadpleegd op 6 maart 2006. Met dank aan Ruud Abma.
626 Meijer 1899a, 1899b; Franke 1990, 411-414.
627 Franke 1990, 403-404, 416-418, 423-427, 449, 500.

'psychisch minderwaardigen' en 'psychopathen' en waarschuwde voor simulanten, erkende anderzijds dat de cellulaire opsluiting tot 'gevangenispsychose' en 'gevangenis(cel)psychopathieën' kon leiden, temeer doordat veel gevangenen toch al geestelijk labiel waren. 'Geen wonder dan ook dat die toestand van gedwongen eenzaamheid op den duur dieper storend zal moeten inwerken op den menschelijken geest.'[628] Dit inzicht was mede op eigen ervaring gebaseerd: Casparie had zich enkele malen in volkomen afzondering laten opsluiten. Veel gevangenen met geestesstoornissen werden herhaaldelijk heen en weer getransporteerd tussen het huis van bewaring of de strafgevangenis, de Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch en het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik.

De discussie rond de eeuwwisseling over de mogelijke oprichting van een *prison-asile* vond plaats tegen de achtergrond van de problemen die zich voordeden in het toen nog diffuse grensgebied tussen strafrecht en psychiatrie, dat niet alleen werd bevolkt door een toenemend aantal ontoerekenbaar verklaarde verdachten, maar ook door gedetineerden met psychische stoornissen en gevaarlijke krankzinnigen.[629] Zowel de inspecteurs van het Staatstoezicht en de NVPN, als een tweetal commissies van juristen en artsen, de ene in 1893 door de NMG en de andere in 1902 door de regering ingesteld, spraken zich uit voor speciale maatregelen en inrichtingen of gestichtsafdelingen voor deze groepen, mede omdat Medemblik overbevolkt was en niet aan de vereisten van een *prison-asile* zou voldoen. Ook werd vanuit de NVPN gepleit voor speciale 'observatiestations' voor verdachten van wie het vermoeden bestond dat zij geestelijk gestoord waren, en voor een uitbreiding van 'streng psychiatrisch toezicht' in gevangenissen en speciale instellingen waarin grensgevallen thuis zouden horen: rijkswerkinrichtingen, rijksopvoedingsgestichten, tuchtscholen en gestichten voor epileptici en drankzuchtigen.[630] Een nieuw *prison-asile* en de observatiestations kwamen er vooralsnog niet. Wel onderging het gesticht van Medemblik rond 1910 een verbouwing tot een exclusief gerechtelijk krankzinnigengesticht met tweehonderd plaatsen en werden er maatregelen ingevoerd om vluchten tegen te gaan, waardoor het in feite ging functioneren als *prison-asile*.[631] In 1918 werd deze instelling vervangen door een nieuw Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel bij Eindhoven. Zes jaar daarvoor was de functie van de Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch overgenomen door een nieuwe, beter geoutilleerde strafinrichting in Scheveningen, mede om tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan gerechtelijk-psychiatrisch onderzoek bij verdachten. In andere strafgevangenissen werden artsen met kennis van de psychiatrie aangesteld.[632]

Niet alleen onder juristen, maar ook onder artsen bestonden uiteenlopende opvattingen over de verhouding tussen rechtspraak en psychiatrie. De gerechte-

628 Casparie 1911, 4, 17, 21.
629 Franke 1990, 302-303, 437; vergelijk Slijkhuis 2002, 324-327.
630 Jelgersma et al. 1905, 498-499; Jelgersma et al. 1902; Koenraadt 1995, 114-117;
631 Pouw 1985, 4.
632 Weijers 2002, 14.

lijke psychiatrie kwam niet voort uit een eensgezinde medische expansiedrang.[633] Het initiatief was deels ook van vernieuwingsgezinde juristen uitgegaan: een verandering in het rechtsdenken, te weten de groeiende invloed van de Nieuwe Richting tegenover het klassieke strafrecht, vormde een belangrijke stimulans voor sommige gestichtsartsen en psychiaters om zich als gerechtelijk deskundige te profileren. Voor een deel schoof de rechterlijke macht een adviesrol toe aan de psychiatrie: rechters die weifelden als ze over geestelijk gestoorde verdachten of getuigen moesten oordelen, neigden ertoe hun oordeel af te stemmen op een psychiatrische diagnose.[634] Aan de ene kant grepen psychiaters deze uitdaging aan en maakten zij aanspraak op een rol in de rechtspraak als de toerekeningsvatbaarheid van verdachten of de geestesgesteldheid van getuigen in het geding was. Tegelijkertijd wilden ze gestoorde delinquenten liever niet in hun gestichten vanwege de overlast die ze veroorzaakten en omdat ze een smet op hun geneeskundige blazoen vormden. Mede daarom waren artsen niet altijd even eenduidig over de aanpak van de grensgevallen. Voor het gerecht neigden zij tot een medische diagnose, maar zodra deze delinquenten in een krankzinnigengesticht terechtkwamen, kreeg de gedachte de overhand dat zij daarin eigenlijk niet thuishoorden.[635]

Tegenover de pretenties van Winkler, Jelgersma en anderen die de rechtspraak als een veelbelovende uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein beschouwden, wezen sommige collega's, onder wie Van Deventer en Heilbronner, op de problemen en dilemma's die de gerechtelijke rol met zich meebracht en bepleitten zij enige terughoudendheid.[636] Het gevaar was niet denkbeeldig dat het toch al geringe maatschappelijke aanzien van psychiaters aangetast raakte. De publieke beroering die ontstond naar aanleiding van geruchtmakende incidenten als de Papendrechtse rechtszaken en het geval Frans Rosier deden hun maatschappelijke reputatie geen goed.[637]

De 'Papendrechtse strafzaak', die wel is vergeleken met de Franse Dreyfussaffaire tien jaar daarvoor, speelde zich af in de jaren 1907–1910. Naar aanleiding van beschuldigingen in de pers van mishandeling van verdachten door de politie in het Zuid-Hollandse dorp Papendrecht, spanden twee veldwachters een rechts-

633 Al in 1880 was Ramaer in conflict geraakt met andere leden van de NVP over de invulling van de gerechtelijke psychiatrie. Naar aanleiding van het Kamerdebat over het ontwerp voor een nieuw Wetboek van Strafrecht, stuurden vier vooraanstaande NVP-leden buiten Ramaer om een brief naar de Tweede Kamer waarin zij stelden dat wanneer een dader op het moment van het begaan van een misdaad krankzinnig was, deze ontoerekenbaar verklaard moest worden en behandeling in plaats van straf verdiende. Ramaer was van mening dat een dergelijke maatregel alleen gerechtvaardigd was als een arts een direct verband tussen het strafbare feit en de krankzinnigheid van de dader kon aantonen. Ramaer voelde zich gepasseerd en zegde het lidmaatschap van de NVP op. In 1882 werd het conflict bijgelegd en werd hij weer lid. Slijkhuis 2005, hoofdstuk 1; vergelijk Slijkhuis 2002; Weijers 2003, 10–13.

634 Pouw 1985, 10–11; De Ridder 1991b.

635 Slijkhuis 2002.

636 Slijkhuis 2002, 324–327; Weijers 2003, 13; Weijers en Koenraadt 2007, 20–21.

637 De informatie hierover is ontleend aan Slijkhuis 2005. Zie ook Franke 1990, 436.

zaak tegen de auteur aan wegens smaad, waarop deze werd veroordeeld tot twee maanden gevangenisstraf. De veroordeelde ging vervolgens in hoger beroep, waarop een aantal rechtszaken volgde. Deze kregen landelijke aandacht, aangezien meer klachten over het optreden van de Papendrechtse politie naar buiten kwamen, de Minister van Justitie op verzoek van de Tweede Kamer een onderzoek instelde en het Gerechtshof in Arnhem maar liefst 73 getuigen hoorde. De rechter-commissaris van dat hof vroeg Jelgersma, Van Deventer, op dat moment inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, en Van Erp Taalman Kip, geneesheer-directeur van het Sanatorium voor Zenuwlijders te Arnhem, een psychiatrisch onderzoek uit te voeren naar de betrouwbaarheid van de getuigen. De psychiaters stelden in hun rapport dat belangrijke getuigen die de beschuldigingen van mishandeling uitten of ondersteunden, niet betrouwbaar waren: de een zou lijden aan 'querulantenwaanzin', de ander aan 'imbecillitas' en weer een ander was zenuwlijder of behept met een afwijkende, moreel onbetrouwbare persoonlijkheid. Vooral de lijder aan 'querulantenwaanzin' zou de Papendrechtse bevolking tegen het gezag hebben opgehitst. Het nogal eenzijdige psychiatrische rapport – de getuigen die de mishandelingen door de politie ontkenden, werden niet onderzocht – zorgde voor veel ophef. De advocaat van de beklaagde – J.A. van Hamel, de zoon van de belangrijkste Nederlandse vertegenwoordiger van de Nieuwe Richting Van Hamel – lanceerde een felle aanval op de rol die de psychiatrie in deze rechtszaak speelde: geloofwaardige klachten vanuit de bevolking over het politieoptreden werden afgedaan als uitingen van psychische gestoordheid en het gezag bleef buiten schot. De beschuldigde werd uiteindelijk van rechtsvervolging ontslagen, maar onder psychiaters, juristen en politici hield de affaire de gemoederen nog geruime tijd bezig.

De inbreker Frans Rosier, ook wel 'Haarlemse Frans' genoemd, kreeg rond de eeuwwisseling met zijn gewelddadige vergrijpen en spectaculaire ontsnappingen uit de gevangenis of het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik publieke bekendheid. Gevangenisdirecteuren en gestichtsgeneesheren zaten met dit grensgeval in de maag: Rosier was of leek te gestoord voor de gevangenis – de vraag was in hoeverre hij krankzinnigheid simuleerde – en te (vlucht)gevaarlijk voor het gesticht. Meermaals werd hij van de ene naar de andere instelling overgeplaatst. Jelgersma onderzocht Rosier in de gevangenis van Rotterdam en deze was in 1907 onderwerp van een van de eerste bijeenkomsten van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. De aanwezige juristen en artsen waren het wel met Jelgersma eens dat de man krankzinnig was, maar op de vraag waar hij thuishoorde bleven ze het antwoord schuldig. Het was duidelijk dat psychiaters geen moeite hadden om criminelen als krankzinnig te diagnosticeren, maar ook dat gestichtsgeneesheren figuren als Rosier liever niet opnamen, ook al vonden zij opsluiting in een gevangenis geen passende oplossing.

Verder gaf de gerechtelijke psychiatrie aanleiding tot moeilijk in te lossen verwachtingen omtrent de therapeutische mogelijkheden.[638] Het was niet duidelijk

638 De Ridder 1987, 339.

of gestoorde criminelen behandelbaar waren. Volgens de lombrosiaanse criminele antropologie en de degeneratietheorie bestond er weinig kans op genezing. Qua behandeling had de psychiatrie in feite weinig te bieden en bood zij geen echt alternatief voor gevangenisstraf: opname in een krankzinnigengesticht of *prison-asile* was in feite niets meer of minder dan een vorm van detentie, ook al werd die met medische in plaats van strafrechtelijke argumenten gelegitimeerd. De vraag deed zich echter voor of een dergelijke dwanginternering vanuit medisch perspectief wel was te rechtvaardigen. Vormde de last die gestoorde delinquenten opleverden voor de samenleving een legitieme reden om ze onder een psychiatrisch regime te plaatsen? Het streven naar beveiliging van de maatschappij was in wezen een juridische en politieke aangelegenheid en strookte niet per definitie met de medische opdracht om te waken over de belangen van zieke individuen. In dit verband rees de vraag of de 'criminele politiek' die de aanhangers van de Nieuwe Richting en de criminele antropologie voorstonden zich wel liet verenigen met de medische ethiek. Artsen die plaatsnamen in de getuigenbank kregen niet alleen de vraag voorgelegd of en in welke mate verdachten geestelijk gestoord en op grond daarvan ontoerekeningsvatbaar waren, maar soms werd ook van hen een oordeel verwacht over de gevaarlijkheid van delinquenten en eventueel te nemen maatregelen. Als zij daar op ingingen dan begaven ze zich op glad ijs, zo luidde de kritiek binnen en buiten de medische wereld; zij zouden zich maar al te gauw laten verlokken tot uitspraken die tot de competentie van de rechter behoorden en hun medische bevoegdheid te buiten gingen. Artsen zouden zich ervoor moeten hoeden hun medische diagnose te vertalen in een pasklaar juridisch oordeel. Geestelijke gestoordheid en ontoerekeningsvatbaarheid lieten zich niet eenduidig, laat staan wetenschappelijk gefundeerd, tot elkaar herleiden, vooral als een verdachte niet volkomen krankzinnig was: de grensgevallen en de kwalificatie verminderd toerekeningsvatbaar gaven steeds weer aanleiding tot twijfel en onenigheid. De psychiatrische rapportages vertoonden in dat opzicht dan ook een grote diversiteit.[639]

Ondanks deze bedenkingen en de onderlinge meningsverschillen over de reikwijdte van hun competentie op juridisch gebied, vonden de meeste psychiaters rond de eeuwwisseling wel dat zij een taak hadden op het gebied van de misdaadbestrijding.[640] Het uitgangspunt dat misdadig, antisociaal en immoreel gedrag in de persoonlijkheid van daders geworteld was en als symptoom van geestelijke gestoordheid viel te diagnosticeren, bleef overeind en won aan betekenis. Hoewel de verdeeldheid tussen aanhangers van de Klassieke en de Nieuwe Richting de ontwikkeling van de gerechtelijke psychiatrie remde en deze omstreden bleef, waren er in de eerste decennia van de twintigste eeuw tekenen dat het strafrechtsklimaat veranderde en de psychiatrische bemoeienis met misdadigers meer erkenning kreeg. De oprichting van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap

639 Pouw 1985, 10–11; Weijers 2003, 11–12.

640 Pouw 1985, 10–11; De Ridder 1991b; Weijers 2003, 12.

in 1907 door de juristen Van Hamel en Simons en de psychiaters Winkler en Heilbronner als forum voor discussie tussen en onder psychiaters en juristen was een teken dat het onderlinge wantrouwen en onbegrip taande. Twee jaar eerder was met de invoering van de Kinderwetten (aangenomen in 1901) een belangrijke aanzet gegeven tot een gedifferentieerde benadering in de strafrechtspraak waarin rekening werd gehouden met de achterliggende oorzaken van crimineel gedrag: de persoonlijke eigenschappen en het leefmilieu van jeugdige wetsovertreders. De strafrechtelijke bepalingen in de Kinderwetten bevatten voorschriften omtrent de speciale behandeling van hen, waardoor het accent verschoof van bestraffing naar preventie door middel van ontzetting uit de ouderlijke macht en heropvoeding in tuchtscholen, opvoedingsgestichten en voogdijgezinnen.[641]

In 1915 werd voor volwassen wetsovertreders de voorwaardelijke veroordeling ingevoerd en de al sinds 1886 bestaande mogelijkheid om gedetineerden voorwaardelijk in vrijheid te stellen verruimd. Naast de algemene voorwaarde dat de veroordeelde of ex-gedetineerde tijdens de proefperiode van ten hoogste drie jaar zich niet schuldig mocht maken aan een nieuw delict, kon de rechter diverse bijzondere voorwaarden opleggen, zoals een kroegverbod, alcoholonthouding, een verhuisplicht of een verbod op omgang met bepaalde personen. De redenering achter de voorwaardelijke veroordeling en invrijheidstelling luidde dat sommige delinquenten voor verbetering vatbaar waren en dat de dreiging met gevangenisstraf tezamen met het nodige toezicht in de vrije maatschappij een effectiever middel was om gedragsverandering te bewerkstelligen dan daadwerkelijke opsluiting. De grotendeels particulier georganiseerde, maar door de overheid gesubsidieerde reclasseringsorganisaties, kregen tot taak om hen te resocialiseren door hun zelfbeheersing en zelfredzaamheid te bevorderen.[642] De nieuwe strafrechtelijke maatregel werd al spoedig frequent toegepast: tussen 1916 en 1921 ging het jaarlijks om gemiddeld 2300 veroordeelden.[643]

Deze nieuwe strafrechtspraktijken konden op instemming van psychiaters rekenen omdat zij een gedifferentieerde beoordeling van wetsovertreders mogelijk maakten, waarbij rekening werd gehouden met hun persoonlijkheid.[644] Deze pogingen om de verbeterbaar geachte wetsovertreders in de maatschappij te integreren gingen vergezeld van voorstellen om de maatschappij effectiever tegen de vermeende harde kern van doorgaans in meer of mindere mate gestoorde en frequent recidiverende misdadigers, de zogenaamde psychopaten, te beschermen. In 1911 en 1915 diende de Minister van Justitie wetsontwerpen in om speciale maatregelen tegen deze groep van grensgevallen mogelijk te maken. Ook deze voorstellen kregen instemming onder psychiaters en voor de NVPN waren ze aanleiding om erop aan te dringen dat psychiatrisch onderzoek een vaste plaats kreeg in de rechtspraak voor bepaalde categorieën misdadigers die vaak geeste-

641 Nijnatten 1986, 30-31; Franke 1990, 502-503.
642 Franke 1990, 576; Van der Stel 1995, 219-224.
643 Franke 1990, 530.
644 Meijers 1913, 32; vergelijk De Roos 1914, 31.

lijke stoornissen zouden vertonen, zoals moordenaars, brandstichters, oplichters, zedendelinquenten en vrouwen die strafbare feiten pleegden tijdens hun menstruatieperiode of zwangerschap.[645] In de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* pleitten drie zenuwartsen in 1915 voor een algemene psychopatenwet die niet alleen betrekking zou moeten hebben op criminele, maar ook op niet-misdadige psychopaten. Beide groepen bestonden immers uit 'ethisch gedegeneerden' en 'anti-sociale zwakzinnigen', die met een samenhangend geheel van 'medische-paedagogische' en 'preventieve' maatregelen tegemoet moesten worden getreden.[646] In dit pleidooi kwamen de oogmerken van de gerechtelijke psychiatrie en het hygiënisme samen.

Nabeschouwing

In 1921 keek L. Bouman, voorzitter van de NVPN en hoogleraar aan de Vrije Universiteit, ter gelegenheid van het vijftigjarig jubileum van de vereniging terug op vijftig jaar psychiatrie in Nederland. Bouman zette de feestelijke stemming kracht bij met een positief getoonzet betoog. Er was veel bereikt, zo stelde hij, en dat was in het bijzonder aan de NVPN te danken. De gestichten waren sterk verbeterd, de zeggenschap van de gestichtsartsen was versterkt en de kwaliteit van het verplegend personeel was vooral dankzij de opleiding van de vereniging aanmerkelijk omhoog gegaan. 'We mogen nu wel erkennen, dat we in deze 50 jaar groote vorderingen hebben gemaakt en waar men toen zoo telkens op terugkwam, of men wel op gelijke hoogte stond als het buitenland, kan men nu gerust zeggen, dat onze moderne gestichten zeker met die in 't buitenland kunnen vergeleken worden.'[647] Verder had de psychiatrie zich met succes op de universiteit gevestigd, waardoor de wetenschappelijke status van en het onderwijs in het vak was gegarandeerd, zeker toen het nieuwe Academisch Statuut (1921) de psychopathologie tot een verplicht onderdeel van de studie geneeskunde had verheven.

Vier jaar eerder had Cox, geneesheer-directeur van het Utrechtse krankzinnigengesticht, mede naar aanleiding van het 'Instituut Schuurmans Stekhoven', de in 1916 ingevoerde mogelijkheid om krankzinnigen zonder rechterlijke machtiging in een aangewezen afdeling op te nemen, de balans opgemaakt van de Nederlandse krankzinnigenzorg. Zijn oordeel was niet onverdeeld gunstig. Om te beginnen signaleerde hij in verband met de rechterlijke machtiging dat 'de hinderlijken der maatschappij', en daarmee bedoelde hij de misdadigers en de krankzinnigen, min of meer als vanouds uit de maatschappij werden verwijderd. 'Opsluiten is een gemakkelijk middel om van ze af te komen, een andere vorm van lichamelijke geweldpleging. Gecodificeerd is deze en dat stelt de oppervlakkigen

645 De Ridder en De Vries 1984.
646 Van Deventer, Sissingh en Postma 1915.
647 Bouman 1921, 308.

gerust: er is een wettelijke vorm!'[648] Twee jaar eerder had Cox in een voordracht voor de NVPN beweerd dat gestichtspatiënten in feite gevangenen waren. 'De toestand is bedroevend en ontzettend in die mate, dat ik niet gaarne een mijner geliefden aan een krankzinnigengesticht zou toevertrouwen, slechts door grooten nood gedwongen daartoe zou kunnen besluiten.' De gestichtsarts werd gedwongen om de rol van 'suppoost van een museum van krankzinnigen' te spelen.[649] Deze uitspraken logen er niet om.

Voorts stelde Cox vast dat de gestichtsgeneesheer niet zozeer als een vertrouweling, maar vooral als een aanklager van de patiënt optrad, altijd bereid om een verklaring af te geven dat deze nog 'abnormaal' of, anders gezegd, niet geschikt was om weer in vrijheid in de samenleving te verkeren. Zeer kwalijk vond Cox het dat voor gestichtsartsen niet, zoals voor de gewone medicus, de advocaat of de biechtvader, het verschoningsrecht en derhalve de geheimhoudingsplicht golden. Wilde een geneesheer echt iets voor zijn patiënten kunnen betekenen, en hen geestelijk kunnen steunen en genezen, dan zou hij moeten kunnen '*luisteren en belangrijk kunnen vinden, wat die ander denkt en voelt.*' Cox concludeerde dan ook dat

> ——— *de kazerneering der krankzinnigen geen ideaal-verpleging is, doch een doorgangsstadium in de geschiedenis der krankzinnigenbehandeling en niet mag beschouwd worden als een waardevolle verovering, als een beginsel dat voor nu en altijd kan gelden. Men moet er voorbij en het einddoel kan niet anders zijn dan behandeling van ieder, door een door hemzelf of zijn familiebetrekkingen gekozen medicus, in een doelmatig milieu, naar zijn aard en gaven.*[650]

Met deze verrassend modern klinkende uitspraak gaf Cox in zekere zin een voorproefje van wat ruim een halve eeuw later aan kritiek op de inrichtingspsychiatrie zou losbarsten.[651]

Daarmee was evenwel nog niet alles gezegd. Cox besloot zijn artikel met een beschouwing over de voor- en nadelen van het 'Instituut Schuurmans Stekhoven', de aangewezen afdeling die in 1916 in Huize Padua te Boekel en in 1917 in Brinkgreven te Deventer op initiatief van de inspecteur tot stand was gekomen.[652] Hoewel ook Cox de mogelijkheid toejuichte om krankzinnigen, dat wil zeggen 'psychotische en neuro-psychotische patiënten', zonder rechterlijke machtiging op te nemen, was hij er minder zeker van dat daarmee ook hun stigmatisering zou verdwijnen, zeker indien de open inrichtingen aan de krankzinnigengestichten verbonden bleven. Bovendien was Cox van oordeel dat lichtere psychoneurosen beter in kleine inrichtingen of in huiselijke omgeving waren te behandelen, tenzij het aantal geneeskundigen in de gestichten en de daaraan verbonden open afdelingen drastisch zou toenemen. Zo had Cox nog wel meer verbeteringsvoorstellen,

648 Cox 1917, 53.
649 Cox 1915, 469-470.
650 Cox 1917, 54, 59. De cursiveringen zijn van Cox.
651 Zie voor een (geschreven) portret van Cox: Abma en Weijers 2005, 56-62.
652 Na Huize Padua opende Maasoord te Poortugaal in 1917 als tweede een aangewezen afdeling, waarna Brinkgreven te Deventer in 1918 als derde volgde.

waaronder het verlenen van voldoende subsidies voor een behoorlijke verpleging van lijders aan neuropsychosen en psychosen. Meer geld voor de psychiatrische zorg achtte hij dringend nodig, onder meer om een verhouding van één geneeskundige op vijftig gestichtspatiënten mogelijk te maken.[653]

De nogal sombere woorden van Cox kunnen achteraf worden opgevat als een bewijs te meer dat de sensibiliteit voor problemen van dwang en vrijheid in de krankzinnigenzorg sedert de invoering van de tweede Krankzinnigenwet verder was toegenomen. De registratie van toegepaste mechanische dwangmiddelen, de alternatieven voor dwangtoepassing in de vorm van vasthouding en bed- en badverpleging, en nu ook het instituut van de aangewezen afdeling – het waren stuk voor stuk pogingen om een (verdere) humanisering van de krankzinnigenzorg tot stand te brengen. Voeg daarbij de al met al niet geringe uitbreiding en kwaliteitsverhoging van het corps van verplegenden en de door nieuwbouw verkregen verbetering van de huisvestingssituatie, dan wordt duidelijk dat de wereld van het gesticht er anno 1918 toch wel anders uitzag dan anno 1870.

Dat gold nog sterker voor de psychiatriebeoefening buiten de muren van het krankzinnigengesticht. In feite was daarvan in de jaren zeventig van de negentiende eeuw nog geen sprake. Psychiatrie bestond in de beginjaren van de NVP uit niet meer dan krankzinnigenzorg in gestichten. De uitbreiding van het psychiatrisch werkveld vond het eerst, deels in nauwe verbondenheid met de neurologie, plaats op het terrein van de diverse zenuwaandoeningen, waarvoor zowel intra- als extramurale voorzieningen kwamen. Tussen enerzijds de gestichten waartoe louter via een rechterlijke machtiging toegang werd verleend en anderzijds de sanatoria voor zenuwlijders en de psychiatrische universiteitsklinieken, waarvoor geen rechterlijke bemoeienis nodig was, bestond aanvankelijk een kloof, niet alleen in juridische, maar ook in sociale zin: de gestichtsbevolking was overwegend op armenzorg aangewezen, de sanatoriumpatiënten niet. De afstand tussen het krankzinnigenwezen en de zorg voor zenuwlijders werd echter allengs verkleind en in beginsel overbrugd. De psychiatrisch-neurologische zorg voor zenuwlijders zou er op den duur in belangrijke mate toe bijdragen dat het isolement van de krankzinnigenzorg, deels in de hand gewerkt door de voor opname vereiste rechterlijke machtiging, verminderde. De sanatoria voor zenuwlijders zijn achteraf gezien te beschouwen als opmaat tot het in 1915 gecreëerde en in 1916 gerealiseerde instituut van de aan een krankzinnigengesticht verbonden 'aangewezen afdeling' – ook wel open of sanatoriumafdeling genoemd – waar rustige krankzinnigen en (andere) zenuwlijders eveneens op vrijwillige basis en zonder rechterlijke machtiging konden worden opgenomen en verpleegd. De komst van de aangewezen afdeling betekende aanvankelijk vooral in juridisch opzicht een breuk met het verleden en het einde van de unieke positie die Nederland internationaal had ingenomen met betrekking tot de vereiste rechterlijke machtiging

653 Cox 1915, 481.

voor opname. Arme patiënten kregen daar vooralsnog slechts toegang indien hun gemeente bereid was te betalen. Pas toen de gemeenten na een wijziging van de Armenwet in 1929 de verplichting kregen opgelegd om opnamen in aangewezen afdelingen te bekostigen, kon ook in maatschappelijk opzicht een barrière worden geslecht en opname zonder rechterlijke machtiging in omvang toenemen.

De tweede uitbreiding van het psychiatrisch domein vond plaats op de universiteiten. Enkele decennia later dan in Duitsland en een tiental jaren na Frankrijk, maar veel eerder dan in Groot-Brittannië, kregen alle toen bestaande Nederlandse universiteiten in vrij korte tijd psychiatrisch-neurologische leerstoelen en klinieken voor onderwijs en onderzoek. De hoogleraren gingen al gauw de toon aangeven in de NVPN en bepaalden ook in hoge mate de discussies over de wijze waarop geestes- en zenuwziekte zou zijn te verklaren en te behandelen. Opvallend is dat zich daarin binnen twee decennia, tussen 1900 en 1920, een wending voltrok van een overwegend biomedische benadering naar een meer psychologiserende optiek. In tegenstelling tot de Duitse universitaire psychiatrie, die voor de Nederlandse academische psychiaters het grote voorbeeld vormde en die vasthield aan het natuurwetenschappelijke model, toonden zij een grote openheid voor psychologische en in het bijzonder psychoanalytische duidingen van geestes- en zenuwziekten.[654] Juist het gebrek aan concrete resultaten van het anatomische en fysiologische laboratoriumonderzoek voor de behandeling van geestesziekte in de klinische praktijk riep een reactie op in de vorm van een verzelfstandiging van het psychische element, zoals in de uit de Duitstalige landen geïmporteerde psychoanalyse en fenomenologische benadering. In deze stromingen ontstond systematische belangstelling voor de subjectieve 'binnenkant' van geestesstoornissen en werd de individuele beleving aangrijpingspunt voor nieuwe psychotherapeutische behandelingen. Behalve aan de chaotische gedragingen schonken psychiaters nu ook aandacht aan de inhoud van het verwarde denk- en gevoelsleven en daarmee kregen de uitingen van de patiënt een eigen betekenis. Deze vroegen om een individualiserend en inlevend gezichtspunt, in plaats van een generaliserende en objectiverende methode.

Opmerkelijk hierbij is de belangrijke rol die de gereformeerde hoogleraar L. Bouman en zijn leerlingen aan de Vrije Universiteit speelden: zij zouden met hun fenomenologische blik een grote invloed uitoefenen op de verdere ontwikkeling van de Nederlandse universitaire psychiatrie. Daarnaast was Jelgersma, een van de eerste hoogleraren psychiatrie in Europa die de psychoanalyse omhelsde, toonaangevend: vooral in Leiden kregen (aankomende) psychiaters de gelegenheid om zich in de psychoanalyse te verdiepen en te bekwamen. Overigens moet worden benadrukt dat de opmars van de inlevende, psychologiserende optiek niet ten koste ging van andere benaderingen. Met uitzondering van figuren als Winkler, die hardnekkig vasthield aan het biomedische model, waren Nederlandse

654 Vergelijk Roelcke 2005.

psychiaters geen scherpslijpers: zowel de universitaire psychiatrie als de psychiatriebeoefening in het algemeen kenmerkte zich in ons land vanaf het begin door een grote mate van pragmatisme en eclecticisme.

Het derde terrein waarop psychiatriebeoefenaren hun vleugels uitsloegen was dat van misdaad en rechtspraak. Dit was een omstreden werkveld, waarop zij niet zonder slag of stoot enige invloed en zeggenschap verwierven. De tegenstellingen vielen niet simpelweg samen met die tussen twee beroepsgroepen, artsen en juristen, maar liepen in feite dwars door de twee professies heen. Van een eensgezind streven van psychiatriebeoefenaren om hun domein in deze richting uit te breiden was geen sprake, onder andere vanwege de verschillende opvattingen binnen de psychiatrische wereld over de vraag in hoeverre medische betrokkenheid bij strafrechtelijke oordeelsvorming en dwang gerechtvaardigd was. Mede door de groeiende invloed van de Nieuwe Richting in de rechtsgeleerdheid en -praktijk waren het voor een deel ook juristen die hen hier binnenhaalden. Ondanks het omstreden karakter van de gerechtelijke psychiatrie valt te constateren dat deze ten tijde van de Eerste Wereldoorlog onmiskenbaar terrein had gewonnen, zoals bleek uit de veranderende rechtspleging als gevolg van de Kinderwetten en de invoering van de voorwaardelijke veroordeling, alsook uit de wetsontwerpen die betrekking hadden op de aanpak van zogeheten psychopaten.

De gerechtelijke psychiatrie was bij uitstek het terrein waarop psychiatriebeoefenaren zich deden gelden als verdedigers van de gevestigde burgerlijke orde. Een nog bredere maatschappelijke rol ambieerden sommigen van hen door middel van het preventiestreven, het hygiënisme. In tegenstelling tot de meer etatistisch ingestelde psychiatrie in Frankrijk en Duitsland bleef het hier vooralsnog grotendeels bij theorie en retoriek, met uitzondering van de bemoeienis met alcoholverslaving, niet alleen in sanatoria, maar ook in consultatiebureaus.[655] Dit werkterrein was niet erg omvangrijk, maar om twee redenen, wederom achteraf gezien, toch belangrijk, vooral voor de verdere ontwikkeling van de extramurale psychiatrie. Ten eerste vormde het consultatiebureau een type voorziening dat later navolging kreeg om andere psychiatrische probleemgebieden in de samenleving te ontginnen. In dit verband merkte K.H. Bouman in 1913 op dat het belang van dergelijke instellingen vooral lag in 'hun directe voeling met de maatschappij, hun groot arbeidsveld en hun, in verhouding tot de sociale ellende, die zij trachten te bestrijden, betrekkelijk gering bedrijfskapitaal.'[656] Ten tweede was de werkwijze van de consultatiebureaus voor alcoholisme, waarbij de nadruk lag op de mogelijkheid om mensen door middel van moreel-opvoedkundige begeleiding te verbeteren, typerend voor de koers die zowel de krankzinnigenzorg – de psychiatrische verpleging kreeg immers ook in hoge mate pedagogische trekken – als de extramurale psychiatrie zou gaan varen. Hoewel de praktijk er vaak an-

655 Vergelijk Nye 1984; Dowbiggin 1991; Blasius 1994; Roelcke 1999; Schmiedebach en Priebe 2004.

656 Van der Stel 1995, 218.

ders zal hebben uitgezien dan de theorie, was een dergelijke benadering moeilijk te verenigen met dwang. We hebben gezien dat fysieke dwang in de krankzinnigenzorg in toenemende mate ter discussie kwam te staan en eveneens dat K.H. Bouman in het Amsterdamse consultatiebureau en sommige van zijn collega's in de NVPN expliciet afstand namen van dwangmaatregelen in de alcoholismebestrijding. Zij gaven de voorkeur aan pogingen om, weliswaar gebruikmakend van de nodige druk, de attitude van mensen zodanig te veranderen dat zij uit zichzelf op het goede pad zouden komen en blijven.

Ook als het om het biologisch determinisme ging, dat in de tweede helft van de negentiende eeuw in het kielzog van Darwins evolutieleer veld had gewonnen, stelden Nederlandse psychiatriebeoefenaren zich over het geheel genomen vrij gereserveerd op. Voor een groot deel hing deze terughoudendheid samen met de invloed van de confessionelen, die zich deels apart organiseerden op psychiatrisch gebied. De verzuiling in de psychiatrie heeft er sterk toe bijgedragen dat de psychologische en moreel-opvoedkundige oriëntatie zich in de Nederlandse psychiatriebeoefening wortelde.

Zowel wat dwanguitoefening als wat de psychologische en pedagogische invalshoek betreft vormden de Nederlandse ontwikkelingen een contrast met die in het voorbeeldland Duitsland, waar de ontplooiing van psychiatrische activiteiten in de samenleving in de eerste decennia van de twintigste eeuw juist gepaard ging met een toenemende dwang en drang, alsook omhelzing van de eugenetica.[657] Het argument waarmee Minister van Justitie Van Maanen ten tijde van de invoering van de eerste Krankzinnigenwet de voor gestichtsopname noodzakelijke rechterlijke machtiging erdoor drukte, namelijk de bescherming van burgerlijke vrijheden, bleef een belangrijke overweging om terughoudendheid te betrachten als het om dwang en drang ging. Voor de artsen speelde hierbij ook de medische ethiek een belangrijke rol. Voor confessionele artsen gold dat zij zich distantieerden van het biologisch determinisme en materialisme, omdat dit niet verenigbaar was met de plaats die de geest en de vrije wil in het christelijk mensbeeld innamen.

Het contrast tussen enerzijds Nederland en anderzijds met name Duitsland werd tijdens de Eerste Wereldoorlog alleen nog maar vergroot. In de Duitse krankzinnigengestichten verslechterden de levensomstandigheden van de patiënten zodanig dat velen honger leden en stierven. De Eerste Wereldoorlog beroerde de Nederlandse krankzinnigengestichten daarentegen nauwelijks. Wel moesten deze het wegens de mobilisatie met minder krankzinnigenverplegers stellen en werd de voedsel- en brandstofvoorziening bemoeilijkt, maar van een duidelijk stempel van de oorlog op het psychiatrisch bedrijf, zoals dat in de oorlogvoerende landen het geval was, ontbrak vooralsnog ieder teken.[658] Wat in Nederland ook

657 Weindling 1989; Schmiedebach en Priebe 2004; Roelcke 2005. Ook in de Verenigde Staten kreeg de eugenetica voet aan de grond in de psychiatrie. Zie Dowbiggin 1997.

658 Binneveld 1995, 2001; Shephard 2000.

ontbrak was de invloed van de militaire psychiatrie, die in andere landen, en weer met name in Duitsland, een sterk disciplinerend karakter vertoonde.[659]

Het zal duidelijk zijn dat de Nederlandse psychiatriebeoefenaren niet louter op eigen kracht hun vak tot ontplooiing brachten. Zij kregen de mogelijkheid daartoe mede dankzij bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. Vanaf de jaren zeventig van de negentiende eeuw kwam Nederland in de greep van verandering en vooruitgang. Het was tegen de achtergrond van de sociaal-politieke modernisering dat gestichtsgeneesheren uit het isolement van het krankzinnigengesticht begonnen te treden en hun beroepsdomein trachtten uit te breiden. Van groot belang was dat het land welvarender werd, waardoor er meer geld beschikbaar kwam voor psychiatrische zorg. Een tweede belangrijke factor was het toenemende sociale activisme vanuit particuliere, veelal confessionele kringen en de groeiende overheidsinterventie in de maatschappij. Daardoor werd de bouwgolf in het krankzinnigenwezen mogelijk en kwam ook een toenemend aantal andere psychiatrische instellingen tot stand, zoals sanatoria en universitaire klinieken. Deze nieuwe instellingen, die zich voor een deel in landelijke gebieden bevonden en waarvan enkele vanuit heel Nederland patiënten opnamen, konden mede door de verbeterde infrastructuur en het vermogen van de gemeenten om de kosten te dragen, rekenen op een voortdurende toestroom van patiënten. Ook was er, zeker na de totstandkoming van een verpleegopleiding, sprake van een toenemende bereidheid van jongeren om in de krankzinnigenzorg te werken. De vrees voor de ontwrichtende gevolgen van de massasamenleving en het daarmee gepaard gaande cultuurpessimisme werden in Nederland overstemd door de verwachting dat mens en maatschappij waren te verbeteren door middel van volksverheffing en sociale ordening. De psychiatrie kon, grotendeels in verzuild verband, steunen op het toegenomen sociale bewustzijn en activisme. Ook kon zij profiteren van de groeiende overheidsbemoeienis met het maatschappelijke leven, waarmee de sociaal-liberalen een begin maakten en die door confessionelen gedomineerde regeringen voortzetten.

659 Lerner 2003; vergelijk Binneveld 1995; Leese 2002; Riedesser en Verderber 1985, 1996; Shephard 2000; Roudebush 2001; Hermans en Schmidt 1996.

[2]

Beloftes van het nieuwe (1918–1940)

Inleiding

Tijdens de Eerste Wereldoorlog vonden twee belangrijke vernieuwingen plaats in de krankzinnigenzorg. In 1916 werd gestichtsopname uitsluitend op basis van medische indicatie mogelijk. De introductie van de zogenaamde aangewezen afdeling en de psychiatrische inrichting waarin patiënten zonder rechterlijke machtiging konden worden opgenomen, droeg de belofte van een vernieuwing van de krankzinnigenzorg in zich. In hetzelfde jaar kwam in Amsterdam in de vorm van een gemeentelijk consultatiebureau voor geestes- en zenuwzieken de eerste publieke extramurale voorziening voor deze patiënten tot stand. Dit consultatiebureau vormde het startsein voor psychiatrische hulpverlening in de maatschappij die, anders dan doorgaans in de praktijken van vrijgevestigde psychiaters, ook voor onbemiddelde patiënten toegankelijk was. In het jaar daarop namen ook de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten met de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid een initiatief tot het versterken van de 'hulp in de vrije maatschappij'.[1] Daarmee waren de eerste aanzetten gegeven tot de ontwikkeling van de psychiatrische voor- en nazorg, later ook wel aangeduid als sociale psychiatrie. Dit nieuwe psychiatrische werkveld bracht ook een nieuwe benadering van geestesziekte met zich mee.

De twee hierboven genoemde vernieuwingen, hoe bescheiden de praktische uitwerking ervan aanvankelijk ook was, markeren het begin van een evolutie in de richting van een meer toegankelijke en sociale psychiatrie, een verandering die in de jaren twintig en dertig aan momentum zou winnen. In het interbellum waren er meer beloftes van het nieuwe. Nieuwe sociaal-pedagogische en somatische behandelingsvormen deden hun intrede in de gestichten en inrichtingen. Eind jaren twintig kwam bovendien een nieuw type gesticht tot stand: het psy-

1 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 77–78.

chopatenasiel voor geestelijk gestoorde misdadigers. Buiten de gestichten en inrichtingen kreeg naast de voor- en nazorg vanaf het midden van de jaren twintig nog een nieuw werkveld gestalte: dat van de geestelijke volksgezondheid of psychohygiëne. Voorts bracht voor zenuwartsen het jaar 1932 een belangrijke vernieuwing: medische specialismen kregen een formele status, een mijlpaal in hun professionaliseringsproces.

Wij beginnen dit deel met een overzicht van het psychiatrisch-neurologisch vak: de werkterreinen waarop zenuwartsen emplooi vonden, hun beroepsorganisaties, met name de NVPN, alsmede de wetenschapsbeoefening en het onderwijs aan de universiteiten (hoofdstuk 2.1). De hoofdstukken 2.2 en 2.3 zijn geheel gewijd aan de oudere krankzinnigengestichten, de nieuwere psychiatrische inrichtingen en enkele andere intramurale instellingen, aan de patiënten, verplegenden en artsen binnen de gestichts- en inrichtingsmuren en aan hun wederwaardigheden en werkzaamheden. In hoofdstuk 2.3 is een aparte paragraaf opgenomen over de vanaf het eind van de jaren twintig opgerichte gestichten voor geestesgestoorde delinquenten, de zogenaamde psychopatenasielen voor ter beschikking van de regering (TBR) gestelden. In deze paragraaf besteden wij ook aandacht aan ontwikkelingen in de forensische psychiatrie. In hoofdstuk 2.4 staan de psychiatrische voor- en nazorg centraal: de instellingen, de ideeën erachter en de uitvoerders van deze nieuwe tak van psychiatrie. Over de patiënten hierin kunnen wij niet heel veel melden. Het omvangrijke hoofdstuk 2.5 gaat over het moeilijk af te grenzen gebied van de geestelijke volksgezondheid of psychohygiëne, een werkterrein waarop de beloftes van het nieuwe zeer markant naar voren kwamen. Vervolgens komt in hoofdstuk 2.6 de verhouding tussen de gevestigde krankzinnigenzorg en de nieuwe werkvelden van de voor- en nazorg en de geestelijke volksgezondheid aan de orde. De spanningen die zich in de jaren dertig tussen deze sectoren voordeden zouden de organisatiestructuur van de Nederlandse psychiatrie en wat na de Tweede Wereldoorlog geestelijke gezondheidszorg ging heten voor een halve eeuw bepalen. Tot slot behandelen wij in hoofdstuk 2.7 de voornamelijk in particuliere praktijken beoefende psychotherapie en psychoanalyse.

2.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak

Het werkveld en de beroepsorganisaties

In het interbellum steeg het aantal psychiatrisch en neurologisch werkzame artsen van rond 220 naar ongeveer 390, waarmee zij zich in dezelfde mate als de gehele medische stand vermeerderden. Wat hun werkveld betreft nam het aandeel van de algemene ziekenhuizen en poliklinieken flink toe – van tegen de dertig tot bijna tachtig werkplekken, oftewel van 12 tot 20 procent van het totale aantal. Dat van de intramurale instellingen (voor krankzinnigen, zenuwpatiënten, zwak-

zinnigen, alcoholverslaafden en zogenaamde psychopaten) kromp van 62 naar 50 procent. De groei van het aantal inrichtingsartsen van bijna 140 naar tegen de tweehonderd bleef achter bij de uitdijing van de beroepsgroep als geheel. De aanwas van de vrijgevestigde sector (van ruim zeventig naar meer dan 130 werkplekken, doorgaans in deeltijd) en de universitaire psychiatrie (van ruim dertig naar ongeveer 55 functies) ging gelijk op met de uitbreiding van de gehele beroepsgroep. Hun aandeel daarin bedroeg zowel in 1920 als in 1940 respectievelijk 34 en 14 à 15 procent.[2]

De grootste aanwas kwam voor rekening van een nieuw arbeidsterrein buiten de muren van de gestichten, sanatoria en klinieken. Het ging hierbij in het bijzonder om extramurale voorzieningen op het gebied van de voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten en op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Aanvankelijk waren deze vooral gericht op kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden, maar later ook voor diverse categorieën volwassenen met psychosociale problemen. Het aantal van dergelijke extramurale functies breidde zich in absolute zin uit van drie in 1920 tot zestig in 1940 en relatief van 1 tot 15 procent. Net als bij de algemene ziekenhuizen, poliklinieken en particuliere praktijken ging het hierbij grotendeels om werkzaamheden in deeltijd die zenuwartsen combineerden met andere functies, terwijl artsen in inrichtingen meestal een volledige aanstelling hadden. Eigen praktijken combineerden zenuwartsen vaak met een aanstelling in een polikliniek of algemeen ziekenhuis. Deze beroepsinvulling won in het interbellum aan gewicht ten opzichte van de intramurale zorg. De omvang van de vrijgevestigde beroepsuitoefening en de fluctuaties daarin, bijvoorbeeld onder invloed van de economische conjunctuur, zijn ons niet bekend. Van de in extramurale instellingen werkzame psychiaters hield omstreeks 1940 ongeveer de helft er ook een eigen praktijk op na, terwijl 37 procent ook een functie had in de intramurale psychiatrie. In absolute zin waren ongeveer 140 artsen, 36 procent van de totale psychiatrische beroepsgroep in het geheel, buiten de intramurale sector (gestichten, inrichtingen, sanatoria en universitaire klinieken) werkzaam.[3] Dit percentage zegt overigens weinig over de omvang van de extramurale psychiatriebeoefening. Door de vele deeltijdfuncties was die zeker een stuk kleiner dan 36 procent van het gehele psychiatrisch-neurologische werkveld.

De bovenstaande cijfers zijn gebaseerd op een ruime, niet formeel afgebakende definitie van het psychiatrisch-neurologisch specialisme, aangezien dit geen formele status kende. Geteld zijn de artsen die volgens de ledenlijsten van de NVPN en het *Geneeskundig Jaarboekje* werkzaam waren in een intramurale instelling voor krankzinnigen, zwakzinnigen, zenuwpatiënten, epileptici, alcoholverslaafden

2 Zie ook bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000.

3 Van Drunen 2004, 16, 22, 28. Nader onderzoek zou nodig zijn om vast te stellen wat de omvang was van de diverse particuliere praktijken, en in hoeverre de koopkrachtige vraag naar de diensten van vrijgevestigde zenuwartsen een nadelige invloed ondervond van de economische crisis van de jaren dertig.

of psychopaten, in instellingen voor algemene gezondheidszorg (ziekenhuizen, poliklinieken en gemeentelijke gezondheidsdiensten), in extramurale voorzieningen zoals voor- en nazorgdiensten en consultatiebureaus, alsmede geneeskundigen die zich lieten vermelden als specialist op het terrein van de zenuw- en zielsziekten, psychiatrie, neurologie of psychotherapie.[4] Weliswaar hadden medische specialismen met het Academisch Statuut van 1921 erkenning gekregen, maar dat betekende niet dat de opleidingen tot specialist aan formele voorschriften gebonden waren. Voor een functie in een krankzinnigengesticht of een andere psychiatrisch-neurologische inrichting was officieel geen specialistische opleiding vereist en iedere arts kon zich in principe op de medische markt als specialist op psychiatrisch en/of neurologisch gebied afficheren. Gestichtsartsen leerden hun vak vaak in de praktijk of tijdens een assistentschap in een universitaire kliniek onder leiding van een hoogleraar. De wijze van vermelding in het *Geneeskundig Jaarboekje* vond op gezag van de samenstellers en de betrokkenen plaats.

In 1932 kwam hierin verandering. Twee jaar daarvoor had de NMG een Specialisten Registratie Commissie in het leven geroepen. Dit uit vertegenwoordigers van de diverse specialistenverenigingen bestaande orgaan stelde in nauw overleg met deze beroepsorganisaties het Medisch Specialisten Register in. De belangrijkste reden om de tot dan toe geldende informele aanduiding van specialisten te vervangen door een officiële registratie was het streven naar een eenduidige regeling voor de vergoeding van specialistische hulp door de ziekenfondsen. Elke arts die op 1 juli 1932 bij de NMG als specialist bekend was, werd automatisch in het nieuwe register ingeschreven, terwijl nieuwe specialisten vanaf dat moment aan uniforme opleidingseisen moesten voldoen: een driejarige scholing in een universiteitskliniek of (deels) in een ander ziekenhuis na het behalen van het artsdiploma. In totaal werden 21 specialismen in het register opgenomen en schreven zich meer dan 1100 artsen in.[5] De specialistenregistratie was een typisch corporatistische regeling, zoals die in Nederland meer voorkwam: niet de overheid of de (rijks)universiteiten, maar de georganiseerde artsenstand zelf stelde de criteria vast voor medische specialisatie en voerde het beheer over de administratie.[6] De registratieregeling was een belangrijke mijlpaal in het professionaliseringsproces van medische specialismen, dus ook van psychiatrie en neurologie. Behalve eigen beroepsorganisaties, een tijdschrift, universitaire leerstoelen en conferenties kende het vak nu ook formele toegangsregels en een gestandaardiseerde opleiding. Dit alles bevorderde het *esprit de corps* van zenuwartsen.

Psychiatrie en neurologie kwamen in het Medisch Specialisten Register te vallen onder de specialisatie zenuw- en zielsziekten en de beroepsbeoefenaren heetten daarin zenuwarts. De psychiatrisch-neurologische opleidingen die universitaire klinieken vanaf het eind van de negentiende eeuw aanboden, werden

4 Van Drunen 2004, 9.
5 Redactie *Medisch Contact* 1972, 223.
6 Juch 1997, 328-336; Van Drunen 2004, 23; Abma en Weijers 2005, 93-95.

geformaliseerd. Voor zenuwartsen gold vanaf 1933 als standaard een driejarige opleiding in een psychiatrisch-neurologische universiteitskliniek, eventueel voor een deel te vervangen door een assistentschap in een krankzinnigengesticht, psychiatrische inrichting of andersoortige instelling. De NVPN stelde de inhoudelijke vereisten van de opleiding vast: behalve over theoretische en klinische scholing op het gebied van psychiatrie en neurologie diende de zenuwarts ook te beschikken over psychotherapeutische vaardigheden en het vermogen om adviesrapporten voor de rechtbank, de Rijksverzekeringsbank en de Raad van de Arbeid op te stellen. Binnen de NVPN gingen stemmen op om binnen het nieuwe specialisme subspecialismen – psychiatrie, neurologie en ook psychotherapie – te onderscheiden, deels in navolging van de differentiatie tussen psychiatrie en neurologie die op de universiteiten op gang was gekomen door leerstoelen te splitsen. Tevens werd geopperd om een onderscheid te maken tussen neurologen, gestichtsartsen en 'praktiserende', dat wil zeggen vrijgevestigde zenuwartsen.[7] Een studiecommissie van de NVPN onder leiding van H.C. Rümke, die de vereniging in de Specialisten Registratie Commissie vertegenwoordigde, adviseerde in 1935 echter om het specialisme zenuwarts niet onder te verdelen in subspecialismen, maar wel twee zwaartepunten in de opleiding aan te brengen: zenuwartspsychiater en zenuwarts-neuroloog. Psychotherapie als apart zwaartepunt achtte de commissie ongewenst, omdat deze therapie onderdeel diende te zijn van het gehele specialisme.[8]

Tussen 1932 en 1940 groeide het aantal geregistreerde zenuwartsen van ruim 160 tot 260; van de 260 waren er bijna 210 daadwerkelijk op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzaam.[9] Hiermee was het aantal specialisten op het gebied van zenuw- en zielsziekten in vergelijking met 1920, toen ruim 90 artsen zich op informele basis als zodanig afficheerden in het *Geneeskundig Jaarboekje*, meer dan verdubbeld. Het aantal geregistreerde zenuwartsen in 1940 was echter veel lager dan het totaal aantal beroepsbeoefenaren op psychiatrisch-neurologisch gebied (390).[10] Gestichtsartsen die vóór 1932 hun medische bevoegdheid hadden verworven en die zich nooit als specialist hadden geafficheerd, werden niet automatisch in het specialistenregister opgenomen. Velen van hen zagen de noodzaak ervan ook niet in, omdat de registratie net als de eerdere informele aanduiding als specialist voor zenuw- en zielsziekten in eerste instantie vooral was bedoeld om duidelijkheid op de vrije medische markt te scheppen. Het ging om de regulering van de ziekenfondsvergoeding voor specialistische medische zorg en registratie was daarom vooral van belang voor zenuwartsen met een particuliere of (poli)klinische praktijk met ziekenfondspatiënten. Slechts een kleine 40 procent

7 Notulen vergadering bestuur NVPN 16-9-1933, bijlage bij punt 6 van de agenda inzake aanwijzing van specialisten, Archief NVPN. Zie verder 2.1, paragraaf 'Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten'.

8 Notulen vergadering bestuur NVPN 16-1-1921, Archief NVPN; Rümke 1935; vergelijk Abma en Weijers 2005, 97.

9 Van Drunen 2004, 24; Abma en Weijers 2005, 95.

10 Van Drunen 2004, 22, 24-25.

van de gestichtsartsen was in 1940 in het specialistenregister ingeschreven. Een en ander hing samen met het feit dat de in de krankzinnigen- en zwakzinnigenzorg werkzame artsen zich niet alleen bezighielden met geestelijke stoornissen, maar ook met de lichamelijke gezondheidszorg van patiënten. In de discussie in NVPN-kring over de opleidingseisen werd in dit verband opgemerkt dat veel inrichtingen vanouds de voorkeur gaven aan geneeskundigen met ervaring als huisarts boven gespecialiseerde zenuwartsen. Tegen deze achtergrond is het ook begrijpelijk waarom de nieuwe, officieel geregistreerde zenuwartsen hun brood overwegend buiten de muren van de inrichtingen verdienden.[11]

Het hierboven genoemde aantal van 390 beroepsbeoefenaren in 1940 is vastgesteld op basis van werkplekken. Vooralsnog kwam dit cijfer niet overeen met het aantal geregistreerde zenuwartsen, dat, zoals aangegeven, lager lag omdat veel gestichtsartsen het niet nodig vonden om zich in het specialistenregister in te schrijven. De nieuwe definitie van het specialisme op grond van de registratie zou echter wel bepalend zijn voor de verdere ontwikkeling van het psychiatrisch-neurologische vak. Na de oorlog zouden meer en meer artsen die werkzaam waren op het gebied van de psychiatrie en neurologie, dus ook gestichtsartsen en inrichtingspsychiaters, zich namelijk laten inschrijven voor het specialisme 'zenuw- en zielsziekten'. In 1940 kon inschrijving in het specialistenregister nog niet gelden als het demarcatiecriterium voor alle vakbeoefenaren. Door de oudere, informele afbakening van het specialisme op basis van werkplek te beperken tot de artsen die vóór de invoering van het register hun bevoegdheid hadden verworven en het nieuwe criterium – officiële registratie – toe te passen op alle geneeskundigen die sindsdien hun artsendiploma hadden gehaald, is de omvang van het psychiatrisch-neurologisch vakgebied in 1940 te bepalen op 315 beroepsbeoefenaren.[12] In vergelijking met de periode voor 1932 werden de grenzen van het vak minder diffuus, niet alleen door de invoering van de officiële registratie en de formalisering van de specialistische opleiding, maar ook door de afname van het aantal artsen dat tijdelijk werkzaam was op psychiatrisch-neurologisch terrein of dat pas in een later stadium van hun loopbaan definitief hiervoor koos.[13] Het aantal vrouwelijke vakbeoefenaren groeide in het interbellum van 12 naar 38, waarmee hun aandeel in het specialisme verdubbelde van 5 tot 10 procent.[14]

Het ledental van de NVPN steeg tussen 1920 en 1940 van ruim 200 naar ongeveer 280, van wie tegen de 170 respectievelijk zo'n 260 daadwerkelijk actief waren in het werkveld. Voor de beroepsgroep als geheel boette het lidmaatschap aan betekenis in – de participatiegraad daalde van 77 naar 66 procent.[15] Deze afnemende betrokkenheid was in zekere zin strijdig met de eerder gesignaleerde scherpere afbakening van het beroep als gevolg van de invoering van het specialistenregister en de uniforme opleidingseisen, die de beroepsidentiteit konden versterken.

11 Van Drunen 2004, 23, 29.
12 Van Drunen 2004, 29–30.
13 Van Drunen 2004, 25.
14 Van Drunen 2004, 16, 22.
15 Van Drunen 2004, 25–26.

Leden van de NVPN voor de ingang van de Valeriuskliniek in 1922.

Tegelijkertijd deden bepaalde middelpuntvliedende krachten hun invloed echter steeds sterker gelden, een ontwikkeling die de voorzitter van de NVPN, K.H. Bouman, met bezorgdheid vervulde. In zijn rede ter gelegenheid van het 60-jarige bestaan van de vereniging in 1931 stelde hij vast dat de NVPN er niet in geslaagd was om de steeds verder uiteenlopende interesses en activiteiten van psychiaters en neurologen te bundelen.[16]

Al voor de Eerste Wereldoorlog was een zekere spanning ontstaan tussen universitaire beroepsbeoefenaren, wier interesse vooral uitging naar wetenschappelijk onderzoek, en gestichtsgeneesheren, die de prioriteit legden bij de praktijk van de krankzinnigenzorg.[17] Gestichtsartsen vonden dat de NVPN het wetenschappelijk onderzoek te sterk op de voorgrond plaatste, hetgeen ten koste ging van de behartiging van hun vakbelangen. Nadat pogingen om het bestuur van de NVPN tot meer activiteiten op dit terrein aan te zetten op niets waren uitgelopen, namen enkele gestichtsartsen in 1919 het initiatief tot de oprichting van een nieuwe beroepsorganisatie om op te komen voor hun positie en belangen in de gestichten, de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGA).[18] Neurologen sloten zich ook aaneen in aparte verenigingen, hoewel hierin niet zozeer de belangenbehartiging als wel het wetenschappelijk onderzoek centraal stond. De uit 1909 stammende Amsterdamsche Neurologenvereeniging kreeg na de Eerste Wereldoorlog gezelschap van een Zuid-Hollandsche Neurologische Vereeniging en een Vereeniging voor Wetenschappelijk Onderzoek der Therapie van Zenuw- en Zielsziekten. Zenuwartsen die zich daarentegen van de biomedische neurologie verwijderden en zich toelegden op de psychoanalyse, de psychotherapie en psychologisch onderzoek, organiseerden zich deels met andere beroepsgroepen ook in aparte verenigingen: naast de sinds 1919 bestaande Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse en de in 1920 opgerichte Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse ontstonden de Nederlandsche Vereeniging voor Psychologie (1927) en de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (1930). Psychiaters die op forensisch terrein actief waren, beschikten al sedert 1907 over een eigen discussieforum, het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Belangstellenden voor het nieuwe terrein van de geestelijke volksgezondheid en de psychohygiëne sloten zich in de tweede helft van de jaren twintig aan bij de Nederlandsche Vereeniging voor de Geestelijke Volksgezondheid (1924) en de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (1927).

Hoewel Bouman de uitwaaiering en specialisatie van de psychiatrische en neurologische werkzaamheden onvermijdelijk achtte en deze deels plaatsvonden onder de vleugels van de moedervereniging, wees hij ook op het gevaar van ver-

16 Bouman 1931.

17 In zijn rede ter gelegenheid van het vijftigjarige bestaan van de NVPN had de toenmalige voorzitter L. Bouman daarvan ook al gewag gemaakt. Bouman 1921.

18 Zie daarover 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

deeldheid. Vooral vanwege het nog altijd precaire maatschappelijke aanzien van zenuwartsen – er zouden nog immer veel vooroordelen jegens hen bestaan en bij de regering vonden zij nauwelijks gehoor voor hun wensen – was het broodnodig de eenheid te versterken. 'Wij, psychopathologen, hebben elkaar veel te zeer noodig om een versnippering van onze krachten te gedoogen. [...] wij mogen de onderlinge voeling niet verliezen.'[19] Boumans oproep tot meer eenheid leidde tot de vorming van een commissie die de samenwerking tussen de verschillende organisaties moest bevorderen, waarop de banden tussen enerzijds de NVPN en anderzijds de psychoanalytische verenigingen, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie en de NVGA door middel van gemeenschappelijke bijeenkomsten en excursies werden aangehaald. De meeste zustervereningingen zegden hun medewerking toe.[20]

Overigens belichaamde Bouman zelf bij uitstek de groeiende diversiteit van het vak. Hij was opgeleid door Winkler, met een sterke nadruk op de neurologie, en hield zich als hoogleraar bezig met hersenanatomisch en neurofysiologisch onderzoek. Hij was een van de Nederlandse pioniers in de toepassing van de malariakuur ter behandeling van dementia paralytica. Ook toonde hij veel belangstelling voor erfelijkheid, degeneratie en eugenetica. Tegelijkertijd nam hij belangrijke initiatieven op het gebied van de sociale psychiatrie: hij was pionier van de psychiatrische alcoholverslavingszorg en voorman van de hygiënistische beweging voor geestelijke volksgezondheid. Tevens toonde hij betrokkenheid bij de psychoanalyse en de kinderpsychiatrie, gaf hij een belangrijke aanzet tot een verbreding van de clientèle van de psychotherapie, voerde hij een particuliere praktijk en was hij lid van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Bouman, een pragmaticus en kundig organisator, vertegenwoordigde bij uitstek het eclecticisme dat de Nederlandse psychiatrie kenmerkte.[21] De verbreding van het psychiatrisch werkterrein, die al in de laatste decennia van de negentiende eeuw was begonnen, zette zich voort en weerspiegelde zich in de uiteenlopende medisch-biologische, psychologische, sociale, pedagogische en filosofische oriëntaties, die zich naast en door elkaar heen ontwikkelden.

Wetenschap en onderwijs aan de universiteiten

De universitaire psychiatrie was vanaf het eind van de negentiende eeuw in nauwe verbondenheid met de neurologie tot ontwikkeling gekomen. Alle leerstoelen combineerden de twee deelspecialismen, maar in het interbellum begon-

19 Bouman 1931, 116-117. Abma en Weijers 2005, 71.

20 Notulen vergadering bestuur NVPN, 2-2-1929, 4-10-1930, Archief NVPN.

21 Opmerkelijk in verband met Boumans veelzijdigheid zijn de uiteenlopende karakteriseringen van collega's: terwijl Querido de kwalificatie 'sociaal zeer bewogen' hanteerde, omschreef Hart de Ruyter hem als 'iemand die in de microscoop tuurde naar hele rare hersenen ... hoe gekker hoe mooier'. Zie Querido 1980, 36; Abma en Weijers 2005, 81.

nen deze zich van elkaar te verwijderen. Al eerder waren bijzondere leerstoelen en privaatdocentschappen op psychiatrisch en neurologisch gebied ingesteld. De eerste splitsing van de leerstoel psychiatrie-neurologie vond in 1923 plaats aan de Universiteit van Amsterdam, waar B. Brouwer naast de hoogleraar psychiatrie K.H. Bouman een professoraat in de neurologie verkreeg.[22] Brouwer speelde een leidende rol in de verzelfstandiging van de neurologie. In 1936 volgde de Universiteit van Utrecht, waar W.G. Sillevis Smitt de leerstoel neurologie ging bekleden. Aan de universiteiten van Leiden, Groningen en Nijmegen werden psychiatrie en neurologie in respectievelijk 1946, 1949 en 1971 gescheiden. G. Jelgersma doceerde aanvankelijk naast psychiatrie en neurologie ook neuroanatomie en forensische psychiatrie. In 1913 nam diens medewerker E. de Vries de neurologie deels en in 1919 in het geheel van hem over. In 1927 werd A. Gans lector in de neurologie en in 1946 werd de fysioloog G.G.J. Rademaker de eerste Leidse hoogleraar in de neurologie.[23] Alleen aan de Vrije Universiteit, hoewel onder L. Bouman de bakermat van een meer psychologisch georiënteerde psychiatrie, bleven de twee vakgebieden verenigd.[24]

Vanaf de Eerste Wereldoorlog betrad een nieuwe generatie hoogleraren het toneel, te beginnen met K.H. Bouman, die in 1915 Winkler aan de Universiteit van Amsterdam opvolgde. Winkler bekleedde tot 1925 de Utrechtse leerstoel, die werd overgenomen door de oudgediende L. Bouman. Net als tien jaar eerder in Amsterdam schoof Winkler tevergeefs de neuroloog C. van Valkenburg als zijn opvolger naar voren – andermaal een teken dat zijn exclusieve neurologische oriëntatie in de psychiatrie het pleit had verloren.[25] De nieuwkomer L. van der Horst, opgeleid door E.D. Wiersma in Groningen en vanaf 1924 aan de Valeriuskliniek verbonden, nam op zijn beurt in 1928 de plaats van Bouman op de Vrije Universiteit in. W.M. van der Scheer nam in 1930 de Groningse leerstoel van Wiersma over, waarbij ook sociale psychiatrie onderdeel van zijn leeropdracht werd. In hetzelfde jaar ging E.A.D.E. Carp te Leiden de leerstoel van Jelgersma bezetten en zes jaar later werd Rümke na de dood van L. Bouman hoogleraar in Utrecht.

Net als voor de Eerste Wereldoorlog vormde de academische psychiatrie in de Duitstalige landen een belangrijk voorbeeld. K.H. Bouman bezocht Wenen om zich bij J. Wagner von Jauregg te bekwamen in de toepassing van de malariakuur. Van der Horst werkte als arts-assistant in Tübingen, München en Zürich onder E. Kraepelin, R. Gaupp en E. Bleuler. Carp deed psychiatrische ervaring op in München en Rümke in Zürich.[26] Terwijl K.H. Bouman en Van der Scheer beiden een biomedische met een sociaal-pedagogische benadering combineerden en

22 Al vanaf 1915 had J.K.H. Wertheim Salomonson, een van de eerste artsen in Nederland die wezen op het medische belang van röntgenstraling, een leerstoel bekleed voor neurologie, elektrotherapie en radiografie.

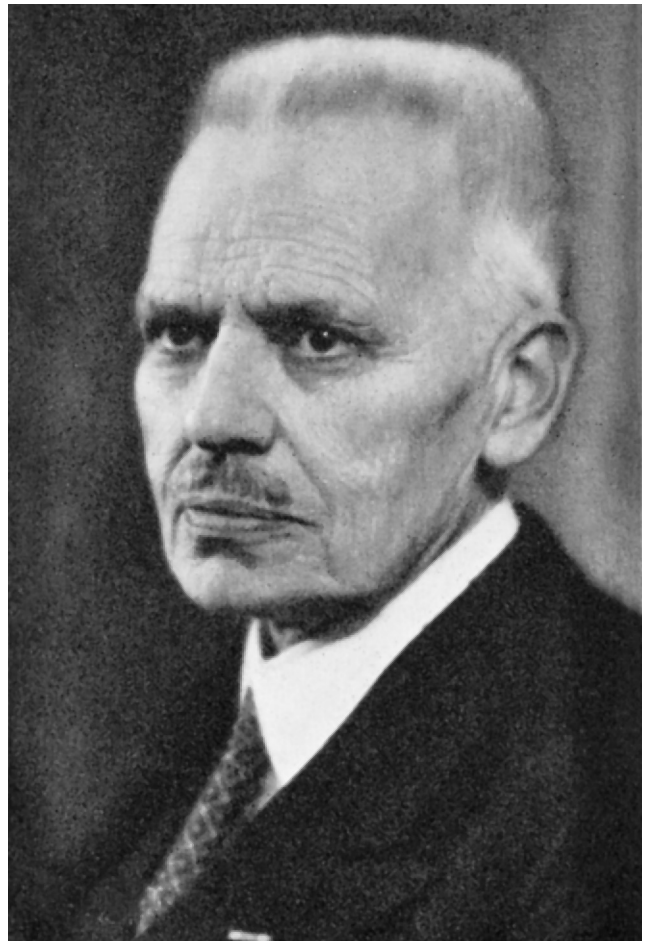
23 Rooijmans 1998, 38, 59.

24 Winkler-Junius 1947, 153; Biemond 1971; Eling en Koehler 2002; Eling 2002; De Waardt 2005, 106–108.

25 De Waardt 2005, 106–107, 120–130.

26 De Waardt 2005, 287; Van Belzen 1990.

K.H. Bouman.



mede door hun pragmatisme wars waren van wijsgerige beschouwing, deelden hun confessioneel geïnspireerde collega's L. Bouman, Van der Horst, Carp en Rümke alsook Jelgersma naast hun betrokkenheid bij neurologisch onderzoek, een sterke belangstelling voor de psychologische aspecten en de subjectieve beleving van geestesziekte. Het werk van vooral de laatste drie kenmerkte zich verder door een filosofische en ook literaire inslag. Met de introductie van de fenomenologie hadden L. Bouman en zijn Valeriuskring de basis gelegd voor de geesteswetenschappelijke oriëntatie, die de universitaire psychiatrie tot de jaren zestig in hoge mate bepaalde.[27]

Anders dan Jelgersma hield Carp enige afstand tot de krankzinnigenzorg en was hij niet geporteerd voor nauwe samenwerking met Endegeest. Zoals onder meer bleek uit zijn vijfdelige leerboek, dat tussen 1932 en 1956 verscheen[28], richtte hij zich meer op neurotische en persoonlijkheidsstoornissen dan op psychosen. Om de eigenheid van de universitaire psychiatrie te garanderen achtte hij een aparte universitaire kliniek nodig. Hij kreeg steun van de medische faculteit, maar uiteindelijk hield de overheid nieuwbouw op het terrein van het academisch ziekenhuis om financiële gronden tegen en bleef de Leidse universitaire psychiatrie gebonden aan Endegeest en Rhijngeest, terwijl de neurologie zich verzelfstandigde en wel een plaats kreeg in het academisch ziekenhuis.[29]

Terwijl de katholieke Carp de fenomenologische benadering met de andere toonaangevende psychologische benadering van geestesziekte, de psychoanalyse, en later ook de sociotherapie trachtte te combineren, vormde de fenomenologie voor met name de gereformeerde Van der Horst het geesteswetenschappelijke alternatief voor Freuds theorie, waaraan vanuit godsdienstig oogpunt de nodige bezwaren kleefden.[30] Volgens Freud werd de mens immers gedetermineerd door het driftleven, in het bijzonder de seksualiteit, en de grotendeels onbewuste mentale verwerking daarvan – een gezichtspunt dat zich moeilijk met de idee van een autonome ziel en met wilsvrijheid liet verenigen.[31] Van der Horst was onder de hoogleraren de meest expliciete voorstander van een plaats voor levensbeschouwing in de psychiatrie, vooral die van het christendom. Hoewel hij evenmin als zijn voorganger Bouman een specifiek gereformeerde psychiatrie formuleerde en zijn wetenschapsbeoefening geenszins onderschikte aan het geloof, was zijn verhouding tot de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland minder gespannen dan die van Bouman. Enerzijds stelde de

27 De Waardt 2005, 117–134. Over de fenomenologie in de psychiatrie zie verder Verwey 1976; Verwey 1990; en de diverse publicaties van Van Belzen over L. Bouman, Van der Horst en Rümke.

28 Achtereenvolgens verschenen delen over neurosen (1932), psychopathieën (1934), psychosen (1937), medische psychologie en pathopsychologie (1947) en gerechtelijke psychiatrie (1956). Ondanks Carps wijdlopige stijl bleven deze lang in gebruik in het psychiatrisch onderwijs. Rooijmans 1998, 64.

29 Rooijmans 1998, 49–67.

30 Over Van der Horst: Van Belzen 1994, 70–87; Van Bergen 2005, 286–294.

31 Bulhof 1983, 290–291.

E.A.D.E. Carp.

vereniging zich vooral na de dood van Lindeboom minder rigide op, anderzijds wekte Van der Horst met zijn nogal filosofische beschouwingen blijkbaar minder weerstand in gereformeerde kring. In zijn oratie *Psychiatrie en wereldbeschouwing* (1928) pleitte hij voor aandacht voor de innerlijke ervaring en de levensgeschiedenis van patiënten. De *Daseinsanalyse* van de Zwitserse psychiater L. Binswanger, het begrijpen van geestesstoornissen tegen de achtergrond van de subjectieve belevingswereld van en zingeving aan het bestaan door het unieke individu, bood volgens Van der Horst een navolgenswaardige methode.[32]

Van der Horst, die zich behalve door de fenomenologie na de Tweede Wereldoorlog ook door het existentialisme zou laten inspireren, profileerde zich vanaf omstreeks 1930 met een sterk filosofisch gerichte antropologische psychiatrie, waarmee hij zich afzette tegen het natuurwetenschappelijke reductionisme en het dualisme tussen lichaam en geest. Hij was in Nederland de meest uitgesproken protagonist van de opvatting dat psychiatrie vooral een geesteswetenschap behoorde te zijn die gebruik moest maken van de *verstehende* methode, teneinde de gehele persoonlijkheid van de geesteszieke en de zin van diens stoornissen te begrijpen. De antropologische psychiatrie, zoals Van der Horst en zijn medewerkers die beschreven in *Anthropologische psychiatrie* (1946), was een combinatie van verschillende filosofische en psychologische stromingen, aangevuld met aan de romanliteratuur ontleende inzichten. In feite bestond het fragmentarische werk uit een eclectische verzameling van ideeën en stromingen die ook elders in de Nederlandse psychiatrie waren te vinden. De antropologische benadering was volgens Van der Horst explorerend van aard en de inzichten die zij bood waren derhalve niet afgerond, maar voorlopig. Wat ontbrak was een praktische invulling, vooral op diagnostisch en therapeutisch gebied, van dit ideeëngoed. Naar verluidt zou Van der Horst in de omgang met zijn patiënten van weinig inlevingsvermogen blijk hebben gegeven en een 'potentaat' zijn geweest.[33]

Van der Horst, die vanaf 1946 naast de leerstoel aan de Vrije Universiteit ook die aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam bezette, leidde een groot aantal zenuwartsen op; vele studenten geneeskunde en psychologie maakten kennis met zijn antropologische psychiatrie. Desalniettemin heeft hij daarmee nauwelijks school gemaakt – verder dan een tweede druk (1952) bracht zijn handboek het niet. Ondanks zijn geesteswetenschappelijke invalshoek, strekte het onderzoek in de Valeriuskliniek onder zijn leiding zich ook uit op het gebied van de neuropathologie, de biochemie, de klinische psychologie, de encefalografie en de psychosomatiek. Uiteindelijk was zijn antropologische benadering geen vervanging van, maar een aanvulling op de medische psychiatrie. Zijn professoraat in de psychiatrie en neurologie combineerde hij aan de Vrije Universiteit met een leeropdracht in de experimentele psychologie. Al in 1922 was uit de Valeriuskring de Gereformeerde Psychologische Studievereeniging voortgekomen en in 1933

32 Van der Horst 1937.

33 Van Belzen 1990, 521; vergelijk Van Bergen 2005, 336.

L. van der Horst.

richtte Van der Horst, die in Groningen colleges bij Heymans had gevolgd, samen met de in de Valerius kliniek werkzame psycholoog J. van Essen het *Nederlandsch Tijdschrift voor Psychologie en haar Grensgebieden* op.[34]

Rümke, de invloedrijkste Nederlandse psychiater in de twintigste eeuw en de enige die een internationale reputatie verwierf, was net als L. Bouman en Van der Horst de opvatting toegedaan dat de psychiatrie tegelijkertijd natuur- en geesteswetenschap moest zijn. Ook deelden zij een sterke belangstelling voor psychologie.[35] Voordat hij hoogleraar psychiatrie werd, bekleedde Rümke tussen 1933 en 1936 een leerstoel ontwikkelingspsychologie in Utrecht. In zijn oratie *Psychiatrie als geestes- en natuurwetenschap* (1937) stelde hij dat de biomedische aanpak verenigd diende te worden met een *verstehende*, introspectieve en empathische benadering, waartoe hij zowel de fenomenologie als de psychoanalyse geschikt achtte. Zijn proefschrift, *Phaenomenologische en klinisch-psychiatrische studie over geluksgevoel* (1923), was de eerste Nederlandse studie op het gebied van de fenomenologische psychiatrie. Zijn publicaties kenmerkten zich door veel verwijzingen naar filosofie, cultuurgeschiedenis en literatuur. Evenmin als die van Van der Horst vormden Rümke's psychiatrische denkbeelden een coherent en systematisch geheel. In zijn klinische praktijk lag de nadruk op een persoonlijke benadering van patiënten, waarbij zijn aandacht eerder uitging naar diagnostiek dan naar therapie. In zijn publicaties, die deels essayistisch van aard waren en gericht op een breed publiek, hield hij zich in het bijzonder bezig met reflectie op het vak en zijn rol in de moderne samenleving.

Mede door de fenomenologisch-antropologische oriëntatie groeide de afstand tussen de universitaire psychiatrie en de praktijk in de krankzinnigengestichten. Van de geesteswetenschappelijke benadering was in de gestichten weinig terug te vinden.[36] Over het algemeen leende de fenomenologische en antropologische optiek zich moeilijk voor praktische toepassing, zeker wanneer het om ernstig en chronisch geesteszieke patiënten ging, en richtte de aandacht van de academische psychiaters zich eerder op minder ernstige psychische stoornissen en neurosen. Van der Scheer was de enige hoogleraar met een loopbaan in de inrichtingspsychiatrie, waarin hij de 'actievere therapie' introduceerde. Naast deze sociaal-pedagogische benadering ging zijn belangstelling vooral uit naar de biomedische kant van het vak. Net als K.H. Bouman veronderstelde hij dat geesteszieken grotendeels biologisch gedetermineerd waren, maar dat sociale omstandigheden van grote betekenis waren voor de mate waarin deze samengingen met gestoorde gedragingen en uitingen. Bouman en Van der Scheer onderscheidden zich van de andere hoogleraren door een leidende rol te spelen bij de introductie in Nederland van twee nieuwe somatische therapieën. Bouman paste begin jaren

34 Van Belzen 1988e.

35 Over Rümke: Van Belzen 1987; Van Belzen 1988b, Van Belzen 1988c; Van Belzen 1994; Van Belzen 1994, 9-28; 29-49.

36 Zie 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep' en 2.3, paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd'.

W.M. van der Scheer, 1916.

twintig de malariakuur toe, waarbij hij in samenwerking met het laboratorium van het Tropeninstituut over malariamuggen kon beschikken en zijn kliniek de spil werd van het netwerk voor de verspreiding van met malaria besmet bloed.[37] Van der Scheer hield zich bezig met de insulinecomakuur. Wat de andere nieuwe somatische behandelingsmethoden betreft die in het buitenland waren ontwikkeld – de somnifeen-, de cardiazolshock- en de elektroshockbehandeling – namen niet de hoogleraren, maar gestichtsartsen het initiatief. [38] De Engelse psychiater A. Lewis, die in 1937 een studiereis door Europa maakte en Amsterdam, Leiden en Utrecht aandeed, prees de faciliteiten van de universitaire psychiatrie in Nederland, maar merkte ook op dat de stafleden onvoldoende toekwamen aan het doen van wetenschappelijk onderzoek doordat zij er particuliere praktijken op nahielden en hun onderwijsverplichtingen veel tijd in beslag namen.[39]

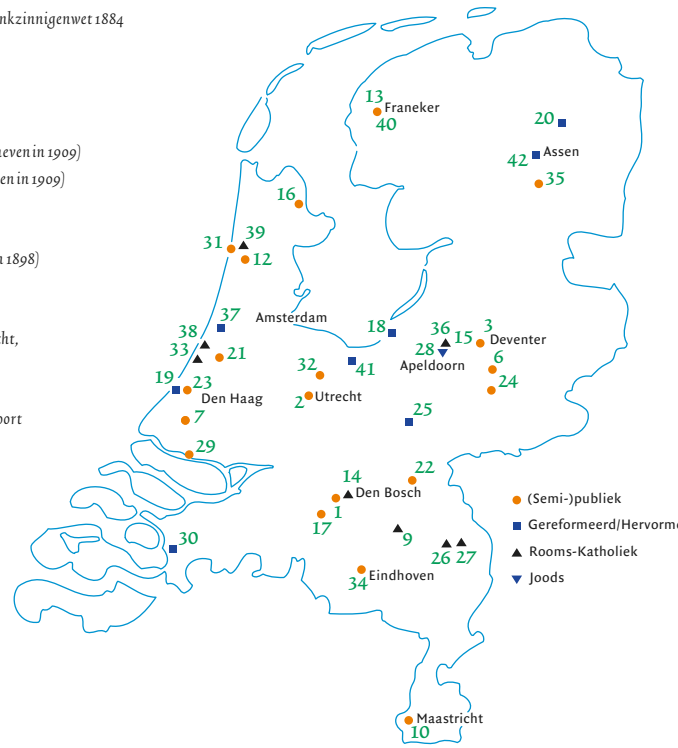
2.2 De gestichts- en inrichtingspsychiatrie

De bouw van psychiatrische inrichtingen

Nog voordat de Eerste Wereldoorlog was afgelopen opende in 1918 te Woensel bij Eindhoven een derde Rijkskrankzinnigengesticht zijn deuren.[40] In de economisch wisselvallige jaren die ook daarna volgden – de vooral vanaf 1917 hoge inflatie sloeg in 1920 om in deflatie – ontplooiden alleen de provincies enige activiteit. In 1922 werd het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord te Beilen, een initiatief van de drie noordelijke provincies, in gebruik genomen.[41] Een jaar later kwam het voormalige Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884–1923) in handen van de provincie Noord-Holland, het derde op rij na Meerenberg (1849) – in 1918 omgedoopt tot Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort – en Duin en Bosch (1910).[42] In 1930 kwam in Friesland een nieuw buitengesticht tot stand: Groot Lankum bij Franeker.[43] De particuliere, confessionele gestichtsbouw resulteerde tussen 1927 en 1935 in zes psychiatrische inrichtingen. Overeenkomstig de door inspecteur Schuurmans Stekhoven in 1915 geïnitieerde formule beschikten deze inrichtingen over een aangewezen, open of sanatoriumafdeling waar voor opname geen rechterlijke machtiging was vereist. Drie daarvan waren katholiek (de St. Josephstichting te Apeldoorn, 1927; Sancta Maria te Noordwijkerhout, 1928, en de St. Willibrordusstichting te Heiloo, 1930), één gereformeerd (Vogelenzang te Bennebroek, 1928) en twee Nederlands-Hervormd vanwege de in 1927 opgerichte Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor

37 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 37-38.
38 De Waardt 2005, 123-130.
39 Angel, Jones en Neve 2003, 65-66.
40 Zie over het Rijkskrankzinnigengesticht Woensel: Van der Esch 1970.
41 Zie Van der Esch 1971-1972.
42 Zie Cahn 1970; Vijselaar 1997a; De Boer 2004.
43 Van der Esch 1975-1980, II: 106-107; Van Heemstra 1951; Zondag 1995.

Kaart van Nederland met de krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen per 1935 naar beheersvorm en signatuur.



Namen inrichtingen tot inwerkingtreding tweede krankzinnigenwet 1884

1 Reinier van Arkel, Den Bosch
2 Willem Arntsz Huis, Utrecht
3 St. Elisabeths Gasthuis, Deventer
4 Gesticht aan de Hooghstraat, Rotterdam (opgeheven in 1909)
5 Gesticht aan het Slijkeinde, Den Haag (opgeheven in 1909)
6 Oude en Nieuwe Gasthuis, Zutphen
7 St. Joris Gasthuis, Delft
8 Krankzinnigengesticht Dordrecht (opgeheven in 1898)
9 Huize Padua, Boekel
10 Calvariënberg, Maastricht
11 Nederlandsch Israëlitisch Krankzinnigengesticht, Amsterdam (opgeheven in 1921)
12 Meerenberg, Bloemendaal/Santpoort; vanaf 1918 Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort
13 Krankzinnigengesticht Franeker, Franeker
14 Coudewater, Rosmalen

Namen inrichtingen vanaf inwerkingtreding tweede krankzinnigenwet tot en met 1914

15 Brinkgreven, Deventer
16 Rijkskrankzinnigengesticht, Medemblik; vanaf 1923 Provinciaal Ziekenhuis, Medemblik
17 Voorburg, Vught
18 Veldwijk, Ermelo
19 Bloemendaal, Loosduinen
20 Dennenoord, Zuidlaren
21 Endegeest, Oegstgeest
22 Rijkskrankzinnigengesticht, Grave
23 Oud-Rosenburg, Loosduinen
24 Het Groot Graffel, Warnsveld
25 Wolfheze, Wolfheze
26 St. Servatius, Venray
27 St. Anna, Venray
28 Het Apeldoornsche Bosch, Apeldoorn
29 Maasoord, Poortugaal
30 Vrederust, Bergen op Zoom
31 Duin en Bosch, Castricum
32 Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder
33 St. Bavo, Noordwijkerhout

Namen inrichtingen 1918 tot en met 1935

34 Rijkskrankzinnigengesticht, Woensel
35 Beileroord, Beilen
36 St. Joseph, Apeldoorn
37 Vogelenzang, Bennebroek
38 Sancta Maria, Noordwijkerhout
39 St. Willibrordus, Heiloo
40 Groot Lankum, Franeker
41 Zon en Schild, Amersfoort
42 Licht en Kracht, Assen

Zenuw- en Geesteszieken (Zon en Schild te Amersfoort, 1931 en Licht en Kracht te Assen, 1935).[44] De realisering van deze laatste inrichting mag, gezien de inmiddels in volle hevigheid heersende economische crisis en de in 1934 door de regering afgekondigde bouwstop voor gestichten, op het eerste gezicht opmerkelijk lijken. Er was echter geruime tijd van planning en fondsenwerving mee gemoeid voordat tot aankoop van de grond en de bouw kon worden overgegaan en de bouw van Licht en Kracht was nagenoeg voltooid toen de bouwstop van kracht werd.[45]

In de periode 1918-1935 kwamen dus negen nieuwe (buiten)gestichten of psychiatrische inrichtingen tot stand en wisselde één gesticht (Medemblik) van eigenaar. Overigens verdween ook een gesticht: het Nederlandsch Israëlitisch krankzinnigengesticht te Amsterdam, dat eind 1921 zijn deuren sloot nadat de laatste patiënten naar Het Apeldoornsche Bosch waren overgebracht.[46] Daarmee kwam het aantal (buiten)gestichten en psychiatrische inrichtingen in 1935 uit op 39, een toename van acht ten opzichte van de 31 gestichten en buitengestichten waarover Nederland vanaf de opening van St. Bavo in 1914 beschikte.[47] In deze telling zijn de eveneens onder het Staatstoezicht vallende zwakzinnigengestichten of -inrichtingen niet opgenomen. Met zes van de negen nieuwe gestichten liep de particulier-confessionele sector inmiddels duidelijk voorop, het zoveelste teken dat de verzuiling zich krachtig doorzette. Ook de capaciteit – afgeleid uit het aantal verpleegden – van deze zes confessionele gestichten overtrof die van de drie van overheidswege gebouwde gestichten ruimschoots, met 63 tegen 37 procent.[48] Vergelijken we de algehele capaciteitsgroei in de publieke of semipublieke sector met die in de particuliere sector, dan blijkt het verschil vrijwel even groot te zijn.[49] Terwijl het aantal verpleegden in de (semi)publieke gestichten steeg van ongeveer 9100 in 1915 tot zo'n 12.600 in 1936, groeide hun aantal in de particuliere gereformeerde, hervormde, joodse en katholieke gestichten (die van de religieuze ordes alsmede het voor katholieken bestemde gesticht Coudewater te Rosmalen) van ongeveer 4500 tot circa 10.900.[50] Daarmee was de particulier-confessionele sector,

44 Zie over de St. Willibrordusstichting: Bakker en De Goei 2002a. Over Sancta Maria: Billekens et al. 2005. Over Vogelenzang: Kuiper 1984. Over Licht en Kracht: Kamminga 1995. Over de St. Josephstichting en Zon en Schild zijn tot dusverre geen studies verschenen.

45 Wanneer deze bouwstop is opgeheven is ons niet bekend. De bouw van de eerstvolgende, in 1949 geopende psychiatrische inrichting, Hulp en Heil te Leidschendam, begon vlak voor de Tweede Wereldoorlog. Zie Vereniging 'Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken' s.a. [1967], 3.

46 Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 20.

47 Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 126-127 en 142-143. Vergelijk de Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 150. Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940; Van der Esch 1975-1980, I: 81-82. Kerkhoven 1996, 170.

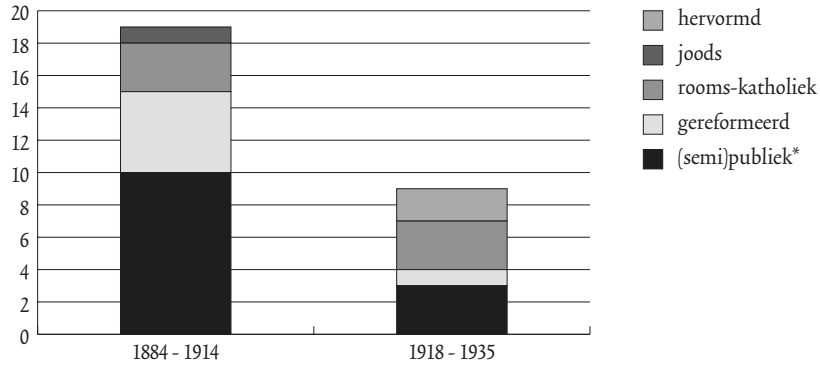
48 Op 1 januari 1936 telden deze zes confessionele gestichten bijna 2760 verpleegden, tegenover ruim 1600 verpleegden in de drie van overheidswege gebouwde (buiten)gestichten. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 142.

49 Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

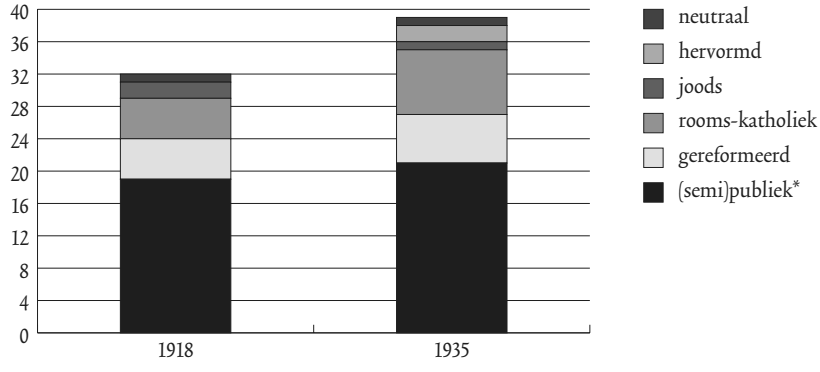
50 Van der Esch 1975-1980, I: 81-82.

St. Willibrordusstichting, Heiloo, met vooraan het hoofdgebouw en de kapel.

FIGUUR 2.1 *Opening van krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen naar beheersvorm en signatuur 1884-1914 en 1918-1935.*

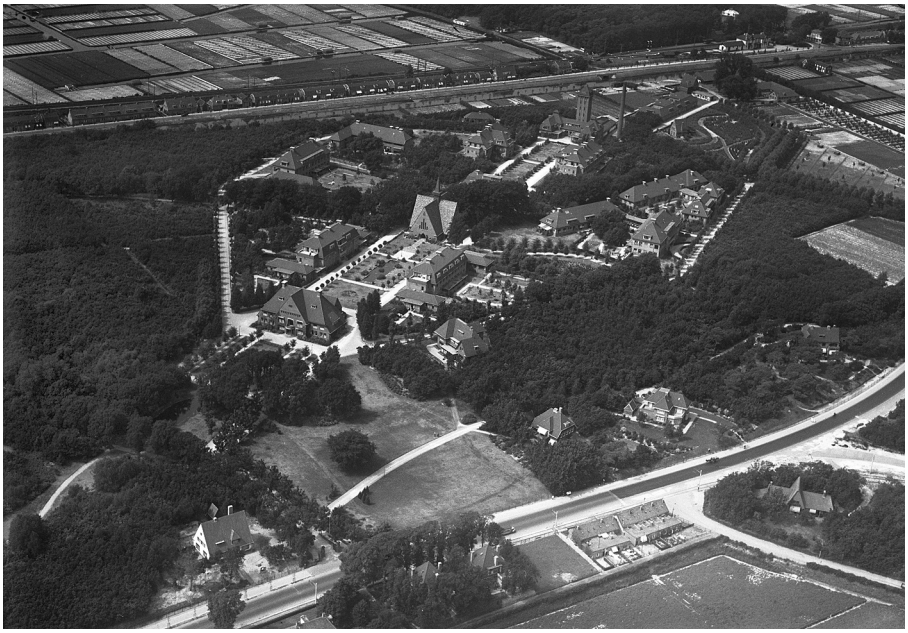


FIGUUR 2.2 *Totale voorraad aan krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen naar beheersvorm en signatuur per 1918 en 1935.*



* Onder (semi)publieke gestichten vallen de publieke gestichten die beheerd werden door rijk, provincie of gemeente. Semipublieke gestichten zijn zelfstandige stichtingen onder beheer van een college van regenten, die door de gemeentelijke of (ook) provinciale overheid werden benoemd.

Vogelenzang, Bennebroek.



die in 1915 over een derde van de totale capaciteit beschikte, de (semi)publieke sector in 1936 vrij dicht genaderd. Indien we ook de semipublieke, overwegend katholiek georiënteerde gestichten Reinier van Arkel, Voorburg en Calvariënberg te Maastricht als confessionele gestichten beschouwen, dan zou de balans zelfs doorslaan naar de confessionele gestichten.[51]

Vergelijken we de bouwinspanningen vanaf 1918 tot halverwege de jaren dertig met die uit de periode vanaf de eeuwwisseling tot aan de Eerste Wereldoorlog, dan ontlopen die elkaar op het eerste gezicht niet veel.[52] Tegenover tien nieuwe (buiten)gestichten in de vooroorlogse periode staan er negen in de periode 1918 tot en met 1935. In termen van capaciteitsgroei laten de beide perioden evenwel grote verschillen zien: een toename van bijna zesduizend bedden in het vooroorlogse tijdvak tegenover een toename van bijna tienduizend in de periode 1918 tot en met 1935. Hoe dan ook moge duidelijk zijn dat het interbellum tot halverwege de jaren dertig allerminst een achteruitgang of stagnatie van bouwactiviteiten liet zien.[53] In het interbellum kwam het onderwerp overbevolking in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* aanzienlijk minder vaak aan de orde dan voor de Eerste Wereldoorlog. Dat neemt overigens niet weg dat psychiaters zich, zoals hierna zal blijken, nog steeds grote zorgen maakten over de niet aflatende groei van de gestichtsbevolking, de daarmee verbonden kosten en de (veronderstelde) toename van geestesziekte als zodanig.

Net als voor de oorlog waren de nieuwe inrichtingen op het platteland gesitueerd, al dan niet in de buurt van een kleinere stad of plaats, en doorgaans per trein bereikbaar. Paviljoenbouw bleef favoriet, hoewel soms ook een andere bouwvorm werd toegepast.[54] Het merendeel van deze nieuwe inrichtingen beschikte halverwege de jaren dertig over zo'n 400 tot 600 bedden. Alleen het rijksgesticht te Woensel was met een capaciteit van ongeveer 1000 bedden aanzienlijk groter. Van de vóór 1918 geopende gestichten beschikten medio jaren dertig ook het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (ruim 1500), Voorburg te Vught (ruim 1100) en Maasoord te Poortugaal (bijna 1100) over meer dan 1000 bedden.[55] Aan de andere kant van de schaal bevonden zich de St. Josephstichting met een capaciteit van ruim 260 bedden, en Beileroord, dat een gestichtsafdeling van ruim 40 bedden combineerde met zo'n 250 plaatsen in de aan deze inrichting verbonden gezinsverpleging. De situering en de grootte van de gestichten stonden op gespannen voet met de wensen van gestichtsartsen. Zo betoogde G.C. van Walsem, geneesheer-directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis nabij Santpoort, in 1919 in een voordracht voor de NVPN dat gestichten met hoogstens 200 patiënten dichtbij steden, ter wille van een makkelijker contact met de familie, veruit de voorkeur verdienden.[56]

51 Reinier van Arkel en Voorburg telden tezamen per 1 januari 1936 ruim 1700 verpleegden.
52 De idiotengestichten blijven hier buiten beschouwing.
53 Vergelijk Kerkhoven 1996, 170.
54 Zie Mens 2003.
55 Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936; Van der Esch 1975–1980, I: 82.
56 Van Walsem 1920.

De aangewezen of sanatoriumafdeling

Behalve de formule van het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord – waarover meer in de paragraaf 'Gestichtsgeneesheren verenigd' – betekende de invoering van de aangewezen of sanatoriumafdeling vanaf 1916 een in beginsel belangrijke vernieuwing. Anders dan voor het gesticht(sgedeelte) was voor opname in de aangewezen afdeling geen rechterlijke machtiging vereist. Patiënten die geen 'dwangverpleging' behoefden en voor wie een verblijf in een van de bestaande sanatoria te duur was, zouden gedurende hun verblijf in een aangewezen afdeling gevrijwaard zijn van het officiële etiket 'krankzinnig' en 'in het behoud van hunne rechten' blijven.[57] Reeds in 1918 schreef inspecteur Schuurmans Stekhoven, de initiator van dit nieuwe instituut, in het *Verslag van het Staatstoezicht* dat de ervaring opgedaan met de in 1917 ingestelde aangewezen afdeling van Maasoord te Poortugaal – na die van Huize Padua te Boekel (1916) de eerstvolgende – 'zeer bevredigend' stemde.

> ——— *Vele patiënten, wier psychose van korten duur is, ontgaan, door opneming in deze 'vrije' afdeeling, een krankzinnigheidsverklaring, hetgeen hun niet dan tot voordeel kan strekken, terwijl ten overvloede deze opneming zonder veel formaliteiten kan geschieden. Ook de mogelijkheid nerveuze patiënten, niet-krankzinnigen, op te nemen, alsmede lijders aan organische zenuwziekten, maakt het arbeidsveld van den gestichtsarts ruimer. Weliswaar zijn tot dusverre grootendeels psychotische patiënten opgenomen, maar in den loop der tijden kan ook hierin nog verandering komen. Dan zal de aangewezen afdeeling eerst recht de 'zenuwafdeling' kunnen heeten.*[58]

Alle zes tijdens het interbellum gebouwde confessionele inrichtingen beschikten al direct bij de opening of spoedig daarna over een apart sanatorium.[59] Beileroord kreeg ruim tien jaar na de oprichting eveneens de beschikking over een sanatorium; voor Groot Lankum was dit moment vijf jaar na de opening aangebroken. Ook reeds langer bestaande gestichten gingen over tot de bouw van een apart sanatorium of een kliniek, bijvoorbeeld de Ramaerkliniek (behorend bij Oud-Rosenburg te Loosduinen 1926), Kliniek Ockenburg (behorend bij Bloemendaal te Loosduinen 1930), het Noorder Sanatorium (behorend bij Dennenoord te Zuidlaren 1935) en Sanatorium Kliniek Neder-Veluwe (behorend bij Wolfheze te Wolfheze 1935). In haar boek over de architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis rekent N. Mens het Noorder Sanatorium van architect E. Reitsma tot de meest bijzondere bouwwerken van de Nederlandse psychiatrie.[60] Sanatoria als dit markeerden volgens haar een omslag en belangrijke vernieuwing in de psychiatrie.

57 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 18.

58 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 100. Zie over Maasoord ook: Vos 1921.

59 Zie bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

60 Mens 2003, 133. Zie ook: Furnée en Jonkman 1994.

De gestichten zouden vooral dankzij de sanatoria het aanzien van een modern ziekenhuis hebben gekregen, waardoor hun reputatie aanmerkelijk verbeterde. Dit lijkt echter een wat al te rooskleurige voorstelling van zaken.

Wat was er feitelijk aan de hand? Na een vrij trage start kreeg het instituut van de aangewezen of sanatoriumafdeling een duidelijke impuls toen de Armenwet ook ging gelden voor patiënten in aangewezen afdelingen. In de Armenwet van 1912 was geregeld dat gemeenten behalve in krankzinnigengestichten ook opnamen van arme bewoners dienden te betalen in zogenaamde aangewezen inrichtingen (universitaire psychiatrische klinieken en bij de wet als zodanig erkende liefdegestichten). Er was een wetswijziging nodig om deze regeling ook te laten gelden voor de aangewezen afdelingen. Dit gebeurde in 1929, nog net voordat de periode van economische opleving ten einde kwam. Voordien hing het van de betreffende gemeente af of een arme patiënt de mogelijkheid kreeg tot opname in een aangewezen of sanatoriumafdeling. Was het aantal aangewezen afdelingen tussen 1916 en 1929 tot 9 beperkt gebleven, in 1936 waren er reeds 25.[61] Vergeleken met de 14 in laatstgenoemd jaar als zodanig resterende gestichten – dus zonder aangewezen afdeling – waren de 25 psychiatrische inrichtingen met 64 procent ruim in de meerderheid.[62] Dit lijkt evenwel meer dan het in feite voorstelde. Zo was in 1931 hooguit zo'n 20 procent van de capaciteit van psychiatrische inrichtingen toebedeeld aan open afdelingen.[63] Hoe dit percentage zich in de jaren daarna ontwikkelde is vooralsnog onduidelijk.[64]

Een andere indicatie van de ontwikkeling van de aangewezen afdelingen bieden de opnamecijfers uit de jaren 1928–1931.[65] Het aantal opnamen in de aangewezen afdelingen steeg van ruim 760 in 1928 naar meer dan 1370 in 1931. Ten opzichte van alle opnamen tezamen – dus in psychiatrische inrichtingen én gestichten – groeide het aantal in de aangewezen afdelingen in deze jaren van 17 procent naar 25 procent. Bezien we de psychiatrische inrichtingen afzonderlijk dan namen de aangewezen afdelingen in 1931 – met zoals gezegd zo'n 20 procent van de bedden – ruim de helft van de opnamen voor hun rekening. Het herstelpercentage – het percentage als hersteld ontslagen patiënten in verhouding tot het aantal opnamen – in de aangewezen afdelingen bedroeg in 1931 bijna 19.[66] Dit was, vergeleken met een herstelpercentage van 30 in ditzelfde jaar voor de gestichten en de psychiatrische inrichtingen tezamen, niet bepaald hoog.[67] Voorts was het percentage

61 Zie ook bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884–1940.

62 De inrichtingen voor zwakzinnigen zijn weer niet meegeteld.

63 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124–125: Bijlage II: Algemeen overzicht der beweging in de psychiatrische inrichtingen.

64 In de verslagen van het Staatstoezicht over de jaren 1932–1936 is dit soort gegevens niet aangetroffen.

65 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124–125.

66 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 124–125.

67 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 120–123: Bijlage I: Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en psychiatrische inrichtingen.

Noordersanatorium Zuidlaren.

niet-hersteld ontslagenen vanuit aangewezen afdelingen (19 procent) in 1931 aanzienlijk hoger dan vanuit de gestichtsafdelingen (nog geen 13 procent).

Een en ander lijkt erop te duiden dat de aangewezen afdelingen, althans rond 1930, voor een belangrijk deel fungeerden als observatieafdeling van waaruit patiënten vervolgens zo nodig naar de gestichtsafdeling verhuisden, dan wel onverrichter zake naar huis terugkeerden of naar elders gingen. Eerdere en latere observaties ondersteunen dit beeld ten dele. Toen inspecteur Schuurmans Stekhoven zijn geesteskind in 1925 evalueerde, stelde hij weliswaar vast dat een verblijf in een open afdeling – het ging op dat moment nog louter om bestaande gestichtsafdelingen die een andere bestemming hadden gekregen – meermalen neerkwam op een 'nakuur na de gestichtsbehandeling'. Vaker werd echter, volgens de inspecteur, eerst de verpleging in de open afdeling beproefd en gingen patiënten alleen naar de gestichtsafdeling als het niet anders kon. 'Er is dus eene levendige uitwisseling tusschen gesticht en open afdeeling, welke niet in haar vollen omvang maar slechts ten deele aanwijzing geeft van de sociale beteekenis van de open afdeelingen.'[68]

Het beeld dat Furnée en Jonkman van het Noorder Sanatorium in de tweede helft van de jaren dertig schetsen, wijst in eenzelfde richting.[69] Het sanatorium vervulde de functie van observatieafdeling voor nieuwe patiënten en van doorgangsstation naar de maatschappij voor gestichtspatiënten die op de nominatie stonden voor ontslag. Bovendien nam de verpleging van chronische patiënten een belangrijk deel van de capaciteit van het sanatorium in beslag. Het was al vroeg duidelijk dat hierdoor financiële besparingen mogelijk waren. Zo had een commissie van de Christelijke Vereeniging reeds in 1917 laten weten dat in open afdelingen een groter aantal chronische patiënten waren te verplegen dan in gestichtsafdelingen, 'daar in plaats van 36 M^3 slechts 28 M^3 worden vereischt. Een vermeerdering van 22% aldus. In paviljoenen van 40 patiënten kunnen dan 48 à 49 patiënten verpleegd worden, terwijl het aantal geneeskundigen niet grooter behoeft te worden.'[70]

Het lijkt erop dat de begin 1919 geopende sanatoriumafdeling van het Provinciaal Ziekenhuis met driehonderd bedden nabij Santpoort aanvankelijk anders functioneerde.[71] Zo bestond het patiëntenbestand kort na openstelling voor zeker de helft uit 'psycho-neurotici', patiënten aan wie 'therapeutisch gezien meer eer viel te behalen' dan aan de doorsnee gestichtspatiënt. Of de samenstelling van de sanatoriumbevolking in 1930 inmiddels was veranderd, en 'het sanatorium een observatieafdeling [was] geworden voor lastige of voor zichzelf gevaarlijke krankzinnigen', zoals een van de artsen aan de Inspectie van het Staatstoezicht schreef

68 Schuurmans Stekhoven 1925, 67.
69 Furnée en Jonkman 1994, hoofdstuk 6.
70 Furnée en Jonkman 1994, 124-125.
71 Blok 1997a, 123-124. Bij Koninklijk Besluit van 2 december 1918 werd het gesticht Meerenberg onder de naam 'Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort' met ingang van 1 januari 1919 omgezet in een psychiatrische inrichting. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 97.

nadat twee patiëntes zelfmoord hadden gepleegd, is niet vast te stellen.[72] Wel lijkt het aannemelijk dat het Santpoortse sanatorium ten minste gedurende de eerste jaren primair als observatie- en behandelafdeling voor 'psycho-neurotici' of 'zenuwlijders' dienst heeft gedaan – inderdaad het type 'zenuwafdeling' dat Schuurmans Stekhoven indertijd voor ogen stond.[73]

In hoeverre de aangewezen afdelingen of sanatoria het imago van de (voormalige) gestichten opvijzelden is nog maar de vraag. Sommige gestichtsartsen hadden daar al van meet af aan hun twijfels over.[74] Zij achtten het instituut van de aangewezen afdeling tot mislukken gedoemd zolang de banden met de gestichtsafdeling niet definitief waren doorgesneden. De psychiater A. Querido constateerde in 1939 in zijn boek *Krankzinnigenrecht* dat er van de grote verwachtingen die Schuurmans Stekhoven en vele psychiaters met hem van de open afdeling koesterden weinig terecht was gekomen.

> ——— *Ongelukkigerwijze hebben de medici zelf de zaak hier bedorven, door zoowel de kliniek als open afdeeling op een voor den leek onontwarbare wijze, met het begrip dwangverpleging te koppelen. In plaats dat de open afdeeling de geheele verpleging van geesteszieken op een hooger plan (het plan der 'gewone' ziekenverpleging) heeft gebracht, is het gestichts-idee, het denkbeeld der gedwongen verpleging, overgegaan op open afdeeling en kliniek.*[75]

Toch is er ook een andere kant van de medaille: zelfs indien het in de beleving van patiënten en hun familie niet veel uitmaakte of opname in een sanatorium- of in een gestichtsafdeling plaatsvond, dan nog betekende opname in de ene dan wel de andere afdeling het verschil tussen een opname zonder of met rechterlijke machtiging. Opname met een rechterlijke machtiging hield op zijn minst in juridisch opzicht de nodige beperkingen in, al behoefde dit succesvolle onderhandelingen van de kant van familie over het ontslag van een patiënt niet in de weg te staan.[76] De mogelijkheid tot opname zonder rechterlijke machtiging betekende in ieder geval wel dat de inrichtingen in de praktijk gemakkelijker toegankelijk en in die zin meer open werden. Uiteraard bleef een medische verklaring vereist. Voor arme, op gemeentelijke ondersteuning aangewezen patiënten diende een speciaal hiertoe aangewezen arts de verklaring af te geven.

Ook staat nog te bezien of en in hoeverre de fysieke en organisatorische afstand tussen gestichts- en sanatoriumafdeling en het architectonisch aanzien van een sanatorium gewicht in de schaal legden. Hoe groter die afstand en hoe fraaier de architectuur, des te minder associaties een sanatorium of kliniek zal hebben opgeroepen met een gesticht, zo is de gedachte. Slechts nader onderzoek naar

72 Blok 1997a, 124 en 291: noot 3.
73 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 100. Zie aan het begin van deze paragraaf over de aangewezen of sanatoriumafdeling.
74 Zie bijvoorbeeld Cox 1917.
75 Querido 1939, 210.
76 Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.

de waardering en het feitelijk gebruik van de diverse sanatoriumafdelingen zal uitkomst kunnen bieden. Voorlopig houden wij het erop dat het instituut van de aangewezen afdeling weliswaar belangrijke innovatieve elementen in zich droeg, maar dat zelfs een Noorder Sanatorium en vergelijkbare sanatoria niet die omslag in de psychiatrie en die imagoverbetering voor de gestichten met zich meebrachten als wel is gesuggereerd.

Bouwen voor speciale groepen

De sedert het eind van de negentiende eeuw ingezette externe differentiatie in de vorm van aparte voorzieningen voor zwakzinnigen, epileptici, alcoholisten en zenuwlijders kreeg een over het geheel genomen bescheiden vervolg in het interbellum. Daarnaast diende zich na de invoering van de 'Psychopathenwetten' in 1928 nog een nieuwe categorie aan: het 'psychopathenasiel'.

Gedurende de jaren twintig en dertig kwamen er twaalf min of meer officiele inrichtingen voor zwakzinnigen – aan deze term werd inmiddels de voorkeur gegeven – bij.[77] Net als de voor 1914 geopende inrichtingen waren ook deze latere instellingen zonder uitzondering het resultaat van particulier, overwegend confessioneel initiatief. Zes van de twaalf nieuwe zwakzinnigeninrichtingen waren katholiek, de meeste andere hadden een protestantse signatuur. Twee van deze twaalf – de Willem van den Bergh Stichting te Noordwijk (1923) en Huize St. Ursula te Nieuwveen (1935) – vielen onder het Staatstoezicht. Al met al stonden in 1936 vier zwakzinnigengestichten ('s-Heerenloo, Bethesda, Huize Assisië, Lozenoord) en drie zwakzinnigeninrichtingen (Boldershof, Willem van den Bergh Stichting, Huize St. Ursula) onder het Staatstoezicht.[78] De capaciteit van de officiële zwakzinnigengestichten en -inrichtingen – afgemeten aan het aantal verpleegden op 1 januari – was toegenomen van ruim achthonderd in 1914 naar ruim 2100 in 1936, waarna een verdere stijging plaatsvond naar ruim 2800 per eind 1939.[79] Hoeveel zwakzinnigen – zowel meerder- als minderjarigen – rond die tijd in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen verbleven is niet bekend bij gebrek aan informatie over de diagnoses in de verslagen van het Staatstoezicht. De overige inrichtingen voor zwakzinnigen zullen halverwege de jaren dertig een capaciteit hebben gehad van naar schatting tussen de 2500 en drieduizend.[80]

Het aantal inrichtingen voor epileptici en sanatoria voor alcoholisten blijkt sedert het begin van de twintigste eeuw niet noemenswaardig te zijn toegeno-

77 Zie Van der Esch 1975-1980, III: 5. Zie ook bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940.

78 Ook voor de onder het Staatstoezicht vallende voorzieningen voor zwakzinnigen gold het onderscheid tussen enerzijds gestichten en anderzijds inrichtingen met zowel een gestichts- als een aangewezen afdeling.

79 De informatie over laatstgenoemd jaar is ontleend aan het Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62.

80 Zie bijlage 2: Chronologisch overzicht idiotengestichten en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland 1884-1940. Indien de capaciteit van een inrichting slechts voor een later tijdstip bekend was, is dit getal naar beneden bijgesteld.

men. Het bleven zonder uitzondering particuliere, overwegend confessionele ondernemingen. Wel deden zich enkele verschuivingen voor. Zo vermeldt de in 1936 verschenen *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* naast de al langer vanwege de Christelijke Vereeniging voor de Verpleging van Lijders aan Vallende Ziekte bestaande inrichtingen Bethesda-Sarepta te Haarlem en Meer en Bosch te Heemstede, en de betrekkelijk nieuwe, op het terrein van Meer en Bosch opgerichte Koningin Emma-Kliniek, ook een Gasthuis tegen Vallende Ziekte aan de Amsterdamse Overtoom vanwege de neutrale Nederlandsche Vereeniging tegen Vallende Ziekte, en een katholieke inrichting, Huize Providentia te Sterksel (Noord-Brabant).[81] Van de vier rond 1900 bestaande sanatoria voor alcoholisten komt er in de *Gids* van 1936 nog maar één voor: Hoog-Hullen te Eelde van de neutrale Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen. Daar waren echter inmiddels twee sanatoria van de katholieke Dr. Ariënsvereeniging en een protestants-christelijke instelling bijgekomen: Huize Esch te Vaals (1922), die in 1927 verhuisde naar Roermond (kasteel Schöndeln), de eveneens katholieke inrichting voor drankzuchtige vrouwen in Zwolle (1925), vanaf 1930 gevestigd in het St. Catharinahuis, en het aan de Nederlandsche Christen-Vrouwen-Unie toebehorende Unie-Huis te Beekbergen.[82]

De belangrijkste verandering ten opzichte van het begin van de twintigste eeuw was dat inmiddels een heel netwerk van poliklinieken dan wel consultatiebureaus was gevormd voor epileptici, alcoholisten, zenuw- en zielszieken en moeilijk opvoedbare en zwakzinnige kinderen.[83] Zo beheerde de Nederlandsche Vereeniging tegen Vallende Ziekte vijf poliklinieken: in ieder van de vier grote steden en in Zwolle. Bovendien beschikte de Nederlandsche Afdeeling van den Internationalen Bond tegen Vallende Ziekte over poliklinieken in Amsterdam en Den Haag, terwijl de genoemde Christelijke Vereeniging in 1936 twee consultatiebureaus oprichtte, in Haarlem en Apeldoorn.[84] Vanaf 1909 kwamen in Nederland tal van consultatiebureaus voor alcoholisme tot stand, die zich kennelijk ontwikkelden tot geduchte concurrenten voor de alcoholistensanatoria. Zo bleek begin 1924 dat ruim een kwart van de 130 bedden onbezet was.[85]

Op het bredere terrein van de krankzinnigenzorg werden vanaf 1916 consultatiebureaus voor zenuw- en zielszieken en aan de inrichtingen verbonden buitendiensten voor voor- en nazorg in het leven geroepen.[86] Naar het zich laat aanzien had dit geen gevolgen voor de sanatoria en de herstellingsoorden voor 'zenuwlijders': van leegstand in de grotere sanatoria Rhijngeest en het Christelijk Sanatorium te Zeist is althans niets gebleken. Anderzijds bleef de bouw van nieuwe, wat

81 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 182-187.

82 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 180; Van der Stel 1995, 191-194.

83 Zie voor nadere informatie 2.5, paragraaf 'Drankverslavingszorg'.

84 Nader onderzoek naar voorzieningen voor epileptici is tot op heden niet verricht.

85 Van der Stel 1995, 194. Zie verder 1.8. Hygiënisme en de psychiatrische zorg voor alcoholisten en 2.5, paragraaf 'Drankverslavingszorg'.

86 Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

grotere en niet onder het Geneeskundig Staatstoezicht vallende sanatoria – zogenoemde 'vrije sanatoria' – na 1903 achterwege.[87] Voor zover nieuwe herstellingsoorden of klinieken voor 'zenuwlijders' in gebruik werden genomen betrof het kleinere, zonder uitzondering particuliere en op één na neutrale voorzieningen met hooguit 25 bedden. De *Gids Nederlandsche Sanatoria en Herstellingsoorden* (1935) vermeldt in totaal 19 herstellingsoorden en 'vrije sanatoria'.[88] Hooguit 10 daarvan dateren uit het interbellum. In 1936 kwam daar nog het neutrale, particuliere sanatorium Koningsheide te Schaarsbergen bij.[89] Het was bestemd voor 'lijders aan psychosen en neurosen die zelf in hun verpleegkosten voorzien en die er prijs op stellen, dat de inrichting waarin zij verpleegd worden zoveel mogelijk hun eigen milieu benadert.'[90] Deze 'aangewezen inrichting' was opgericht dankzij een anonieme schenking door ouders van een psychiatrisch patiënt die slechte ervaringen had opgedaan in krankzinnigengestichten. Net als het in 1926 gesloten sanatorium de Vogel- en Plantentuin in Arnhem, stond ook Koningsheide onder leiding van L.F.C. van Erp Taalman Kip. In 1944 zou Koningsheide worden opgeheven nadat het ernstige schade had ondervonden van het oorlogsgeweld tijdens de slag om Arnhem.

Dat de bouw van grotere 'vrije sanatoria' achterwege bleef lag ten dele aan de totstandkoming van alternatieve voorzieningen. Om de belangrijkste te noemen: psychiatrische universiteitsklinieken, die met ingang van 1904 de status van aangewezen inrichting konden verwerven, particuliere aangewezen inrichtingen, zoals het uit 1902 daterende St. Antonius te Leur, dat in 1910 de status van aangewezen inrichting kreeg, en de in 1923 geopende R.K. Psychiatrisch-Neurologische Kliniek St. Jacobusstichting met een aparte sanatoriumafdeling te Wassenaar, en de aangewezen of sanatoriumafdelingen die vanaf 1916 hun intrede deden. Deze vervulden alle een soortgelijke functie voor zover zij zich op een clientèle van 'zenuwlijders' richtten. In tegenstelling tot 'vrije' sanatoria vielen aangewezen inrichtingen net als krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen onder het Staatstoezicht.[91] Konden de sanatoria aanvankelijk – en uiteraard achteraf bezien – worden beschouwd als een opmaat tot het instituut van de aangewezen afdeling, toen dit instituut eenmaal was gerealiseerd, leek er voor de markt van 'vrije sanatoria' een verzadigingspunt te zijn bereikt. Of was dit gezichtsbedrog, en was er nog wel degelijk koopkrachtige vraag naar (meer) sanatoria, los van de psychiatrische inrichtingen? Hoe dit ook zij, de aangewezen

87 Huddleston Slater s.a. [1935], IV.

88 Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie rubriek VII: Inrichtingen voor Zenuwzieken, Zenuwlijders, Zenuwpatiënten en Zenuwzwakken. Uit deze rubriek zijn alleen de herstellingsoorden en de 'vrije sanatoria' geteld.

89 Zie ook bijlage 3: Chronologisch overzicht sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland 1884–1940.

90 Zie Vijselaar 2007b en de daar vermelde literatuur.

91 Zie 2.2, paragraaf 'De aangewezen of sanatoriumafdeling'. Zie over St. Antonius: Willemsen 1997. Zie over de St. Jacobusstichting: Huddleston Slater s.a. [1935], 142–145. Voorts beschikte het in 1931 geopende Gemeente Ziekenhuis in Arnhem van meet af aan over een apart zenuwpaviljoen voor zestien patiënten. Zie Vos 2007b.

afdelingen leken de toekomst te hebben, niet in de laatste plaats omdat arme patiënten daar wél (althans vanaf 1929) en in de 'vrije sanatoria' geen recht hadden op financiële ondersteuning van gemeentewege. Voor patiënten met een ruimere beurs, van wie sommigen waarschijnlijk ook een beroep deden op buitenlandse instellingen en vrijgevestigde zenuwartsen, was het aanbod alleen maar verder uitgebreid.

Aan de andere kant van het spectrum kwam er tijdens het interbellum bovendien nog een nieuw type voorziening bij: het 'psychopathenasiel'. De invoering van de Psychopathenwetten in 1928 markeerde een nieuwe fase in de gerechtelijke psychiatrie, die in hoofdstuk 2.5 nader aan de orde komt.

Als wij krankzinnigengestichten en de latere psychiatrische inrichtingen als psychiatrische kernvoorzieningen beschouwen, dan is de oprichting van voorzieningen voor speciale groepen patiënten als een vorm van externe differentiatie op te vatten. Zwakzinnigen, epileptici, alcoholisten, zenuwlijders en nu ook psychopaten gingen gelden als patiënten met een specifieke problematiek, voor wie opname in aparte, al dan niet onder het Staatstoezicht vallende instellingen om medische, pedagogische, financiële of ook andere redenen de voorkeur verdiende boven opname in een krankzinnigengesticht of psychiatrische inrichting. De omvang van deze differentiatie, of zo men wil specialisatie, laat zich aan de hand van de toenmalige gidsen en geneeskundige jaarboekjes globaal vaststellen. Het is echter lastiger om te traceren wat deze differentiatie in termen van het feitelijk gebruik van en de praktijk in de diverse soorten inrichtingen inhield.[92] De externe differentiatie vond tot op zekere hoogte een pendant in de aangewezen afdeling: een vorm van interne differentiatie die, voor zover deze gepaard ging met de opname van vooral 'zenuwlijders', eveneens getuigde van specialisatie.

Meer dan het gesticht alleen

De inspecteurs, gestichtsgeneesheren en ook provincies toonden zich voor de Eerste Wereldoorlog keer op keer bezorgd over de verstopping van de gestichten – hoeveel er ook werd gebouwd, nooit was het genoeg – en over de stijgende kosten van de verpleging. Desondanks leidde een en ander niet zonder meer tot de conclusie dat Nederland alsmaar gekker werd en ook de geneeskundige functie van het gesticht kwam niet ter discussie te staan. De debatten in het interbellum vertonen ten dele andere accenten: niet zozeer het plaatsgebrek in de gestichten als wel de (vermeende) toename van krankzinnigheid en geestesziekte lijkt de vakgenoten (en ook anderen) bezig te hebben gehouden. Bovendien won de overtuiging veld dat een verblijf in een gesticht niet altijd goed uitpakte en dat ook daarbuiten naar oplossingen gezocht diende te worden, bijvoorbeeld in de vorm van voor- en

92 Zo die al geproduceerd en bewaard zijn gebleven, zou onderzoek op basis van patiëntendossiers uitkomst kunnen bieden.

nazorg, consultatiebureaus voor 'zenuw- en zielszieken' en meer algemene preventieve maatregelen. De stijgende kosten van de krankzinnigenzorg, die in het interbellum niet alleen een aanhoudende bron van zorg vormden, maar ook tot ingrijpen noopten, zijn daaraan mede debet geweest.[93]

Dat Nederland steeds gekker werd leek in vakkringen evenwel minder dan voorheen aan twijfel onderhevig.[94] En meer dan dat: het ging niet alleen om 'gekte' in de zin van krankzinnigheid, maar zenuwartsen kregen ook steeds meer oog voor andere, minder ernstige stoornissen. Van der Scheer, van 1916 tot 1919 inspecteur voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en daarna geneesheer-directeur van Duin en Bosch te Castricum, liet er in een rede ter gelegenheid van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Wetenschappelijk Onderzoek der Therapie van Zenuw- en Zielsziekten (1919) geen misverstand over bestaan: 'Zeer zeker neemt het aantal zenuwzieken en krankzinnigen in de laatste decennien onrustbarend toe'.[95] Werd in 1913 ruim 5 miljoen gulden uitgegeven aan de verpleging van armlastige krankzinnigen, sedert de oorlog was deze kostenpost – deels door inflatie – reeds tot 7 miljoen gestegen. Met een jaarlijks accres van ongeveer vijfhonderd was het aantal patiënten in de krankzinnigengestichten inmiddels tot bijna 16.000 toegenomen. En daar kwamen dan, volgens Van der Scheer, nog de naar schatting ten minste 20.000 geestesgestoorden bij die buiten de inrichtingen verbleven, om nog maar te zwijgen van al die ernstige zenuwlijders 'die, niet opgewassen tegen de maatschappelijke moeilijkheden, zoowel hunne medemenschen als zichzelven tot last zijn.'[96] Toch zag Van der Scheer wel degelijk enkele lichtpuntjes. Zo rekende hij de scheppingen van inspecteur Schuurmans Stekhoven – de aangewezen afdeling en de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid (1917) – tot de grote gebeurtenissen van de laatste jaren. Dat was echter niet genoeg. Hij riep de regering op er blijk van te geven 'dat ook zij ten volle beseft, *dat de kracht van een volk zetelt in zijn lichamelijke en geestelijke volwaardigheid*.'[97] Wetenschappelijk onderzoek naar zenuwziekten en psychosen verdiende krachtige steun.

Ook de Amsterdamse hoogleraar psychiatrie en neurologie K.H. Bouman was van oordeel dat het met de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking niet best was gesteld – sterker nog, dat die alleen maar achteruitging. Zo liet hij in

93 Zie voor de discussies in het interbellum in het bijzonder de hieronder vermelde publicaties in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* en de verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. Zie over de financiering van de GGZ: Bakker en Van der Velden 2004a, 2004b, 2005.

94 De Goei (2001, hoofdstuk 1) doet het, mede onder verwijzing naar het neurastheniedebat rond 1900, voorkomen als zou er sedert het eind van de negentiende eeuw onder (zenuw)artsen een communis opinio hebben bestaan dat het aantal geestelijk ongezonde mensen in Nederland toenam, zowel in absolute als in relatieve zin.

95 Van der Scheer 1919, 6; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 6–8.

96 Van der Scheer 1919, 7.

97 Van der Scheer 1919, 15. De cursivering is van Van der Scheer.

1924 in zijn openingswoord bij de oprichtingsvergadering van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (Vereeniging voor Psychische Hygiëne) (NVGV) weten dat het aantal 'geestelijk onevenwichtigen en invaliden' toenam en 'op den duur de draagkracht der valide bevolking te boven [zou] gaan'.[98] Vijf jaar later signaleerde hij in een artikel over sociale psychiatrie een 'merkwaardig en angstwekkend toenemen der geestesstoornissen voor geheel Nederland' en, wat de hoofdstad betrof,

> ——— *een gestage vermeerdering van z.g. 'maatschappelijk ongeschikten' – waaronder dan die geestelijk defecten zijn te beschouwen die wel niet in een krankzinnigengesticht thuis behooren, maar toch niet in staat zijn in hun eigen levensonderhoud op eenigerlei wijze te voorzien en voor wie de gemeenschap geheel moet zorgen.*[99]

Zoals andere psychiaters voor hem hadden gedaan, wees hij op de invloed van de urbanisatie, de industrialisering, de hogere eisen die aan mensen werden gesteld, het sneller wordende verkeer en de biologische 'contra-selectie'. Maar ook het toegenomen zorgaanbod, het verbeterde inzicht in de beginstadia van geestesziekte en de afname van de weerstand van familieleden tegen opname hadden volgens Bouman bijgedragen aan de groei: 'men maakt zich gemakkelijker dan vroeger los van zijn zieke huisgenooten, die op den duur toch een last en belemmering vormen in de moderne verhoudingen. Kortom: de strijd tegen de opname verdween allengs zoo zeer, dat het aanbod de vraag ging overtreffen.'[100] De stijging was dan ook te beschouwen als het inhalen van een achterstand in de zorg. Dat Amsterdam het hoogste aantal krankzinnigen in Nederland kende, bewees dat het zorgaanbod daar groter dan elders was. Verder was in Amsterdam 'de groote Joodsche bevolking – die zoo veel meer dan de niet-Joodsche vatbaar is voor zenuw- en geesteszieken' – volgens Bouman van invloed op het hoge cijfer.[101]

Opvallend is dat Bouman anno 1929 de verleden tijd gebruikte waar het ging over plaatsgebrek voor krankzinnigen: inmiddels waren er veel inrichtingen bijgekomen.[102] De verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten uit het interbellum getuigen inderdaad slechts sporadisch van plaatsgebrek in de gestichten en psychiatrische inrichtingen en dan nog louter wanneer een mede of primair uit kostenoverwegingen ingegeven verhoging van de maxima van het aantal verpleegden daarin aan de orde was. Zo valt in het ver-

98 Geciteerd in De Goei 2001, 15.

99 Bouman 1929, 134-135. Zie ook Commissie van Onderzoek s.a. [1931], Meijers 1928 en 1.4, paragraaf 'Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg'.

100 Bouman 1929, 37-38.

101 Bouman 1929, 137-139. Ook Kraus (1936, 902) meende dat krankzinnigheid met een hogere dan gemiddelde frequentie in de Joodse bevolkingsgroep voorkwam, maar hij merkte daarbij op dat deze ook een bovengemiddeld aantal talentvolle en intelligente mensen telde. De Amsterdamse psychiater F.S. Meijers stelde na de oorlog op basis van zijn ervaring met joodse patiënten tijdens de Duitse bezetting vast dat vooral de toename van neurosen vaak te wijten was aan bepaalde sociale invloeden. Zie Meijers 1947, 120.

102 Bouman 1929, 135.

slag over de jaren 1932–1936 te lezen dat de Inspectie in 1933 aan de minister een negatief advies uitbracht met betrekking tot de door Gedeputeerde Staten van een der provincies gestelde vraag of de maxima konden worden verhoogd in verband met de noodzaak om te bezuinigen.[103] Inspecteur Schuurmans Stekhoven vermeldde in dit verband dat, toen in 1921 vanwege de grote behoefte aan plaatsruimte en de hoge kosten van nieuwbouw was overgegaan tot tijdelijke verhogingen van de maxima, de Inspectie ervan was uitgegaan dat rustige patiënten met iets minder plaatsruimte toekonden dan onrustige. De meerderheid van de gestichtsartsen was het evenwel niet eens geweest met de beperking van de plaatsruimte per patiënt – in de dagverblijven 2,5 vierkante meter voor rustigen en 3 voor rustigen. Zo schreef J.L.Ch.G.A. le Rütte, geneesheer-directeur van Brinkgreven te Deventer, dat door een vermindering van de vierkante meters per patiënt juist hogere kosten zouden ontstaan, omdat dan een intensievere verpleging en derhalve meer personeel nodig was.[104] Een verdere verhoging van de maxima zou ten koste gaan van de patiënten en hun verpleging.[105] De plaatsruimte per patiënt en daarmee de kwaliteit van de verpleging woog voor de Inspectie inmiddels het zwaarst: daarop viel niet te bezuinigen. Van een tekort aan plaatsen repte de Inspectie in het geheel niet.

In 1936 ging P.J. Piebenga, die in 1935 Le Rütte als geneesheer-directeur van Brinkgreven was opgevolgd, nog een stapje verder toen hij in een voordracht voor het Antonia Wilhelmina Fonds aangaf dat er in sommige psychiatrische inrichtingen, vooral de duurdere, zelfs sprake was van lege bedden, in totaal zo'n 1000 à 1200.[106] Sterker nog, het was zijn stellige overtuiging dat er al enige jaren sprake was van een overaanbod van krankzinnigenzorg. Hij juichte de in 1934 ingestelde bouwstop dan ook toe. Immers, 'hoe meer plaatsen er beschikbaar zijn voor krankzinnigen, des te meer krankzinnigen zullen er komen, d.w.z. de indicatie tot opneming zal ruimer worden gesteld.'[107] Met deze visie liet Piebenga een duidelijk ander geluid horen dan bijvoorbeeld Van der Scheer, die de achteruitgang van de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking min of meer als een onomstotelijk feit presenteerde. Piebenga stond trouwens met zijn opvatting niet alleen. Ook K.H. Bouman had reeds gewezen op de invloed van het aanbod op de vraag en Schuurmans Stekhoven had zich rond 1930 bij de presentatie van statistieken over de ontwikkeling van de gestichtsbevolking stelliger dan voorheen gedistantieerd van gevolgtrekkingen als zou de groei ervan duiden op een toename van krankzinnigheid. Het mocht dan wel zo zijn dat de gestichtsbevolking tussen 1849 en 1929 was gestegen van bijna vier naar ruim 27 per 10.000 inwoners, maar het zou onjuist zijn daaruit af te leiden dat 'de geestestoestand van de bevolking

103 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 12.
104 Zie bijvoorbeeld Le Rütte 1921.
105 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 12.
106 Piebenga 1936a, 25-26. Het Antonia Wilhelmina Fonds, een in 1917 opgerichte stichting van J. van Deventer en diens echtgenote, had als doel de gezinsverpleging van geesteszieken te bevorderen.
107 Piebenga 1936a, 23-24.

van Nederland slechter wordt'. Volgens Schuurmans Stekhoven speelden maatschappelijke verhoudingen een hoofdrol en had bovendien het begrip krankzinnig sedert 1850 een andere betekenis gekregen.[108]

Of men nu wel of niet van oordeel was dat de Nederlandse bevolking gestoorder werd, er leek inmiddels een redelijke mate van overeenstemming te bestaan over de noodzaak niet langer alle kaarten op het gesticht of de inrichting te zetten, maar ook of misschien wel juist over hun muren heen te kijken.[109] In een periode dat de toename van de gestichtsbevolking zich onverminderd doorzette en de kosten van verpleging almaar stegen leek de 'sociale psychiatrie', in de beperkte betekenis van voor- en nazorg, dan wel in de meer omvattende betekenis van geestelijke volksgezondheid of psychische hygiëne, zo niet de ultieme oplossing te bieden dan toch op zijn minst het tij mee te hebben.[110]

Zoals wij elders in dit boek uitgebreid uiteenzetten, won in de jaren twintig het inzicht veld dat nazorg voor uit het gesticht ontslagen patiënten en ook voorzorg voor (nog niet opgenomen) geesteszieken een belangrijke aanvulling konden betekenen op de in de gestichten geboden zorg, ja zelfs tot een vermindering of in ieder geval een verkorting van opnamen konden bijdragen. Met de oprichting van de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid namen de inspecteurs van het Staatstoezicht reeds in 1917 een initiatief in deze richting. Ook pleitten zij en het Antonia Wilhelmina Fonds herhaaldelijk, zij het met wisselend succes, voor een uitbreiding van de gezinsverpleging onder verantwoordelijkheid van de gestichten en psychiatrische inrichtingen. Voor wie geloofde dat het met de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking hollend achteruitging, was de vraag primair of en vooral hoe dit tij kon worden gekeerd. Voor- en nazorg voor geesteszieken en zwakzinnigen was mooi, maar niet genoeg. Bevordering van de 'geestelijke volksgezondheid' of 'psychische hygiëne' werd het toverwoord. Steeds meer psychiaters en ook anderen raakten ervan overtuigd dat er naast het gesticht en de inrichting – hoe belangrijk ook – meer dan voorheen aanvullende en zo mogelijk vervangende hulpverlening moest komen. In dit opzicht was er ook voor de gestichten en inrichtingen zelf een taak weggelegd.

108 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 131–132; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 156. Vergelijk Schuurmans Stekhoven 1910 (vermeld in 1.4, paragraaf 'Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg'). Ook F. Grewel (1937, 61) keerde zich tegen de opvatting dat Nederland steeds gekker werd.

109 Zie bijvoorbeeld Meijers 1928.

110 Zie 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

2.3 Krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen

'Achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal' – verhalen van Fré Dommisse

In 1929 verscheen *Krankzinnigen*, een autobiografisch getinte roman van de in 1900 geboren Fré Dommisse.[111] Zij beschrijft hoe haar romanpersonage Dé – die even oud blijkt te zijn als Fré zelf – vijfmaal gedurende een betrekkelijk korte tijd werd opgenomen, wat zij zoal meemaakte en hoe het haar uiteindelijk, zo'n vier jaar later, lukte zover te herstellen dat ze, naar het zich liet aanzien, definitief kon terugkeren naar de maatschappij. Dé's eerste opname vond plaats tijdens de Eerste Wereldoorlog. Zij verbleef toen zeven maanden lang in een 'kliniek' en werd daar kunstmatig gevoed wanneer ze uit schuldbesef niet wilde eten – vermoedelijk leed zij aan een depressie.[112] Na een verblijf van twee maanden thuis volgde opname in een 'krankzinnigengesticht' van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen. Dé werd daar door een verpleegster en een verpleger per auto heengebracht.

_____ *Ik stond in de badkamer. De hoofdzuster van het paviljoen had me ontvangen met de eerste verpleegster. […] Een vreemd gevoel kwam over me. Het was als gebeurde alles om me heen zonder dat ik er in werkelijkheid bij was. Slechts één gedachte nam me in beslag: 'Je bent in een krankzinnigengesticht, je bent krankzinnig!' […]*

De zuster, die me hielp, had een prettig vriendelijk gezicht, ze was forsch gebouwd, had blond haar en blauwe oogen. Streng leek mij de hooge boord dien ze droeg. Aan de ronde zilveren broche zag ik, dat ze gediplomeerd was. Er stond een kruis, een anker en een hart op gegrift: geloof, hoop en liefde. Er omheen: 'Christelijke verzorging van Krankzinnigen in Nederland'.

Ik was klaar, alleen de pantoffels die ik aan had, waren van mezelf. Ik was in een blauw wollen rok en een wit jakje gekleed. De zuster nam mij onder de arm en opende met een sleutel, die aan een leren riem met ijzeren ring om haar middel hing, de deur waarachter ik het zingen en vloeken hoorde. Ik werd naar binnen geduwd en de deur zorgvuldig achter me op slot gedaan. Toen overviel mij een ontzettende angst en benauwenis, al bleef ik uiterlijk kalm.

Krampachtig tegen de deur gedrukt bleef ik staan.

Dit was dus de zaal, waar ik zou moeten liggen, dit waren de mensen, die net als ik krankzinnig waren. Hier onder dit luid zingen en vloeken zou ik tot rust moeten komen. Waar waren de bossen en waar was de frisse lucht, mij beloofd? Benauwde zaallucht sloeg me tegen.

Een vrouwtje stond recht overeind in haar bed, ze had een kort blauw-gebloemd jakje aan, het hemd reikte tot de knieën, bloot en mager waren de benen, smal en geel was het gezicht, groot en donker de ogen. Met zacht gegiechel danste ze zingend heen en weer, vooruit en achteruit, om plotseling met schelle schatering onder het dek te schieten.

111 Dommisse 1929. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II voor meer informatie over Dommisse.

112 Dommisse 1929, 44.

Een meisje met strak gezicht, de lange haren sluik om het hoofd, zat geleund tegen het houten hoofdeind. Haar ogen waren vreemd ver weg toen ze me aankeek.

Met open mond en grote angstige ogen in het magere gezicht, staarde een oud vrouwtje mij aan. 'Moord, moord! Och Here, och Here, daar komt er weer een, die ze vermoorden gaan. Móórd, móórd!'

Geen voet had ik nog verzet.[113]

Dé probeerde zo vlug mogelijk uit het gesticht weg te komen. Na twee maanden kreeg ze voorwaardelijk ontslag. Al na twee weken was ze terug. Wilde ze hierna voor ontslag in aanmerking komen, dan moest ze zich drie maanden achtereen 'rustig' en 'medewerkend' gedragen. Bij een terugval naar 'onrust' stond haar overbrenging van de 'ziekenzaal' naar de 'achterzaal' te wachten en zou het aftellen van voren af aan beginnen. Op de achterzaal moesten twee of drie verpleegsters Dé soms een hele nacht 'vasthouden' om haar ervan te weerhouden dat ze zichzelf of anderen iets zou aandoen. Ook kwam het voor dat ze werd 'ingewikkeld' in een nat laken met daaromheen een vastgenaaide wollen deken. Eenmaal terug op de ziekenzaal begon de worsteling om drie maanden rustig te blijven opnieuw.

——— *Een plotseling angst zwiepte in me op. [...] Ik wist het, dan heette ik in de war en ik zag Trui [een mede-patiënte] ernstig het hoofd schudden. Totdat zuster Van Pelt binnenkwam en zei, dat ik nu rustig in bed moest blijven, want dat ik anders naar de achterzaal zou moeten en dat dit jammer zou zijn, want dat 't nu al weer zo lang goed gegaan was en dat ik aan mijn moeder moest denken. Soms lukte het en kon ik me dwingen in bed te blijven, ik dacht aan huis en kroop krampachtig onder het dek, maar meermalen ging het niet en laaiden de onrust en de angst in me op. Dan werd er op de achterzaal weer een bed klaargemaakt en kwam ik na enkele dagen of weken tot het besef van mijn kans weer verspeeld te hebben.*

– Weer opnieuw beginnen. – Drie maanden. –

– achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal, en toch telkens weer de hoop, dat dit nu wel de laatste keer zou zijn, dat ik nu voor het laatst op de achterzaal gelegen had en van de ziekenzaal uit naar de dagzaal zou mogen en van de dagzaal uit naar huis.[114]

Het zou twee jaar duren eer het zover was. Thuis ging het echter na een half jaar alweer mis met Dé. Ditmaal werd ze in een 'sanatorium' opgenomen. Daar begon ze te tekenen, hiertoe aangemoedigd door een medepatiënte. Op een gegeven moment ging Dé's toestand echter sterk achteruit. Ze slikte gevaarlijke voorwerpen in en weigerde te eten. Opnieuw volgden inwikkelingen en kunstmatige voeding. Daarna verhuisde ze naar weer een ander gesticht. Na deze vijfde (her)opname kwam de verlossing in de vorm van een arts die begrip toonde en geloofde dat Dé kon genezen. Die overtuiging wist hij ook op Dé zelf over te brengen, met

113 Dommisse 1929, 1-2.

114 Dommisse 1929, 45.

succes: uiteindelijk ging ze op een oudejaarsdag met ontslag, zij het dat de behandeling bij deze arts thuis werd voortgezet.[115]

Naar Dommisse later als reactie op een recensie van haar boek schreef, was *Krankzinnigen* geenszins bedoeld als 'waarschuwing tegen inrichtingen voor geesteszieken', maar juist als een bijdrage tot het dichten van de kloof tussen normale en abnormale mensen. Voor verplegenden was daarbij een belangrijke taak weggelegd, zo stelde zij.[116] Ook Dommisse zelf bleef zich voor de zaak inzetten. Tien jaar later, in 1939, verscheen van haar hand een 'populair boekje' over de verpleging van geesteszieken, getiteld *Opdat er kieme…* Bij lezingen die ze in verschillende plaatsen over de verpleging van geesteszieken had gehouden, had het haar meermalen getroffen 'hoe ontstellend onkundig men dikwijls is omtrent de leefwijze der patiënten in de gestichten. Deze onkunde is geen gemis aan belangstelling, doch zij moet, dunkt mij, voornamelijk geweten worden aan gebrek aan voorlichting.' Zij hoopte dat 'een vluchtige rondgang over het gestichtsterrein' zou kunnen bijdragen 'tot meer besef van de waarde der tegenwoordige verpleging van geesteszieken'.[117] Dommisse verwees daarbij expliciet naar het in 1933 verschenen boek van Van der Scheer over de 'actievere therapie' – waarover hierna meer. In feite ging zij nog een stap verder door de wereld van het gesticht ten voorbeeld te stellen aan een maatschappij die zelf 'in een dolhuis dreigt te veranderen waarin de redeloosheid zegeviert en de – geestesgezonde – mensch tot de vreeselijkste excessen in staat blijkt'.

> ——— *Thans legt een kleine maatschappij van geesteszieken in onze verworden samenleving, waarin wij iederen dag worden opgeschrikt door de weerzinwekkendste berichten, een getuigenis af dat voor den normalen mensch diepe beteekenis heeft – het getuigenis dat ondanks waan en ziekte toch saamhoorigheid mogelijk is. […] Verborgen voor het oog der waanzinnige wereld wordt ons in de maatschappij der 'waanzinnigen' een voorbeeld gegeven van arbeidzaamheid, orde en verdraagzaamheid.*[118]

Dankzij de 'ontdekking' dat alle patiënten, zowel rustige als onrustige, 'opvoedbaar' zijn en goede gewoonten kunnen aanleren en slechte afleren, waren medici, aldus Dommisse, 'tot het besef gekomen dat het "onschadelijk" maken der zieken, hetzij door langdurig isolement, hetzij door gemeenschappelijke opsluiting zonder meer, onvermijdelijk tot algehele achteruitgang moest leiden'. Het inzicht had terrein gewonnen dat krankzinnigengestichten geen 'oorden der verschrikking' hoefden te zijn en dat

115 Dommisse droeg haar boek op 'aan de nagedachtenis van Dr. H. Breukink, die zijn leven voor zijn patiënten gegeven heeft'. Deze zenuwarts was van 1901 tot 1928 verbonden aan de Willem Arntsz Stichting te Utrecht en publiceerde onder meer over hypnose bij geesteszieken. Zie Hut et al. 1961, 552. Dr. H. van der Hoeven, geneesheer aan de Willem Arntsz Stichting, schreef een korte, positief getoonzette inleiding voor Dommisse's boek.

116 Vermeld in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

117 Dommisse 1939, 3-4.

118 Dommisse 1939, 4.

Fré Dommisse.

_____ *ondanks ziekte en leed in een gesticht toch een geest van saamhorigheid en liefde, ja, soms zelfs van blijdschap heerschen kan, mìts, en hier ligt het zwaartepunt, mits door hen die de verzorging der zieken op zich hebben genomen, de helpende hand wordt uitgestoken. Een helpende hand, die de stuurlooze of onwillige handen richten moet bij gemeenschappelijke arbeid en ontspanning en die niet meer als voorheen door toepassing van allerlei dwangmiddelen zich tegen den patiënt moet keeren.*[119]

In een 'goede gestichtsgemeenschap' viel, zo stelde Dommisse, het onderscheid tussen verplegend en huishoudelijk personeel en de patiënten 'in zekeren zin geheel weg'.

_____ *De verplegenden zien thans in de patiënten niet slechts de 'hulpbehoevenden', de 'abnormalen', maar eveneens de medewerkers bij den arbeid en clubgenooten in het vereenigingsleven. Door deze samenwerking weet men zich ook voor elkaar verantwoordelijk en dank zij dezen kameraadschappelijken omgang zijn de patiënten niet, als vroeger, verstoken van den gewonen omgang met normalen, terwijl zij eveneens in het verplegend personeel hun bondgenooten weten, die zij veel beter leeren kennen.*[120]

Fré Dommisse was de eerste voormalige patiënt in Nederland die zich met publicaties en anderszins inzette voor een gunstiger en realistischer beeldvorming over geesteszieken en hun behandeling in de krankzinnigengestichten, en die tevens duidelijk liet blijken hoezeer het welslagen van de gestichtsverpleging afhankelijk was van de houding en inzet van het verplegend personeel en de artsen.

Wat speelde zich ondertussen verder af in de gestichten en psychiatrische inrichtingen? De beloftes van het nieuwe bestonden uit meer dan alleen het instituut van de aangewezen afdeling en de ontwikkeling van de voor- en nazorg. Ze hadden ook betrekking op de nieuwe somatische therapieën en op de sociaal-pedagogisch georiënteerde 'actievere therapie', die in de jaren twintig en dertig ingang vonden. Nadat duidelijk was geworden dat de bedverpleging en de permanente baden in therapeutisch opzicht minder opleverden dan artsen er rond 1900 van hadden verwacht, waren de nieuwe therapieën meer dan welkom. Stuk voor stuk hielden zij de belofte van wezenlijke vooruitgang in.

Hierna zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van de gestichtsbevolking zoals die uit de statistieken van de Inspectie naar voren komt, ontwikkelingen op het gebied van de verpleging, de rol van de gestichtsartsen met inbegrip van de diverse therapieën, de behandeling die de patiënten ten deel viel, en de manier waarop hun ontslag tot stand kwam en wat daarop volgde. Werd in het vorige deel over de periode 1884-1918 uitvoeriger stilgestaan bij hetgeen aan de opname voorafging, dit hoofdstuk bevat verhoudingsgewijs

119 Dommisse 1939, 6.

120 Dommisse 1939, 65.

meer informatie over de terugkeer naar de maatschappij. De kostenstijgingen in de krankzinnigenzorg en de pogingen om die te keren vormen bij dit alles een herhaaldelijk terugkerend thema.

De gestichts- en inrichtingsbevolking

Tijdens de hier besproken periode brachten de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten in de verslaglegging twee wijzigingen aan. Ten eerste onderscheidden zij de psychiatrische inrichtingen – de gestichten met een aangewezen afdeling – van meet af aan door middel van cursivering van de gestichten zonder aangewezen afdeling.[121] Ten tweede werd vanaf 1915 niet langer gesproken van idioten- maar van zwakzinnigengestichten, en werden deze in de statistieken met ingang van 1932 van een asterisk voorzien ter onderscheiding van de (krankzinnigen)gestichten en psychiatrische inrichtingen. Inspecteur Schuurmans Stekhoven verkoos de naam zwakzinnigengesticht boven idiotengesticht omdat daarin 'toch niet uitsluitend idioten (stompzinnigen), maar ook imbecillen (zwakzinnigen)' werden verpleegd en hij meende te weten 'dat de naam zwakzinnigengesticht voor de verwanten van de verpleegden aangenamer zal zijn en wellicht bevorderlijk aan de opneming van patiënten.'[122] Dat de onder het Staatstoezicht vallende zwakzinnigengestichten en -inrichtingen met ingang van 1932 als zodanig werden onderscheiden was in feite een formalisering van een feitelijk bestaande situatie. Toch ging de Inspectie er vooralsnog niet toe over om aparte statistieken voor deze instellingen te publiceren. Vergeleken met de 'Inrichtingen voor krankzinnigen' (gestichten en psychiatrische inrichtingen), die volgens opgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek op 31 december 1939 bijna 25.000 plaatsen en iets meer dan 24.000 patiënten telden, namen de 'Inrichtingen voor zwakzinnigen' (zwakzinnigengestichten en -inrichtingen) toen nog een tamelijk bescheiden positie in met ruim 2800 plaatsen en iets meer dan 2600 patiënten.[123] De bevolking van de gestichten en de psychiatrische inrichtingen bestond echter voor een niet onaanzienlijk deel – we weten niet hoe groot – uit zwakzinnigen.[124] De door de Inspectie gepubliceerde overzichten en

121 Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a.

122 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 11.

123 Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62. In deze aflevering worden cijfers per 31 december 1939 en 31 december 1946 gepresenteerd van Inrichtingen voor krankzinnigen en Inrichtingen voor zwakzinnigen. Deze cijfers zijn gebaseerd op door de Inspectie verzamelde, maar niet gepubliceerde gegevens. Na 1936 zou het dertig jaar duren eer een volgend verslag van de Inspectie – over de jaren 1969-1974 – verscheen. Zie ook bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland, 1884-1964 en bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997. Vergelijk Pameijer 1940, 191.

124 In 1909 maakten 'imbecielen' en 'idioten' tezamen 20 procent (in totaal 2340) van de totale gestichtsbevolking uit. Van hen was hooguit een kwart in 'idiotengestichten' ondergebracht. Zie Schuurmans Stekhoven 1922, 174-175. Helaas zijn dergelijke overzichten niet gepubliceerd voor latere jaren.

analyses en de (mede) hierop gebaseerde analyses van tijdgenoten betreffen vrijwel steeds de bevolking van de gestichten en de psychiatrische inrichtingen met inbegrip van de bevolking van de zwakzinnigengestichten en -inrichtingen.[125]

In navolging van deze contemporaine publicaties behandelen wij de ontwikkeling van de gestichtsbevolking hierna, tenzij anders vermeld, integraal, dus inclusief de bevolking van de zwakzinnigengestichten en -inrichtingen. Tijdens de Eerste Wereldoorlog steeg de gestichtsbevolking van ongeveer 14.500 op 1 januari 1915 naar ruim 15.500 begin 1918, al moet gezegd dat zich vooral in de beide laatste oorlogsjaren een flinke daling van de groei aftekende, die vervolgens zelfs leidde tot een eenmalige, absolute afname van het aantal opgenomen patiënten met ongeveer 150.[126] De dalende groei en de uiteindelijke kleine terugloop waren voornamelijk het gevolg van de sterke toename van de sterftecijfers in 1917 en 1918: de slechte voedselvoorziening alsmede de Spaanse griep in 1918 eisten hun tol.[127] Daarna steeg het aantal patiënten continu om begin 1928 uit te komen op meer dan 20.000 en eind 1939 op ruim 27.000.[128] Net als in de voorgaande periode nam de gestichtsbevolking sneller toe dan de Nederlandse bevolking als geheel. Verbleven er eind 1919 op iedere duizend inwoners 2,3 in een gesticht of psychiatrische inrichting, eind 1929 was dit aantal gestegen naar 2,7 en eind 1939 naar ruim 3,1.[129]

De psychiater G. Kraus wijdde in 1933 zijn dissertatie, *Krankzinnigheid in Nederland. Een sociaal-psychiatrische studie*, aan de ontwikkeling van de gestichtsbevolking vanuit de indertijd veld winnende gedachte dat krankzinnigheid 'niet is een ziekte van het individu op zichzelf, doch [...] een stoornis in de verhouding tusschen het individu en de gemeenschap'.[130] De belangrijkste factoren die bijdroegen aan een hoge 'asyleeringscoëfficiënt' – de verhouding van de gestichtsbevolking tot de totale bevolking – bestonden volgens hem uit de nabijheid en

125 Ook de onder toezicht van de gestichten vallende gezinsverpleging is in de tellingen van de Inspectie opgenomen. Zie voor analyses van de gestichtsbevolking uit het interbellum met name Kraus 1933 en voorts de dissertatie van Van den Bergh 1922. De door Van der Esch samengestelde overzichten van respectievelijk patiëntenaantallen in gestichten en psychiatrische inrichtingen zijn exclusief de zwakzinnigeninrichtingen. Van der Esch 1975-1980, I.

126 De opgaven van de 'sterkte der bevolking' in de verslagen van het Staatstoezicht (zie de algemene overzichten) hebben steeds betrekking op 1 januari van het betreffende jaar. Zie de tweede kolom van tabel 2.1: Sterkte der bevolking, opnamen, afvoeringen en toename capaciteit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936. Tenzij anders vermeld zijn ook de hierna volgende cijfers ontleend aan de verslagen van het Staatstoezicht.

127 De sterftecijfers liepen op van 1369 in 1916 naar 1738 in 1917 en 2127 in 1918. In 1919 liep de sterfte terug naar 1635. Zie tabel 2.2.

128 Cijfers over de jaren 1937 tot en met 1939 zijn ontleend aan Pameijer 1940, 191. Volgens het CBS was de sterkte van de gestichtsbevolking eind 1939 ongeveer duizend lager.

129 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 131; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 119; Pameijer 1940, 191.

130 Kraus 1933, 7. Kraus promoveerde bij Van der Scheer, voormalig geneesheer-directeur van Santpoort (1921-1930) en sedert 1930 hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Kraus was Van der Scheers opvolger als geneesheer-directeur van Santpoort.

G. Kraus bij zijn promotie in 1933.

daardoor goede bereikbaarheid van gestichten en psychiatrische klinieken, een toereikende financiële draagkracht der gemeenten (Kraus' onderzoek betrof vooral patiënten die geheel of ten dele voor rekening van de armenzorg kwamen), een hoge bevolkingsconcentratie en goede sociaal-hygiënische voorzieningen.[131] De hogere asylering in steden schreef hij, net als K.H. Bouman eerder, primair toe aan de geringere bereidheid en mogelijkheden om geesteszieken daar in de eigen omgeving te blijven verzorgen. Amsterdam liep op kop met in 1928 op iedere duizend inwoners zo'n 4,1 van gemeentewege verpleegde patiënten. Utrecht, Rotterdam en Den Haag volgden op afstand met respectievelijk 3,2, 2,8 en 2,6 per 1000 inwoners.[132]

Uit de verslagen van het Staatstoezicht blijkt voorts dat het jaarlijks aantal opnamen – exclusief de onderlinge overplaatsingen tussen gestichten – een minder continue stijging vertoonde dan die van de gestichtsbevolking als geheel. Op dit fenomeen ging Kraus niet nader in. Van ruim 3000 opnamen in 1915 en 1916 steeg het aantal opnamen in de twee daarop volgende jaren naar tussen de 3400 en 3500, om vervolgens van 1918 tot en met 1921 iets boven de 4000 uit te komen.[133] Daarna bleef het aantal opnamen – nog steeds exclusief de onderlinge overplaatsingen – tot 1929, een enkele uitzondering daargelaten, beneden de 4000. Na 1929, toen de gewijzigde Armenwet de gemeenten verplichtte ook de opname van behoeftigen in een aangewezen afdeling te bekostigen, steeg het aantal opnamen tot ver boven de 4000 om, na enkele jaren pas op de plaats, in 1936 de 5000 te passeren en in 1938 flink boven de 5800 uit te komen. Gemiddeld zo'n 14 procent van het totale aantal opnamen betrof overplaatsingen van de ene naar de andere inrichting.[134]

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen in welke mate schommelingen in het aantal opnamen – exclusief de onderlinge overplaatsingen – verband hielden met enerzijds de toename van capaciteit dankzij de opening van nieuwe psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor zwakzinnigen, de uitbreiding van bestaande gestichten of de verhoging van de toegestane maxima, en anderzijds het aantal ontslagen – al dan niet hersteld – of overleden patiënten. Tabel 2.1 laat zien dat de opening van nieuwe inrichtingen doorgaans, hetzij in hetzelfde jaar, hetzij in het daaropvolgende jaar, gepaard ging met een stijging van het totale aantal opnamen. Daarentegen volgde op de verhoging van de maxima in 1921 geen stijging, maar, zoals hieronder toegelicht, een daling van het totale aantal opnamen. De forse stijging – dan wel stabilisatie op een hoog niveau – van het aantal opnamen in de jaren dertig lijkt mede mogelijk te zijn gemaakt door een, ook dankzij

131 Kraus 1933, 157-160. Naarmate de zuigelingensterfte en onder andere de sterfte aan tuberculose dankzij voorzieningen als consultatiebureaus afnamen, vertoonde de asyleringscoëfficiënt een stijgende tendens.

132 Kraus 1933, 3.

133 Tabel 2.1 bevat de precieze cijfers; in de tekst worden afgeronde aantallen vermeld.

134 Zie in tabel 2.2 de kolom 'Naar ander gesticht (% ten opzichte van opnamen)'.

de voor- en nazorg, voortvarender verlof- en ontslagbeleid en een toename van de gezinsverpleging.[135]

In lijn met Kraus' bevindingen met betrekking tot de financiële draagkracht van gemeenten lijkt het erop dat de stagnerende groei van het aantal opnamen in de periode 1922–1928 mede te wijten was aan een forse stijging van de verpleegkosten. Deze bereikten het hoogste niveau in de jaren 1920 tot en met 1924, toen de gemiddelde kostprijs rond de 1.000 gulden per jaar bedroeg.[136] Om een indruk te geven van de ontwikkeling over een iets langere periode: in 1913 kostte een jaar verpleging in een tiental instellingen gemiddeld ruim 400 gulden en in 1933 bijna 850 gulden.[137] De reële kostenstijging van een verpleegdag is grotendeels op het conto van de stijgende loonkosten te schrijven, die op hun beurt weer samenhingen met de verbetering van de algemene welvaarts- en inkomensgroei in de jaren tien en twintig, alsook een verkorting van de werktijden.[138] Daar kwam nog bij dat de voedsel- en brandstofprijzen, mede ten gevolge van de inflatie, omhoog waren gegaan.

De groei van het aantal opnamen na 1928, toen het economisch tij nog mee zat en gemeenten ook opnamen zonder rechterlijke machtiging dienden te vergoeden, verkeerde in de jaren 1931–1934 (mede) onder invloed van de economische depressie in stagnatie met aantallen van rond de 4700 op een inmiddels aanzienlijk hoger niveau dan in de jaren twintig. Om de kosten nog enigszins in de hand te houden werd enerzijds ingezet op een sneller ontslag van patiënten, met inbegrip van een op ruimer schaal toegepaste verlofregeling, voor- en nazorg én op de goedkopere gezinsverpleging. Anderzijds bedongen provincies en gemeenten lagere verpleegprijzen.

Vooral de gemeenten, die in 1929 tezamen bijna de helft van de uitgaven aan krankzinnigenzorg droegen, hadden er alle belang bij om onder economisch moeilijke omstandigheden goedkopere oplossingen te zoeken voor hun armlastige krankzinnigen, geestes- en zenuwzieken en zwakzinnigen.[139] Hetzelfde gold voor de provincies, die goed waren voor ruim een vijfde van de uitgaven. Zolang de economische situatie dit toeliet, bevorderde het groeiende aanbod van gestichts-

135 Zie in tabel 2.2 de kolommen 'Hersteld' en 'Niet hersteld', en vergelijk de kolommen twee en drie van tabel 2.1. Zie voorts over vervroegd ontslag en voor- en nazorg in de maatschappij in de periode 1932–1936: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 13. Zie tevens over de voor- en nazorg: 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

136 Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland s.a. [1919–1930, 1934]. Met dank aan C. Th. Bakker en H. van der Velden. Hun nog lopende onderzoek wijst voorts uit dat de verpleegkosten ook stegen doordat de tarieven vanaf omstreeks 1920 aan de stijgende exploitatiecijfers werden aangepast. Tijdens de Eerste Wereldoorlog waren grote verliezen geleden, die ten koste gingen van het onderhoud en andere zaken.

137 Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 14–15.

138 Bakker en Van der Velden 2004a, 14–15. Zie ook hierna 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'.

139 Bakker en Van der Velden 2004a, 19. In 1929 werd bijna 15 miljoen gulden aan krankzinnigenzorg uitgegeven, waarvan zo'n 23 procent door particulieren, ruim 49 procent door gemeenten, ruim 21 procent door provincies en bijna 6 procent door het rijk.

en inrichtingsbedden de vraag. Toen er minder geld beschikbaar kwam, ging dit niet langer op. De gemeente Amsterdam, zoals gezegd met veruit het hoogste aantal van gemeentewege in gestichten en psychiatrische inrichtingen verpleegde patiënten, had reeds in 1926 een commissie aan het werk gezet om de problemen te inventariseren. Het in 1931 verschenen rapport liet er geen misverstand over bestaan: Amsterdam zat op veruit de hoogste lasten voor 'de verpleging en verzorging van krankzinnigen en andere geestelijk gebrekkigen' en diende dan ook alles in het werk te stellen om de kosten te beteugelen, onder andere door middel van reorganisatie en uitbreiding van de voor- en nazorg.[140]

Enige tijd later werd ook van rijkswege actie ondernomen om tot bezuinigingen te komen. Zo adviseerde de interdepartementale commissie-Frederiks tot de in 1934 afgekondigde bouwstop, in de verwachting dat daardoor de bezettingsgraad van de instellingen zou stijgen en de kosten per verpleegdag zouden dalen. Voorts dwong de overheid, naar voorbeeld van de provincie Zuid-Holland, de gestichten op grond van een vergelijkende inventarisatie tot besparingen op de exploitatiekosten.[141] Een en ander leidde inderdaad tot een verlaging van de verpleegprijzen, hetgeen weer doorwerkte in de van overheidswege te verstrekken subsidies.[142]

Over de samenstelling van de gestichtsbevolking waren de verslagen van het Staatstoezicht in het interbellum tamelijk summier. In feite moeten we het doen met de vaste informatie over het geslacht van de patiënten en de meer incidenteel verstrekte gegevens over hun leeftijd en godsdienstige gezindte. Informatie over de 'vorm der krankzinnigheid', zoals die vóór de Eerste Wereldoorlog incidenteel nog wél voorkwam, ontbreekt in de latere verslagen ten enenmale.[143] Net als in de periode 1884–1918 waren mannen en vrouwen ongeveer even sterk vertegenwoordigd. Over de leeftijdsverdeling merkte Schuurmans Stekhoven in het verslag over 1930 onder meer op dat deze in de drie voorgaande decennia veranderd was. Er waren verhoudingsgewijs meer jeugdigen gekomen, hetgeen hij toeschreef aan het toenemend aantal gestichten voor zwakzinnigen met een groot aandeel aan jongeren. Voor de 'gewone' gestichten constateerde hij een geleidelijke groei van het aantal bejaarden.[144] Het kwam erop neer dat eind 1930 bijna 60 procent van de bevolking van gestichten en psychiatrische inrichtingen bestond uit 20- tot en met 59-jarigen, terwijl ongeveer 20 procent ouder en eenzelfde percentage jonger was.

Tijdens de jaren twintig nam het percentage 'herstelden' – gemiddeld bijna 33 procent – niet noemenswaardig toe ten opzichte van de voorgaande periode.[145]

140 Commissie van Onderzoek s.a. [1931]; Bakker en Van der Velden 2004a, 22–23. Zie hierna ook 2.4. Krankzinnigenzorg in de maatschappij.

141 Zie De Goei 2001, 122–124; Bakker en Van der Velden 2004a, 19.

142 Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 86.

143 De laatste rapportage over de vorm der krankzinnigheid betreft het verslagjaar 1914. Zie Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1916, 141–142. Nader onderzoek in de zogeheten Blauwboeken in het Inspectie-archief (Nationaal Archief te Den Haag) zou meer licht op deze materie kunnen werpen.

144 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 163.

145 Zie tabel 2.2.

Daarna vertoonde het herstelpercentage een stijging naar 34 tot 39 procent. Zoals gezegd werd uit bezuinigingsoverwegingen op een zo spoedig mogelijk ontslag aangedrongen. Het is dan ook voorstelbaar dat de criteria voor herstel enigszins werden opgerekt, zeker indien behalve een adequate thuissituatie ook nazorg beschikbaar was.[146] Het aantal als niet hersteld ontslagen patiënten steeg in de jaren dertig eveneens, zij het in veel geringere mate. Een deel van hen kwam waarschijnlijk terecht in goedkopere vormen van zorg.

De sterftecijfers onder de patiënten, ten slotte, vertonen na de piek van 1918 weliswaar geen grote schommelingen, maar wel een tijdelijke verhoging in 1931 en een stijgende lijn in de jaren 1937-1939.[147] Afgezien van de Spaanse griep die eenmalig toesloeg, was tuberculose geruime tijd een belangrijke doodsoorzaak, vooral toen de voedselvoorziening slecht was. Om een voorbeeld te noemen: in Maasoord te Poortugaal bedroeg het percentage aan tuberculose overledenen in de jaren 1909-1913 omstreeks 15 procent, tijdens en kort na de oorlogsjaren ongeveer 25 à 30 procent, in de jaren 1920-1925 zo'n 15 à 20 procent, terwijl het in de jaren 1926-1936 beneden de 10 procent bleef.[148] Vooral in de jaren dertig, toen het röntgenonderzoek op grotere schaal ingang vond, zagen gestichtsgeneesheren kans om tuberculose, die in de inrichtingen aanzienlijk meer voorkwam dan in de samenleving, effectiever dan voorheen te bestrijden.[149] Naar de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten rapporteerden hadden zij eind 1935 overleg gehad met de geneeskundige inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid over de tuberculosebestrijding in de gestichten. Behalve over de noodzaak tot aanschaf van een eigen röntgeninrichting en het aanstellen van 'een bekwaam röntgenoloog-internist' in de gestichten, waren de inspecteurs het erover eens dat lijders aan tuberculose afzonderlijk moesten worden verpleegd door daarvoor speciaal aangewezen personeel.

——— *Daarvoor worde het bouwen van tuberculoseafdeelingen bevorderd. De afdeelingen moeten niet alleen zijn berekend op afzondering maar ook op behandeling der lijders. Het verdient aanbeveling, dat wordt gestreefd naar de inrichting van tuberculose-centra voor de verschillende (confessioneele) groepen, zoodat niet ieder gesticht een tuberculoseafdeeling heeft, maar dat er voor iedere groep een tuberculose-centrum is, waarheen de lijders worden geëvacueerd.*[150]

146 Zie Vijselaar 2005; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.

147 Zie tabel 2.2. In 1931 bereikte de sterfte een niveau dat met ruim 1600 een kleine driehonderd hoger lag dan in het jaar daarvoor. Vervolgens liep het al spoedig terug naar een niveau van rond de 1400 per jaar. Zie tabel 2.2. In 1937 kwam het sterftecijfer boven de 1600 om vervolgens boven de 1700 en in 1939 zelfs op bijna 1800 uit te komen. Zie Pameijer 1940.

148 Frets 1937, 925.

149 Onderzoeken uit halverwege de jaren dertig wezen uit dat in St. Bavo en het gesticht te Franeker 5 procent en in Zon en Schild 4 procent van de patiënten tuberculose had, terwijl dit bij onderwijspersoneel in het district Leiden bijna 2 procent was en in de 'vrije maatschappij' waarschijnlijk 1,5 procent. Zie Van de Graaf, Montfrans en Brouwer 1937, 394-395. Zie voorts: Hueting en Dessing 1993; Abbo-Tilstra 2002, 287-288.

150 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 24-25.

TABEL 2.1 *Sterkte der bevolking, opnamen, afvoeringen en toename capaciteit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936.*[151]

Jaar	Sterkte der bevolking inclusief zij die in bewaring zijn per 1 januari*	Aanwezig in gesticht, enzovoort, per 1 januari	Opgenomen Exclusief onderlinge overplaatsingen
1915	14.510	14.011	3162
1916	15.013	14.495	3184
1917	15.352	14.788	3408
1918	15.564	15.046	3485
1919	15.413	14.894	4064
1920	15.894	15.232	4138
1921	16.369	15.739	4159
1922	17.034	16.372	3712
1923	17.327	16.604	3719
1924	17.780	16.981	3907
1925	18.414	17.485	4011
1926	19.065	17.990	3899
1927	19.664	18.521	3794
1928	20.145	18.900	3921
1929	20.684	19.365	4314
1930	21.318	19.860	4671
1931	22.178	20.625	4783
1932	22.922	21.263	4723
1933	23.514	21.795	4735
1934	24.343	22.361	4620
1935	24.971	22.854	4785
1936	25.601	23.341	5063

* Betreft in gesticht, enzovoort, of in annexe gezinsverpleging aanwezigen alsmede de tijdelijk met of zonder verlof afwezigen.

** Betreft zwakzinnigeninrichting.

151 Bron: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestich-

Totaal opgenomen	Totaal afgevoerd	Totaal opgenomen minus afgevoerd	Toename capaciteit exclusief uitbreidingen
3912	3409	503	
3626	3287	339	
3901	3689	212	
5018	5166	-151	RKG Woensel
4768	4287	481	
4750	4275	475	
4907	4242	665	Verhoging maxima
4342	4049	293	Beileroord
4445	3992	453	Willem van den Bergh Stichting**
4432	3798	634	
4774	4123	651	
4384	3785	599	
4272	3791	481	St. Joseph
4574	4035	539	Vogelenzang, Sancta Maria
4865	4231	634	
5352	4491	861	St. Willibrordus, Groot Lankum
5387	4643	744	Zon en Schild
5281	4689	592	
5154	4325	829	
5103	4475	628	
5424	4794	630	Licht en Kracht, Huize St. Ursula**
5838	5044	794	

ten 1933; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938. Zie het voor ieder jaar verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen'. NB: de voor een groter aantal jaren samengestelde tabellen wijken op onderdelen af van de in de algemene overzichten verstrekte cijfers en zijn om die reden niet benut. Zie ook bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.

TABEL 2.2 *Reden voor afvoering uit gestichten en psychiatrische inrichtingen 1915-1936.*[152]

Jaar	Afgevoerd totaal	Niet krankzinnig (respectievelijk na observatie)	Hersteld	
1915	3409	24	1003	
1916	3287	23	1050	
1917	3689	37	996	
1918	5166	34	1038	
1919	4287	22	1310	
1920	4275	42	1474	
1921	4242	32	1372	
1922	4049	23	1248	
1923	3992	21	1230	
1924	3798	12	1255	
1925	4123	27	1266	
1926	3785	34	1273	
1927	3791	34	1195	
1928	4035	19	1256	
1929	4231	21	1344	
1930	4491	28	1570	
1931	4643	26	1615	
1932	4689	26	1701	
1933	4325	25	1674	
1934	4475	25	1779	
1935	4794	20	1802	
1936	5044	38	1922	

152 Bron: Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten

	Percentage hersteld ten opzichte van opnamen (exclusief onderlinge overplaatsingen)	Niet hersteld	Naar ander gesticht (% ten opzichte van opnamen)	Overleden
	32	417	753 (22)	1212
	33	374	471 (13)	1369
	29	420	498 (13)	1738
	30	447	1520 (30)	2127
	32	553	767 (16)	1635
	36	676	652 (14)	1431
	33	688	779 (16)	1371
	34	602	737 (17)	1439
	33	679	812 (18)	1250
	32	699	610 (14)	1222
	32	761	819 (17)	1250
	33	696	539 (12)	1243
	31	666	510 (12)	1386
	32	715	681 (15)	1364
	31	773	595 (12)	1498
	34	811	717 (13)	1366
	34	737	627 (12)	1638
	36	791	645 (12)	1527
	35	785	479 (9)	1362
	39	763	518 (10)	1390
	38	872	633 (12)	1467
	38	880	763 (15)	1441

1938. Zie het voor ieder jaar verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen'. NB: de door het Staatstoezicht voor een groter aantal jaren samengestelde tabellen wijken op onderdelen af van de in de algemene overzichten verstrekte cijfers en zijn om die reden niet benut.

Of dergelijke tuberculosecentra inderdaad tot stand kwamen is ons niet bekend. Kennelijk bestond onder gestichtsartsen ook de wens om op eigen terrein over een tuberculoseafdeling te kunnen beschikken, bijvoorbeeld in de vorm van een afzonderlijk paviljoen. Artsen van Zon en Schild te Amersfoort lieten zich in ieder geval in die trant uit. [153] Of hun wens ook inderdaad bewaarheid werd, verdient nader onderzoek. Ons is niet bekend in hoeverre krankzinnige tuberculoselijders in aparte 'huisjes' werden verpleegd.

Een verpleger 'van de oude stempel'

Als werkzoekende Urker jongeman uit een groot, gereformeerd en al vroeg vaderloos gezin schreef Andries Kaptijn (1910) in 1929 een sollicitatiebrief aan de Stichting Wolfheze. 'Dat was een psychiatrisch ziekenhuis [...] Ik kan mij niet herinneren hoe ik tot die sollicitatie ben gekomen. Ik geloof dat ik zelf niet eens wist wat het was en wat het inhield.'[154] Kaptijn werd gekeurd en kon komen. Op de dag van zijn aankomst werd hij op het hoofdgebouw ontvangen door een portier 'met een slipjas aan' die hem op zijn gemak stelde. 'Ik zat maar met de gedachte; hoe loopt dit af? Wat overkomt mij om uitgerekend naar een gekkenhuis te gaan? We moeten wel in ogenschouw nemen dat het 1929 was. Er werd toen anders over psychiatrische inrichtingen gedacht dan vandaag. Nu zijn het gewoon ziekenhuizen, en terecht.' Vervolgens werd hij naar paviljoen 'Eikenhorst' gebracht, het gebouw waar hij de meeste tijd zou werken.

——— *In dat gebouw werd ik ontvangen door een kort dik mannetje, dat in mijn ogen erg deftig deed. Het was u voor en u na. Later bleek hij de huisvader van dat gebouw te zijn. Na een poosje werd ik door een andere verpleger naar een kamertje gebracht. Dat was voortaan mijn kamer. Ik kreeg een korte dikke sleutel, waar je alle deuren mee open kon maken. [...] In dat kamertje, dat ik kreeg toegewezen, stond een houten ledikant, een tafel en twee stoelen.[...]*

Om 6 uur werd ik geroepen om te eten. Dat was brood met een plakje kaas en een bord gortepap. Je mocht net zoveel brood eten als je wilde. Het was al met boter besmeerd, maar verder beleg was er niet bij en een tweede bord pap ook niet. Die eerste avond zat ik met de huisvader en de huismoeder en nog meerdere jongens die intern waren in de conversatiezaal. Voor de goede orde moet ik nu eerst vertellen hoe zo'n paviljoen er uit zag en hoe het werkte. Aan het hoofd stonden de huisvader en de huismoeder. Dat was een echtpaar zonder kinderen. De bedoeling was dat de huisvader de verpleging van de patiënten regelde. [...] De huismoeder had tot taak leiding te geven aan de huishouding van het paviljoen. [...] Daarnaast waren in ieder paviljoen een stel gehuwde en een groter deel ongehuwde verplegers met een flink aantal leerlingen. Er was een groot verloop onder de leerlingen. In de maatschappij was geen werk. Ieder die kans zag om verpleger te worden, had nog een lot uit de loterij gewonnen. Maar het lot van een leerling was heel ongewis. In de eerste plaats [was

153 Van de Graaf, Montfrans en Brouwer 1937, 398.

154 Kaptijn s.a. [c. 1990], 18. Met dank aan A. Kaptijn en G.J.C. aan de Stegge.

Verpleger Andries Kaptijn, circa 1932.

het de vraag of je je kon] handhaven in dat vreemde wereldje en dan kwam nog of ze je mochten of niet. Denk maar niet dat het makkelijk was.[155]

Een leerling kreeg zes weken om 'alle diensten te leren die je moest verrichten.' Eerst liep Kaptijn mee op een rustige afdeling, na veertien dagen kwam hij op 'onrust'. Hij moest van alles doen: tafel dekken, met de patiënten eten, bedden opmaken, vegen, dweilen. Het waren lange dagen. Dan waren er de cursussen: in het eerste jaar was het 'uitsluitend algemene ontwikkeling. In dat ene jaar moest je tot een bepaald peil gebracht worden. Alle schoolvakken kwamen daarin voor.' Het merendeel van de leerling-verplegers en -verpleegsters had, net als Kaptijn zelf, slechts lagere school. Leren moest in de vrije tijd gebeuren. Bij de dominee kregen ze drie jaar lang godsdienstige scholing. In het tweede jaar begon het 'met allerlei medische vakken en psychische stoornissen.' Ieder jaar was er examen. 'Je mocht toen drie jaar over de stof doen. Als je voor een leerjaar zakte, mocht je het twee keer overdoen. Zakte je voor de derde keer, moest je onherroepelijk weg.'[156] Kaptijn slaagde voor alles, en kreeg in 1932 zijn B-diploma. Hij kwam als vaste broeder op 'onrust' te werken.

In zijn *Herinneringen bij het ouder worden* beschrijft Kaptijn zijn wederwaardigheden in Wolfheze, waar hij negeneneenhalf jaar zou blijven werken, zijn overplaatsing in 1938 naar de eveneens gereformeerde psychiatrische inrichting Vogelenzang te Bennebroek tot aan de inbeslagname in 1943 door de Duitsers en de daaropvolgende evacuatie naar Veldwijk te Ermelo, zijn werkzaamheden in militaire dienst direct na de oorlog, zijn overstap in 1946 naar het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, en uiteindelijk, in 1956, naar Brinkgreven te Deventer.

Kaptijns verhaal is echter meer dan het verhaal van een oud-verpleegkundige over diens vroegere werk. Het is ook het verhaal van de jongeman die in Wolfheze verkering kreeg met een collega en die bij het bekend worden daarvan voor de keus kwam te staan: jij eruit of zij eruit. Zij nam ontslag. Vlak voor hun huwelijk werd Kaptijn tot zijn ontsteltenis van Wolfheze overgeplaatst naar een andere inrichting van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, Vogelenzang, die om gediplomeerde verplegers verlegen zat, terwijl hij erop had gerekend dat hij na zijn huwelijk in Wolfheze kon blijven. In 1943 nam de Duitse bezetter Vogelenzang in beslag en volgde evacuatie. Een deel van de patiënten kwam in Franeker terecht, een ander deel in Veldwijk. Later kwamen daar ook nog patiënten uit Loosduinen bij. Kaptijn ging in Ermelo werken, terwijl zijn gezin verhuisde naar Ommen en bij de ouders van zijn vrouw ging wonen. Aanvankelijk gaf hij in Veldwijk inhoud aan zijn werk door met de patiënten noodzakelijke huishoudelijke karweitjes in de keuken te doen. Hij probeerde zóveel overuren te sparen dat hij aaneensluitend enkele dagen weg kon gaan naar zijn gezin in Ommen. Dat reizen tussen Ermelo en Ommen werd echter al spoedig

155 Kaptijn s.a. [c. 1990], 19-20.

156 Kaptijn s.a. [c. 1990], 23-24.

steeds gevaarlijker, zeker voor mannen die konden worden opgepakt om voor de Duitsers te werken.

Na de bevrijding werkte Kaptijn een jaar in een interneringskamp te Ommen. Hier toonde hij zijn interesse en kundigheid in geneeskundige handelingen en medicatie. Het werk beviel hem uitstekend, maar hij had slechts een jaarcontract. Toen dit afliep solliciteerde hij bij het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, het vroegere Rijkskrankzinnigengesticht. Het zou enige tijd duren eer daar woonruimte beschikbaar kwam voor zijn gezin. Desondanks ging hij daar werken, om er ongeveer tien jaar te blijven.

In Medemblik was Kaptijn ongeveer zeven jaar werkzaam op de onrustafdeling met een ouderwetse 'cellengang'. Hij beschrijft hoezeer de sterk gestructureerde en hechte samenwerking met twee mannelijke collega's in de verzorging van de patiënten hem bijzonder beviel, totdat er een wisseling van de wacht optrad in de leiding van de inrichting. Op dat moment ontstond er zijns inziens een ongemakkelijke situatie omdat de nieuwe (ongehuwde) vrouwelijke directeur een relatie kreeg met een (ongehuwde) mannelijke arts. Voor Kaptijn 'was de leukigheid eruit'. Ook beviel het hem niet dat artsen insulinekuren begonnen toe te passen.

_____ *Een rotsituatie als je daarvoor aangewezen werd. Midden in de zomer op een sterk verduisterde zaal, de verwarming aan bij een klein lampje achter een scherm, praktisch in het donker. Alles ten bate van de patiënten. En als zoiets nu enige waarde had, maar ik heb er nooit enige vrucht van gezien. Maar ja, zoals het spreekwoord zegt: 'Nieuwe heren, nieuwe wetten [...]'*[157]

Toen er rond 1955 sprake was van samenvoeging van het ziekenhuis te Medemblik met dat van Castricum ging hij weer solliciteren. De keus viel nu op Deventer omdat zijn vrouw graag dichter bij haar ouders in Ommen wilde wonen. Kaptijn schreef een brief naar de voormalige directeur van Medemblik, die leidinggaf aan het psychiatrisch ziekenhuis in Deventer. 'Dat was direct een schot in de roos.'[158] In opklimmende rangen, vanaf 1962 als hoofdverpleegkundige, zou hij daar tot aan zijn functionele leeftijdsontslag in 1970 werken. Kaptijn beschouwde zichzelf in later jaren als een 'verpleger van de oude stempel'. Toen in Deventer de oude directeur wegging en

_____ *er een nieuwe kwam met allerlei nieuwe dingen, was de pret er gauw af. Wij waren bij het oude vertrouwde opgegroeid in de verpleging en nu sloegen ze wegen in die volgens de oude garde niet goed konden zijn. [... D]e hele ontwikkeling was zo geheel anders geworden, dat verplegers van de oude stempel zich er niet meer thuisvoelden.'*[159]

157 Kaptijn s.a. [c. 1990], 37.
158 Kaptijn s.a. [c. 1990], 38.
159 Kaptijn s.a. [c. 1990], 38-39. De oude geneesheer-directeur, H. Hirschfeld, werd in 1962 opgevolgd door R. Stein. Zie over de vernieuwingen in Brinkgreven in de jaren zestig en zeventig: Blok 2004.

De verwevenheid van het beroepsbestaan en het privéleven van Kaptijn maken duidelijk hoezeer persoonlijke omstandigheden van invloed konden zijn op de keuze voor en de uitoefening van het verplegingsvak. Zijn verhaal illustreert dat de keus voor de krankzinnigenverpleging een zeer pragmatische kon zijn, ook in een gereformeerd milieu. Voor hem was het een beroep als ieder ander, een manier om je brood te verdienen – van een roeping was geen sprake.[160] Dat verpleging een roeping moest zijn en niets met geld te maken had, werd hem in Wolfheze overigens wel voorgehouden als hij al eens zei dat ze als verplegers niet genoeg verdienden. Toch lijkt Kaptijn ook zonder roeping wel degelijk een grote affiniteit met het beroep te hebben ontwikkeld. Zijn verhaal laat tevens zien hoezeer verplegers die wilden trouwen van de toestemming van hun werkgever afhankelijk waren – voor verpleegsters hield een huwelijk hoe dan ook ontslag in. Sterker nog: in Wolfheze – maar daar niet alleen – gold een verbod op verkering tussen een verpleger en een verpleegster op straffe van het ontslag van een van beiden, in Kaptijns geval zijn 'meisje'. Het verbod op verkering tussen een verpleger en een verpleegster die in dienst waren van dezelfde psychiatrische inrichting gold ook voor de andere gereformeerde inrichtingen. Ten slotte valt op, hoewel het al de naoorlogse periode betreft, dat Kaptijn er kennelijk geen been in zag om als gereformeerde de overstap te maken naar een niet-christelijke instelling.

Krankzinnigenverpleging als beroep

In het interbellum raakte de krankzinnigenzorg nog sterker dan voorheen verzuild. Naast de opleiding voor krankzinnigenverpleging van de NVPN, die van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland en de in de rijksgestichten geboden opleiding, kwam er halverwege de jaren twintig ook een opleiding van de katholieken. Tot op dat moment participeerden de meeste katholieke gestichten in de opleiding van de NVPN. Initiatiefnemer was H.J. Schim van der Loeff, geneesheer-directeur van het gesticht St. Anna te Venray. Zijn bedoeling was om katholieke meisjes 'die leek wilden blijven, toch binnen te halen voor de opleiding en de verpleging.'[161] Nadat St. Anna in 1924 als eerste katholieke gesticht van de Inspectie erkenning had gekregen als opleidingsinstelling, volgde in 1925 de erkenning van de opleiding van de Broeders Penitenten in Huize Padua te Boekel. De eerste eindexamens van de katholieke opleiding vonden in 1926 te Venray plaats. Voor de katholieke gestichten behoorde daarmee de opleiding tot het NVPN-examen tot de verleden tijd. Dat de examencommissie van de NVPN niet blij was met dit 'afscheid' bleek uit de woorden van W.H. Cox. In 1926 schreef hij dat hij sterk de behoefte voelde

160 Vergelijk Zondag 1995; De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997; Verhoeven 2006.

161 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

_____ een afscheid te gedenken, dat de Commissie en mij zeer ter harte gaat. De Roomsche gestichten gaan van nu af, ten opzichte van Examens en Onderwijs, hun eigen weg. Lang hebben we samengewerkt en het samengaan is nooit door een wanklank gestoord. De ontvangst daar was altijd joviaal, vriendschappelijk en hartelijk. Wij leerden van elkaar. Het onderwijs evenwel, – ook in de verpleging – vormt een deel van de opvoeding, dat is arbeid voor den opbouw van onze levenshouding, en ik begrijp dat, waar deze bij ieder wordt bepaald door zijn moreele en godsdienstige overtuigingen de Roomsche Collega's voor hun gestichten en dus ook voor hun verplegenden een door hun Roomschen overtuiging geschraagde opleiding wenschen.[162]

Dat het zo ver had kunnen komen was in belangrijke mate in de hand gewerkt door de in 1921 onder het confessionele kabinet van C.J.M. Ruys de Beerenbrouck aangenomen Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging en de invoering ervan zo'n drie jaar later.[163] Hoewel de wet alleen titelbescherming en geen beroepsbescherming bood, nam de staat met de wet een extra verantwoordelijkheid op zich en bekrachtigde deze met de erkenning van een A- en een B-diploma de feitelijk bestaande scheiding tussen de somatische en de krankzinnigenzorg. Ook legitimeerde de wet een verdere verkokering binnen de beide sectoren. Voor de krankzinnigenverpleging kreeg naast het NVPN-diploma en het staatsdiploma van de rijkskrankzinnigengestichten ook het diploma van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland erkenning, waarop de katholieken, die tot dan toe onder de paraplu van de NVPN opereerden, de gelegenheid te baat namen om een eigen opleiding te beginnen. Het katholieke karakter daarvan kreeg nog een extra accent doordat het episcopaat in 1933 het godsdienstonderwijs en het behalen van een diploma daarvoor verplicht stelde.

Een aparte hervormde opleiding kwam er niet. De in 1927 opgerichte Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken sloot zich aan bij de opleiding van de NVPN zodra de eerste hervormde psychiatrische inrichting, Zon en Schild te Amersfoort, in 1931 openging en vrijwel direct daarop een opleidingsbevoegdheid verwierf. Dat gold eveneens voor Licht en Kracht te Assen, de tweede, in 1935 geopende psychiatrische inrichting van de hervormde vereniging. Wel weken de Hervormde inrichtingen van de andere opleidingsinstellingen van de NVPN af door godsdienstexamens af te nemen.[164]

Voor het Staatstoezicht was de taak weggelegd om als toezichthouder te beoordelen of gestichten verplegenden konden opleiden. Om voor erkenning in aanmerking te komen dienden de opleiders zich aan een door het Staatstoezicht

162 Cox 1927, 260-261.

163 Zie Aan de Stegge 2004, 83-85. Financiële problemen bij de overheid vertraagden de invoering van de wet. Eind 1923 publiceerde de overheid het eerste opleidingsprogramma in hoofdlijnen. Begin 1924 nam het Staatstoezicht de registratie van gediplomeerde krankzinnigenverplegenden ter hand, om in het jaar daarop ook de eindverantwoordelijkheid voor de eindexamens op zich te nemen.

164 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

goedgekeurd programma te houden, waardoor ondanks de verzuiling wel degelijk een zekere uniformering en standaardisering was gegarandeerd. De eindexamens vonden plaats onder toezicht van rijksgedelegeerden, waarna de geslaagden in een register werden bijgeschreven. Het was een beproefde formule waarmee van overheidswege een zekere eenheid in de verzuilde verscheidenheid van overwegend particuliere opleidingen tot stand kwam.

Behalve op het gebied van godsdienstonderwijs onderscheidden de opleidingen, voor zover uit de gebruikte leerboeken valt af te leiden, zich vooral in de mate van openheid over en taboeverklaring van seksualiteit: confessionele opleidingen legden meer terughoudendheid aan de dag dan de neutrale. De protestanten deden in dit opzicht wellicht niet voor de katholieken onder. Volgens een verpleger, die van 1908 tot 1951 in het hervormd-gereformeerde Vrederust te Bergen op Zoom werkte, werd niet alleen de 'scheiding der geslachten [...] strikt doorgevoerd', maar was ook 'in het leerboek voor ziekenverpleging "weggelaten de anatomie aangaande de genitalia van de mens. Het ontbrak gewoon."'[165] Over een ander mogelijk gevoelig liggend thema als het gebruik van mechanische dwangmaatregelen en isoleren lieten leerboeken van verschillende signatuur zich op min of meer overeenkomstige wijze uit. Alle etaleerden een toenemende terughoudendheid ten aanzien van het gebruik van dergelijke dwangmaatregelen. Niet zozeer de signatuur als wel de periode van publicatie deed ertoe.[166]

Tot 1925 deden de auteurs – allen gestichtsartsen – in hun leerboeken, onder verwijzing naar vroegere als inhumaan en gewelddadig betitelde praktijken, een moreel beroep op de (leerling-)verplegenden om bij 'onrust' van patiënten zo veel mogelijk af te zien van het gebruik van mechanische dwangmiddelen. Het isoleren van patiënten gold daarentegen als een aanvaardbare methode, zeker nu de oude, gevangenisachtige isoleercellen waren vervangen door aangenamer ingerichte, binnen de afdeling of het paviljoen gesitueerde isoleerkamers.

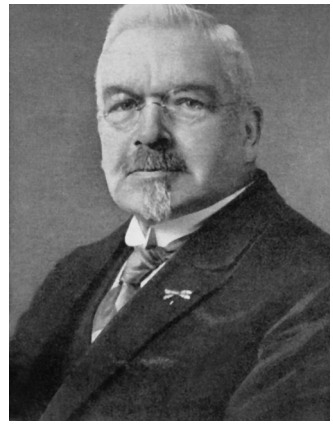
Na 1925 kwam de nadruk te liggen op de taak van de verpleging om onrustige krankzinnigen op te voeden met behulp van de actievere therapie – waarover later meer – teneinde het gebruik van dwangmiddelen en afzondering op langere termijn overbodig te maken. Ondertussen kon een kortstondig verblijf in een isoleerkamer of zelfs het gebruik van een dwangbuis als opvoedkundig middel dienen. Hoe dan ook achtten gestichtsartsen het in toenemende mate noodzakelijk dat de verpleging beschikte over communicatieve vaardigheden, die vooral van pas kwamen bij de verpleging van 'zenuwlijders'. De krankzinnigenverpleging ontwikkelde zich tussen 1925 en 1955 geleidelijk in de richting van het opvoeden van krankzinnigen tot sociaal acceptabel gedrag met behulp van beloningen en straffen.[167]

165 Aan de Stegge (2001c) heeft gewezen op de taboeïsering van seksualiteit in katholieke opleidingen. Vergelijk Gorisse 1997, 32.

166 Aan de Stegge 2005a.

167 Aan de Stegge 2005a, 339-343, 349.

D. Schermers, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist.



De opleidingsduur voor het B-diploma bleef drie jaar.[168] Voor deelname aan het eindexamen was net als voorheen een leeftijd van ten minste 22 jaar vereist – voor het eindexamen in de algemene verpleging (het A-diploma) gold een minimumleeftijd van 23 jaar. Daarnaast verplichtte de overheid de krankzinnigengestichten om leerlingen die niet over een ulo-diploma of het bewijs van een aantal jaren hbs beschikten, in het eerste leerjaar een cursus 'algemene ontwikkeling' te geven. In de praktijk werkten de leeftijdbepalingen in de hand dat jonge meisjes eerst de B-opleiding volgden en daarna doorstroomden naar de A-opleiding.[169]

De B-opleiding bestond uit theoretische lessen in de beginselen van de bouw en werking van het menselijk lichaam en van de gezondheidsleer, eerste hulp bij ongelukken, algemene ziekenverpleging, voedings- en dieetleer, instrumenten en verbanden, de verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken, de verschijnselen bij krankzinnigheid en zenuwziekte en, ten slotte, de voornaamste bepalingen der Krankzinnigenwet.[170] Artsen of gediplomeerde krankzinnigenverplegenden verzorgden dit theoretische onderwijs. De vorderingen van de kandidaten in de praktijk werden opgetekend in het zogenoemde 'praktijk- en rapportenboekje'. Hierin stonden alle verpleegtechnische handelingen vermeld die een krankzinnigenverplegende in principe diende te beheersen. Voor toelating tot het eindexamen was vereist dat ten minste vijftig van de negentig 'handgrepen' uit het boekje waren afgetekend, dat kandidaten in elk geval veertien bijzondere kunstgrepen oftewel medische verrichtingen hadden zien uitvoeren, en dat zij lijders aan ten minste twintig verschillende ziekten die in krankzinnigengestichten konden voorkomen, hadden verpleegd. Bovendien moest de kandidaat zeker drie jaar in de verpleging in één of hooguit twee krankzinnigengestichten werkzaam zijn geweest.

Reeds in 1929 werd de Ministeriële Beschikking voor het B-diploma uit 1923 herzien.[171] Nieuw was dat tijdens het eindexamen een half uur beschikbaar kwam voor het toetsen van vaardigheden op het gebied van observatie, communicatie en verslaglegging. De kandidaten moesten een gesprek voeren met een hun onbekende patiënt en daarover schriftelijk rapporteren. Er werd van hen verwacht dat ze op basis van eigen observaties en gerichte vragen aan de patiënt vervolgens aan de arts voldoende duidelijk konden maken wat de betreffende patiënt mankeerde. Voorts steeg het aantal ziektebeelden dat kandidaten moesten kennen van twintig naar 32. In 1933 volgde nogmaals een herziening van het praktijk- en rapportenboekje: ditmaal kregen vaardigheden in de arbeidstherapie een belangrijker plaats en voorts werden 24 nieuwe ziektebeelden aan de bestaande lijst toegevoegd. Zowel de theoretische als de praktische opleiding onderging een aanzienlijke verzwaring.

168 De hierna volgende gegevens zijn ontleend aan Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

169 Aan de Stegge 2004, 84-85.

170 Aan de Stegge 2004, 85.

171 Aan de Stegge geeft een gedetailleerd overzicht van de overwegingen en de machtstrijd tussen de diverse betrokken organisaties en belanghebbenden die aan de wijzigingen van de B-opleiding voorafgingen.

B-diploma Jilles Oostenrijk, 1918.

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie.

DIPLOMA.

De Examen-Commissie der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie,

heeft Jilles Oostenrijk geboren te Leiden

den 9 Augustus 1894 die volgens verklaring van Dr. C. Bijl

zijne/hare opleiding heeft ontvangen in het/de Gesticht (en) te Zutphen

in welk (laatste) gesticht bij/zij volgens verklaring van (laatst-) genoemden geneesheer blijken heeft gegeven de noodige geschiktheid te bezitten voor de verpleging, in hare zitting van den 4e - 5e Juni aan een theoretisch en praktisch examen onderworpen.

Daarbij is gebleken dat broeder/zuster J. Oostenrijk voldoende onderwijs heeft genoten, en voldoende praktische vaardigheid bezit om met de verpleging en de verzorging van krankzinnigen en zenuwzieken, zoowel in als buiten de gestichten belast te kunnen worden, weshalve hem/haar dit DIPLOMA is uitgereikt.

Zutphen den 5 Juni 1918

Ik beloof geheim te zullen houden al wat mij in mijne betrekking als verpleger (verpleegster) als geheim is toevertrouwd of ter mijner kennis is gekomen.

Handteekening van de(n) geëxamineerde:

J. Oostenrijk

De Gedelegeerden der Examen-Commissie:

President.

Secretaris.

De Geneesheer(en)-Docent:

C. Bijl.

S. Kosten

Druk Firma F. GRAFE, Delft.

Ondertussen was opnieuw een discussie over de wenselijkheid van samenvoeging van de A- en B-diploma's tot één verpleegdiploma opgelaaid. De directe aanleiding was dat de International Council of Nurses in 1925 had bepaald dat alle leden van een nationale lidorganisatie over een wettelijk erkend diploma in de algemene ziekenverpleging moesten beschikken. Voor de Nederlandse deelname leverde dit grote problemen op, temeer daar op initiatief van Nosokómos, de Nederlandse vereniging van verplegenden die sinds 1907 een zetel in de International Council of Nurses had bekleed, in 1928 de Nationale Bond van Verplegenden was opgericht, met als doel de internationale vertegenwoordiging van Nosokómos, dat relatief weinig leden telde, over te nemen. In de ontwerpstatuten van de Nationale Bond was echter geen rekening gehouden met de nieuwe eis van de International Council. Integendeel: de Nationale Bond had in haar statuten juist de 'nationale verbondenheid' van alle verplegenden en de gelijkwaardigheid van de beide wettelijk beschermde diploma's willen benadrukken. De International Council of Nurses was onverbiddelijk: de Nationale Bond van Verplegenden mocht de Nederlandse verplegenden pas internationaal vertegenwoordigen indien alle stemgerechtigde leden over een diploma algemene ziekenverpleging beschikten. Diverse pogingen van de Nationale Bond om alsnog een eenheidsdiploma tot stand te brengen leden schipbreuk. Uiteindelijk besloot de Nationale Bond van Verplegenden te voldoen aan de eisen van de International Council of Nurses en B-verplegenden het stemrecht te onthouden. Daarmee was in juli 1933 de weg vrij voor de erkenning van de Nationale Bond van Verplegenden als de officiële vertegenwoordiger van Nederland tijdens een congres van de International Council of Nurses. Verplegenden met alleen het B-diploma waren buitengesloten.

Hoe was het inmiddels gesteld met de animo voor de krankzinnigenverpleging? Net als voorheen was ook in het interbellum het verloop onder de leerlingverplegenden tamelijk hoog, en verlieten velen na diplomering het gesticht. Aan de Stegge heeft berekend dat van de ongeveer 13.000 jongeren die in de periode 1926-1940 aan een verpleegopleiding in de psychiatrie begonnen, bijna 6000 het B-diploma behaalden, ruim 20 procent mannen en bijna 80 procent vrouwen. Dat waren gemiddeld zo'n 400 diploma's per jaar – aanzienlijk meer dan in de periode 1892-1925, toen in totaal ongeveer 4800 diploma's werden behaald, gemiddeld circa 145 per jaar. De tendens dat gediplomeerde mannen verhoudingsgewijs vaker aan een gesticht verbonden bleven dan gediplomeerde vrouwen zette zich in deze periode door. Om enkele aantallen te noemen: in 1916 werkten in totaal ruim 2600 verpleegsters (66 procent) en verplegers (34 procent) in de gestichten, van wie bijna 700 (26 procent op het totaal) gediplomeerd waren. Van de gediplomeerden was 57 procent vrouw en 43 procent man. In 1921 bedroeg de totale formatie van verplegenden ruim 3500, van wie bijna 900 (25 procent) gediplomeerd. De man-vrouwverhouding was in 1921 nagenoeg gelijk aan die in 1916. Het kwam erop neer dat er in 1921 1 verplegende op 5 bedden was en 1 gediplomeerde op 19 bedden.[172]

172 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

Verblijfszaal Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, met meubels naar voorbeeld van de 'Provinzial Heilanstalt' in Gütersloh, circa 1926.

In 1930 waren er meer dan 4500 verplegenden (65 procent vrouwen, 35 procent mannen) in de gestichten werkzaam, nog steeds 1 verplegende op 5 bedden. Van hen waren er tegen de 1800 (39 procent) gediplomeerd, hetgeen neerkwam op 1 gediplomeerde per 12 bedden, een flinke verhoging ten opzichte van 9 jaar eerder. Het percentage gediplomeerde verplegers was inmiddels opgelopen tot bijna 47.[173] De onderlinge verschillen tussen de gestichten konden overigens aanzienlijk zijn: zo beschikte St. Bavo, het gesticht van de Broeders van Liefde te Noordwijkerhout, in 1931 over slechts 16 gediplomeerde broeders op 700 bedden (1 op 44) en Sancta Maria, het eveneens in Noordwijkerhout gelegen gesticht van de Zusters van Liefde, over 5 gediplomeerde zusters op 437 bedden (1 op 87). Een aanzienlijk gunstiger verhouding hadden, om enkele voorbeelden te noemen, Veldwijk (1 op 8), Santpoort (1 op 8) en Brinkgreven (1 op 9).[174] Overigens is het opvallend dat, voor zover aanwezig, op mannenafdelingen of in de eerste klasse een verhoudingsgewijs hoger aantal gediplomeerden werkzaam was dan op vrouwenafdelingen of in lagere klassen. Ten slotte valt uit de verslaggeving van het Staatstoezicht op te maken dat eind 1936 het verhoudingscijfer tussen het aantal verplegenden – inmiddels in totaal bijna 7700 – en het aantal opgenomenen nog steeds 1 op 5 was.[175] Overigens had de inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten zich in 1934 genoodzaakt gezien het aantal instromende leerling-verplegenden aan een maximum te verbinden: psychiatrische inrichtingen mochten niet méér leerlingen voor de verpleegopleiding aannemen dan zij voor de eigen vervangingsbehoefte nodig hadden. Dit om te voorkomen dat er voor gediplomeerden geen of onvoldoende arbeidsplaatsen zouden overblijven in een tijd dat er toch al fors bezuinigd moest worden.[176]

Net als in andere sectoren verbeterden de arbeidsvoorwaarden in de krankzinnigenzorg. Daarbij ging het aanvankelijk vooral om salarisverhogingen en een reductie van de werktijd, hoewel later, in het kader van bezuinigingen, salarisverlagingen volgden. De 10-urige werkdag (60-urige werkweek) was nog niet eens of nog maar net in de gestichten ingevoerd – zoals in Meerenberg in 1916 – toen, althans voor de provinciale gestichten, de 8-urige werkdag (45-urige werkweek) in zicht kwam. In het eerste kabinet-Ruys de Beerenbrouck (1918-1922) lanceerde de katholieke Minister van Arbeid P.J.M. Aalberse een uitgebreid programma voor sociale wetgeving. Onderdeel daarvan was de invoering in 1918 van de 45-urige werkweek voor ambtenaren.[177] Vervolgens trad eind 1919 de Arbeidswet

173 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 154-155. Van de 5006 in 1930 geregistreerd staande diplomahouders werkte ruim een derde in een gesticht.

174 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 133.

175 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 32-35. In het betreffende overzicht wordt geen splitsing aangebracht tussen verplegers en verpleegsters of tussen al dan niet gediplomeerden.

176 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 22-23. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

177 Blok 1997a, 125.

178 Woltjer 1992, 76-77.

Paviljoen St. Antonius, 'refter der heeren', St. Servatius, Venray.

in werking, die de 8-urige werkdag met vrije zaterdagmiddag (45-urige werkweek) in fabrieken, kantoren en werkplaatsen verplicht stelde. Toen vervolgens de conjunctuur omsloeg werd de arbeidsdag in 1922 verlengd tot 8,5 uur en de werkweek tot 48 uur.[178] Pas op 1 januari 1929 zou de Arbeidswet ook gaan gelden voor werk in 'verplegingsinrichtingen' (Verplegingsbesluit van 3 september 1928). De werkdag werd toen op maximaal 10 uur gesteld, de werkweek op 55 uur.[179]

Desalniettemin rapporteerde een NVPN-commissie reeds in 1922 over de ervaringen die met de '8-urendag' (45-urige werkweek) waren opgedaan bij het verplegend personeel in de krankzinnigengestichten.[180] Alleen de beide Provinciale Ziekenhuizen in Noord-Holland, Duin en Bosch en Santpoort, bleken, conform de ambtenarenstatus van het personeel, tot invoering ervan te zijn overgegaan (in 1919 respectievelijk 1920). Voor het Rotterdamse Maasoord was al begin 1919 tot invoering van de 8-urige werkdag besloten, maar liet de inwerkingtreding nog op zich wachten. De commissie concludeerde dat deze weliswaar uitvoerbaar was, maar dat niemand er 'voordeelen [van] heeft gezien. Voorkeur geeft men aan een 9- of 10-urigen arbeidsdag.'[181] De kortere werkdag leverde vooral bij het overgeven van de dienst moeilijkheden op, die overigens wel door middel van een goed urenrooster waren te ondervangen.

Twee jaar later, in 1924, rapporteerde een bezuinigingscommissie van de NVPN dat de 45-urige werkweek nog steeds was voorbehouden aan de provinciale gestichten van Noord-Holland (nog in datzelfde jaar zou deze in een 48-urige werkweek worden omgezet[182]) en dat Maasoord daar nog niet toe was overgegaan. De commissie stelde vast dat het verplegend personeel in bijna alle overige gestichten tussen 54 en 60 uur en in enkele meer dan 60 uur per week werkte. Een voorstel van de bezuinigingscommissie om de arbeidstijd naar 60 uur te verhogen kreeg evenwel onvoldoende steun. Wel bepleitte de NVPN een verlenging van het uitstel van de invoering der Arbeidswet voor verplegingsinrichtingen vanwege hun 'moeilijke economische omstandigheden'.[183]

Uit een overzicht van het Staatstoezicht over het jaar 1931, dus twee jaar na de invoering van het Verplegingsbesluit 1929, blijkt dat alleen de provinciale gestichten van Noord-Holland en Maasoord een werkweek van 48 uur aanhielden. De overige gestichten hadden een 55-urige dan wel een 54-urige werkweek. Een in datzelfde jaar door de Inspectie uitgebracht advies over een verzoek om de werkweek in de rijksgestichten naar 48 uur te verlagen, viel negatief uit, 'zulks met het oog op de belangen der verpleegden en de stijging van de uitgaven, die de gevraagde arbeidsverkorting zou veroorzaken.'[184] Sterker nog: zowel de minister als de Inspectie vonden dat een 55-urige werkweek niet onredelijk was. Een uniforme

179 De Laat 1984, 25.
180 Anoniem 1922.
181 Anoniem 1922, 406.
182 Van der Scheer 1933, 34.
183 Van der Scheer en Van der Hoeven Jr. 1924, 301–302, 309, 314–315.
184 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 10–11.

Mattenmakerij St. Servatius, Venray.

48-urige werkweek, waarvoor de bonden zich vanaf 1930 inzetten, zou uiteindelijk pas, nadat in 1948 een maximale 51-urige werkweek was ingevoerd, in het nieuwe Verplegingsbesluit van 1 juni 1957 worden gerealiseerd.[185]

De salariëring vertoonde tamelijk grote verschillen tussen de gestichten onderling – de provinciale ziekenhuizen in Noord-Holland boden de hoogste salarissen – en tussen ongediplomeerden en gediplomeerden – reden voor sommige gestichten om een bescheiden aantal gediplomeerden in dienst te hebben. Er was daarnaast ook sprake van schommelingen door de jaren heen, al naar gelang het economisch tij.[186] De grootste salarisverlagingen vonden plaats tijdens de depressie in de jaren dertig. Hoe dan ook was verplegen geen vetpot, maar het was wel betaald werk – zeker in de jaren dertig een schaars goed. Voor religieuzen lag de zaak uiteraard anders: zij kregen geen salaris. Hun roeping bracht bovendien met zich mee dat zij zich min of meer continu inzetten voor de vervulling van hun verpleegkundige taken en hun religieuze verplichtingen.[187]

De opleiding en de praktijk van het verplegen laten vanaf halverwege de jaren twintig een geleidelijke verschuiving zien in de richting van een grotere aandacht voor opvoedkundige taken. De in 1926 door de geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, Van der Scheer, in Nederland geïntroduceerde actievere therapie, zoals beoefend door H. Simon, geneesheer-directeur van het Provinciale Ziekenhuis Gütersloh in Westfalen, vereiste van de verpleging veel inzet en tact. Patiënten, juist ook onrustige, chronische patiënten, dienden continu op een zinvolle en aangename wijze te worden beziggehouden met arbeid en diverse vormen van ontspanning. Het ging er om patiënten te stimuleren hun best te doen en hun verantwoordelijkheidsgevoel te activeren, onder meer door middel van het belonen van goed gedrag en het bestraffen van slecht gedrag.[188] De actievere therapie onderscheidde zich van de in de negentiende eeuw toegepaste zedenkundige behandeling door een minder autoritaire opstelling van de geneesheer, de kleinere rol van godsdienst en onderwijs, en vooral door de aard van de theoretische onderbouwing. Bij de zedenkundige behandeling gingen gestichtsartsen uit van de eigen wil van de patiënt om te genezen, bij de actievere therapie dachten zij, in navolging van de Russische fysioloog I.P. Pavlov, meer behavioristisch in termen van stimulus en respons, ofwel conditionering naar het voorbeeld van dressuur bij dieren.[189] Beide benaderingen hadden echter een verbetering van het sociale functioneren van patiënten tot doel, hetzij in het gesticht, hetzij, zo mogelijk, daarbuiten.

185 De Laat 1984, 52.

186 In 1927 verdienden leerling-verpleegkundigen van *f*150 – *f*300 tot *f*500 – *f*700 met vrije kost en inwoning; gediplomeerden van *f*700 – *f*800 tot *f*1.200 – *f*1.900; eerste verplegenden van *f*850 – *f*950 tot *f*1.950 – *f*2.650; hoofdverplegenden van *f*900 – *f*1.050 tot *f*1.650 – *f*2.650. Zie *Nosokómos* 27 (1927) 643, geciteerd in De Laat 1984, 26.

187 Zie Bakker 2002b voor een beschrijving van het dagelijks leven van de broeders van de St. Willibrordusstichting.

188 Zie Blok 1997a, 132–147; Van der Scheer 1933. Zie ook: Vijselaar 1998c, 78–87.

189 Van der Scheer (1933, 119–120) verwees expliciet naar Pavlov. Zie voorts: Blok a, 135; Vijselaar 1998c, 79.

Vrouwelijke patiënten ingeschakeld bij de bosarbeid,
Dennenoord, Zuidlaren.

De actievere therapie beoogde dan ook meer te bieden dan de vroegere arbeidstherapie, die volgens Van der Scheer overigens wél een 'bijzonder vruchtbaren bodem' vormde voor de actievere therapie.[190] In 1933 schreef hij dat de nieuwere inzichten in Nederland vooral waren gepropageerd en verbreid door de gestichten in Santpoort, Deventer (Brinkgreven), Utrecht (Den Dolder), Venray (St. Annagesticht), Poortugaal (Maasoord) en Apeldoorn (Het Apeldoornsche Bosch).[191] Van der Scheers lijstje bevatte geen gereformeerde gestichten. Inderdaad bestond daar aanvankelijk reserve ten aanzien van Simons actievere therapie. Nadat een zestal geneeskundigen reeds in 1927 in opdracht van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland een bezoek aan Gütersloh had gebracht, rapporteerde een van hen, A. Hutter, geneesheer aan het gesticht Dennenoord te Zuidlaren, dat de patiënten hard en gedisciplineerd werkten en dat 'de onrust er treffend in toom [werd] gehouden, dankzij de actievere therapie.' De keerzijde was evenwel dat het de patiënten aan arbeidsvreugde leek te ontbreken: 'geen lied werd gezongen, geen lach gehoord.' Of de patiënten zich onder de strenge discipline gelukkiger voelden was dan ook nog maar de vraag. En zou de 'psychische therapie' niet in de verdrukking komen?[192] Ook de bewerkers van de vijfde editie van Schermers' gereformeerde leerboek voor de B-verpleging uit 1932 legden reserves ten aanzien van de actievere therapie aan de dag. Zij vonden het te ver gaan om, in navolging van Simon, patiënten volledig verantwoordelijk te stellen voor hun gedrag.[193] Een kanttekening plaatste ook de Amsterdamse psychiater F.S. Meijers in 1936 door aandacht te vragen voor een methodiek die zijns inziens 'te veel op den achtergrond wordt gedrongen, of wellicht overvleugeld door het actieve in de actieve therapie'. Daarmee doelde hij op een methodiek 'welke beoogt het scheppen van een sfeer van geestelijk benaderen en begrijpen', zoals die bijvoorbeeld ook door Cox in diens *Handleiding voor den cursus in de verpleging van zielszieken* was gepropageerd.[194] Meijers vreesde blijkbaar dat de actievere therapie ten koste zou gaan van de psychologische inleving. Meer psychologie bij de opleiding van verplegenden was volgens hem gewenst.

In hetzelfde jaar benadrukte A. Stärcke, geneesheer aan de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder, in een voordracht voor de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen nog eens dat voor krankzinnigenverplegenden een belangrijke opvoedkundige taak was weggelegd, waarbij hij refereerde aan het behaviorisme. Het moest mogelijk zijn, zo liet hij weten, 'om moedig te aanvaarden dat krankzinnigenverpleging een totaal andere geestelijke houding en totaal andere kennis vereischt' dan de ziekenverpleging.

190 Van der Scheer 1933, 37.

191 Van der Scheer 1933, 5.

192 De citaten uit het rapport van Hutter zijn ontleend aan Linderboom en Van Lieburg 1984, 158–160. Zie ook Van Belzen 1989, 268–269, noot 4. Of de gereformeerde gestichten het bij de arbeidstherapie hielden en de actievere therapie geheel links lieten liggen, valt niet uit het boek van Lindeboom en Van Lieburg of andere publicaties over de gereformeerde gestichten op te maken.

193 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

194 Meijers 1936, 228; Cox 1927–1929.

——— De ziekenverpleegster verzorgt stoornis door zieke organen, daarom voor haar grondbegrippen van bouw en werking dier organen. De krankzinnigenverpleegster verzorgt gebrekkige maatschappelijke aanpassing, daarom voor haar in de eerste plaats grondbegrippen van bouw en werking der maatschappij – Sociologie – en van het verband tusschen de individuen – Psychologie. Zij moet verdierlijkte menschen tot betere gewoonten brengen, daarom is kennis van de grondslagen der Dierendressuur en van Psychologie der dieren voor haar nuttig. Zij moet helpen opvoeden [...] daarom moet zij evengoed paedagogiek leeren als de a.s. onderwijzer.[195]

Dat Stärcke volstond met de vrouwelijke beroepsaanduiding, terwijl meer dan een derde van de krankzinnigenverplegenden en ongeveer de helft van de in de gestichten werkzame gediplomeerden man was, was een kwestie van gewoonte. Van de voorheen uitgesproken voorkeur voor vrouwen was geen sprake meer.[196]

Hierna zal nog blijken dat het interbellum meer vernieuwingen bracht dan de actievere therapie. De krankzinnigenverpleging kreeg ook te maken met nieuwe somatische therapieën. Daarnaast vond de bedverpleging nog veelvuldig toepassing, zeker gedurende de eerste weken na opname, en in mindere mate ook de langdurige badbehandeling. Welbeschouwd was het verschil tussen krankzinnigen- en ziekenverpleging dan ook iets minder groot dan Stärcke het deed voorkomen.

Elf oud-verplegenden die tijdens het interbellum aan hun B-opleiding waren begonnen en die naar de therapievormen waaraan zij indertijd hadden meegewerkt werden gevraagd, noemden in totaal veertien verschillende behandelmethoden.[197] Bovenaan de lijst stond 'het bieden van bezigheden' met tien vermeldingen, op de voet gevolgd door 'huishoudelijke arbeid verrichten met de patiënten' (negen vermeldingen). Daarop volgden de insulinecomatherapie (zeven keer), arbeidstherapie (zes keer), bedverpleging, elektroshock en het gebruik van dwangmiddelen (ieder vijfmaal), medicijnen en slaapkuur (ieder vier vermeldingen), bewegingstherapie (driemaal), koortstherapie, cardiazolshock en permanente badbehandeling (ieder twee keer) en als laatste, met één vermelding, 'sociale psychiatrie' door een verplegende die bij een voor- en nazorgdienst werkzaam was geweest. Wat verstonden deze respondenten onder respectievelijk 'het bieden van bezigheden', het verrichten van huishoudelijke arbeid met patiënten en arbeidstherapie?

Het onderzoek van Aan de Stegge, waaraan deze gegevens zijn ontleend, laat enerzijds zien dat de drie categorieën van bezigheden of arbeid niet scherp van elkaar vielen te onderscheiden en in feite flink wat overlapping vertoonden. De actievere therapie kwam zowel onder de noemer 'het bieden van bezigheden' als onder die van arbeidstherapie ter sprake. Dat nam niet weg dat de invoering van de actievere therapie een ware omslag voor de verpleging had teweeggebracht. Daarvan getuigden niet alleen de door Aan de Stegge geïnterviewde oud-verple-

195 Stärcke 1937, 101.
196 Zie ook Verhoeven 2006.
197 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II. Het betrof een 'open-ended' vraag.

genden, maar ook tal van verplegenden die in 1941 hadden meegedaan aan een opstellenwedstrijd van de Examen Commissie van de NVPN ter gelegenheid van haar vijftigjarig bestaan.[198] De actievere therapie bracht met zich mee dat verplegenden 'een andere kijk op de patiënten moesten ontwikkelen'. Zo vertelde oud-verpleegster C. Koppe-de Blaazer, die in 1924 in Brinkgreven te Deventer met haar B-opleiding was begonnen, 'hoe verbaasd ze was geweest toen de patiënte die altijd agressief was juist door het krijgen van een paar breinaalden opknapte en bedaarde'. In plaats van gevaarlijke voorwerpen als breinaalden, messen en vorken achter slot en grendel te doen, dan wel onrustige patiënten strikt te bewaken en zo nodig te isoleren, moesten verplegenden in het kader van de actievere therapie 'onrustige patiënten een kans geven "verantwoordelijkheid" voor hun eigen daden te dragen en hen activiteiten laten ontplooien die mensen buiten de inrichting ook verrichtten'. Verplegenden mochten patiënten die ongewenst gedrag vertoonden 'hooguit vijf minuten uit de groep verwijderen, om het daarna weer opnieuw met hen "op zaal" te proberen'.[199]

Veel verplegenden waren zeer te spreken over het nieuwe regime. Zij beschouwden het bezighouden van patiënten als pure noodzaak, alleen al om te voorkomen dat deze zich uit verveling lastig gingen gedragen. De activering van patiënten en de toekenning van bepaalde verantwoordelijkheden aan hen bleek een gunstige, volgens sommigen 'therapeutische' uitwerking te hebben. Zo vertelde oud-verpleegster K. Verbeek, die in 1938 begon met de B-opleiding in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder, hoe zij op een gegeven moment kwam te werken op het vrouwenpaviljoen met dertig vrouwen 'waar geen mens meer naar omkeek'. Nadat uitgerekend de moeilijkste patiënte van de afdeling haar had verteld dat ze zo graag handwerkte, begon Verbeek met goedvinden van de hoofdzuster een naaiannex handwerkhoekje. De bewuste patiënte kreeg tot taak om iedere avond te controleren of alle naai-, haak- en breinaalden nog aanwezig waren. Dat bleek goed te werken. Het ging zelfs zo goed dat na een jaar de helft van de vrouwen actief was in het naaiatelier, onder aanvoering van diezelfde 'moeilijkste patiënte'.

Verpleger J. Clay, die in Santpoort – waar het in Nederland onder Van der Scheer allemaal begon – op de 'herenafdeling', een klasseafdeling, de invoering van de actievere therapie had meegemaakt, plaatste in zijn opstel ook kritische kanttekeningen. Enerzijds schreef hij dat er dankzij de actievere therapie 'een betrekkelijk einde kwam aan het terrorisme van, soms niet weinig bedorven, heren'. Anderzijds noteerde hij dat aanvankelijk alleen de rustige, goedwillende patiënten aan het werk werden gezet. Dat was 'geen kunst' geweest. Veel moeilijker was het om de 'altijd in onrust verkerende, onwillige, negatieve, hallucinerende en dwanghandelende dwaalgeesten' aan het werk te krijgen. Clay vond dat artsen

198 Zie Aan de Stegge 2005b en proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. In 1942 verschenen van de 84 inzendingen zes in het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*.

199 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

en verplegenden soms te ver gingen met pressie uitoefenen op dergelijke patiënten.[200] Overigens betekende de invoering van de actievere therapie in Santpoort en ook in Duin en Bosch een aanzienlijke taakverzwaring voor verplegenden en zorgde deze zeker tot begin jaren dertig voor fikse spanningen onder hen. Sommige verplegenden, die jarenlang gewend waren geweest 'onrustige krankzinnigen' in geval van agressief en onberekenbaar gedrag in te wikkelen, in de isoleerkamer op te sluiten of in bed of bad te verplegen, viel de omschakeling naar een andere, meer stimulerende benadering van dergelijke patiënten zwaar. Een deel van het ongenoegen onder het personeel had te maken met de gevaren die de werkverschaffing voor juist de moeilijkste groep patiënten met zich mee kon brengen, vooral als er gereedschap, zoals een schop, een aardappelschilmesje of een naald, werd gebruikt. In 1929 zorgde de verwonding van twee verplegers in Santpoort door patiënten tijdens de arbeid voor de nodige commotie.[201]

Gestichtsartsen verenigd

Hoe was het inmiddels gesteld met de positie van de gestichtsgeneesheren zelf? Daaraan besteden wij eerst aandacht, alvorens wij verderop in deze paragraaf nader ingaan op de tijdens het interbellum door hen toegepaste therapieën. Nadat in 1909 een rapport van de NVPN over de positie van de gestichtsgeneesheren had aangetoond dat hun arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden te wensen overlieten en inspecteur Van der Scheer in 1916 ook nog eens de alarmklok had geluid, organiseerden zij zich in 1919 in een aparte vereniging: de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGA).[202] Het initiatief hiertoe kwam van zes gestichtsartsen, die allen werkzaam waren in het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort. Volgens een van hen was de NVPN een 'te heterogene club' geworden die zich onvoldoende bezighield met haar vierde doelstelling: de behartiging van de belangen en rechten van psychiatriebeoefenaren.[203] Inderdaad had de NVPN zich, naarmate het aantal zelfstandig gevestigde zenuwartsen en neurologen binnen de vereniging toenam en de hoogleraren de boventoon voerden, meer als wetenschappelijk forum dan als belangenvereniging van gestichtsartsen ontwikkeld.

Het initiatief tot oprichting van de NVGA kreeg direct steun van 25 gestichtsartsen. De belangrijkste doelstellingen van de vereniging waren de verbetering van de behandeling en verpleging van geestes- en zenuwzieken, alsmede de behartiging van de ideële en materiële belangen van gestichtsartsen.[204] Van het totale aantal van krap honderd gestichtsartsen meldden zich direct al zo'n tachtig als lid aan. Zij bleven overigens gewoon lid van de NVPN; dat was zelfs voor-

200 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
201 Blok 1997a, 139.
202 Zie 1.5. De wereld van het gesticht.
203 Piebenga 1969, 379.
204 Geciteerd in Piebenga 1969, 380.

waarde voor het lidmaatschap van de NVGA. De twee verenigingen vergaderden op dezelfde dag en de verslagen van de NVGA-vergaderingen verschenen, net als die van de NVPN, in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*. De beide verenigingen beschouwden zichzelf dan ook eerder als complementair dan als rivaliserend.[205] Nadat reeds in 1919 in beginsel was besloten tot aansluiting bij de NMG werd drie jaar later, toen een Ambtenaren Organisatie binnen de NMG was opgericht, besloten tot ontbinding van de NVGA en om als Groep Gestichtsartsen der Ambtenaren Organisatie verder te gaan. Een en ander werkte minder gunstig uit dan verwacht en het kostte de Groep Gestichtsartsen bovendien maar liefst dertig leden. Vervolgens werd eind 1924 op de ledenvergadering besloten meer zelfstandig te gaan werken en de oude naam NVGA weer aan te nemen. Het ledental zou daarna weer stijgen naar ruim zeventig in 1930.[206]

De NVGA hield zich bezig met de salarissen, pensioenregelingen en de rechtspositie van de gestichtsartsen en kwam op voor de leidende positie van medici in de inrichtingen tegenover het verplegend personeel, de gestichtsbesturen en 'ouderwetse, autocratische directeuren'. Ook streefde de vereniging naar een versterking van het medische tegenover het juridische gezichtspunt en de overheveling van het krankzinnigenwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar de afdeling Volksgezondheid, die sedert 1918 onder het Ministerie van Arbeid viel.[207] Met pleidooien voor een verbetering van de rechtspositie van gestichtsartsen verwoordde een van de initiatiefnemers, tevens secretaris van de NVGA, F.J. Stuurman, een van de doelstellingen van de vereniging in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*.[208] Aangezien gestichten geneeskundige instellingen waren, moesten artsen de eerste viool spelen en geneesheren-directeur de leiding hebben over het reilen en zeilen van een gesticht en het personeelsbeleid. Al het personeel – de verpleegkundigen, de adjunct-directrice die de verpleging leidde, de technische, huishoudelijke en administratieve medewerkers – diende ondergeschikt te zijn aan de artsen. Volgens Stuurman was de verpleging een medisch 'hulpvak' en was het onwenselijk dat deze tot een zelfstandig beroep uitgroeide.[209] Zijn betoog lag in het verlengde van wat gestichtsartsen en de NVP(N) in de negentiende en begin twintigste eeuw ook al hadden bepleit.

Opvallend genoeg sprak Stuurman ook een waarschuwing uit aan het adres van medici. De geneesheren-directeur en de gestichtsartsen mochten het ver-

205 Schnabel 1982a, 70; Van Drunen 2004, 18; Abma en Weijers 2005, 47–50.

206 Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922c; Beijerman 1924; Piebenga 1969, 381. Vanaf 1948 was de vereniging als Groep der Gestichtsartsen onderdeel van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband van de KNMG. In 1964 ging de vereniging Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband heten, om tien jaar later (weer) op te gaan in de NVP. Van der Spek (s.a. [ca. 1970], 65) komt op ruim tachtig leden in de jaren 1919/1920 en 1921/1922, bijna zestig in 1923/1924, meer dan zeventig in 1930, en voor 1934 en volgende jaren op een niet nader gespecificeerde 'sterke daling' in het aantal leden tijdens de crisisjaren. In 1947 waren er volgens Van der Spek 99 leden.

207 Piebenga 1969, 380.

208 Stuurman 1920a; Stuurman 1920b.

209 Stuurman 1920b, 417.

trouwen dat zij van de kant van gestichtsbesturen en anderen vroegen, niet beschamen. De vereniging diende ervoor te waken dat geen ongeschikte kandidaten 'het moeilijke ambt van geneesheer-directeur' in handen kregen.[210] Maar al te vaak bleek anciënniteit de enige reden voor een benoeming en soms was volkomen onduidelijk waaraan de geneesheer-directeur zijn positie te danken had – dat terwijl deze functie niet alleen kennis van de psychiatrie vereiste, maar ook inzicht in de organisatie van het ziekenhuiswezen, sociale vaardigheden en vertrouwen van de andere artsen. De kwaliteit van gewone gestichtsartsen schoot soms ook tekort. Het bestuur had al een paar keer protest aangetekend tegen de aanstelling van oudere medici zonder opleiding of ervaring in de psychiatrie. Aankomende gestichtsartsen zouden de nodige vaardigheden op het gebied van de krankzinnigenzorg moeten aanleren, bij voorkeur door middel van een driejarig volontair- of assistentschap in een psychiatrische universiteitskliniek.

Hoewel binnen de vereniging een onderscheid werd aangebracht tussen leidinggevende en gewone geneesheren, zouden de onderlinge verhoudingen tussen artsen volgens Stuurman collegiaal en democratisch moeten zijn. Een almachtige geneesheer-directeur was uit den boze en aan alle artsen kwam medezeggenschap toe in de besluitvorming. Om het beroep van gestichtsarts aantrekkelijk te maken en te houden, en om te voorkomen dat artsen het gesticht verruilden voor de universiteitskliniek, verdiende het volgens Stuurman aanbeveling om per gesticht een arts vrij te stellen voor onderzoek. De vereniging sprak zich uit voor een inschakeling van de gestichten in de opleiding tot zenuwarts en organiseerde bijscholingscursussen in universiteitsklinieken alsmede excursies naar nieuwe inrichtingen en buitenlandse studiereizen.[211]

Begin en eind jaren twintig tekende de vereniging protest aan tegen een aantal wetten en regelingen op het gebied van de verpleegkunde omdat die de bevoegdheden van de gestichtsartsen zouden aantasten: de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging (1921), die voorschreef dat vertegenwoordigers van de verpleegkundige vakverenigingen zitting kregen in de examencommissie; de Arbeidswet (1919), waardoor naast de Inspectie van het Staatstoezicht ook de arbeidsinspectie toegang tot de gestichten kreeg; en het Verplegingsbesluit (1928), dat de werktijden van het verplegend personeel aan bepaalde regels en ambtelijk toezicht onderwierp. Ook de getalsmatige verhouding tussen gediplomeerden en ongediplomeerden vormde een constante bron van zorg.[212]

De vereniging nam eveneens stelling tegen de overheid, rechters en gestichtsbesturen als die maatregelen namen die in de ogen van de artsen afbreuk deden aan hun gezag. In het bijzonder uitten zij zich kritisch over de rechterlijke 'inmenging en controle' bij gestichtsopnamen.[213] Toen in de Tweede Kamer naar aanleiding van de discussie over de wijziging van de Krankzinnigenwet, die in

210 Stuurman 1920b, 414.
211 Piebenga 1969, 382.
212 Piebenga 1969, 383-384.
213 Stuurman 1922, 428.

1929 tot stand kwam, stemmen opgingen voor meer waarborgen tegen onrechtmatige opnemingen en inbewaringstellingen, kwalificeerden de gestichtsartsen deze als een onwenselijke verzwakking van de medische competentie.[214] Onderwijl vergat de NVGA de belangen van de patiënten niet helemaal. Zo wees de vereniging er in 1922 op dat het ontbreken van 'een goed werkend reclasseeringslichaam' en de nodige steunvoorzieningen in de maatschappij een tijdig ontslag van rustige patiënten vaak belemmerden.[215] Ook pleitte zij ervoor geestes- en zenuwzieken zo dicht mogelijk bij hun familie onder te brengen. Verder tekende zij protest aan tegen de bezuinigingen in de krankzinnigenzorg – zowel in 1922 als in en na 1932 – en de daarmee verbonden verlaging van het verpleegpeil, in het bijzonder de dreigende overbevolking, de gebrekkige voeding en de grote verspreiding van tbc in de inrichtingen.[216]

In 1925 organiseerden katholieke gestichtsartsen zich apart in een afdeling van de R.K. Artsenvereeniging: de Vereeniging van Rooms-Katholieke Gestichtsartsen. Welke activiteiten deze vereniging ontplooide is vanwege het ontbreken van gegevens onvoldoende duidelijk.[217] Wél is bekend dat deze nieuwe vereniging eind jaren twintig een enquête hield onder huisartsen, assistenten in algemene ziekenhuizen, zogenaamde semiartsen en medische doctorandi om te achterhalen waarom er zo weinig belangstelling was voor een werkkring in een krankzinnigengesticht of psychiatrische inrichting. Veel katholieke inrichtingen, waaronder St. Servatius te Venray, kampten namelijk met een onderbezetting van de medische staf. De resultaten van de enquête verschenen in 1929 in het *Eerste jaarboek der Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen*.[218] De genoemde redenen om niet voor een werkkring als gestichtsarts te kiezen waren onder meer dat er tijdens de opleiding tot arts weinig aandacht werd besteed aan psychiatrie, dat deze weliswaar theoretisch en wetenschappelijk interessant mocht zijn, maar therapeutisch toch weinig bevredigend was, dat de salariëring laag was, dat er te veel administratief werk verricht moest worden en er te weinig gelegenheid was voor wetenschappelijk werk, dat de positie van gestichtsarts te zeer ondergeschikt was aan die van de geneesheer-directeur, en dat de inrichtingen te afgelegen waren gesitueerd.[219] Of deze nieuw verworven inzichten op enigerlei wijze bijdroegen tot een vermindering of zelfs opheffing van het tekort aan katholieke gestichtsartsen mag worden betwijfeld.

Gereformeerde gestichtsartsen organiseerden zich niet apart, hoewel de gereformeerden wel over een eigen verpleegopleiding beschikten. Een en ander had te maken met het regime van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland, die salarissen en overige arbeidsvoorwaarden centraal

214 Piebenga 1969, 384.
215 Stuurman 1922, 428.
216 Piebenga 1969, 384-386.
217 Westhoff (1996, 44) vermeldt dat de vereniging aanvankelijk 26 leden telde.
218 De oprichting van deze vereniging vond plaats in 1928.
219 Zie hierover Kroft 2005, 91 en 208.

regelde. Of dit met zich meebracht dat de gereformeerde gestichtsartsen zich niet aansloten bij de NVGA valt, bij gebrek aan ledenlijsten, niet na te gaan. Ze waren in ieder geval niet vertegenwoordigd in het eerste bestuur van de NVGA en haar vergaderingen lijken ze evenmin te hebben bezocht.[220] Wel was een deel van hen lid van de NVPN. In 1921 bijvoorbeeld stonden acht van de hooguit twintig artsen die in Veldwijk, Bloemendaal, Dennenoord en Wolfheze werkzaam waren, op de ledenlijst vermeld.[221] Nog los van het beleid van de Vereeniging zal ook het al met al bescheiden aantal artsen de vorming van een gereformeerde vakorganisatie in de weg hebben gestaan. Zoals eerder vermeld ontplooiden de hervormden pas relatief laat eigen initiatieven op het gebied van de krankzinnigenzorg. De aan de hervormde inrichtingen verbonden artsen organiseerden zich evenmin apart.

De in 1918 opgerichte Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland vertegenwoordigde de gemeenschappelijk belangen van openbare, gereformeerde en later ook hervormde gestichten. Het initiatief tot de oprichting was genomen door besturen van krankzinnigengestichten die zich onderling wilden beraden over financiële aangelegenheden en in het bijzonder over maatregelen in verband met de steeds stijgende verpleegkosten.[222] Cox rapporteerde over een vergadering die nog voor de oprichting van de vereniging plaatsvond en waarop naast bestuurders en administrateurs vele psychiaters aanwezig waren, dat 'niet over patiënten [werd] gesproken, maar over de belangen der kassen. De mathematici waren aan het woord, de administraties der gestichten waren ontevreden over de administraties der gewesten. Eindelijk kwamen regenten in opstand tegen regenten.'[223] Hoewel ook de katholieke gestichten waren uitgenodigd mee te doen, te beginnen met een onderzoek naar de verplegingskosten van armlastige krankzinnigen, had het merendeel laten weten 'geen termen te kunnen vinden' om hun medewerking te verlenen.[224] Tien jaar later zouden katholieken een eigen vereniging oprichten, de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen.[225] Naar aanleiding van de oprichting van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland merkte Cox nog op dat de vereniging niets met 'wetenschap', althans de psychiatrische, had te maken, zoals ten onrechte in een krantenbericht was gesuggereerd. Sterker nog, hij was van oordeel dat,

220 Zie de verslagen van de algemene vergaderingen: Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1919; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1921; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922a; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922b; Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1922c.

221 Lindeboom en Van Lieburg 1984 verschaffen geen overzicht van het aantal in de stichtingen werkzame artsen. Zie echter Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 33-34, waar voor het jaar 1936 per psychiatrische inrichting vermeld staat hoeveel artsen er werkzaam waren.

222 Cox 1918; Van der Spek s.a. [ca. 1970], 2-3.

223 Cox 1918, 1818.

224 Cox 1918, 1819.

225 Van der Spek s.a. [ca. 1970], 28. Wij beschikken niet over nadere informatie over de activiteiten en betekenis van deze vereniging.

——— voorloopig althans, een 'qui vive' voor ieder psychiater gewenscht is, ten einde zoo noodig de geneeskundige belangen en de wetenschap tegenover de nieuw opgerichte vereeniging te verdedigen. Moge de vereeniging zich houden binnen streng begrensde oeconomische belangen der gestichten, dan zullen de patiënten van de oprichting geen nadeelen ondervinden.[226]

Als het om meer wetenschappelijke vraagstukken ging, dan bleef de NVPN de toon aangeven. In 1936 boog een commissie zich over de classificatie van geestesziekten, een kwestie die de vereniging aan het eind van de negentiende eeuw ook al had beziggehouden. De NVPN bereikte overeenstemming over de voortaan te hanteren *nomenclatuur*, de naamgeving van psychiatrische en neurologische ziektebeelden. De Gezondheidsraad had alle specialistenverenigingen om een ziektenomenclatuur op hun terrein verzocht, teneinde uniforme en internationaal vergelijkbare ziektestatistieken mogelijk te maken. Bij navraag bleek dat artsen in gestichten en psychiatrische en neurologische klinieken nogal uiteenlopende diagnoselijsten hanteerden. Die ontleenden zij aan handboeken, zoals die van Kraepelin of Jelgersma, of zij gebruikten bijvoorbeeld een lijst zoals de Duitse psychiater K. Wilmanns die in 1930 had opgesteld voor de rijksstatistiek in Duitsland.[227] Het voorstel van de NVPN-commissie voor de nomenclatuur bevatte uiteindelijk een lijst van vijftien rubrieken, die in hoofdzaak op nog weer een ander handboek was gebaseerd, namelijk dat van de Duitse psychiater O. Bumke.[228] Twee rubrieken kenden bovendien een nadere onderverdeling. Hoewel het bestuur van de NVPN om praktische redenen de voorkeur gaf aan de lijst van Wilmanns, besloot de huishoudelijke vergadering van de NVPN in eind 1936 toch het voorstel van de commissie, zij het met een enkele wijziging, aan te nemen. De lijst verscheen in haar definitieve vorm begin 1938 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* onder de titel 'Nomenclatuur-lijst voor de psychiatrische inrichtingen in Nederland'.[229] In hoeverre artsen deze nomenclatuurlijst inderdaad als richtsnoer hebben gebruikt, blijft overigens de vraag.

Hoe was het getalsmatig gesteld met de gestichtsartsen en hoeveel patiënten waren aan hun zorgen toevertrouwd? In 1919 waren er ongeveer 100 artsen voor zo'n 15.000 patiënten. Dat kwam neer op gemiddeld 1 arts voor 150 patiënten. In 1936 was het aantal artsen, onder wie inmiddels enkele vrouwen, toegenomen tot 150 en het aantal daadwerkelijk in de gestichten en inrichtingen aanwezige patiënten tot zo'n 23.000.[230] Het verhoudingscijfer kwam daarmee op ruim 150 te liggen. Vergeleken met het begin van de twintigste eeuw, toen de norm nog op

226 Cox 1918, 1823.
227 Heidema 1936, 458.
228 Bumke 1928–1939.
229 Heidema 1938.
230 Zie Piebenga 1969, 381 en Ledenlijst Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1929. Zie ook Abma en Weijers 2005, 136–137; Van Drunen 2004, 18. Zie voorts Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 33–34; 2.3, paragraaf 'De gestichts- en inrichtingsbevolking', tabel 2.1.

Nomenclatuurlijst van de NVPN, 1937.

NOMENCLATUUR-LIJST voor de psychiatrische inrichtingen in Nederland, aangenomen door de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, A° 1937.

1. Neurosen en psychopathieën.
   a. Neurasthenische reacties.
   b. Constitutioneele nerveusiteit.
   c. Psychogene reacties.
   d. Hysterische reacties.
   e. Psychopathieën in engeren zin.
2. Manisch-depressieve psychosen en andere endogene en reactieve gemoedsstoornissen.
3. Paranoia en paranoide toestanden.
4. Schizophrene en paraphrene psychosen.
5. Exogene reactievormen en organische psychosen.
   a. Symptomatische psychosen, generatiepsychosen.
   b. Intoxicatiepsychosen.
   c. Psychosen bij hersenaandoeningen, waaronder de Huntingtonsche chorea.
6. Encephalitis en post-encephalitische toestanden.
7. Dementia paralytica en luetische psychosen.
8. Alcoholpsychosen.
9. Climacterium- en involutiepsychosen.
10. Arteriosclerotische psychosen.
11. Seniele en praeseniele psychosen.
12. Epilepsie en epileptische psychosen.
13. Oligophrenieën (debilitas, imbecillitas, idiotie).
14. Myxoedeem en cretinisme.
15. Onduidelijke gevallen.

200 lag, en de meeste gestichtsgeneesheren zo'n 150 tot 300 patiënten onder hun hoede hadden, kan er van een verbetering worden gesproken, al valt in de loop van het interbellum een lichte achteruitgang te constateren. De norm was door het Staatstoezicht inmiddels al geruime tijd op 175 vastgesteld.[231] De verschillen tussen zwakzinnigengestichten enerzijds en de (overige) krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen anderzijds waren trouwens aanzienlijk. Het verhoudingscijfer in zwakzinnigengestichten varieerde in 1936 tussen ongeveer 300- en 400 patiënten per arts, een enkele uitzondering daargelaten. De onderlinge verschillen tussen de krankzinnigengestichten of psychiatrische inrichtingen waren eveneens groot: het Rijksgesticht te Woensel had het minst gunstige verhoudingscijfer (266), op enige afstand gevolgd door Huize Padua, Vrederust, Bloemendaal, St. Servatius, Sancta Maria, de Willem Arntsz-stichting en Dennenoord, die verhoudingscijfers tussen 215 en 186 te zien gaven. Met voorbijgaan aan enkele zeer kleine inrichtingen gaven het Rijksgesticht te Grave, Brinkgreven, het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort en Zon en Schild inclusief Sanatorium Hebron relatief gunstige verhoudingscijfers van tussen de 115 en 131 te zien.

De salarissen van gestichtsartsen en geneesheren-directeur varieerden, net als die in de verpleging, per gesticht en door de tijd heen. Na een flinke, mede door de inflatie in de hand gewerkte stijging in de jaren twintig volgde een daling, die zeker in de crisisjaren, met een salarisvermindering van zo'n 20 procent, fors uitpakte.[232] Hoe dan ook trachtte een aantal gestichtsartsen hun bescheiden bezoldiging aan te vullen met een eigen consultatieve praktijk, ook al had inspecteur Van der Scheer dit eerder afgekeurd.[233] In 1920 had zo'n 40 procent van de gestichtsartsen die in grote of middelgrote plaatsen woonachtig waren, praktijk aan huis.[234] Het ging om 12 van de 29 gestichtsartsen in een 30-tal grote en middelgrote plaatsen waarvoor het *Geneeskundig Jaarboekje* een overzicht van specialisten verschafte. Bezien op het totale aantal van 96 gestichtsartsen in 1920 is dus van 13 procent van hen – de 12 gestichtsartsen uit de grotere plaatsen – bekend dat ze een praktijk aan huis hadden. De veronderstelling lijkt gerechtvaardigd dat gestichtsartsen in de kleinere plaatsen, goed voor zo'n 70 procent van het totale aantal gestichtsartsen,

231 Wanneer de norm werd gewijzigd van tweehonderd naar 175 is ons niet bekend. Piebenga (1936b, 271) schreef in 1936 dat van staatswege al sedert jaar en dag in de Koninklijke Besluiten betreffende de vergunning tot het inrichten van een gesticht voor krankzinnigen rekening werd gehouden met de maatstaf: één geneesheer per 175 patiënten.

232 Van der Spek s.a. [ca.1970], 66. Van der Spek begon in 1917 als afdelingsgeneeskundige aan de Willem Arntsz Hoeve met een jaarsalaris van *f* 2.700,- (plus vrij wonen en premievrij pensioen). In 1927 verdiende hij als (geneesheer-)directeur van de inrichtingen voor toevallijders te Haarlem-Heemstede *f* 7.600,- (eveneens met vrij wonen en premievrij pensioen). Als geneesheer-directeur van Maasoord verdiende hij in 1930 *f* 10.000,-. In de crisisjaren liep dit bedrag terug tot *f* 8.000,-. In geen van deze betrekkingen was een particuliere praktijk toegestaan.

233 Van der Scheer 1916, 532.

234 Van Drunen 2004, 16; met dank aan P. van Drunen voor de aparte berekeningen voor in gestichten werkzame artsen.

In het 'dokterscollege' van St. Anna, Venray, in 1923 (van links naar rechts): C.A.T. Engelman, H.J. Schim van der Loeff (geneesheer-directeur), J.A.J. Barnhoorn en C.E. Versélewel de Witt Hamer.

aanzienlijk minder vaak over een eigen praktijk zullen hebben beschikt dan de gestichtsartsen in de grotere plaatsen.[235] In 1940 had nog slechts 29 procent van de gestichtsartsen in de grotere plaatsen (10 van de 35) praktijk aan huis. Bovendien was toen nog maar circa een kwart van de gestichtsartsen (35 van de 143) in de grotere plaatsen te vinden, alweer volgens opgave van het *Geneeskundig Jaarboekje*. Een restrictief beleid van de kant van psychiatrische inrichtingen zal er ongetwijfeld toe hebben bijgedragen dat het aantal eigen praktijken van gestichtsartsen tamelijk bescheiden bleef. Hoe dan ook lijkt de concurrentie steviger te zijn geworden doordat het aantal eigen praktijken van zenuwartsen die waren verbonden aan universiteitsklinieken, poliklinieken en algemene ziekenhuizen tussen 1920 en 1940 flink toenam.[236]

Voorts hebben wij erop gewezen dat relatief weinig gestichtsartsen zich lieten inschrijven in het medisch specialistenregister. In 1940 stonden slechts 58 van de 145 gestichtsartsen, dat wil zeggen 40 procent, ingeschreven.[237] In het interbellum was het nog altijd gebruikelijk dat artsen zonder psychiatrische opleiding in krankzinnigeninrichtingen werkzaam waren. Zo vertelt een zenuwarts in zijn autobiografie dat hij direct na zijn artsexamen aan het eind van de Eerste Wereldoorlog derde geneesheer in het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen werd en daarin de leiding kreeg over een paviljoen met zo'n 70 patiënten. Daarnaast had hij tot taak 'lijkopeningen' en 'laboratoriumwerk' te verrichten, medische zorg te bieden aan het personeel en verpleegsters op te leiden.

——— *Daar mijn kennis en ervaring voor al deze functies vanzelfsprekend verre te kort schoten, hetgeen ik mij pijnlijk bewust was, deed ik mijn uiterste best, om beter berekend te worden voor al die moeilijke taken. Ik studeerde zoveel ik kon. Ik sleepte de directeur, zo vaak ik de kans kreeg, naar het laboratorium, mij met zijn rijke ervaring te helpen bij de moeilijkheden, die zich telkens bij de hersenonderzoekingen voordeden. De verpleegsters moest ik leren, hoe zij een bed moesten opmaken voor een hartlijder of voor een lijder aan longontsteking of voor een toevallijder. Zij mochten natuurlijk niet weten, dat ik dit zelf nog niet kon. Ik keek daarom goed toe, hoe de oudere verpleegsters dit deden, of liet ze het onder een of ander voorwendsel mij eens voordoen en zo kon ik het dan op de cursus weer aan de leerling-verpleegsters leren.*[238]

Dat veel gestichtsartsen zich niet in het specialistenregister inschreven had mogelijk ook te maken met hun beroepsopvatting en hun feitelijke taken. Want was de gestichtsarts niet tegelijk zenuwarts en 'huisarts' van de verpleegden, zoals de voormalige geneesheer-directeur van Maasoord, J. van der Spek, schrijvend over

235 Gesteld dat 10 procent van de gestichtsartsen in de kleinere plaatsen een eigen praktijk had, dan zou dit neerkomen op 7 van de 67; opgeteld bij de tien gestichtsartsen uit de grotere plaatsen met een eigen praktijk zou dit zeventien gestichtsartsen met een eigen praktijk opleveren, hetgeen neerkomt op 17 procent van het totaal.

236 Zie Van Drunen 2004, 22.

237 Van Drunen 2004, 22–23.

238 Niemandsland 1948, 58.

het begin van het interbellum, opmerkte?[239] Eenzelfde strekking had in 1936 de aanbeveling van Piebenga, geneesheer-directeur van Brinkgreven, waar het ging om de taakverdeling tussen de gestichtspsychiater en de internist, die inmiddels in diverse psychiatrische inrichtingen was aangesteld, vooral of mede in verband met het tuberculosevraagstuk. Piebenga vond ook dat de psychiater vaak niet zonder een internist kon, maar tegelijkertijd wees hij erop dat

> ——— *de hulp, die de huisarts aan zijn patiënten behoort te kunnen bieden, deze hulp zal inderdaad zooveel mogelijk door den gestichtspsychiater zelf aan zijn patiënten moeten worden verstrekt, omdat daardoor de verhouding arts-patiënt blijkens de ervaring in gunstige zin wordt beinvloed, hetgeen aan de psycho-therapeutische maatregelen, die hij heeft te nemen, zeer ten goede zal kunnen komen. [...] Behalve zielsarts blijve de gestichtspsychiater voor zijn patiënten 'huisarts', die alleen in geval van moeilijkheden zijn collega, den internist, raadpleegt.*[240]

Kortom, de gestichts*psychiater* – een benaming die in deze tijd opgeld deed – had niet alleen een dubbele taak, die van psychiater én die van huisarts, maar zou deze volgens Piebenga ook moeten behouden. Hij wees er bovendien op dat het arbeidsveld van de gestichtspsychiater zich in de laatste tien à twaalf jaar flink had uitgebreid: enerzijds met de actievere therapie en de psychotherapie (voor in aangewezen afdelingen opgenomen neuroselijders) in 'paedagogisch-psychiatrische richting' en anderzijds 'naar wat men zou kunnen noemen den chemisch-biologischen kant'.[241] Met dat laatste doelde hij op de invoering van de koorts- of malariatherapie (geïntroduceerd door J. Wagner von Jauregg, 1917), de slaapkuren (J. Kläsi, 1923), de shockbehandeling door middel van insuline (M. Sakel, 1933), en tevens 'de theorieën van B. Aschner en zijn daarop gebaseerde, uitgebreide medicamenteuze therapie' (1933).[242] Reden te over voor Piebenga om te constateren dat de 'tijd van het therapeutisch nihilisme' voorbij was.[243] Eenzelfde geluid had Stärcke, geneesheer aan de Willem Arntsz Hoeve, reeds in 1930 laten horen. Volgens hem was het beroep van de gewone gestichtsarts een geheel ander geworden dankzij 'de verbeterde paralyse behandeling, door de somnifeenkuur en voor alles door de actievere gemeenschapstherapie. Met hun drieën hebben zij ons verlost van de therapeutische onmacht in de gestichten.'[244]

Het is al vaker opgemerkt dat de geschiedenis van de psychiatrie cycli van therapeutisch optimisme en pessimisme kent.[245] Inderdaad hield iedere nieuwe

239 Van der Spek s.a. [ca. 1970], 59.
240 Piebenga 1936b, 276, 279.
241 Piebenga 1936b, 272-273.
242 De gynaecoloog B. Aschner publiceerde in 1933 over zijn leer van endocrinologische condities en de hiervoor volgens hem geëigende hormoontherapie. Hij beweerde hiermee psychisch gestoorde vrouwen in korte tijd te kunnen genezen. Met dank aan T. Pieters voor deze informatie. Afgaande op de relatieve onbekendheid van Aschners concept zal Piebenga's positieve waardering hiervoor geenszins in bredere kring zijn gedeeld.
243 Piebenga 1936b, 272.
244 Stärcke 1930, 313, geciteerd in Poslavsky 1961, 87.
245 Zie bijvoorbeeld Vijselaar 1997e, 279-281; Pieters en Snelders 2005.

therapie in het interbellum ten minste aanvankelijk de belofte in van een verbetering van het therapeutisch vermogen en het medisch-wetenschappelijk aanzien van de psychiatrie.[246] Daar was om te beginnen de malariatherapie van de Weense arts Wagner von Jauregg, bedoeld voor lijders aan dementia paralytica, het laatste stadium van syfilis, wanneer de hersenen aangetast raken door de syfilisbacterie. Santpoort was waarschijnlijk het eerste Nederlandse gesticht waar artsen vanaf 1921, na een bezoek van geneesheer A. Gans aan Wenen, de malariatherapie ging toepassen – en niet zonder succes.[247] Al spoedig volgde de in 1923 door de Zwitserse arts Kläsi geïntroduceerde somnifeenslaapkuur voor lijders aan schizofrenie. Reeds in datzelfde jaar vond deze therapie te Santpoort en Duin en Bosch ingang. Overigens zou later blijken dat de somnifeenkuur vooral aansloeg bij manisch-depressieven in een manische periode.[248]

Na de introductie van de slaapkuur zou het ruim tien jaar duren – de actievere therapie was inmiddels geïntroduceerd – eer zich de volgende somatische therapieën aandienden. Dat waren de insulinecomakuur, in 1933 ontwikkeld door de Berlijns-Weense arts Sakel, de cardiazolshocktherapie van de Hongaarse psychiater L. von Meduna (1934), en de elektroconvulsietherapie (ECT) van de Italiaanse psychiaters U. Cerletti en L. Bini (1938).[249] Al deze therapieën waren primair bedoeld voor lijders aan schizofrenie, het liefst in een vroeg stadium van hun ziekte. In de praktijk bleken de therapieën echter ook wel bij andere psychoselijders te worden toegepast.

De insulinecomakuur bracht de patiënt in een 'hypoglycemisch coma', een toestand van diepe bewusteloosheid. Na ontwaken was de patiënt rustiger en ook toegankelijker voor contact met zijn omgeving. De nog jonge, in 1930 geopende St. Willibrordusstichting te Heiloo begon in 1936 als eerste psychiatrische inrichting in Nederland met de insulinecomakuur. De geneesheer-directeur J.A.J. Barnhoorn en zijn collega-artsen C.A.T. Engelman en J.P. de Smet publiceerden reeds in 1937 over de door hen bereikte resultaten. Behalve de inspecteurs van het Staatstoezicht kwamen ook delegaties van artsen en verpleegkundigen uit Zon en Schild, St. Anna, Voorburg, Maasoord en de Provinciale Ziekenhuizen te Santpoort en Medemblik, alsmede Duin en Bosch, in de St. Willibrordusstichting op bezoek om de insulinekuur in ogenschouw te nemen. De kuur was al spoedig in de meeste Nederlandse inrichtingen in gebruik.[250]

Eveneens in 1936 werd, te beginnen in Zon en Schild, de cardiazolshocktherapie geïntroduceerd. Deze therapie ging uit van de idee dat de ziektebeelden

246 De therapieën uit het interbellum krijgen de meeste aandacht in: Vijselaar 1997a; Blok en Vijselaar 1998; Bakker en De Goei 2002a. Zie voorts: Binneveld en Wolf 1985.

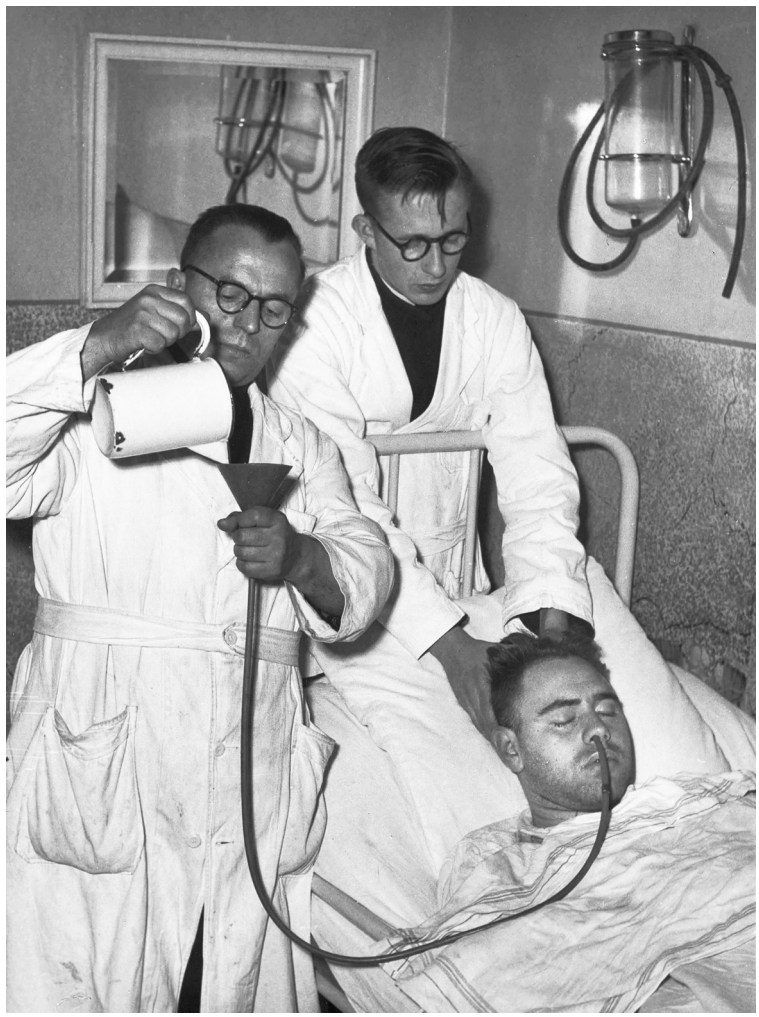
247 Zie Blok 1997a, 129. Zo'n 10 procent van de in 1918 in Santpoort opgenomen patiënten was paralytisch.

248 Blok 1997a, 129-130. Over Endegeest valt te lezen dat de malariatherapie en de somnifeenslaapkuur vermoedelijk pas na 1927 voor het eerst werden toegepast. Zie Vijselaar 1998c, 87-90. Het gebruik van de beide kuren liep na 1930 terug, zowel in Santpoort en Duin en Bosch als in Endegeest.

249 Zie over deze therapieën: Shorter 1997, 207-224; Bakker en De Goei 2002b.

250 Bakker en De Goei 2002b, 104, 112.

Insulinecomatherapie.



schizofrenie en epilepsie niet tegelijk in één persoon konden voorkomen. De schizofrene verschijnselen zouden derhalve verdwijnen door opwekking van een epileptisch insult. Hiervoor werd het hartversterkende middel cardiazol aangewend. Hoewel de beide nieuwe therapieën niet van risico's waren ontbloot, bleken de resultaten toch dermate hoopgevend dat ze in tal van Nederlandse inrichtingen ingang vonden.[251]

De elektroconvulsietherapie, die net als de cardiazolshocktherapie een insult opwekte, maar met aanzienlijk minder bijwerkingen, vond in Nederland voor het eerst toepassing in de St. Willibrordusstichting en wel in 1939. Daarmee had de St. Willibrordusstichting een tweede primeur. In 1940 zouden onder meer Santpoort, Voorburg en Vrederust volgen.[252] De introductie van de ECT luidde het eind van de cardiazolkuur in.

De nieuwe somatische kuren hadden al met al een beperkt bereik. Het waren vooral patiënten die nog niet lang ziek waren die voor deze ingrijpende, vaak pijnlijke en angstaanjagende behandelingen in aanmerking kwamen. Over de werking en het effect van de kuren bestond nog veel onduidelijkheid. Dat weerhield Barnhoorn er in 1940 niet van om op te merken dat

> ——— *het ziekenhuis voor geesteszieken in zijn moderne gedaante een inrichting [is] geworden voor verpleging en behandeling op wetenschappelijken grondslag. Het heeft zich ontworsteld aan het stadium van 'berg- en bewaarplaats' voor krankzinnigen en het is opgeheven tot het peil van gelijkwaardigheid met de ziekenhuizen voor lichamelijk zieken.*[253]

Reeds drie jaar eerder, in 1937, hadden ook Van der Scheer, inmiddels hoogleraar psychiatrie in Groningen, en inspecteur J.H. Pameijer op een bijeenkomst van de NVPN die speciaal aan de nieuwe kuren was gewijd hun vertrouwen uitgesproken in de nieuwe somatische therapieën.[254] Volgens Pameijer gaven deze de gestichten en psychiatrische inrichtingen een krachtige impuls in de richting van hun 'eigenlijke bestemming, n.l. die van therapeutische instituten'.[255] Dat het niet van belang ontbloot was om de beeldvorming over psychiatrische inrichtingen op te vijzelen zagen psychiaters overigens al langer in. Zo schreef de aan Maasoord

251 Van der Scheer 1941. Naar inspecteur Pameijer in de discussie over Van der Scheers uiteenzetting opmerkte was de insulinebehandeling kostbaarder en qua organisatie ingewikkelder dan de cardiazolbehandeling, waardoor de insulinebehandeling in verscheidene inrichtingen geen toepassing vond.

252 Bakker en De Goei 2002b, 100 en 121. In de St. Willibrordusstichting had de cardiazolshocktherapie mede vanwege de gerichtheid op de insulinecomakuur nauwelijks ingang gevonden. Zie over de ervaringen met de ECT: Barnhoorn 1940a; Barnhoorn 1941. Zie over Vrederust: Gorisse 1997, 37.

253 Barnhoorn 1940b, geciteerd in: Bakker en De Goei 2002b, 123–124.

254 Over de spelling van de naam van J.H. Pameijer bestaat onduidelijkheid. Artikelen van zijn hand verschenen nu eens onder de naam Pameijer, dan weer onder de naam Pameyer. In de bibliografie hebben wij de spelling die voor het desbetreffende artikel is gebezigd, gehandhaafd. Voor onze eigen tekst kiezen wij voor de spelling Pameijer.

255 Geciteerd in De Goei 2001, 118.

ECT-kastje plus brochure.

verbonden arts J.F.A. Overbosch in een artikel uit 1928 over de Rotterdamse nazorg dat dankzij het op ruimere schaal verlenen van proefverlof

> ——— *bij het publiek de wetenschap wordt gewekt en levendig gehouden, dat een psychiatrische inrichting niet is een gevangenis, doch niets anders dan een ziekenhuis voor zielszieken wier verblijf in een inrichting in sommige gevallen onvermijdelijk is, doch die deze inrichting weder mogen verlaten, zoodra genezing in voldoende mate is ingetreden; een wetenschap, die in vele opzichten van groote waarde is.*[256]

De beloftes van het nieuwe reikten tijdens het interbellum in therapeutisch opzicht evenwel verder dan de bovengenoemde somatische therapieën. Ook de psychoanalyse of andere vormen van psychotherapie, maar veel meer nog de actievere therapie van Simon die in de vorige paragraaf over de verpleging al ter sprake kwam, boden de gestichtsartsen nieuwe perspectieven. Artsen zagen somatische therapieën en psychologisch of pedagogisch georiënteerde benaderingen eerder als complementair dan als exclusief. Van der Scheer, de grote propagandist van de actievere therapie in Nederland, was bijvoorbeeld een warm voorstander van de toepassing van shockbehandelingen. Bovendien won het inzicht veld dat de somnifeenslaapkuur, de insulinekuur en de cardiazolshockbehandeling niet alleen chemische veranderingen in de hersenen, maar ook psychologische reacties teweegbrachten. Gestichtsartsen als Stärcke, die tot de vroegste Nederlandse adepten van Freud behoorde, Barnhoorn en de aan Rhijngeest verbonden, psychoanalytisch georiënteerde A.H. Fortanier wezen bijvoorbeeld op de daardoor toegenomen afhankelijkheid of machteloosheid en contactbehoefte van de patiënt.[257] Vanwege die psychische gesteldheid zou de patiënt des te ontvankelijker zijn voor aandacht van de kant van artsen en verplegenden, hetgeen, zo was de veronderstelling, op zichzelf al een therapeutische werking kon hebben. Of anders lieten artsen er een psychotherapeutische behandeling op volgen.

Endegeest was het enige gesticht in Nederland waar artsen in het interbellum op wat grotere schaal probeerden om psychosen, in het bijzonder schizofrenie, psychoanalytisch te duiden – een zin in de waanzin te achterhalen. Rond de Leidse hoogleraar psychiatrie Jelgersma was na diens beroemde rede uit 1914, *Ongeweten geestesleven*, een psychoanalytische studiekring tot stand gekomen die in 1920 werd omgezet in de Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse. De Leidse artsen waren er niet zozeer op uit om schizofrene patiënten psychoanalytisch te behandelen, als wel om langs freudiaanse weg een beter inzicht in het ontstaan en de ontwikkeling van psychosen te verwerven. Voor zover zij incidenteel een psychoanalytische behandeling uitvoerden, betrof het vermoedelijk alleen patiënten in Rhijngeest of in de polikliniek.[258] Maar ook zon-

256 Overbosch 1928, 23.

257 Zie Vijselaar 1998c, 92–93 en Bakker en De Goei 2002b, 113–117. Zie over Stärcke als 'missionaris van de psychoanalyse': Bulhof 1983, 176–211.

258 Vijselaar 1998c, 66–77.

der directe therapeutische effecten was de betekenis van de analytische oriëntatie niet gering. Deze oriëntatie bracht met zich mee dat geneesheren meer en beter naar patiënten gingen luisteren. Hun verhalen werden uitvoeriger opgetekend, er was meer aandacht voor hun levensloop en relaties, alsook voor de psychologische aspecten van hun gedrag en hun diepere beweegredenen.[259]

Jelgersma's opvolger, Carp, legde eind jaren dertig uit hoe in het bijzonder één bepaald facet van de psychoanalyse, de methode van verklarend psychologisch onderzoek, van nut was in de gestichtspraktijk. Vanuit het inzicht dat iedere psychose zich kenmerkte door 'een onvermogen de werkelijkheid te ervaren en te beleven' en dat een psychose enerzijds afbraak of desintegratie inhield, maar anderzijds – en daar kon de psychoanalyse behulpzaam zijn – een tendens tot reorganisatie of zelfs geestelijk herstel in zich borg, beschouwde Carp elke therapie als rationeel, die 'dezen immanenten genezings-wil aanwakkert, activeert en in bepaalde banen leidt.'

> ——— *Evenals opvoeden niet anders beteekent dan: het leiding geven aan den immanenten drang tot zelfontwikkeling, zoo is elke rationeele therapie volgens dit beginsel: opvoeding. En opvoeding wordt nagestreefd in de arbeids- resp. Gemeenschapstherapie [bedoeld wordt de actievere therapie], in de bad-inrichting, de slaapkuren, de koorts- en tenslotte ook in de cardiazol- resp. insulinekuren, om slechts deze voornaamste behandelings-vormen te noemen.*[260]

Carp zag het als de verdienste van de psychoanalyse dat het accent in de moderne gestichtspsychiatrie was komen te liggen op 'het bestaan van – in de psychotisch-gestoorde persoonlijkheid aanwezige – neigingen en strevingen tot *re-organisatie*.' Of de psychoanalyse inderdaad het patent had op een dergelijke visie lijkt in dit kader minder relevant dan de constatering dat psychologische verklaringen van gedrag hoe dan ook aan belang wonnen. En daaraan leverden niet alleen de psychoanalyse, maar ook de fenomenologie en de nieuwe sociale psychiatrie een bijdrage.[261]

Er leek geen verschil van mening te bestaan over de vraag of arbeidstherapie en de actievere therapie – soms ook gemeenschapstherapie genoemd – wel als *therapie* konden worden opgevat: het ging daarbij immers, zoals Carp aangaf, om opvoeding, zoals het ook in de somatische kuren uiteindelijk om opvoeding ging. Wél liepen de meningen ietwat uiteen waar het ging om de vraag of de actievere therapie zich echt zo van de oude arbeidstherapie onderscheidde als Van der Scheer wilde doen geloven. J.H. Haverkate, geneesheer op Veldwijk van 1904 tot 1940, sprak al in 1909 van het *medicament* van de arbeid.[262] De geneesheer-directeur

259 Vijselaar 1998c, 76.
260 Carp 1938b, 172.
261 Zie Vijselaar 1998c, 76.
262 Lindeboom en Van Lieburg schrijven dat hij misschien de eerste is geweest die in ons land 'aldus van arbeids*therapie* heeft gesproken'. Lindeboom en Van Lieburg 1994, 158. Zie ook Van der Scheer en Van der Hoeven Jr. 1924, 312.

van Brinkgreven, Le Rütte, vond dat de actievere therapie niets toevoegde aan de arbeidstherapie zoals hij die al jaren toepaste.[263]

Van der Scheer waarschuwde ervoor allerlei bezigheden ter 'verstrooiing' als arbeid te betitelen – in dat verband zouden de door inrichtingen gepresenteerde cijfers omtrent het aantal arbeidende patiënten niet altijd even betrouwbaar zijn.[264] Zelf maakte hij onderscheid tussen arbeid die niet veel meer was dan eenvoudige 'bezigheid' en 'nuttige arbeid', dat wil zeggen werk dat in sociaal-economisch opzicht waardevol was.[265] De eerste, eenvoudige soort arbeid, waaronder touw pluizen, bonen sorteren, naaien, breien of haken, vond plaats in opvoedkundige verblijfzalen – therapiezalen volgens de Santpoortse benaming. Die waren bestemd voor de opvoeding van patiënten tot een bepaalde arbeidsgeschiktheid. Hoofdzaak was, zo schreef Van der Scheer, dat er in de verblijfzalen 'een geest van gezellige rust' en 'ordelijkheid' heerste en dat alle patiënten zich dienovereenkomstig leerden gedragen.[266] Tijdens de werkzaamheden mochten zij niet praten. Bij onrustig en hinderlijk gedrag was consequent en ogenblikkelijk ingrijpen geboden: eerst door middel van een rustige vermaning of afleiding, of anders door verwijdering uit de omgeving waar de patiënt storend was, bijvoorbeeld door kortdurende isolatie.

Tot nuttige arbeid rekende Van der Scheer zowel arbeid in werkplaatsen waar patiënten een product maakten om te verkopen – bijvoorbeeld matten kleedjes, raffiamandjes en linnen stoffen – als arbeid in bedrijven en afdelingen van de psychiatrische inrichting die hoe dan ook noodzakelijk was, zoals huishoudelijk werk in de keuken, wasserij en de tuin. Hij liet niet na de economische waarde van door patiënten verrichte arbeid te becijferen. Zo stelde hij vast dat de 'nuttige arbeid' van patiënten in de bedrijven en afdelingen van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort een flinke besparing op de salariskosten opleverde – een strategisch welkome boodschap anno 1933, aan de vooravond van de door de centrale overheid opgelegde bezuinigingsoperatie in de krankzinnigenzorg, waartoe de Commissie Frederiks het jaar daarop zou adviseren.[267] Daarnaast wees Van der Scheer op de therapeutische en daarmee indirect ook economische waarde van door patiënten te verrichten arbeid als zodanig. Zo was het uitdrukkelijk de bedoeling de zieken hierdoor weer gezonder te maken en zo de terugkeer in de maatschappij mogelijk te maken. Het laten werken van de patiënten was in de

263 Zie: Roosjen 1993, 29 en Van der Scheer 1933, 74-77. Poslavsky wees naderhand, in 1961, op de overeenkomsten tussen in de negentiende eeuw door Schroeder van der Kolk verkondigde ideeën en hetgeen Van der Scheer als nieuw aanprees in de actievere therapie. Poslavsky 1961, 82–85.

264 Van der Scheer 1933, 79.

265 Van der Scheer 1933, 80.

266 Van der Scheer 1933, 117.

267 Van der Scheer 1933, hoofdstuk V. Van der Scheer rekende voor dat de besparing in Santpoort neerkwam op ruim een kwart miljoen gulden per jaar, terwijl de feitelijke salariskosten 1 miljoen gulden bedroegen (p. 89). Al eerder hadden diverse leden van Provinciale Staten hun ontstemming geuit over de hoge verbouwingskosten die ten behoeve van de actievere therapie in Santpoort op de begroting voor 1929 waren opgevoerd. Blok 1997a, 142.

eerste plaats een effectief opvoedkundig middel, geen doel op zichzelf van de behandeling, benadrukte hij.[268] Tegelijkertijd wees hij erop dat bij iedere zieke, ook bij geesteszieken, therapie ook gericht was op herstel en optimalisering van de arbeidsproductiviteit.[269] Het was, in deze voorstelling van zaken, arbeid vóór en arbeid na – als therapeutisch middel in de kleine gestichtsmaatschappij teneinde vervolgens in de grote maatschappij beter tot werken in staat te zijn. De centrale waarde van productieve arbeid stond buiten kijf: een gezonde burger was een werkende burger, net als goed burgerschap een arbeidzaam leven vooronderstelde.

De invoering van de actievere therapie bracht een radicale ommezwaai in het gestichtsregime met zich mee, vooral op de afdelingen voor onrustigen en halfrustigen. Was voorheen het beleid geweest onrustige patiënten zo goed en zo kwaad als het ging te kalmeren en in bedwang te houden door middel van bedverpleging, permanente baden, isoleren, narcotica of inwikkelingen, sedert de komst van de actievere therapie waren dergelijke maatregelen nauwelijks meer nodig, althans zo beweerde Van der Scheer. Naar zijn zeggen was maar liefst zo'n 90 procent van de Santpoortse patiënten overdag geregeld aan het werk; de overige 10 procent behoorde grotendeels tot de lichamelijk zieken.[270] Dat was, zeker ook gezien de weerstand die aanvankelijk onder een deel van het verplegend personeel overwonnen moest worden, geen geringe prestatie.

Hoe dan ook onderscheidde de actievere therapie zich van de somatische therapieën en van de psychotherapie, als die al toepassing vond, door het veel grotere bereik. De actievere therapie was niet slechts voor een kleine groep, maar in principe voor alle, niet lichamelijk zieke patiënten bedoeld. Zoals in de vorige paragraaf is vermeld, ging het er bij de actievere therapie om het verantwoordelijkheidsgevoel van patiënten te activeren, onder meer door middel van het belonen van goed gedrag en het bestraffen van slecht gedrag. Het gesticht, zo schreef Van der Scheer, diende te veranderen in 'een nieuwe, kleine maatschappij voor den geesteszieke, waar hij niet telkens in botsing komt met niet begrijpende medemenschen.'[271] In deze maatschappij was het streven niet alleen gericht op orde, regelmaat, arbeidzaamheid, en het kweken van nieuwe zelfstandigheid en een nieuwe eigenwaarde, maar was er ook, net als in 'de groote maatschappij', plaats voor ontspanning, feestelijkheden, afleiding, gymnastiek en sport.

Van der Scheer was het geheel eens met Stärcke's uitspraak dat 'alle krankzinnigheid berust op *vereenzaming*.' Die vereenzaming kwam volgens hen ten dele door de geesteszieken zelf, maar ten dele ook door de maatschappij. 'Als wij hen dus willen genezen moeten wij hen leeren de maatschappij te verdragen, en de maatschappij leeren om hen te verdragen. Wij beginnen dan met een voor dit doel in elkaar gezette proefmaatschappij, dat is: het gesticht.'[272] Het waren mooie idealen die tot ruim na de Tweede Wereldoorlog zouden meegaan. Hoe ze precies in

268 Van der Scheer 1933, 76.
269 Van der Scheer 1933, 96.
270 Van der Scheer 1933, 61-62.
271 Van der Scheer 1933, 160.
272 Van der Scheer 1933, 160-161.

de praktijk uitpakten, en vooral óf het regime van de actievere therapie behalve de activering van patiënten ook voor meer patiënten 'genezing' en ontslag met zich meebracht, valt slechts ten dele te achterhalen.[273]

Zoveel is wel duidelijk dat de actievere therapie een min of meer succesvol alternatief voor dwangmiddelen bood bij de beteugeling van onrustig gedrag. Van der Scheer waagde het zelfs de stelling te poneren dat onrust vrijwel geheel uit het gesticht was te bannen.[274] De vraag hoe theorie en praktijk met betrekking tot de toepassing van dwang zich in het interbellum ontwikkelden, verdient overigens nog nader onderzoek. De wettelijk verplichte dwangmiddelenregistratie – artikel 4 van de Krankzinnigenwet van 1884 – raakte, zoals eerder vermeld, na 1914 in het slop. Het bestaande dwangmiddelenregister voldeed niet langer en tot de opstelling van een nieuw register kwam het voorlopig niet. De inspecteurs waren er inmiddels van doordrongen dat er 'allerlei overgangen' waren tussen 'echte' dwangmiddelen en middelen die dat niet waren – zoals bijvoorbeeld de inwikkeling. Dit inzicht en de ook in Nederland voelbare effecten van de Eerste Wereldoorlog – door de mobilisatie waren er minder verplegers beschikbaar – zullen hen ervan hebben weerhouden om een nieuw dwangmiddelenregister op te stellen. Pas in 1930 kwam er bij Koninklijk Besluit een nieuw modelregister voor de dwangmiddelen. Dit onderscheidde zich van het oude doordat de opsomming van te registreren dwangmiddelen had plaatsgemaakt voor 'twee, niet nader onderverdeelde rubrieken: 1. Afzondering in een daarvoor bestemde kamer, 2. Alle overige maatregelen waardoor de verpleegde verhinderd wordt één of meerdere ledematen vrijelijk te gebruiken.'[275] Inwikkelingen moesten voortaan dus ook worden geregistreerd.

In de tijdens het interbellum gepubliceerde edities van leerboeken voor de verpleging valt geen substantiële verruiming van het begrip dwang te bespeuren: het accent lag op het gebruik van mechanische dwangmiddelen en isoleren – de vormen van dwang uit het oude dwangmiddelenregister – en van inwikkelingen.[276] We weten niet in hoeverre patiënten of anderen bijvoorbeeld ook de onderwerping aan somatische therapieën, de toediening van sedativa of de verplichting tot arbeid als vormen van dwang ervoeren. Dat de Inspectie, om één voorbeeld te noemen, in het verslag over 1919 het gebruik van sedativa nader aanduidde als '*chemical restraint*', geeft in ieder geval aan hoe de Inspectie erover dacht.[277] Of gestichtsartsen een dergelijke verruiming van het begrip dwang deelden, is nog maar zeer de vraag. Zo schreef de Inspectie in het verslag over 1930, naar aanleiding van het gebrekkig rapporteren over inwikkelingen en andere vormen van lijfsdwang, dat artsen deze wel erg beperkt opvatten. 'Vele gestichtsgeneesheeren hebben van het begrip "dwang" eene andere voorstelling dan andere burgers en zijn geneigd om

273 Zie behalve Van der Scheers publicaties over de actievere therapie ook: Kohnstamm 1929; Blok 1997a, 132–147; Vijselaar 1998c, 78–87; Roosjen 1993, 28–34.

274 Van der Scheer 1933, 5.

275 Van de Klippe 1997, 41.

276 Aan de Stegge 2005a.

277 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 125.

de inwikkelingen, welke moeten dienen om den patiënt te beletten zich te bewegen, niet als lijfs*dwang* te beschouwen.'[278]

Hoe de opvattingen over en vooral de praktijk van het isoleren zich in het interbellum ontwikkelden, is eveneens nog maar ten dele bekend. Een interessant geluid liet Cox in 1921 horen, toen hij de moderne isoleerkamer – ter onderscheiding van de vroegere, maar nog steeds gebruikte isoleercel – als 'gestichtsboudoir' typeerde, dat net als een boudoir in een gewoon huis, of welk ander apart vertrek ook, iemand in de gelegenheid kon stellen om in afzondering tot zichzelf te komen. 'Misschien is er geen knapper psychiater dan de gefortuneerde man of vader, die zijn vrouw of dochter voorziet van een *boudoir*', zo schreef hij nogal ironisch. In feite voerde Cox een pleidooi voor een betere gestichtsverpleging: de 'massabehandeling' zou moeten worden teruggedrongen ten gunste van meer differentiatie in de voorzieningen en vooral 'een deskundige, persoonlijke, individueele, psychische behandeling.'[279] In de leerboeken voor de verpleging – ook Cox schreef, zoals gezegd, een handleiding – valt een soortgelijke tendens te bespeuren: de nieuwe isoleerkamer verdiende verre de voorkeur boven de oude isoleercel en bovendien moest langdurig isoleren indien enigszins mogelijk worden vermeden.[280]

Nieuw was ook, bij wijze van opvoedkundige maatregel in het kader van de actievere therapie, het kortstondig isoleren – zo'n 5 minuten tot hooguit een half uur – van patiënten die zich niet in het gareel wilden voegen.[281] Daarvoor behoefden verpleegkundigen geen toestemming aan artsen te vragen, hetgeen wél moest als het om een langer durende afzondering ging. Het modelregister voor dwangmiddelen onderging in 1936 nogmaals een wijziging. Voortaan hoefden gestichten nog slechts afzonderingen die overdag hadden plaatsgevonden en die langer dan twee uur hadden geduurd aan de Inspectie te melden. Dat wijst niet alleen op een acceptatie van de kortstondige, opvoedkundige vorm van isoleren, maar wellicht ook op een veelvuldige toepassing ervan.[282] Of het langduriger isoleren, zoals Van der Scheer anno 1933 voor Santpoort aangaf, ook elders weinig meer voorkwam en vanaf wanneer zich een dalende lijn aftekende, valt niet met zekerheid te zeggen.

Hoewel geen therapie in engere zin – ook niet volgens de maatstaven van indertijd – bood de gezinsverpleging, zoals die onder verantwoordelijkheid van gestichten en psychiatrische inrichtingen plaatsvond, een interessant alternatief voor of, bij wijze van proefverlof, vervolg op verpleging in het gesticht.[283] Zoals eerder vermeld werd in 1922 het in gezinsverpleging gespecialiseerde Beileroord

278 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 44-45.
279 Cox 1921, 94-96.
280 Aan de Stegge 2005a; Cox 1927-1929. Overigens was in Meerenberg al veel eerder, namelijk halverwege de negentiende eeuw, de 'singleroom' geïntroduceerd.
281 Zie Van der Scheer 1933, 122-123; Aan de Stegge 2005a.
282 Van de Klippe 1997, 41.
283 Meinema 1923. Zie over gezinsverpleging vanuit Voorburg te Vught: Janssens 1935.

te Beilen, een initiatief van de drie noordelijke provincies, in gebruik genomen. In 1930 waren inmiddels ongeveer 150 patiënten van Beileroord bij gezinnen in de omgeving ondergebracht, een aantal dat in de jaren dertig nog verder zou stijgen.[284] Het aandeel van de officiële gezinsverpleging in de totale krankzinnigenzorg steeg van 0,8 procent (132 personen) in 1920 naar 3,4 procent (844) in 1935 en 4 procent tussen 1936 en 1939 (ongeveer 1100 in 1939). Dit was meteen het maximum dat ooit in Nederland zou worden bereikt.[285] Het aantal inrichtingen met meer dan 19 patiënten in gezinsverpleging bereikte in de jaren 1936 en 1940 het record van 14.[286] Vooral in de crisisjaren kon het verstrekken van gezinsverpleging een welkome (extra) bron van inkomsten betekenen. Voor gemeenten, die immers voor veruit het grootste deel van de verpleegkosten opdraaiden, was de gezinsverpleging een aantrekkelijk, want goedkoper alternatief. Onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Inspectie kwam bovendien een toenemend aantal patiënten in de Belgische kolonie voor gezinsverpleging te Geel terecht. In 1935 verbleven daar 759 en elders in België nog eens 148 Nederlandse patiënten.[287] Inclusief de in België ondergebrachte patiënten bedroeg in 1935 het aandeel van de officiële gezinsverpleging in de totale krankzinnigenzorg 7,1 procent (1751 personen).

Naast de verandering van het leven in de gestichten en inrichtingen dankzij de actievere therapie dan wel een intensivering van de arbeidstherapie, die voorheen inactieve patiënten bij bezigheden of arbeid betrokken, valt nog een andere vernieuwing te signaleren, zij het op veel bescheidener schaal. Het betrof de inrichting van zogenoemde verpleger- of verpleegsterloze ruimten naar Duits voorbeeld.[288] Nadat een proef hiermee in Duin en Bosch met succes was bekroond, ging ook het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort ertoe over een verplegerloze ruimte in te richten. In 1930 was de vroegere tuinbaaswoning gereed voor de huisvesting van negentien mannelijke patiënten. Ze hadden ieder een eigen kamertje en een gemeenschappelijke eet- en conversatiezaal. Ze woonden daar zelfstandig, onder toezicht op afstand van een eerste verpleger. Enige tijd later kwam een volgens dezelfde formule ingericht 'landhuis' op het terrein van Santpoort gereed voor achttien alleenstaande vrouwen.[289] Vanaf de vroege jaren zestig zouden ook andere psychiatrische inrichtingen, te beginnen met Wolfheze en de Willem Arntsz Stichting, initiatieven ontplooien om chronische patiënten te activeren door hen zo zelfstandig mogelijk in aparte, kleinschalige huisvesting op het inrichtingsterrein te laten functioneren.

284 Veraart 1957, 23.

285 Zie het voor de jaren 1920, 1935 en 1936 verstrekte 'Algemeen overzicht der beweging in de gestichten en de psychiatrische inrichtingen' in de verslagen van het Staatstoezicht. Zie voor 1939: Veraart 1957, 16. Tijdens de Tweede Wereldoorlog daalde het aantal gezinspatiënten naar 350 in 1945, om vervolgens te stijgen naar 850 in 1954.

286 Veraart 1957, 19. Tot 1923 waren Veldwijk en Grave de enige gestichten met meer dan negentien patiënten in gezinsverpleging.

287 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 103.

288 Verbeek 1930. Als voorbeeld dienden de 'pflegerlose-Abteilungen' van de Provinzial Heil- und Pflegeanstalt te Hildesheim onder directeur Dr. Mönkemöller.

289 Van der Scheer 1933, 56.

Terug naar de maatschappij

Het beleid van de gestichten en psychiatrische inrichtingen was er door de bank genomen op gericht de terugkeer naar de maatschappij van zo veel mogelijk patiënten mogelijk te maken, liefst binnen een redelijke termijn. Wanneer de toestand verbeterde of herstel van de patiënt in zicht kwam, bood het proefverlof, zoals geregeld in de tweede Krankzinnigenwet, de mogelijkheid om te bezien of de met een rechterlijke machtiging opgenomen patiënt vervolgens voor ontslag in aanmerking kwam. Ook voor patiënten die zonder rechterlijke machtiging in een aangewezen afdeling verbleven, bleek het proefverlof een nuttige tussenstap op weg naar het ontslag. Op veel bescheidener schaal gold dat eveneens voor de gezinsverpleging, die voor een deel van de patiënten eenzelfde functie vervulde, namelijk hen onder verantwoordelijkheid van gesticht of inrichting testen voor en voorbereiden op terugkeer naar de maatschappij. Ook de in de jaren twintig en dertig tot ontwikkeling gekomen nazorg – waarover meer in het volgende hoofdstuk – maakte dat patiënten misschien niet steeds eerder, maar wel met extra ondersteuning hun weg terug naar de samenleving konden vinden.

De jaarlijkse algemene overzichten van het Staatstoezicht wijzen uit dat gemiddeld 34 procent van de patiënten die tijdens het interbellum werden opgenomen het gesticht of de psychiatrische inrichting met de aantekening 'hersteld' verliet.[290] Daarnaast kreeg nog eens gemiddeld 17 procent van de patiënten ontslag met de aantekening 'niet hersteld'. Dit percentage vertoonde in de loop der jaren slechts geringe schommelingen. Het ontslagpercentage van herstelden en niet-herstelden tezamen bedroeg derhalve tijdens het interbellum 51 procent.

Wanneer, onder welke omstandigheden, hoe en op wiens initiatief of verzoek kwam het ontslag in de praktijk tot stand? Op basis van zijn analyse van patiëntendossiers van Endegeest, Voorburg en Wolfheze over de periode van circa 1890 tot 1950 stelde J. Vijselaar vast dat ruim een derde (36 procent) van de in deze periode opgenomen patiënten het gesticht of de inrichting met de aantekening 'hersteld' (ruim 20 procent) of 'verbeterd' (15 procent) verliet. Slechts 8 procent van de patiënten uit de onderzochte dossiers kreeg ontslag met de aantekening 'niet hersteld' of vertrok soms zelfs tegen het advies van de arts in. De als hersteld of verbeterd ontslagen patiënten waren gemiddeld wat jonger en hun ziekte had vaker een acuut karakter. Ook kwamen stemmings- en psychotische stoornissen onder hen meer dan gemiddeld voor en beschikten ze relatief vaak over een familienetwerk. Voor het overgrote deel van hen (ruim 80 procent) brak het moment van ontslag binnen een jaar na hun opname aan. Voor sommige patiënten kwam de opname neer op een soort crisisinterventie. Zij werden binnen enkele weken of maanden ontslagen. Onder hen bevonden zich vrouwen met een kraamvrouwenpsychose

290 Zie de tabellen 2.1 en 2.2 in 2.3, paragraaf 'De gestichts- en inrichtingsbevolking'. De tellingen lopen tot en met 1936.

en alcoholisten die in een toestand van delirium tremens waren opgenomen. Patiënten die na een verblijf van gemiddeld zo'n vijf maanden als hersteld of verbeterd hun ontslag kregen, hadden doorgaans een korte episode van melancholie of schizofrenie achter de rug. Dan was er nog een kleine groep patiënten, bestaande uit alcoholisten en lijders aan depressie of schizofrenie, die na anderhalf tot vier jaar in verbeterde toestand de inrichting mocht verlaten.[291] Vijselaars onderzoek wijst uit dat de vermindering van precies die problematische gedragingen, die, samengevat onder de noemer 'sociale onmogelijkheid', tot opname hadden geleid, in de aanloop naar ontslag golden als indicaties van verbetering of herstel.[292] Het vermogen tot communiceren, arbeid en rustig, sociaal geïntegreerd gedrag was in feite van doorslaggevend belang, meer nog dan het verdwijnen van hallucinaties en wanen of de verwerving van ziekte-inzicht.

Aan het uiteindelijke ontslag ging, over de hele periode bezien, in meer dan 60 procent van de gevallen de verlening van proefverlof vooraf. Soms begon het proefverlof met een dag of weekend thuis, waarna vervolgens de verlofperioden geleidelijk langer werden, totdat de patiënt, indien alles goed ging, formeel ontslag kreeg. Voor andere patiënten volstond een langer proefverlof ineens. In veel gevallen gaf de patiënt zelf of diens familie de wens te kennen om de inrichting te verlaten. De verantwoordelijke geneesheer verleende doorgaans zijn medewerking aan een dergelijk verzoek, mits de patiënt ook inderdaad aan de beterende hand was. Het proefverlof fungeerde vervolgens als een experiment waarbij moest blijken of het gedrag van de patiënt er in sociaal opzicht inmiddels mee doorkon. Soms ook slaagden familieleden erin een patiënt die geen tekenen van verbetering vertoonde, toch mee naar huis te krijgen. In dergelijke gevallen was er duidelijk sprake van een hernieuwde bereidheid of een hersteld vermogen om de geesteszieke zelf te verzorgen.[293] Patiënten die op een dergelijk sociaal netwerk konden terugvallen, waren duidelijk in het voordeel: terwijl tegen de 60 procent van alle patiënten vanuit een gezin of familie was opgenomen, gold voor ten minste 74 procent van degenen die ontslag kregen, dat zij terug konden gaan naar hun ouders, het eigen gezin of andere familieleden. Vijselaar concludeert dan ook dat het ontslag ten minste gedeeltelijk het resultaat was van een sociaal proces, namelijk onderhandeling tussen de inrichting en de familie, en niet louter afhing van medische overwegingen of overwegingen op het gebied van ordehandhaving. Naast de mogelijkheid tot terugkeer naar een gezin of familie, blijken ook het hebben van werk en inkomen zo niet een voorwaarde dan toch bevorderlijk te zijn geweest voor de terugkeer naar de samenleving.[294] De zich ontwikkelende voor- en nazorg droeg hiertoe eveneens bij.

291 Vijselaar 2005, 285–289; Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.

292 Zie over het begrip 'sociale onmogelijkheid': 1.5, paragraaf 'Tussen thuis en gesticht'.

293 Zie ook De Graaf 2007, 71–72.

294 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 8.

De al met al soepele gang van zaken bij het verlenen van proefverlof en ontslag bracht Vijselaar tot de uitspraak dat de muren van het gesticht minder hoog waren dan doorgaans wordt aangenomen.[295] In het geval van de patiënten die, veelal op verzoek van hun familie, naar huis konden terugkeren bleek de barrière inderdaad niet al te groot te zijn. We hebben hier uiteraard te maken met de succesverhalen, terwijl we in het ongewisse blijven over eventuele niet-geslaagde pogingen om proefverlof en ontslag voor een in het gesticht verblijvend familielid te verkrijgen.

Voor alleenstaanden die niet over een sociaal vangnet beschikten waren de kansen op terugkeer naar de maatschappij hoe dan ook minder groot. Tijdens het interbellum, toen de komst van aangewezen afdelingen de opname van patiënten zonder rechterlijke machtiging mogelijk maakte, verwierf de inrichtingspsychiatrie in ieder geval een nieuwe dimensie van 'openheid'. Aan de poort won de inrichting daarmee aan toegankelijkheid. Gevoegd bij Vijselaars observatie dat de gestichtsmuren toch al geen al te groot obstakel vormden voor terugkeer naar de maatschappij, kan de conclusie zijn dat de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen allengs een opener karakter kregen.

De forensische psychiatrie en de psychopatenzorg

De conclusie van de vorige paragraaf gaat niet op voor de nieuwe gespecialiseerde inrichting die aan het eind van de jaren twintig het daglicht zag en die deels onder het gezag van het Ministerie van Justitie kwam te vallen: het zogenaamde psychopatenasiel voor geestelijk gestoorde delinquenten. In deel 1 hebben we gezien dat psychiaters, juristen en politici vanaf het eind van de negentiende eeuw discussieerden over de geëigende maatregelen jegens zogenaamde grensgevallen: niet volledig krankzinnige, maar wel psychisch gestoorde en veelvuldig recidiverende wetsovertreders. Nadat al eerder, in 1911, 1915 en 1921, wetsontwerpen bij de Tweede Kamer waren ingediend om een bijzondere strafrechtelijke aanpak van deze groep delinquenten mogelijk te maken, nam het parlement in 1925 de zogenoemde Psychopathenwetten aan. Deze traden in 1928 in werking en gaven de rechter de mogelijkheid om zowel volledig als deels ontoerekenbare plegers van misdrijven ter beschikking van de regering te stellen (TBR), waardoor zij na de eventuele gevangenisstraf onder dwang in een psychopatenasiel werden geïnterneerd of anderszins – in het geval van een voorwaardelijke veroordeling of voorwaardelijk ontslag – onder psychiatrisch toezicht kwamen te staan. Een TBR viel elke twee jaar op vordering van de Officier van Justitie te verlengen, waarbij de rechter zijn beslissing in hoge mate liet afhangen van het oordeel van de behandelend psychiater omtrent de geestesgesteldheid van de delinquent en de kans op recidive. Rechters konden daders die als volkomen ontoerekeningsvatbaar gol-

295 Vijselaar 2005, 291.

den ook, zoals voorheen, op basis van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht vrijspreken en onder dwang in een krankzinnigengesticht laten opnemen.[296] De TBR-regeling, de realisering van wat vertegenwoordigers van de Nieuwe Richting en psychiaters al vanaf de eeuwwisseling hadden bepleit, was in eerste instantie vooral ingegeven door de wens om de maatschappij tegen onverbeterlijk en gevaarlijk geachte criminelen te beschermen door hen langer uit de maatschappij te verwijderen dan op basis van een louter juridische veroordeling en het proportionaliteitsbeginsel viel te legitimeren. De wet schreef voor dat TBR alleen kon worden opgelegd als de openbare orde en veiligheid naar het oordeel van de rechter in het geding waren.[297]

Aan de ene kant was de TBR onderdeel van een verharding van het strafrechtsklimaat ten aanzien van als onverbeterlijk beschouwde misdadigers. Een jaar na de invoering van de Psychopathenwetten nam de Tweede Kamer de zogenaamde Bewaringswet aan, waardoor het mogelijk werd alle gevaarlijk geachte 'beroeps- en gewoontemisdadigers', ook als zij niet geestelijk gestoord waren, na het uitzitten van hun straf voor ten minste vijf en ten hoogste tien jaar te interneren. Tot een daadwerkelijke uitvoering van deze maatregel is het evenwel nooit gekomen.[298] De roep om orde en gezag werd begin jaren dertig mede in de hand gewerkt door de economische crisis en de daarmee verbonden sociale onrust als gevolg van kortingen op lonen en steunuitkeringen. De sociale beroering bereikte in de jaren 1933-1934 een hoogtepunt met de muiterij op het marineschip de *Zeven Provinciën* in Nederlands-Indië en rellen in Amsterdam (het Jordaanoproer) en andere plaatsen.[299]

Aan de andere kant werd de met de Kinderwetten en de voorwaardelijke veroordeling verbonden aanpak in de strafrechtsspraak, gericht op heropvoeding en resocialisatie, voortgezet. De Psychopathenwetten waren in dit opzicht dubbelzinnig: ondanks de nadruk op de bescherming van de maatschappij door middel van een langer durende internering van psychopaten dan op grond van het strafrechtelijke proportionaliteitsbeginsel was te verdedigen, boden ze ook een perspectief om het accent te verleggen van bestraffing naar behandeling en reclassering. De onderbrenging van de psychopatenzorg bij de afdeling Reclassering van het Ministerie van Justitie en de veelvuldige toepassing van voorwaardelijk ontslag wezen in die richting.[300] De TBR zou voortdurend aanleiding geven

296 Deze laatste categorie was niet groot: in het midden van de jaren twintig werden jaarlijks rond de twintig volledig ontoerekenbare delinquenten op basis van artikel 37 in een krankzinnigengesticht geplaatst. Kortenhorst 1929.

297 De Ridder en De Vries 1984, 79; Haffmans 1984, 8; vergelijk Kortenhorst 1929.

298 Van Bemmelen 1957; Franke 1990, 617-620; Krul-Steketee en Zeegers 1993, 19; Haffmans 1983, 26-27.

299 De muiterij was een protest van de schepelingen tegen een korting op hun loon. De regering maakte met harde hand een eind aan de muiterij. In de verkiezingen die drie maanden later plaatsvonden, was herstel van orde en gezag een belangrijk thema. De ARP onder leiding van H. Colijn, die had aangedrongen op hard optreden, won de verkiezingen.

300 Weijers 2003, 15-16; vergelijk Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 199.

tot debatten onder juristen en psychiaters over de vraag of de maatschappelijke beveiliging dan wel de individuele behandeling prioriteit moest krijgen.

Mede door de veelvuldige toepassing van de voorwaardelijke veroordeling daalde de bevolking van de gevangenissen en huizen van bewaring in de periode 1910-1930 van ruim drieduizend naar bijna 2400. Het aantal gedetineerden bereikte in het midden van het interbellum met ruim dertig per honderdduizend inwoners een laagterecord.[301] Gedetineerden met psychische stoornissen – ongeveer honderd nieuwe gevallen per jaar – kwamen in eerste instantie in de Bijzondere Strafgevangenis van Scheveningen terecht. Wanneer ze ook daar vanwege de ernst van de problemen niet waren te handhaven, verhuisden ze naar het in 1918 geopende Rijkskrankzinnigengesticht in Woensel bij Eindhoven.[302] De psychiaters B.P. Westerhuis, Meijers en S.P. Tammenons Bakker deden onderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen en zelfmoorden in gevangenissen, waarbij zij vaststelden dat de eenzame opsluiting de kans daarop vergrootte. De juriste E.C. Lekkerkerker, die een proefschrift had geschreven over Amerikaanse heropvoedingsgestichten voor vrouwen en de grondslag legde voor de psychiatrische consultatiebureaus voor criminele en andere moeilijke kinderen, schreef in 1935 namens een reclasseringscommissie een lijvig rapport over gedetineerde vrouwen, waarin zij pleitte voor aparte straf- en heropvoedingsinstellingen voor hen.[303] Het bestuur van de NVPN drong aan op de aanstelling van artsen met een psychiatrische opleiding in gevangenissen.[304]

De psychiatrische invloed op het terrein van de strafrechtspleging en de reclassering breidde zich uit. In verband met de mogelijkheid om een voorwaardelijke veroordeling of een TBR op te leggen, wonnen de adviezen en rapporten van psychiaters en reclasseringsambtenaren aan betekenis.[305] De Psychopathenwetten betekenden een juridische erkenning van de noodzaak om bij sommige verdachten vanwege hun persoonlijkheidskenmerken en drijfveren psychiatrisch advies in te winnen. Het gerecht kon een psychiatrisch onderzoek in het Huis van Bewaring of in een daartoe aangewezen kliniek of inrichting opleggen.[306] Voor de beoordeling van de mate van ontoerekeningsvatbaarheid achtten psychiaters niet alleen de geestesgesteldheid van de dader op het moment dat deze het delict pleegde, maar de gehele persoonlijkheid relevant. De TBR-regeling was, in de woorden van de psychiater C.T. Kortenhorst, bedoeld voor 'de algemeen-gevaarlijke, gebrekkig-ontwikkelde of ziekelijk-gestoorde afwijkenden van den z.g. norm, van wie herhaling der delicten te vreezen staat, gezien hun voorleven, persoonlijkheid en karakter.'[307] Volgens de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid*

301 Franke 1990, 609, 615.
302 In de jaren 1920-1927 ging het om 86 gedetineerden. Franke 1990, 606.
303 Franke 1990, 588, 606-608, 612.
304 Notulen bestuur NVPN 27-4-1926, 27-11-1926, Archief NVPN.
305 Franke 1990, 628-629.
306 Naast de Rijksasielen ging het hierbij om de psychiatrisch-neurologische klinieken van de Rijksuniversiteit Utrecht, de Gemeente Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit, alsmede de Rotterdamse inrichting Maasoord. Kortenhorst 1929.
307 Kortenhorst 1929, 175.

ging het om een categorie wetsovertreders waaronder 'de gevaarlijkste misdadigers' waren aan te treffen.[308]

Het aantal rechtszaken waarin rechters de deskundigheid van psychiaters inriepen, steeg.[309] Hoewel de Minister van Justitie, J. Donner, mede met het oog op de beperkte verplegingscapaciteit, al bij de invoering van de Psychopathenwetten waarschuwde voor een 'überpsychiatrisierung', waardoor het begrip psychopathie een te ruime invulling zou kunnen krijgen, legden rechters veelvuldig TBR op. Dat gebeurde tussen 1929 en 1933 gemiddeld bijna 140 keer per jaar, waarbij het in 120 gevallen om een onvoorwaardelijke veroordeling ging.[310] Psychiaters vervulden hun forensische taken als nevenfunctie naast hun vaste werkzaamheden. Hoewel er werd gesproken over de wenselijkheid van de institutionalisering van de gerechtelijke psychiatrie in de vorm van de aanstelling van vaste dictrictspsychiaters in de arrondissementen, bleef het vooralsnog bij plannen, mede omdat gestichtsartsen die forensische werkzaamheden als nevenfunctie vervulden, zich hiertegen verzetten. Wel raakten in bescheiden mate ook maatschappelijk werkers en psychologen bij dit werk betrokken, vooral op het gebied van de sociale begeleiding en diagnosestelling.[311]

Zoals gezegd brachten de Psychopathenwetten een nieuw type gesticht met zich mee: het psychopatenasiel voor de detentie en verpleging van TBR-gestelden. Om te beginnen werd in 1928 in het Rijksopvoedingsgesticht te Leiden, het voormalige Pesthuis, een psychopatenasiel ondergebracht, dat tegen de 90 bedden telde en beschikte over een observatielaboratorium voor verdachten. Al spoedig kwamen daar van particuliere kant twee voorzieningen bij. In 1929 was dat Oldenkotte, onderdeel van de Rekkensche Inrichtingen te Eibergen, van de Vereeniging tot Stichting van Christelijke Inrichtingen ter Verpleging van Zwakzinnigen, met plaats voor ongeveer 40 TBR-gestelden. In 1930 volgde als onderdeel van de katholieke St. Willibrordusstichting te Heiloo het St. Pauluspaviljoen met een capaciteit van eveneens ongeveer 40 bedden. Al gauw dreigde een tekort aan TBR-plaatsen. In 1931 kwamen op het terrein van het rijksgesticht te Woensel nog eens 90 plaatsen voor psychopaten tot stand. In het jaar daarop werd het voormalige Rijksopvoedingsgesticht Veldzicht te Avereest verbouwd tot psychopatenasiel. Bij de ingebruikneming in 1933 had deze rijksinrichting plaats voor 240 verpleegden. Alle gedetineerden uit Leiden en Woensel verhuisden naar Veldzicht, waarna het Leidse psychopatenasiel dicht ging.[312] Daarna kwamen er voorlopig geen nieuwe voorzieningen meer bij.

Van daadwerkelijke psychiatrische behandeling van TBR-gestelden kwam vooralsnog weinig terecht. Het therapeutisch repertoire bestond hoofdzakelijk

308 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 195.
309 Tammenoms Bakker 1957, 170.
310 Haffmans 1984, 11; vergelijk Kortenhorst 1929 en Weijers 2003, 18.
311 Weijers 2003, 20–22.
312 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 197; Kortenhorst 1929, 177; Barneveld 1982, 1–5; Van de Uitvlugt 1991; Koenraadt 1991b, 129–144; Bakker 2002a, 41; Bakker 2002e, 245–249; Weijers 2003, 15–17.

TBR-gesticht Veldzicht te Avereest, circa 1920.

uit heropvoeding door middel van een streng regime met nadruk op orde en regelmaat, alsmede arbeid. Het aankweken van zelftucht en verantwoordelijkheidsgevoel stond centraal. De enige medische ingreep die toepassing vond was de castratie van zedendelinquenten, waarover hieronder meer. Gedetineerden ervoeren de dwangverpleging niet zozeer als behandeling als wel als straf, vooral vanwege de onbepaalde duur van de detentie, die zij in het licht van de ernst van hun delict vaak als onredelijk beschouwden.[313] Mede vanwege het gebrek aan financiële middelen waren de psychopatenasielen eerder bewaarinstellingen dan therapeutische inrichtingen.[314] Bezuinigingen, plaatsgebrek – al in 1931 waren alle beschikbare bedden bezet – en een zekere weerstand van juristen, die vonden dat de rechtsgelijkheid in het gedrang kwam, leidden al in 1933 tot de Psychopathennoodwet of Stopwet om het aantal TBR-veroordelingen te beperken. Deze Stopwet, die tot 1947 van kracht bleef, legde nogmaals de nadruk op de beveiliging van de openbare orde. Vermogensdelinquenten die zich niet schuldig hadden gemaakt aan geweld of bedreiging, kwamen niet langer voor deze maatregel in aanmerking, waardoor het aandeel van gewelds- en zedendelinquenten in de psychopatenasielen toenam.[315] Het gemiddelde aantal TBR-stellingen per jaar daalde vervolgens van ongeveer 140 tussen 1929 en 1933 naar bijna honderd tussen 1933 en 1946. Een kwart tot een derde daarvan betrof voorwaardelijke veroordelingen.[316]

Het psychiatrisch-criminologische denken over misdaad bewoog zich verder langs de lijnen die sinds het eind van de negentiende eeuw waren uitgezet. W.A. Bongers sociologische benadering, ondersteund door statistisch-sociografisch onderzoek naar misdaad op het in 1934 door W.P.J. Pompe opgerichte criminologische instituut van de Rijksuniversiteit Utrecht, had maar weinig invloed in de psychiatrische wereld en de strafrechtspraktijk. Onder psychiaters vonden het ideeëngoed van de crimineel-antropologische en psychologische benadering meer aanhang. De Haagse zenuwarts F.J. Soesman publiceerde in 1929 zijn *Inleiding tot de studie van de criminologie*, waarin de lombrosiaanse benadering van de misdadiger als geestelijk en lichamelijk afwijkend menstype nog duidelijk doorklonk. Daarbij verwees hij naar het onderzoek van de Groningse School.[317] Een van de belangrijkste vertegenwoordigers daarvan, de hoogleraar psychiatrie en neurologie Wiersma, hield zich uitgebreid bezig met het vraagstuk van de toerekenbaarheid en profileerde zich met een mensbeeld waarin voor de wilsvrijheid maar zeer beperkt plaats was. Vanwege de grote invloed van de psychische aanleg en milieufactoren zou de strafwet ruimte moeten maken voor meer maatregelen

313 Weijers 2003, 19.

314 Barnhoorn 1932; Van Bemmelen 1957; De Ridder en De Vries 1984; Haffmans 1984, 14-15; Weijers 1996, 195.

315 Haffmans 1984, 11-14; Weijers 2003, 16-17; vergelijk Van Bemmelen 1957, 9.

316 Haffmans 1984, 11. Veel aandacht trok de TBR-stelling van de dichter G. Achterberg in 1938 wegens doodslag op zijn hospita. Achterberg stond zeventien jaar onder psychiatrisch toezicht, onder andere in Veldzicht, de Rekkense inrichtingen en in een pleeggezin. Zie Treffers en Bos 2003.

317 Van Weringh 1986, 120.

Pauluspaviljoen, Heiloo.

ter behandeling van de gestoorde persoonlijkheid van misdadigers. In het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap sloot de psychiater H. van der Hoeven, als gestichtsarts verbonden aan de Willem Arntsz Hoeve en auteur van *Psychiatrie, een handleiding voor juristen* (1912), zich hierbij aan: verbetering in plaats van bestraffing was zijn devies.

Andere psychiaters, zoals de geneesheer-directeur van Avereest, M. Westerterp, zetten vraagtekens bij zulk therapeutisch optimisme en wezen erop dat de detentie in een gesloten inrichting, die de betrokkenen als onrechtvaardig ervoeren, hun bereidheid om zich psychiatrisch te laten behandelen niet bevorderde.[318] Eind jaren dertig begonnen artsen als Van der Hoeven en A. Stärcke alsook de strafrechtsgeleerde Pompe afstand te nemen van de idee van de geboren crimineel en te pleiten voor een minder repressieve en meer begripsvolle en op psychologisch inzicht gebaseerde benadering van misdadigers.[319] Van der Hoeven keerde zich tegen het vergeldingsprincipe in het strafrecht en vroeg aandacht voor de persoonlijkheid van de dader en de invloed van de omgeving op de ontwikkeling van het individu.[320] S. van Mesdag, privaatdocent in de criminele biologie en psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, sloot zich hier in 1935 bij aan door de nadruk te leggen op de behandelbaarheid van gestoorde misdadigers. Al eerder, in 1932, had Stärcke op een bijeenkomst van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap een psychoanalytische beschouwing aan schuld en straf gewijd, waarin hij het onderscheid tussen veroordeelde misdadigers en 'normale' mensen relativeerde. Tevens pleitte hij voor een minder repressieve aanpak en beweerde hij dat veel 'steunpilaren der maatschappij' de 'werkelijke vijanden van het algemeen welzijn' waren. De voorzitter van de bijeenkomst reageerde enigszins besmuikt met de opmerking dat Stärcke's visie 'de bekoring van het vreemde had' en tot nadenken stemde.[321]

Tegenover dergelijke gezichtspunten, die in de praktijk vooralsnog geen voet aan de grond kregen, stond een meer uitgesproken biologische optiek, die in de jaren dertig mede onder invloed van ontwikkelingen in het buitenland op het gebied van de eugenetica weerklank vond onder zowel juristen als artsen. De artsen J. Sanders en B. Premsela, respectievelijk verbonden aan het Nederlandsch Instituut voor Erfelijkheidsonderzoek bij den Mensch en voor Rassenbiologie en het Amsterdamse consultatiebureau van de NVSH, alsook de juristen J.M. van Bemmelen en H.J. Pippel bepleitten in de jaren dertig castratie als medische ingreep op onverbeterlijk geachte zedendelinquenten. Deze ingreep zou een 'humanitair' alternatief voor langdurige gevangenisstraf kunnen zijn. Op een spreekbeurt voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap ging Van Bemmelen in op een mogelijke wettelijke regeling van sterilisatie en castratie van misdadigers en andere 'minderwaardigen'.[322]

318 Weijers 2003, 18-19.
319 Van Weringh 1986, 123; Franke 1990, 628.
320 Dankers en Van der Linden 1996, 155-156.
321 Franke 1990, 594.
322 Van Bemmelen 1933, 34; zie ook Franke 1990, 628; Van Weringh 1986, 123; Oosterhuis 1992, 54.

In 1930 was castratie geïntroduceerd in de Nederlandse rechtspraak, toen een rechter een exhibitionist een korte voorwaardelijke straf oplegde nadat deze erin had toegestemd zich 'vrijwillig' te laten castreren.[323] Er volgden meer van dergelijke vonnissen, maar de directe koppeling van juridisch oordeel en medische ingreep was omstreden. Een rechtszaak in Alkmaar deed in dit verband veel stof opwaaien. De rechter had een man die wegens ontucht met een minderjarige jongen terechtstond, voorwaardelijk veroordeeld, nadat deze op advies van een psychiater en met medeweten van de rechter was gecastreerd. Er ontspon zich een discussie onder juristen en artsen over de vragen of hier sprake was geweest van ontoelaatbare dwang en of een rechter zijn vonnis mocht afstemmen op de bereidheid van een verdachte castratie te ondergaan ter voorkoming van recidive. Mede onder invloed van de in 1933 en 1934 in Nazi-Duitsland ingevoerde sterilisatie- en castratiewetten stelden de meeste deelnemers aan het debat zich terughoudend op ten aanzien van dwang. De katholieke Minister van Justitie, J.R.H. van Schaik, en de (confessionele) meerderheid van de Tweede Kamer toonden ook reserves. Katholieke moraaltheologen, juristen en artsen voerden debatten over de morele toelaatbaarheid van castratie. Terwijl zij over het algemeen alle vormen van eugenetica gericht op het voorkómen van ongewenst nageslacht door middel van anticonceptie, sterilisatie, abortus en wettelijke huwelijksbelemmeringen, principieel afwezen, konden de meesten castratie als vorm van 'therapeutische eugenese' wel billijken, waarbij sommigen zelfs een zekere mate van dwang toelaatbaar achtten.[324] Ook niet-confessionele psychiaters als Van der Scheer beschouwden castratie niet als een eugenetische maatregel, zoals sterilisatie dat wél was, maar als een medische ingreep, namelijk om abnormale seksualiteit te genezen.[325]

Naar aanleiding van het verzoek van de Minister van Justitie om een onderzoek in te stellen naar de therapeutische werking van castratie, kwam Sanders in 1935 met medewerking van de psychiaters Van der Horst, Kortenhorst en Westerterp met een studie waarin elf in Nederland en honderd in het buitenland, voornamelijk in Duitsland, uitgevoerde castraties de revue passeerden. In het merendeel van de gevallen ging het om zwakzinnigen en/of mannen die vanwege hun ontoelaatbaar geachte of strafbare seksuele gedrag – exhibitionisme, hetero- en homoseksuele ontucht met minderjarigen – waren geopereerd.[326] Van de Nederlandse gevallen werden twee exhibitionisten gerechtelijk vervolgd en hadden deze als gevolg van de ingreep slechts een voorwaardelijke veroordeling gekregen. De anderen werden niet van zedendelicten verdacht, maar waren in psychiatrische inrichtingen opgenomen, waar de operaties met eigen instemming of die van de ouders zouden hebben plaatsgevonden. Volgens Sanders waren zowel de behandelende artsen als de patiënten in alle gevallen tevreden over het resultaat van de ingreep. De onbedwingbare en ziekelijke seksuele driften verdwenen of

323 Koenders *1996*, 261.
324 Oosterhuis *1992*, 53-55; 80-90.
325 Van der Scheer en Hemmes *1936*, 573.
326 In Nederland lag de door het strafrecht bepaalde leeftijdsgrens voor heteroseksueel verkeer op zestien en voor homoseksuele contacten op 21 jaar.

verzwakten aanmerkelijk en er zouden nauwelijks hinderlijke fysieke of psychische bijverschijnselen optreden. Op basis van de buitenlandse en binnenlandse casuïstiek meende Sanders dat castratie als therapeutische behandeling voor ontoelaatbaar seksueel gedrag was aan te bevelen, waarbij hij aantekende dat de betrokkenen zelf of, in geval van zwakzinnigheid, hun ouders of voogden er wel mee moesten instemmen. Ook pleitte Sanders voor een door de regering in te stellen commissie van deskundigen, waar artsen voorgenomen castraties zouden moeten aanmelden ter toetsing van de medische indicatie, niet alleen om de patiënt te beschermen, maar ook om de arts in te dekken tegen eventuele beschuldigingen van lichamelijke mishandeling.[327]

Een aantal psychiaters deelde Sanders' optimisme omtrent de effectiviteit van castratie. Carp en zijn assistenten T.A. Kandou en N. Speijer, die in de jaren dertig in de Leidse universiteitskliniek ten minste twaalf castraties op homoseksuele mannen en exhibitionisten uitvoerden – naar eigen zeggen nadat psychotherapie had gefaald – achtten de ingreep heilzaam.[328] Ook Barnhoorn en Meijers zagen castratie als een veelbelovende medische behandeling. Op het congres over homoseksualiteit, dat de R.K. Artsenvereeniging en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen in 1939 organiseerden, sprak Barnhoorn van 'een verrijking [...] van ons arsenaal bij de behandeling van personen met een sterke of ziekelijk ontaarde geslachtsdrift [...] waarover wij ons terecht kunnen verheugen.' Meijers pleitte ervoor 'het sexueele, gelijk een tumor te verwijderen', zodat die 'rare kerels' met hun 'eigenaardige karaktereigenschappen, andere reacties, een andere romantiek en phantasie' meer harmonische persoonlijkheden zouden worden.[329]

De door Sanders bepleite commissie kwam er niet en ook een wettelijke regeling bleef uit, in tegenstelling tot in Denemarken, Duitsland en de Verenigde Staten. De overheersende mening was dat de medische ethiek voldoende garanties bood om de beslissing over castratie aan artsen en patiënten over te laten. Alleen voor de operatie van TBR-gestelde zedendelinquenten was toestemming van het Ministerie van Justitie vereist. Volgens de officiële richtlijnen moest de 'patiënt' zelf een verzoek bij de minister indienen en waren tevens een medisch advies en eventueel een verklaring van een geestelijke nodig ter bevestiging van de vrijwillige instemming. Terwijl Minister van Justitie Van Schaik dergelijke verzoekschriften had afgewezen, wist de geneesheer-directeur van het rijksasiel Veldzicht, A.L.C. Palies, diens opvolger C.M.J.F. Goseling in 1938 te overtuigen van het nut van de ingreep.[330] Tezamen met de psychiater J.J.G. Wuite, leider van de afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD) te Den Haag, bracht Palies in 1941 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* verslag uit over 29 gecastreerde zedendelinquenten. Volgens eigen zeggen stelden zij 'steeds op den voorgrond, dat het verlangen om van zie-

327 Sanders 1935.
328 Carp 1936a; Carp 1936b; Kandou en Speijer 1936.
329 Barnhoorn et al. 1941, 69, 141.
330 Palies 1947, 19.

kelijken sexualiteit verlost te worden de drijfveer moest wezen en niet de intentie om in vrijheid te worden gesteld.' Het therapeutisch effect van de operatie zou voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van de mate van vrijwilligheid waarmee de patiënt de castratie onderging.[331]

Hoewel het Ministerie van Justitie de toestemming tijdens de Duitse bezetting opschortte omdat de secretaris-generaal de nationaal-socialistische eugenetische praktijken niet in de hand wilde werken, ondergingen in de oorlogsjaren alleen al in Veldzicht 79 TBR-gestelden castratie.[332] Uit publicaties van Palies en zijn opvolger F. Hartsuiker is af te leiden dat artsen en andere betrokkenen druk uitoefenden op onwillige gedetineerden. Een TBR-stelling hield in dat artsen grote invloed hadden op de duur van de detentie. Zolang de 'patiënt' niet aan zijn 'genezing' meewerkte, konden zij de rechter adviseren om de TBR te verlengen. 'Het weigeren van de castratie is bij ernstige delicten bedenkelijk', schreef Hartsuiker.[333] Ook in de TBR-afdeling van de St. Willibrordusstichting vonden castraties plaats.[334] In de periode 1930-1968 werden in totaal 384 zedendelinquenten gecastreerd.[335]

2.4 Krankzinnigenzorg in de maatschappij

Het ontstaan van de voor- en nazorg

Al in de negentiende eeuw waren er pogingen ondernomen om uit gestichten ontslagen patiënten bijstand en begeleiding te bieden. Zo stelde Ramaer in 1846 aan de afdeling Zutphen van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen voor om hen sociale en zedelijke steun te verlenen. Het bleef bij een voorstel en ook zijn streven naar een landelijke vereniging voor dit doel liep op niets uit.[336] De oproep van politiecommissaris W. Hoogvliet in 1860 om een 'Nederlands Genootschap tot Ondersteuning van behoeftige Krankzinnigen, en van Herstelden, die uit een Gesticht zijn ontslagen, doch onverzorgd zijn' op te zetten, had evenmin resultaat.[337] Wel kwamen lokale particuliere initiatieven van de grond te Dordrecht (1854), Amsterdam (1855), Delft (1860), Franeker (1861), Utrecht (1863) en Leiden (1868). Deze charitatieve patronaten richtten zich op de materiële en sociale ondersteuning van voormalige gestichtspatiënten, bijvoorbeeld door middel van bemiddeling bij het zoeken naar woonruimte en arbeid. In een circulaire aan de provinciebesturen (1860) bepleitte de Minister van Binnenlandse Zaken de oprichting van dergelijke patronaten op provinciaal niveau. Alleen in Noord-Holland kwam er drie jaar later een dergelijke organisatie tot stand. Over de daadwer-

331 Palies en Wuite 1941, 512-513.
332 Koenders 1996, 447; vergelijk Hartsuiker 1947.
333 Hartsuiker 1947, 263, 267; vergelijk Palies 1947.
334 Wijffels 1954.
335 Van de Klippe 1997, 40.
336 De Smit 1970, 15-16.
337 Esser 1970-1971, 12.

kelijke werkzaamheden en de reikwijdte van de patronaten is verder nauwelijks iets bekend.[338]

Vanaf de Eerste Wereldoorlog kwamen er nieuwe initiatieven teneinde voor sommige krankzinnigen een alternatief voor opname in een gesticht te bieden. De krankzinnigengestichten kampten in toenemende mate met capaciteitsproblemen en oplopende exploitatiekosten. Het plaatsgebrek in de gestichten en de stijgende uitgaven van de gemeentelijke armenkassen leidden ertoe dat psychiaters en lokale bestuurders in de jaren twintig mogelijkheden gingen zoeken om het aantal langer durende opnamen te beperken en patiënten sneller in de maatschappij terug te brengen. Gemeenten en provincies droegen de verpleegkosten van krankzinnigen grotendeels, maar zij hadden geen zeggenschap over het ontslagbeleid van de inrichtingen. Hun streven om het aantal opnamen te beperken kreeg in de jaren dertig een extra impuls door de economische crisis. Financiële overwegingen waren echter niet de enige reden om naar alternatieven voor gestichtsverpleging te zoeken. In psychiatrische kring bestond al langer twijfel aan het nut van een langdurig verblijf in een inrichting en, zoals we al eerder zagen, mede onder invloed van de actievere therapie kreeg het streven naar meer opvangmogelijkheden voor geesteszieken in de maatschappij grotere aanhang.

Vlak voor de Eerste Wereldoorlog verscheen in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* een pleidooi van de Haagse zenuwarts P.H. Rosenstein voor een uitbreiding en een meer 'doelmatige' organisatie van 'het patronaat over zielszieken'. De hulp aan en het toezicht op krankzinnigen en andere geestelijk gestoorden in de maatschappij zouden zich niet tot uit gestichten ontslagen patiënten moeten beperken, maar dienden zich ook uit te strekken tot 'psychopaten', die volgens Rosenstein dikwijls vervielen tot wangedrag, zoals 'landlooperij, bedelarij en prostitutie' alsmede 'luieren, drinken en misdaad'. Dit patronaatswerk kon volgens hem het beste door particulier georganiseerde 'bureaus' onder leiding van psychiaters en onder staatstoezicht 'op Hollandsche wijze' worden uitgevoerd.[339] Wat hij met dit laatste precies bedoelde, legde Rosenstein niet uit en zijn voorstellen kregen vooralsnog geen praktische invulling.

Vier jaar later richtten de inspecteurs van het Staatstoezicht, Schuurmans Stekhoven en Van der Scheer, de Vereeniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid op. Deze vereniging had tot doel zowel ontslagen patiënten als andere geestelijk gestoorde hulpbehoevenden materiële en morele steun te geven, in het bijzonder door middel van hulp bij het zoeken naar pas-

338 De Smit 1970, 16; Romme 1978b, 241; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 8-9. Volgens de *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid* (Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 71) bestond een aantal van deze patronaten, aangeduid als 'oude sociaal-psychiatrische instellingen', nog in de jaren dertig: het patronaat voor behoeftige herstelde krankzinnigen in de Provincie Noord-Holland, het patronaat van het St. Joris Gasthuis in Delft, dat sinds 1932 functioneerde als nazorgdienst, het Friesche Patronaat te Franeker, dat in 1933 was omgezet in een nazorgvoorziening, en het Utrechtse Patronaat, dat een fonds beheerde waaruit de voor- en nazorg werd gefinancierd.

339 Rosenstein 1913, 272, 274, 276.

send werk, bemiddeling bij het vinden van pleeggezinnen en de stichting van 'kolonies' op het platteland voor hun huisvesting en tewerkstelling. De enige voorziening die daadwerkelijk van de grond kwam, was de hoeve Welgelegen in het Noord-Hollandse Ilpendam, die plaats bood aan ongeveer dertig patiënten. Vanwege een gebrek aan financiële middelen was deze vereniging geen lang leven beschoren: zij werd in 1924 geliquideerd.[340]

Overtuigd van het belang van deze bijzondere vorm van maatschappelijk werk nam de Amsterdamse psychiater Meijers nog in hetzelfde jaar het initiatief tot een nieuwe vereniging: de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken. Meijers, eerder verbonden aan de psychiatrische universiteitskliniek Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis en vanaf 1911 privaatdocent in de gerechtelijke psychiatrie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, was in 1916 door de gemeente Amsterdam als psychiatrisch-neurologisch adviseur aangesteld bij de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), waar hij tot taak had om verzoeken tot opname in een gesticht te beoordelen en zo nodig krankzinnigverklaringen op te stellen.[341] In hetzelfde jaar riep hij een Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken in het leven, dat maatschappelijke ondersteuning aan voormalige gestichtspatiënten bood en waar ook mensen met verstandelijke en psychische stoornissen die (nog) niet waren opgenomen, terechtkonden voor hulp en advies. Meijers hield dagelijks spreekuur en hij werd bijgestaan door twee verpleegsters, die zorg droegen voor het 'maatschappelijk werk', en twee administrateurs.[342] Op instigatie van de nieuwe directeur van de GG en GD die in 1919 aantrad, L. Heijermans, werd Meijers' takenpakket uitgebreid met de medische keuring van gemeentepersoneel en het toezicht op de zorg voor zogenaamde 'maatschappelijk ongeschikten'. Het ging hierbij om een divers samengestelde groep van verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, zoals zwakzinnigen, doofstommen, blinden en toevallijders (epileptici).[343] Wanneer familieleden of pleeggezinnen hen niet konden huisves-

340 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 81; De Smit 1970, 18–19.

341 De grote steden, Amsterdam in het bijzonder, liepen voorop in de organisatie van de openbare gezondheidszorg. Amsterdam kende sinds 1893 een gezondheidsdienst die zich bezighield met de keuring van voedingsmiddelen en het drinkwater en de bestrijding van besmettelijke ziekten. Onder invloed van de Gezondheidswet van 1901, bedoeld om de openbare gezondheidszorg op plaatselijk niveau te stimuleren, groeide deze uit tot de GG en GD. Kerkhoff 1994, 9–26.

342 Meijers 1924, 124. In 1924 meldde Meijers dat het aantal bezoekers van het consultatiebureau 'de laatste jaren' schommelde tussen de drie- en vierduizend, maar het is niet duidelijk of hij hiermee het aantal per jaar bedoelde of het totale aantal gedurende de voorgaande jaren. Meijers 1924, 124.

343 Al in 1902 had de Amsterdamse Gemeenteraad een commissie ingesteld om na te gaan hoe het gesteld was met de zorg voor 'diegenen [...] die door hunne lichamelijke of geestelijke gesteldheid ongeschikt zijn voor het maatschappelijk leven, zonder dat zij nochtans tot de krankzinnigen kunnen worden gerekend, terwijl noch zij zelven, noch hunne verzorgers in staat zijn de volle kosten hunner verpleging te betalen' (Meijers 1924, 120). In 1919 bestond deze groep volgens Meijers uit ruim vierhonderd personen, een aantal dat in 1924 was toegenomen tot ongeveer zevenhonderd, voor het merendeel zwakzinnigen en epileptici. Meijers 1924, 120–123.

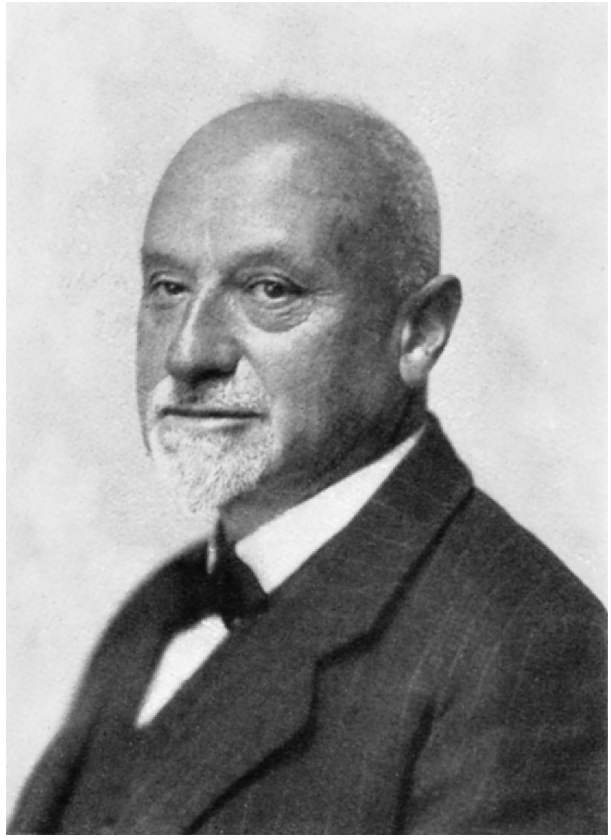
ten of verzorgen, kwamen zij terecht in liefdegestichten, gasthuizen, krankzinnigengestichten of speciale instellingen voor zwakzinnigen en epileptici. In 1919 werd Meijers hoofd van de nieuwe afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de GG en GD. Naast zijn sociaal-psychiatrische werkzaamheden hield hij er een grote particuliere praktijk op na.[344]

Met zijn consultatiebureau stond Meijers in Nederland aan de wieg van wat psychiatrische 'voorzorg' en 'nazorg' ging heten. Terwijl Rosenstein in 1913 nog over 'patronaat' sprak, waren 'voorzorg' en 'nazorg' in het interbellum en ook in de jaren veertig en vijftig de meest gebruikte termen voor de psychiatrische hulpverlening aan geesteszieken in de maatschappij. Daarnaast maakte het begrip 'sociale psychiatrie' vanaf eind jaren twintig opgang, maar de betekenis hiervan was minder duidelijk omlijnd en breder dan die van voor- en nazorg. De term nazorg was overigens al eerder in zwang geraakt als aanduiding voor de begeleiding van zwakzinnige oud-leerlingen van het Buitengewoon Lager Onderwijs (BLO).[345] De misstanden die Meijers aantrof toen hij in 1919 onderzoek deed naar het lot van zwakzinnigen die ten laste kwamen van de gemeente Amsterdam en die bij gezinnen door heel Nederland waren uitbesteed, vormden een belangrijke aanzet tot zijn bemoeienis met de nazorg van leerlingen van het BLO. De gemeente Amsterdam stelde in 1921 een aparte ambtenaar voor de BLO-nazorg aan, de onderwijzer P. de Boer, die twee jaar later werd toegevoegd aan de afdeling Geestes- en Zenuwzieken. Samen met Meijers nam De Boer het initiatief tot een werkinrichting voor oud-BLO-leerlingen die niet in het normale bedrijfsleven terechtkonden. Deze Arbeidsschool voor Geestelijk Zwakken, die in 1924 van start ging, was als particuliere instelling eerst ondergebracht bij de Wilhelmina Vereeniging en daarna bij Meijers' Centrale Vereeniging. In de jaren dertig zou De Boer de zorg voor maatschappelijk ongeschikten in Amsterdam voor zijn rekening nemen.[346]

Met zijn Centrale Vereeniging, waarbij onder anderen de psychiaters K.H. Bouman, Cox en Kortenhorst alsmede twee autoriteiten op het gebied van de forensische psychiatrie, de gevangenisarts van Mesdag en de rechtsgeleerde Pompe, waren betrokken en die in 1925 koninklijke goedkeuring verkreeg, wilde Meijers zijn werkwijze in de rest van het land verspreiden. De belangrijkste doelstelling was de oprichting van psychiatrische consultatiebureaus in navolging van dat in Amsterdam. In de jaren twintig en dertig kwamen er ruim twintig tot stand, waarbij zowel gemeenten als particuliere organisaties betrokken waren.[347] De opzet van deze voorzieningen was bescheiden en varieerde. In sommige steden

344 Querido 1980, 121-128.
345 Brants 2004.
346 Hermans 2001; Brants 2004.
347 In het jaarverslag van de Centrale Vereeniging van 1934 is sprake van plaatselijk werk in Amsterdam, Alkmaar, Apeldoorn, Arnhem, Delft, Den Haag, Deventer, Enschede, Haarlem, Leeuwarden, Leiden, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht, Zutphen, Middelburg, Goes en Zierikzee. Zie Kraft 1963, 7. In de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* uit 1936 wordt verwezen naar regelmatige (meestal wekelijkse) spreekuren door 21 psychiaters in 21 steden. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 74-76.

F.S. Meijers.



bestond het consultatiebureau uit niet meer dan een zenuwarts, die in het kader van de reclassering enkele geestesgestoorde delinquenten onder zijn hoede kreeg. In andere plaatsen stond de begeleiding van ontslagen gestichts- of inrichtingspatiënten centraal en werd de zenuwarts geassisteerd door een verpleegkundige; artsen verrichtten dergelijke werkzaamheden in deeltijd naast hun hoofdfunctie in een gesticht of een particuliere praktijk. Daarnaast organiseerde de vereniging cursussen voor wijkverpleegsters en ondersteunde zij de oprichting van werkinrichtingen voor geestelijk hulpbehoevenden. Sommige gemeenten en provincies waren bereid het plaatselijk werk van de Centrale Vereeniging met kleine subsidies te steunen.[348] Na verloop van tijd ondervonden deze bureaus concurrentie van andere initiatieven op het gebied van de voor- en nazorg, die voortkwamen vanuit de inrichtingen. Het lukte Meijers uiteindelijk niet om deze onder zijn vereniging te bundelen. Deze ging zich mede daarom steeds meer toeleggen op reclasseringsactiviteiten: de psychiatrische begeleiding van voorwaardelijk veroordeelden die ter beschikking van de regering waren gesteld en andere geestelijk gestoorde delinquenten.[349]

Meijers' benadering kreeg instemming van de NVPN. In 1924 pleitte de vereniging ervoor om vervroegd ontslag van gestichtspatiënten mogelijk te maken door middel van uitbreiding van gezinsverpleging en de oprichting van psychiatrische buitendiensten.[350] De eerste nazorgdienst die vanuit een gesticht voortkwam, was het Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en Zielszieken in Amsterdam. Deze buitendienst van het joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch werd in 1920 op initiatief van de geneesheer-directeur Kat door de Vereeniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht opgericht. Het consultatiebureau, dat een wekelijks spreekuur verzorgde, bood een praktische oplossing voor het probleem van de grote afstand tussen het gesticht in Apeldoorn en het grote aantal (voormalige) patiënten dat in Amsterdam woonde. Andere gestichten en inrichtingen volgden in de jaren twintig en dertig met soortgelijke initiatieven, maar hun doelstellingen werden verbreed: het ging niet alleen om de begeleiding van voormalige patiënten maar ook om het voorkómen van (her)opnamen.

Tot de meest succesvolle buitendienst ontwikkelde zich die van Maasoord, het gemeentelijke gesticht voor krankzinnigen uit Rotterdam in Poortugaal. De geneesheer-directeur, Pameijer, liet zich inspireren door een Duits voorbeeld: de buitendienst van de psychiatrische inrichting van Erlangen, waar sinds 1908 ontslagen patiënten intensieve begeleiding – *offene Fürsorge* genaamd – kregen teneinde vervroegd ontslag mogelijk te maken en heropname te voorkomen.[351] De

348 [Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken] 1929.

349 Meijers 1928; [Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken] 1929; Kraft 1963, 7; Van der Kwast 1974, 16-17; Van der Grinten 1987b, 39.

350 Abma en Weijers 2005, 50.

351 Pameijer, die bestuurslid was van de Centrale Vereeniging en deelnam aan de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, werd in 1930 Inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten in Noord- en Zuid-Holland.

in 1926 opgerichte en door de gemeente gefinancierde Rotterdamse buitendienst, waarbij een psychiater en twee verpleegkundigen werkzaam waren, hield zich bezig met de nazorg van (vroegtijdig) ontslagen patiënten, vooral door middel van huisbezoeken. Ook trachtte de dienst in samenwerking met een consultatiebureau van de Rotterdamsche Vereeniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken, een plaatselijke afdeling van Meijers' Centrale Vereeniging, te bemiddelen bij (her)opnamen en deze zo mogelijk te voorkomen. Verder was de buitendienst betrokken bij de in 1938 opgerichte werkinrichting voor 'geestelijk onvolwaardigen'.[352]

Pameijer wees op de invloed van maatschappelijke omstandigheden bij het ontstaan, de voortduring en de verergering van geestesstoornissen. Voor een deel waren het leed en de onmaatschappelijkheid van geesteszieken volgens hem te wijten aan 'de omstandigheid, dat zij door hunne omgeving niet begrepen, en dientengevolge verkeerd behandeld worden.'[353] Als hun dagelijkse leefomgeving dat toeliet, konden zij eerder uit het gesticht ontslagen worden en zouden zelfs chronische patiënten in staat zijn zich in de samenleving te handhaven. Een bijkomend voordeel hiervan was, zo stelde de aan Maasoord verbonden arts J.F.A. Overbosch, de doorbreking van het maatschappelijk isolement waarin zowel gestichtsartsen als hun patiënten verkeerden.[354] De buitendienst bood uit het gesticht ontslagen patiënten en hun gezinnen begeleiding, en in nauwe samenwerking met de armenzorg, het maatschappelijk werk, de woningdienst, arbeidsbeurzen, politie, reclassering en voogdijraden bemiddelde zij zo nodig bij het verkrijgen van huisvesting, werk en financiële steun.

Materiële ondersteuning stond echter niet voorop, zo stelde Pameijer, het ging in de eerste plaats om 'de persoonlijke aanraking van het deskundig personeel met den patiënt en zijne omgeving.' Praktische ervaring en de juiste persoonlijke instelling waren belangrijker dan theoretische kennis en er was veel volharding, tact en discretie vereist: 'Het komt er op aan, het vertrouwen te winnen, en de geboden hulp moet nooit worden ondervonden als bemoeizucht.' Mede daarom was het consultatiebureau niet gevestigd in een 'holle ambtelijke ruimte, doch in eene particuliere woning' waarin de verpleegkundigen woonden.[355] De patiënten moesten de hulp niet als dwang ervaren, als 'een lastige *"bemoeiing"*', zo onderstreepte ook Overbosch; het ging erom dat deze

> ——— *door hen als een* ZELF BEGEERDE HULP *zeer op prijs wordt gesteld. [...] Vermelding verdient, dat bij alle inmenging in intieme aangelegenheden, zoo bescheiden mogelijk wordt opgetreden. 'Hulp bieden en klaar staan, geen dwang!', dat is het parool van den buitendienst. De patiënt moet zich zoo weinig mogelijk 'patiënt' gevoelen en zooveel mogelijk een nuttig lid van de maatschappij.*[356]

352 Overbosch 1928; De Schepper 1991.
353 Pameyer 1932, 200.
354 Overbosch 1928.
355 Pameyer 1932, 200-201.
356 Overbosch 1928, 19-20.

Blijkbaar wilde Overbosch de voor- en nazorg zo veel mogelijk vrijhouden van het stigma dat vanwege de rechterlijke machtiging en dwangopnamen aan het gesticht kleefde. Hiermee distantieerde de Rotterdamse buitendienst zich van haar Duitse voorbeeld, aangezien in Erlangen zo nodig gebruik werd gemaakt van politiedwang.

Andere Nederlandse psychiaters daarentegen sloten dwang op dit terrein niet uit. Zo stelde het hoofd van de in 1929 opgezette buitendienst van Voorburg in 's-Hertogenbosch, H.C.M. Jansen, op een gezamenlijke aan de nazorg gewijde vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen dat de overheid te slap optrad tegen onwillige patiënten. Hij had zich in zowel Rotterdam als Erlangen georiënteerd, en merkte op dat de buitendienst in die laatste plaats dankzij politieassistentie veel effectiever kon optreden.[357]

De Rotterdamse buitendienst maakte een snelle groei door. In 1931 bestond zij uit twee consultatiebureaus en in de daarop volgende jaren groeide de staf tot tien personen: een leider, een psychiater, vier verpleegkundigen, twee administratieve krachten en twee dienstmeisjes.[358] Het aantal patiënten nam tussen 1926 en 1930 toe van zo'n driehonderd tot ruim duizend en dat laatste aantal was in 1937 bijna verdubbeld.[359] Het aantal patiënten in Maasoord verminderde evenwel niet, maar de groei ervan liep wel terug omdat de gemiddelde verblijfsduur afnam en de doorstroming derhalve versnelde. Volgens Pameijer was de buitendienst niet alleen bedoeld om het aantal opnamen tot elke prijs terug te dringen: het ging zowel om tijdig ontslag als om tijdige opname. Hij meldde dat het gemiddelde aantal verpleegdagen in de periode 1923–1931 – dus ook al in de jaren voor het bestaan van de buitendienst – was gedaald, terwijl het aantal heropnamen in de jaren 1928–1931 was gestegen, een tendens die voor een groot deel een gevolg was van de activiteiten van de buitendienst.[360]

Het Rotterdamse voorbeeld kreeg navolging van andere inrichtingen. Zo werden de vanuit de Leidse Gemeentelijke Gezondheidsdienst georganiseerde controlebezoeken aan mensen voor wie om gestichtsopname was gevraagd, met steun van Meijers Centrale Vereeniging en de gemeente Leiden in 1929 uitgebouwd tot een buitendienst van de inrichting Endegeest. De gestichtsarts H.C. Jelgersma, neef van de gelijknamige Leidse hoogleraar, nam hier het voortouw. Behalve voor- en nazorg ontwikkelde hij een vorm van acute psychiatrie teneinde opnamen te voorkomen. Financiële overwegingen speelden ook in Leiden een belangrijke rol, maar daarnaast wees Jelgersma erop dat een verblijf in een gesticht verre van heilzaam was en dat het voor patiënten die geen gevaarlijk gedrag vertoonden, vaak

357 Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930; Westhoff 1996, 34.

358 Pameyer 1932; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 85.

359 Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 679; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 142; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 86.

360 Pameyer 1932, 204–205.

beter was dat ze in de maatschappij bleven. Daarom moesten artsen niet te gauw tegemoet komen aan de wens van familieleden, hoe begrijpelijk ook, om een krankzinnige die geen gevaar voor de omgeving vormde op te nemen.[361] Kleine veranderingen in de leefomgeving van geesteszieken konden een positieve invloed op hun gedrag hebben. Geestesziekte was voor Jelgersma op zichzelf geen afdoende reden voor opname; pas als een psychose gepaard ging met gevaarlijk gedrag of sociale overlast diende de noodzaak zich aan om de patiënt krankzinnig te verklaren en naar een gesticht over te brengen. Zijn aanpak leidde ertoe dat het aantal opnamen in Leiden licht daalde en vervolgens stabiliseerde. In 1933 werd er tevens een bureau ingericht voor de omstreken van Leiden.[362]

Jelgersma benadrukte dat zijn in vergelijking met de Rotterdamse pendant kleine buitendienst eenvoudig van opzet en mede daarom goedkoop was. De Gemeentelijke Gezondheidsdienst zorgde voor huisvesting, de gemeente betaalde behalve de administratiekosten het salaris van een geneesheer in deeltijd, die een wekelijks spreekuur hield, en Endegeest stelde voor twee middagen in de week een verpleegkundige ter beschikking.[363] Hoewel Jelgersma in het kader van de voor- en nazorg wel eens medicijnen voorschreef, moesten buitendiensten zich volgens hem onthouden van geneeskundige behandeling om concurrentie met en verzet van andere artsen te voorkomen – een kwestie die in verband met de voor- en nazorg geregeld ter sprake zou komen.[364] Verder vroeg Jelgersma aandacht voor de vraag of de buitendienstpsychiater, die voor dit werk voor een groot deel afhankelijk was van de medewerking van andere sociale instellingen, onder alle omstandigheden zijn beroepsgeheim moest bewaren. Hem was gebleken dat er wel eens werd 'geknoeid' met uitkeringen en bijstand. 'Het handhaven van ons beroepsgeheim mag echter nooit of te nimmer den indruk vestigen,' aldus Jelgersma, 'dat wij met de patiënten meeknoeien, want ook de maatschappelijke instellingen moeten onze adviezen geheel kunnen vertrouwen.'[365] Overigens bepleitte Jelgersma een 'voorzichtige en bedachtzame werkzaamheid van een sociaal-psychiatrische dienst'. Een massale terugkeer van geesteszieken in de maatschappij achtte hij niet reëel en ook niet wenselijk.[366]

Uitbouw van de voor- en nazorg

Omstreeks 1930, toen de economische crisis gemeentebesturen noodzaakte tot bezuiniging op de verpleegkosten van hun krankzinnige ingezetenen, beschikten behalve Het Apeldoornsche Bosch, Maasoord, Endegeest en Voorburg ook het gesticht te Franeker, de Willem Arntsz Stichting, Reinier van Arkel en Vrederust

361 Jelgersma 1931a.
362 Jelgersma 1931b; Jelgersma 1934; Vijselaar 1998c, 94-99.
363 Jelgersma 1930.
364 Ook H.C.M. Jansen benadrukte dat de consultatiebureaus van Voorburg geen geneeskundige behandeling, maar alleen adviezen boden. Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930; vergelijk Le Rütte 1934.
365 Jelgersma 1931a, 477.
366 Jelgersma 1931b, 4366.

over buitendiensten. In Amsterdam, Den Haag en Haarlem bestonden onafhankelijke voor- en nazorgdiensten van respectievelijk de gemeente, de Vereeniging Dr. Schroeder van der Kolk en de Spaarnestichting.[367] Begin jaren dertig kreeg de gemeentelijke voorziening in Amsterdam een nieuwe vorm onder leiding van Querido.

De stad Amsterdam kende relatief het hoogste – 15 procent boven het landelijke gemiddelde – en snelst stijgende aantal gestichtsopnamen in Nederland. In 1926 stelde de gemeente een commissie in om te onderzoeken hoe de stijging van de verplegingskosten van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten een halt viel toe te roepen. De commissie, waarin naast de directeur van de GG en GD, Heijermans, de criminoloog Bonger en de psychiaters K.H. Bouman, Meijers en Van der Scheer zitting hadden, concludeerde dat een hoge frequentie aan psychische problematiek eigen was aan een grote stad als Amsterdam, dat deze bovendien beter en vroeger herkend werd dan elders en daardoor ook spoediger en vaker tot opname leidde. De oplossing zocht de commissie vooral in een vermindering van het aantal opnamen en een verkorting van de gestichtsverpleging. Hoewel de commissie lovend verwees naar de buitendienst van Maasoord, was dit voorbeeld niet helemaal geschikt voor de hoofdstad omdat de Amsterdamse patiënten in tegenstelling tot die in Rotterdam over maar liefst 39 verschillende gestichten verspreid waren. Vandaar dat de commissie voorstelde om de GG en GD-afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken en Meijers' consultatiebureau om te vormen tot een voor- en nazorgdienst, die vooral gericht moest zijn op het voorkomen van opnamen. Terwijl Meijers voornamelijk aan opnamebemiddeling en nazorg deed, zou deze nieuwe dienst moeten beoordelen of mensen met psychiatrische stoornissen al dan niet verpleging in een inrichting behoefden en of er alternatieven waren.

Het gemeentebestuur nam het voorstel van de onderzoekscommissie over en in 1931 trad Querido, daarvoor als geneesheer verbonden aan de zwakzinnigenafdeling Voorgeest van het Leidse gesticht Endegeest, aan om de staf van Meijers' afdeling te versterken.[368] Querido had weinig vertrouwen in het therapeutisch vermogen van de gestichtspsychiatrie. Zijn ervaring in Voorgeest had hem geleerd dat het gestichtsleven – volgens hem 'een wereld van absurditeit' – volledig geïsoleerd van de maatschappij voortkabbelde, dat de medische aandacht zich beperkte tot diagnose en classificatie, en dat van therapie nauwelijks sprake was.[369] 'Als je het bekeken, onderzocht en van een etiket voorzien had, dan was de zaak afgelopen.'[370] In Leiden had hij echter ook gezien hoe H.C. Jelgersma voor- en nazorg voor patiënten buiten de inrichting van de grond had gekregen. Deze werkwijze inspireerde hem wel.

367 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 52-56, 101-103, 138-143.

368 Over Querido: Heerma van Voss 1980; Heerma van Voss 1991; Gersons 1981; Van Limbeek en Van Alem 1991; Dercksen en Van 't Hof 1994; Israëls en Mooij 2001.

369 Querido 1980, 84-89, 111.

370 Heerma van Voss 1980, 34.

Het eerste wat Querido in zijn nieuwe functie deed was alle krankzinnigeninrichtingen bezoeken waarin Amsterdamse patiënten waren opgenomen. Hij stelde vast dat 10 procent van hen met de nodige steun en begeleiding buiten het gesticht zou kunnen leven. In sommige gestichten stuitte Querido op wantrouwen van de directeuren, die bang waren dat ze hun beste patiënten, dat wil zeggen diegenen die allerlei werkzaamheden verrichtten, zouden verliezen. Ook van Meijers, die geen jongere medewerkers met nieuwe ideeën naast zich duldde, kreeg Querido aanvankelijk geen medewerking.[371]

Pas nadat hij Meijers in 1934 als hoofd van de afdeling voor Geestes- en Zenuwzieken – vanaf 1936 afdeling Geestelijke Hygiëne geheten – was opgevolgd, kon Querido met steun van Heijermans een nieuwe werkwijze ontwikkelen die hij als sociale psychiatrie aanduidde. Die omvatte verschillende activiteiten van psychiaters en verpleegkundigen: spreekuren, eerste opvang, huisbezoeken, crisisbestrijding, financiële ondersteuning, eventueel medicamenteuze behandeling, het zoeken naar alternatieven voor opname, opnamebeoordeling en zo nodig bemiddeling bij opname als die niet was te vermijden.[372] Door psychiatrische patiënten thuis op te zoeken en de aandacht te richten op de sociale omstandigheden die bijdroegen aan het optreden van psychische stoornissen, trachtte hij (her) opnamen in gestichten en inrichtingen zo veel mogelijk te voorkomen en zo de gemeentekas te ontlasten. Dat laatste werd, aldus Querido, 'door een driemaandelijkse grimmige brief van de Wethouder telkens weer onderstreept.'[373] Ook de onderbrenging van patiënten in pleeggezinnen, verpleegtehuizen en 'parkherstellingsoorden' en hun tewerkstelling in werkinrichtingen voor zwakzinnigen alsmede de crisisinterventies, door Querido *psychiatrie d'urgence* genoemd en in de volksmond de rijdende psychiater geheten, dienden om het aantal opnamen terug te dringen.[374]

Net als H.C. Jelgersma was Querido van mening dat geestesziekte op zich geen reden was voor opname: dat was alleen nodig als iemand een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormde.[375] Voor de sociaal-psychiater ging het om de vraag of geesteszieken ondanks hun stoornissen min of meer normaal konden leven en of de daarmee samenhangende sociale problemen te verhelpen waren. Die vraag was alleen te beantwoorden door de thuissituatie in het oordeel te betrekken.

_____ *Een goedverzorgde baby of een miezerig en verwaarloosd kind, een rustige, dikke poes of een magere, nerveuze hond, de bloemen in de potten, de platen aan de wand, kunnen ons in tien seconden meer vertellen dan een technisch onderzoek van een uur in de kliniek. En de mensen in de omgeving van de patiënt, zijn naastbestaanden, vrienden en buren, zij tonen de gevoelsbetrekkingen [...]*[376]

371 Querido 1971, 182; Querido 1980, 127-141.
372 Querido 1936; vergelijk Querido 1935 en Querido 1937.
373 Querido 1971, 183.
374 Querido 1935; Querido 1937; Querido 1971; Querido 1980, 140-155.
375 Querido 1935, 132.
376 Querido 1971, 187.

Veel geesteszieken leden niet alleen onder hun psychische stoornissen, maar ondervonden ook moeilijkheden door hun leefomgeving: 'dan was je dus veel meer gefascineerd door de vraag: hoe zijn de betrekkingen, dan dat je dacht: wat hééft die vent', aldus Querido.[377]

_____ *Juist wanneer men ter plaatse den toestand ziet, krijgt men zoo'n geheel ander beeld dan wanneer men een patiënt, netjes in inrichtingskleedij en in een schoon bed, in cliniek of gesticht waarneemt. De geweldige reactie van de omgeving op de aanwezigheid van een krankzinnige, de angst, maar ook de agressieve tendenzen en de nieuwsgierigheid van de omstanders, en omgekeerd, de in hooge mate irriteerende invloed, die van de omgeving op den zieke uitgaat, en tot steeds grooter opwinding leidt, dit alles vormt een vicieusen cirkel, die zeer moeilijk te breken is.*[378]

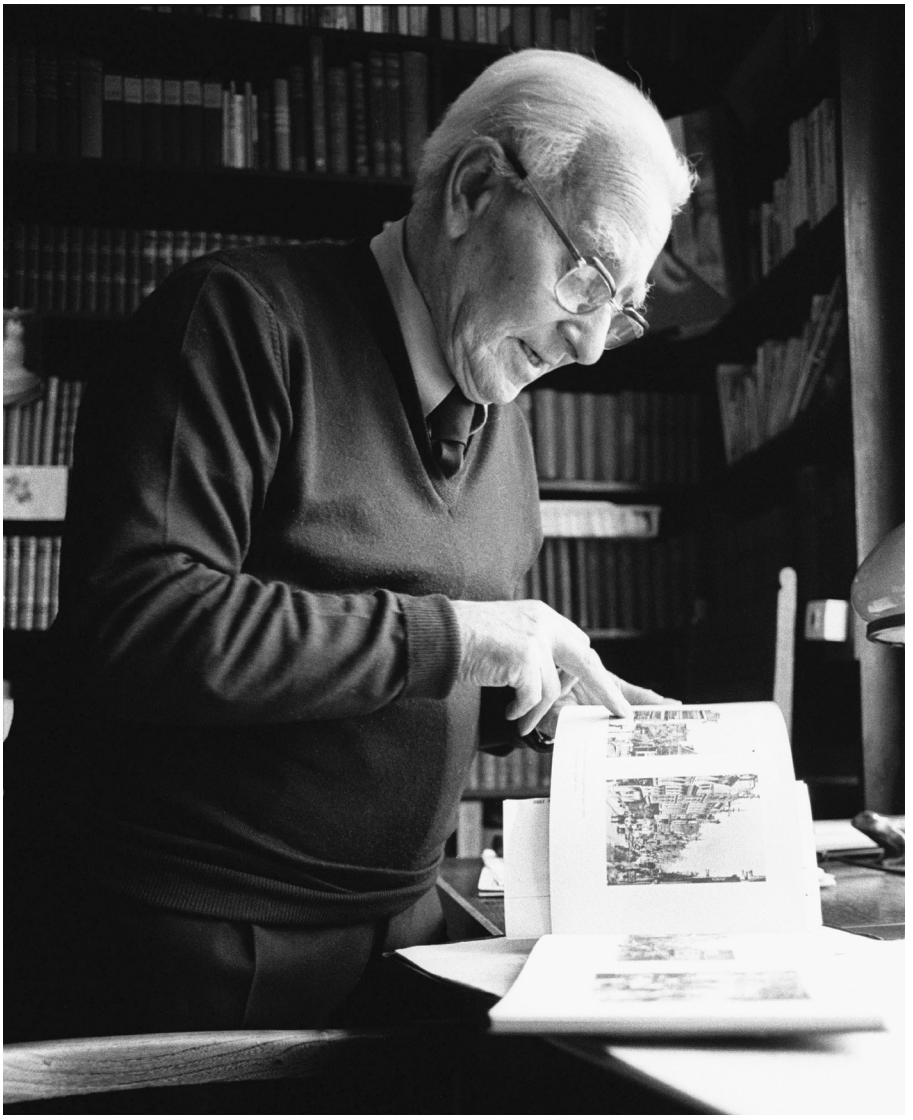
De sociaal-psychiater kon al veel verbetering in de situatie brengen door de patiënt apart te nemen en hem of haar een luisterend oor te bieden en door de angst en afweer van de omgeving te dempen. Van groot belang was, benadrukte Querido, dat gezin, familie en andere betrokkenen alsook de patiënt zelf leerden hoe ze geestesziekte in het dagelijkse leven konden beheersen.

_____ *Vele vooroordeelen – en waarlijk niet alleen bij de familie – moeten worden bestreden. De 'angst voor den gek' remt de vrijen omgang natuurlijk zeer, belemmert allerlei rationeele maatregelen en brengt den patiënt in een uitzonderingspositie, die juist zo fataal is; omgekeerd moet de patiënt zoodanig worden opgevoed, dat zijn verschijnselen een minimum hinder aan anderen geven. Hij moet, indien eenigszins mogelijk, tot ziekte-inzicht worden gebracht en leeren met zijn ziekte om te gaan.*[379]

Volgens Querido was de sociaal-psychiater niet zozeer medicus als opvoeder, wiens taak het was om een 'psychische invloed' op zowel de patiënt als de omgeving uit te oefenen, en zo 'den patiënt in zijn eigen omgeving weer opnieuw aan te passen'.[380] Bijkomend voordeel was dat de 'leekenangst' voor krankzinnigheid doorbroken werd, aangezien de sociaal-psychiatrische praktijk liet zien dat met geesteszieken redelijk viel om te gaan.[381] Querido benadrukte dat de gevaarlijkheid van krankzinnigen schromelijk werd overdreven; als zij al agressief waren dan kwam dit vaker door de afwerende reactie van hun omgeving dan door hun ziekte.[382] Weliswaar zag hij zich als rijdende psychiater geregeld geconfronteerd met gewelddadig gedrag onder invloed van pathologische voorstellingen, 'affectuitbarstingen', 'hallucinaties, absurde waandenkbeelden', zwaar alcoholmisbruik en zelfmoorddreigingen, maar dikwijls ging het gewoon om huiselijke twisten:

377 Heerma van Voss 1991, 735.
378 Querido 1935, 131.
379 Querido 1937, 3973.
380 Querido 1936, 285; Querido 1935, 132.
381 Querido 1935, 134.
382 Querido 1949a, 271.

A. Querido.



——— heel vaak blijft er van de vermeende krankzinnigheid niet veel meer over dan een ruzie tusschen echtgenooten, waarbij de eene partij getracht heeft de andere te elimineeren door met een angstwekkend verhaal naar buren of politie te loopen. De voorbeelden daarvan zijn soms verbijsterend [...][383]

De Amsterdamse sociaal-psychiatrische dienst, waarbij in de tweede helft van de jaren dertig naast Querido zelf twee vaste psychiaters, drie maatschappelijk werksters en twee administratieve krachten werkzaam waren, was met de Rotterdamse voor- en nazorginstelling in de jaren dertig de grootste organisatie op dit gebied in Nederland. K.H. Bouman bood zenuwartsen in opleiding de mogelijkheid om stage te lopen bij Querido's dienst. Het totaal ingeschreven patiënten groeide tussen 1934 en 1936 van een kleine 600 tot bijna 1500 en de rijdende psychiater greep jaarlijks gemiddeld tussen 120 tot 150 keer in. In de jaren 1933-1940 nam de dienst 14.000 nieuwe patiënten in behandeling.[384] Het ging om mensen met uiteenlopende, niet alleen psychiatrische moeilijkheden. Behalve met opnamebeoordeling en opnamebemiddeling ging de dienst zich steeds meer bezighouden met psychische klachten in combinatie met sociale problemen als armoede, werkloosheid, slechte huisvesting en overlast. De psychiaters konden er met medische verklaringen voor zorgen dat patiënten in aanmerking kwamen voor betere huisvesting, ontheffing van tewerkstelling of het stempelen voor een werkloosheidsuitkering.[385]

Of de oorspronkelijke doelstelling van Querido's sociale psychiatrie, de vermindering van de kosten, werd bereikt, valt te betwijfelen.[386] Het aantal in gestichten en inrichtingen verpleegde Amsterdammers daalde slechts licht, tussen 1933 en 1936 van 3600 tot ruim 3500. Tegelijkertijd groeide het aantal patiënten in gezinsverpleging in de jaren 1935 en 1936 van ongeveer 270 tot bijna 480.[387] Vanuit de gemeenteraad werd erop gewezen dat juist de effectiviteit van Querido's aanpak nieuwe kosten met zich meebracht, omdat deze de drempel om bij geestesstoornissen hulp in te roepen verlaagde, waardoor tot dan toe verborgen gevallen aan het licht kwamen en de zorg zich uitbreidde.[388] Querido wees zelf ook op dit onvoorziene gevolg van zijn activiteiten. De lichte daling van het aantal gestichtspatiënten was volgens hem niet te wijten aan een vermindering van het aantal opnamen, maar aan een verkorting van de gemiddelde verpleegduur – een ontwikkeling waarop Pameijer ook al had gewezen. Het resultaat was, aldus Querido,

383 Querido 1935, 131–132.

384 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 84; Querido 1935, 124; Akkermans 2006, 47–48, 53. Elders beweert Querido dat de afdeling Geestelijke Hygiëne in 1936 tussen de 25 en dertig medewerkers telde, van wie vijf tot zes psychiaters, twaalf tot veertien maatschappelijk werkenden en de rest administratief personeel. Zie Querido 1980, 155. Volgens Akkermans (2006, 55) bedroeg het aantal crisisinterventies per jaar gemiddeld zeshonderd.

385 Akkermans 2006, 130, 161; vergelijk Akkermans 1998 en Akkermans 2001.

386 Israëls en Mooij 2001, 128.

387 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 82.

388 Bakker en Van der Velden 2004a, 53.

Wijkzusters van consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid in Nijmegen op fietsen en motorfietsen, vóór de Tweede Wereldoorlog.

'dat méér patiënten, dan vroeger mogelijk was, een behandeling deelachtig kunnen worden, zonder dat de kosten stijgen.'[389] Bovendien waren aan sociaal-psychiatrische zorg ook kosten verbonden. Querido schatte dat deze per patiënt niet veel minder waren dan de kosten van gestichtsverpleging.[390] Met een goede neus voor public relations wist hij zijn aanpak echter als een groot succes aan de man te brengen, de steun van het gemeentebestuur te behouden en zich op te werpen als de pionier van de sociale psychiatrie in Nederland. In feite was zijn aanpak niet nieuw: psychiaters als Meijers, Pameijer en H.C. Jelgersma en ook enkele BLO-nazorgwerkers, zoals de onderwijzer De Boer, waren hem voorgegaan en hadden de weg gewezen.

Naast de stedelijke voorzieningen in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Leiden en Haarlem beschikten in het midden van de jaren dertig 15 inrichtingen over buiten- of nazorgdiensten in de vorm van consultatiebureaus of regelmatige spreekuren door psychiaters en huisbezoeken door verpleegkundigen in de gemeenten of provincies waaruit het merendeel van hun patiënten afkomstig was. Dergelijke hulpverlening, bedoeld om geesteszieken maatschappelijke opvang en begeleiding te bieden, werd op 38 locaties verleend.[391] Vijf inrichtingen beschikten slechts over een geïmproviseerde nazorg en 12 hadden niets op dit terrein te bieden.[392] Als we niet direct aan de inrichtingen verbonden voorzieningen meetellen, zoals de consultatiebureaus van de Centrale Vereeniging, dan ging het in totaal om tegen de 50 spreekuuradressen die voor- en/of nazorg boden. De meeste van deze instellingen waren kleinschalig en hadden niet meer dan 100 of een paar 100 patiënten.[393]

Vanwege de huisbezoeken was deze zorg vooral op het platteland door de afstanden zeer tijdrovend. Zo meldden de inspecteurs van het Staatstoezicht over de voor- en nazorgdienst van het gesticht te Franeker dat het ondoenlijk was om de meestal maandelijkse en onaangekondigde huisbezoeken met de fiets of de trein af te leggen en dat daarom een auto werd gehuurd, maar dat desondanks de bereikbaarheid van de patiënten vaak moeilijkheden opleverde. 'Veel patiënten wonen een eind weegs van den hoofdweg en kunnen bovendien slechts aangetroffen worden bij hunne werkzaamheden ver in 't land. [...] Vooral bij ongunstige weersgesteldheid biedt de Friesche bodem ernstige verkeersmoeilijkheden.'[394]

389 Querido 1937, 3974-3975; Querido 1980, 156-157; vergelijk Heerma van Voss 1991, 746.

390 Querido 1980, 157.

391 Vanaf 1937 konden gediplomeerde A- en B- en wijkverpleegkundigen een door de NVPN ingestelde gespecialiseerde B-nazorgopleiding volgen. Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk II.

392 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 67-74. Volgens Van der Grinten (1990, 66-67) beschikte aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog meer dan de helft van de 41 inrichtingen over buitendiensten.

393 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 52-56, 101-103, 138-143; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932a, 39-41, 63-65; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 79-95.

394 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 54.

Vooral het geringe aantal voorzorgpatiënten was deels ook te wijten aan het feit dat het grote publiek niet op de hoogte was van het bestaan van deze voorzieningen of niet met de psychiatrie geassocieerd wilde worden. Enkele diensten probeerden door middel van lezingen en circulaires grotere bekendheid aan hun werkzaamheden te geven, zowel onder potentiële verwijzers als onder de bevolking. Sommige vrijgevestigde zenuwartsen, op wier medewerking werd gehoopt, stelden zich echter terughoudend op omdat zij concurrentie vreesden.[395]

Er was nog een andere reden dat niet alle buitendiensten van de gestichten en inrichtingen even effectief konden functioneren: de verzuiling. In tegenstelling tot Het Apeldoornsche Bosch, Maasoord en Endegeest, die voornamelijk patiënten uit respectievelijk Amsterdam, Rotterdam en Leiden en omgeving opnamen en zo voornamelijk een regionale functie vervulden, bedienden veel andere instellingen op basis van hun levensbeschouwelijke signatuur bevolkingsgroepen die uit het hele land afkomstig waren. Vanwege die spreiding en de grote afstand tussen woonplaats en inrichting was een intensieve nazorg moeilijk en voorzorg vrijwel onmogelijk te realiseren.[396] Een effectieve voor- en nazorg vereiste een organisatie per gemeente of regio en daarom lag het voor de hand om deze onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen op gemeentelijke of provinciale basis in te richten, wat in de tweede helft van de jaren dertig ook in toenemende mate gebeurde. Met direct door de gemeente gefinancierde en bij de GG en GD ondergebrachte diensten volgden Leiden, Den Haag en Haarlem in de tweede helft van de jaren dertig het Amsterdamse voorbeeld.[397] In Noord-Brabant, Zuid-Holland, Overijssel, Gelderland en Limburg ontplooiden de Groene (algemene) en Wit-Gele (katholieke) kruisverenigingen activiteiten op dit terrein, waarbij ze hun wijkverpleegsters konden inzetten. Zij ontvingen subsidie van de provinciebesturen, die daarmee, net als de grote gemeenten, hun bijdragen aan de verpleegkosten in de inrichtingen trachtten te drukken. In Noord-Holland kwam in 1939, wat later dan in de voornoemde provincies, op basis van samenwerking tussen de gemeenten, de kruisverenigingen en de Inspecteur voor Volksgezondheid, een variant op dit model tot stand: de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland, die de voor- en nazorg verzorgde voor alle gezindten in de provincie buiten Amsterdam en Haarlem. Het provinciebestuur was hierbij niet betrokken, omdat het zelf drie inrichtingen exploiteerde en de sociaal-psychiatrische hulpverlening als concurrentie zag.[398] In Utrecht, Drenthe en Groningen bestonden aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog vergevorderde plannen om provinciale voor- en nazorgdiensten op te zetten.[399]

De voor- en nazorgdiensten opereerden min of meer onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen, hoewel er wel personele banden bleven bestaan, aan-

395 Bakker en De Boer 2002a, 190; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 63; vergelijk Frank 1936.
396 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 18.
397 Speijer 1961; Van der Grinten 1987a, 53; Frets 1987, 56-82; Kerkhoff 1994, 51-53.
398 Bakker en De Boer 2002a, 172-181.
399 Spits 1992.

gezien veel voor- en nazorgpsychiaters voor het grootste deel van hun werktijd als gestichtsarts werkzaam waren. De voorzieningen oriënteerden zich in toenemende mate op het nieuwe terrein van de geestelijke volksgezondheid of geestelijke hygiëne, dat niet tot het krankzinnigenwezen maar tot het gebied van de volksgezondheid werd gerekend.[400] Een en ander leidde soms tot spanningen en conflicten. Toen de katholieke psychiater Kortenhorst in Noord-Brabant de psychiatrische voor- en nazorg wilde onderbrengen bij de daar opgerichte consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid, stuitte hij op verzet van de vertegenwoordigers van de katholieke inrichtingspsychiatrie – waaronder zijn eigen werkgever, het gesticht Voorburg – die deze in eigen hand wilden houden.[401] Ook tussen de inrichtingen en de gemeenten bestond op het gebied van de voor- en nazorg een zekere spanning. Veel gemeenten gaven de voorkeur aan een zelfstandige voor- en nazorgdienst omdat een buitendienst van een inrichting patiënten mogelijk eerder zou laten opnemen.[402]

De Inspectie trachtte, naar eigen zeggen, de voor- en nazorg te bevorderen. Als hoofddoel gold, aldus de Inspectie, 'het brengen van verbetering in hun lot o.m. door deze lijders bij hunne sociale moeilijkheden de behulpzame hand te bieden en hun pad te effenen'. Daarnaast wezen de inspecteurs op de mogelijkheid om zo op de verplegingskosten te besparen. Tegelijkertijd betwijfelden zij of de voor- en nazorg daadwerkelijk tot een kostendaling had geleid.[403] Pragmatische overwegingen, in het bijzonder het streven naar bezuinigingen, vormden weliswaar de belangrijkste stimulans voor het ontstaan van de sociaal-psychiatrische hulpverlening als min of meer zelfstandig werkgebied, maar dit werd mede mogelijk gemaakt door veranderde opvattingen over krankzinnigheid.[404] Voor de Eerste Wereldoorlog was de kloof tussen de gestichtszorg en de maatschappij vrij groot, ook al relativeerden sommige psychiaters het onderscheid tussen geestesziekte en zenuwstoornissen. Voor zover er nazorg bestond was die aanvankelijk niet meer dan een vorm van sociale hulpverlening op filantropische grondslag voor herstelde en ontslagen patiënten. De voor- en nazorg kon pas goed tot ontwikkeling komen toen de dichotomie tussen normaal en geestesziek verder werd gerelativeerd en het gesticht, zoals we eerder zagen, een minder gesloten karakter kreeg. De wijzigingen van de Krankzinnigenwet in 1916 maakten het mogelijk dat krankzinnigen en zenuwpatiënten ook zonder rechterlijke machtiging, uitsluitend op basis van medische overwegingen, in een aangewezen inrichting of in een aangewezen (open) afdeling van een psychiatrische inrichting konden worden opgenomen en behandeld.

Ook nieuwe wijzen van bejegening en behandeling van geesteszieken werkten de sociaal-psychiatrische werkwijze in de hand. Onder invloed van de psychoana-

400 Van der Grinten 1987b, 42-43.
401 Van der Grinten 1987a, 97; Westhoff 1996, 56-69; De Goei 2001, 118-122; Bakker en De Boer 2002a, 176.
402 Esser 1970-1971, 23.
403 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 19, 77-78.
404 Querido 1936, 285; De Boer et al. 1984.

lyse en de fenomenologie kwam er meer belangstelling voor de subjectieve beleving van geestesziekte en in de jaren dertig groeide in de psychiatrie de aandacht voor het gezin en het sociale milieu, niet alleen als ziekmakende factoren maar ook als 'therapeutische omgeving', een functie die voorheen voornamelijk aan de inrichting was voorbehouden.[405] Vooral de invoering van de actievere therapie sterkte het vertrouwen in de mogelijkheid om patiënten (deels) verantwoordelijkheid bij te brengen voor hun gedrag. Deze overwegend sociaal-pedagogische benadering bood perspectief om hen ook buiten de inrichting door middel van werkverschaffing in sociale werkplaatsen te begeleiden. Voor zowel Pameijer als Querido vormden de positieve effecten van de arbeidstherapie het bewijs dat de omgeving van grote invloed was op het gedrag en het welbevinden van geesteszieken en dat zij met de nodige opvoedkundige sturing tot sociale aanpassing in staat waren. 'De resultaten van die arbeidstherapie heb ik in Santpoort, Den Dolder en later ook op andere plaatsen gezien', aldus Querido. 'Ik wíst dus dat die mensen anders hadden kunnen zijn. Dat heeft mij voor het eerst het idee gegeven dat, ook bij de symptomatologie, de omgeving zo'n grote rol speelt.'[406] Volgens Querido moest het niet zozeer gaan om de vraag welke ziekte de patiënt had, als wel om wat hij of zij ermee deed.

——— *Het gedrag van de patiënt was niet star en ontoegankelijk voor beïnvloeding: integendeel, het was in hoge mate plastisch, vervormbaar. [...] Deze overtuiging, gegroeid uit de ervaringen die opgedaan werden bij de toepassing van de beginselen van de actieve therapie in de inrichtingen, bracht mij tot de conclusie, dat het bestaan van een geestelijke stoornis op zichzelf niet voldoende was om gestichtsverpleging te rechtvaardigen.*[407]

Aangezien psychiaters zich in de voor- en nazorg niet alleen met geestes- en zenuwzieken, maar ook met 'maatschappelijk ongeschikten', onder wie zwakzinnige kinderen en volwassenen, geconfronteerd zagen, overlapte hun werk met de nazorg van het BLO, die vanaf omstreeks 1910 tot ontwikkeling was gekomen.[408] De instelling van het BLO was grotendeels een gevolg van de Leerplichtwet (1901), de invoering van de zesjarige leerplicht en het leerstofjaarklassensysteem. Aangezien 'achterlijke' kinderen de voortgang van het reguliere onderwijs hinderden, werden ze meer en meer verwezen naar aparte scholen. In 1904 publiceerde de onderwijzer J. Klootsema *Misdeelde kinderen: inleiding tot de paedagogische pathologie en therapie*, waarin hij beschreef hoe achterlijke, idiote, misdadige, verwaarloosde, doofstomme, blinde en epileptische kinderen waren te herkennen en welke behandeling voor hen geëigend was. Vanaf het begin waren bij het BLO-onderwijs artsen betrokken om vast te stellen welke leerlingen zwakzinnig waren, waarbij

405 De Boer et al. 1984, 81.
406 Heerma van Voss 1991, 735; vergelijk Querido 1936/1970, 26; Querido 1949a, 267; Querido 1980, 102, 167; Pameyer 1932, 209-211; Beyerman 1928a, 1928b.
407 Querido 1971, 186.
408 Brants 2004.

zij vanaf de eeuwwisseling verschillende graden van geestelijke achterlijkheid onderscheidden: idiotie (zwaar), imbeciliteit (middelzwaar) en debiliteit (licht). In 1903 kwam de Vereeniging van Onderwijzers en Artsen werkzaam aan inrichtingen voor onderwijs aan achterlijke en zenuwzwakke kinderen tot stand. Tien jaar later begon D. Herderschêe, schoolarts bij het Amsterdamse BLO, de Binet-Simon intelligentietest als diagnostisch instrument te gebruiken.

Nadat in 1910 vanuit de psychiatrie en de residentiële zwakzinnigenzorg de Centrale Vereeniging ter Behartiging van de Belangen van Zwakzinnigen was opgericht, ontstonden in verschillende plaatsen particuliere initiatieven om zwakzinnigen na het verlaten van de school onder toezicht te stellen en hen te begeleiden door middel van avondonderwijs, vrijetijdsbesteding en hulp bij het vinden van werk, opdat zij niet ontspoorden en de maatschappij tot last werden. Voor zwakzinnigen die niet op de reguliere arbeidsmarkt terechtkonden, kwamen er vanaf 1919 speciale werkinrichtingen.[409] De BLO-nazorg in Amsterdam en Haarlem, die begin jaren twintig onder regie van de gemeentebesturen werd geprofessionaliseerd door het werk in handen te geven van pedagogisch geschoolden, vervulde een voorhoederol. Behalve in Amsterdam en Haarlem ontstonden in de loop van de jaren twintig en dertig ook professionele nazorgvoorzieningen in een twintigtal andere steden.[410] De BLO-nazorgdiensten werden gefinancierd met gemeentelijke en provinciale subsidies, particuliere fondsen en giften, en de verkoop van producten uit de werkinrichtingen. In regio's zonder deze voorzieningen kwamen zwakzinnige kinderen ook wel terecht bij de psychiatrische voor- en nazorg.[411] Daarnaast ontstonden in het kader van consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid voorzieningen op provinciaal niveau, waarbij de kruisverenigingen een belangrijke rol speelden.

De BLO-nazorgwerkers, die zich begin jaren dertig landelijk organiseerden in de Nederlandsche Vereeniging Nazorg Buitengewoon Onderwijs, legden nadruk op hun pedagogische deskundigheid. Daarmee onderstreepten zij de eigenheid van hun werk tegenover zowel de institutionele zwakzinnigenzorg als de psychiatrie, waarvan het werkgebied zich deels ook tot zwakzinnigen uitstrekte. Er kwamen samenwerkingsverbanden tot stand tussen de BLO-nazorg en de sociaal-psychiatrische hulpverlening, bijvoorbeeld bij het opzetten van speciale werkinrichtingen, die niet alleen zwakzinnigen maar ook psychiatrische patiënten toelieten, waardoor de BLO-nazorg enige invloed uitoefende op de psychiatrische voor- en nazorg. Tegelijkertijd distantieerden BLO-nazorgwerkers zich van de psychiatrie. Zij vonden dat de psychiaters zich te dominant opstelden: zwakzinnigheid vereiste eerder pedagogische dan medische expertise.[412]

409 In de *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland* is sprake van 33 instellingen in dertig steden die werk boden aan 545 mensen. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 114, 160-161.

410 Brants 2004, 35-37.

411 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 102; Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1933, 64.

412 Brants 2004, 77-78, 123-125, 143-146.

Ook namen de BLO-nazorgwerkers stelling tegen de in hun ogen te pessimistische psychiatrische visie op zwakzinnigheid. Vooral in de jaren dertig wezen sommige psychiaters, mede onder invloed van eugenetische denkbeelden, op de vermeende aanleg van zwakzinnigen tot onmaatschappelijkheid, psychopathie en criminaliteit. De BLO-nazorgwerkers brachten daar tegenin dat de slechte neigingen van zwakzinnigen onder de juiste sociale omstandigheden en met de nodige leiding en toezicht waren te beheersen. Hun werk zou nu juist aantonen dat de meeste zwakzinnigen redelijk in de samenleving konden functioneren. De fricties kwamen duidelijk aan het licht op een gezamenlijke vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen over de nazorg, waarop de inspecteur van het BLO-onderwijs, A. van Voorthuijsen, pleitte voor zelfstandigheid van de nazorg voor zwakzinnigen ten opzichte van die voor krankzinnigen, omdat opvoeding en onderwijs voor de eerste groep van primair belang was. Zijn toehoorders, merendeels zenuwartsen, reageerden overwegend afwijzend en betreurden de 'anti-psychiatrische tendenzen' die zij in de BLO-nazorg onder leiding van 'niet-psychiatrisch geschoolde kringen van paedagogen en philantropen' bespeurden: er zou juist een nauwere band tussen de twee terreinen moeten worden gesmeed. Alleen Cox meende dat psychiaters de fricties ook aan zichzelf hadden te wijten: door hun eenzijdige aandacht voor hersenanatomie en hersenfysiologie ontbrak het velen aan 'mensenkennis' en aan bereidheid naar psychisch abnormale mensen te luisteren.[413]

Mede vanwege hun aandacht voor de relatie tussen leefomstandigheden en psychische stoornissen beperkten enkele sociaal-psychiaters, met name Querido en P. Bierens de Haan, hun bemoeienis niet alleen tot geesteszieken en zwakzinnigen. Zij gingen ook mensen die in de jaren twintig te boek kwamen te staan als 'ontoelaatbaar' en 'onmaatschappelijk' tot hun competentiegebied rekenen. Deze probleemgroep was aanvankelijk vooral de doelgroep van woningopzichteressen en maatschappelijk werkers, die door woningbouwcorporaties en gemeenten waren aangesteld om toezicht uit te oefenen op huurders en wier werkzaamheden met de Woningwet (1901) en de Gezondheidswet (1901) een belangrijke impuls kregen. Deze wetten gaven de aanzet tot krotopruiming, grootschalige woningverbetering en nieuwbouw, overheidssteun voor sociale woningbouw, planmatige stadsuitbreidingen en openbare hygiëne. Vooral vanaf 1918 kwam de sociale woningbouw van de grond. Gemeentebesturen kregen meer bemoeienis met de huisvesting van hun minvermogende burgers en woningbouwverenigingen gingen controle uitoefenen op het woongedrag van hun huurders.

Naarmate de meerderheid van de arbeidersbevolking zich een ordelijke levenswijze eigen maakte en het burgerlijk huiselijkheidsideaal omarmde, liep 'onbeschaafd' woongedrag, zoals verwaarlozing en vervuiling van de woning, overlast voor de naaste omgeving en huurschulden, des te meer in het oog en werd

413 Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 675, 677.

het in toenemende mate als storend ervaren. Gemeentebesturen, woningbouwverenigingen en maatschappelijk werkers identificeerden in dit verband een probleemgroep, de zogenoemde 'ontoelaatbare' gezinnen, een term die voor het eerst viel in 1915 in een adviesrapport aan het Amsterdamse gemeentebestuur. In Amsterdam, Utrecht en Den Haag kwamen in de jaren twintig aparte wooncomplexen tot stand waar deze gezinnen onder toezicht ordelijk woongedrag moesten aanleren. In andere steden kregen dergelijke maatregelen op kleinere schaal navolging.[414] Vooral sociaal-democraten, zoals de Amsterdamse directeur van de Gemeentelijke Woningdienst, A. Keppler, de SDAP-wethouders F.M. Wibaut en S.R. de Miranda, de criminoloog Bonger en gemeentebestuurders in Utrecht, Leeuwarden, Arnhem en Den Haag, vormden de drijvende kracht achter dergelijke maatregelen. Sociaal-democraten vertegenwoordigden vooral de belangen van het meer welvarende en ontwikkelde deel van de arbeidersklasse, onder wie de tolerantie ten aanzien van overlast, burengerucht, straatruzies en onfatsoenlijk gedrag afnam, en ze hadden veel vertrouwen in volksopvoeding als middel om ook de ordeloze achterblijvers tot nette en verantwoordelijke burgers te vormen.[415]

Artsen brachten in de jaren dertig naar voren dat niet alleen het woongedrag van deze groep een probleem vormde: de achterliggende oorzaken ervan dienden te worden aangepakt en dat vereiste meeromvattende maatregelen. Al gauw vielen kwalificaties als 'achterlijk', 'abnormaal' en 'psychopathie' te beluisteren. De term 'onmaatschappelijk', die verwees naar persoonlijke eigenschappen, verving de aanduiding 'ontoelaatbaar', die betrekking had op hinderlijk gedrag.[416] Psychiaters betoogden dat het een en ander samenhing met armoede, werkloosheid en gebrek aan scholing, en dat deze symptomen waren van individuele tekortkomingen, van geestelijke onvolwaardigheid en psychopathie.[417] Zo stelde de Utrechtse zenuwarts Bierens de Haan in een advies aan het bestuur van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid dat het bij onmaatschappelijkheid niet om slechtheid, maar om ziekte ging: hij sprak van 'psychisch invalieden' met een 'abnorme [sic] psychische konstitutie', die heropvoeding nodig hadden.[418] Waar Bierens de Haan en andere artsen de nadruk legden op de slechte levensomstandigheden waaronder sommige families al generaties lang gebukt gingen, wezen anderen op de doorslaggevende rol van aanleg en erfelijkheid. Het denken over deze problematiek werd deels geïnspireerd door de eugenetica, maar over het algemeen kreeg de invloed van het milieu toch meer nadruk, vooral als het ging om concrete maatregelen ter bestrijding van de onmaatschappelijkheid.

Querido, die begin jaren dertig onderzoek verrichtte naar de zogenoemde asociale gezinnen die het Amsterdamse gemeentebestuur in een aparte wijk aan de rand van de stad, het Zeeburgerdorp, had geplaatst, beweerde dat de geestelijke afwijkingen die hij daar aantrof voornamelijk waren ontstaan onder invloed

414 De Regt 1984; Dercksen en Verplanke 1987; Van Wel 1988.
415 De Regt 1984, 213–215, 238.
416 De Regt 1984, 211–212.
417 Van Wel 1988, 54.
418 Dercksen en Verplanke 1987, 52–53.

van slechte leefomstandigheden: langdurige armoede, ondervoeding, verwaarlozing en vervuiling. Alleen de zeer ernstige vormen van onmaatschappelijkheid, waarbij sprake zou zijn van lichamelijke en geestelijke degeneratie, waren niet meer met sociale en pedagogische maatregelen te verhelpen. Querido nam afstand van eugenetische maatregelen, die andere artsen voorstelden, maar in zijn sociaal-psychiatrische benadering gold onmaatschappelijkheid wel als een ziekteverschijnsel. Hij sprak van een 'vervalpsychose'.[419] Als de psychische gesteldheid van de gezinsleden en hun onderlinge verhoudingen al niet gestoord waren, zo zette hij in 1937 op een congres van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid uiteen, dan was dat wel het geval met de relatie tussen het gezin en de rest van de samenleving. Aparte woonbuurten in de steden boden geen afdoende remedie. Querido stelde voor het onmaatschappelijke gezin, 'dit zieke gezin, deze zieke eenheid, als een geesteszieke patiënt, te isoleeren', waarbij arbeid een centrale plaats in de behandeling zou moeten innemen en hij dwang niet uitsloot.[420] Een opmerkelijk voorstel, want het behelsde het tegengestelde van wat Querido met zijn sociaal-psychiatrische praktijk voorstond, namelijk zo veel mogelijk krankzinnigen en andere geestelijk onvolwaardigen niet uit de maatschappij verwijderen, maar in hun sociale milieu handhaven. Het congres waar Querido zijn ideeën over de aanpak van onmaatschappelijkheid ontvouwde, gaf de aanzet tot de eerste landelijke enquête naar onmaatschappelijke gezinnen en in het rapport dat naar aanleiding daarvan in 1941 verscheen, klonken zijn aanbevelingen duidelijk door.[421] Tijdens en na de Tweede Wereldoorlog zouden deze grotendeels worden gerealiseerd.

2.5 Geestelijke volksgezondheid

De psychohygiënische beweging

In het vorige hoofdstuk over de voor- en nazorg is naar voren gekomen dat sommige psychiaters, zoals Querido, hiervoor ook de term sociale psychiatrie gingen gebruiken. Dit begrip, dat psychiaters vanaf het eind van de jaren twintig in de mond namen, verwees ook naar een algemenere benadering waarin het ging om de maatschappelijke omstandigheden die van invloed waren op het vóórkomen, de beleving en de behandeling van geestesstoornissen.[422] Zo vatte Meijers wat hij 'de verzorging der geesteszieken in de vrije maatschappij' noemde breder op dan de voor- en nazorg voor gestichtspatiënten:

419 De Regt 1984, 211.
420 Dercksen en Verplanke 1987, 66.
421 Van Wel 1988, 57.
422 Meijers 1928; Beyerman 1928a; Bouman 1929; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930, 400; Querido 1936.

——— bedacht moet worden dat een groot deel van het 'geestelijk abnormale menschelijke materiaal' buiten het bereik van het gesticht blijft. [...] de gestichtsmaatschappij verschilt nog altijd te veel van de vrije maatschappij, de ervaring die de geneeskundige met zijn zieken binnen het gesticht opdoet is zoo geheel anders dan die welke de psychiater daarbuiten leert kennen, dat zij elkaar maar niet zoo vervangen kunnen.

Hij verwees in dit verband naar 'de alkoholismebestrijding, de bestrijding der venerische ziekten en niet in [sic] het minst de psychologisch-paedogogische opvoeding van de geestelijk onevenwichtige jeugd.'[423]

In de bredere betekenis werden ook de actievere therapie in de inrichtingen en het epidemiologische onderzoek naar het vóórkomen van krankzinnigheid als sociale psychiatrie aangemerkt; Kraus betitelde zijn eerder aangehaalde epidemiologische onderzoek naar krankzinnigheid in Nederland als 'een sociaalpsychiatrische studie'.[424] Verder werd sociale psychiatrie in verband gebracht met 'geestelijke volksgezondheid' en 'psychische hygiëne', begrippen die sinds het midden van de jaren twintig in zwang waren en betrekking hadden op een nog breder werkveld. K.H. Bouman rekende naast de voor- en nazorg van krankzinnigen ook geslachtsziektebestrijding, seksuele voorlichting, de strijd tegen prostitutie, misdaad en alcoholisme, onderwijs voor zwakzinnigen, werkinrichtingen voor maatschappelijk ongeschikten, pedagogische zorg voor moeilijk opvoedbare kinderen en het terrein dat de kinderpolitie, kinderrechter en zedenpolitie bestreken tot het werkveld van de sociale psychiatrie. In feite stelde hij deze op één lijn met geestelijke volksgezondheid of psychische hygiëne, het nieuwe werkveld waarvoor Bouman zich sterk maakte.[425]

De grondslag voor de Nederlandse psychohygiënische beweging werd gelegd in 1924, toen op initiatief van Bouman te Amsterdam een bijeenkomst plaatsvond ter oprichting van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (Vereeniging voor Psychische Hygiëne, NVGV). Behalve zenuwartsen en andere medici woonden onderwijzers, pedagogen, sociologen, psychologen, criminologen, juristen en maatschappelijk werkers deze vergadering bij. Naast Bouman maakten Meijers, Van der Scheer en Cox, de arts en bioloog M.A. van Herwerden en de vooraanstaande schoolartsen Van Voorthuijsen en M. van der Hoeven deel uit van het oprichtingscomité.[426] Hun beginselverklaring behelsde een oproep tot een gemeenschappelijke inspanning van psychiaters en andere beroepsgroepen om psychische afwijkingen en verergering van reeds bestaande stoornissen zo veel mogelijk te voorkomen. Bezorgdheid over het aantal geestes- en zenuwzieken en maatschappelijk onaangepasten, dat onder invloed van de snel veranderende samenleving sterk zou toenemen, vormde de

423 Meijers 1928, 14-15.
424 Querido 1936; Kraus 1933.
425 Bouman 1929, 147; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930, 400; vergelijk Van der Scheer 1934, 4.
426 De Goei 2001, 15-19.

beweegreden. De bestaande krankzinnigenzorg zou onvoldoende zijn toegerust om deze alarmerende groei het hoofd te bieden: de capaciteit van de gestichten en hun therapeutische mogelijkheden waren beperkt. Ze zaten vol met chronische patiënten en kampten met oplopende verplegingskosten. Naast het gesticht moesten er andere vormen van opvang komen, teneinde behandelbare en onbehandelbare patiënten duidelijker van elkaar te scheiden en de doorstroom te vergroten. Bovenal waren maatregelen nodig om in beginsel gezonde mensen met lichte psychische aandoeningen te behandelen ter voorkoming van zwaardere stoornissen. Verder ging de aandacht in het bijzonder uit naar jeugdige criminelen en verwaarloosde en achterlijke kinderen, wier aantal als gevolg van verslappende opvoedingsnormen en de verlokkingen van de moderne maatschappij zou zijn toegenomen.

Met de beginselverklaring van de NVGV was het nieuwe gebied van de geestelijke volksgezondheid breed gedefinieerd. Het omvatte de problemen van zowel 'geestelijk abnormalen' als 'geestelijk normalen' en het arbeidsveld strekte zich uit tot huwelijk en gezin, seksualiteit, voortplanting en geslachtsziektebestrijding, opvoeding, onderwijs, beroepskeuze, arbeid, vrijetijdsbesteding, alcoholisme, criminaliteit, de zwakzinnigenzorg en justitiële psychopatenzorg.[427] 'Niet langer binnen de grenzen van een klinische wetenschap,' zo schreef Bouman begin jaren dertig in het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*, 'maar op het zoo zéér veel ruimere veld van socialen arbeid, speelt zich voor de naaste toekomst de dagtaak van den psychiater af.'[428] In de door de NVGV uitgegeven *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid* (1936) was te lezen dat de grenzen van de psychische hygiëne moeilijk waren te trekken en dat haar arbeidsveld onbegrensd was.[429] In deze gids was informatie te vinden over zorgvoorzieningen voor krankzinnigen (gestichten, psychiatrische inrichtingen, voor- en nazorgdiensten en arbeidsinrichtingen), zwakzinnigen (het BLO, BLO-nazorg, pedologische instituten, werkinrichtingen, gezondheidskolonies, gestichten en inrichtingen), zenuwlijders en alcoholisten (sanatoria en consultatiebureaus), epileptici (verpleeginrichtingen, poliklinieken en consultatiebureaus), psychopaten (scholen, internaten, consultatiebureaus en asielen) en slechthorenden, doofstommen en blinden (speciale scholen, internaten en werkinrichtingen), alsmede over de preventie van geestelijke afwijkingen en de daarmee gepaard gaande 'maatschappelijke onvolwaardigheid'.[430]

In hun pleitrede voor geestelijke hygiëne op wetenschappelijke grondslag verwezen Bouman en zijn medestanders naar de succesvolle bestrijding van besmettelijke ziekten door de hygiënistische beweging in de somatische geneeskunde.[431] Met hun preventiestreven zochten ze ook aansluiting bij de eugenetica. Van Herwerden was hiervan een bekend voorvechtster en ook Bouman, Van der Scheer

427 Van der Grinten 1987a, 76-77; De Goei 2001, 17-19.
428 Bouman 1932, 175.
429 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 5, 11.
430 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 7
431 Bouman 1932.

en Van der Spek, de pleitbezorger van de psychohygiëne in hervormde kring, droegen deze een warm hart toe.[432] De vrees bestond dat de toegenomen sociale bewogenheid en de verbeterde medische zorg, waardoor de kindersterfte was teruggedrongen en zieke en gebrekkige mensen langer leefden en zich konden voortplanten, de lichamelijke en geestelijke conditie van de bevolking sluipenderwijs ondermijnden: de zegeningen van de moderne beschaving zouden een zogenaamde contraselectie met zich meebrengen. De erfelijkheidsleer en daarop gebaseerde interventies in het voortplantingsgedrag en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk daarentegen boden uitzicht op de voorkóming van niet alleen lichamelijke gebreken, maar ook van geestelijke 'onvolwaardigheid'.[433] Een alliantie tussen psychohygiënisten en eugenetici lag des te meer voor de hand omdat de aandacht in het erfelijkheidsonderzoek, dat zich aanvankelijk in het bijzonder richtte op geslachtsziekten, tuberculose en alcoholisme, zich in toenemende mate toespitste op psychische defecten en sociale afwijkingen, aangezien lichamelijke gebreken als gevolg van de verbeterde medische zorg en hygiëne minder frequent voorkwamen.

Naast de sociale geneeskunde en de eugenetica vormde een nieuwe tak van de opvoedkunde, de orthopedagogiek, het derde aanknopingspunt voor de nieuwe beweging.[434] Deze discipline, waarvoor de invoering van de Leerplichtwet en de kinderwetten een belangrijke impuls vormden, ontwikkelde in het kader van de residentiële jeugdzorg en het buitengewoon onderwijs inzichten omtrent verschillende categorieën 'abnormale' en 'achterlijke' kinderen en de voor hen meest geëigende behandeling of (her)opvoeding.

Geestelijke volksgezondheid: cultuurpessimisme en burgerschap

De bezorgdheid van de psychohygiënisten en de remedies die zij voorstelden, zijn te begrijpen tegen de achtergrond van de voortgaande modernisering van de Nederlandse samenleving. De jaren twintig vormden een periode van economische groei, die tot uiting kwam in een algemene verhoging van de levenstandaard.[435] De lonen stegen flink, waardoor de koopkracht toenam en meer en meer mensen zich allerlei bestedingen konden veroorloven, die voorheen slechts voor een kleine bovenlaag waren weggelegd. De eerste vormen van massaconsumptie en -vermaak dienden zich aan en daardoor werden, in de woorden van de historicus P. de Rooy, 'alle zintuigen [...] frequenter en democratischer dan ooit geprikkeld.'[436] De zich uitbreidende welvaart werd mogelijk gemaakt doordat de ambachtelijke productie steeds meer plaatsmaakte voor gemechaniseerde en gerationaliseerde

432 Noordman 1989, 16, 40, 104-105, 200-201.
433 De Goei 1997, 11.
434 Na de Eerste Wereldoorlog vestigde de pedagogiek zich aan de universiteit met leerstoelen in Leiden (1918: R. Casimir), Amsterdam (1919: Ph. Kohnstamm), Utrecht (1923: J.H. Gunning) en aan de Vrije Universiteit (1926: J. Waterink).
435 Schuursma 2000, 252.
436 De Rooy 2002, 175.

massaproductie in industriële bedrijven. Het aandeel van de beroepsbevolking dat in de landbouw werkte, liep tussen 1900 en 1940 terug van rond de 30 naar zo'n 20 procent, terwijl de industriële en dienstensector zich uitbreidden. Als gevolg van vooral de groei in de dienstverlenende beroepen betrad een toenemend aantal (jonge) vrouwen de arbeidsmarkt.[437]

Het inwonertal van Nederland steeg tussen 1900 en 1930 van 5 tot bijna 8 miljoen en daarvan woonde een groeiend deel in de grotere steden. In 1930 was meer dan een kwart van de bevolking gevestigd in steden met meer dan 100.000 inwoners en meer dan 40 procent in steden met meer dan 50.000 inwoners.[438] Mensen kregen meer mogelijkheden om hun blikveld te verruimen en enige individuele onafhankelijkheid te verwerven. De mobiliteit werd bevorderd door de verdere ontwikkeling van de infrastructuur en doordat meer mensen gebruik konden maken van vervoermiddelen als fiets, trein en in mindere mate de auto. Kranten waren de gewoonste zaak van de wereld geworden; tegen 1930 begon de radio zijn zegetocht in de huiskamers en ook de telefoon raakte meer verbreid. Hoewel deze nog geen massale vormen aannam, nam de onkerkelijkheid toe. Terwijl in 1899 nog bijna 96 procent van de bevolking verklaarde tot een christelijk kerkgenootschap te behoren, was dat percentage in 1930 gedaald tot 83. De toename van onkerkelijkheid kwam voor een flink deel op het conto van de aanhang van de Nederlands Hervormde kerk.[439]

De achterliggende beweegredenen van de oprichters van de NVGV zijn te vinden in zowel het breder levende cultuurpessimisme over de vermeende schadelijke gevolgen van de modernisering, als het optimistische geloof in de mogelijkheden om die problemen met behulp van wetenschappelijke kennis op te lossen.[440] Behalve erfelijke aanleg als gevolg van onverantwoorde voortplanting en biologische contraselectie golden de snelle veranderingen en de groeiende complexiteit van de moderne maatschappij als oorzaken van de toename van krankzinnigheid, zwakzinnigheid, geestelijke onevenwichtigheid en zenuwziekte. Het zenuwgestel van een groeiend aantal mensen zou niet berekend zijn op de snelle ontwikkeling van de techniek en het hoge levenstempo in de geïndustrialiseerde en geürbaniseerde samenleving. Rationalisatie en mechanisatie stelden steeds hogere eisen aan individuen en afwijkingen waren steeds moeilijker te dulden. Deze geluiden waren al vanaf het eind van de negentiende eeuw in Nederland te horen. Sommige zenuwartsen kenschetsten de twintigste eeuw als de 'nerveuze eeuw'.

Het in het interbellum onder intellectuelen wijdverbreide cultuurpessimisme vond weerklank onder zenuwartsen. Van der Hoop bijvoorbeeld constateerde in 1922 dat de moderne tijd zich kenmerkte door verbrokkeling, stuurloosheid, verdeeldheid en oppervlakkigheid. De harmonie tussen individu en gemeenschap

437 Schuursma 2000, 43; Knippenberg en De Pater 1990, 128-130; Mooij 1993, 128-136.
438 Schuursma 2000, 25; De Rooy 2002, 171.
439 Schuursma 2000, 117; Van Rooden 1996, 39.
440 De Goei 1997, 11.

was teloorgegaan en het geloof in idealen en beginselen had plaatsgemaakt voor scepsis en wantrouwen.[441] Met een sterke nadruk op orde en gezag, zedelijkheid, gemeenschapszin en een groot wantrouwen tegen consumptief genot werd defensief op moderniseringsverschijnselen gereageerd. De bezorgdheid over de ontbinding van kleinschalige, organisch gegroeide samenlevingsverbanden en de teloorgang van traditionele cultuur- en fatsoenswaarden bereikte in de jaren dertig een hoogtepunt onder invloed van de economische crisis, die massale werkloosheid bracht en in Nederland langer duurde dan in andere landen. De dreiging van fascisme, nationaal-socialisme, communisme en oorlog versterkte deze ongerustheid. Mensen twijfelden in deze onzekere en angstige tijden aan de zin van het bestaan, schreef Van der Horst in 1937: 'Leven zonder gevoel, zonder hoop, zonder vertrouwen.' Hij maakte gewag van een geestelijke crisis, die zou blijken uit een 'massa neurotische mensen'.[442] Ze hadden alle houvast en perspectief verloren: niet alleen de godsdienstige heilsverwachting en de overgeleverde traditie, maar ook het geloof in rede en vooruitgang was teloorgegaan. De zenuwarts Soesman had een jaar eerder in zijn *Sterke zenuwen: een medisch-sociologische studie over de hygiëne van den geest* (1936) onder verwijzing naar J. Huizinga's *In de schaduwen van morgen* (1935) beweerd dat het moderne geestesleven 'door en door ziek' was.[443] Zoals hij in het begin van de eeuw al had uiteengezet, achtte hij voor geestelijke gezondheid 'een Hoogere Orde der dingen' noodzakelijk. De wijze waarop bepaalde staatsideologieën in landen als Duitsland, Rusland en Italië 'den burgers steun, zelfvertrouwen en kracht' verleenden, vond hij echter niet bepaald een navolgenswaardig voorbeeld voor Nederland. Een algemene godsdienstige opvoeding en de verspreiding van geesteshygiëne waren betere, democratischer middelen om het gemeenschapsleven te revitaliseren.

Het gedachtegoed van de beweging voor geestelijke hygiëne sloot aan bij het beschavingsoffensief en het sociaal activisme, die in de negentiende eeuw vooral uitgingen van de liberale burgerij, maar die vanaf de eeuwwisseling vervlochten raakten met confessionele en sociaal-democratische initiatieven om het materiële en morele peil van de arbeidersklasse en andere bevolkingsgroepen te verhogen. De crisis van de jaren dertig voedde niet alleen de behoefte aan sociaal-economische regulering, maar ook pleidooien voor sociaal-culturele ordening. De vrees dat de vormloze massasamenleving culturele vervlakking en sociale desintegratie met zich meebracht, overschreed levensbeschouwelijke en politieke scheidslijnen en gaf aanleiding tot pleidooien voor meer nationale eenheid.[444]

Het cultuurpessimisme stond een optimistisch geloof in de verbeterbaarheid van de mens niet in de weg, ook al werd dat in de praktijk vaak op de proef gesteld en was het vaak verpakt in een min of meer bevoogdend en neerbuigend paternalisme.[445] Hierbij was het niet alleen de vraag hoe maatschappelijke misstanden

441 Van der Hoop 1922, 14, 39.
442 Van der Horst 1937, 317, 323.
443 Soesman 1936, 192.
444 Van Ginkel 1999; De Rooy 2002, 184; vergelijk Wouters 1990, 152–159.
445 Nijenhuis 1981, 98–99; Krul 1989; Schuursma 2000, 88.

als armoede, ziekte en uitbuiting te verhelpen waren, het ging ook om het bereiken van een gezond, deugdzaam en zelfredzaam bestaan voor iedereen. Dit leek des te belangrijker omdat als gevolg van de invoering van de evenredige vertegenwoordiging en het algemeen kiesrecht voor mannen (1917) en vrouwen (1919) alle volwassenen formeel volwaardige en gelijke staatsburgers waren geworden. Democratisering was een belangrijke voorwaarde voor de nationale integratie van de zich emanciperende katholieke en orthodox-protestantse bevolkingsgroepen, alsmede van de niet-confessionele arbeidersbevolking, die zich grotendeels onder sociaal-democratische banieren organiseerde. Hoewel de vrijzinnig liberalen en de socialisten de grootste voorstanders van algemeen kiesrecht waren, profiteerden vooral de confessionelen ervan. De drie grootste confessionele partijen gingen na de Eerste Wereldoorlog het politieke toneel domineren, en ze werkten meestal samen met liberale partijen, waardoor ze niet totaal met het liberale verleden braken.[446] Hoewel de aanhang van de liberalen getalsmatig sterk terugliep, bleef hun erfgoed invloedrijk in het zakenleven, de overheidsbureaucratie, de universiteiten en de media. Pas in 1939 kregen sociaal-democraten zitting in de regering.

Naarmate de democratisering voortschreed, achtten vertegenwoordigers van de elite het des te noodzakelijker om de massasamenleving te ordenen en het volk door middel van opvoeding zedelijk te verheffen. Onverschilligheid en egocentrisme zouden een bedreiging van de democratie en de nationale saamhorigheid vormen. Zo organiseerde de in 1908 opgerichte Tucht-Unie, die zich inzette voor de versterking van burgerzin, in 1922 te Utrecht het congres 'Ons volk en de tucht' waaraan verschillende prominente pedagogen deelnamen. Strakkere disciplinering en nationale saamhorigheid waren dringend gewenst en deze zouden niet door de overheid, maar vooral vanuit de maatschappij moeten worden bevorderd.[447] Voor verantwoordelijk burgerschap waren zelfbeheersing, wilskracht en nationale gemeenschapszin onontbeerlijk, kwaliteiten die van oudsher centraal hadden gestaan in het burgerlijk beschavingsoffensief en die ook een belangrijke rol speelden in het confessionele en sociaal-democratische emancipatiestreven. Vooral in het idealistische cultuursocialisme, uitgedragen door W. Banning en K. Vorrink, de leider van de Arbeiders Jeugd Centrale, speelden zedelijke en geestelijke verheffing door middel van volksopvoeding een belangrijke rol. Een geestelijke en ethische vernieuwing zou de voorwaarde vormen voor politieke veranderingen. Ondanks de levensbeschouwelijke en politieke verdeeldheid bestond er in het interbellum onder Nederlandse intellectuelen en politici een brede consensus dat ethisch bewustzijn en verantwoordelijkheidsbesef de garantie vormden dat individuen zich in dienst stelden van collectieve waarden – die van de eigen zuil en daarboven die van de Nederlandse natie. Volksopvoeding onder leiding van de culturele elite gold als hét middel om ordelijk en moreel gedrag en

446 Schuursma 2000, 220.

447 Krul 1989.

een samenbindende oriëntatie op burgerlijke fatsoensnormen en algemene christelijke waarden te bewerkstelligen.[448] Daarbij maakte een strikt morele, op dwang gebaseerde aanpak geleidelijk plaats voor een subtielere beïnvloeding van de innerlijke gezindheid, zodat mensen dankzij zelfregulering en zelfwerkzaamheid uit eigen beweging het gewenste gedrag zouden vertonen en zo op eigen kracht sociale verbetering bewerkstelligden.[449]

In het burgerlijke cultuurpatroon vonden de verschillende zuilen een gemeenschappelijke grondslag. De sociaal-democraten konden pas volwaardig participeren toen zij de daarbij horende waarden accepteerden: respect voor orde en gezag, standsbesef, arbeids- en spaarzin, zelfbeheersing en een scala aan fatsoensregels. Aan de ene kant probeerden vertegenwoordigers van de burgerij de lagere klassen en standen te verheffen, aan de andere kant oefende de burgerlijke levenswijze met de daarbij horende materiële welstand, respectabiliteit en gezinskoestering een grote aantrekkingskracht op hen uit. Mede dankzij de stijgende inkomens werd het huwelijk al sinds de eeuwwisseling voor steeds meer mensen bereikbaar en vanzelfsprekend. Het door de burgerij gevestigde affectieve huwelijk en kerngezin verbreidden zich ook naar andere bevolkingsgroepen. Bezwaren tegen de werkende gehuwde vrouw waren wijd verspreid, niet alleen onder confessionelen, maar ook onder sociaal-democraten, die voorstanders waren van het kostwinnersprincipe: de man moest voldoende verdienen om zijn gezin te onderhouden. In 1924 en 1925 werd het gehuwde vrouwen verboden om als ambtenaar of onderwijzeres in overheidsdienst te werken. Weliswaar hoorde individuele ontplooiing ook tot het burgerlijke patroon, maar deze gold in de eerste plaats voor economisch zelfstandige mannelijke burgers. De persoonlijke ontwikkeling mocht de grenzen van stand, sekse en godsdienst niet overschrijden.[450]

Met hun normatieve invulling van het begrip geestelijke volksgezondheid sloten de leidende psychohygiënisten nauw aan bij het streven naar een goed geordende samenleving door middel van de onvoorwaardelijke aanpassing van het individu aan een collectief gedeeld normen- en waardepatroon. Bouman omschreef het doel van de psychohygiënische beweging als 'onze gemeenschap te verrijken met in geestelijk opzicht nuttige en waardevolle individuen, het instandhouden, eventueel kweken, van volkskracht' en 'het scheppen van voorwaarden, waaronder geestelijke en morele waarden tot ontwikkeling kunnen komen, het streven naar het verkrijgen van de aan hun omgeving zo goed mogelijk aangepaste persoonlijkheids-typen'. Daarmee refereerde hij niet alleen aan biologistische en eugenetische waarden – psychische hygiëne was, zoals Bouman het uitdrukte, onderdeel van de 'rassenhygiëne' – maar impliciet ook aan wat vanuit een breder perspectief als voorwaarde voor burgerschap in een democratische samenleving was gaan gelden. 'Feitelijk wordt dit alles gedragen door één gedachte: het indi-

448 Nijenhuis 1981, 107-109; Krul 1989; Te Velde 1993, 1996, 1997; Blom 1996; Van Ginkel 1999.

449 De Rooy 1985b, De Graaf 1989, 23; Van der Stel 1997, 55.

450 Blom 1996; Lucassen 2001, 106.

vidu zich zoo goed mogelijk aan zijn omgeving te doen aanpassen', zo betoogde Bouman. 'Het is alles toegespitst op de mogelijkheid de enkeling volgens zijn persoonlijke geestelijke structuur zoo goed mogelijk als lid der gemeenschap te doen functioneeren.' Weliswaar had de psychiater als arts de taak om de individuele belangen van de patiënt te dienen, 'desnoods tegen de belangen van de gemeenschap in', maar op het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid, zo betoogde Bouman, stonden de belangen van de gemeenschap voorop:

_____ *zoodra hij zich op het sociale terrein begeeft, aanvaardt hij daarmee tevens de plicht de belangen van de gemeenschap te verdedigen, zoonoodig tegen de persoonlijke belangen van de zieke in: hij heeft de maatschappij te verdedigen tegen den invloed van persoonlijke elementen, die daarin niet passen. Men houde daarbij echter duidelijk in het oog, dat het groote doel: enkeling èn groep voor die aanpassing geschikter te maken tenslotte beider belangen dient.*[451]

De idealen van gemeenschapszin en zelfbeheersing, waarin het negentiende-eeuwse concept van 'karakter' resoneerde, klonken ook door in de wijze waarop de NVGV in haar *Gids betreffende de geestelijke volksgezondheid (psychische hygiëne) in Nederland (1936)* het doel van de psychische hygiëne omschreef:

_____ *Het bevorderen eener zoo volledig mogelijk harmonische ontwikkeling van alle aangeboren geestelijke kwaliteiten ten einde het individu te verschaffen het grootst mogelijke maatschappelijke aanpassingsvermogen en de grootst mogelijke maatschappelijke bruikbaarheid waardoor het in staat gesteld is weerstand te bieden aan de verschillende schadelijke invloeden, die zijn geestelijke volwaardigheid in gevaar kunnen brengen.*[452]

In zijn voordracht op een bijeenkomst van de NVGV benadrukte de pedagoog J.H. Gunning dat een geestelijk gezonde opvoeding gericht was op het aankweken van innerlijke spankracht en weerstandsvermogen. 'Dat er in de wereld zooveel uiterlijke ongebondenheid is, komt alleen daarvandaan, dat er zooveel innerlijke ongebondenheid is, en daarom laat de geestelijke gezondheid van het menschdom nog veel meer te wenschen over dan de lichamelijke', aldus Gunning.[453]

De Leidse hoogleraar Carp, die in 1939 een 'sociaal-pedagogische' beschouwing wijdde aan de 'sociale waarde van geestelijke volksgezondheid', benadrukte net als Bouman en Gunning het belang van de 'gemeenschapsidee' en zelfbeheersing.

_____ *De bevordering der geestelijke Volksgezondheid [...] kan [...] niet anders dan gericht zijn op de aanwakkering van het gemeenschapsbesef. Geestesgezond [...] is die Mensch, welke zijn levenstaak ziet in de vervulling van de gemeenschapsidee. [...] Ongetwijfeld zal een ieder de sociale waarde der geestelijke Volksgezondheid zien in het licht der Volksgemeenschap.'*

451 Bouman 1938, 442-443, 462.
452 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 5.
453 Gunning 1930, 426.

'Men houde hierbij in het oog,' zo betoogde Carp, 'dat ook het aanpassingsvermogen aan de werkelijkheid, de maatschappelijkheid in den meest ruimen zin des woords, ten nauwste samenhangt met het vermogen te leeren wachten, geen gevolg te geven aan de eischen van het primitieve driftleven en voldoening te vinden in de beteekenis van het offer.' Tegelijkertijd waarschuwde Carp – wellicht met het oog op het oprukkende totalitarisme in Europa – echter voor 'overschatting der gemeenschapsidee' en 'een onderschatting van het individualiteitsbesef'. Onder verwijzing naar Freud, bepleitte hij een evenwicht tussen innerlijke vrijheid en verantwoordelijkheidsgevoel.

——— *Niet die Mensch vertegenwoordigt het ideaal van geestelijke gezondheid, die beheerscht wordt door een soort van kudde-instinct en uit gebrek aan individualiseering zich slechts veilig waant in de collectiviteit, maar diegene welke een harmonische verbinding heeft weten te scheppen tusschen gemeenschaps- en individualiteits-besef. Slechts dàn ook heeft de geestelijke Volksgezondheid een bijzondere sociale waarde, wanneer het gevoel van saamhorigheid de drager is van een drang door eigen initiatief mede te werken aan het algemeen belang.*[454]

De geestelijk gezonde burger stelde zich vanuit een innerlijke overtuiging vrijwillig in dienst van de gemeenschap. Hier begon het burgerschapsvertoog in termen van karakteropvoeding plaats te maken – in bescheiden mate weliswaar – voor een psychologiserend perspectief waarin meer ruimte kwam voor de individuele persoonlijkheid.

Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie

Behalve het cultuurpessimisme en het sociaal-morele activisme in de zich moderniserende samenleving speelden beroepsbelangen een rol in het ontstaan van de beweging voor psychische hygiëne. Psychiaters, onderwijs- en opvoedkundigen en eugenetici grepen de psychohygiëne aan om een professionele alliantie te smeden en hun beroepsdomein te legitimeren of te vergroten.[455] Artsen zagen zich in de gestichten geconfronteerd met overbevolking, lage genezingspercentages en hoge aantallen langdurig opgenomen, chronische patiënten. Pogingen om de malaise binnen de inrichtingspsychiatrie zelf op te lossen – overplaatsing van ongeneeslijke patiënten, de instelling van aangewezen afdelingen voor geneeslijke geesteszieken en de toepassing van nieuwe therapieën – bleken niet toereikend. Met hun pleidooi voor psychische hygiëne, waartoe zij ook de voor- en nazorg rekenden, probeerden psychiaters nieuwe oplossingen voor oude problemen te bieden. Het een en ander was niet gespeend van eigenbelang: de stap van de beslotenheid van gesticht of inrichting naar de samenleving en de daarmee ver-

454 Carp 1939a, 18, 26, 29, 30.

455 De Goei 2001, 28–32.

bonden uitbreiding van het beroepsdomein zou hun publieke aanzien ten goede kunnen komen. Psychiaters domineerden de NVGV. Bouman vond dat zij de leiding moesten hebben in de geestelijke gezondheidszorg, hoewel hij hun overheersende positie ten opzichte van andere beroepsgroepen enigszins verbloemde door te spreken van 'psycho-hygiënist' als gemeenschappelijke aanduiding van alle werkers op dit terrein.[456]

Pedagogen, onderwijzers en schoolartsen die zich met moeilijk opvoedbare en lerende alsook zwakzinnige kinderen bezighielden, zochten via de psychohygienische beweging aansluiting bij de geneeskunde, in het bijzonder de psychiatrie, en deels ook bij het eugenetische gedachtegoed, om hun nieuwe vakgebied, de orthopedagogie, een wetenschappelijke status te geven. De inspecteur van het BLO-onderwijs, de arts Van Voorthuijsen, was een van de initiatiefnemers van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en zag de zwakzinnigenzorg als onderdeel van haar werkterrein. Bovendien sloot het streven naar buitengewoon onderwijs en werkvoorzieningen voor jeugdige zwakzinnigen ter voorkoming van maatschappelijke ontsporing aan bij de pogingen van psychiaters zoals Meijers om deze groepen door middel van de organisatie van voor- en nazorg en consultatiebureaus buiten het gesticht te houden. Pleitbezorgers van de eugenetica zagen in het streven naar geestelijke hygiëne een mogelijkheid om hun gedachtegoed te verbreiden. Omgekeerd verwezen psychiaters en orthopedagogen naar het belang van de erfelijkheidsleer om de geestelijke hygiëne van een natuurwetenschappelijk cachet te voorzien.

De doelstellingen van Bouman en de zijnen waren ambitieus, maar na de oprichtingsbijeenkomst leidde de nieuwe vereniging enkele jaren een slapend bestaan, om in 1930 weer op te leven. Het ontbrak vooralsnog aan daadkracht doordat de ideeën over het belang en de invulling van geestelijke hygiëne binnen en buiten de NVGV nogal uiteenliepen.[457] Bovendien verflauwde de aandacht van inrichtingspsychiaters voor psychische hygiëne vanaf de tweede helft van de jaren twintig. Met enig succes bewandelden zij andere wegen om de problemen in de krankzinnigenzorg te bezweren. Zo zorgden de toepassing van de actievere therapie en de invoering van nieuwe somatische kuren voor een opleving van het therapeutisch optimisme. Aan de andere kant konden psychiaters die onder invloed van de psychoanalyse en een geesteswetenschappelijke oriëntatie in hun vakgebied een psychologische aanpak van geestesziekte beproefden, zich moeilijk vinden in de wijze waarop met name K.H. Bouman, Van der Scheer en Meijers het begrip psychische hygiëne, mede op basis van Duitse voorbeelden, invulden. Dat gebeurde enerzijds, met de nadruk op erfelijkheid en eugenetica, als een tak van de biomedische psychiatrie; anderzijds, vanwege de aandacht voor maatschappelijke omstandigheden, als een vorm van sociale psychiatrie, zoals die in

456 Bouman 1938, 444, 458-460. Wij zullen deze term ook in deze zin gebruiken.

457 De Goei 2001, 52-68.

de voor- en nazorg in praktijk werd gebracht.[458] Hun biosociale visie op geesteszieke als een biologisch gegeven, waarvan de uitingsvorm deels werd bepaald door de leefomgeving, stond op gespannen voet met de overwegend individualiserende psychologische optiek in de fenomenologische en psychoanalytische benaderingen. Toonaangevende psychiaters als G. Jelgersma en L. Bouman, die al voor de Eerste Wereldoorlog hun natuurwetenschappelijke benadering voor een belangrijk deel hadden ingeruild voor respectievelijk de psychoanalyse en de fenomenologie, hielden zich enigszins afzijdig van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Hetzelfde gold ook voor de hoogleraren Van der Horst, Rümke en Carp. Een inrichtingspsychiater als Cox, die aanvankelijk wel betrokkenheid toonde bij de psychohygiëne, maakte een soortgelijke ontwikkeling als Jelgersma door en trachtte de psychologische benadering binnen de inrichtingspsychiatrie toe te passen.[459]

Een andere reden voor het beperkte succes van Boumans initiatief was dat eugenetica en psychohygiëne zich niet zo gemakkelijk met elkaar lieten verenigen als op het eerste gezicht leek. Weliswaar was er sprake van een gemeenschappelijk doel, de preventie van geestesstoornissen, maar over de wijze waarop dit het beste was te bereiken, liepen de meningen uiteen. Zo bracht Van Herwerden naar voren dat het sociaal-psychiatrische streven om geesteszieken buiten de gestichten te houden en door middel van buitendiensten en gezinsverpleging in de maatschappij op te vangen vanuit eugenetisch oogpunt niet zonder gevaren was. Hierdoor kreeg 'een minderwaardig kiemplasma voortplantingskansen.'[460] Zij was van mening dat krankzinnigen niet de gelegenheid mochten krijgen om kinderen te krijgen en daarom was opname in een gesloten gesticht te verkiezen boven hulp in het eigen sociale milieu. Op een vergadering van de Internationale Federatie van Eugenetische Organisaties in 1929 te Rome stelde Van Herwerden voor dat de aangesloten nationale organisaties er bij hun regeringen op aandrongen om 'geestelijk minderwaardigen' niet vrij te laten zolang ze zich konden voortplanten. Ze juichte de invoering van de Psychopathenwetten, die het mogelijk maakten gestoorde delinquenten te interneren, toe en vond de isolering van zwakzinnige mannen en vrouwen op afzonderlijke eilanden, zoals de praktijk was in Denemarken, navolgenswaardig.[461] In Nederland was volgens Van Herwerden onderzoek geboden om uit te vinden hoe de verspreiding van 'het minderwaardige kiemplasma' het beste was tegen te houden: kolonies en (vrijwillige) sterilisatie zouden hieraan kunnen bijdragen. In dit verband pleitte zij voor de oprichting van een eugenetisch onderzoeksinstituut in navolging van Duitsland en Zweden. 'Men talme niet. De qualiteit der Nederlandsche bevolking staat op het spel.' Ook vroeg zij aandacht voor 'de invloed van de raskruising op de geestelijke volksgezondheid', een actueel vraagstuk volgens haar, omdat steeds meer voorheen min

458 Bouman 1938; Van der Scheer 1930, 1934; Meijers 1940; Meijers 1947.
459 Abma en Weijers 2005, 61, 121.
460 Van Herwerden 1931, 238-239.
461 Noordman 1989, 104-105, 178-179.

(Her)oprichtingsvergadering van de NVGV, 5 april 1930. Op de eerste rij vijfde van rechts F.S. Meijers, direct achter hem staand C.T. Kortenhorst. Links achter Kortenhorst op de derde rij J.H. Pameijer en A. Querido. Zesde van links op de eerste rij K.H. Bouman, geheel links op de eerste rij E.C. Lekkerkerker en naast haar J.L.Ch.G.A. le Rütte.

of meer geïsoleerde, zich 'door inteelt voortplantende kleine bevolkingsgroepen' zich mengden met de bevolking als geheel en er sprake was van 'een toenemende vermenging van joden met het alpine en noorsche ras'.[462]

Op basis van soortgelijke overwegingen betoogden enkele psychiaters daarentegen dat eugenetica juist een voorwaarde was voor de sociale psychiatrie. G.P. Frets, gestichtsarts in Maasoord en voorzitter van de Nederlandsche Eugenetische Federatie, pleitte in 1933 op een bijeenkomst van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap voor een wettelijke regeling om sterilisatie van ongeneeslijke geesteszieken en zwakzinnigen mogelijk te maken ter voorkoming van 'minderwaardige progenituur' – ogenschijnlijk desnoods zonder hun toestemming, hoewel Frets zich daar niet expliciet over uitliet.[463] Vooral in verband met de toegenomen mogelijkheden om patiënten vroegtijdig uit de inrichting te ontslaan en hen aan nazorgdiensten toe te vertrouwen, alsmede door de tekortkomingen van andere preventieve maatregelen (huwelijksverbod of seksuele onthouding), zou een zekere druk om deze ingreep te ondergaan toelaatbaar zijn. In de redenering van Frets was de sociale psychiatrie gediend met sterilisatie, omdat gestichtsartsen dan eerder geneigd zouden zijn bepaalde patiënten uit de inrichting te ontslaan.

——— *Als we tegenover elkaar stellen segregatie, dus jarenlange gestichtsverpleging, verstoken zijn van het leven in de maatschappij en sterilisatie ook met haar bezwaren, doch waar de individueele vrijheid in hooge mate wordt toegestaan, dan mag m.i. de conclusie zijn: gestichtsverpleging alleen, voor zoover en zoolang als het direct noodig is in het belang van den patient en met het oog op de beveiliging van de maatschappij. Als het leven in de maatschappij voornl. niet toelaatbaar is met het oog op de progenituur, dus omdat de persoon geen gezin kan verzorgen en om de kansen van minderwaardige kinderen, dan mag sterilisatie worden verricht.*[464]

Een bijkomend voordeel was volgens Frets dat sterilisatie en begeleiding in de maatschappij goedkoper waren dan gestichtsverpleging.

Al eerder, op een gezamenlijke vergadering van de NVGA en de Vereeniging van R.K. Gestichtsartsen over de nazorg, had Frets naar voren gebracht dat de overerfelijkheid van geesteszieken een probleem vormde dat psychiaters onder ogen moesten zien. Onder verwijzing naar Duitse, Zweedse en Amerikaanse voorbeelden pleitte hij net als Van Herwerden voor een Nederlands instituut voor onderzoek naar de erfelijkheid van de mens en voor eugenetiek. In Zwitserland, Californië, Zweden, Denemarken, Engeland en Duitsland was ervaring opgedaan met sterilisaties en in sommige landen bestond er wetgeving op dit terrein. Uit publicaties over de praktijken in Californië meende Frets te kunnen afleiden dat aan de operatie slechts geringe gevaren waren verbonden en dat de gevolgen voor de patiënten – de meesten zouden zich vrijwillig aan de ingreep onderworpen hebben – over het algemeen gunstig waren. Sterilisatie maakte een psychiatrische

462 Van Herwerden 1931, 240–241.
463 Frets 1933, 3.
464 Frets 1933, 29.

buitendienst niet overbodig, integendeel: 'om sterilisatie goed te doen werken' was toezicht en begeleiding noodzakelijk.[465] Pameijer, Bouman en vooral Van der Scheer lieten vergelijkbare geluiden horen.[466] De door de sociale psychiatrie in de hand gewerkte tendens om meer patiënten vroegtijdig uit inrichtingen te ontslaan, maakte het volgens Van der Scheer noodzakelijk om 'ook in ons land het voor onze ooren onaangenaam klinkende, sterilisatievraagstuk nader onder de oogen te zien' en de 'individuëele [sic] en de maatschappelijke belangen' tegen elkaar af te wegen.[467] Het 'eugenetische vraagstuk' verdiende meer aandacht, zo stelde hij, er was 'een groot volksbelang mee gemoeid'.[468]

De pleitbezorgers van de eugenetica kregen echter weinig bijval onder andere aanhangers van de psychohygiëne. Symptomatisch waren de afwijzende reacties op een voordracht van de arts J. Sanders over het onmaatschappelijke kind op een studiedag van de NVGV in 1933. Onmaatschappelijkheid hing volgens Sanders samen met een zwakzinnige of psychopathische aanleg en was als zodanig terug te voeren op een genetisch tekort. Mede uit het oogpunt van kostenbeheersing – des te urgenter in tijden van economische crisis – achtte hij eugenetische maatregelen als sterilisatie het overwegen waard. Frets en Van Herwerden vielen Sanders bij, maar een aantal andere aanwezigen plaatste kanttekeningen bij diens betoog of wees het resoluut af. Stärcke stelde dat er nauwelijks wetenschappelijk bewijs was voor de erfelijkheid van psychische eigenschappen. De criminoloog Bonger en M.J.A. Moltzer, directeur van de Amsterdamse School voor Maatschappelijk Werk, brachten naar voren dat Sanders volledig voorbij ging aan de invloed van milieufactoren en de mogelijkheid om onmaatschappelijke kinderen door middel van de nodige sociale en pedagogische ingrepen weer op het rechte spoor te zetten.[469]

Psychiaters onderschreven het belang van de eugenetica en discussieerden er geregeld over. Zo sprak het bestuur van de NVPN in 1921 over de mogelijkheid om een internationaal congres over genetica en eugenetica te organiseren, een plan dat geen doorgang vond vanwege een gebrek aan financiële middelen.[470] Als het echter om concrete maatregelen als verplicht medisch onderzoek voor het huwelijk, huwelijksverboden, sterilisatie en gedwongen isolatie ging, dan stelden de meesten zich terughoudend op en brachten zij zowel praktische als principiële bezwaren naar voren. De felheid waarmee de joodse en met het communisme sympathiserende psychiater F. Grewel in 1934 tijdens een debat over het onderwerp in de NVPN de eugenetica en in het bijzonder de nationaal-socialistische rassenleer bekritiseerde, was uitzonderlijk. G. Jelgersma verweet Grewel dat zijn visie op de eugenetica te 'affectief' geladen was, maar als het om de argumenten ertegen ging

465 Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen 1930, 689.
466 Pameyer 1932; Bouman 1938, 460-462; Van der Scheer 1930; Van der Scheer 1934.
467 Van der Scheer 1930, 21.
468 Van der Scheer 1934, 12.
469 Noordman 1989, 14-16.
470 Notulen vergadering bestuur NVPN 22-12-1921 en 11-1928, Archief NVPN.

– de eugenetica deed geen recht aan de complexiteit van de erfelijkheidswetten en negeerde de invloed van het milieu – was Jelgersma het wel met hem eens.[471]

Querido, die als sociaal-psychiater en als sociaal-democraat net als Grewel meer belang hechtte aan omgevingsinvloeden, was voorzichtiger. Volgens hem was de vraag of onvolwaardigheid door erfelijkheid of omstandigheden werd veroorzaakt nog niet te beantwoorden en daarom was verder onderzoek nodig: 'dat het op het oogenblik door politieke invloeden tot een afstootelijke caricatuur van wetenschappelijk denken is geworden, behoeft ons niet te beletten, het als een der belangrijkste geestelijk-hygiënische vraagstukken te blijven beschouwen.'[472] H.C. Jelgersma erkende dat het eventuele 'minderwaardige nakomelingenschap' van 'geestelijk abnormalen' een probleem vormde, maar betwijfelde of psychiaters er iets aan konden doen. Weliswaar kwam hij bij de Leidse sociale instellingen en de voor- en nazorgdienst steeds dezelfde familienamen tegen, waaruit hij opmaakte dat de Leidse bevolking 'nadeelig [werd] beïnvloed door slechts een tiental families', maar sterilisatie van krankzinnigen had volgens hem geen zin, aangezien de wortel van het kwaad lag bij de voorouders en het onmogelijk was om alle erfelijk belaste mensen tijdig op te sporen en te steriliseren.[473]

Naast praktische bezwaren bracht H.C. Jelgersma ook principiële argumenten in tegen de eugenetica: sommige Duitse psychiaters neigden ertoe het leven van 'geestelijk abnormalen' minder waard te achten dan dat van anderen. Een dergelijke houding liet zich, aldus Jelgersma, 'noch met het Nederlandsche volkskarakter, noch met den geest der Nederlandsche psychiatrie [...] vereenigen.'[474] Met name de gereformeerde psychiaters Schermers en Hutter tekenden protest aan tegen de ontwikkelingen op dit terrein in Duitsland en de Verenigde Staten. Al begin jaren twintig waarschuwde Schermers naar aanleiding van een Duitse brochure, waarin werd gepleit voor 'euthanasie' van ongeneeslijk zieken en zwakzinnigen, met vooruitziende blik op de mogelijke consequenties van het eugenetische denken.[475] Hutter laakte in 1935 niet alleen de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing van eugenetische ingrepen, hij wees er ook op dat vrijwilligheid sluipenderwijs zou overgaan tot dwang, die hij ontoelaatbaar achtte. Zijn indruk van de Duitse praktijken was 'dat men maar raak steriliseert en zich [...] niet eens houdt aan den eisch van het nauwkeurig familie-onderzoek en de berekening van de statistisch waarschijnlijke kans, die de progenituur van den delinquent [...] heeft, aan zijn ziekte te gaan lijden.'[476] Het op zich niet onsympathieke doel om degeneratie tegen te gaan, heiligde de middelen volgens Hutter niet. Een cultuur als het oude Sparta was toch niet wenselijk.

Ook de meeste Nederlandse pleitbezorgers van de eugenetica stonden overigens gereserveerd zo niet kritisch ten aanzien van het radicalisme en het racistische karakter van het nazistische ideeëngoed op dit terrein, hoewel ook zij soms

471 Noordman 1989, 209.
472 Querido 1936/1970, 27.
473 Jelgersma 1931a, 471, 476-478.
474 Jelgersma 1931a, 478.
475 Schermers 1921-1922.
476 Hutter 1935, 5.

speculeerden over het verband tussen ras en geestelijke kwaliteiten. Op internationale congressen kwamen enkelen van hen in aanvaring met Duitse autoriteiten op dit gebied.[477] Zo rapporteerde Frets na terugkeer van een internationaal demografisch congres in Berlijn in 1935 dat hij het volstrekt oneens was met de Duitse eugeneticus E. Rüdin. Deze had beweerd dat een hoog aantal geboorten nodig was om vervolgens van zo veel mogelijk inferieure mensen verlost te kunnen worden, dat wil zeggen door middel van sterilisatie.[478] Het aantal Nederlandse eugenetici dat zich in de nationaal-socialistische rashygiëne kon vinden was klein. Een van hen was de Amsterdamse psychiater L. Hardenberg, redactiesecretaris van het tijdens de oorlog opgerichte tijdschrift *Rashygiënische Mededeelingen*, die in het belang van de geestelijke volksgezondheid pleitte voor eugenetische wetgeving gericht op paupers, asocialen, criminelen en dragers van erfelijke ziekten.[479]

Over het algemeen vonden psychiaters en andere aanhangers van de psychohygiëne dat het sociale milieu en de therapeutische behandeling van vooral jeugdigen betere mogelijkheden boden om geestesstoornissen tegen te gaan dan eugenetische maatregelen. Het vertrouwen in de mogelijkheid om de mens te verbeteren, dat in Nederland sterk geworteld was in de charitatieve zorg en het beschavingswerk, won het in de psychohygiënische beweging van het biologische determinisme dat de eugenetica kenmerkte.[480] Zelfs K.H. Bouman, die een belangrijke rol voor de eugenetica zag weggelegd in het streven naar verbetering van de geestelijke volksgezondheid, stelde dat zijn beweging voortbouwde op de 'charitatieve neigingen in onze maatschappij, waardoor [...] sedert lang overeenkomstige pogingen ondernomen waren'.[481] Het pedagogische ethos dat de armenzorg en het maatschappelijk werk al langer beheerste, kon op meer instemming rekenen.

Voor de confessionelen kwam daar nog bij dat de eugenetica, zowel de theorie als de concrete maatregelen, op gespannen voet stond met hun geloofsovertuiging. Vanwege de christelijke nadruk op vrije wil en geestelijke waarden, op schuld- en zondebesef, konden zij moeilijk een deterministisch, biologisch mensbeeld omhelzen waarin gezondheid op de eerste plaats kwam. Evenmin billijkten ze invloed van de overheid op het gezinsleven. Bovendien liet de christelijke moraal geen doelbewuste regulering van de voortplanting of ingrijpende maatregelen als huwelijksverboden en sterilisatie toe. Alleen segregatie teneinde een ongewenst nageslacht te voorkomen en de positieve eugenetica, het bevorderen van een gezond nageslacht, konden in confessionele kring op enige steun rekenen. Zo wees Carp, eind jaren dertig redactielid van het eugenetische blad *Afkomst en Toekomst*, direct ingrijpen in de menselijke voortplanting – 'negatieve' eugenetica – af en pleitte hij uitsluitend voor de 'positieve' variant ervan, waartoe

477 Noordman 1989, 131.
478 Frets 1936, 67.
479 Noordman 1989, 135-136.
480 Noordman 1989, 32, 261; vergelijk Depaepe 2002.
481 Bouman 1938, 441.

hij de verbetering van de sociaal-economische omstandigheden en opvoedings- en huwelijksvoorlichting rekende.[482] Ook F.M. Havermans, geneesheer-directeur van St. Servatius in Venray, wees sterilisatie en huwelijksverbod af; alleen interne-ring ter verhindering van de voortplanting achtte hij toelaatbaar. De hervormde gestichtspsychiater Van der Spek, die een vooraanstaande rol in de eugenetische beweging speelde, gaf eveneens de voorkeur aan segregatie boven sterilisatie.[483] Dergelijke pleidooien voor preventieve internering, die op gespannen voet stonden met de oogmerken van de sociale psychiatrie, kregen echter evenmin concrete invulling. Voor zover het om de praktische toepassing van de eugenetica ging, bestond er in Nederland, zowel in de maatschappij als bij de overheid, een grote mate aan terughoudendheid, vooral als er dwang aan te pas zou komen. Vanwege de gereserveerde houding in de psychohygiënische beweging ten aanzien van de eugenetica sloot de NVGV zich niet aan bij de Nederlandsche Eugenetische Federatie, die verschillende organisaties op het gebied van het erfelijkheidsonderzoek en de bevolkingspolitiek overkoepelde en die het eugenetische gedachtegoed op belendende werkterreinen wilde verbreiden.[484]

Verzuilde psychohygiëne

Naast de meningsverschillen over de eugenetica speelde ook de verzuiling de NVGV parten. Bouman afficheerde zijn NVGV als een neutrale vereniging op wetenschappelijke grondslag. Levensbeschouwelijk geïnspireerde psychiaters als L. Bouman en Van der Spek vonden dat er te weinig aandacht was voor de rol van godsdienst. K.H. Boumans ambitie om de NVGV tot een overkoepelende instantie voor alle initiatieven op het gebied van de geestelijke volksgezondheid te laten uitgroeien, stuitte dan ook op weerstand in confessionele kring. Ten tijde van de oprichting van de vereniging had de verzuiling zich stevig gevestigd en deze deed zich ook op dit nieuwe terrein krachtig gelden. De confessionelen stelden zich terughoudend op ten aanzien van de NVGV omdat haar werkgebied, waaronder opvoeding, huwelijk, gezin en seksualiteit vielen, volgens hen geen neutrale, louter wetenschappelijke benadering toeliet, aangezien er geloofszaken – zonde, schuld, geweten en berouw – in het geding waren. Aan de andere kant was Boumans initiatief voor hen een voorbeeld om vanuit hun emancipatiestreven zelf activiteiten – net zoals eerder in de krankzinnigenzorg – op dit nieuwe terrein te ontplooien.

De ontwikkeling van aparte katholieke en in mindere mate van gereformeerde, hervormde en joodse organisaties voor de geestelijke volksgezondheid paste in het proces van verzuiling, de levensbeschouwelijke verankering van maatschappelijke organisaties in het middenveld tussen staat en privésfeer, waarbij traditionele doelstellingen samengingen met de toepassing van moderne middelen.

482 Carp 1939a, 8–18.
483 Noordman 1989, 58, *96*, 98, 104–105, 140, 179–181, 230.
484 Noordman 1989, 105.

In de confessionele zuilen kwamen moderne organisatievormen op het gebied van politiek, arbeid, charitatieve zorg, onderwijs, wetenschap, gezondheidszorg, maatschappelijk werk, jeugdbeweging, vrijetijdsbesteding, cultuur en de massamedia in dienst te staan van het behoud van het geloof. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid was een nieuwe manier om christelijke normen en waarden, vooral in de persoonlijke levenssfeer van huwelijk, gezin, opvoeding en seksualiteit, uit te dragen en deze – selectief – met wetenschappelijke kennis te schragen. Aangezien de kerken en daarmee verbonden maatschappelijke organisaties hun stempel drukten op de seksuele en gezinsmoraal bestond er in de confessionele zuilen in feite al een sociale politiek van het persoonlijke, voordat het feminisme deze leuze in de jaren zeventig op de politieke agenda plaatste.[485] Door het nieuwe zorggebied op basis van de eigen levensbeschouwelijke principes te organiseren zou het mogelijk zijn om wetenschappelijke inzichten in eigen kring te introduceren en te bediscussiëren zonder de christelijke moraal te ondermijnen.

In katholieke kring nam de psychiater Kortenhorst, opgeleid door K.H. Bouman en Meijers, eind jaren twintig het voortouw. Ondanks het wantrouwen van geestelijken en andere katholieke gestichtsartsen die een inbreuk op hun domeinen vreesden, kreeg hij steun in de katholieke wereld. In 1930 kwam de Roomsch-Katholieke Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid van de grond ter ondersteuning van 'iederen arbeid tot preventie van geestesziekte en voor bescherming, behandeling, opvoeding en nazorg van geestelijk misdeelden'.[486] In feite was de vereniging een mantelorganisatie van bestaande organisaties die op verschillende terreinen actief waren: behalve psychiatrische hulpverlening ook buitengewoon onderwijs, kinderbescherming, reclassering, drankbestrijding, moederschapszorg en de opvang van 'gevallen vrouwen' en ongehuwde moeders. In een voordracht voor de NVGV onderscheidde Kortenhorst vier terreinen voor de geestelijke volksgezondheid: het buitengewoon onderwijs voor achterlijke, zwakzinnige, doofstomme, blinde, psychopathische en lichamelijk gebrekkige kinderen; de kinderbescherming voor verwaarloosde en delinquente kinderen; de reclassering van misdadigers, alcoholisten, landlopers, prostituees en ongehuwde moeders; en het eigenlijke psychiatrisch-neurologische werkterrein dat geestes- en zenuwzieken, zwakzinnigen en epileptici omvatte. Daarnaast noemde hij ook het gebied van de (industrie)arbeid, waarin de psychotechniek, de beroepskeuze en de arbeidsinspectie konden bijdragen tot een verbetering van de geestelijke volksgezondheid.[487] In de loop van de jaren dertig sloten zich 52 organisaties bij Kortenhorsts vereniging aan. De eerste voorzitter was de politicus en latere Minister van Justitie J.R.H. van Schaik en de wetenschappelijke inbreng in het bestuur kwam van Carp, de pedagoog J. Hoogveld, de strafrechtsgeleerde Pompe en de psychologen F. Roels en F.J.Th. Rutten. Zoals

485 Zie bijvoorbeeld Havermans 1936; vergelijk Stuurman 1983.

486 Kortenhorst 1930a, 406.

487 Kortenhorst 1930a, 402-403.

gebruikelijk in de katholieke zuil werd er een geestelijke adviseur aangesteld: de redemptorist W.J.A.J. Duynstee, gezaghebbend moraaltheoloog en hoogleraar in het strafrecht.[488]

Hoewel Kortenhorst, die als secretaris-penningmeester van de vereniging optrad, zich inzette voor een professionele benadering, was de waardering van wetenschappelijke kennis in hoge mate afhankelijk van de roomse leer. De woordvoerders van de vereniging stelden geestelijke gezondheid op één lijn met zedelijkheid. Een onwankelbaar geloof en de naleving van de katholieke moraalregels vormden in hun ogen niet alleen de grondslag voor het individuele zielenheil, maar ze waren tevens de voorwaarde voor de geestelijke volksgezondheid. 'De katholieke kerk heeft steeds door haar leer en haar moraal de geestelijke volksgezondheid ten zeerste bevorderd', meende Kortenhorst. 'Was de menschheid met haar verzwakten wil in haar oogenblikken van angst en zorg, begeerten driftspanningen zich volkomen meester en bewust van de verheven leer der Kerk, wat al stoornissen zouden vermeden zijn!' [489] Aangezien het katholicisme 'ook psychologisch de meest aanvaardbare oplossing' bood voor levensproblemen, kreeg de priester een belangrijke taak toegewezen in de geestelijke gezondheidszorg. Door zijn morele overwicht kon hij als maatschappelijk werker in samenwerking met de psychiater de genezing bevorderen, zo betoogde de priester H. Bless, die werkzaam was als zielzorger in het gesticht Voorburg en zich bezighield met de ontwikkeling van een nieuwe specialisatie, de pastoraal psychiatrie.[490]

De samenwerking van priesters, artsen en opvoeders was een belangrijk aandachtsveld in zowel de Charitatieve Vereeniging als de R.K. Artsenvereeniging. De bepleite maatregelen bestonden voor een groot deel uit het vermijden van 'gevaarlijke' situaties die de zonde uitlokten en een morele (her)opvoeding tot standvastigheid en verantwoordelijkheid, waardoor mensen zich uit vrije wil aan de moraal hielden. Het medisch en psychologisch inzicht van de professionele hulpverlener stond in dienst van de handhaving van de geloofswaarden en gewetensvorming, vooral op het terrein van huwelijk, gezin en seksualiteit. Dit gedachtegoed werd voor een breed publiek uitgedragen door middel van de uitgave van brochures en voordrachten voor de KRO-radio. De 39 publicaties van de Charitatieve Vereeniging, die in de jaren dertig in oplagen van 2000 verschenen, besteedden onder andere aandacht aan moeilijkheden bij kinderen en jeugdigen, de betekenis van gezin, arbeid en sport voor de geestelijke volksgezondheid, de rol van priesters, onderwijzers en artsen op psychohygiënisch terrein, seksuele opvoeding, eugenetische kwesties als sterilisatie en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk, beroepskeuze, de psychoanalyse, ongehuwd moederschap, zenuwkwalen en de zielzorg voor psychopaten.[491]

488 Westhoff 1996, 43-51.
489 Kortenhorst 1930b, 148-149; vergelijk Abma 1981-82; Pols 1988a.
490 Bless 1935, 103.
491 Westhoff 1996, 49-51, 665-666.

C. T. Kortenhorst.

Behalve met een godsdienstig-morele profilering onderscheidde de katholieke vereniging zich ook van de neutrale NVGV door zich niet alleen op studie, discussie en voorlichting, maar ook op de organisatie van de concrete hulpverlening te richten. Het plan van Kortenhorst om consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid op te zetten, waarin hij de psychiatrische voor- en nazorg wilde onderbrengen, stuitte echter op grote weerstand van katholieke gestichtsartsen die deze laatste vanuit de inrichtingen wilden organiseren. Een jaar later kwam vanuit de grootste katholieke inrichting, Voorburg in Vught, een buitendienst met spreekuren in verschillende Brabantse steden tot stand. Volgens Kortenhorst waren de door hem voorgestane consultatiebureaus bedoeld voor zowel volwassen geesteszieken als achterlijke en in hun ontwikkeling bedreigde kinderen en vereisten zij derhalve behalve medisch-psychiatrische en verpleegkundige ook psychologische en pedagogische deskundigheid. Bovenal moesten zij aansluiten bij de gezondheidszorg en niet bij het krankzinnigenwezen. Met steun van de R.K. Artsenvereeniging, het Wit-Gele Kruis en gedeputeerde staten van Noord-Brabant won hij het pleit, ook al hield de geneesheer-directeur van Voorburg wel enige zeggenschap over de voor- en nazorg in deze provincie.

Tussen 1934 en 1941 kwamen behalve in Noord-Brabant ook in Overijssel, Zuid-Holland, Gelderland, Limburg en Utrecht onder auspiciën van de katholieke kruisverenigingen in totaal 26 consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid van de grond – in feite ging het om wekelijkse of tweewekelijkse spreekuren in stedelijke centra, vaak op marktdagen.[492] Enkele daarvan richtten zich uitsluitend op de voor- en nazorg van psychiatrische patiënten ofwel op de sociaal-psychiatrische hulpverlening aan moeilijk opvoedbare, gestoorde en zwakzinnige kinderen, maar de meeste hielden zich met beide categorieën bezig. Deze laatste waren de eerste gemeenschappelijke ambulante voorzieningen voor verschillende doelgroepen, zowel volwassenen als kinderen en zowel patiënten met ernstige stoornissen als mensen met lichtere defecten.[493] Wat de bemensing betreft waren de bureaus bescheiden van opzet. De voor- en nazorg bleef, zoals voorheen, in handen van gestichtsartsen en (wijk)verpleegkundigen en bij de spreekuren voor kinderen, waar vooral lichamelijk en geestelijk gehandicapten werden aangemeld, waren naast psychiaters, kinderartsen en verpleegkundigen die enige psychiatrische en psychologische bijscholing hadden genoten, enkele psychologen en pedagogen betrokken.[494]

Naast deze sociaal-psychiatrische consultatiebureaus richtten katholieken vanaf 1935 Bureaus voor Huwelijksvoorlichting op. Directe aanleiding daarvoor waren de activiteiten van de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) op het gebied van geboorteregeling, die in een grote behoefte bleken te voorzien. De sterke stijging van zijn ledental tussen 1927 en 1939 van ruim 7000 tot bijna 29.000 hing

492 Westhoff 1996, 69-74; Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 7-10.

493 Van der Grinten 1987a, 104.

494 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 8-10; Kraft 1963, 11.

samen met de mogelijkheid om via de vereniging aan goedkope en betrouwbare voorbehoedsmiddelen te komen. Bovendien richtte de NMB in de jaren dertig 19 door artsen geleide 'Adviesbureaus voor Geslachtsleven, Huwelijk en Geboorteregeling' op, de zogenaamde Rutgershuizen, in Amsterdam Aletta Jacobshuis geheten. De twee bureaus die eind jaren dertig in Amsterdam bestonden, hadden elk een psychiater als hoofd: C. van Emde Boas en A.C. Oerlemans. Zij introduceerden psychologische en in het bijzonder psychoanalytische, zowel freudiaanse als reichiaanse, inzichten in de NMB en schreven, net als de Haagse zenuwarts J.Ph. Tuyt, handleidingen op het gebied van geboorteregeling. Van Emde Boas' *De periodieke onvruchtbaarheid en haar betekenis voor de regeling van het kindertal* (1934), de populaire bewerking van een studie waarop hij tevergeefs – geen hoogleraar durfde zijn reputatie ermee op het spel te zetten – probeerde te promoveren, kreeg tussen 1934 en 1961 10 herdrukken. Oerlemans en Tuyt schreven de zogenaamde *Middelenboekjes*, waarvan er voor de oorlog meer dan 300.000 werden verspreid.[495]

Toen bleek dat nogal wat katholieken te rade gingen bij de NMB, kwam de R.K. Artsenvereeniging met instemming van de bisschoppen in het geweer teneinde een eigen katholieke huwelijksvoorlichting op te zetten als alternatief en tegenwicht. De katholieke artsenorganisatie, die zich opwierp als verdediger van de roomse moraal en fel bestrijder van het nieuw-malthusianisme, stelde in 1935 voor om consultatiebureaus in te richten waarin moraaltheologen, psychologen, psychiaters, gynaecologen, dermatologen en huisartsen bijstand verleenden bij diverse huwelijksmoeilijkheden. Vanwege het sterk medische karakter en de hoge kosten ervan kon dit plan niet de goedkeuring van het episcopaat wegdragen. Een beperktere opzet, waarin de zielzorg voorop stond, kreeg wel instemming van het kerkelijk gezag en een jaar later begonnen in het bisdom 's-Hertogenbosch vijf katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting hun werkzaamheden, in 1939 en 1941 gevolgd door de bisdommen Utrecht en Haarlem met elk zeven bureaus. In de bisdommen Breda en Roermond kwamen ze pas na de oorlog tot stand. Aan deze bureaus waren priesters en (huis)artsen verbonden, die pro Deo enkele uren per week aan dit werk besteedden. Zij hielden afzonderlijk spreekuur aan huis en hun werkzaamheden beperkten zich tot advisering, voorlichting en desnoods verwijzing naar andere hulpverleners. Deze hulpverlening was gratis en kerkelijke organen gaven er bekendheid aan.

Als kerkelijke instellingen waren de bureaus per bisdom georganiseerd, vielen ze onder het gezag van de bisschoppen en boden ze in de eerste plaats een bijzondere vorm van zielzorg gericht op het instandhouden van de katholieke huwelijks- en voortplantingsmoraal. Pas na de Tweede Wereldoorlog zouden deze bureaus echt aansluiting vinden bij het terrein van de geestelijke volksgezondheid.[496] De toeloop naar deze bureaus was verre van overweldigend. Alleen wat de

495 Nabrink 1978, 100, 107, 115-116, 124-134; De Bruijn 1979, 116; Damsma 1988, 230.

496 Bless 1948; Hoegen 1952; Pols 1989; Westhoff 1996, 95-104.

toepassing van de periodieke onthouding betreft, de door de arts J.N.J. Smulders in 1931 geïntroduceerde 'natuurlijke' vorm van geboorteregeling, voldeden ze aan een zekere behoefte. Periodieke onthouding, het afzien van geslachtsverkeer gedurende de vruchtbare periode van de vrouw, was de enige vorm van anticonceptie die de kerk met de nodige mitsen en maren duldde. Hoewel moraaltheologen deze methode alleen bij zwaarwegende redenen en als noodmaatregel toelaatbaar achtten – onder geen beding mocht zij een vrijbrief worden voor seksueel verkeer alleen omwille van het genot – gingen in de jaren dertig steeds meer katholieken, al dan niet met instemming van priesters, gebruikmaken van deze mogelijkheid. Vanwege de gewetensconflicten die konden ontstaan en de vereiste kennis om deze methode toe te passen was er behoefte aan morele en medische begeleiding.[497]

Terwijl vooral de gereformeerden vanaf het eind van de negentiende eeuw met veel elan hun eigen krankzinnigenzorg hadden ontwikkeld en daarin vernieuwingen tot stand hadden gebracht, bleven de protestantse activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid beperkt vergeleken met de neutrale en katholieke initiatieven. De psychiater en theoloog Van der Spek nam het voortouw bij de oprichting van de Nederlandsch Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid in 1934 met de theoloog en politicus J.R. Slotemaker de Bruïne als voorzitter en Van der Spek als secretaris en vice-voorzitter. De oprichting van de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag in hetzelfde jaar ging uit van de Vereeniging van Christelijke Psychiaters en kreeg steun van de Calvinistische Juristen-Vereeniging en de Vereeniging van Christelijke Psychologen.[498] De politicus Donner werd voorzitter en Hutter, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, secretaris.

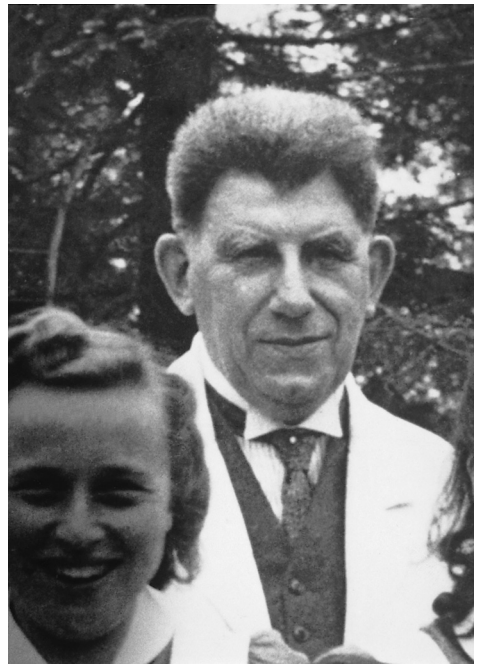
Beide protestantse verenigingen, die geregeld samenwerkten, organiseerden lezingen en studiebijeenkomsten, gaven voorlichting en verzorgden publicaties, maar dat alles nam niet zo'n hoge vlucht als bij hun katholieke tegenhanger.[499] De protestantse organisaties beperkten zich voornamelijk tot bezinning en zetten vooralsnog geen consultatiebureaus op, mede doordat zij in tegenstelling tot de katholieken niet beschikten over een landelijke infrastructuur als de kruisorganisaties – pas in 1946 kwam het Oranje-Groene Kruis, de protestantse pendant van het Wit-Gele Kruis, tot stand. Daarentegen werd het inrichtingswezen in protestantse kringen centraler gecoördineerd dan dat in de katholieke wereld, waar de gestichten uitgingen van congregaties en plaatselijke notabelen, en er pas vanaf 1928 sprake was van een landelijk overleg in de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen. Sinds 1884 bestond de gereformeerde Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en

497 Westhoff 1986.

498 Over de Vereeniging van Christelijke Psychiaters is ons verder niets bekend.

499 Donner 1959.

J. van der Spek.



Zenuwzieken in Nederland, die tussen 1884 en 1926 vijf inrichtingen, een sanatorium en een universiteitskliniek stichtte. Daarnaast kwam in 1927 de Vereeniging Nederlandsch Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Zielszieken tot stand, die twee inrichtingen opzette. Deze organisaties zagen nieuwe, extramurale psychiatrische instellingen als concurrentie en zij belemmerden de ontplooiing van de protestantse verenigingen en voorzieningen voor geestelijke volksgezondheid.[500] Bovendien bestonden er in protestantse kringen minder bezwaren om van algemene instellingen gebruik te maken.

Desondanks legden protestanten het fundament voor een vorm van hulpverlening die vanaf de Tweede Wereldoorlog een belangrijke plaats in het werkveld van de geestelijke volksgezondheid zou innemen. Net als onder de katholieken bestond in protestantse kring ongerustheid over de vermeende ondermijning van huwelijk en gezin als gevolg van moderniseringsverschijnselen, de populariteit van de NMB-bureaus, de economische crisis en de met dit alles gepaard gaande aantasting van geloof en normbesef. In Rotterdam begon een aantal protestants-christelijke organisaties in 1935 met dagelijkse spreekuren voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden, waarbij predikanten, artsen (onder wie een psychiater), maatschappelijk werkers, een pedagoog en een jurist betrokken waren. Velen van hen waren actief in zedelijkheidsorganisaties als de Middernachtzending en de Nederlandsche Vereeniging voor Zedelijke Volksgezondheid, de opvolger van de Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding van Geslachtsziekten.[501] Het onbehagen over het toenemende aantal echtscheidingen en gezinsontwrichtingen tijdens de crisisjaren vormde hierbij de drijfveer. Deze spreekuren bleken in een behoefte te voorzien en werden bezocht door mensen met een grote verscheidenheid aan problemen, niet alleen huwelijks- en opvoedingsmoeilijkheden, maar ook juridische vragen, materiële nood en huisvestingskwesties. Ze vormden de directe voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, dat vanaf de Tweede Wereldoorlog een deel van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid voor zijn rekening zou nemen.[502]

Drankverslavingszorg

De psychiatrische bemoeienis met alcoholisme kreeg vanaf het midden van de jaren twintig ruggensteun van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en werd vanaf het begin ook tot dit nieuwe werkterrein gerekend.[503] K.H. Bouman, pionier op het gebied van de extramurale psychiatrische behandeling van alcoholisten, was een belangrijke voortrekker op het gebied van de geestelijke hygiëne en ook Van der Spek was nauw betrokken bij de drankbestrijding. Mede in ver-

500 Van der Grinten 1987a, 80-89.
501 Koenders 1996, 284.
502 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 18; Lekkerkerker 1947c, 5; Van der Grinten 1987a, 72.
503 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 179-182.

band met de psychohygiënische nadruk op preventie bleef de uit de negentiende eeuw stammende degeneratietheorie, waarin de erfelijke gevolgen van alcoholgebruik centraal stonden, van invloed en kwamen ook geregeld eugenetische maatregelen ter sprake. Bouman, die al eerder alcoholisme had aangewezen als een oorzaak van degeneratie, onder andere in zijn oratie, hield in 1930 op het internationale congres voor geestelijke hygiëne in Washington een voordracht waarin hij nogmaals onderstreepte dat drankmisbruik schadelijk was voor het nageslacht.[504] Ook de Rotterdamse gestichtsarts Frets, die in zijn dissertatie *Alcohol and the other Germ Poisons* (1931) veel aandacht besteedde aan drankverslaving, benadrukte het gevaar van 'kiembeschadiging'. In tegenstelling tot in Duitsland, waar soortgelijke ideeën uitmondden in gedwongen sterilisatie van grote aantallen alcoholisten, had het erfelijkheidsdenken in Nederland geen praktische consequenties. Sommige psychiaters, zoals Carp, betwijfelden het nut van erfelijkheidsonderzoek op dit terrein.[505]

Meer in het algemeen kon het alcoholisme nog steeds niet op een overweldigende medische belangstelling rekenen. Op een vergadering van de NVGV in 1930 klaagde de drankbestrijder F. Delhez over de geringe waardering voor zijn werk onder artsen, terwijl alcohol toch uitermate schadelijk was voor de geestelijke volksgezondheid.[506] De kleine groep van principiële geheelonthouders onder artsen raakte danig in verwarring toen Rümke, zelf geheelonthouder, in 1935 voor de Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging een voordracht hield over 'de psychologie van den geheel onthouder'. Op basis van zijn eigen ervaring in psychotherapeutische behandelingen bracht hij niet het overmatige drankgebruik, maar integendeel abstinentie in verband met neurotische stoornissen. Sommige geheelonthouders zouden volgens Rümke behept zijn met narcisme, misplaatste superioriteitsgevoelens en een pathologische angst voor het driftleven.[507]

Rümke stond met zijn provocerende uitlatingen alleen in de psychiatrische wereld. Terwijl in de jaren twintig de aandacht van psychiaters net als voorheen vooral uitging naar de schadelijke *gevolgen* van alcoholisme, verschoof in de jaren dertig het accent naar de psychopathologische *oorzaken* ervan. Met name de aan het Wilhelminagasthuis verbonden zenuwarts W. Kat, die vanaf 1933 tevens leidinggaf aan het Amsterdamse consultatiebureau, en A.M. Meerloo, werkzaam in Maasoord, brachten naar voren dat drankmisbruik een symptoom was van psychische afwijkingen en geestesstoornissen. Deze meer specifiek psychiatrische benadering won aan invloed toen de feitelijke drankconsumptie in de maatschappij tot een laagtepunt was gedaald.[508] De toenemende sociale disciplinering en zelfbeheersing, vooral als gevolg van de emancipatie en verburgerlijking van geschoolde arbeiders, droegen ertoe bij dat het voorheen gebruikelijke stevige alcoholgebruik in openbare gelegenheden minder massaal was geworden en dat

504 Van der Stel 1995, 239, 269.
505 Van der Stel 1995, 269.
506 Delhez 1930.
507 Van der Stel 1995, 241.
508 Van der Stel 1995, 229; De Rooy 2002, 126.

de sociale drankbestrijding aan relevantie had ingeboet. Naarmate drinkgelagen als wijdverbreid en zichtbaar sociaal fenomeen werden teruggedrongen, lag het voor de hand om de resterende, relatief kleine groep van drinkebroers als psychopathologische categorie te benoemen en als ziektegevallen te behandelen. De forse daling van de drankconsumptie in de eerste decennia van de twintigste eeuw, het blijvend lage peil ervan tot het begin van de jaren zestig en de vermindering van de maatschappelijke tolerantie ten aanzien van buitensporig drinken liepen parallel aan de groeiende invloed van een medisch-psychiatrische benadering waarin het als individueel probleem, als verslavingsziekte gold. Dat nam niet weg dat in de behandelingspraktijk, bijvoorbeeld in de consultatiebureaus voor alcoholisme, de morele heropvoeding de toon bleef aangeven.[509]

De consultatiebureaus voor alcoholisme maakten in het interbellum een groei door waarbij de Amsterdamse voorziening verreweg de grootste bleef. Rond 1940 bood deze werk aan een directeur, twee adjunct-directeuren, een zenuwarts, een administratrice en twee bodes. Het gemiddelde aantal nieuwe patiënten per jaar schommelde in de jaren tien en twintig rond 200 en in de jaren dertig rond 350. Het totaal aantal consultaties per jaar liep op van zo'n 440 in 1910 tot meer dan 25.000 in 1938.[510] Zowel Bouman als Kat beweerden dat het aantal alcoholisten in Amsterdam dankzij het consultatiebureau was gedaald.[511] In de rest van Nederland bestonden 22 consultatiebureaus, waarvan er twaalf een katholieke, één een protestants-christelijke en de rest, net als het Amsterdamse bureau, een neutrale signatuur hadden. In toenemende mate ontwikkelden de bureaus zich tot centrale instellingen voor de drankverslavingszorg, waarbij de nadruk op maatschappelijk werk lag en naast heropvoeding ook sociale en zo nodig materiele ondersteuning werd geboden.[512] In 1926 werd de Federatie van Reddingswerk voor Alcoholisten opgericht, waarbij behalve de neutrale en een deel van de katholieke consultatiebureaus ook 4 sanatoria en een aantal alcoholvrije lokalen en reddingsbrigades waren aangesloten. Deze koepelorganisatie speelde echter nauwelijks een actieve rol.[513]

Hoewel de dossiers van het Amsterdamse bureau met hun nadruk op psychopathische stoornissen, zenuwaandoeningen en erfelijke belasting blijk geven van een medisch-psychiatrische optiek, was de hulpverlening niet zozeer medisch als wel pedagogisch van aard en gericht op het aanleren van zelfbeheersing ter bevordering van de maatschappelijke rehabilitatie.[514] De medisch leider, Kat, stelde dat het medisch onderzoek ondergeschikt was aan de sociale aanpak. Terwijl de patiënten van het Amsterdamse consultatiebureau in de beginperiode allemaal een medisch onderzoek ondergingen voordat zij de gang naar de 'sociale leider' oftewel maatschappelijk werker van het bureau maakten, werd deze volgorde

509 Van der Stel 1995, 135, 229, 238.
510 Kat 1941, 457; vergelijk Van der Stel 1995, 248–249.
511 Bouman 1929; Kat 1941.
512 Van der Stel 1995, 248, 250.
513 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 182; Van der Stel 1995, 246.
514 Van der Stel 1995, 251–252.

later omgedraaid en vond het alleen plaats wanneer de maatschappelijk werker dit nodig achtte.[515]

Daarnaast vervulden de bureaus een belangrijke justitiële functie als reclasseringsinstellingen. Sinds 1915 was het mogelijk om bij voorwaardelijke veroordelingen als voorwaarden geheelonthouding en behandeling door een consultatiebureau op te leggen. Voorts konden op basis van de TBR en de ondercuratelestelling dwangmaatregelen worden opgelegd aan drankzuchtigen die de wet hadden overtreden. In het kader van de reclassering kregen de bureaus tot taak om rechters van advies te dienen en toezicht uit te oefenen op (voorwaardelijk) veroordeelde alcoholisten, een taak die zich in het interbellum uitbreidde vanwege een verscherping van het vervolgingsbeleid ten aanzien van openbare dronkenschap, ordeverstoring en het toenemende aantal verkeersovertredingen onder invloed van alcohol.[516] Hoewel de consultatiebureaus waren opgezet vanuit de gedachte dat de hulp op basis van vrijwilligheid en vertrouwen diende plaats te hebben, brachten de reclasseringswerkzaamheden een toename van dwang en drang met zich mee. De reclasseringstaak was van groot belang voor de consultatiebureaus, omdat deze erkenning van de overheid met zich meebracht en een belangrijke bron van vaste subsidie-inkomsten vormde. Ruim 60 procent van de patiënten op het Amsterdamse bureau kwam daar terecht in verband met justitieel ingrijpen.[517] Deze tendens verscherpte zich aan het begin van de Tweede Wereldoorlog: enerzijds verminderde de drankconsumptie verder en daalde het aantal patiënten, anderzijds was er, zo meldde Kat, sprake van toenemende criminaliteit onder invloed van alcohol, waardoor de werkzaamheden van zijn bureau zich steeds meer op justitieopdrachten concentreerden.[518] Kats analyse zou kunnen duiden op een toegenomen criminalisering van misdragingen onder invloed van alcohol.

Moeilijke kinderen

Nadat het initiatief van K.H. Bouman en de zijnen was verzand, kreeg het nieuwe werkterrein van de geestelijke volksgezondheid onder invloed van Amerikaans voorbeeld een nieuwe impuls van buiten de psychiatrie. Op initiatief van de juriste E.C. Lekkerkerker, die belangstelling had voor de kinderbescherming en de reclassering, werd in 1928 in Amsterdam naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Child Guidance Clinic* het eerste Nederlandsche Consultatiebureau voor Moeilijke Kinderen, vanaf 1937 Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) geheten, opgericht. Deze nieuwe voorziening, bedoeld voor moeilijk opvoedbare kinderen en jeugdige delinquenten, was niet zozeer in de psychiatrie als wel in de juridische sfeer, de kinderbescherming, de opvoedkunde en het onderwijs geworteld. Desondanks zou juist het MOB de eerste aanzet geven tot een psychotherapeutische benadering op psychohygiënisch gebied.

515 Kat 1941, 460.
516 Van der Stel 1995, 224.
517 Van der Stel 1995, 250–251.
518 Kat 1941.

Al sinds de eeuwwisseling waren er, mede onder invloed van de Leerplichtwet en de kinderwetten, diverse initiatieven ontplooid gericht op kinderen met leer-, gedrags- en opvoedingsproblemen. De Leerplichtwet en de invoering van jaarklassen op scholen bevorderden de aandacht voor de intellectuele en ook morele en emotionele ontwikkeling van kinderen. Het onderwijssysteem en de schoolorde vereisten een cumulatieve intellectuele ontwikkeling en beheerst gedrag van kinderen. Aangezien sommige leerlingen hieraan niet voldeden, ontstond er behoefte aan diagnostische instrumenten om hun verstandelijke vermogens te meten teneinde te bepalen of zij speciale aandacht en hulp nodig hadden ofwel beter terechtkonden op speciale scholen.[519] Op instigatie van de arts G.A.M. van Wayenburg, sinds 1906 privaatdocent pedologie aan de Universiteit van Amsterdam, kwam in 1911 het Amsterdamsch Paedologisch Gezelschap tot stand. De pedologie liet zich inspireren door zowel medische-psychiatrische als psychologische en pedagogische inzichten. Het Paedologisch Gezelschap organiseerde in 1913 het Eerste Nederlandsche Congres voor Kinderstudie, waarop de psychiater Wiersma verslag uitbracht van zijn ervaringen met de Binet-Simon-intelligentietest die hij op 141 kinderen had toegepast. De arts D. Herderschêe paste deze test aan de Nederlandse omstandigheden aan en zette deze in om te bepalen welke leerlingen zwakbegaafd of imbeciel waren. Deze Binet-Herderschêe-test werd vanaf 1919 in het onderwijs ingevoerd en bleef tot in de jaren zestig in gebruik.

Hoewel enkele leden van het Paedologisch Gezelschap, onder wie K.H. Bouman en Herderschêe, actief waren in de eugenetische beweging, gingen de intelligentiemetingen in Nederland nauwelijks gepaard met discussies over de erfelijkheid van intelligentie en eventuele eugenetische maatregelen.[520] Hier richtte de aandacht zich veel meer op bijzondere pedagogische maatregelen, waarbij de Duitse *Heilpädagogik*, die in Nederland orthopedagogiek ging heten, grote invloed kreeg. Naast het Buitengewoon Lager Onderwijs en de BLO-nazorg voor zwakzinnige kinderen ontstonden ook speciale scholen voor moeilijk opvoedbare kinderen. De eerste speciale onderwijsinstelling kwam in 1915 tot stand op initiatief van de Rotterdamse onderwijzer D. Zwiep, die daarbij ook een psychiater inschakelde. In 1929 werd een consultatiebureau voor moeilijke kinderen aan deze school verbonden.[521] Over het algemeen waren zenuwartsen slechts zijdelings en incidenteel betrokken bij het speciale onderwijs voor zwakzinnige en moeilijk opvoedbare kinderen: onderwijzers, pedagogen en maatschappelijk werkers gaven de toon aan op dit werkterrein, dat overigens wel tot het gebied van de geestelijke volksgezondheid werd gerekend.[522]

De kinderwetten, die in 1905 in werking traden, waren gericht op jeugdige wetsovertreders en kinderen die door gebrek aan opvoeding dreigden te ontsporen. Het strafrechtelijke onderdeel van deze kinderwetten regelde de speciale be-

519 Van der Wurff 1990, 105.
520 Mulder 1993, 128
521 Kraft 1963, 4-5.
522 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 112-156.

handeling van delinquente kinderen en jongeren. Daarmee verschoof het accent van bestraffing naar verbetering en preventie door middel van heropvoeding in opvoedingsgestichten en tuchtscholen en ging de aandacht in het bijzonder uit naar de achterliggende oorzaken van hun misdadig gedrag: hun persoonlijkheidskenmerken en de gezinsomstandigheden waarin ze opgroeiden.[523] In 1921 werd de aparte rechtsgang voor kinderen bezegeld met de instelling van kinderrechters. Daarnaast bood het civielrechtelijke onderdeel van de kinderwetten de rechter en de kinderbescherming de mogelijkheid om ten bate van verwaarloosde en bedreigde kinderen in gezinnen te interveniëren en zo nodig de ouders de zeggenschap over hun kroost te ontnemen. Al vanaf 1896 waren in Amsterdam en andere steden Pro Juventute-verenigingen actief om ouders op vrijwillige basis te ondersteunen bij de opvoeding door het aanstellen van toezichthouders, aanvankelijk voor jeugdige delinquenten, maar daarna ook voor andere kinderen. Met de kinderwetten kon het gezag over kinderen onder dwang van hun ouders worden overgedragen op voogdijraden en verenigingen, die tot taak kregen om hen onder te brengen bij pleeggezinnen of opvoedingsgestichten. Naast de ontzetting uit de ouderlijke macht werd in 1921 bij wet een minder verstrekkende maatregel mogelijk door de invoering van de gezinsvoogdij, die de ouders de zeggenschap over hun kinderen niet ontnam, maar deze wel beperkte door het gezin onder toezicht te stellen. Op deze manier viel druk op ouders uit te oefenen om hun kinderen in het gareel te houden, wilden ze de ouderlijke macht niet verliezen.[524] In het kader van de kinderwetten adviseerden psychiaters rechters en speelden ze een rol in de observatiehuizen ten behoeve van de residentiële heropvoeding.[525]

In de juridische en pedagogische bemoeienis met zwakzinnige, moeilijk opvoedbare, ontspoorde en verwaarloosde kinderen en jongeren stonden de falende opvoeding en het schadelijke gezinsmilieu centraal. In discussies over het zogenaamde 'jeugdvraagstuk', dat tijdens de Eerste Wereldoorlog op de maatschappelijke agenda kwam te staan, werd ook voortdurend gewezen op slechte invloeden vanuit de moderne maatschappij, waarvoor jongeren in het bijzonder vatbaar zouden zijn: het toenemende materialisme, het gebruik van genotmiddelen, de populariteit van café, dancing en bioscoop, geloofsafval en de aantrekkingskracht van de grote stad. Naar aanleiding van klachten over de baldadigheid van de jeugd deed een Staatscommissie in 1915 onderzoek naar jongeren tussen dertien en achttien jaar. In haar verslag, dat vier jaar later uitkwam, stond te lezen dat de door industrialisatie en verstedelijking teweeggebrachte demoralisering nog eens was verergerd door de oorlog. Aangezien de 'volkskracht' in het geding was, zouden jongeren meer begeleiding moeten krijgen ter bevordering van hun karakter- en persoonlijkheidsvorming.[526] Dit pleidooi kreeg bijval van psychologen en opvoedkundigen die betoogden dat puberteit en adolescentie de beslissende,

523 Nijnatten 1986, 30-31.
524 De Regt 1984, 128-129.
525 Abma en Weijers 2005, 86.
526 De Rooy 2002, 174.

maar tegelijkertijd kwetsbare levensfasen in de ontwikkeling naar volwassenheid vormden. Om de overmatige en ongecontroleerde jeugdige energie in goede banen te leiden en van jongeren verantwoordelijke burgers te maken was naast het gezin en de school een derde pedagogisch milieu nodig in de vorm van een georganiseerde jeugdbeweging. In het interbellum kwamen in Nederland diverse, grotendeels verzuilde jeugdorganisaties tot stand, waarvan in de jaren dertig een derde van alle jongeren tussen twaalf en twintig jaar lid was. [527]

De beweging voor geestelijke volksgezondheid vroeg uitdrukkelijk aandacht voor zwakzinnige, misdadige en verwaarloosde kinderen – in 1933 wijdde de NVGV onder de noemer van het 'onmaatschappelijke kind' een congres aan deze probleemgroepen – en wees in dit verband op het gevaar dat sociaal zwakke gezinnen en de ongeorganiseerde 'massajeugd' vormden. Gezien het preventiestreven dat de psychohygiënisten in hun vaandel voerden, lag het volgens Lekkerkerker en haar geestverwanten voor de hand dat concrete inspanningen ten bate van de geestelijke volksgezondheid zich in het bijzonder op het kind en het gezin als het primaire opvoedingsmilieu richtten.[528] Tijdens een studieverblijf in de Verenigde Staten had Lekkerkerker kennisgenomen van de Child Guidance Clinic, die was bedoeld om onaangepast en misdadig gedrag bij kinderen te voorkomen. Daarbij waren behalve psychiaters en psychologen ook psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werksters ingeschakeld. Het psychiatrisch-sociaal werk was aan het begin van de eeuw in Amerikaanse psychiatrische klinieken ontstaan in samenhang met nieuwe opvattingen over het belang van sociale relaties bij diagnose en therapie.[529]

De Amerikaanse beweging voor psychohygiëne had de koers rond 1920 verlegd van de hervorming van de gestichtspsychiatrie en de preventie van geesteszieke bij volwassenen naar de psychologische behandeling van moeilijk opvoedbare kinderen en jeugdige delinquenten. De aanpak die Lekkerkerker voorstond, knoopte bij dit Amerikaanse voorbeeld aan: een multidisciplinaire werkwijze met een psychodynamische en preventieve oriëntatie. Zij zocht na haar terugkomst uit de Verenigde Staten in eerste instantie geen aansluiting bij Boumans vereniging en de bestaande klinisch-psychiatrische voorzieningen voor kinderen, maar bij de kinderbescherming en reclassering.[530] Daar bestond belangstelling voor de begeleiding en opvoeding van bedreigde kinderen en de mogelijkheid om door middel van vroegtijdig ingrijpen ontsporing te voorkomen. De Alkmaarse kinderrechter en secretaris van het Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen, N. Muller, gaf Lekkerkerker gelegenheid om in het *Maandblad voor Berechting en Reclassering* (1926 en 1927) verslag te doen van haar ervaringen met de Child Guidance Clinics. Muller drukte Lekkerkerker op het hart het woord psychiatrisch zo veel mogelijk te vermijden en in de inleiding

527 Schuursma 2000, 63-64; De Haan 2003.
528 Vergelijk Groeneveld 1931.
529 Schlatmann en Wolff 1985.
530 Kraft 1963, 5-6.

op de serie artikelen schreef zij dan ook dat de lezer niet moest denken dat zij en andere deskundigen 'nu [...] werkelijk weer alles gaan psychiatriseren'.[531]

Het Genootschap bracht een zestigtal belangstellenden uit de wereld van de kinderbescherming, onderwijs, gezondheidszorg en – desondanks – psychiatrie bij elkaar. Tezamen met de hoogleraren pedagogiek J.H. Gunning en Ph. Kohnstamm, de sociaal-psychiater Meijers en twee bestuursleden van het Genootschap nam Lekkerkerker zitting in een voorbereidingscommissie.[532] De psychiater P.H.C. Tibout, de voormalige assistente van de Groningse hoogleraar Wiersma, en twee maatschappelijk werksters maakten op hun beurt een studiereis naar de Verenigde Staten om nader kennis te nemen van de werkwijze van de Child Guidance Clinics. Aangezien de beoogde nieuwe voorziening voor het 'geestelijk bedreigde kind' vanwege de multidisciplinaire opzet en de gerichtheid op advies, voorlichting, preventie en behandeling niet strikt tot bestaande werksoorten als gezondheidszorg, psychiatrie, kinderbescherming en maatschappelijk werk behoorde, werd besloten tot de oprichting van een aparte organisatie. In 1927 kwam de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen (vanaf 1938 De Nederlandsche Federatie van Instellingen tot Oprichting en Instandhouding van Medisch Opvoedkundige Bureaux genaamd) tot stand met Gunning als voorzitter – in 1932 opgevolgd door Rümke en in 1938 door Van der Hoop –, Meijers als vice-voorzitter en Lekkerkerker als secretaris. Meijers stelde voor dat de nieuwe vereniging zich aansloot bij zijn Centrale Vereeniging, maar vooral Lekkerkerker keerde zich daartegen omdat elke associatie met de voor- en nazorg voor krankzinnigen ouders en andere opvoeders zou kunnen afschrikken. Bovendien stond zij, naar Amerikaans voorbeeld, een min of meer egalitaire organisatiestructuur voor waarin psychiaters niet per definitie de boventoon voerden, maar op basis van gelijkheid met andere deskundigen samenwerkten.

In 1928 zag de eerste lokale afdeling het licht, de Amsterdamsche Vereeniging ter Bevordering van Consultatiebureaus voor Moeilijke Kinderen, die op haar beurt het eerste consultatiebureau oprichtte. Meijers stelde ruimte bij de GG en GD beschikbaar. De opbouw van het bureau was eerst in handen van de maatschappelijk werkster J.C.G. de Ranitz en daarna van Tibout, die na haar verblijf in de Verenigde Staten met een Amerikaanse studiebeurs naar Wenen reisde om de laatste ontwikkelingen in de *Heilpädagogik*, in het bijzonder de introductie van psychoanalytische inzichten, te bestuderen.[533] Tibout, die behalve door De Ranitz door een (vrouwelijke) kinderarts werd geassisteerd, had grote invloed op de invulling van de werkwijze van het eerste MOB, dat dus geheel uit vrouwen bestond.[534] Vanaf het begin profileerde het zich met een multidisciplinaire en professionele aanpak, waarmee het model stond voor de latere ontwikkeling van

531 Van der Grinten 1987a, 59.
532 Lekkerkerker 1952a, 4.
533 Tibout 1948.
534 Lekkerkerker 1952a, 11.

andere ambulante voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid. De werkzaamheden omvatten voorlichting, advies, onderzoek, begeleiding en behandeling. Teneinde de oorzaken van gedragsstoornissen op te sporen, werden zowel de lichamelijke en psychologische gesteldheid van het kind, als het gezinsmilieu in kaart gebracht. De kinderarts was er voor het lichamelijke onderzoek en de psychiater legde zich toe op de psychologische doorlichting, waarbij gebruik werd gemaakt van psychologische tests – in het bijzonder de intelligentie- en Rorschachtest – en spel- en gedragsobservatie om een indruk te krijgen van de 'intellects- en temperamentsfactoren', alsmede op de psychotherapeutische behandeling van eventuele psychische stoornissen van het kind.[535]

Een sleutelpositie was weggelegd voor de psychiatrisch-sociaal werkster, zoals de op het terrein van de geestelijke volksgezondheid werkzame maatschappelijk werkster ging heten. Zij verrichtte de intake, deed onderzoek naar de voorgeschiedenis en het milieu van het kind, nam de anamnese op, won inlichtingen in en onderhield het contact met de ouders. Haar aanpak, zo beklemtoonden Lekkerkerker en Tibout onder verwijzing naar de experimentele psychologie en 'de verschillende scholen der diepte-psychologie', verschilde hemelsbreed van 'de intuïtieve en meer actief-beredderende wijze van werken van de vroegere maatschappelijke werkster.' Met haar kennis van 'de nieuwere psychologie' en de 'technisch-psychologische beheersing van haar houding en methoden', bezat zij het vermogen om 'rekening te houden met de gevoelsreacties van de betrokkenen' en was zij niet ondergeschikt, maar gelijkwaardig aan de psychiater.[536] Vanwege haar psychologische scholing zou de psychiatrisch-sociaal werkster beter gekwalificeerd zijn voor dit soort werk dan de psychiatrisch verpleegkundige.[537]

Hoewel uit de verwijzingen door kinderrechters, kinder- en schoolartsen, de kinderbescherming, de politie en andere instanties bleek dat het bureau in Amsterdam in een behoefte voorzag en er al na enkele maanden een wachtlijst ontstond,[538] verliep de verspreiding van het MOB over de rest van het land niet zo voorspoedig als de initiatiefnemers ambieerden.[539] Het tweede door de landelijke vereniging erkende bureau kwam in 1932 in Den Haag tot stand. Leiden, Utrecht en Rotterdam volgden in 1935, Haarlem in 1936, Zaandam in 1938 en Apeldoorn in 1942.[540] Het gebrek aan voldoende gekwalificeerde hulpverleners – kinderpsychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters – en aan structurele financiering belemmerde dat er voor de oorlog meer bureaus kwamen. Tot 1938, toen de MOB-federa-

535 Tibout 1933, 241, 314.
536 Lekkerkerker 1938b, 29, 31; Tibout 1933, 247.
537 Lekkerkerker 1947b, 285.
538 In de eerste zeven jaar werden zo'n 640 gevallen behandeld. De meeste kinderen waren tussen zes en dertien jaar oud en tweede derde van hen waren jongens. Lekkerkerker 1938b, 38.
539 Lekkerkerker et al. 1938; Van der Grinten 1987a, 57-69.
540 Lekkerkerker 1952a, 7-8. Het bestaande Rotterdamse consultatiebureau voor moeilijk opvoedbare kinderen kreeg geen erkenning als MOB. Kraft 1963, 4-5. Hetzelfde gold voor het Joods Psychiatrisch-Pedagogisch Bureau in Amsterdam (1930), een protestants bureau in Amsterdam (1932) en het katholiek Pedologisch Instituut in Nijmegen (1936). Tibout 1948, 18.

tie een tweejarige cursus ging organiseren, bestond in Nederland geen opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster. De eerste veertien Nederlandse psychiatrisch-sociaal werksters, onder wie Lekkerkerker zelf, kregen hun opleiding op het Child Guidance Institute in New York of de London School of Economics.[541]

De MOB's, waarbij ook het minder draagkrachtige deel van de bevolking terecht moest kunnen, kregen in de beginjaren geen overheidssubsidies of vergoedingen door de ziekenfondsen. Ze waren in hoge mate afhankelijk van de persoonlijke inzet van de stafleden, zonder dat daar een vergoeding tegenover stond, alsmede van giften uit binnen- en buitenland (de Verenigde Staten en Groot-Brittannië) en bijdragen van cliënten naar draagkracht.[542] Vanwege de precaire financiële situatie gingen er zelfs stemmen op om het MOB weer op te heffen, maar een bijdrage vanuit het in 1934 ingestelde Prophylaxefonds – waarover in het volgende hoofdstuk meer – die 20 procent van de kosten dekte, en subsidies van gemeenten (vanaf 1935), provincies (vanaf 1942) en het Ministerie van Sociale Zaken (vanaf 1946) brachten verlichting.[543] Het bestuur van de landelijke vereniging maakte de toekenning van subsidie uit het Prophylaxefonds aan nieuwe bureaus afhankelijk van de bezetting en werkwijze van de bureaus.[544] De hoge eisen die het stelde aan de professionaliteit en de multidisciplinaire samenstelling van de staf – kinderartsen, psychiaters en psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werksters, na de Tweede Wereldoorlog aangevuld met psychologen en orthopedagogen – en de relatief hoge kosten als gevolg van de intensieve en tijdrovende behandelingen waren niet bevorderlijk voor de proliferatie. Kwaliteit ging boven kwantiteit. De zes bij de landelijke federatie aangesloten bureaus, die tussen de een en vier keer per week spreekuur hielden, telden in 1939 in totaal vijftien in deeltijd werkzame psychiaters, zeven parttimekinderartsen en tien in meerderheid voltijds aangestelde psychiatrisch-sociaal werksters als medewerkers. Tezamen onderzochten zij jaarlijks een kleine zevenhonderd nieuwe gevallen.[545] Ondanks de kleinschaligheid zouden de opzet en werkwijze van het MOB grote invloed uitoefenen op de inhoudelijke ontwikkeling van zowel de zorg voor de geestelijke volksgezondheid als de kinderpsychiatrie.[546]

Met argusogen keek Lekkerkerker, vanaf 1936 als psychiatrisch-sociaal werkster werkzaam bij het MOB in Haarlem, naar de voor het merendeel katholieke consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid, die zich behalve op geesteszieke volwassenen ook op moeilijke en zwakzinnige kinderen richtten. Deze waren veel eenvoudiger van opzet en beschikten niet over kinderpsychiaters en

541 Schlatmann en Wolff 1985; Lekkerkerker 1947b, 281 en 1952, 7; Tibout 1948, 29; vergelijk Moltzer 1930.

542 Dankzij een aanzienlijke particuliere bijdrage beschikte het Amsterdamse MOB in de jaren 1930-1933 over een behandelingstehuis voor zes tot acht kinderen met psychische stoornissen. Tibout 1948, 258.

543 Tibout 1948, 29, 31; Lekkerkerker 1952a, 7; Bakker en Van der Velden 2004a, 54-55.

544 Lekkerkerker 1938b.

545 Lekkerkerker et al. 1938, 19-20, 89-91; vergelijk Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 192-193.

546 Groenendijk en Bakker 2000.

psychiatrisch-sociaal werksters, maar gingen, toen er overheidsgelden voor dit werk beschikbaar kwamen, wel in hetzelfde subsidiekanaal vissen. 'Amateuristisch' was de kwalificatie die Lekkerkerker er later aan toekende: 'Die zustertjes [...] hadden geen notie van psychologie of van het opnemen van anamneses!'[547] Enigszins vanuit de hoogte stelde zij dat het MOB een typisch stedelijke, geprofessionaliseerde voorziening was die met zijn psychologische benadering temidden van andere instellingen – poliklinieken, sociaal-pedagogische en jeugdpsychiatrische diensten, schoolartsen, speciaal onderwijs, nazorgwerk voor zwakzinnigen, pedologische instituten, bureaus voor beroepskeuze, voogdijverenigingen en kinderpolitie – een specialistische taak vervulde. Als zodanig was het niet te vergelijken met het consultatiebureau in de provincie, dat zijn cliënten niet kon selecteren en mede vanwege 'een groot aantal zwakzinnigen en andere abnormalen' nauwelijks aan behandeling toekwam.[548] Ook Tibout onderstreepte dat MOB's niet waren bedoeld voor zwakzinnige en anderszins ernstig psychisch gestoorde kinderen.[549] Het was zeker niet in de geest van Lekkerkerker en Tibout dat de MOB's in de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* vermeld stonden in het hoofdstuk over de 'geestelijk invaliden' en daarbinnen in de paragraaf over 'de psychopaten' – deze categorisering hield waarschijnlijk verband met de oorspronkelijke intentie om zich met delinquente kinderen bezig te houden.[550]

Uit onderzoek naar patiëntendossiers blijkt dat kinderen vanwege allerlei opvoedingsmoeilijkheden, psychologische en fysieke klachten, school- en leerproblemen, relatiemoeilijkheden en ontwikkelingsstoornissen op de MOB's terechtkwamen.[551] Ouders en hulpverleners hanteerden een zeer uiteenlopend referentiekader om de moeilijkheden te verwoorden. De eersten formuleerden de problemen vooral in termen van opvoedingsmoeilijkheden en gezagsproblemen. Terwijl voor de ouders het manifeste hinderlijke gedrag van hun kinderen aanleiding was om de hulp van het MOB in te roepen, legden de hulpverleners de nadruk op de meer verborgen innerlijke houding van de kinderen. Het viel Tibout op

> ——— *hoe zeer de neiging tot hulp zoeken meer correleert met de mate van hinderlijkheid van het gedrag [agressie, ongehoorzaamheid, delinquentie, seksuele moeilijkheden (onanie)] [...] dan met de mate waarin de harmonische geestelijke ontwikkeling bedreigd wordt [schuwheid, overgevoeligheid, gedeprimeerdheid] [...] Een afspiegeling van deze [...] houding is wel [...] dat soms de ouders een behandeling op het bureau als succesvol beëindigd willen beschouwen wanneer enkele hinderlijke symptomen zijn verdwenen – terwijl in psychologisch opzicht veel ernstigere nog bestaan.*[552]

De hulpverleners namen vanaf het begin afstand van de moralistische en repressieve aanpak die in de toenmalige opvoedkunde de toon aangaf, alsmede van de

547 Heerma van Voss 1985a, 1286.
548 Lekkerkerker 1938b, 33; vergelijk Esser 1970-1971, 25; Westhoff 1996, 77; Willemsen 2001, 51-52.
549 Tibout 1948, 30.
550 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 192-194.
551 Van der Wurff 1993; zie ook Van der Wurff 1987.
552 Tibout 1933, 243-244.

medische benadering en het denken in termen van erfelijkheid.[553] In het MOB bestond een sterke tendens om moeilijkheden in psychologische en vooral freudiaanse termen te definiëren, hoewel de eigenlijke psychoanalytische therapie vanwege gebrek aan tijd en financiële middelen nauwelijks viel toe te passen.[554] Hierdoor verschoof de aandacht van de gegeven aanleg en het problematische gedrag van kinderen op zich naar hun psychologische en sociale functioneren en de mogelijkheid dit te veranderen. Teneinde door te dringen tot 'de innerlijke gesteldheid van het kind' waren volgens Tibout 'ongedwongen contact en onbevangen uitingsmogelijkheid noodig. Pas dan kan men, behalve uit de bewuste mededeelingen, uit fantasiemateriaal en reacties tegenover de onderzoeker de richting van de wenschen en angsten zoeken'.[555] Bij de foto's die op het Amsterdamse MOB van de kinderen werden gemaakt – 'naast een spiegel, bij een meetlat, zodat een beeld "en face" en "en profil" met een maatindeling op één foto werd vastgelegd' – ging het niet, zo benadrukte Tibout, om het uiterlijk op zich: 'aan het uiterlijk "bekijken" nemen wij deel, en neemt het kind deel; dit "ontmoeten" zou steriel zijn als het affectloos bij het uiterlijk bleef.'[556] Veel nadruk kreeg het 'bespreekbaar' en 'bewust maken' van problemen en het zelfinzicht van ouders en kinderen; de adviezen betroffen niet alleen het kind, maar ook de attitude van de ouders.[557]

Het MOB profileerde zich met een psychologische benadering van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen en verwijderde zich daarmee al gauw van de justitiële sfeer waarvan de eerste aanzetten waren uitgegaan.[558] Tibout merkte in dit verband op dat de 'nieuwe inzichten' nog weinig ingang vonden in het onderwijs, de kinderrechtspraak en -bescherming, en de opvoedingsgestichten. Mede onder invloed van het psychoanalytische interpretatiekader golden afwijkingen en ontsporingen niet zozeer als uitingen van kwade wil, maar als de gevolgen van verstoorde ontwikkelingsprocessen in ongunstige leefmilieus. Het preventiestreven werd onderbouwd met het inzicht dat de kindertijd en de jeugd beslissende fasen waren in de karaktervorming en de emotionele ontwikkeling van de mens.[559] De clientèle van het MOB was niet gelijkmatig over alle bevolkingsgroepen verdeeld. De meeste op het Amsterdamse MOB behandelde kinderen waren afkomstig, zo schreef Lekkerkerker, uit de

> ——— *beteren arbeiders- en den middenstand, waar de ouders voldoende ontwikkeling en inzicht bezitten om het belang van een bureau in te zien. De laagste klasse der bevolking is over het algemeen slechts in geringe mate onder de bureau-ouders vertegenwoordigd: hier ontbreken veelal te zeer de materieele en geestelijke voorwaarden dan dat het bureau er met vrucht werkzaam zou kunnen zijn. [...] men ziet ook, naarmate een bureau langer bestaat, een verschuiving naar boven.*[560]

553 Van der Wurff 1990, 108; vergelijk Bakker 1995.
554 Tibout 1933; Lekkerkerker et al. 1938.
555 Tibout 1933, 248.
556 Tibout 1948, 50, 56.
557 Van der Hoop 1938, 76; Van der Wurff 1987, 92, 95.
558 Nijnatten 1986, 39-40.
559 Van der Hoop 1938, 74.
560 Lekkerkerker 1938b, 38.

Mede door de psychoanalytische oriëntatie opereerden de bureaus blijkbaar nogal selectief en gingen cliënten uit de middenklasse getalsmatig steeds meer overheersen.[561]

2.6 Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg

Hoewel Lekkerker vond dat de NVGV, net als Meijers' Centrale Vereeniging, te sterk op de medische psychiatrie was georiënteerd, werd deze mede op haar instigatie in 1930 nieuw leven ingeblazen. Naar aanleiding van de uitnodiging die Bouman had ontvangen om met een officiële afvaardiging uit Nederland aan het eerste internationale congres over geestelijke hygiëne te Washington deel te nemen, trad Lekkerkerker in contact met hem en nam zij het initiatief tot het samenstellen van een Nederlandse delegatie. Behalve Lekkerkerker en Bouman maakten de psychiaters Meijers, Querido, Pameijer, Tibout, Van Ophuijsen, Kortenhorst en de jurist M.J.A. Moltzer, de directeur van de Amsterdamse School voor Maatschappelijk Werk, deel uit van de delegatie. Weliswaar had Bouman in 1913 tijdens een reis in de Verenigde Staten waarschijnlijk kennisgenomen van de *Mental Hygiene Movement* aldaar, maar zijn ideeën over psychische hygiëne waren vooral aan Duitse sociaal-psychiatrische voorbeelden en de eugenetica ontleend.[562] Daarnaast stak Bouman zijn licht op in België: in 1927 bezocht hij samen met Meijers en Kortenhorst een consultatiebureau van de in 1924 opgerichte Belgische beweging voor geestelijke hygiëne in Brussel.[563]

Onder invloed van Lekkerkerker en de deelname aan het congres in Washington, dat de deelnemers als zeer stimulerend ervoeren, schoof de Nederlandse beweging voor geestelijke volksgezondheid op in de richting van het Amerikaanse voorbeeld. Dat betekende dat het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid zich grotendeels gescheiden van de krankzinnigenzorg en de inrichtingspsychiatrie ging ontwikkelen.[564] Op de twee bijeenkomsten van de NVGV in 1930 waarmee de vereniging uit haar slaap ontwaakte, vormden de inrichtingspsychiaters een minderheid onder de sprekers. Behalve over de krankzinnigenzorg en de eugenetica stonden er voordrachten op het programma over opvoeding en onderwijs, drankbestrijding, beroepskeuze en psychotherapie.[565] In de jaren dertig manifesteerde Boumans vereniging zich vooral als forum voor de reflectie op theorie en praktijk van de geestelijke volksgezondheid, de verspreiding van informatie erover onder het publiek, onder andere door de uitgave van de *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid* (1936) en advisering van de overheid.[566] De vereniging,

561 Zie ook Romme 1978b, 246.
562 De Goei 2001, 77-90.
563 Westhoff 1996, 43.
564 De Goei 2001, 86-102, 133-142.
565 Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1930; Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid 1931.
566 Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 13-14.

waarvan het ledental rond de 250 bedroeg, wilde de ontwikkeling van zorgvoorzieningen door de overheid en particuliere organisaties bevorderen en daarvoor bepaalde normen aanleggen.

Toch bleef de NVGV enigszins aan de zijlijn staan, vooral als het ging om de praktische invulling van de psychohygiëne in de vorm van consultatiebureaus, de MOB's en de katholieke voorzieningen voor volwassenen en kinderen. Deze distantieerden zich van de krankzinnigengestichten, een ontwikkeling die Bouman en sommige inrichtingspsychiaters met lede ogen aanzagen. Voor hen was geestelijke hygiëne voornamelijk een medisch-psychiatrische aangelegenheid onder leiding van psychiaters. Zij beschouwden gesticht, inrichting en kliniek als het kerndomein van hun vak en zagen de psychohygiënische en sociaal-psychiatrische zorg als een verlengstuk ervan en als een middel om het imago van de inrichtingspsychiatrie op te vijzelen. 'De geheele opzet van dit systeem van voor- en nazorg', aldus Bouman, 'zou niet volledig zijn en onvoldoende moeten werken, wanneer niet als centrum daarvan die organisaties stonden, welke zich op de *zorg*, de medische behandeling en therapie, toeleggen. De *psychiatrische inrichting*, hetzij dan de kliniek, het gesticht of het sanatorium, blijft van dit alles het centrale punt.'[567]

Pameijer en Barnhoorn, geneesheer-directeur van de St. Willibrordusstichting, sloten zich hierbij aan door te wijzen op het belang van de voor- en nazorg om 'den nauwen cirkel van de gestichtspsychiatrie' te doorbreken.[568] In dezelfde trant betoogde J. Kat op een vergadering van de NVGV in 1930 dat het moderne krankzinnigengesticht een veelzijdige instelling was,

> ——— *gereed en geschikt om alle soorten zieken en zwakken van geest te behandelen, op te voeden, te verplegen, te verzorgen, ieder naar zijn aard; het is zoowel kliniek ter behandeling van lijders aan acute geestesziekte, als opvoedingsinstituut voor geesteszwakken en zenuwzieken, als verzorgingshuis voor chronisch zieken, dementen en zwakzinnigen.*

Mede omdat het gesticht op die manier 'psychische infectie', de verdere verspreiding van krankzinnigheid, zwakzinnigheid en geestelijke ontreddering tegenging, verdiende het een centrale rol in de zorg voor de geestelijke volksgezondheid.[569]

Vooral Van der Scheer benadrukte de grote psychohygiënische betekenis van de psychiatrische inrichting. Over de inrichting bestonden nog veel foutieve opvattingen en vooroordelen, zo zette hij in zijn oratie als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen uiteen. Het grote publiek ging er ten onrechte vanuit dat geestesziekte niet te genezen was en dat de inrichtingen opberginstellingen waren, terwijl het daar 'rustig toegaat, [...] daar een kleine maatschappij gevormd

567 Bouman 1938, 456, 457-458; vergelijk Van der Scheer 1934, 12.

568 Pameyer 1932; Bakker en De Boer 2002a, 172.

569 Kat 1930, 420.

wordt, waar orde, regel en arbeidzaamheid, ja, in menig opzicht gezelligheid heerscht en dat vele afdeelingen op gewone ziekenafdeelingen gelijken.'[570] Op een bijeenkomst van de NVGV betoogde hij dat de toepassing van de actievere therapie, waarin alles draaide om heropvoeding, het gesticht een ander karakter had gegeven: dat van 'een nieuwe, kleine maatschappij' op basis van 'orde, regelmaat en arbeidzaamheid, [...] dezelfde grondvesten, waarop de peilers der groote maatschappij staan.' Het gesticht was geen geïsoleerde bewaarplaats meer, maar was een behandelingsinstituut en voor veel patiënten een doorgangshuis geworden, dat hen voorbereidde op hun terugkeer in de samenleving. Als zodanig moest het 'een schakel in de lange keten tusschen voor- en nazorg, [...] het centrum worden, waarnaar velen ter leering komen, waaruit velen als geschoolde krachten zich over ons land zullen verspreiden.'[571] De nieuwe aanpak in de inrichtingen kon een voorbeeld en leerschool vormen voor degenen die in de maatschappij werkten aan de geestelijke volksgezondheid. 'Zoo ergens, dan is het wel in het krankzinnigengesticht geweest, dat wij de enorme beteekenis van het milieu en vooral van de wisselwerking tusschen individu en omgeving, zoowel in positieven als in negatieven zin hebben leeren kennen.'[572] Consultatiebureaus en poliklinieken moesten zich dan ook in nauwe samenwerking met gestichten en inrichtingen ontwikkelen en omgekeerd zouden deze hun werkplaatsen dienen open te stellen voor geestelijk onvolwaardigen en geesteszieken die in de maatschappij verbleven.

Van der Scheers pleidooi kreeg instemming van buiten de psychiatrie. De pedagoog Kohnstamm publiceerde in 1929 onder de titel 'De psychiater als opvoeder' een artikel waarin hij uiteenzette dat hij zich door Van der Scheer en Stärcke had laten informeren over de actievere therapie. Hij prees deze aanpak vanwege het belang dat daarin werd gehecht aan het beïnvloeden van de innerlijke gezindheid en zelfverantwoordelijkheid van zowel patiënten als verpleegkundigen en achtte deze benadering, waarin hij een 'personalistische beschouwingswijze' bespeurde, ook in de opvoeding van gezonde mensen toepasbaar.[573] De geneesheer-directeur van Brinkgreven, Le Rütte, ging nog een stap verder dan Van der Scheer door te pleiten voor een samengaan van de terreinen van de lichamelijke en geestelijke volksgezondheid, een gelijkvormige financiering van beide, grotere overheidsbemoeienis en meer samenwerking tussen de verzuilde instellingen. De voor- en nazorg zou onder coördinatie van de Centrale Vereeniging verder moeten worden uitgebouwd en voorts achtte Le Rütte de oprichting van psychohygienische centra op provinciaal of districtsniveau wenselijk. Dit alles zou kunnen bijdragen aan de vermindering van de vooroordelen onder het publiek jegens de inrichtingspsychiatrie.[574]

570 Van der Scheer 1930, 5.
571 Van der Scheer 1931, 259–260, 263.
572 Van der Scheer 1930, 17; vergelijk Van der Scheer 1928.
573 Kohnstamm 1929, 5; vergelijk Kohnstamm 1931.
574 Le Rütte 1934.

Niet alleen inrichtingspsychiaters als Pameijer, Barnhoorn, Kat, Van der Scheer en Le Rütte, maar ook Bouman en Meijers, die buiten de inrichtingen werkzaam waren, vonden dat de krankzinnigenzorg en het nieuwe werkterrein van de geestelijke volksgezondheid samen één groot psychiatrisch domein moesten vormen. Niet alle zenuwartsen deelden deze visie echter. Psychiaters als Kortenhorst en Querido wilden de voor- en nazorg wél als onderdeel van de psychische hygiëne tot ontwikkeling brengen, maar dan onafhankelijk van de gestichten en inrichtingen. Nog meer afstand tot de krankzinnigenzorg namen psychiaters die zich in particuliere praktijken, (poli)klinieken en consultatiebureaus toelegden op overwegend psychologisch-pedagogische en psychotherapeutische behandelwijzen van patiënten die meestal niet geestesziek waren. Lekkerkerker en haar geestverwanten binnen de MOB's voelden zich het meest verwant aan de laatste groep. Zij waren van mening dat de ontwikkeling van de psychohygiëne en een imagoverbetering van de psychiatrische (vooral sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische) hulpverlening in de maatschappij niet afhankelijk hoefden te zijn van een hervorming van het krankzinnigenwezen, maar dat deze, integendeel, gebaat waren bij een zo groot mogelijke afstand tot de gestichten en inrichtingen. Vooral vanwege de ernst en uitzichtloosheid van veel vormen van geestesziekte, het maatschappelijke isolement en de stigmatiserende werking van het gesticht wilden zij elke associatie met krankzinnigenzorg vermijden. De (aanvankelijk bescheiden) subsidiëring van instellingen voor de geestelijke volksgezondheid, die begin jaren dertig tot stand kwam dankzij de steun vanuit de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken, werkte in de hand dat zij ook daadwerkelijk opschoven in de richting van Lekkerkerkers model en zich verwijderden van de krankzinnigenzorg.[575]

De financiering van de voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid bleef lange tijd onzeker, verbrokkeld en ondoorzichtig. Dat lag in de eerste plaats aan hun onduidelijke positie tussen de verschillende afgebakende zorggebieden: krankzinnigen-, zwakzinnigen- en gezondheidszorg, maatschappelijk werk, reclassering, kinderbescherming en buitengewoon onderwijs. Weliswaar werd getracht de nieuwe vormen van psychohygiënische hulpverlening onder te brengen bij de gezondheidszorg, maar de kosten waren niet te verhalen op de twee belangrijkste collectieve financieringsregelingen op dit terrein: de Armenwet en de coöperatieve ziekenfondsen die zich vanaf 1850 hadden ontwikkeld. De Armenwet schreef voor dat gemeentebesturen de medische zorg voor minvermogenden, de verpleging van krankzinnigen en sinds 1929 ook die van zenuwlijders moest bekostigen indien de eigen middelen en hulp van familie of kerk tekortschoten. Van een verplichting om psychiatrische voor- en nazorg of hulpverlening door consultatiebureaus te financieren was echter geen sprake. De zieken- en doktersfondsen, waarbij rond de eeuwwisseling 10 procent en in 1940

575 De Goei 2001, 90-102, 138-145.

bijna de helft van de bevolking verzekerd was, beperkten zich uitdrukkelijk tot de curatieve somatische gezondheidszorg. De zorg voor chronisch zieken en geesteszieken viel erbuiten.[576]

Hoewel de staat zich al vanaf de eeuwwisseling actiever opstelde op sociaal gebied, bleef de rijksoverheid voor de Tweede Wereldoorlog terughoudend wat betreft de organisatie, de uitvoering en de financiering van de gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg bleef beperkt tot Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten in de grote steden. Tot een landelijke spreiding van dergelijke diensten van overheidswege kwam het niet. De meeste gemeenten gaven op basis van financiële en sociaal-politieke overwegingen vaak de voorkeur aan subsidiëring van particuliere initiatieven boven het zelf organiseren van deze dienstverlening.[577] Particuliere organisaties, die voortkwamen uit religieus geïnspireerde liefdadigheid en burgerlijke zelfwerkzaamheid, vulden de leemte op. Vooral de kruisverenigingen, die vanaf het midden van de jaren zeventig van de negentiende eeuw waren ontstaan en die zich aaneensloten in landelijke, deels verzuilde organisaties, speelden een belangrijke rol op diverse terreinen als ziekenverpleging, tbc-bestrijding, zuigelingenzorg en wijkverpleging. Achtereenvolgens kwamen de Algemene Nederlandsche Vereeniging Het Groene Kruis (1911), de Rooms-Katholieke Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis (1923) en de Bond van Protestants Christelijke Vereenigingen voor Wijkverpleging in Nederland (1938), in 1946 omgedoopt tot Protestants-Christelijke Landelijke Vereeniging Het Oranje-Groene Kruis, tot stand. Deze verenigingen werden gefinancierd door contributies van de leden; tussen 1910 en 1940 groeide het ledental van 3 tot 36 procent van de bevolking. Het Wit-Gele Kruis, dat met bijna 500 plaatselijke en provinciale afdelingen en 250.000 persoonlijke leden de belangrijkste katholieke infrastructuur voor de gezondheidszorg vormde, ging in de jaren dertig net als het Groene Kruis consultatiebureaus voor geestelijke gezondheidszorg ondersteunen.[578]

Het grote aandeel van het particuliere initiatief in de gezondheidszorg strookte met het protestantse principe van soevereiniteit in eigen kring en het katholieke subsidiariteitsbeginsel, volgens welke de overheid zich diende te onthouden van maatschappelijke activiteiten die ook vanuit de samenleving zelf waren te organiseren. Evenmin als andere belangrijke taken zoals onderwijs zou gezondheidszorg een zaak van de overheid zijn. Tegenover het liberale beginsel van individuele verantwoordelijkheid en de socialistische nadruk op staatsinterventie, stelden de confessionelen het corporatieve, organicistische model, volgens welke individu, gezin, maatschappelijke organisaties en de staat elementen in een vermeende natuurlijke en hiërarchische sociale ordening vormden. De particuliere organisaties in het maatschappelijke middenveld vervulden een bemiddelende functie tussen de privésfeer van het gezin en de overheid. De rol van de overheid

576 Van der Grinten 1987a, 25-27; Van der Velden 1993.
577 Kerkhoff 1994, 25-45; Bakker en Van der Velden 2004a.
578 Van der Grinten 1987a, 31, 89.

moest beperkt blijven tot stimulering van het particulier initiatief, het aanreiken van richtlijnen, het uitoefenen van toezicht door middel van inspectie en – uiteindelijk meer en meer vanzelfsprekend geachte – subsidiëring.

In 1932 werd met de instelling van het Prophylaxefonds de basis gelegd voor een structurele, van overheidswege gegarandeerde financiële ondersteuning van de instellingen voor de geestelijke volksgezondheid. Dit fonds hield verband met de al in 1913 aangenomen Ziektewet, waarmee zieke werknemers recht kregen op een uitkering, maar die vanwege onenigheid over de uitvoering pas in 1930 in werking trad. Krachtens deze wet werd bepaald dat vanuit een opslag van de ziektewetpremie middelen beschikbaar moesten komen voor preventiemaatregelen teneinde ziekte van de verzekerden zo veel mogelijk te voorkomen. Het Prophylaxefonds beperkte zich niet tot lichamelijke kwalen; ook activiteiten gericht op de preventie van geestesstoornissen konden op ondersteuning vanuit dit fonds rekenen. Vanaf 1934 kwam er jaarlijks een bescheiden bedrag – voor de oorlog gemiddeld 25.000 gulden – beschikbaar ten behoeve van de zorg voor de in hun geestelijke gezondheid bedreigde kinderen en geesteszieken buiten de inrichtingen. Deze subsidieverstrekking maakte overleg tussen de diverse organisaties noodzakelijk. Een nieuwe overkoepelende organisatie, de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV), werd in het leven geroepen om zorg te dragen voor de verdeling van de gelden over verschillende neutrale en verzuilde instellingen. Tien verenigingen sloten zich bij de federatie aan en de directeur-generaal van Volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken, L. Lietaert Peerbolte, en Lekkerkerker namen als voorzitter respectievelijk secretaris zitting in het bestuur.[579]

Op grond van de criteria die het NFGV hanteerde – de te ondersteunen instellingen dienden onder medische leiding te staan en er moest sprake zijn van sociaal-psychiatrische hulpverlening door maatschappelijk werkers of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen – kwamen de voor- en nazorgdiensten en de consultatiebureaus voor kinderen, zowel de MOB's als de eenvoudiger opgezette bureaus van de katholieke kruisverenigingen, en de consultatiebureaus voor alcoholisme in principe in aanmerking voor subsidie. Mede onder invloed van Lekkerkerker beperkte het Prophylaxefonds zich echter tot de ondersteuning van de hulpverlening aan moeilijke kinderen, die onder Volksgezondheid ressorteerde, en werd de voor- en nazorg uitgesloten, omdat die als onderdeel van de krankzinnigenzorg gold – veel diensten waren immers met inrichtingen verbonden. Een groot aantal consultatiebureaus voor alcoholisme kon vanwege het ontbreken van

579 De organisaties die zich aansloten waren de NVGV, de katholieke, hervormde en gereformeerde verenigingen voor geestelijke volksgezondheid, de Vereeniging Centraal Israëlietisch Krankzinnigengesticht in Nederland en andere Joodsche Instellingen, Het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis, de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Consultatiebureaux voor Moeilijke Kinderen, de Centrale Vereeniging ter Behartiging van der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken en het Paedologisch Instituut te Nijmegen. Zie Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936, 13.

psychiaters niet aan de subsidievoorwaarden voldoen.[580] Alleen voor de consultatiebureaus van Meijers' Centrale Vereeniging werd een uitzondering gemaakt, omdat ze onafhankelijk van de inrichtingen functioneerden.[581] De uitsluiting van de voor- en nazorg was een belangrijke reden voor Bouman en zijn geestverwanten om van actieve medewerking aan de NFGV af te zien. De nadruk die de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Arbeid op de preventie van stoornissen legde, waardoor krankzinnigen buiten de boot vielen, vonden zij te beperkt. Ook was Bouman fel gekant tegen een verzuilde organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, die de Federatie als overleg- en verdeelorgaan juist legitimeerde.[582]

Behalve de verzuiling zorgden de uiteenlopende opvattingen over de wenselijke verhouding tussen krankzinnigenzorg en geestelijke hygiëne dus voor een zekere verdeeldheid op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Naast de verschillende levensbeschouwelijke organisaties en voorzieningen, waarin de normen omtrent wetenschappelijkheid en professionaliteit zeer uiteenliepen, bestonden er tegenstellingen tussen de voor- en nazorg voor geesteszieken en de MOB's voor moeilijke kinderen, en tussen Boumans vereniging en de NFGV, waarin Lekkerkerker een sleutelpositie innam. Niet alleen de verschillende inhoudelijke invullingen die psychiaters en andere beroepsgroepen vanuit hun uiteenlopende belangen aan psychische hygiëne gaven, ook de subsidiepolitiek van het Ministerie van Sociale Zaken, waaronder volksgezondheid ressorteerde, en het overheidsbeleid in het algemeen op het gebied van krankzinnigenzorg en geestelijke volksgezondheid werkten het een en ander sterk in de hand.[583]

In 1918 was het beleidsterrein Volksgezondheid onder leiding van Lietaert Peerbolte van het Ministerie van Binnenlandse Zaken overgeheveld naar het nieuwe Ministerie van Arbeid (vanaf 1922 Arbeid, Handel en Nijverheid, vanaf 1934 Sociale Zaken en vanaf 1952 Sociale Zaken en Volksgezondheid geheten), terwijl de afdeling Armenzorg, waaronder het krankzinnigenwezen viel, bij Binnenlandse Zaken bleef. Pas in 1947 zou krankzinnigenzorg onder de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken gaan vallen.[584] Vanaf de Eerste Wereldoorlog pleitten zowel politici als zenuwartsen, verplegenden en de verenigingen voor geestelijke volksgezondheid voor een onderbrenging van de krankzinnigenzorg bij Volksgezondheid.[585] Zij stelden dat de moderne krank-

580 Van der Stel 1995, 294.

581 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 19-20, 90; Esser 1970-1971, 20.

582 Heerma van Voss 1985a, 1282.

583 De Goei 2001, 101-128; vergelijk De Goei 2007a, 75-84.

584 De Goei 2001, 105-106.

585 Opmerkelijk is dat de NVPN dit pleidooi niet ondersteunde. Naar aanleiding van een brief van de NVGV, waarin deze meedeelde er bij de Minister van Binnenlandse Zaken op aan te willen dringen om het krankzinnigenwezen bij Sociale Zaken onder te brengen, reageerde het NVPN-bestuur met de opmerking dat het niet zijn taak was om zich in deze kwestie te mengen. Waarschijnlijk liepen de meningen hierover in de vereniging uiteen en deden de inspecteurs van het Staatstoezicht hun invloed gelden. Notulen vergadering bestuur NVPN 21-1-1933, Archief NVPN.

zinnigenzorg op genezing gerichte ziekenzorg was of, voor zover de gestichten en inrichtingen daar niet aan voldeden, diende te worden, en dat de vooroordelen over de intramurale voorzieningen als armenzorg- en bewaarinstellingen de wereld uit moesten. Met de opkomst van voor- en nazorgdiensten en consultatiebureaus voor psychiatrische patiënten, die zich op het grensvlak van gesticht en maatschappij bewogen, kwam daar een nieuw argument bij: de krankzinnigenzorg zou als een onderdeel van het bredere gebied van de geestelijke volksgezondheid kunnen worden beschouwd. Het streven naar samenvoeging stuitte echter op taai verzet van de achtereenvolgende Ministers van Binnenlandse Zaken, de ambtenaren van de afdeling Armwezen en de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. 'Ook met het oog op de bemoeiingen van de verschillende Regeerings-instanties', zo stelden de inspecteurs, 'achten wij behoorlijke onderscheiding zeer gewenscht.'[586] De krankzinnigenzorg maakte weliswaar deel uit van de geneeskunde, maar andere aspecten waren volgens hen op zijn minst even belangrijk: de verpleging werd grotendeels op basis van de Armenwet gefinancierd en voor gedwongen opnamen was een rechterlijke machtiging nodig, waarbij de bescherming van de openbare orde een belangrijke rol speelde.

Het debat over de verhouding tussen krankzinnigenzorg en geestelijke hygiëne kwam op scherp te staan door de concurrentie tussen het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waar de gestichten en inrichtingen onder vielen, en het Ministerie van Sociale Zaken, dat volksgezondheid onder zijn hoede had gekregen. De strijd spitste zich in de tweede helft van de jaren dertig toe op de zeggenschap over de katholieke consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid in Noord-Brabant. Naar aanleiding van de vraag of deze nieuwe instellingen voor zowel moeilijke kinderen als (volwassen) geesteszieken onder Volksgezondheid of het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken vielen, kwam het tot een botsing tussen de katholieke beweging voor geestelijke volksgezondheid en de inrichtingspsychiatrie. De inspecteurs en sommige gestichtsartsen zagen deze voorzieningen en een mogelijke samenvoeging van de krankzinnigenzorg met geestelijke hygiëne als een ondermijning van hun positie, temeer omdat in de crisisjaren, waarin bezuinigd werd, een extra financiële aderlating dreigde: provinciale besturen financierden de consultatiebureaus voor geestelijke volksgezondheid met geld dat zij op de krankzinnigenzorg kortten. 'Op het *zeer* uitgestrekte gebied van de geestelijke volksgezondheid staat de geesteszieke op den achtergrond; op den voorgrond staat het kind', zo merkten de inspecteurs op.[587] De defensieve opstelling van gestichtspsychiaters en de inspecteurs ten opzichte van de beweging voor geestelijke volksgezondheid was mede ingegeven door de vrees dat de krankzin-

586 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 21.

587 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1938, 20.

nigenzorg terrein en vooral ook financiële middelen zou moeten prijsgeven ten behoeve van psychohygiënische activiteiten, die aan andere patiënten ten goede zouden komen dan moeilijk behandelbare, armlastige en vaak chronische geesteszieken. Ondanks de pleidooien voor een samenvoeging met Volksgezondheid, die zou moeten bijdragen aan een verbetering van het aanzien van de krankzinnigenzorg, veranderden politici niets aan de wettelijke en financiële grondslag ervan: de krankzinnigenzorg bleef nauw verbonden met armenzorg en ook de rechterlijke machtiging bleef bestaan. Beide stonden een erkenning als volwaardig onderdeel van de gezondheidszorg in de weg. Tijdens en na de oorlog zou het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid zich onafhankelijk en op afstand van de psychiatrische inrichtingen verder ontwikkelen.

2.7 Psychotherapie en psychoanalyse

Nadat de psychoanalyse in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw welwillende aandacht van psychiaters had gekregen, vond zij, al dan niet in gepopulariseerde vorm, in het interbellum ook bekendheid en aanhang in intellectuele kringen buiten de medische wereld, hoewel sommige vooraanstaande intellectuelen, zoals de historicus J. Huizinga en de schrijvers M. Nijhoff en M. ter Braak zich er kritisch over uitlieten.[588] De aantrekkingskracht van de psychoanalyse op de schrijver en arts Van Eeden en op figuren buiten de medische wereld, zoals de schrijver N. van Suchtelen, de schilders B. Canter, B.T. Gits en L. van Kuik, de predikant H.W.Ph.E. van den Bergh van Eysinga en de parapsycholoog W.H.C. Tenhaeff, had te maken met het verzet tegen het positivisme en materialisme en met de invloed van de neoromantiek die zich rond de eeuwwisseling deden gelden. Deels vanuit hun belangstelling voor spiritisme, occultisme en theosofie lieten zij zich net als een aantal zenuwartsen nog sterker door Jung dan door Freud inspireren.[589] Terwijl de orthodoxe freudiaanse hoofdstroom het onbewuste beschouwde als het individuele, problematische reservoir van verdrongen verlangens met een driftmatige, seksuele achtergrond, zagen Jung en zijn volgelingen dit als een rijke bron van creativiteit, waarin de collectieve, transcendente ervaring van de mensheid was opgeslagen. In de psychiatrische wereld had met name Van der Hoop, sinds 1929 privaatdocent voor psychoanalyse aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, affiniteit met Jungs ideeëngoed. Terwijl in de orthodoxe freudiaanse therapie de analytische ontleding van de persoonlijkheid en het seksuele leven centraal stonden, legde hij de nadruk op een versterking van de karaktervorming en de geestelijke ontplooiing van de mens.[590]

588 Brinkgreve 1984, 95-96; Bulhof 1983, 306-311.

589 Bulhof 1983, 34-38, 247-270; De Groot 1995a. Van Eeden was arts en zelf actief geweest als psychotherapeut, maar vanaf de eeuwwisseling praktiseerde hij niet meer. Zie ook 1.6. De zorg voor zenuwlijders.

590 Bulhof 1983, 295.

Psychoanalytische begrippen begonnen door te dringen in het taalgebruik. De Eerste Wereldoorlog, die het beeld van de mens als een rationeel en zelfbeheerst wezen ondermijnde, maakte de geesten rijp voor Freuds gedachtegoed. De uitgeverij De Wereldbibliotheek bracht verschillende werken van Freud in vertaling uit voor een breed publiek. Een belangrijke aanzet tot de popularisering ervan was de publicatie in 1917 van een inleiding tot Freuds denken, *Uit de diepten der ziel*, van Van Suchtelen. De groteske aanvallen op de psychoanalyse van de streng gelovige Amsterdamse arts E. van Dieren, die zich tegen alles keerde wat nieuw en modern was, werden nauwelijks serieus genomen en droegen ironisch genoeg bij tot de verbreiding van Freuds inzichten. Van Dierens kwalificatie van de psychoanalyse als 'Dadaïstische zwijnerij' en 'het door velen onderschatte Perverse gevaar', waren voor Querido aanleiding Freud voor de Vara-radio te verdedigen. Enkele linkse intellectuelen grepen Freuds cultuurkritiek aan om een verband te leggen tussen de psychische structuur van het individu en de sociale orde, en op basis daarvan hun maatschappijkritiek te onderbouwen.[591]

In de jaren dertig ontdekten sommige 'vrije socialisten' en anarchisten de psychoanalyse, niet alleen de orthodoxe vorm van Freud, maar ook de marxistische varianten zoals W. Reich en vertegenwoordigers van de Frankfurter Schule die ontwikkelden: H. Kuysten, redacteur van het tijdschrift *Bevrijding*; de vrijdenker A. Constandse, auteur van *Sexuele nood en fascisme* (1935) en *Sexualiteit en levensleer: de sexuele en politieke psychologie van Dr. W. Reich* (1938); de psychiater Van Emde Boas, die zich binnen de NMB met geboorteregeling bezighield en de aanzet gaf tot het medisch-seksuologisch onderwijs aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam; en de anarchist en seksuele hervormer G. Nabrink, die in 1935 het initiatief nam tot de oprichting van een SexPol-studiegroep en 'sociaal-psychologische studiekring' in Den Haag en die actief was in de NMB. Verschillenden van hen vonden in de psychoanalyse inspiratie om zich tegen de heersende christelijke en burgerlijke seksuele moraal te keren: de onderdrukking van de seksuele driften zou schadelijk zijn voor individu en maatschappij. Onder psychiaters kreeg het freudomarxisme enige aanhang: naast Van Emde Boas en de eveneens in de NMB actieve Oerlemans lieten ook Rh. Feith, assistent van Carp aan de Leidse universiteit en vrijgevestigd zenuwarts te Den Haag, en Grewel, die was verbonden aan de psychiatrische kliniek van de Gemeente Universiteit van Amsterdam en die zich profileerde als kinderpsychiater, er zich door inspireren. Zij waren politiek actief in de communistische en antifascistische beweging. Direct na de oorlog vormden deze vier psychiaters, die tijdens de oorlog bij verzetsactiviteiten betrokken waren, een 'Sociaal-Analytische Werkgroep' en in 1950 brachten zij de bundel *Mens en Gemeenschap: Sociaal-psychologische studies* uit.[592]

Binnen de inrichtingspsychiatrie was A. Stärcke een van de weinigen die de cultuurkritische kant van Freuds werk enthousiast omarmde en verder uitwerkte

591 Brinkgreve 1984, 97; Bulhof 1983, 311.

592 Louwen 2003.

in een richting die sterk doet denken aan de 'antipsychiatrie' van de jaren zestig en zeventig.[593] Volgens Stärcke, die tot de eerste aanhangers van de psychoanalyse in Nederland behoorde en die in 1920 veel succes oogstte met zijn voordracht op het zesde Internationale Congres voor Psychoanalyse in Den Haag, toonde de psychoanalyse aan dat de cultuur de natuur, waaronder de menselijke seksualiteit, geweld aandeed. De maatschappij was ziek, beweerde hij al in 1912; veel culturele verworvenheden en de nadruk op de geestelijke status van de mens waren gebaseerd op een wijd verspreide dwangneurose. De psychoanalyse maakte duidelijk dat het ontstaan en de medische diagnose van psychische stoornissen niet los waren te zien van de eisen die de beschaving stelde en dat deze uitdrukking waren van een communicatiestoornis tussen de patiënt en diens omgeving. Psychosen hadden volgens Stärcke een functie: zij vormden een regressie tot een primitiever stadium en als zodanig een noodzakelijke voorwaarde voor psychisch herstel. Weliswaar bepleitte Stärcke geen bevrijding van het driftleven, dat immers ook agressieve en destructieve kanten vertoonde, maar hij vond wel dat het individu en diens lustgevoelens zich niet alleen naar de culturele orde dienden te voegen, maar ook andersom.

Onder de zenuwartsen die de psychoanalyse aanhingen waren Van Emde Boas, Oerlemans, Feith, Grewel en Stärcke een uitzondering. Hoewel de ontmaskering van de heersende moraal en de grotere openheid op seksueel gebied velen van hen aansprak, stelden de meesten de gevestigde moraal en maatschappelijke orde niet ter discussie. Over het algemeen benadrukten zij dat sublimatie van de driften noodzakelijk was, waardoor zij de subversieve kant van Freuds cultuurkritiek – individuen zouden lijden onder een neurotiserende beschaving – naar de achtergrond schoven. De meeste psychoanalytici gaven prioriteit aan de individuele therapeutische behandeling van hun patiënten en deze was alleen al om pragmatische redenen gericht op aanpassing aan de bestaande maatschappij.[594] Dat een dergelijke invulling van de psychoanalyse zich met uiteenlopende mens- en maatschappijvisies liet verenigen bleek uit het feit dat zij ook in de protestantse en katholieke wereld enige aanhang kreeg. Hoewel Freud de vreedzame coëxistentie tussen de kerk, die het terrein van de ziel bestierde, en de medische psychiatrie, die de zenuwen en hersenen tot haar domein rekende, op de proef stelde en zijn idee dat alle uitingen van het geestelijk leven tot het drift- en fantasieleven te herleiden waren, voor gelovigen moeilijk te pruimen was, verwelkomden enkele protestantse theologen, onder wie H. Bavinck, de idee van het onbewuste. Zij grepen het aan om hun argumenten tegen de materialistische wereldbeschouwing kracht bij te zetten. Het onbewuste was voor hen de psychologische achterdeur waardoor de ziel, nu wetenschappelijk onderbouwd, weer een centrale plaats kon krijgen.[595] Verder begonnen predikanten in de jaren dertig steeds meer belang te

593 Bulhof 1983, 176–211.
594 Bulhof 1983, 285–306.
595 Bulhof 1983, 274.
596 Bos 1996.

hechten aan psychologische en psychiatrische kennis ten behoeve van de individuele zielzorg, hetgeen bleek uit het sinds 1931 verschijnende tijdschrift *Predikant en dokter*. Sommige predikanten, die streefden naar een persoonlijkere band met gelovigen, namen de vertrouwensrelatie tussen dokter en patiënt tot voorbeeld.[596]

Katholieken accepteerden de psychoanalyse later en selectiever dan de protestanten.[597] De gespannen verhouding tussen katholicisme en psychoanalyse werd op de spits gedreven door de strijd die in 1930 ontbrandde over de opvolging van Jelgersma als hoogleraar aan de Leidse universiteit. De kandidaat die Jelgersma verdedigde, zijn voormalige assistent Carp, riep fel verzet op vanuit psychoanalytische kring, omdat hij als katholiek geen goed psychoanalyticus zou kunnen zijn.[598] Desondanks deed Carp zich als hoogleraar kennen als een belangrijke promotor van de psychoanalyse, hoewel hij deze combineerde met fenomenologische en medisch-biologische invalshoeken. Hij was een van de eerste psychiaters die de kinderpsychologie en opvoedingsproblemen vanuit psychodynamisch oogpunt benaderden. Hoewel sommige geestelijken en katholieke artsen Freud afschilderden als een ondermijner van godsdienst en moraal, lieten de moraaltheoloog Duynstee en de psychiaters Havermans en H.F. de Vries meer genuanceerde geluiden horen. Duynstee trachtte de thomistische zielkunde met freudiaanse inzichten te verrijken. Psychiaters pareerden de kerkelijke bezwaren tegen de psychoanalyse door een onderscheid te maken tussen de theorie, waarvan belangrijke onderdelen – het grote belang dat Freud aan seksualiteit hechtte en zijn karakterisering van religie als illusie en vorm van sublimatie – niet door de beugel konden, en de therapeutische methode, die objectief zou zijn en derhalve ook door katholieken was te gebruiken. Met name Carp en De Vries, die een leeranalyse bij de Weense analyticus W. Stekel had ondergaan, gebruikten de psychoanalyse in hun verklaring en behandeling van wat als seksuele perversies golden, in het bijzonder homoseksualiteit.

De psychoanalyse kreeg vooral erkenning in de universitaire psychiatrie en de ontkiemende kinderpsychiatrie. Al voor de Eerste Wereldoorlog onderstreepten de hoogleraren L. Bouman en Jelgersma de betekenis van Freud voor de psychiatrie en gaven zij blijk van grote waardering voor de psychoanalyse, echter zonder deze te verheffen tot het exclusieve fundament van de psychiatrie. Voor beiden bleef de psychoanalyse een interessante benadering binnen het veel meer omvattende psychiatrische vakgebied, dat toch in de eerste plaats onderdeel was van de medische wetenschap. Eenzelfde houding ten aanzien van de psychoanalyse is aan te treffen bij de andere psychiaters die in het interbellum leerstoelen bekleedden. L. Bouman, Jelgersma, K.H. Bouman, Van der Horst, Carp en Rümke erkenden de psychoanalyse als een van de waardevolle benaderingen in de psychiatrie en assimileerden psychoanalytische inzichten zonder Freuds theorie geheel en

597 Bulhof 1983, 281-284; Brinkgreve 1984, 93-95, 108-112; Ter Meulen 1988a, 78-86; Oosterhuis 1992, 74-76.

598 Brinkgreve 1984, 108-112; De Waardt 2005, 130-132.

onvoorwaardelijk te omarmen. Mede dankzij de invloed van K.H. Bouman, die de psychoanalyse zelf niet beoefende, kregen de psychoanalytici Van der Hoop, A.J. Westerman Holstijn en H.G. van der Waals aanstellingen als privaatdocent aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Ook in Leiden vervulden psychoanalytici, F.P Muller en Fortanier, privaatdocentschappen.[599]

De kinderpsychiatrie kon mede dankzij veranderingen in de pedagogie tot ontwikkeling komen. Bovendien was er in de eerste helft van de twintigste eeuw sprake van een verschuiving in de medische aandacht voor kinderen van lichamelijke naar geestelijke (on)gezondheid.[600] Vanaf 1919 bestonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Utrecht psychiatrische spreekuren en poliklinieken voor kinderen en in de jaren dertig kregen ook de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam (1931) en de Leidse universiteit (1936) dergelijke voorzieningen. Tevens kwamen in de universitaire klinieken van Amsterdam (omstreeks 1932), Utrecht (1940) en Leiden (1940) ook faciliteiten tot stand om kinderen op te nemen. De grondleggers van de klinische kinderpsychiatrie in Nederland waren N.C. Bakker, O. van Andel-Ripke, Grewel en Carp.[601] Tot omstreeks 1930 overheerste in de opvoedingsliteratuur van pedagogen, hygiënisten, artsen, onderwijzers, theologen, dominees, priesters en maatschappijhervormers een morele benadering waarin gehoorzaamheid aan het ouderlijk gezag, de onderdrukking van slechte neigingen en het aankweken van 'karakter', het geweten en zelfbeheersing centraal stonden. In de jaren twintig kwam er in de bespreking van kinderlijke gedragsproblemen meer oog voor de individuele beleving en de gevoelens van het kind en verschoof het accent in de relatie tussen ouders en kinderen van autoriteit en gehoorzaamheid naar wederzijds vertrouwen. Afwijkende gedragingen die moeilijk te duiden waren in termen van morele schuld, zoals bedwateren, stotteren, verlegenheid en nagelbijten, gaven aanleiding tot meer psychologische en psychoanalytische beschouwingen, waarin onbewuste drijfveren van zowel ouders als kinderen een grote verklarende rol speelden.[602]

In de jaren dertig gingen psychiaters en psychologen op dit terrein de toon aangeven en nam de afstand tussen hun expertise en de ervaringskennis van leken toe. Vanuit het psychiatrische perspectief bood louter zedelijke opvoeding geen remedie, maar was daarnaast ook behandeling gericht op bewustwording en zelfinzicht nodig. Psychiaters als Th. Hart de Ruyter en Grewel bekritiseerden de strenge en eenvormige opvoedkundige benadering in de kinderbescherming: in de opvoedingstehuizen en pleeggezinnen bestond niet het juiste pedagogische klimaat om rekening te houden met individuele verschillen tussen kinderen. Bovendien zou het niet alleen om correctie achteraf moeten gaan, maar moest er meer aandacht voor preventie van stoornissen en misdragingen bij kinderen

599 De Waardt 2005, 132–133.
600 Gijswijt-Hofstra en Marland 2003, 21.
601 Abma en Weijers 2004, 86–91; De Waardt 2005, 176–177; zie ook De Goei 1992 en Sturm en Groenendijk 1999.
602 Bakker 1995; Bakker 2000.

komen.[603] In de jaren dertig prees de Haagse psychiater T. van Schelven de psychoanalyse aan in een boek over kinderpsychologie. De psychoanalyse voedde de idee dat ontsporingen en stoornissen bij kinderen waren te voorkomen door ouders bewust te maken van de psychologische ontwikkeling van hun kroost en door hen te leren hun opvoeding daarop af te stemmen. Aangezien ouders en kinderen zich niet bewust waren van verdrongen verlangens en conflicten en de grote betekenis van jeugdervaringen, werd meer deskundige begeleiding bij de opvoeding gewenst geacht. Aan het eind van de jaren twintig kreeg deze, zoals we hebben gezien, in het bijzonder vorm in het Medisch-Opvoedkundig Bureau, dat zich als voorziening op het gebied van de geestelijke volksgezondheid vestigde.[604]

Net als de fenomenologisch georiënteerde psychiatrie stonden psychotherapie en psychoanalyse vrij ver af van de inrichtingspraktijk, op enkele uitzonderingen na.[605] De Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse, in 1937 omgedoopt tot Nederlandsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychiatrische Psychoanalyse, wilde de psychoanalyse inzetten in de behandeling van psychosen. In sommige dossiers van patiënten in het sanatorium Rhijngeest zijn hier sporen van terug te vinden.[606] Stärcke, die werkzaam was in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder paste aan de psychoanalyse ontleende inzichten toe in de actievere therapie en de somnifeen(slaap)kuur. Hij benadrukte het belang van communicatie tussen psychiater en krankzinnige en het begrip voor diens belevingswereld. In Stärcke's interpretatie van de actievere therapie was het herstel van het contact met de omgeving belangrijker dan de heropvoedende werking van arbeid.

De daadwerkelijke toepassing van psychotherapie en psychoanalyse in het bijzonder bleef voornamelijk beperkt tot particuliere praktijken. Het aantal zenuwartsen dat uitsluitend op basis daarvan in hun levensonderhoud kon voorzien, zal niet groot zijn geweest. Het ging om een kleine kring van analytici die in de grote steden in het westen van het land, met name Amsterdam, Den Haag en Leiden, was gevestigd en die zich voornamelijk richtte op beter gesitueerde patiënten. De particuliere psychotherapeutische markt was uitermate krap, vooral als het psychoanalyse betrof: slechts weinig mensen konden zich een langdurige en kostbare psychoanalyse veroorloven, als ze al het nut ervan inzagen. Bovendien vereiste de psychoanalyse, die in tegenstelling tot hypnose en suggestietherapieën de zelfreflectie van patiënten centraal stelde, een zeker intellectueel niveau, verbale begaafdheid en introspectief vermogen, zodat zij de eigen persoonlijkheid

603 De Goei 1995, 8-11.

604 Zie verder 2.5, paragraaf Moeilijke kinderen.

605 Volgens Poslavsky (1993), die twee Nederlandse psychiatrische tijdschriften analyseerde op de behandeling van hysterie, drong de psychoanalyse in de jaren 1909-1939 niet echt door in de psychiatrie. Beumer (1991) stelt dat in de inspectieverslagen over de inrichtingspsychiatrie nauwelijks iets is te vinden over de toepassing van de psychoanalyse en evenmin van de fenomenologie.

606 Zie 1.6, paragraaf 'Op de grens: zenuwlijders in Rhijngeest'. Zie over de psychoanalytische duiding van psychosen, in het bijzonder schizofrenie, in Endegeest ook ook 2.3, paragraaf 'Gestichtsheren verenigd'.

in psychologische termen konden begrijpen. De psychoanalytische beweging was elitair en exclusief, en hetzelfde gold voor haar clientèle. In dit opzicht waren de eerder ontwikkelde hypnotische en suggestietherapieën, die gericht waren op morele en emotionele beïnvloeding en overreding, en die verder niet ingingen op de diepere psychologische oorzaak van het lijden, voor een breder publiek toegankelijk dan de psychoanalyse.

Naast de vrijgevestigden die zich toelegden op de psychoanalyse, waren er ook zenuwartsen met eigen praktijken die een grotere variëteit aan behandelingen boden en daarmee ook een ruimere patiëntenkring bereikten. In zijn autobiografie beschrijft een Amsterdamse zenuwarts hoe hij in de jaren twintig een grote en drukke praktijk aan huis opbouwde voor zowel ziekenfondspatiënten als particulieren. Hij paste zowel somatische behandelingen als hypnose en suggestie als therapeutisch middel toe, de laatste twee vooral bij 'neurose-lijders'. Persoonlijke aandacht, geduldig luisteren, vertrouwen opbouwen en bemoedigen zouden de beste remedie voor dit soort patiënten vormen.

——— *Wat een lijdensgeschiedenissen, waarvan de omgeving vaak niets vermoedde. Angst voor dit, angst voor dat, radeloze angst, waarvoor ze geen uitweg meer wisten, die het diepste van hun wezen aanvrat en geen werkelijk levensgeluk toeliet. Zo voor de omgeving glimlachend, hun angsten verbergend, verbeten zij zich in hun levenstaak. Werd het hun al te zwaar, dan volgde soms een zelfmoordpoging, die zelden gelukte. De huisarts had gewoonlijk geen tijd voor hen. Zij kwamen vaak niet eens eraan toe, hun diepe problemen, levensangst, straatangst, ziektevrees of sexuele moeilijkheden de huisarts voor te leggen. Met drankjes en poedertjes was hier niets te beginnen, dat wisten die patiënten zelf heel goed. [...] Zo zaten zij daar, de ongelukkigen, de gestranden op de levenszee en vertelden hun levensgeschiedenis. Zo werd er een stil, onzichtbaar weefsel tussen ons geweven, dat alléén voor óns en tussen óns bestond. Ik liet ze spreken, onderbrak ze alleen af en toe met een aanmoediging om verder te gaan. Of als ze zich schaamden en het gesprek een andere richting wilden geven om het een of ander voorlopig nog voor mij te verbergen, liet ik ze met enkele woorden voelen, dat ik de rest al zo een beetje kon raden en zij er beter maar meteen mee voor de dag konden komen. [...] De binding met de zenuwarts betekent een voor het eerst opademen, de geboorte van de hoop op genezing. [...] Het was een vertrouwensvolle overgave van de patiënt aan de dokter, een zich stil zwijgend openstellen, om de genezende suggesties van hem te ontvangen. [...] Zo kon ik dan mijn genezende woorden in hun ziel laten vloeien, als een balsem in een wonde. Ik zag de mensen geestelijk weer opleven, al soms na één behandeling, in de meeste gevallen na enkele weken.*[607]

Hoe klein de meer gespecialiseerde psychotherapeutische markt was, bleek in de jaren dertig uit de afwerende houding van sommige Nederlandse analytici tegenover enkele buitenlandse collega's die vanwege het nazisme vanuit Duitsland naar Nederland uitweken. De angst voor concurrentie speelde hierbij een belangrijke rol.[608] Al in 1930 betoogde Rümke in een voordracht voor de NVGV dat deze

607 Niemandsland 1948, 169-173.

608 Brinkgreve 1984, 50-52, 145.

behandeling te weinig toegankelijk was, vooral voor minvermogenden. De onwetendheid van artsen en het publiek en het wijd verbreide wantrouwen tegen de psychiatrie speelden psychotherapeuten ook parten, aldus Rümke. Dit alles was te betreuren, want ook voor algemene levensproblemen kon de psychotherapeut goede diensten bewijzen. Naast neurosen, seksuele aberraties en persoonlijkheidsstoornissen behandelde hij zelf in zijn particuliere praktijk ook conflicten op het werk en in het huwelijk; vaak zouden scheidingen door middel van psychiatrische hulp te voorkomen zijn.[609] Later voegde hij daaraan toe dat psychotherapie ook goede diensten kon bewijzen om 'de ontplooiing van den mensch tot zijn volle rijpheid' te bevorderen.[610]

Met name K.H. Bouman begon zich eind jaren dertig in te zetten voor een uitbreiding van deze behandelwijze buiten de particuliere sector, waarbij hij op de mogelijk preventieve werking ervan wees. De psychotherapeutische behandeling van neurosen kon voorkomen dat deze zich tot ernstiger psychische stoornissen ontwikkelden en kon zo bijdragen aan de geestelijke volksgezondheid. Zijn streven naar een publiek behandelingsinstituut in Amsterdam – naar het voorbeeld van andere steden in het buitenland[611] en van de door ziekenfondsen en gemeenten gefinancierde medische poliklinieken voor on- en minvermogenden – stuitte aanvankelijk op weerstanden vanuit kerkelijke kring en ook ontbrak het aan financiering. Het optimisme omtrent de heilzame werking van psychotherapie, waarvan Rümke en Bouman blijk gaven, werd overigens door Carp getemperd. Onder verwijzing naar steekproeven in zijn universiteitskliniek, waar verschillende varianten van psychotherapie toepassing vonden, bleek volgens hem dat de effecten ervan, als ze al meetbaar waren, teleurstelden. Ook merkte hij op dat de persoonlijkheid van de therapeut en diens levensbeschouwing waarschijnlijk van groter belang waren dan de gevolgde methodiek.[612]

De institutionalisering van de psychoanalyse verliep minder voorspoedig dan de verbreiding van het gedachtegoed. Rond de Eerste Wereldoorlog bestond er binnen en buiten de psychiatrische wereld enige geestdrift voor de psychoanalyse en waren de verwachtingen hooggespannen. Toen de psychoanalyse als georganiseerde beweging in de loop van de jaren twintig meer en meer sektarische kenmerken begon te vertonen en haar woordvoerders zich zelfgenoegzamer en onbuigzamer opstelden tegenover de buitenwereld en degenen die niet recht in de leer zouden zijn, verbleekte het enthousiasme onder psychiaters enigszins. De hechte organisatie en doelbewuste strategie ondersteunden de vestigingsstrijd en de verspreiding van de psychoanalyse, maar het daarmee gepaard gaande dogmatisme en de arrogantie riepen ook weerstanden op. De interne conflicten en rivaliteit die de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse (NVPA) plaagden,

609 Rümke 1931.
610 Rümke 1944, 269.
611 In 1938 hield de in de Londense Tavistock-kliniek werkzame psychiater C. Miller een voordracht over psychotherapie in Amsterdam. De Waardt 2005, 186.
612 Carp 1938a en Carp 1938b; vergelijk Rooijmans 1998, 62.

deden het imago van de psychoanalyse evenmin goed. Niet alleen de onenigheid over de juiste interpretatie van de psychoanalytische theorie, vooral in verband met de tegenstellingen tussen enerzijds Freud en anderzijds Jung en A. Adler, ook de vragen of leken zonder medische opleiding de psychoanalyse mochten beoefenen, of psychoanalytici in spe als onderdeel van hun opleiding zelf een leeranalyse moesten ondergaan en wie de bevoegdheid had om nieuwe analytici op te leiden, zorgden voor verdeeldheid onder zenuwartsen en hadden in de jaren dertig en veertig zelfs afsplitsingen binnen de psychoanalytische beweging tot gevolg.[613]

De psychoanalyse had in Nederland ingang gevonden via de psychiatrie en mede vanwege het aanzien en de invloed die artsen genoten, kon zij invloed verwerven. De algemene belangen van zenuwartsen en de doeleinden van de psychoanalytische beweging en vooral van de orthodoxe Freudianen daarin bleken echter niet altijd naadloos samen te vallen. Niet alleen de opvolging van Jelgersma door Carp zorgde voor conflictstof tussen de kern van de psychoanalytische beweging en de rest van de psychiatrische wereld, ook de opleiding en de bevoegdheden op het terrein van de psychoanalyse gaven aanleiding tot spanningen. Net als bij het vraagstuk van de lekenanalyse waren in de kwestie van de al dan niet verplichte leeranalyse de professionele belangen en de medische status van zenuwartsen in het geding. Zij achtten zich op grond van hun medische opleiding competent om zich met de psychotherapie (en derhalve ook de psychoanalytische variant ervan) bezig te houden. Hun deskundigheid moest niet worden verward met psychologisch zelfonderzoek. G. Jelgersma wees in dit verband op het gevaar dat de leeranalyse onevenwichtige, neurotische mensen zou aantrekken, die zich niet om beroepsmatige, maar om persoonlijke redenen op de psychoanalyse toelegden. Zenuwartsen hadden geen belang bij analyse door leken, die Freud zelf en andere leidende psychoanalytici voorstonden.[614]

Zenuwartsen waren beducht voor mogelijke concurrentie op de psychotherapeutische markt. Eind jaren dertig werd in de NVPN met zorg geconstateerd dat diverse behandelaars zonder medische bevoegdheid psychotherapie bedreven. Onder de vlaggen van 'psychologische behandeling', 'individualpsychologie' 'psychoanalyse', 'paedagogische adviezen' en 'psychometrie' zou veel 'kwakzalverij' schuilgaan, 'waardoor vaak schade aangericht wordt'.[615] Het ging behalve om gewone 'kwakzalvers' zonder enige opleiding ook om academisch opgeleide psychologen, pedagogen, niet-medisch opgeleide psychoanalytici en juristen.[616] Het bestuur van de vereniging stelde in 1938 een commissie in om de verbreiding van de niet-medische psychotherapie nader te onderzoeken en om na te gaan of er tegenmaatregelen te nemen waren. De commissie hield een enquête onder de

613 Brinkgreve 1984, 137-180; Stroeken 1997.

614 Overigens konden niet-medici alleen buitengewoon lid van de NVPA worden, bezaten ze geen stemrecht en hielden psychologen zich nog nauwelijks bezig met psychotherapie en psychoanalyse. Brinkgreve 1984, 124; Heuves 1997.

615 Ongedateerde brief Carp, Sillevis Smitt, Westerman Holstijn en De Bois, Archief NVPN.

616 De Bois 1939, 68-69.

leden, waarbij zij de vragen kregen voorgelegd welke niet-medische behandelaars hen bekend waren, of zij dergelijke praktijken wel of niet gewenst achtten en of de zenuwartsen zelf op dit terrein tekortschoten.[617] Van de ongeveer 300 verzonden enquêteformulieren werden er zo'n 70 geretourneerd, waarop in totaal 34 namen vermeld stonden van leken die op enigerlei wijze tegen betaling psychotherapie beoefenden. De grote meerderheid van de geënquêteerde zenuwartsen achtte dergelijke praktijken onwenselijk of vond dat er beperkingen aan gesteld moesten worden. Tegelijkertijd gaven zij aan dat de zenuwartsen op het gebied van de psychotherapie tekortschoten: het ontbrak velen aan kennis en competentie op dit gebied. Ook het aanbod van deze behandeling voor minder draagkrachtige patiënten, bijvoorbeeld op poliklinieken in de grote steden, liet te wensen over.[618]

Voor de commissie was deze uitkomst aanleiding om te pleiten voor een verdediging van het medisch alleenrecht op psychotherapie: aangezien het om een geneeskundige behandeling ging, konden zenuwartsen zich beroepen op de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst van 1865, die bepaalde dat medische behandelingen waren voorbehouden aan artsen.[619] Tegelijkertijd constateerde de commissie dat zenuwartsen de concurrentie van leken op dit werkterrein ook aan zichzelf te wijten hadden, omdat de specialisering in de psychotherapie zover was gegaan dat velen ver verwijderd waren geraakt van de kern van de geneeskunde. Daardoor waren zij in een grensgebied terechtgekomen en was het onvermijdelijk dat zij andere beroepsbeoefenaren tegenkwamen. Daarom was het raadzaam om in overleg te treden met de beroepsverenigingen van psychologen, psychoanalytici en pedagogen om zo tot een vergelijk te komen omtrent de afgrenzing van het medische en niet-medische werkterrein.[620]

In de vergadering die de NVPN aan de uitkomsten van de enquête wijdde werd opgeroepen om actie te ondernemen tegen 'psychotherapeutische kwakzalvers'.[621] Anderzijds wezen enige leden erop dat psychotherapie deels van niet-medische

617 Ongedateerde brief Carp, Sillevis Smitt, Westerman Holstijn en De Bois, Archief NVPN. Wat betreft de laatste vraag schreef een van de commissieleden, Westerman Holstijn, dat deze 'bepaald zeer gewenscht is, aangezien we er anders op kunnen rekenen, dat bepaalde personen ons eenige zeer kwaadaardige opmerkingen over de betere kennis van bepaalde leeken zullen maken, zoodat het wijzer is, hen voor te zijn, en de mogelijkheid van eigen tekorten voorop te stellen.'

618 Resultaat Enquête betreffende de Kwakzalvery, Archief NVPN.

619 In de praktijk werd er alleen tot strafrechtelijke vervolging overgegaan als aan het licht kwam dat de uitoefening van de geneeskunst door leken ernstige schade teweegbracht aan de (lichamelijke) gezondheid van patiënten. Bij psychotherapie zal dit in de regel niet het geval zijn geweest. Vergelijk De Bijl 2000.

620 De Bois 1939. Er bestonden op dat moment twee verenigingen voor psychologie: de in 1927 opgerichte Nederlandsche Vereeniging voor Psychologie, die behalve voor psychologen ook open stond voor medici en andere beoefenaars van de 'zielkunde', en het in 1938 tot stand gekomen Nederlandsch Instituut van Praktiserende Psychologen (NIPP) een meer exclusieve belangenvereniging voor afgestudeerde psychologen die zich bezighielden met 'psychotechniek', de testpsychologie en het persoonlijkheidonderzoek op het gebied van de beroepskeuze, het onderwijs en het bedrijfsleven.

621 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 130.

oorsprong was en dat niet alle op dit terrein werkzame leken – bijvoorbeeld 'het groote leger van heilpaedagogen en ambtenaren aan opvoedingsinrichtingen' en enkele psychoanalytici zonder artsendiploma – malafide waren.[622] Anderen brachten naar voren dat de niet-medische psychotherapiepraktijken een gevolg waren van de werking van de markt. 'Het publiek bepaalt en krijgt het aantal kwakzalvers dat het verlangt en dat het waard is', aldus H.W. Stenvers. Een Haagse zenuwarts wees erop dat zijn woonplaats, waar veel zenuwartsen gevestigd waren, tegelijkertijd het hoogste aantal 'psychische kwakzalvers' kende.[623] Onder het publiek bestond blijkbaar een behoefte aan deze behandeling, waaraan zenuwartsen niet in voldoende mate konden tegemoetkomen. Bovendien was het probleem dat het publiek en de meeste huisartsen niet op de hoogte waren van wat tot 'het indicatie-gebied van de moderne psychiatrie' behoorde. Zo waren zenuwartsen er nog niet in geslaagd om duidelijk te maken dat zij de aangewezen deskundigen waren om 'moeilijke kinderen, karakter-moeilijkheden, huwelijksmoeilijkheden, sexueele moeilijkheden' te behandelen. 'Doordat de leeken met deze indicatie-gebieden adverteeren vat de meening post, dat het geheel en al hun afdeeling is en komen wij niet eens in aanmerking.'[624] Al eerder had Westerman Holstijn als lid van het bestuur van de NVPN erop gewezen dat de 'kwakzalverij' in de hand werd gewerkt door het ontbreken van gedegen psychotherapeutische scholing in de opleiding tot zenuwarts en een registratie van geschoolde psychotherapeuten.[625]

Veel zenuwartsen die psychotherapie bedreven lieten zich ook door andere voorbeelden dan Freud inspireren en keerden zich tegen een exclusieve positie van de psychoanalyse. Dit leidde ertoe dat er in 1930 naast de psychoanalytische een algemene vereniging voor psychotherapie kwam. De Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (NVPT), die zich ten doel stelde de ontwikkeling van de psychotherapie te bevorderen, hechtte meer belang aan de medische opleiding, dan aan een grondige psychoanalytische vorming. Alleen zenuwartsen die de psychotherapie beoefenden konden lid worden van de vereniging. Voor andere artsen, die van belangstelling voor de psychotherapie blijk gaven, was alleen een buitengewoon lidmaatschap weggelegd.[626] De oprichting van de NVPT was onderdeel van een bredere Europese ontwikkeling rond psychotherapie, waarbij de Duitse *Allgemeine Aerztliche Gesellschaft für Psychotherapie* (1928) met leden uit Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nederland de toon aangaf. Het streven was erop gericht de medische status ervan te handhaven en een monopolievorming van de psychoanalyse te voorkomen.

622 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939,132–133.
623 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 131, 135.
624 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1939, 134.
625 Notulen vergadering bestuur NVPN 16-9-1933, Bijlage bij punt 6 van de agenda, inzake aanwijzing van specialisten, Archief NVPN.
626 Van der Hoop en Van der Waals 1930; vergelijk Notulen bestuursvergadering NVPN 4-10-1930, Archief NVPN.

Hoewel de eerste leden van de NVPT bijna allemaal ook lid waren van de NVPA – de analytici Van der Hoop en Van der Waals waren voorzitter respectievelijk secretaris van de NVPT – en alleen de psychoanalyse een theoretisch onderbouwde psychotherapeutische methode bood, hield de nieuwe vereniging net zoals haar Duitse pendant enige afstand van de orthodoxe psychoanalyse en stond zij een verbreding van de psychotherapie voor teneinde de clientèle uit te breiden. Leden als Carp, Van der Horst, K.H. Bouman, Rümke en Sillevis Smitt hielden zich naast de psychoanalyse ook bezig met andere vormen van psychotherapie, zoals de 'Individual-Psychologie', de 'directieve therapie', de 'psycho-carthartische behandelingsmethode' en hypnose. Rümke ontwikkelde een eigen 'analytisch-synthetische methode' en Carp onderscheidde zich met de 'psychagogie' en 'suggestietherapie'. Na de oorlog zou de laatste zich toeleggen op groepstherapie en psychodrama.[627] De NVPT, die studiebijeenkomsten, lezingen en trainingen organiseerde, ijverde voor de financiering van psychotherapie als reguliere medische behandeling en de opzet van een algemeen erkende opleiding, waarbij zij (tevergeefs) erkenning en steun van de NVPN zocht.[628]

Ondertussen ging de Nederlandse psychoanalytische beweging bijna aan interne strijd ten onder. Deze spitste zich toe op de beheersing van de opleiding. Met de oprichting in 1930 van het Nederlandsch Instituut voor Psychoanalyse in Den Haag onder leiding van J. van Ophuijsen, de toenmalige voorzitter van NVPA, werd de eerste aanzet gegeven tot een geregelde opleiding. Deze kwam echter niet van de grond omdat een groep Amsterdamse analytici, waarin vooral Westerman Holstijn op de voorgrond trad, Van Ophuijsens leiderschap betwistte. Terwijl Van Ophuijsen, die in de eerste plaats psychoanalyticus was en zich minder verbonden voelde met de gevestigde medische psychiatrie, bijval kreeg van de internationale beweging, zocht Westerman Holstijn, wiens loyaliteit in de eerste plaats de psychiatrie in het algemeen gold, steun bij de NVPN. De machtsstrijd leidde ertoe dat Van Ophuijsen in 1933 zijn voorzitterschap neerlegde en een nieuwe organisatie oprichtte, de Vereeniging van Psychoanalytici in Nederland, die in 1938 weer opging in de NVPA. Ook naar aanleiding van de komst van enkele joodse analytici uit Duitsland en Oostenrijk, die na de nazistische machtsovername in Nederland een goed heenkomen zochten, kwamen de groepen onder leiding van respectievelijk Van Ophuijsen en Westerman Holstijn tegenover elkaar te staan. Terwijl de internationaal georiënteerde Van Ophuijsen de vestiging van de Duitse en Oostenrijke analytici in Nederland toejuichte, verwoordde de meer nationaal denkende Westerman Holstijn de weerstand ertegen. Vrees voor concurrentie op de kleine psychotherapeutische markt en voor intellectuele overvleugeling door de immigranten, die internationaal veel prestige genoten, speelde hierbij een rol. Meer in het algemeen bestond er onder zenuwartsen beduchtheid voor concurrentie van buitenlandse beroepsbeoefenaren. Vooral enkele Duitse psychia-

627 Carp 1939b; vergelijk Abma en Weijers 2004, 70. 628 Reijzer 1993, 23-27.

ters die in de jaren dertig in Nederland praktiseerden, gaven het bestuur van de NVPN aanleiding een brief aan de regering te schrijven om die aan te zetten tot maatregelen. Vanwege het ontbreken van het Nederlandse artsendiploma waren zij immers naar de letter van de wet niet bevoegd om hier de geneeskunde te beoefenen.[629]

In de strijd om de toelating van leken en de verplichte leeranalyse won het door de internationale psychoanalytische beweging gesteunde kamp uiteindelijk het pleit. Ook in de kwestie van de buitenlandse analytici trok dit aan het langste eind: zij kregen een plaats in de Nederlandse psychoanalytische wereld. Net als Van Ophuijsen, die naar de Verenigde Staten emigreerde, verliet Westerman Holstijn de NVPA, naar eigen zeggen vanwege de 'broedstoofsfeer' en het 'groepsnarcisme'.[630] Naar aanleiding van congresbezoeken in Engeland, België en Duitsland merkte Westerman Holstijn op dat de Nederlandse psychoanalyse, hoewel van hoog niveau, werd geteisterd door 'verstarring' en 'wederzijdsch wanbegrip':

> ——— *het aan stokpaardjes vastkleven is bij ons nog zeer groot [...] Men verschanst zich in geïsoleerde clubs waar andersdenkenden geweerd worden, doch het belangrijkste, het openlijk in kleinen kring ter tafel brengen van het beste wat men te geven heeft, het zichzelf openstellen voor beïnvloeding door andere wetenschappelijke inzichten, ontbreekt.*[631]

De opleiding kwam uiteindelijk echter in Amsterdam terecht, mede door de daadkracht van J.A. Lampl-de Groot, die na een verblijf in Wenen en Berlijn in 1938 naar Nederland kwam en die naast R. le Coultre als leeranalyticus werd aangewezen. Toen in 1941 de verordening werd afgekondigd dat joden niet langer lid mochten zijn van gemengde verenigingen, werd de NVPA ontbonden en werkten de analytici ondergronds door. De conflicten over de immigranten en de opleiding verdwenen naar de achtergrond. Joodse analytici organiseerden zich apart in een Joods Psychiatrisch Consultatiebureau als onderafdeling van de Joodsche Raad en het Amsterdamsch Joodsch Psychiatrisch Gezelschap. Nadat Lampl-de Groot en Le Coultre tijdens de oorlog de fundamenten voor een opleiding hadden gelegd die de goedkeuring van de Vereeniging kon wegdragen, werd in 1946 het Psychoanalytisch Instituut opgericht, dat zich ontwikkelde tot het nationale centrum van opleiding en praktijkuitoefening. Daarmee verschoof het zwaartepunt definitief van Den Haag naar Amsterdam.

629 Notulen vergadering bestuur NVPN 22-7-1935; vergelijk 11-12-1935, Archief NVPN; De Bois 1939.

630 Brinkgreve 1984, 177-178.

631 Westerman Holstijn 1938, 630.

Nabeschouwing

In hoofdstuk 2.3 over de krankzinnigenzorg in de gestichten en inrichtingen hebben wij kennisgemaakt met Fré Dommisse, die mede op basis van haar eigen ervaringen als patiënt, twee boeken schreef. Het eerste boek verhaalde van de wederwaardigheden van een jonge vrouw, die tijdens en kort na de Eerste Wereldoorlog meermaals in gestichten en sanatoria werd opgenomen. Haar tweede publicatie was een verslag van de veranderingen die zich sedertdien, tot aan het eind van de jaren dertig, in de gestichten en inrichtingen hadden voorgedaan. Er lijkt een wereld van verschil te bestaan tussen het gesticht van vóór en van na de invoering van de actievere therapie, tussen een gestichtscultuur van patiënten 'kleinhouden', dan wel een inrichtingspraktijk waarin zij werden geactiveerd met werk en andere bezigheden teneinde hen weer enige verantwoordelijkheid en sociale vaardigheden te geven. Dommisse liet er geen misverstand over bestaan dat zij de actievere therapie als pure winst beschouwde, zeker wanneer deze gepaard ging met de nodige inzet en betrokkenheid van verplegenden en ook artsen. Van der Scheer had zich geen betere lekenpropagandiste kunnen wensen!

De vraag is natuurlijk wel hoe theorie en praktijk zich tot elkaar verhielden en wat de veranderingen in de gestichten en inrichtingen concreet voor de direct betrokkenen, te beginnen met de patiënten, inhielden en betekenden. Wat kwam er in feite terecht van de actievere therapie en andere 'beloftes van het nieuwe', zowel qua toepassing als qua resultaten? Uit de door Vijselaar onderzochte dossiers van Endegeest, Voorburg en Wolfheze komen de jaren twintig en dertig naar voren als decennia van een verhoogde 'therapeutische' activiteit.[632] Maar wat betekende therapeutisch eigenlijk? Wat indertijd voor therapie doorging of kon doorgaan en wat niet, was niet scherp en al helemaal niet eng afgebakend. De overgang tussen geneeskundige, dat wil zeggen op genezing of verbetering gerichte behandelvormen – therapie in engere zin –, maatregelen om onrust te beteugelen en het bieden van bezigheden, lijkt betrekkelijk vloeiend te zijn geweest. Vijselaars constatering dat bedbehandeling, medicijnen en ook somnifeen voor een niet onbelangrijk deel dienden als 'rustgevende' middelen, om onrust en opwinding te temperen, onderstreept dit nog eens. Met andere woorden: eenzelfde behandelvorm kon met uiteenlopend oogmerk worden toegepast, als therapie in engere zin, dan wel om onrust te bestrijden, of een combinatie van beide.

Als het om de actievere therapie gaat, valt uit herinneringen en opstellen van verplegenden op te maken dat veel meer patiënten dan voorheen, ook onrustige, waren te 'bereiken' en te activeren. Op welke schaal en op welke wijze dit in de diverse inrichtingen daadwerkelijk gebeurde is minder eenvoudig vast te stellen. Bovendien: wanneer was er eigenlijk sprake van actievere therapie en wanneer gewoon van arbeid of arbeidstherapie? Hoe dan ook fungeerde arbeid ofwel het

632 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.

percentage werkende patiënten, als belangrijkste maatstaf in rapportages over de invoering en de resultaten van de actievere therapie.[633] De door Vijselaar geanalyseerde patiëntendossiers van Endegeest, Wolfheze en Voorburg verschaffen geen eenduidig uitsluitsel over de mate waarin en de manier waarop de beginselen van de actievere therapie toepassing vonden. Hoewel werkverschaffing, naar hij aangeeft, nooit onbelangrijk was geweest, viel er in de jaren twintig en dertig wel een toename van arbeidsverrichtingen te bespeuren onder de nieuw opgenomen patiënten. Het aantal van zo'n 90 procent arbeidende patiënten dat Van der Scheer in 1933 voor Santpoort opvoerde vindt echter bij lange na geen bevestiging in de door Vijselaar onderzochte dossiers. Die leverden op het hoogtepunt, onder de in 1930 opgenomen patiënten, een score van ongeveer twee derde arbeidende patiënten.[634]

In de individuele dossiers viel de introductie van de actievere therapie minder nadrukkelijk terug te vinden dan aanvankelijk verwacht. De duidelijkste verandering kwam voor in dossiers van chronische patiënten die, na jaren of soms decennia van nietsdoen, vanaf het eind van de jaren twintig aan het werk werden gezet. Dit vergde dan wel extra toezicht en aandacht van de kant van de verpleging. Daarnaast getroostten artsen en verplegenden zich na 1925 meer moeite om patiënten zo spoedig mogelijk na hun opname aan het werk te krijgen. Verwijzingen naar het gebruik van sancties of dwang zijn betrekkelijk schaars. In een enkel dossier viel te lezen dat een patiënte alleen onder strenge tucht, onder meer door overplaatsing naar de onrustige afdeling, aan het werk viel te krijgen en te houden.[635] Van kortdurende verwijderingen uit de groep, zoals behandeld in leerboeken voor de krankzinnigenverpleging en gememoreerd door oud-verplegenden, alsook van positieve sancties – evenzeer behorend tot de beginselen van de actievere therapie – ontbreekt ieder concreet spoor in de dossiers.

Over andere aspecten van de actievere therapie, zoals ontspanning na gedane arbeid, sport of feestelijkheden, valt evenmin veel op te maken uit de dossiers. Uit de verhalen en de opstellen van de oud-verplegenden blijkt evenwel dat zij ook hieraan grote waarde hechtten en zich er voor hadden ingezet, dikwijls overeenkomstig hun eigen kundigheden en interesses. Zo trachtten zij, al naar gelang de personele, ruimtelijke, materiële en financiële omstandigheden dat toelieten, invulling te geven aan de idee van de 'kleine gestichtsmaatschappij' en de geesteszieken op te voeden tot ordelijk, rustig, arbeidzaam en verantwoordelijk gedrag. Ook indien terugkeer naar de grote maatschappij een brug te ver zou blijken te zijn, dan nog viel de actieve deelname aan de kleine maatschappij te prefereren boven inactiviteit.

633 Zie Van der Scheer 1933, 61-62.

634 Vijselaar komt voor het door hem geanalyseerde bestand aan dossiers tot de volgende percentages arbeid: 44 procent van de in 1900 nieuw opgenomen patiënten, 53 procent in 1910, 57 procent in 1920, 63 procent in 1930 en 50 procent in 1940. Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.

635 Vijselaar, monografie in voorbereiding, hoofdstuk 5.

Over de nieuwe somatische kuren uit het interbellum kunnen we verder kort zijn: die hadden over het geheel genomen een tamelijk beperkt bereik en werden overwegend ingezet bij patiënten die nog niet lang ziek waren. Vooral de shockkuren konden bij patiënten angst en weerstand oproepen.[636] Van de kant van de verpleging vielen gemengde, soms zelfs uitgesproken negatieve geluiden over deze kuren te beluisteren, bijvoorbeeld van de kant van de eerder geportretteerde Kaptijn.

Over het geheel genomen geeft het interbellum een bescheiden verbetering van de materiële levensomstandigheden in de gestichten te zien. Die manifesteerde zich niet zozeer in een toename van de beschikbare leefruimte voor patiënten, als wel in een plezieriger aandoende inrichting ervan en meer aandacht voor de kwaliteit van het voedsel – dit ter voorkoming van ziekten als tuberculose. Sport- en ontspanningsactiviteiten kregen een vaste plaats in het leven van de inrichting. Zoals geneesheer-directeur C.F. Engelhard van de Willem Arntsz Stichting in 1936 schreef: een psychiatrische inrichting moet dusdanig zijn ingericht en gesitueerd 'dat de patiënten, het personeel en de bezoekers er gaarne vertoeven'.[637] In de loop van de jaren dertig kwam het ook her en der tot de organisatie van gezamenlijke uitstapjes. Bovendien konden patiënten toestemming vragen om gedurende een bepaalde periode met vakantie te gaan.[638] Met ingang van 1930 bevatten de jaarlijkse algemene overzichten van het Staatstoezicht zelfs een subrubriek 'met vacantieverlof', naast die van 'proefverlof', in de kolom van de tijdelijk afwezigen.

De economische crisis van de jaren dertig beroerde de gestichten op tweeërlei wijze. Enerzijds moesten zij op last van de rijksoverheid 5 à 10 procent op de exploitatielasten bezuinigen.[639] De voornaamste besparing bestond uit een verlaging van de personeelslasten door middel van salarisvermindering. Anderzijds kregen gestichten tijdelijk te maken met een stagnatie of zelfs teruggang van het aantal opnamen.[640] Gemeenten stelden zich tijdens de crisisjaren terughoudender op om opnamen te betalen voor hun armlastige ingezetenen. Dat betekende minder inkomsten voor de gestichten, tenzij ze minder patiënten ontsloegen. Van de Noord-Hollandse inrichtingen is bekend dat ze inderdaad deze lijn volgden. Geneesheer-directeur G. Kraus van Santpoort verdedigde dit beleid door erop te wijzen dat het te riskant was om patiënten in deze moeilijke tijden, anno 1931, te laten terugkeren naar de maatschappij.[641]

De economische conjunctuur was ook van grote betekenis voor de ontwikkeling van de voor- en nazorg, ofwel sociale psychiatrie, en in mindere mate ook voor de psychohygiëne. De problemen in de krankzinnigenzorg en de noodzaak om te bezuinigen op de kosten ervan vormden belangrijke stimulansen voor de

636 Zie bijvoorbeeld Blok 1997a, 147-150.
637 Engelhard 1936, 115.
638 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932b, 172.
639 De Goei 2001, 124.
640 Zie tabel 2.1 in 2.3, paragraaf 'De gestichts- en inrichtingsbevolking'.
641 Zie Blok 1997a, 147.

ontwikkeling van de voor- en nazorg en tot op zekere hoogte ook voor de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Beide hadden tot doel om door opvang in de maatschappij en preventie de toestroom naar de gestichten en inrichtingen in te dammen en op de kosten van de krankzinnigenzorg te besparen. Deze strevingen hadden echter effecten die voor een deel het tegendeel bewerkstelligden dan voorzien was. De nieuwe sociaal-psychiatrische en psychohygiënische voorzieningen, die op zichzelf ook nieuwe kosten met zich meebrachten, leidden tot een uitbreiding van het psychiatrisch domein: ze kregen namelijk ook mensen in het vizier die daarvoor buiten het blikveld van de psychiatrie waren gebleven. Hoewel wij niet beschikken over harde cijfers, zijn er aanwijzingen dat de voor- en nazorg met zich meebracht dat meer mensen met geestesstoornissen voor kortere duur werden opgenomen.

De andere extramurale voorziening die in het interbellum het licht zag, het MOB, was bedoeld om geestesziekte te voorkomen door middel van vroegtijdig ingrijpen bij kinderen, vooral in geval van verwaarlozing en crimineel gedrag. In dat licht zou het voor de hand hebben gelegen dat het MOB zich richtte op kinderen met ernstige psychische en gedragsstoornissen. Zoals we hebben gezien ontstond in deze instelling echter al gauw een tendens om dergelijke cliënten buiten de deur te houden en zich te beperken tot kinderen met minder zware mentale en gedragsproblemen, alsook opvoedingsmoeilijkheden waarmee ouders uit de midden- en geschoolde arbeidersklasse kampten. Een dergelijke neiging om als het ware een aanspreekbare en handelbare clientèle te selecteren zou zich in de verdere ontwikkeling van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid nog herhaaldelijk voordoen. Ook de hiermee verbonden psychologiserende benadering van de psychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters in het MOB was het begin van een tendens in een belangrijk deel van de extramurale psychiatrie, zoals we in de delen 3 en 4 zullen zien.

Naast bezuinigingen speelden ook andere, inhoudelijke motieven een rol bij de opkomst van de voor- en nazorg en de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Nieuwe opvattingen over geestesziekte, behandeling en bejegening van psychiatrische patiënten en de maatschappelijke rol van de psychiatrie deden hun invloed gelden. Het in 1916 geïntroduceerde onderscheid tussen gestichtsopname met rechterlijke machtiging en opname in een inrichting op louter medische indicatie is in zekere zin vergelijkbaar met het verschil dat in de sociale psychiatrie werd gemaakt tussen krankzinnigheid, waarvoor opname nodig was, en geestesstoornissen zonder hinderlijk of gevaarlijk gedrag, waarvoor alternatieve zorgpraktijken mogelijk een oplossing boden. Wat behandeling betreft overlapten het ideeëngoed van de actievere therapie in de inrichtingspsychiatrie en de sociaal-psychiatrische visie van pioniers als Pameijer, H.C. Jelgersma en Querido. Het gemeenschappelijke element was een sociaal- en moreel-pedagogische benadering van geesteszieken, waarbij op de achtergrond de vigerende ideeën over burgerschap – vooral in termen van verantwoordelijkheid, zelfbeheersing en

arbeidzaamheid – een rol speelden. In het interbellum kwam de opvoedkundige oriëntatie inclusief sociale begeleiding en ondersteuning centraal te staan in de Nederlandse inrichtings- en sociale psychiatrie. Hetzelfde gold voor de Nederlandse psychiatrische verpleegkunde, die met haar eigen, van de algemene verpleegkunde gescheiden opleiding alsmede met het grote aandeel van mannen, in internationaal opzicht een bijzondere positie innam. Daarnaast won de psychologiserende optiek enig terrein, hoewel het bereik ervan veel kleiner was dan dat van de actievere therapie en sociale psychiatrie. De psychoanalyse vond aanhang onder universitaire en vrijgevestigde psychiaters en verwierf in het bijzonder in de zich ontkiemende kinderpsychiatrie en MOB-hulpverlening een dominante positie. (Opvallend is de belangrijke rol die vrouwen op de twee laatste werkterreinen speelden.) Ook de in de academische psychiatrie invloedrijke fenomenologie behelsde een psychologiserende invalshoek. Op de psychiatrische praktijk lijkt de fenomenologie echter weinig invloed te hebben gehad. Aan de andere kant van het spectrum was de reikwijdte van de nieuwe medisch-somatische theorieën eveneens beperkt.

Overigens moeten we het nieuwe van de 'beloftes van het nieuwe' wel enigszins relativeren: er was in het interbellum zeker ook sprake van een continuering en vervolmaking van ontwikkelingen die al aan het einde van de negentiende eeuw op gang waren gekomen. De (aangewezen afdelingen van) psychiatrische inrichtingen voor opnamen zonder rechterlijke machtiging werden voorafgegaan door tal van geneeskundige instellingen voor zenuwlijders, die ook wel (rustige) geesteszieken toelieten. Ook bleek het krankzinnigengesticht voor de Eerste Wereldoorlog al veel minder gesloten ten opzichte van de maatschappij dan vaak is verondersteld. De beweging voor geestelijke volksgezondheid bouwde voort op het hygiënistische gedachtegoed van de negentiende eeuw en bracht dat deels in de praktijk. De psychopatenwetgeving en de daarmee verbonden TBR-instellingen vormden in feite de bekroning van wat de Nieuwe Richting in het rechtsdenken en de forensische psychiatrie vanaf het eind van de negentiende eeuw hadden nagestreefd. De psychoanalyse had in het tweede decennium van de twintigste eeuw al aanhang verworven in de Nederlandse psychiatrie. En hoe nieuw was de actievere therapie in theorie en praktijk eigenlijk? Deze vertoonde zekere overeenkomsten met de veel oudere morele behandeling, die in Nederland vanwege de beperkingen van de meeste negentiende-eeuwse stadsgestichten nooit echt tot ontplooiing was gekomen. Het laten werken van gestichtspatiënten – met zowel economische als therapeutische oogmerken – was uiteraard verre van nieuw.

Echt nieuw in het interbellum was wel de gedachte dat psychiatrische inrichtingen niet op zichzelf stonden, maar een centrale schakel zouden moeten vormen in een psychiatrische zorgketen. Deze idee, verwoord door toonaangevende psychiaters als Van der Scheer, K.H. Bouman, Pameijer en Barnhoorn, was echter niet onomstreden. Vooral het meer psychologisch georiënteerde deel van de psychohygiënische beweging wilde niet vereenzelvigd worden met het inrichtings-

wezen, omdat het elke associatie met gekte en het stigma dat de intramurale psychiatrie nog altijd aankleefde, wilde vermijden. De MOB's richtten zich net als de vrijgevestigde en grotendeels psychoanalytisch ingestelde psychotherapeuten op een andere clientèle. Voor de verdere ontwikkeling van het werkveld van de geestelijke volksgezondheid was het van grote betekenis dat de niet-medisch opgeleide Lekkerkerker, die geen enkele affiniteit had met de inrichtingspsychiatrie, het initiatief naar zich toetrok in de overkoepelende organisatie voor de geestelijke volksgezondheid, de NFGV, vooral ook omdat deze in samenspraak met de rijksoverheid financiële middelen verdeelde. De krankzinnigenzorg en de psychohygiëne zouden uit elkaar drijven. Daarbij raakte de grotendeels ten opzichte van de inrichtingen verzelfstandigde voor- en nazorg, die in de ogen van sociaalpsychiaters als Querido de centrale verbindende schakel tussen inrichtingspsychiatrie en het terrein van de geestelijke volksgezondheid zou moeten vormen, wat verweesd. Dat nam niet weg dat met vooral Querido's gemeentelijke sociaalpsychiatrische dienst internationale aandacht trok. De Engelse psychiater Lewis noemde deze in zijn rapport over de Europese psychiatrie, die hij met steun van de Amerikaanse Rockefeller Foundation opstelde, voorbeeldig en veel effectiever dan vergelijkbare instellingen in Moskou en Leningrad.[642]

In deel 1 hebben wij geconstateerd dat de Nederlandse psychiatrie voor de Eerste Wereldoorlog voor een groot deel een Duits stempel droeg. Ook in het interbellum deden invloeden vanuit de Duitstalige landen zich sterk gelden. Het merendeel van de somatische therapieën, de actievere therapie en de fenomenologische en antropologische psychiatrie waren daar voor het eerst ontwikkeld en beproefd. Ook de voor- en nazorg, de psychoanalyse en andere vormen van psychotherapie waren in hoge mate op Duitse (en Oostenrijkse) voorbeelden geënt. In de loop van de jaren twintig en dertig keken sommige psychiaters en psychohygiënisten echter in toenemende mate naar het westen. Angelsaksische nieuwigheden, in het bijzonder Amerikaanse, drongen meer en meer door in Nederland, vooral op het terrein van de psychohygiëne. Het MOB en de psychiatrisch-sociaal werkster waren Amerikaanse importproducten. Vooral Lekkerker, die voorafgaande aan haar loopbaan in de beweging voor de geestelijke volksgezondheid enige tijd in de Verenigde Staten verbleef, liet zich door Amerikaanse praktijken inspireren en andere medewerkers van MOB's volgden opleidingen tot psychiatrisch-sociaal werkster in dat land of in Groot-Brittannië.

In de Amerikaanse beweging voor geestelijke hygiëne, waartoe de voormalige psychiatrische patiënt C.W. Beers het initiatief had genomen, in eerste instantie om de inrichtingspsychiatrie te verbeteren, stonden aanvankelijk een sociaalhygiënische en een eugenetische richting naast elkaar. Beide beantwoordden aan de ambities van psychiaters om hun werkterrein uit te breiden. Het National Committee for Mental Hygiene (1909) distantieerde zich echter al gauw van de ge-

642 Angel, Jones en Neve 2003, 66-67.

stichtspsychiatrie en richtte zich op alcoholisme, zwakzinnigheid, (jeugd)criminaliteit, geslachtsziekten en afwijkend sociaal gedrag. Het ondersteunde in het bijzonder de preventie van jeugdcriminaliteit door middel van de Child Guidance Clinics, die in de jaren twintig van de grond kwamen en in enkele Europese landen navolging kregen.[643] Deze kenmerkten zich door een uitgesproken psychosociale aanpak. Meer in het algemeen kregen veel Amerikaanse psychiaters, onder invloed van onder andere de psychoanalyse, in het interbellum steeds meer aandacht voor de betekenis van opvoeding en sociale omgeving voor het ontstaan van psychische stoornissen.[644] Aan de andere kant was in de Verenigde Staten, net als in Duitsland, sprake van een samengaan van het psychohygiënische preventiestreven en de eugenetica. Vanaf de eeuwwisseling kwamen in verschillende staten huwelijksverboden voor geesteszieken tot stand en werden in een dertigtal staten wetten ingevoerd die dwangsterilisatie van onder anderen zwakzinnigen en geesteszieken mogelijk maakten.[645]

In Groot-Brittannië vormde de behandeling van aan shellshock lijdende militairen tijdens en na de Eerste Wereldoorlog een stimulans voor de psychodynamische psychiatrie, vooral in het Maudsley ziekenhuis en de Tavistock Clinic in Londen, die zowel intra- als extramurale behandeling van acute psychiatrische stoornissen verzorgden. In de jaren dertig nam het aantal poliklinieken toe en deze gingen ook nazorg voor psychiatrische patiënten bieden. Onder auspiciën van de Britse beweging voor geestelijke hygiëne (1918) kwamen vanaf het eind van de jaren twintig in verschillende steden Child Guidance Clinics tot stand. Verder werd de psychohygiënische zorg bevorderd door het aanbod van cursussen in de psychiatrie voor verpleegkundigen en huisartsen en de totstandkoming van opleidingen in het psychiatrisch maatschappelijk werk. De eerste ging in 1929 van start op de London School of Economics, waar ook Nederlandse psychiatrisch-sociaal werksters hun scholing kregen.[646]

Vooral op het gebied van de geestelijke volksgezondheid vertoonde Nederland dus steeds meer parallellen met de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Tegelijkertijd werd het contrast tussen de Duitse en Nederlandse psychiatrie, ondanks de vele Duitse inspiratiebronnen voor Nederlandse zenuwartsen en de studiereizen van academische psychiaters naar Duitstalige landen, alleen maar groter. Voor zover Nederland sterk door de Duitse psychiatrie werd invloed, ging het om nieuwe stromingen en praktijken die in Duitsland zelf al gauw naar de marge werden verdrongen.[647] In Duitsland kregen de psychoanalyse en de fenomenologie in de toonaangevende universitaire psychiatrie, die sterk werd beheerst door het natuurwetenschappelijke kennisideaal, geen voet aan de grond. Het medische model bleef ook in de inrichtingspsychiatrie invloedrijk. De eerste sociaal-

643 Zie over de internationale invloed van de Amerikaanse psychohygiënische beweging Thomson 1995.
644 Grob, 1994, 151–164.
645 Dowbiggin 1997.
646 Jones 1993, 112–141; Busfield 1998, 13–15.
647 Vijselaar 2007d.

psychiatrische voorzieningen stamden in Duitsland al van voor de Eerste Wereldoorlog. De zogenaamde *nachgehende Fürsorge* – nazorg en aparte werkvoorzieningen voor ontslagen psychiatrische patiënten teneinde de kans op heropname te verkleinen – die de psychiater G. Kolb vanuit de psychiatrische inrichting in Erlangen opzette, kreeg zelfs internationale uitstraling, net als de actievere therapie, die H. Simon mede uit economische nood aan het eind van de Eerste Wereldoorlog in het leven had geroepen. Ook vernieuwend was begin jaren twintig het initiatief van de psychiater F. Wendeburg in Gelsenkirchen, die onafhankelijk van de inrichting en als onderdeel van de openbare gezondheidszorg een vorm van sociale psychiatrie ontwikkelde die nauwe samenwerking met sociale en justitiele instellingen beoogde. Deze behelsde zowel nazorg voor, maatschappelijk reintegratie van en toezicht op ontslagen patiënten, als registratie van geestelijke afwijkingen onder de bevolking met de bedoeling zo snel mogelijk te kunnen ingrijpen.

De bescherming van de openbare orde en de preventie van geestelijke stoornissen onder de gehele bevolking speelden vanaf het begin een belangrijke rol in de Duitse sociale psychiatrie en deze kwam in de jaren twintig steeds sterker onder invloed van het eugenetische gedachtegoed te staan. In dit verband pleitten sommige psychiaters voor huwelijksverboden, sterilisatie of langdurige internering en zelfs euthanasie van geesteszieken om hun voortplanting tegen te gaan. Hierdoor kan van een zekere continuïteit tussen de sociale psychiatrie en de moord op psychiatrische patiënten in het Derde Rijk gesproken worden, ofschoon het naziregime de verenigingen voor geestelijke hygiëne in 1935 verbood. In de Duitse psychiatrie moesten medisch-humanitaire motieven het afleggen tegen de benadering van geestesstoornissen als maatschappelijk ordeprobleem, (raciaal) volksgezondheidsvraagstuk en financieel-economische kwestie. Daarin wogen collectieve en staatsbelangen zwaarder dan het welzijn van de individuele patiënt en werden de grenzen van de toelaatbare dwang allengs opgerekt.[648]

In de Weimarrepubliek kwamen in enkele grote steden consultatiebureaus op het gebied van gezin, huwelijk, seksualiteit en opvoeding alsmede faciliteiten voor psychotherapie tot stand. Bij deze vaak door linkse idealen geïnspireerde hulpverlening waren echter vooral psychologen, pedagogen, seksuologen en psychoanalytici, maar nauwelijks psychiaters betrokken. Deze activiteiten maakten geen deel uit van de door psychiaters nagestreefde psychohygiëne of geestelijke volksgezondheid, zoals dat in Nederland deels wel het geval was en na 1940 in nog sterkere mate het geval zou zijn. Met dit verschil dat dergelijke voorzieningen hier vaak op basis van ofwel politiek-neutrale ofwel confessionele initiatieven van de grond kwamen. Ook de psychotherapie kreeg in Duitsland geen plaats in de psychiatrie: als behandelmethode van psychosomatische klachten ontwikkelde deze

648 Müller-Hill 1985; Weindling 1989; Proctor 1988; Blasius 1994; Burleigh 1994; Schmiedebach en Priebe 2004; Roelcke 2005.

zich veeleer als onderdeel van de interne geneeskunde.[649] Terwijl de biomedische richting de Duitse psychiatrie bepaalde en deze in het Derde Rijk met gedwongen sterilisatie en euthanasie op grote schaal in de greep kwam van de racistische eugenetica, kreeg de eugenetica in de Nederlandse psychiatrie nauwelijks voet aan de grond. Hiermee onderscheidde Nederland zich ook van de Verenigde Staten, Denemarken, Zweden en Zwitserland, waar zwakzinnigen en geesteszieken zonder hun instemming of die van hun verwanten onderworpen werden aan eugenetische maatregelen, variërend van sterilisatie tot sociale isolatie.[650]

Over eugenese werd in de Nederlandse psychiatrie wel gedacht en gedebatteerd, maar van concrete maatregelen kwam niets. Sterilisatie, al dan niet gedwongen, was uitgesloten in het verzuilde en grotendeels confessionele Nederland en zelfs voorstellen om werk te maken van sociaal-eugenetische ingrepen als isolering en huwelijksverboden maakten geen enkele kans. Minder terughoudendheid bestond er ten aanzien van castratie van (TBR-gestelde) zedendelinquenten – of het hierbij ging om eugenese of therapie was niet helemaal duidelijk. Overigens waren het maar enkele psychiaters die zich hiermee bezighielden en er zijn aanwijzingen dat vele van hun collega's zo hun bedenkingen hadden ten aanzien van deze ingreep, vooral als deze gepaard ging met dwang. De castratiepraktijken waren vrij uitzonderlijk in de Nederlandse psychiatrie. Meer in het algemeen werd deze gekenmerkt door terughoudendheid ten aanzien van dwang, althans in theorie – de praktijk viel uiteraard niet altijd naadloos samen met het ideaal.

Wat ten slotte opvalt in de Nederlandse psychiatrie is een zekere openheid ten aanzien van andere disciplines, ook al deden zich soms grensschermutselingen voor tussen psychiaters en andere hulpverleners, zoals de voornamelijk uit het onderwijs afkomstige BLO-nazorgwerkers of de niet-medische beoefenaren van psychotherapie. Weliswaar zagen veel psychiaters zichzelf als dé deskundigen op het terrein van geestesstoornissen, maar in de psychohygiënische beweging boden zij ook enige ruimte aan pedagogen, onderwijsdeskundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, juristen en geestelijken. De juriste en psychiatrisch-sociaal werkster Lekkerkerker groeide zelfs uit tot een van de leidende figuren van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Een en ander illustreert nogmaals de sterke psychosociale gerichtheid van de Nederlandse psychohygiëne en sociale psychiatrie.

649 Westerman Holstijn 1938; Roelcke 2004.

650 Broberg en Roll-Hansen 1996; Dowbiggin 1997; Porter 1999.

[3]

Ontwrichting, uitbouw en kentering (1940-1965)

Inleiding

In dit deel behandelen wij de periode van de Tweede Wereldoorlog en de 'lange jaren vijftig' (1945-1965). De oorlog had ingrijpende en dramatische gevolgen voor in het bijzonder de psychiatrische inrichtingen. Hoewel de Duitse bezetting het werkgebied van de geestelijke volksgezondheid evenmin onberoerd liet, bracht de oorlog hier minder ontwrichting teweeg. In zekere zin hebben oorlog en bevrijding de beweging voor geestelijke volksgezondheid een nieuwe impuls gegeven en de verdere uitbouw van psychohygiënische voorzieningen bevorderd. Voor zowel de intramurale psychiatrie als wat vanaf de jaren veertig ambulante geestelijke gezondheidszorg ging heten, geldt dat de wederopbouwperiode zich kenmerkte door herstel, uitbouw en vooral ook opmerkelijke vernieuwingen, die een voorbode vormden van wat de jaren zestig en zeventig zouden brengen. In menigerlei opzicht vormen de jaren vijftig een keerpunt in de twintigste-eeuwse geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie.

In het eerste hoofdstuk zetten wij de belangrijkste ontwikkelingen in het psychiatrisch-neurologisch vak uiteen. In de paragraaf ' Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties' staan de werkplekken van zenuwartsen, de beroepsorganisaties en discussies over de opleiding en het profiel van het gecombineerde medisch specialisme zenuw- en zielsziekten (psychiatrie en neurologie) centraal. Vervolgens behandelen wij de universitaire psychiatrie: de leerstoelen, de wetenschappelijke oriëntatie en de beginnende specialisatie komen aan de orde.

De hoofdstukken 3.2, 3.3 en 3.4 zijn gewijd aan de intramurale psychiatrie. Hoofdstuk 3.2 gaat over de psychiatrische inrichtingen in oorlogstijd. Terwijl de inrichtingen tot dan toe min of meer besloten gemeenschappen vormden, die zich grotendeels afzijdig konden houden van maatschappelijke turbulenties, ontkwamen ze niet aan de ontwrichting die oorlog en bezetting teweegbrachten. Enkele inrichtingen werden door oorlogsgeweld min of meer ernstig beschadigd, waardoor patiënten en personeel elders een goed heenkomen moesten zoeken.

Andere inrichtingen, vooral die in het kustgebied, werden op last van de Duitse bezetters ontruimd en geëvacueerd. De patiënten vonden onderdak in andere inrichtingen, die hierdoor overbevolkt raakten. Net als de joden in de samenleving stonden joodse patiënten bloot aan vervolging en velen werden uit de inrichtingen weggehaald en gedeporteerd naar vernietigingskampen. Het dieptepunt van deze dramatische gebeurtenissen vormde de deportatie van vrijwel alle patiënten en veel personeelsleden van de joodse inrichting Het Apeldoornsche Bosch. Dit alles legde een grote druk op inrichtingspsychiaters en de andere personeelsleden. Bovendien kregen vrijwel alle inrichtingen te kampen met materiële schaarste en voedsel- en ruimtegebrek. Na de oorlog zouden deze nog geruime tijd hun stempel drukken op het inrichtingsleven.

Hoofdstuk 3.3 is gewijd aan de institutionele ontwikkelingen in de inrichtingspsychiatrie tijdens de twee decennia na de oorlog. Er kwamen nauwelijks nieuwe psychiatrische inrichtingen, maar wel andere intramurale voorzieningen bij. Een belangrijke vernieuwing bestond uit wat wij als externe differentiatie aanduiden: de verhuizing van bepaalde categorieën patiënten naar aparte zorginstellingen – eerst de zwakzinnigen en daarna een toenemend aantal psychisch gestoorde bejaarden. Hierdoor kwam er in de inrichtingen meer ruimte voor de verpleging en behandeling van geesteszieken in engere zin, lijders aan psychosen en neurosen. Een tweede vernieuwing bestond uit de uitbreiding van intramurale psychiatrische instellingen naast en nieuwe extramurale voorzieningen vanuit de inrichting, onder andere psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, poliklinieken, sluisinternaten en een dagziekenhuis.

Vervolgens gaan wij in hoofdstuk 3.4 in op wat er binnen de psychiatrische inrichtingen gebeurde: de wijze waarop de inrichtingsbevolking zich ontwikkelde, de daarin werkzame medici, de veranderende visie van inrichtingspsychiaters op de plaats en functie van de inrichting, de behandelingen die zij toepasten, de achtergronden daarvan en vooral ook de innovaties die op therapeutisch gebied tot stand kwamen – de derde belangrijke vernieuwing in de intramurale psychiatrie. Verder komen de ontwikkeling van de psychiatrische verpleging en in het bijzonder de problemen die zich in deze periode op dat gebied voordeden alsook de leefwereld van de patiënten aan de orde. Vooral door de introductie van nieuwe psychofarmaca en de toepassing van sociaal-psychologische behandelwijzen begon het inrichtingsleven van karakter te veranderen. Hetzelfde gold, hoewel met een zekere vertraging, ook voor de forensisch-psychiatrische instellingen.

In de hoofdstukken 3.5, 3.6 en 3.7 behandelen wij de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hoofdstuk 3.5 is gewijd aan de periode van de Tweede Wereldoorlog en de nasleep daarvan in de jaren veertig. Hierin krijgen vooral de psychiatrische en psychohygiënische vernieuwingen als gevolg van de oorlog aandacht: de militaire psychiatrie, het eerste Instituut voor Medische Psychotherapie en de eerste Bureaus voor Levens-

en Gezinsmoeilijkheden. Tevens gaan we in op het vóórkomen van psychische schade onder militairen en burgers als gevolg van de oorlog en de wijze waarop psychiaters deze diagnosticeerden en behandelden. Verder zetten wij in dit hoofdstuk uiteen hoe de uit 1934 stammende Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) tijdens en direct na de oorlog op het terrein van de psychohygiëne het initiatief naar zich toe wist te trekken en een invloedrijke beleidsorganisatie en opinievormer werd. Tot slot laten wij in dit hoofdstuk zien hoe de beweging voor geestelijke volksgezondheid in de tweede helft van de jaren veertig mede door de ongerustheid over de geestelijke ontreddering waaraan het Nederlandse volk als gevolg van de oorlog ten prooi zou zijn gevallen, de wind in de zeilen kreeg.

In hoofdstuk 3.6 staat het denken over geestelijke volksgezondheid en de maatschappelijke achtergronden daarvan vanaf het eind van de jaren veertig tot het midden van de jaren zestig centraal. Het psychohygiënische gedachtegoed stond in het teken van de vrees voor de in cultureel en geestelijk opzicht ontwrichtende gevolgen van de snelle sociaal-economische modernisering van Nederland. Net als in het interbellum bewogen de beschouwingen over geestelijke volksgezondheid zich tussen cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme, waarbij het laatste meer en meer de boventoon ging voeren. Onder invloed van zowel bepaalde Europese intellectuele stromingen – het personalisme, de fenomenologie en het existentialisme – als vanuit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië geïmporteerde professionele hulpverleningsmethoden vond er een inhoudelijke heroriëntatie in de psychohygiënische beweging plaats. De aandacht verschoof van de veronderstelde morele tekortkomingen van bepaalde bevolkingsgroepen naar de sociaal-psychologische achtergronden van de moeilijkheden waarmee individuen kampten. Een overwegend moreel-pedagogische aanpak maakte plaats voor psychosociale en psychotherapeutische benaderingen, waarbij wetenschappelijke onderbouwing en professionele methoden aan belang wonnen. Deze heroriëntatie bracht een nieuwe visie met zich mee op de verhouding tussen individu en gemeenschap, en op burgerschap.

Na een paragraaf over de organisatie en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gaan wij in hoofdstuk 3.7 dieper in op de ambulante instellingen en de hulpverleningspraktijken. Daarbij laten wij zien hoe het psychohygiënische ideeëngoed doorwerkte in de praktijk en deze vernieuwde. Achtereenvolgens beschrijven we de al langer bestaande ambulante voorzieningen – de voor- en nazorg of Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD), de consultatiebureaus voor alcoholisme en de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (MOB) – en de nieuwe instellingen – de Instituten voor Medische Psychologie of Psychotherapie (IMP) en de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) alsmede de (katholieke) Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden. We laten niet alleen zien hoe de uitbouw van de verschillende voorzieningen tot stand kwam, maar schenken ook ruim aandacht aan de behandelaars en cliënten, de moeilijkheden

waarop hulpverleners zich richtten en die de hulpvragers hen voorlegden, en de werkwijze en behandelmethoden. In het bijzonder schenken we aandacht aan de problemen en conflicten die zich voordeden rond en binnen de ambulante voorzieningen: de moeizame verhouding tussen de psychohygiënische beweging en de extramurale zorg voor geesteszieken en alcoholverslaafden; fricties tussen het zorgaanbod en de hulpverleningsvraag; tegenstellingen tussen verschillende groepen deskundigen als psychiaters, psychologen en psychiatrisch-sociaal werksters; de grensconflicten tussen de psychohygiënische hulpverleners en in het bijzonder katholieke geestelijken en huisartsen, die zich toespitsten op psychotherapie en de seksuele moraal.

3.1 Het psychiatrisch-neurologisch vak

Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties

In de twee decennia tussen 1940 en 1960 nam het aantal actieve, in het Medisch Specialisten Register ingeschreven zenuwartsen toe van meer dan 200 tot ongeveer 570. Terwijl in 1940 ruim 80 van hen, dat wil zeggen 40 procent van het totaal, waren verbonden aan een gesticht, inrichting of sanatorium, gold dat in 1960 voor ruim 140 zenuwartsen, minder dan een kwart van het totaal. Naast zenuwartsen werkte een aanzienlijk aantal andere geneeskundigen in de intramurale psychiatrie – zowel in 1940 als in 1960 meer dan 100. Zij hielden zich voornamelijk bezig met de somatische gezondheidszorg voor geesteszieke patiënten. Omgekeerd verschaften algemene ziekenhuizen en poliklinieken werk aan zenuwartsen: hun aantal steeg tussen 1940 en 1960 in absolute zin van bijna 70 tot ruim 160. Relatief gezien liep hun aandeel enigszins terug, van een derde naar minder dan 30 procent. In 1960 was in vrijwel alle grotere ziekenhuizen een zenuwarts opgenomen in de medische staf. De psychiatrische en neurologische klinieken van de universiteiten telden in 1960 90 zenuwartsen, waarmee het aandeel van de academische sector (16 procent) in vergelijking met 1940 (56 zenuwartsen ofwel 14 procent) licht was gegroeid.[1]

Het aantal zenuwartsen dat in de ambulante geestelijke gezondheidszorg werkte, groeide sterk in deze periode, in absolute zin van ruim 30 tot meer dan 160 en relatief van 15 tot bijna 30 procent van het totaal. Van de extramurale instellingen hadden rond 1960 de voor- en nazorg- of Sociaal-Psychiatrische Diensten de meeste zenuwartsen in dienst (59), gevolgd door de Medisch-Opvoedkundige Bureaus (43), de Consultatiebureaus voor Geestelijke Volksgezondheid, die

1 Van Drunen 2004, 22, 32, 36-37; bijlage 7: Aantallen leden en werkplekken psychiatrische beroepsgroep 1900-2000; vergelijk Kroft 2005, 154.

verschillende instellingen verenigden (15), voor alcoholisme (17) en voor levens- en gezinsmoeilijkheden of huwelijksaangelegenheden (8). Daarnaast was een tiental zenuwartsen vast aangesteld bij 2 Instituten voor Medische Psychotherapie in Amsterdam en Utrecht en het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam. Cliënten van de psychotherapeutische instellingen werden deels verwezen naar vrijgevestigden, die op contractbasis daarmee verbonden waren.[2] In 1960 hielden 240 zenuwartsen, meer dan 40 procent van het totaal, er een eigen praktijk op na, terwijl dat aantal in 1940 116 oftewel 56 procent bedroeg.[3] Het aandeel van andere werkvelden werd zowel in absolute als relatieve zin groter: 18 zenuwartsen hadden in 1960 een vaste aanstelling op forensisch terrein (zoals in gevangenissen en inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten), 8 waren verbonden aan een opvoedingsinrichting en 7 werkten in militair verband.[4] Het lijkt erop dat er zich in de naoorlogse periode een verschuiving voordeed in de werkplekken van zenuwartsen van particuliere praktijken naar dienstbetrekkingen.

Anders dan in de intramurale psychiatrie vervulden zenuwartsen in de algemene gezondheidszorg, ambulante instellingen en de vrijgevestigde sector vaak functies in deeltijd en in combinatie met andere werkplekken. Daarbij was het wel zo dat meer en meer beroepsbeoefenaren hun werk toespitsten op een bepaald arbeidsterrein. Zo verzelfstandigde de psychiatrie in de somatische gezondheidszorg zich deels ten opzichte van de particuliere praktijk: van de zenuwartsen die verbonden waren aan algemene ziekenhuizen, voerde meer dan een derde geen eigen praktijk meer. Ook in het ambulante werkveld vervulde meer dan een derde van de zenuwartsen geen functie daarbuiten. Combinaties met intramurale werkplekken of eigen praktijken waren sterk afgenomen. Dit duidt erop dat de specialisatie binnen het psychiatrisch-neurologisch vak toenam.[5]

Het ledental van de belangrijkste beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN), groeide van krap driehonderd in 1940 tot bijna zeshonderd in 1960 en meer dan duizend in 1970.[6] Het ledenbestand bestond uit zowel officieel geregistreerde zenuwartsen als niet in het Medisch Specialisten Register ingeschreven geneeskundigen die op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzaam waren. Nadat de verenigingsactiviteiten in het laatste oorlogsjaar tot stilstand waren gekomen, verwijderde het bestuur na de bevrijding enkele leden die met de Duitse bezettingsmacht hadden gecollaboreerd.[7] Vanwege de publicatie van bijdragen in het Engels, Frans en Duits veranderde de naam van het verenigingsblad, de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, in 1948 in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* en in 1960 in *Psychiatria, Neurologia, Neurochirugia*. Net als K.H. Bouman voor de oorlog wezen G. Kraus

2 Van Drunen 2004, 37 en Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 74-75.
3 Van Drunen 2004, 22, 32.
4 Van Drunen 2004, 38.
5 Van Drunen 2004, 38.
6 Sillevis Smitt en Jansen 1971, 13.
7 Notulen vergadering bestuur NVPN, 13-10-1945, Archief NVPN; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 7.

en H.C. Rümke als voorzitters van de NVPN op het gevaar van versplintering, niet alleen door de uitbreiding van de wetenschappelijke kennis en het therapeutische arsenaal, maar ook door de scheiding van psychiatrie en neurologie op de universiteiten, en de organisatie van subspecialismen als kinderpsychiatrie, sociale psychiatrie, forensische psychiatrie en psychotherapie, waarvoor in de loop van de jaren vijftig en zestig aparte universitaire leerstoelen kwamen.[8]

Teneinde de sociaal-economische beroepsbelangen beter te behartigen stelde de NVPN in 1947 een Commissie Sociale Belangen in. Vooral vrijgevestigde zenuwartsen drongen aan op betere belangenbehartiging door de vereniging, maar blijkbaar zonder veel resultaat. Begin jaren zestig uitten enkelen hun ongenoegen over de in hun ogen geringe effectiviteit van de NVPN in deze. Sommige vrijgevestigde zenuwartsen dreigden hun lidmaatschap op te zeggen en schermden met plannen om een aparte vereniging op te richten.[9] Het bestuur gaf toe dat de vereniging wat de economische belangenbehartiging betreft inderdaad tekort was geschoten en zette in 1964 de Commissie Sociale Belangen om in een Sociale Commissie met aparte secties voor zelfstandig en in dienstverband werkende zenuwartsen. Deze nieuwe commissie kreeg de bevoegdheid om namens de vereniging met andere instanties over sociaal-economische aangelegenheden te onderhandelen.[10]

Hoewel in de NVPN en de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen (NVGA), waarover meer in de paragraaf 'Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater', ook plaats was voor medici die niet als zenuwarts geregistreerd stonden, bakende het specialisme zenuw- en zielsziekten zich scherper dan voorheen af van de rest van de geneeskunde. De sinds 1932 verplichte specialistische opleiding en inschrijving in het Medisch Specialisten Register gingen meer en meer gelden als criterium voor psychiatrisch-neurologische deskundigheid. De gemiddelde tijdsduur tussen het behalen van het artsdiploma en de afronding van de specialistische opleiding in psychiatrie en neurologie nam af. Het werd gebruikelijk om na het behalen van de medische bevoegdheid direct met de specialisering te beginnen en vervolgens de gehele loopbaan als zenuwarts te werken. Zo kwam er een eind aan de oudere praktijk dat geneeskundigen in een later stadium van hun werkzame leven zich op psychiatrisch of neurologisch terrein begaven of dit voortijdig verlieten. In de psychiatrische inrichtingen maakten gestichtsartsen, die zich bezighielden met zowel de psychische als de lichamelijke aandoeningen van psychiatrische patiënten, plaats voor gespecialiseerde psychiater-zenuwartsen en al dan niet gespecialiseerde geneeskundigen op het gebied van de somatische gezondheidszorg.[11]

8 Kraus 1947; Rümke 1950; Rümke 1954.

9 Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN, 28-9-1960, Archief NVPN; Sillevis Smitt en Jansen 1971, 8.

10 Notulen vergadering bestuur NVPN 5-2-1965, 19-2-1965, 31-3-1965, Archief NVPN; Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972.

11 Van Drunen 2004, 33-37; vergelijk Abma en Weijers 2005, 108-109.

De opleidingseisen voor het specialisme zenuw- en zielsziekten werden net als die voor andere medische specialismen steeds gedetailleerder op centraal niveau vastgelegd door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) van de in 1949 met het predikaat Koninklijk bekroonde Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). In de naoorlogse jaren drongen ziekenhuizen, medische faculteiten, overheid en specialistenverenigingen aan op een verlenging en inhoudelijke verdieping van alle medisch specialistische opleidingen. Dit leidde in 1950 tot een aanscherping van de opleidingseisen en een variabele opleidingsduur van drie tot zes jaar. Voorstellen om de medische faculteiten, ziekenhuizen en de overheid ook enige zeggenschap te geven over de invulling van de specialistische opleidingen, stuitten aanvankelijk op verzet van de KNMG en de in de SRC vertegenwoordigde specialistenverenigingen. Jarenlang voortslepende beraadslagingen van de in 1952 ingestelde Staatscommissie Vorming en Erkenning van Medische Specialisten leidden in 1961 tot een nieuwe regeling waarin de bestaande SRC het uitvoerend orgaan werd van een nieuw Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medisch Specialisten. In dit college, dat voortaan besliste over de erkenning van medische specialismen en de opleidingseisen, waren naast de specialistenverenigingen ook de medische faculteiten, het ziekenhuiswezen en de Ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid vertegenwoordigd. Hierdoor werd de corporatistische zelfregulering van medisch specialisten enigszins aan banden gelegd. Voor het specialisme zenuw- en zielsziekten kwam in 1958 het Consilium Neuro-Psychiatricum tot stand, waarin alle hoogleraren in de psychiatrie en neurologie alsmede een aantal door het bestuur van de NVPN aangewezen beroepsbeoefenaren zitting kregen. Deze nieuwe raad, die de Commissie Opleiding en Registratie van de NVPN verving, was verantwoordelijk voor de uitvoering van de besluiten van het Centraal College en diende de NVPN en het College van advies over de opleiding tot zenuwarts.[12]

De verdere institutionalisering van de psychiatrisch-neurologische opleiding, op zichzelf een teken van toenemende professionalisering en coherentie naar buiten toe, werd doorkruist door groeiende interne verdeeldheid tussen zenuwartsen die zich ofwel voornamelijk met psychiatrie ofwel met neurologie bezighielden. Niet alleen aan de universiteiten, waar al tijdens het interbellum aparte leerstoelen en klinieken voor psychiatrie dan wel neurologie waren gerealiseerd, profileerden deze twee subspecialisaties zich steeds meer apart van elkaar. Ook binnen de beroepsgroep als geheel deed zich deze tendens voor.[13] In verband met de herziening van de medisch-specialistische opleidingseisen in het algemeen vonden rond 1950 in de NVPN uitgebreide discussies plaats over de opleiding tot zenuwarts. Vooral de verhouding tussen de twee deelspecialismen was

12 Sillevis Smitt en Jansen 1971; Rapport structuurverandering N.V.P.N. 1972; Redactie *Medisch Contact* 1972; Vos en Van Berkestijn 1993; Mooij 1999, 435-436; De Bijl 2000, 41-42; Abma en Weijers 2005, 99.

13 Van Drunen 2004, 37-38.

in het geding. Sommige leden van de NVPN plaatsten vraagtekens bij het nut van neurologie, in het bijzonder voor inrichtingspsychiaters en psychotherapeuten. Zij achtten meer differentiatie tussen psychiatrie en neurologie in de opleiding tot zenuwarts gewenst. De hoogleraar neurologie W.G. Sillevis Smitt reageerde daarop met de opmerking dat zenuwartsen die zich op psychotherapie toelegden 'van huis uit al psycholabiel zijn. Dat kan voordelen hebben voor het betere invoelen der patiënten, maar ook volkomen ongeschiktheid voor dit vak met zich meebrengen'.[14] Dergelijke uitlatingen doen vermoeden dat deze kwestie aanleiding gaf tot hoog oplopende spanningen tussen sommige leden van de NVPN.

Verdere interne specialisatie van het vak zenuw- en zielsziekten was onvermijdelijk, daar was iedereen het wel over eens, maar de meerderheid van de leden wilde de band tussen psychiatrie en neurologie niet verbreken en koos voor wat de Nijmeegse hoogleraar psychiatrie en neurologie J.J.G. Prick een 'gedifferentieerd unitarisme' noemde. Van de drie voorstellen tot herziening van de opleiding – een waarin psychiatrie en neurologie een gelijk aandeel hadden, een waarin deze enigszins gedifferentieerd waren en een waarin van vergaande differentiatie sprake was – spraken de meeste leden zich uit voor de middelste variant.[15] Dit leidde in 1950 tot een verlenging van de opleiding tot zenuwarts van drie tot vier jaar en de invoering van drie opleidingstrajecten: naast twee jaar neurologie en twee jaar psychiatrie voor de *all round* zenuwarts respectievelijk tweeënhalf jaar psychiatrische en anderhalf jaar neurologische scholing voor de zenuwarts-psychiater en tweeënhalf jaar neurologie en anderhalf jaar psychiatrie voor de zenuwarts-neuroloog. Het voorstel om ook een subspecialisatie psychotherapie in het leven te roepen, haalde het niet. Wel werd in 1956 een verplichte stage in een psychiatrische inrichting of sociaal-psychiatrische dienst ingevoerd.[16]

Ondanks de nieuwe inrichting van de opleiding groeide in de jaren vijftig het ongenoegen over de combinatie van psychiatrie en neurologie. Sommige zenuwartsen wezen erop dat de vakgebieden zozeer waren uitgedijd dat één medicus ze niet meer kon overzien en beheersen. Verdere specialisatie was onvermijdelijk. Vooral psychiaters die buiten de psychiatrische inrichtingen en algemene ziekenhuizen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en als psychotherapeut in de vrijgevestigde sector werkzaam waren, zetten vraagtekens bij het nut van neurologische kennis. Terwijl de neurologie zich richtte op somatische zenuwaandoeningen en zich sterk op de natuurwetenschappen oriënteerde, werkten psychiaters in de ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer samen met andere, niet-medische beroepsgroepen en hanteerden zij overwegend psychoso-

14 Notulen ledenvergadering NVPN 6-5-1950: Gedachtenwisseling over de opleiding tot zenuwarts (psychiater-neuroloog), Archief NVPN.

15 Notulen ledenvergadering NVPN 6-5-1950; Schrijven Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie aan de leden, september 1950, Archief NVPN.

16 Rümke 1950, 736-740; Prick 1955; vergelijk Vos en Van Berkestijn 1993.

17 Oosterhuis en Wolters 1998, 206, 210-211; Abma en Weijers 2005, 99; vergelijk Van der Most van Spijk 2002.

ciale en psychotherapeutische benaderingswijzen. De koppeling tussen psychiatrie en neurologie achtten zij een belemmering voor de door hen gewenste beroepsontplooiing in een meer sociaal-psychologische richting.[17]

De voorstanders van het behoud van de band tussen psychiatrie en neurologie wonnen vooralsnog het pleit. Desalniettemin groeide de afstand tussen de twee subspecialismen.[18] Begin jaren zestig kwam niet alleen de opleiding tot zenuwarts, maar ook de organisatie van de NVPN in het geding.[19] Nu gaven vooral neurologen blijk van ongenoegen over het dubbelspecialisme. Zij dreigden zelfs uit de NVPN te stappen en een eigen vereniging op te richten. Enkele zenuwartsen sloeg de schrik om het hart: als de psychiatrie alleen achterbleef, zou de natuurwetenschappelijke status van de psychiatrie op het spel komen te staan. 'De psychiatrie is natuurwetenschap en geesteswetenschap', zo stelde H. van der Drift: 'de amputatie van het natuurwetenschappelijk been zou in de toekomst de psychiatrie prijs kunnen geven aan psychologen, conflictuologen en sociologen.'[20] Het bestuur wilde de eenheid van de vereniging handhaven en probeerde ontevreden zenuwarts-neurologen en ook zenuwarts-psychiaters die meer autonomie wilden, tegemoet te komen met voorstellen om aparte afdelingen voor psychiatrie, neuro-psychiatrie en neurologie in het leven te roepen. Een dergelijke driedeling kon niet op goedkeuring van de neurologen rekenen. Na een enquête over de reorganisatie van de vereniging werden de tegenstellingen in 1962 (voorlopig) bezworen met de instelling van aparte onderafdelingen voor neurologie en psychiatrie, met elk hun eigen bestuur. Deze afdelingen hadden echter geen eigen rechtspersoonlijkheid en derhalve geen beslissingsbevoegdheid: het gemeenschappelijke hoofdbestuur en de gecombineerde ledenvergadering bleven de centrale instanties van de NVPN.

Naast de zenuwarts-neurologen en zenuwarts-psychiaters die ieder voor zich een onafhankelijke koers wilden varen, kozen de meeste zenuwartsen toch nog voor handhaving van het dubbelspecialisme. Tegelijkertijd zette de tendens tot verdere differentiatie van de opleiding zich voort. Mede omdat bleek dat de specifieke psychiatrische dan wel neurologische scholing met een duur van tweeënhalf jaar in vergelijking tot die in andere landen kort was, werd de opleiding in 1964 gewijzigd om meer ruimte te scheppen voor verdieping. Met een verlengde opleidingsduur van vijf jaar kwam er drieeënhalf jaar beschikbaar voor de subspecialistische scholing van de zenuwarts-psychiater respectievelijk de zenuwarts-neuroloog. De psychiatrische opleiding onderging een verbreding: naast twee jaar algemene klinische psychiatrie met de daarbij behorende diagnostische onderzoekstechnieken en behandelmethoden, waaronder psychotherapie, kwamen er drie verplichte stages van elk een half jaar op het terrein van de inrich-

18 Ter Braak 1950; Prick 1950; Van Valkenburg 1953.

19 Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN 28-9-1960, Archief NVPN; Notulen vergadering bestuur NVPN 28-6-1960, 25-11-1960, 3-3-1962, 21-9-1962, 24-2-1964, 5-2-1965, 31-3-1965, Archief NVPN.

20 Notulen Buitengewone Huishoudelijke Vergadering NVPN 28-9-1960, Archief NVPN.

tings-, sociale en kinderpsychiatrie. Net als voorheen verwierven aankomende zenuwartsen hun kennis en vaardigheden vooral in de praktijk als assistent-arts.[21] Vanaf het midden van de jaren vijftig kregen naast de universitaire psychiatrische en neurologische klinieken ook enkele psychiatrische inrichtingen de bevoegdheid om een volledige opleiding te verzorgen.[22]

De universitaire psychiatrie

Het aantal psychiatrische leerstoelen breidde zich na de Tweede Wereldoorlog uit, mede als gevolg van de beginnende specialisatie. Aan de vijf bestaande algemene leerstoelen aan de Rijksuniversiteiten van Leiden, Utrecht en Groningen, de Gemeente Universiteit Amsterdam en de Vrije Universiteit werd in deze periode één toegevoegd. De Katholieke Universiteit Nijmegen, die in 1951 een medische faculteit kreeg, stelde in 1945 een buitengewone en in 1954 een gewone leerstoel voor neurofysiologie en psychopathologie in. Deze werd bezet door J.J.G. Prick, sinds 1940 hoofd van de psychiatrisch-neurologische afdeling van het Canisius Ziekenhuis en sinds 1941 privaatdocent voor forensische psychiatrie aan de rechtenfaculteit. Prick streefde naar integratie van psychiatrie, neurologie en psychologie. In het kader van de antropologische geneeskunde, waarmee de Nijmeegse medische faculteit zich wilde profileren, ging zijn belangstelling in het bijzonder uit naar psychosomatiek.[23] Ook verzorgde hij onderwijs voor psychologiestudenten en realiseerde hij samen met de psycholoog P.J.A. Calon een koppeling tussen de opleidingen psychologie en psychiatrie. Samen brachten zij de eerste universitaire opleiding in de klinische psychologie tot stand.[24]

Al voor de oorlog waren aan de twee Amsterdamse universiteiten en aan die in Leiden en Utrecht klinische faciliteiten voor kinderpsychiatrie opgezet. De groeiende betekenis van deze subspecialisatie na de oorlog – in 1949 stelde de NVPN er een aparte sectie voor in – bleek uit de aanstelling van enkele privaatdocenten, lectoren en hoogleraren op dit terrein. De drie nieuwe leerstoelen, die aan de universiteiten van Groningen (1955), Utrecht (1964) en Amsterdam (1965) tot stand kwamen, werden bezet door psychoanalytici, respectievelijk Th. Hart de Ruyter, L.N.J. Kamp en E.C.M. Frijling-Schreuder. Leiden kon in 1955 bogen op de eerste zelfstandige kinderpsychiatrische kliniek, Curium. Aan het hoofd daarvan stond D.A. van Krevelen, vanaf 1950 privaatdocent en vanaf 1956 lector. Aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam vervulde F. Grewel vanaf 1954 een lectoraat op dit terrein.[25]

21 Vos en Van Berkenstijn 1993, 22; Abma en Weijers 2005, 98.
22 Prick 1955.
23 Van der Meer en Van 't Hof 2007, 91-92.
24 Tot 1971, toen de leerstoel werd gesplitst, combineerde Prick psychiatrie en neurologie. Vervolgens was hij nog tot 1978 hoogleraar neurologie, neurofysiologie en psychopathologie. Ter Meulen 1988a, 296-297; De Waardt 2005, 143, 220, 290; Brabers en Schreuder 1998, I, 335-341, 486.
25 Hart de Ruyter was vanaf 1951 lector in Groningen. In Utrecht was Kamp vanaf 1949 privaatdocent en vanaf 1954 lector. Rooijmans 1998, 73; De Waardt 2005, 177-181; Abma en Weijers 2005, 88.

Naast de kinderpsychiatrie kregen de sociale en forensische psychiatrie, op bescheiden schaal, voet aan de grond aan de universiteiten. Al sinds 1930 was sociale psychiatrie onderdeel van W.M. van der Scheer leeropdracht in Groningen, maar alleen in Amsterdam was voor de oorlog door K.H. Bouman in de psychiatrieopleiding een vaste plaats ingeruimd voor de sociale psychiatrie in de vorm van een stage bij de gemeentelijke sociaal-psychiatrische dienst onder leiding van A. Querido. Querido was van 1952 tot 1960 buitengewoon en tot 1970 gewoon hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Als zodanig schonk hij ruim aandacht aan de sociale psychiatrie, onder meer als promotor van een aantal proefschriften op dit terrein. N. Speijer en C.J.B.J. Trimbos waren de eersten die uitsluitend een aanstelling kregen om sociale psychiatrie te doceren, Speijer in 1960 als lector, in 1965 als buitengewoon hoogleraar en in 1967 als gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden en Trimbos in 1960 als privaatdocent in Utrecht en in 1969 als hoogleraar aan de nieuwe Erasmus Universiteit Rotterdam.[26] De leerstoelen voor forensische psychiatrie kregen onderdak bij rechtenfaculteiten: in 1952 werd P.A.H. Baan, vanaf 1947 privaatdocent, hoogleraar in Utrecht en twee jaar later volgde D. Wiersma, de zoon van de voormalige Groningse hoogleraar psychiatrie E.D. Wiersma, in Leiden. Wiersma was van 1957 tot 1969 eveneens buitengewoon hoogleraar in de criminologie aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit.

De al voor de oorlog benoemde hoogleraren L. van der Horst (Vrije Universiteit), E.A.D.E. Carp (Leiden) en Rümke (Utrecht) bleven aan tot het begin van de jaren zestig en drukten hun stempel op de academische psychiatrie in de jaren veertig en vijftig. In Groningen nam G. Kraus in 1949 de leerstoel van Van der Scheer over en acht jaar later werd Kraus op zijn beurt opgevolgd door Baan. Van der Horst volgde in 1946 K.H. Bouman als hoogleraar aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit op, terwijl hij tegelijkertijd de leerstoel op de Vrije Universiteit bleef bezetten. Van het bestuur van de Vrije Universiteit kreeg hij toestemming voor deze dubbelfunctie (met twee volwaardige salarissen) nadat hij had betoogd dat hij op deze manier de gereformeerde psychiatrie kon verbreiden en voorkwam dat atheïsten als de met het communisme sympathiserende kinderpsychiater Grewel of de psychoanalyticus H.G. van der Waals hoogleraar werden.[27] Tot 1961 combineerde hij deze leerstoel met zijn aanstelling aan de Vrije Universiteit.

Van der Horst had zijn dubbele aanstelling mede te danken aan zijn optreden tijdens de Duitse bezetting. In de oorlog was de Valeriuskliniek een schuilplaats voor joden en studenten die aan vervolging en dwangarbeid wilden ontkomen. Verder bood Van der Horst faciliteiten aan het verzet en verzorgde hij clandestien onderwijs voor ondergedoken studenten. Ook Paviljoen III, de universitaire psychiatrische kliniek van de hoofdstedelijke Gemeente Universiteit, nam joden onder valse namen en met gefingeerde diagnoses op, zodat ze aan vervolging

26 Speijer 1960; Trimbos 1985.

27 Van Bergen 2005, 385-386.

konden ontkomen. Verzetsstrijders vonden er een overnachtingsplaats. De Duitsers werden op een afstand gehouden met het verhaal dat de kliniek lijders aan zeer besmettelijke en gevaarlijke ziekten herbergde.[28] Van der Scheer gaf eveneens blijk van een antinazistische gezindheid door in 1943 te protesteren tegen arrestaties van studenten, waarop hij zijn ambt moest neerleggen en onderdook. In Amsterdam verloor A.J. Westerman Holstijn zijn positie als privaatdocent, omdat hij een van de weinigen was die de zogenaamde Ariërverklaring weigerden te ondertekenen.[29]

Andere vooraanstaande zenuwartsen die een universitaire positie bekleedden, legden daarentegen een accommoderende houding aan de dag. Als rector van de Gemeente Universiteit Amsterdam maakte de hoogleraar neurologie B. Brouwer een einde aan een protestvergadering van studenten die wilden deelnemen aan de februaristaking. Rümke hield in 1942 een rede onder de titel 'Wat alle faculteiten bindt', waarin hij stelde dat de universiteit zich afzijdig zou moeten houden van de tumultueuze buitenwereld, een opvatting die de hoogleraar neurologie in Utrecht, Sillevis Smitt, ook uitdroeg. Duitse artsen woonden Rümke's colleges bij en toen een prominente NSB'er in zijn kliniek werd behandeld, nodigde hij NSB-leider A.A. Mussert, die deze patiënt kwam bezoeken, op de koffie uit. In Leiden ondersteunde Carp met het nationaal-socialisme sympathiserende organisaties. Ook weigerde hij medewerking te verlenen aan onderwijs voor ondergedoken studenten en werd hij in 1942 lid van de Artsenkamer. Na de oorlog werden Brouwer, Rümke en Carp ter verantwoording geroepen. Brouwer moest aftreden als hoogleraar omdat hij te ver was gegaan met het verlenen van medewerking aan de Duitse bezetter, ook al had hij geen blijk gegeven van nationaal-socialistische sympathieën en was zijn gedrag ingegeven door het streven om de universiteit te beschermen. In 1946 werd hij hoofd van het Herseninstituut in Amsterdam. Zowel Rümke als Carp kregen een officiële reprimande, wat voor de eerste aanleiding was om zijn functie tijdelijk neer te leggen. Studenten gaven blijk van hun ongenoegen over Rümke's houding door hem op zijn eerste college na de oorlog de rug toe te keren. Carp betoogde naar aanleiding van de reprimande en zijn schorsing van drie maanden dat hij zich er niet van bewust was geweest dat de Artsenkamer een nationaal-socialistische instelling was.[30]

Inhoudelijk kenmerkte de universitaire psychiatrie zich in de wederopbouwperiode net als in het interbellum door een eclectische combinatie van medisch-neurologische en geesteswetenschappelijke benaderingen. De voorspelling van een vurig pleitbezorger van de neurobiologische psychiatrie als C.P.J. Stotijn, sinds 1945 geneesheer-directeur van Endegeest en vanaf 1948 als privaatdocent aan de Leidse universiteit verbonden, dat de 'antinatuurwetenschappelijke', in

28 Van den Berg 1989, 64. Dit gebeurde ook in psychiatrische inrichtingen, onder andere in Maasoord. Zie Bakker 1999a, 30.

29 De Waardt 2005, 135–140; Van Bergen 2005, 301–304, 382, 385–386.

30 De Waardt 2005, 135–140; Rooijmans 1998, 69.

H.C. Rümke.

het bijzonder antropologische richting in de psychiatrie maar een kort leven beschoren zou zijn, bleek vooralsnog een wensdroom.[31] De antropologisch-fenomenologische richting, waarin de belevingswereld van patiënten en hun relatie met de sociale omgeving centraal stonden, bleef invloedrijk en kreeg een nieuwe impuls door het existentialisme en het personalisme. Van der Horst, diens collega en opvolger aan de Vrije Universiteit A.L. Janse de Jonge, Carp, Rümke, Baan en Prick droegen dit gedachtegoed uit in hun publicaties en onderwijs, waardoor de universitaire psychiatrie een sterk filosofische en literaire inslag bleef vertonen. De subjectieve dimensie van geestesziekte zou een begrijpende en invoelende houding, onbevooroordeeld luisteren en fijnzinnige klinische observatie en descriptie vereisen. Een groot deel van het psychoanalytische gedachtegoed was met deze benadering te verenigen.[32]

Terwijl de basis voor deze geesteswetenschappelijke optiek in de jaren twintig in de Amsterdamse Valeriuskliniek van de Vrije Universiteit was gelegd, vormde de Rijksuniversiteit Utrecht na de oorlog het belangrijkste academische centrum van het fenomenologische en personalistische gedachtegoed, niet alleen in de psychiatrie, maar ook in de psychologie, pedagogiek en criminologie. Tot de zogenaamde Utrechtse School behoorden naast psychiaters als Baan, Rümke en J.H. van den Berg, de psycholoog en fysioloog F.J.J. Buytendijk, psychologen als D.J. van Lennep, M.J. Langeveld, J. Linschoten, B.J. Kouwer en J.H. Dijkhuis, en juristen als W.P.J. Pompe en G.Th. Kempe. Op basis van hun oriëntatie op de fenomenologie en het personalisme deelden zij een afkeer van de kwantitatieve, empirisch-analytische benadering in de menswetenschappen. Het natuurwetenschappelijke determinisme en materialisme deden geen recht aan het wezen van de mens als zin- en betekenisgevend wezen. Echte kennis kon alleen worden vergaard in de, zoals het heette, 'ontmoeting met de medemens' en daarvoor waren geen methoden en technieken, maar een bepaalde attitude nodig, die alleen te verkrijgen was door persoonlijkheidsvorming. Het vermogen tot werkelijk kennen zou afhangen van de morele kwaliteiten en overtuigingen van de wetenschapper. Een zinvolle beoefening van de menswetenschappen kon niet zonder een normatief uitgangspunt en een verbinding met levensbeschouwing en geloof. De vertegenwoordigers van de Utrechtse School hadden uitgesproken opvattingen over de maatschappelijke taak van de menswetenschappen. De universiteit diende de leidinggevende elite van de samenleving te kweken die door middel van volksopvoeding mensen zowel innerlijke vrijheid – in de woorden van

31 Stotijn 1948.

32 Ter Meulen 1990; Van 't Hof 1996; Abma en Weijers 2005, 151. H. van Praag karakteriseerde de psychiatrie van de jaren vijftig als essayistisch, esthetiserend en filosofisch van karakter. 'Het was volstrekt abiologisch, volstrekt amedisch.' Bos 1997. Trimbos, die colleges bij Rümke volgde "filosofie erbij, literatuur erbij, dan wordt zo'n vak heel iets anders dan bij al die recht-toe-recht-aan chemische jongens" sprak van 'een meer retorische dan wetenschappelijke psychiatrie'. Heerma van Voss 1990a, 207; Trimbos 1983, 96; vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 42-43.

J.J.G. Prick.

Langeveld: 'zelfverantwoordelijke zelfbepaling' – als gemeenschapszin bijbrachten. Niet zozeer sociaal-economische hervormingen als wel een mentaliteitsverandering bij mensen vormde in deze gedachtegang de voorwaarde voor maatschappelijke verbetering.[33] De psychiatrie mocht zich niet onttrekken aan 'haar medemenselijke verantwoordelijkheid', zo benadrukte Baan in 1957 in zijn oratie aan de Rijksuniversiteit Groningen, en had een maatschappelijke taak te vervullen: de bevordering van de vrije ontplooiing van de mens.[34]

Onder leiding van Carp profileerde de Leidse universitaire psychiatrie zich vooral met toepassing van, onderwijs in en onderzoek naar psycho- en sociotherapie. In 1950 kwam Rhijngeest geheel ter beschikking van het Rijk, waardoor alle patiënten onder verantwoordelijkheid van de hoogleraar en zijn medewerkers kwamen te vallen, en veranderde de naam van het sanatorium in Jelgersmakliniek. Tegelijkertijd bekoelde de relatie tussen de Leidse universitaire psychiatrie en Endegeest, dat sinds 1945 onder leiding stond van de meer medisch-somatisch georiënteerde Stotijn.[35] De Jelgersmakliniek kreeg het karakter van een psychotherapeutisch centrum: het ging niet alleen om gesprekstherapie, maar ook om het leefmilieu dat in therapeutisch perspectief werd geplaatst. Carp, naar verluidt een autoritaire man, legde veel nadruk op het opvoedende en corrigerende karakter van psycho- en sociotherapie: verandering van levensinstelling was een belangrijk oogmerk. Een verkeerde attitude op individueel niveau was volgens Carp vaak een symptoom van het moreel verval van de samenleving als geheel. Psychotherapie was voor hem in de eerste plaats training ter bevordering van 'de ontwikkeling van een werkelijk [...] sociaal gevoelsleven, [...] het is deze training, welke de in een autistische, egocentrische, individualistische denk- en gevoelswereld verstrikt geraakte geesteszieken ten zeerste behoeven'.[36] In zijn beschouwingen over psychotherapie schonk hij veel aandacht aan levensbeschouwing. Behalve individuele psychotherapie met 'psychagogische' en psychoanalytische accenten, kregen groepstherapie, 'instructietherapie', psychodrama en creatieve therapie, waarin de heilzame werking van communicatie en suggestie centraal stonden, een belangrijke plaats in het behandelaanbod van de Jelgersmakliniek.[37]

Door middel van enquêtes onder behandelde patiënten probeerden Carp en zijn medewerkers de effectiviteit van psychotherapie te onderzoeken. Op hun conto staat een reeks van tien monografieën over diverse vormen ervan – behalve hypnose en psychoanalyse de individual-psychologische, suggestieve, psychocathartische, auto-suggestieve en psychagogische behandelmethoden – die tussen eind jaren dertig en eind jaren vijftig verscheen. Psychotherapeutische behandelmethoden zouden niet alleen bij psychische stoornissen, maar ook bij psychosomatische klachten geëigend zijn. In de Jelgersmakliniek bestond tussen 1952 en 1963 een Psychosomatisch Centrum onder leiding van B.B. Stokvis, waar-

33 Ter Meulen 1988a, 139–171; Dehue 1990, 80–109; Weijers 1991; Somsen 2001a; Weijers 2001.
34 Baan 1957, 15.
35 Blok 1998c, 191–193, 201–203.
36 Carp 1948, 225–226.
37 Carp 1948, 227–229; vergelijk Blok 1998b, 157.

mee de Leidse universitaire psychiatrie zich voegde in een naoorlogse trend: ook in Amsterdam, zowel aan de Gemeente Universiteit als aan de Vrije Universiteit, en in Nijmegen verrichtten zenuwartsen in samenwerking met andere medische specialisten en klinisch psychologen onderzoek op dit terrein. Overigens paste Carp ter aanvulling van psychotherapie ook somatische behandelingen, zoals de elektroconvulsietherapie (ECT), toe: deze waren in zijn ogen vooral zinvol als patiënten daardoor toegankelijker werden voor psychologische beïnvloeding.[38]

Ondanks de geesteswetenschappelijke oriëntatie van enkele toonaangevende hoogleraren lijkt het erop dat de medische invalshoek het onderzoek overheerste, althans als we dissertaties als maatstaf nemen. Tussen 1945 en 1965 promoveerden 84 zenuwartsen. Achtendertig proefschriften waren het resultaat van klinisch onderzoek op het gebied van diagnose en therapie en 24 van biologisch-neurologisch onderzoek naar de lichamelijke oorzaken van geestes- of zenuwziekten. In 11 proefschriften stond een sociaal-psychiatrisch onderwerp centraal, terwijl 5 zich op theoretisch-filosofisch terrein bewogen en 4 over een historisch-literair thema gingen.[39]

De hoogleraren in Groningen, Van der Scheer en Kraus, onderscheidden zich van de rest van de universitaire psychiatrie door hun distantie ten aanzien van fenomenologie en psychoanalyse, en een sterke aandacht voor de lichamelijke aspecten van geestesziekte. Weliswaar kregen psychiatrie en neurologie ook in Groningen aparte leerstoelen toen Kraus in 1949 Van der Scheers plaats innam, maar Kraus profileerde zich vooral met biomedisch onderzoek naar de werking van hormonen en aandacht voor lobotomie, een chirurgische ingreep in de prefrontale hersenkwabben, die de Portugese neuroloog E. Moniz voor het eerst in het midden van de jaren dertig had toegepast en die in de jaren veertig en vijftig in de Amerikaanse psychiatrie grote verbreiding vond.[40] Tegelijkertijd ventileerde Kraus twijfel aan de biologische benadering. In 1950 schreef hij naar aanleiding van de ECT en lobotomie dat psychiaters die deze behandelingen uitvoerden weliswaar het heil van patiënten nastreefden, maar dat ze niet precies wisten wat ze deden en waarom.[41]

Kraus werd in 1957 opgevolgd door Baan, een vooraanstaand vertegenwoordiger van de Utrechtse School en aanhanger van het fenomenologisch-personalistische gedachtegoed. De andere hoogleraren, Carp, Van der Horst, Prick en Rümke, stonden een combinatie van geesteswetenschappelijke en medische benaderingen voor en wilden de band tussen psychiatrie en neurologie behouden. De opvolging van K.H. Bouman door Van der Horst aan de Gemeente Universiteit Amsterdam bewerkstelligde geen breuk met de aldaar bestaande aandacht voor de lichamelijke aspecten van geestesziekte; van diens streven om de gereformeerde psychiatrie te verbreiden was hier weinig te merken. Onder ver-

38 Rooijmans 1998, 76-93; Van der Meer en Van 't Hof 2007, 91-96.
39 Schnabel 1982a, bijlage 1: 9-17.
40 De Waardt 2005, 178-179; Shorter 1997, 225-229; El-Hai 2005.
41 Blok 1998b, 166.

antwoordelijkheid van Van der Horst werd aan de Gemeente Universiteit met financiële steun van de Rockefeller Stichting een grootschalig multidisciplinair onderzoek opgezet naar de wederzijdse beïnvloeding van lichaam en geest. Behalve de psychiaters J. Bastiaans en Grewel participeerden ook een psycholoog (J.T. Barendregt), een internist (J.J. Groen) en een fysioloog (J.M. van de Valk) hierin. Zij meenden sterke aanwijzingen te hebben voor een causaal verband tussen psychische stress en lichamelijke ziekte. Dit soort onderzoek paste in de brede en eclectische benadering van Van der Horst.[42]

Rümke, de invloedrijkste psychiater in Nederland en de enige met een internationale reputatie, stelde zich uitdrukkelijk ten doel om de verschillende perspectieven in de psychiatrie met elkaar te verenigen, waarbij hij in de jaren vijftig in toenemende mate benadrukte dat zij in de eerste plaats een vorm van geneeskunde was. In zijn rede *Een bloeiende psychiatrie in gevaar* (1954) waarschuwde hij niet alleen voor versplintering van het vak, maar ook voor een overschatting van geesteswetenschappelijke en psychologische invalshoeken.[43] Ook pleitte hij voor een strikt onderscheid tussen ziekte en gezondheid, en een duidelijke grensafbakening tussen het medisch-psychiatrische domein, waar de arts de scepter zwaaide, en het multidisciplinaire werkgebied van de geestelijke volksgezondheid, waar de psychiater op basis van gelijkwaardigheid naast andere beroepsgroepen werkzaam was. Psychohygiënische hulpverlening was bedoeld voor mensen die in wezen gezond waren, maar kampten met voorbijgaande psychische problemen in verband met levensmoeilijkheden die algemeen menselijk waren of samenhingen met maatschappelijke factoren. In dit verband bekritiseerde hij de neiging in de psychiatrie om allerlei problematisch gedrag als uiting van psychische stoornissen te beschouwen. De zich uitbreidende bemoeienis van psychiaters met steeds meer aspecten van het leven riep bij Rümke de vraag op of ze hun competentie niet overschreden.[44]

Bij zijn afscheid als hoogleraar in 1963 betoogde Rümke dat de toekomst van de psychiatrie op het gebied van de biochemie, neurofysiologie en genetica lag. Drie jaar later presenteerde de aan de universiteit gelieerde Leidse inrichting Endegeest zich aan het publiek met een persconferentie en tentoonstelling onder de titel 'De toekomst van de psychiatrie ligt in de biochemie'. Geneesheer-directeur Stotijn had al vanaf het eind van de jaren veertig natuurwetenschappelijke onderzoek naar geestesziekte gestimuleerd. Zo beschikte Endegeest al vanaf 1951 over een geavanceerd neuropathologisch laboratorium.[45] Tegen de latere 'antipsychiater' J. Foudraine, in 1956 als assistent in Endegeest werkzaam, zou Stotijn hebben gezegd:

42 De Waardt 2005, 144-146; vergelijk Van Bergen 2005, 383 en Van der Meer en Van 't Hof 2007, 92-94.

43 Rümke 1954; vergelijk Rümke 1951a, 10; Rümke 1954-1971.

44 Van Belzen 1987, 1988a, 1988b, 1988c, 1988d; zie over Rümke ook Weijers 1991, 35-43.

45 Blok 1998b, 181-186; Abma en Weijers 2005, 176-177.

——— *Een radiotoestel heeft talloze draden. Gaat er een kapot, dan komen er van die rare geluiden uit het toestel. Welnu, een mens heeft miljoenen hersencellen. Gaan er een paar kapot, dan komen er ook uit mensen rare geluiden. Dat is schizofrenie. Ik denk dat het in de hersenen zit, misschien in de hormonen.*[46]

In het midden van de jaren zestig kreeg Endegeest een biochemisch laboratorium ten behoeve van onderzoek naar de werking van psychofarmaca. De instelling paste als een van de eerste depotmedicatie toe, dat wil zeggen injectie van psychofarmaca die een á twee weken werkzaam bleven, waardoor sommige chronische patiënten buiten de inrichting konden verblijven.[47]

Voor zover de academische psychiatrie sterk op de fenomenologie en de psychoanalyse georiënteerd was, stond zij dichter bij het ambulante, psychohygiënische werkterrein en de psychotherapie, dan bij de inrichtingspsychiatrie. In de jaren vijftig en zestig won de psychoanalyse snel aan invloed in de universitaire psychiatrie. Met name Rümke, Carp, Van der Horst en Baan namen een welwillende houding in ten aanzien van de freudiaanse leer en andere varianten van de psychoanalyse, en beschouwden deze als een van de stromingen waarmee de psychiatrie haar voordeel kon doen. Al voor de oorlog vervulden psychoanalytici privaatdocentschappen en ook in de jaren veertig en vijftig was dit het geval. In Leiden waren F.P. Muller (in 1922) en A.H. Fortanier (in 1938) en in Utrecht L.N.J. van der Kamp (in 1949) en A. Poslavsky (in 1954) hiervoor als privaatdocent aangesteld. Aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit werden de privaatdocenten J.H. van der Hoop en A.J. Westerman Holstijn in respectievelijk 1950 en 1952 tot lector benoemd.[48] In de eerste helft van de jaren zestig kwamen met uitzondering van die op de Vrije Universiteit en de Katholieke Universiteit Nijmegen alle leerstoelen voor klinische psychiatrie in handen van psychoanalytici of psychiaters die zeer welwillend stonden ten aanzien van de psychoanalyse: P.C. Kuiper aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam (1961), Bastiaans in Leiden (1963), J.H. Plokker in Utrecht (1964), W.K. van Dijk in Groningen (1965) en G.A. Ladee (1967) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.[49]

Vooral de kinderpsychiatrie, die zich sterk op de beweging voor geestelijke volksgezondheid en in het bijzonder op de Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB) oriënteerde, werd al in de jaren veertig en vijftig in hoge mate beheerst door psychoanalytici.[50] De hoogleraren Hart de Ruyter en Frijling-Schreuder waren vooraanstaande leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse en Kamp was voorzitter van het rivaliserende en minder orthodoxe Psychoana-

46 Blok 1998b, 157.
47 Blok 1998c, 191-193, 201-203.
48 De Waardt 2005, 155-156, 288, 296.
49 De Waardt 2005, 155-165.
50 De psychohygiënische oriëntatie van de kinderpsychiatrie bleek onder meer uit het feit dat in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* evenveel artikelen van kinderpsychiaters verschenen als in alle andere medische en psychiatrische bladen tezamen. Weijers 2002, 70, 87. Zie verder Abma en Weijers 2005, 86-91 en 138-141.

lytisch Genootschap. Zij profileerden zich met een (sociaal-)psychologische en pedagogische invalshoek als deskundigen op het terrein van de geestelijke ontwikkeling van kinderen, verstandelijke handicaps en opvoedings- en leermoeilijkheden. Onder verwijzing naar de psychoanalyse en J. Bowlby's hechtingstheorie in het bijzonder spitste hun aandacht zich toe op de affectieve verhoudingen in het gezin. Zo stelde Hart de Ruyter in zijn oratie dat autisme te wijten was aan het onvermogen van de moeder om uitdrukking te geven aan liefde. De psychologische profilering van de kinderpsychiatrie was deels ingegeven door het streven om kindergeneeskundigen de wind uit de zeilen te nemen omdat die ook expertise claimden op het terrein van psychische moeilijkheden.[51]

Toch waren er in de kinderpsychiatrie ook tegengeluiden te horen. De Leidse lector en directeur van Curium, Van Krevelen, achtte net als zijn Amsterdamse collega Grewel de psychologische benadering eenzijdig en bepleitte ook aandacht voor biologische en sociale factoren. Volgens Van Krevelen was autisme een organisch bepaalde stoornis en niet het gevolg van een stoornis in de moeder-kindrelatie of de affectieve tekorten van de moeder, zoals psychoanalytici beweerden. Ook bij andere psychische stoornissen zouden somatische factoren een rol spelen; Van Krevelen toonde daarom belangstelling voor psychofarmaca. Curium stond formeel los van de universitaire psychiatrie en binnen de medische faculteit voerde Van Krevelen over de Leidse kinderpsychiatrie een voortdurende competentiestrijd met de hoogleraren psychiatrie en kindergeneeskunde. Van Krevelen genoot met tal van buitenlandstalige publicaties een internationale reputatie, maakte van Curium een gerenommeerde kliniek en schreef het eerste Nederlandse kinderpsychiatrische handboek, maar aan de universiteit kreeg hij niet echt voet aan de grond. Carp en diens opvolger Bastiaans, die met de kindergeneeskunde en het Leidse MOB samenwerkten, marginaliseerden hem. In 1972 nam Van Krevelen teleurgesteld ontslag.[52] Negen jaar eerder was zijn tegenstander Carp voortijdig afgetreden als hoogleraar vanwege hardnekkige geruchten dat hij zich schuldig had gemaakt aan seksuele contacten met jeugdige mannelijke patiënten.[53]

Niet alleen de Leidse universitaire psychiatrie werd in de jaren vijftig en zestig voortdurend geplaagd door interne conflicten en affaires, ook aan de Vrije Universiteit liepen de spanningen keer op keer hoog op. Binnen de in 1950 tot stand gekomen medische faculteit botste Van der Horst voortdurend met de hoogleraar interne geneeskunde G.A. Lindeboom, kleinzoon van de theoloog L. Lindeboom, en de hoogleraar neurobiochemie en farmacologie J. Booij. Zowel persoonlijke animositeit, competentiestrijd en conflicten over benoemingen, als uiteenlopende opvattingen over wetenschapsbeoefening en de gereformeerde beginselen

51 Abma 1997, 24; De Waardt 2005, 177–181.
52 De Goei 1995; Broerse en Van 't Hof 1995a; Treffers 1995; De Waardt 2005, 181–185.
53 Rooijmans 1998, 91.

Th. Hart de Ruyter.

speelden hierbij een rol.[54] Van der Horst riep aversie op bij zijn collega-hoogleraren omdat hij er benoemingen van medewerkers en geestverwanten tot lector of hoogleraar probeerde door te drukken, terwijl hun wetenschappelijke capaciteiten en integriteit ter discussie stonden. Voorts bestonden er twijfels over zijn loyaliteit ten aanzien van de Vrije Universiteit vanwege zijn gelijktijdige aanstelling aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit. In de jaren 1959 en 1960 raakten de gemoederen zo verhit dat een aantal hoogleraren een dossier over Van der Horst aan de bestuurders van de Vrije Universiteit deed toekomen, waarin zij hem beschuldigden van oncollegiaal handelen, gebrek aan beginselvastheid met betrekking tot het gereformeerde geloof en 'ongeoorloofde verhoudingen' met vrouwelijke medewerkers en patiënten.[55] Niet alleen in de medische faculteit, maar ook in het bestuur van de Vrije Universiteit werden vraagtekens geplaatst bij Van der Horsts functioneren. Het bestuur maande Van der Horst om een eind te maken aan zijn dubbelprofessoraat – wellicht in de hoop dat hij ontslag aan de Vrije Universiteit zou nemen. In 1961 gaf hij echter zijn leerstoel aan de Gemeente Universiteit op nadat de psychoanalyticus Kuiper daar tot hoogleraar was benoemd in plaats van Van der Horsts naaste medewerker P.Th. Hugenholtz.[56] In de pers verklaarde Van der Horst evenwel dat zijn ontslagname aan de Gemeente Universiteit en zijn aanblijven aan de Vrije Universiteit een kwestie was geweest van knopen tellen. Zijn tegenstanders aan de Vrije Universiteit zagen zich hierdoor bevestigd in hun twijfel over Van der Horsts levensbeschouwelijke oprechtheid en zij gaven hieraan eveneens publiekelijk uiting.

Twee jaar later ging Van der Horst aan de Vrije Universiteit met emeritaat en nam een drietal hoogleraren zijn taken over: Janse de Jonge, sinds 1958 hoogleraar klinische psychologie nam de klinische psychiatrie voor zijn rekening, terwijl wat als organische psychiatrie werd omschreven in handen kwam van de neuropatholoog F.C. Stam en de biochemicus en farmacoloog Booij. De collegiale verhoudingen waren niet zodanig dat de samenwerking soepel verliep. Na de plotselinge dood van Janse de Jonge in 1965 werd Stam een jaar later tot hoogleraar in de klinische psychiatrie en neuropathie benoemd. Deze benoeming was omstreden, onder meer omdat Stam onvoldoende oog zou hebben voor de geesteswetenschappelijke aspecten van de psychiatrie en Booij, die deze leerstoel ook ambieerde, de voorkeur had van een deel van de medische faculteit. Typerend voor de bedorven sfeer op de afdeling psychiatrie van de Vrije Universiteit was dat Booij Stam op een vergadering met Hitler vergeleek.[57]

54 Van Bergen 2005, 359-360, 382, 390, 468-481, 517.
55 Van Bergen 2005, 478.
56 De Waardt 2005, 157-158.
57 Van Bergen 2005, 480, 515-527; Kuilman 1980, 179-181.

3.2 De oorlog in de psychiatrische inrichtingen

Leerling-verpleegster in Het Apeldoornsche Bosch

Claartje van Aals werd op 16 september 1922 te Utrecht geboren in een liberaal joods gezin.[58] Haar vader had een winkel in luxe chocoladeartikelen. Claartje was elf jaar toen haar moeder overleed en zestien toen ze van de mulo afkwam. Ze was het liefst direct de verpleging ingegaan, maar daarvoor was ze nog te jong.[59] Ter overbrugging ging ze eind 1938 werken bij de Nederlandsche Spoorwegen, op de mechanische afdeling. Daar raakte ze bevriend met Aagje Kaagman, een niet-joodse collega die na de scheiding van haar ouders al sinds haar zestiende alleen op kamers woonde. Claartje, wier vader eind 1938 wegens driftbuien uit de ouderlijke macht was ontzet, trok met toestemming van haar voogdes op 1 mei 1940 bij Aagje in: dat was 'gezelliger, leuker en veel goedkoper'.[60] Toen anderhalve week later de oorlog uitbrak huilde Claartje: 'Nu maken ze ons allemaal dood'.[61]

In november 1940 kreeg Claartje haar ontslag aangezegd – de bezetter had verordonneerd dat joden geen ambtenaar mochten zijn. Verdrietig riep ze steeds: 'Zie je wel, het begint nu al'.[62] Ze solliciteerde op een advertentie van de joodse psychiatrische inrichting Het Apeldoornsche Bosch en kwam daar op 23 december 1940 als leerling-verpleegster intern te wonen. Claartje en Aagje beloofden elkaar veel te schrijven.

Al direct na aankomst in Het Apeldoornsche Bosch stuurde Claartje de eerste brief aan haar hartsvriendin. De eerste indrukken waren gemengd.

_____ *Ik moest eerst bij de direkteur dr. Lobstein komen. Ik kreeg natuurlijk een preek. Toen naar het zusterziekenhuis. Daar heb ik een rotkamer. Ik kan niet eens mijn koffers uitpakken want er zijn geen kasten.*

In de eetzaal vroeg het hoofd van de huishouding of ik even op wilde staan. Toen begon het: zusters en broeders mag ik even voorstellen: Zuster van Aals! En toen – ik dacht dat ik er in bleef van het lachen Aag – stonden ze allemaal tegelijk op en mompelden: aangenaam. Net een kostschool. Vervolgens aten we heerlijke zuurkool en een grote goudreinet.

's Middags ben ik naar het Waschgebouw geweest en daar heb ik met patiënten gezeten. Er zijn hele erge bij. Er is er één die spuugt de hele tijd. Hij scheldt je uit: krijg de pokken, of krijg de typhus. Ontzettend, gewoon.[63]

58 Zie Wyers 1995, 9-21. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

59 Voor toelating tot de opleiding in de krankzinnigenverpleging gold achttien jaar als minimumleeftijd en voor de algemene verpleging twintig jaar.

60 Wyers 1995, 16.

61 Wyers 1995, 19.

62 Wyers 1995, 21.

63 Wyers 1995, 25. Wyers heeft de brieven van Claartje van Aals aan Aagje Kaagman gebundeld en van aanvullende informatie voorzien.

In haar volgende brief schreef Claartje:

_____ *Nu ben ik dan sinds een week Zuster van Aals en ik kan niet anders zeggen dan dat ik er nog geen seconde spijt van heb gehad. Mijn werk is natuurlijk heel anders dan op kantoor. Ik doe bijna niets anders dan kamers soppen en schoonmaken. Daar beginnen ze allemaal mee dus ik moet maar even door de zure appel heen bijten.*[64]

Half januari 1941 schreef Claartje dat ze naar de opera was geweest die door de patiënten was opgevoerd. Zelf deed ze mee aan de opvoering van een revue.[65] Eind april 1941 was het zover dat Claartje haar vriendin kon berichten dat ze de volgende week 'naar de afdeling' ging.

_____ *Ik ga naar het klassepaviljoen Hannah! Allemaal van die stinkrijke oude mensen die een beetje de kolder hebben. Ik ben zo dolgelukkig. Nog maar vijf dagen in die rotkeuken werken. Het hangt me meters de keel uit.*[66]

Half juli 1941 schreef Claartje dat ze die week voor het eerst in de wacht zat.

_____ *Je bent altijd met z'n drieën. Het is nu bijna drie uur 's nachts en ik moet de ronde gaan maken, want ik heb loopwacht.*

Ziezo dat is gebeurd. Ik heb net een zalige portie caramelpudding naar binnen gewerkt. Ik stik haast. De zusters die overdag werken zetten eten van de klasseafdeling – dat over is – apart. Dat is dan voor de wachtzusters. […]

Vannacht heb ik voor het eerst het sterven van iemand gezien. Het was vreselijk. Ik vond het heel erg naar, maar daar zal ik me in moeten harden.[67]

Ruim een maand later berichtte Claartje dat ze een 'rumoerige wacht' hadden.

_____ *We hebben gevochten met een erg onrustige patiënt. Die patiënt is een zuster van mijn afdeling die heel erg ziek geworden is. Je kunt je niet voorstellen hoe erg het is om een collega hier te verplegen. We zijn er allemaal vreselijk van onder de indruk. Het is nu kwart voor vijf en ik moet zo mensen gaan baden. Dat zal nog wel een aardig vechtpartijtje kunnen worden.*[68]

Half maart 1942, ruim een jaar na haar komst naar Het Apeldoornsche Bosch, moest Claartje examen doen.[69] Hoewel ze 'helemaal niets geleerd' had, slaagde ze

64 Wyers 1995, 27.
65 Wyers 1995, 35.
66 Wyers 1995, 63.
67 Wyers 1995, 70-71.
68 Wyers 1995, 75.
69 Wyers 1995, 87. Het betrof naar alle waarschijnlijkheid haar eerste (overgangs)examen. De opleidingsduur voor het B-diploma was drie jaar en de minimumleeftijd voor deelname aan het eindexamen was 22 jaar. Zie 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'.

Claartje van Aals.

toch. 'Ik stikte van de zenuwen, maar het is G.z.d. goed afgelopen. De doktoren waren tevreden dus dan denk ik dat ik ook wel tevreden kan zijn.'[70]

Een collega-verpleegster, Coby van Brakel, vertelde later dat Claartje een 'zorgzame en lieve verpleegster' was, die de tijd nam voor patiënten en grapjes met ze maakte. 'Door die losse manier van omgaan met mensen kreeg ze zelfs bij de moeilijkste patiënten alles voor elkaar. Ze hield van ze en was goed in haar vak.' Als collega vond Coby van Brakel Claartje wel wat 'eigenwijs en soms zelfs arrogant': 'alles moest gebeuren op de manier zoals zij dat per se wilde'. Daar kwam bij dat haar omgang met broeders 'nogal wat onrust en jaloezie' opriep: 'jongens kwamen altijd op haar af' en 'iedereen wilde wel met haar uit'.[71]

Al met al schreef Claartje in haar brieven aan Aagje relatief weinig over haar werk en nagenoeg niets over de verpleegopleiding in Het Apeldoornsche Bosch. Des te meer weidde ze uit over hoe ze haar vrije uren doorbracht, met wie ze had gedanst, gewandeld, op wie ze verliefd was – sinds begin 1942 'ging' Claartje met broeder Arno Schwarz. Over de verbodsbepalingen en verordeningen die de Duitse bezetter in de loop van 1941 en 1942 jegens joden uitvaardigde en de berichten die haar bereikten over razzia's op en deportaties van joden uitte Claartje haar grote bezorgdheid. Reeds half februari 1941, ruim een jaar voor de Neurenberger rassenwet in Nederland van kracht werd, schreef Claartje:

_____ *Aag, wat zou ik toch hebben? Ik maak me zo ongerust. Ze zeggen dat de Neurenbergerwet in werking treedt. Dan mogen christenmensen zich absoluut niet meer met jodenmensen bemoeien. Aag, als dat toch waar is. Moet je je Vader eens voorstellen, die zit dan helemaal alleen. Voor mij zou het dan nog niet eens zo erg zitten, want per slot van rekening ben je hier met bijna allemaal joodse lui. Dan zou ik jou ook niet meer mogen schrijven. Maar dat doe ik toch.*[72]

Een jaar later, op 21 februari 1942, meldde Claartje dat 'al het christenpersoneel' uit Het Apeldoornsche Bosch moest vertrekken. 'Je kunt je zeker wel voorstellen wat een ramp dat voor ons is. Per één april al. Ik ben wel benieuwd wat dat zal worden.'[73]

Op 11 november 1942 schreef Claartje aan haar vriendin dat ze 'niets anders dan beroerde dingen' had te melden.

_____ *Het is overal dezelfde rotzooi tegenwoordig. Iedereen zit in Westerbork of in Duitsland of in Polen. Ik denk dat we hier zo langzamerhand ook wel weg zullen moeten, maar dan schrijf ik je nog wel. In die kampen van Westerbork is het meer dan verschrikkelijk. Hongersnood, roodvonk, dysenterie. Waar anders vijfduizend mensen zijn zitten er nu achttienduizend. Dus je kunt*

70 Wyers 1995, 87.
71 Wyers 1995, 37-38.
72 Wyers 1995, 50-51. De Neurenberger rassenwet, die in 1935 voor Duitsland werd afgekondigd, hield in dat joden niet meer met niet-joden mochten trouwen of geslachtsverkeer mochten hebben. Zie Boterman 1996, 362.
73 Wyers 1995, 86. De verordening dat al het niet-joodse personeel moest worden ontslagen, moest voor juni 1942 zijn uitgevoerd. Zie ook Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 103-104.

Luchtfoto van Het Apeldoornsche Bosch.

je misschien voorstellen wat voor toestanden er zijn. De mensen moeten op banken buiten slapen. Degenen die naar Duitsland doorgestuurd worden daar hoor je niks meer van.[74]

Op 21 januari 1943 schreef Claartje haar laatste brief vanuit Het Apeldoornsche Bosch.

——— Lieve Aag,

Meiske schrik niet, maar vandaag gaan we foetsie. Waarheen weten we nog niet en wat er met de mensen gebeurt weten we ook niet. Het is een en al chaos. Ik zit op de gang te schrijven en ben idioot kalm. […] Aag, denk je eens even in: vijftienhonderd mensen – patiënten en personeel – worden maar zo weggehaald en je weet niet wat er met je gaat gebeuren. Haast de helft van het personeel is ondergedoken. We zitten nu op heel G met vijf zusters. Vannacht heb ik twee uur geslapen. Van drie tot vijf uur. Er slapen allemaal mannen boven en het is overal een zwijnekeet, dat snap je.

Agie alles moet ik achterlaten, alleen het hoogstnoodzakelijke kan ik meenemen. Het is net of ik dronken ben. Als ik wil kan ik duiken, maar ik voel me verplicht om met de mensen mee te gaan, want daar gaat je hart toch ook wel naar uit. En als ik Arno niet meer heb dan kan de rest me toch niets meer schelen.

Agie, ik schei er uit.[75]

Claartje van Aals werd op 5 februari 1943 in Auschwitz omgebracht.

De catastrofe van Het Apeldoornsche Bosch maakte deel uit van de systematische jodendeportaties, zoals die vanaf half juli 1942 in Nederland door de Duitse bezetter in gang waren gezet. Ook in andere psychiatrische inrichtingen vonden razzia's plaats op joodse patiënten of onderduikers. In totaal werden ruim honderdduizend joden, dat wil zeggen driekwart van de joden in Nederland, weggevoerd en in vernietigingskampen omgebracht. Anders dan in Duitsland zelf kwam het in Nederland niet zover dat voor geesteszieken en zwakzinnigen als zodanig een vernietigingsprogramma tot ontwikkeling kwam en ten uitvoer werd gelegd. De Duitse bezetter nam, voor zover bekend, geen initiatieven in deze richting. Van de kant van de NSB vielen weliswaar in 1942 enkele pleidooien of voornemens te beluisteren om de voedselrantsoenen van patiënten in psychiatrische inrichtingen te verlagen tot of onder het burgerrantsoen, maar van een onderliggend plan om krankzinnigen door uithongering om het leven te brengen was geen sprake.[76]

Dit laat uiteraard onverlet dat psychiatrische inrichtingen – maar niet alleen deze – in de loop van de oorlog, en vooral tijdens de hongerwinter van 1944-1945, te maken kregen met ernstige tekorten aan voedsel en andere elementaire voorzieningen,, zoals brandstof, zeep of textiel. Daar kwam nog bij dat de meeste psychiatrische inrichtingen zich vroeger of later voor de opgave zagen gesteld zelf te

74 Wyers 1995, 96-97.
75 Wyers 1995, 105-106.
76 Vergelijk Blok 1998a, 135. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

evacueren dan wel evacués van andere psychiatrische inrichtingen op te vangen, met alle gevolgen van dien.

Verbleven eind 1941 zo'n 25.000 patiënten in psychiatrische inrichtingen, eind 1945 was dit aantal geslonken tot ongeveer 21.000.[77] Bijna een derde van deze daling was het gevolg van de deportatie van joodse patiënten in 1943 en 1944: 869 patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch en, voor zover thans bekend, ten minste 420 uit andere psychiatrische inrichtingen.[78] Hoevelen van de overige patiënten omkwamen door oorlogshandelingen dan wel overleden door voedselgebrek, deficiëntieziekten of besmettelijke ziekten valt slechts bij benadering vast te stellen. Zoveel is zeker dat de sterftecijfers in de psychiatrische inrichtingen en de zwakzinnigeninrichtingen tezamen in de loop van de oorlog een flinke stijging vertoonden, met een duidelijke piek in de jaren 1944 en 1945, toen de sterfte ongeveer dubbel zo hoog was als in de jaren 1938 en 1939.[79]

Dit ter inleiding. Wat in de vijf paragrafen hierna volgt is een gedetailleerder, grotendeels chronologisch verslag van de problemen waarvoor de Nederlandse psychiatrische inrichtingen zich gesteld zagen als gevolg van de mobilisatie, de oorlog en de bezetting, de manieren waarop de betrokkenen – medici, verplegend personeel, patiënten – deze problemen het hoofd trachtten te bieden, en waartoe dit leidde. Naast de publicaties over afzonderlijke psychiatrische inrichtingen vormt in het bijzonder recent onderzoek van G.J.C. aan de Stegge over de inrichtingspsychiatrie tijdens de Tweede Wereldoorlog een belangrijke leidraad voor ons verslag.[80]

De eerste oorlogsjaren: bezetting en 'euthanasie'-dreiging

Eind augustus 1939, aan de vooravond van Duitslands inval in Polen en de daarop volgende oorlogsverklaring van Groot-Brittannië en Frankrijk aan Duitsland, kondigde de Nederlandse regering de algemene mobilisatie af. Ongeveer 250.000 mannen, onder wie ook artsen en verplegers, werden opgeroepen.[81] De mannenafdelingen van psychiatrische inrichtingen moesten het hierdoor tijdelijk met minder verplegers zien te redden.[82] Voordat de Duitsers op 10 mei 1940 Nederland binnenvielen hadden de psychiatrische inrichtingen diverse maatregelen getroffen. Zo had St. Servatius (Venray) onder meer vijf waterpompen laten slaan voor

77 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

78 Zie hieronder het Chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen.

79 Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1884-1964.

80 Aan de Stegge 2005b, 2006b, 2006c, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook Blok 1997b, 1998a; Bakker 2002c; Billekens et al. 2005. Met dank aan P. Romijn (NIOD) voor zijn commentaar op dit hoofdstuk.

81 De Jong 1969-1994, I: 719.

82 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

het geval de centrale watervoorziening zou uitvallen. Ook was gezorgd voor een extra voorraad 'ligging' (beddengoed) en kleding.[83] In de inrichting te Franeker waren schuilkelders ingericht, was verduistering aangebracht en had de directie een fornuis en grote veevoederketels aangeschaft voor als de gastoevoer zou verminderen.[84] In Maasoord (Poortugaal) waren onder meer voorbereidingen getroffen voor een mogelijke gasoorlog: een arts had een speciale cursus gevolgd en een deel van de souterrains en kelders was als schuilkelder ingericht, volledig afgesloten van de buitenlucht. De schuilkelders hadden slaapplaatsen voor hulpbehoevende en zieke patiënten, bergruimten voor levensmiddelen en watervoorraden, en 'stilletjes'. Ook was een noodaggregaat aangeschaft, met daarbij een voorraad van enkele duizenden liters benzine, die in een in de grond ingegraven tank lag opgeslagen. Voorts waren er op het terrein scherfvrije loopgraven aangelegd, alsook een buisverbinding met de Maas, met een pompje om zo nodig rivierwater in het eigen waterleidingbuizenstelsel te stuwen. Maasoord beschikte over een eigen, goed geoefende brandweer. Op de zolders van de paviljoens stonden emmers met zand en schoppen klaar voor als er brandbommen zouden vallen.[85]

Het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten voerde de regie bij de evacuatie van psychiatrische inrichtingen. Op 11 november 1939, toen de dreiging van een Duitse aanval op Nederland bijzonder acuut was[86], kreeg Huize Padua (Boekel) van regeringswege opdracht alle patiënten – zo'n 475 – en het personeel te evacueren; de ongeveer 400 in de inrichting ingekwartierde Nederlandse militairen bleven op hun post.[87] De patiënten werden met bussen overgebracht naar een tweetal andere tehuizen van de Broeders Penitenten: het zwakzinnigengesticht Huize Assisië te Udenhout en de pas geopende verpleeginrichting Mariahof te Tilburg. Nadat de evacuatie zelf vlot was verlopen, bleek dat de verpleging van de patiënten van Huize Padua in de beide gastinstellingen wegens plaatsgebrek en een onvoldoende outillage van de gebouwen niet goed mogelijk was. Aangezien de oorlogsdreiging inmiddels niet langer acuut was, gaf de Inspectie reeds een week na de evacuatie toestemming een deel van de patiënten naar Boekel te laten terugkeren. Behalve Huize Padua kreeg ook het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist op 10 november 1939 opdracht te evacueren ten behoeve van de inkwartiering van militairen. Het merendeel van de 128 patiënten keerde huiswaarts of werd ondergebracht in andere instellingen. In juni 1940 werd het Christelijk Sanatorium weer vrijgegeven.[88]

Voor de onder het Staatstoezicht vallende inrichtingen had de Inspectie in maart 1940 een evacuatieplan gereed. Dit trad al direct op 10 mei 1940 in werking, toen bij het opblazen van de brug bij Grave ook een deel van het Rijkskrankzin-

83 Kroft 2005, 105.
84 Van Heemstra 1951, 57.
85 Van der Spek s.a. [ca.1970], 180.
86 Romijn 2006, 68.
87 Nationaal Archief, Archief Inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1842–1961, inv. nr. 635, 'Ervaringen bij de evacuatie van de psychiatrische inrichting "Huize Padua" te Boekel (N.B.)'. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
88 De Goei 1993, 203.

nigengesticht te Grave werd getroffen: 150 vrouwelijke patiënten, 28 verpleegsters en enkele artsen werden geëvacueerd naar het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel. In Woensel werd voor hen een paviljoen ontruimd. Bij gebrek aan noodbedden moest een groep verplegenden overuren maken om voor de evacués matraszakken te vullen met stro en zeegras. Na een week was dit karwei voltooid, net toen de evacués weer konden terugkeren naar hun inmiddels op orde gebrachte paviljoen in Grave.[89] Voor zover bekend bleven andere psychiatrische inrichtingen in deze meidagen gevrijwaard van de noodzaak om wegens oorlogsschade tot evacuatie over te gaan.

Daar bleef het evenwel niet bij. Reeds een week na de Duitse inval vorderde een detachement van het Duitse leger een deel van het terrein alsook de voormalige noodkapel van de St. Willibrordusstichting (Heiloo). Enkele weken later viel het besluit het gebouwencomplex in te richten als marinelazaret. Dit leidde begin juli 1940 tot de ontruiming van twee paviljoens. Een groep patiënten verhuisde naar het nabijgelegen Duin en Bosch (Bakkum). In 1941 volgde een tweede vorderingsronde: ditmaal werden de patiënten ondergebracht in de kindervakantiekolonies De Eendracht en St. Antonius te Bakkum.[90] Eenzelfde lot trof Vrederust (Bergen op Zoom). Tussen juni 1940 en mei 1941 vorderden de Duitsers een groot deel van deze inrichting om daar een marinelazaret te vestigen. Aanvankelijk lukte het nog om de patiënten uit de gevorderde paviljoens in Vrederust zelf en in twee weeshuizen te Bergen op Zoom – het ene protestants, het andere roomskatholiek – onder te brengen. Toen de Duitsers vervolgens alle mannenpaviljoens opeisten, verhuisden veertig patiënten naar Het Groot Graffel (Warnsveld) en zestig patiënten met hun verplegers en verpleegsters naar Vogelenzang (Bennebroek).[91]

Deze vroege evacuaties ten gevolge van oorlogsschade aan of vordering van (delen van) psychiatrische inrichtingen vormden nog slechts het begin. Vooral de vanaf juni 1942 door de Duitsers opgelegde ontruiming van psychiatrische inrichtingen in de kuststreek in verband met de aanleg van de *Atlantikwall* – de bijna 3.000 kilometer lange verdedigingslinie langs de Atlantische en de Noordzeekust – en de in de herfst van 1944, tijdens de opmars van de geallieerden, door diverse inrichtingen geleden oorlogsschade zouden omvangrijke en voor alle betrokkenen ingrijpende evacuaties met zich meebrengen.

Al met al kwam het merendeel van de psychiatrische inrichtingen het eerste bezettingsjaar zonder ernstige problemen door. Wel kostte een bominslag op Duin en Bosch in de nacht van 12 op 13 augustus 1940 het leven aan twee patiënten.[92] Voorts verordonneerde de Duitse bezetter in het najaar van 1940 een beroepsverbod voor joden in openbare dienst.[93] Dit hield in dat joods overheidsper-

89 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Aan de Stegge ontleent deze informatie aan verpleger Philip Kemp, die in 1937 zijn opleiding voor de B-verpleging begon in het RKG te Woensel.

90 Bakker 2002c, 127.

91 Gorisse 1997, 49-50.

92 Blok 1997b, 154.

soneel, joodse bestuurders en joodse volksvertegenwoordigers, dus ook het joodse personeel dat in de publieke psychiatrische inrichtingen werkzaam was, uit hun functies moesten worden ontheven. Voor Claartje van Aals betekende deze maatregel, zoals eerder vermeld, haar ontslag bij de Nederlandsche Spoorwegen. Voor joodse artsen en verplegenden in publieke inrichtingen kon banenruil met niet-joods, 'arisch' personeel uit Israëlitische instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een oplossing bieden. Dit was althans de oplossing die G. Kraus, geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, en inspecteur J.H. Pameijer aandroegen en waartoe zij hun bemiddeling aanboden.[94] Het door de Duitse bezetter verordonneerde beroepsverbod voor joden in openbare dienst vormde, naar later zou blijken, de opmaat tot een hele reeks verordeningen die tot doel hadden de joden te stigmatiseren, sociaal te isoleren, te discrimineren en uiteindelijk, vanaf juli 1942, te deporteren en te vermoorden.

Eenzelfde lot bleef, zoals gezegd, de (niet-joodse) geesteszieken en zwakzinnigen in Nederland bespaard. Dat was, gezien de obsessie van de nazi's met de instandhouding van de zuiverheid en de kracht van het 'arische ras', geenszins vanzelfsprekend. Al sinds de machtsovername door Adolf Hitler in 1933 waren Duitse medici druk doende geesteszieken en zwakzinnigen te steriliseren. Tot 1945 werden in Duitsland, met inbegrip van de geannexeerde gebieden, ongeveer 400.000 mannen en vrouwen van hun vruchtbaarheid beroofd door gedwongen sterilisatie op grond van het in 1933 ingevoerde *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, de wet ter voorkoming van nageslacht met erfelijke ziekten.[95] Door de onvakkundige uitvoering ervan maakten deze operaties tal van dodelijke slachtoffers, vooral onder vrouwen.

In 1939 gingen de nazi's over tot nog radicalere maatregelen, tot wat zij noemden de toepassing van 'euthanasie' op 'onvolwaardige levens'. Tussen september 1939 en 1945 werden ongeveer 5000 lichamelijk of geestelijk gehandicapte kinderen vermoord door toediening van dodelijke hoeveelheden medicijnen. Begin 1940 ging 'operatie T-4' van start, zo genoemd naar het Berlijnse adres Tiergartenstrasse 4, waar het bestuurlijke centrum van deze onderneming zetelde. Tussen januari 1940 en augustus 1941 werden in het kader van het T-4-programma ruim 70.000 volwassen geesteszieken en zwakzinnigen door vergassing in zes daartoe omgebouwde inrichtingen om het leven gebracht.[96] Toen de rooms-katholieke Münsterse bisschop C.A. Graf von Galen op 3 augustus 1941 in een preek luid en duidelijk protest aantekende tegen deze moordpraktijken, volgde drie weken later Hitlers bevel tot stopzetting van operatie T-4.[97] Daarmee kwam overigens alleen een eind aan de centraal georganiseerde en gestuurde massamoord die in

93 Romijn 2006, 176-188.
94 Blok 1997b, 154.
95 Kersting 2005, 202.
96 Faulstich 2003, 22. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
97 Walter 1996, 679. Officiële, vanaf zomer 1940 door de rooms-katholieke kerk en ook van evangelische zijde ingediende protesten tegen 'Aktion T4' waren zonder gevolg gebleven. Zie Walter 1996, 673-679.

de zes inrichtingen plaatsvond. Aan het 'euthanasie'-programma als zodanig veranderde niets, behalve dat de uitvoering ervan voortaan onder regionale of lokale verantwoordelijkheid geschiedde.[98] In 1943 kwam een tweede grote golf van transporten vanuit de inrichtingen op gang – ditmaal voornamelijk naar inrichtingen in Zuid-Duitsland.[99] Ongeveer 96.000 geesteszieken en zwakzinnigen stierven door uithongering, verwaarlozing en/of een dodelijke overdosis aan medicijnen. In totaal vonden tot aan het eind van de oorlog ruim 200.000 mensen de dood ten gevolge van het 'euthanasiebeleid' van de nazi's.[100]

In hoeverre was men indertijd in kringen van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie van dit alles op de hoogte? Zoals eerder vermeld stonden ook Nederlandse pleitbezorgers van de eugenetica tamelijk gereserveerd of zelfs kritisch ten opzichte van het radicalisme en de racistische aard van het nazistische gedachtegoed op dit gebied.[101] De sterilisatiepraktijken van de Duitsers waren in ons land al voor de oorlog bekend.[102] Of dat ook gold voor de in september 1939 begonnen moord op lichamelijk of geestelijk gehandicapte kinderen is vooralsnog niet duidelijk. Weliswaar schreef J. van der Spek, destijds geneesheer-directeur van Maasoord te Poortugaal, in een ongepubliceerd manuscript dat tijdens een ressortvergadering in Sancta Maria te Noordwijkerhout in 1939 voor 'de Duitse gruwelen' werd gewaarschuwd, maar het is niet aannemelijk dat daarbij behalve op de sterilisaties ook al op de (aanstaande) 'euthanasie' op 'onwaardige levens' werd gedoeld.[103] Naar alle waarschijnlijkheid werden de ogen pas goed geopend in de herfst van 1941 toen het protest van Von Galen tegen het Duitse vernietigingsprogramma volop doorklonk in Nederland – zowel in katholieke kring als in kringen van het verzet. De aartsbisschop van Utrecht, monseigneur J. de Jong, door J. Presser getypeerd als 'principieel volstrekt tegenstander van het nationaalsocialisme', vervulde, naar op grond van onderzoek van Aan de Stegge mag worden aangenomen, een spilfunctie in de verspreiding van de preek onder de eigen gelederen.[104]

Het ondergrondse blad *Het Parool* wijdde op 25 september 1941 een artikel aan het naziprogramma en het bisschoppelijke protest onder de titel 'Nazi – Humanisme. Geesteszieken worden in Duitschland afgemaakt'.[105] Het verwees naar

98 Walter 1996, 679-684.

99 De evacuaties vanuit de inrichtingen waren onder meer bedoeld om ruimte vrij te maken voor de inrichting van militaire hospitaals en voor de evacuatie van ziekenhuizen in de steden. Zie Kersting 2005, 203.

100 Kersting 2005, 203.

101 Zie 2.5, paragraaf 'Geestelijke volksgezondheid: eugenetica versus sociale psychiatrie'.

102 Zie onder meer de publicaties over de inrichtingen voor epileptici Meer en Bosch (Heemstede) en Bethesda Sarepta (Haarlem): Van Dijk en Ledeboer 1948, 14-17; Venema 1982, 110-111. Meer en Bosch nam in 1935 een Duitse kunstenaar op die aan epilepsie leed, daarvoor in Duitsland zou worden gesteriliseerd en derhalve naar Nederland was gevlucht. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge. Zie ook hieronder.

103 Van der Spek s.a. [ca. 1970], 179.

104 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook Presser 1965, I: 35.

105 Van der Spek s.a. [ca. 1970], 187-190: 188. Van der Spek vermeldt als jaartal van dit artikel in *Het Parool* abusievelijk 1940. Hij heeft het artikel in overgetypte vorm als bijlage in zijn manuscript opgenomen.

een eerder in dat jaar te New York verschenen boek, getiteld *Berlin Diary*, van W.L. Shirer, die vele jaren correspondent te Berlijn was. Shirer onthulde, aldus *Het Parool*, dat de naziautoriteiten sedert de zomer van 1940 bezig waren op grote schaal ongeneeslijke krankzinnigen en zwakzinnigen, kinderen en ouden van dagen in koelen bloede af te maken. Tevens maakte *Het Parool* in extenso melding van een door Von Galen in de zomer van 1941 in de St. Lambertuskerk te Münster afgelegde verklaring en diens eerder genoemde preek, waarin hij niet alleen aan zijn eerdere verklaring herinnerde, maar ook nadere gegevens over deze 'massamoorden' van het nazibewind wereldkundig maakte. Uit Von Galens verklaring van 6 juli nam *Het Parool* de volgende, door de krant in het Nederlands vertaalde, passage over.

——— *Sedert eenige maanden ontvangen wij berichten, dat uit gestichten voor geesteszieken op bevel van Berlijn, verpleegden, die reeds lang ziek zijn en mogelijk ongeneeslijk lijken, onvrijwillig weggevoerd worden. Regelmatig ontvangen dan de verwanten na korten tijd de mededeeling, dat de zieke overleden is, het stoffelijk overschot verbrand is en de asch kan worden afgeleverd. Algemeen heerscht de aan zekerheid grenzende verdenking, dat deze talrijke onverwachte sterfgevallen van geesteszieken niet van zelf ontstaan, maar opzettelijk worden veroorzaakt en dat men daarbij de leer volgt, welke beweert, dat men zoogenaamd levensonwaardig leven mag vernietigen, dus onschuldige menschen dooden, als men meent, dat hun leven voor volk en staat niets meer waard is. Een leer, welke verschrikkelijk is, die het vermoorden van onschuldigen wil rechtvaardigen, die het gewelddadig dooden van invaliden, gebrekkigen, ongeneeslijke zieken, ouderdomszwakken, die niet meer tot arbeid in staat zijn, in beginsel toestaat.*[106]

Er was, aldus *Het Parool*, alle reden tot waakzaamheid van de kant van Nederlandse artsen.

——— *De barbarenpraktijken bewijzen wel, in welke richting de medische wetenschap in het Derde Rijk gedwongen wordt zich te ontwikkelen. De Nederlandsche artsen, die tot nogtoe van oordeel waren, dat zij zich over de gelijkschakeling van de Nederlandsche artsen-wereld door de nazi's niet zoo ongerust behoefden te maken, kunnen uit deze feiten wellicht eenige leering putten.*[107]

Een maand eerder, op 24 augustus 1941, had een groep artsen zich, uit verzet tegen plannen van de Duitsers een Nederlandse Artsenkamer op te richten, verenigd in Medisch Contact.[108] Begin oktober 1941 waarschuwde Medisch Contact in een estafettebrief voor de gevaren die dreigden wanneer de bezetter zou pogen de artsen in een artsenkamer te organiseren onder leiding van een NSB-arts. Tot

106 Geciteerd bij Van der Spek s.a. [ca. 1970], 188.
107 Geciteerd bij Van der Spek s.a. [ca. 1970], 188.
108 De Vries 1949, 19. De Nederlandsche Artsenkamer werd in december 1941 ingesteld. Ruim 80 procent van de Nederlandse artsen weigerde zich door middel van een hun toegezonden en in september 1942 te retourneren formulier bij deze Artsenkamer aan te melden. Zie ook De Jong 1969-1994, VI: hoofdstuk 9.

die gevaren behoorden 'uitvoering van de sterilisatiewetten' en 'het doden van krankzinnigen en psychopathen'.[109] Het moge duidelijk zijn dat de berichten over de Duitse gruwelen op enigerlei wijze bij Medisch Contact terecht waren gekomen, of dat nu via de ondergrondse pers was gebeurd dan wel via de verspreiding van Von Galens preek door aartsbisschop De Jong. Aan de Stegge veronderstelt dat J.A.J. Barnhoorn, geneesheer-directeur van de St. Willibrordusstichting te Heiloo, tevens voorzitter van de Rooms-Katholieke Artsenvereeniging en vanaf de oprichting als bestuurslid betrokken bij Medisch Contact, de alarmerende berichten aan Medisch Contact heeft doorgegeven nadat hij Von Galens preek uit handen van de aartsbisschop ofwel van de geestelijk adviseur van de Rooms-Katholieke Artsenvereeniging, Mgr. F.A.H. van de Loo, had ontvangen.[110]

Hoe dan ook moet dus uiterlijk in oktober 1941 in kringen van het artsenverzet bekend zijn geworden wat zich in de Duitse krankzinnigengestichten afspeelde – behalve de gedwongen sterilisaties ook regelrechte moord op grote aantallen geesteszieken en zwakzinnigen. De wereld van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie was dan ook gewaarschuwd en had alle reden om alert te zijn voor het geval de Duitse bezetter ook in Nederland tot een dergelijk beleid zou willen overgaan.

Een verhuld protest tegen de nazi-ideologie en -praktijken viel te beluisteren in het kader van de door de Examen Commissie van de NVPN ter gelegenheid van haar vijftigjarig jubileum uitgeschreven opstellenwedstrijd voor verplegenden.[111] De prijsuitreiking vond plaats op 12 december 1941. De jury – onder voorzitterschap van inspecteur J.H.M. Koenen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten – kende de eerste prijs toe aan een opstel met de titel 'Eerbied voor het leven', geschreven door C.A. Dardenne Ankringa, een (recentelijk) gediplomeerd verpleger werkzaam in het Willem Arntsz Huis te Utrecht.[112] De boodschap van het opstel was ondubbelzinnig: respecteer altijd de waarde van het leven, ook van diep gestoorde en ernstig gehandicapte patiënten. De tweede prijs ging naar het opstel van een jonge leerling-verpleegster uit Santpoort, A. Wijngaard, getiteld 'Demente oudjes', met als portee de 'zin' die ze aan het verplegen van deze oudjes ontleende.[113] In totaal werden drie van de 84 binnengekomen opstellen bekroond en in 1942 gepubliceerd in het *Tijdschrift voor ziekenverpleging*. Nog eens drie andere opstellen kregen een eervolle vermelding.

De primeur van openlijk verzet in de wereld van de psychiatrie komt, voor zover thans bekend, toe aan de inrichtingen voor epileptici Meer en Bosch (Heemstede) en Bethesda Sarepta (Haarlem) van de Christelijke Vereeniging voor de Verpleging van Lijders aan Vallende Ziekte.[114] Bestuur en staf waren al vroeg op

109 De Vries 1949, 173.
110 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III; De Vries 1949, 79.
111 Zie Aan de Stegge 2005b; Aan de Stegge proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie voorts 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'.
112 Aan de Stegge 2005b, 57.
113 Aan de Stegge 2005b, 57-58.
114 Van Dijk en Ledeboer 1948, 10-28; Venema 1982, 108-114.

de hoogte van het sterilisatiebeleid in nazi-Duitsland. Epileptici waren daar niet langer veilig en werden onder dwang gesteriliseerd. Toen in 1935 een aan vallende ziekte lijdende en in eigen land met sterilisatie bedreigde Duitse kunstenaar in Meer en Bosch werd opgenomen, kon men uit de eerste hand ervaren welke weg nazi-Duitsland was ingeslagen.[115] Een week voor de Duitse inval besloot het bestuur twee broeders die zich bij de NSB hadden aangesloten, te ontslaan. De doorslag gaf dat een van hen het had bestaan een 'nazi-redevoering' te 'houden tegen de patiënten, terwijl het behandelen van politieke onderwerpen uitdrukkelijk was verboden'.[116] In oktober 1941 eiste de 'commissaris voor niet-commercieele vereenigingen te Den Haag' dat de beide broeders weer in dienst werden genomen. Het bestuur weigerde dit, 'heel goed begrijpend dat daarmede de infiltratie van de NSB in de Inrichtingen zou beginnen met alle gevolgen van dien'.[117] Geneesheer-directeur B.Ch. Ledeboer – later hoofdbestuurslid van Medisch Contact – hield vervolgens verschillende bijeenkomsten met de broeders en zusters en het overige personeel. Daarbij bleek, zo gaf Ledeboer in een rede bij de heropeningsplechtigheid van de inrichtingen in 1946 te kennen,

> ——— *dat niet alleen allen geheel doordrongen waren van het principieel onaanvaardbare der eischen, welke aan ons gesteld werden, maar ook van het feit dat van onze houding veel zou afhangen t./o. van hetgeen de bezetter zou pogen te ondernemen met alle inrichtingen welke geesteszieken verpleegden in ons land. Het was al genoegzaam bekend geworden hoe de nat.-social. mentaliteit in dezen was: vernietigen wat 'onbruikbaar' is. Alleen door den Duitschers en N.S.B. de overtuiging bij te brengen, dat zij bij de door hen voorgenomen maatregelen wat dit betreft in ons land scherp principieel verzet zouden ontmoeten, meenden wij groot onheil te kunnen voorkomen.*[118]

Bestuur, directie en personeel van Meer en Bosch besloten elke NSB-inmenging in hun werk 'principieel van de hand te wijzen en alle consequenties daarvan te aanvaarden.'[119] Tussen bestuur en personeel werd afgesproken om de opzeggingstermijn voor ontslagname terug te brengen tot één week en dat dit ontslag automatisch zou ingaan wanneer van NSB- of Duitse zijde in het werk zou worden ingegrepen. Dat moment brak in maart 1942 aan, toen bestuur en directie werden afgezet en vervangen door NSB-functionarissen. Het nieuwe bestuur kreeg van de afgezette voorzitter te horen dat het hele personeel, met uitzondering van één NSB-lid, ontslag had genomen en nog één week zou werken. In die week kwamen familieleden de patiënten ophalen. Pogingen van de nieuwe NSB-directeur om dit tegen te houden, liepen op niets uit. Evenmin slaagde het nieuwe bestuur erin het personeel tot aanblijven te dwingen. Ook een bezetting van de inrichtingen door de politie bracht het personeel niet tot andere gedachten. Tegen het eind van de week was het grootste deel van de patiënten vertrokken, maar voor ongeveer

115 Van Dijk en Ledeboer 1948, 15-16; Venema 1982, 110-111.
116 Van Dijk en Ledeboer 1948, 11.
117 Van Dijk en Ledeboer 1948, 12-13.
118 Van Dijk en Ledeboer 1948, 13.

tweehonderd patiënten moest nog een adres worden gevonden. Op dat moment riep het NSB-bestuur de hulp van de Duitsers in, die op hun beurt een bijeenkomst van het oude en het nieuwe bestuur belegden. Het NSB-bestuur deelde mee dat het had besloten de nog aanwezige patiënten naar andere inrichtingen te evacueren. Men vroeg het oude bestuur om het personeel te verzoeken voor de duur van de evacuatie, zo'n drie maanden, in dienst te blijven. Het oude bestuur vond dit niet acceptabel en deed een tegenvoorstel: 'wij willen zelf de evacuatie verzorgen en wel in drie dagen op voorwaarde dat niemand zich ermede bemoeit dan ons eigen personeel en ook dat meegenomen kan worden alles wat voor de verpleging van onze patiënten elders noodig is.'[120] Zo gebeurde – op 28 maart 1942 waren de laatste patiënten vertrokken. Direct daarna werden de mannelijke leden van het oude bestuur en de oude directie, alsmede de hoofdbroeder gearresteerd en naar de gevangenis te Amsterdam overgebracht. Ze werden na vijf weken vrijgelaten. Volgens Ledeboer was hun vrijlating mede te danken aan 'de alom in het land merkbare verontwaardiging zich o.a. uitend in een manifest der Kerken en [...] een open brief van de Ned. Artsen'.[121]

Voor het merendeel van de Nederlandse psychiatrische inrichtingen bracht het jaar 1941 – en ook de eerste vijf maanden van 1942 – geen ingrijpende veranderingen met zich mee. Alleen kreeg nu ook een derde inrichting met een vordering voor langere duur te maken. Behalve de (hierboven vermelde) voortgaande vordering van gebouwen van de St. Willibrordusstichting en Vrederust en de daarmee samenhangende evacuaties, kwam begin oktober 1941 het bevel tot ontruiming van het Noorder Sanatorium, behorend tot Dennenoord (Zuidlaren). Het sanatorium werd in gebruik genomen door het *Luftnachrichten Regiment Motorisiert 203*. De patiënten van het Noorder Sanatorium kregen onderdak in andere paviljoens van Dennenoord.[122]

Evacuatie en voedselrantsoenering

In de loop van 1942 keerde het tij. Om te beginnen verordonneerden de Duitsers in verband met de aanleg van de *Atlantikwall* – als onderdeel van de algehele evacuatie van de kuststreek – de ontruiming van de psychiatrische inrichtingen in de kuststreek.[123] Het bovenvermelde evacuatieplan van de Inspectie trad wederom in werking. Duin en Bosch (Bakkum) was in juni van dat jaar als eerste aan de beurt. Patiënten en een deel van het personeel verhuisden naar Het Groot Graffel (Warnsveld), de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder), het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik en Coudewater (Rosmalen).[124] De in Duin en Bosch ondergebrachte

119 Van Dijk en Ledeboer 1948, 17.
120 Van Dijk en Ledeboer 1948, 21.
121 Van Dijk en Ledeboer 1948, 23.
122 Furnée en Jonkman 1994, 127-133.
123 Zie onder meer Blok 1997b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
124 Blok 1997b, 156-157 en 295. Van de patiënten van Duin en Bosch werden er zestig naar huis gestuurd, 195 naar Het Groot Graffel, 162 naar Medemblik (alleen mannen), 250 naar de Willem Arntsz Hoeve, 160 naar Coudewater (allen vrouwen).

patiënten uit de St. Willibrordusstichting kregen onder meer onderdak in Voorburg (Vught) en het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel.[125] Eind december 1942 volgde de evacuatie van (de rest van) de St. Willibrordusstichting naar Voorburg (Vught).[126] Eveneens eind december 1942, maar doorgaande tot in januari 1943, vond de evacuatie van Sancta Maria (Noordwijkerhout) plaats. Patiënten en personeel verhuisden naar Coudewater (Rosmalen) en St. Anna (Venray).[127] Ook de onder het Staatstoezicht vallende Willem van den Bergh Stichting, de gereformeerde zwakzinnigeninrichting te Noordwijk, moest in 1942 evacueren. Een groot deel van de verpleegden werd ontslagen, de rest verhuisde naar de zwakzinnigeninrichting 's-Heerenloo te Ermelo.[128]

In januari en februari 1943 volgden de evacuaties van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, St. Bavo (Noordwijkerhout), Bloemendaal (Loosduinen), Oud-Rosenburg (Loosduinen) en Vogelenzang (Bennebroek). Voor Endegeest (Oegstgeest) werd het bevel tot ontruiming op het laatste moment ingetrokken – naar verluidt omdat de gastgestichten vol zaten.[129] Patiënten en personeel van Santpoort verhuisden naar de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder), het Willem Arntsz Huis (Utrecht), Voorburg (Vught), Brinkgreven (Deventer), Het Groot Graffel (Warnsveld) en het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel.[130] St. Bavo werd ondergebracht in Huize Padua (Boekel), St. Servatius (Venray) en Huize St. Pascalis (Oostrum, Venray).[131] Bloemendaal kreeg onderdak in Dennenoord (Zuidlaren) en Wolfheze.[132] Oud-Rosenburg verhuisde naar Coudewater (Rosmalen) en Het Groot Graffel (Warnsveld).[133] Vogelenzang kreeg opvang in Franeker en Veldwijk (Ermelo).[134] Een optelsom leert dat acht van de negen in de kuststreek gelegen psychiatrische inrichtingen moesten evacueren en dat vijftien psychiatrische

125 Bakker 2002c, 128–129.

126 Bakker 2002c, 129 en 386. Het betrof 377 patiënten plus begeleidend personeel.

127 Jongmans 1985, 131–133; Marlet 2005, 327; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Sancta Maria (in 1936 waren dat er 716; zie Van der Esch 1975–1980, I: 82) werden er 131 naar huis gestuurd, 130 naar Coudewater en 'enkele honderden' (zie Marlet 2005, 327) naar St. Anna.

128 Lekkerkerker 1945a, 3. Beide zwakzinnigeninrichtingen behoorden tot de Vereeniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen.

129 Blok 1998a, 134. Zie ook Aan de Stegge 2006a en proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

130 Blok 1997b, 295. Van de patiënten van Santpoort werden er driehonderd naar huis gestuurd, vijfhonderd naar de Willem Arntsz Hoeve, 190 naar het Willem Arntsz Huis, 250 naar Voorburg, 85 naar Brinkgreven, tweehonderd naar Het Groot Graffel en honderd naar het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel.

131 [Sint Bavo] 1965, 45–50; Kroft 2005, 105–106; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Sint Bavo werden er veertig naar huis gestuurd, 199 naar Huize Padua, 413 naar St. Servatius en 128 naar Huize St. Pascalis. Vergelijk Binneveld en Wolf 1985, 138–139: zij vermelden dat (ook) Voorburg (Vught) een deel van de patiënten van St. Bavo onderdak verleende.

132 Veldman 1984, 268. In totaal 851 patiënten van Bloemendaal werden ondergebracht in Dennenoord en Wolfheze.

133 Jongmans 1985, 131–133; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Van de patiënten van Oud-Rosenburg (in 1936 waren dat er 450; zie Van der Esch 1975–1980, I: 82) gingen er 212 naar Coudewater en 170 naar Het Groot Graffel.

134 Kuiper 1984, 363. Van de patiënten van Vogelenzang werden er 177 naar huis gestuurd, 369 naar Franeker en 384 naar Veldwijk.

Aankomst van geëvacueerde patiënten uit Duin en Bosch in Rosmalen, 1942.

inrichtingen elders in Nederland gastvrijheid verleenden aan patiënten en personeel van deze geëvacueerde inrichtingen. Voor zover het confessionele inrichtingen betrof geschiedde de evacuatie overwegend naar zusterinstellingen.

Aan de vooravond van de evacuaties werden doorgaans de 'betere' patiënten en patiënten die ook thuis opgevangen konden worden met vervroegd ontslag dan wel met proefverlof naar huis gestuurd. De overige patiënten van de acht te evacueren psychiatrische inrichtingen, ruim zesduizend, vertrokken met begeleidende personeelsleden naar de gastinrichtingen. In de meeste gevallen ging de reis per trein. Het vervoer naar en vanaf het station geschiedde per ambulance, bus of vrachtwagen. Over de evacuatie van Vogelenzang (Bennebroek) noteerde verpleger Andries Kaptijn in zijn eerder aangehaalde *Herinneringen bij het ouder worden* het volgende.

——— *We moesten verkassen met de hele meute. Dat gaf een hoop werk. Een deel, het meubilair zoals bedden en ledikanten en ik denk een heleboel gehamsterde etenswaren, ging per schip. De patienten met het begeleidende personeel gingen met de trein. Een deel ging naar een inrichting in Franeker, een ander deel ging naar Ermelo Veldwijk. Ik was ingedeeld bij de groep Ermelo. Nou, dat was je daar behelpen zo goed je maar kon. Later kwam er ook nog een deel van 'Bloemendaal' te Loosduinen bij, zodat het daar tjokvol zat met patienten.*[135]

Betekende de reis naar de gastinrichting al een forse belasting voor in het bijzonder de oudere en zwakkere patiënten, na aankomst stond hun verblijf in het teken van ruimtegebrek en een toenemende schaarste aan voedsel en/of andere elementaire voorzieningen. De geëvacueerde afdelingen bleven doorgaans zelfstandig functioneren: het beginsel was dat ieder voor zijn eigen patiënten zorgde.[136] Sommige gastinrichtingen zagen hun bevolking (nagenoeg) verdubbelen, zoals Voorburg (Vught), de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder) en Het Groot Graffel (Warnsveld).[137] Er werd, kortom, veel improvisatie- en incasseringsvermogen gevergd van zowel de gastinrichtingen als de evacués. Daar kwam nog bij dat de Duitsers in juni 1943 de St. Josephstichting (Apeldoorn) vorderden. Huize Padua (Boekel) fungeerde als gastinrichting voor de evacués van de eveneens tot de congregatie van de Broeders Penitenten behorende St. Josephstichting, maar moest daartoe wel eerst de evacués van St. Bavo doorsturen naar St. Servatius (Venray), dat evenals St. Bavo tot de congregatie van de Broeders van Liefde behoorde.[138]

Bij de in juni 1942 begonnen en begin 1943 voltooide evacuaties van psychiatrische inrichtingen uit de kuststreek naar inrichtingen elders in Nederland

135 Kaptijn s.a. [c. 1990], 27. Zie ook 2.3, paragraaf 'Een verpleger van "de oude stempel"'.

136 Zie onder anderen Binneveld en Wolf 1985, 140; Jongmans 1985, 133; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

137 Zie over Voorburg: Binneveld en Wolf 1985. Zie over de Willem Arntsz Stichting: Hut et al. 1961. Zie over Warnsveld: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

138 [Sint Bavo] 1965, 50; Kroft 2005, 106. Ook Huize St. Pascalis (Oostrum, Venray) nam St. Bavo-bewoners vanuit Huize Padua op.

Santpoortse evacués in gastgesticht.

was meer dan de helft van de psychiatrische inrichtingen in Nederland betrokken, hetzij als geëvacueerde inrichting, hetzij als gastinrichting. Van de Noord- en Zuid-Hollandse inrichtingen bleven alleen het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, Endegeest (Oegstgeest), St. Joris Gasthuis (Delft) en Maasoord (Poortugaal) van evacuatie gevrijwaard.

Er dienden zich inmiddels nog meer problemen aan die de psychiatrische inrichtingen rechtstreeks raakten: de deportatie van joden en de voedselrantsoenering. De deportatie van joden uit psychiatrische inrichtingen nam een aanvang tijdens de jaarwisseling van 1942 op 1943 en zou, voorzover bekend, met tussenpozen tot in augustus 1944 doorgaan. Wij komen hierop terug nadat we eerst een al eerder gerezen kwestie, namelijk de van NSB-zijde voorgestelde verlaging van de voedselrantsoenen van patiënten in psychiatrische inrichtingen, aan een nadere beschouwing hebben onderworpen.

Al voordat de oorlog uitbrak waren maatregelen getroffen en noodwetten aangenomen om de productie en de distributie van voedsel in oorlogstijd zeker te stellen.[139] De organisator van dit alles was ir. S.L. Louwes, hoofd van het in 1937 opgerichte Rijks Bureau voor de Voorbereiding van de Voedselvoorziening in Oorlogstijd (RBVVO). Ook tijdens de bezettingsjaren vervulde hij als directeur-generaal van de Voedselvoorziening een spilfunctie.[140] Hij wist te voorkomen dat bepaalde groepen, zoals joden, patiënten in psychiatrische inrichtingen, zieken en onderduikers opzettelijk minder kregen toebedeeld of geheel van de normale distributie werden uitgesloten. In zijn studie over de voedselvoorziening tijdens de Tweede Wereldoorlog concludeert G.M.T. Trienekens dat 'indien de bezetter niet tot samenwerking met de Nederlandse autoriteiten genoodzaakt was geweest, de rantsoenen voor niet-arische bevolkingsgroepen en zwakkeren in de samenleving danig onder druk waren gekomen'.[141]

Al met al bleef de hoeveelheid calorieën die de gemiddelde Nederlandse burger kon consumeren tot september 1944 redelijk op peil en lag het niveau in Nederland zelfs hoger dan in de andere door Duitsland bezette gebieden.[142] Wel veranderde de samenstelling van het voedselrantsoen: het bevatte minder (dierlijke) vetten en meer vezelrijke producten, zoals granen, aardappels, peulvruchten en koolsoorten. Deze omschakeling ging aanvankelijk gepaard met gewichtsverlies. Trienekens merkt hierbij overigens wel op dat het dieet van veel Nederlanders vóór de bezetting overdadig en vooral te vet was.[143]

Vanuit de inrichtingspsychiatrie maakte C.F. Engelhard, geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Stichting (Utrecht en Den Dolder), reeds op 30 oktober 1941 tijdens een buitengewone algemene vergadering van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland een eerste balans op.[144] Hij liet weten dat in

139 Zie Trienekens 1985, 1995. Zie ook Klemann 2002, hoofdstuk 13.
140 Zie Trienekens 1985, hoofdstuk 3; 1995, hoofdstuk 5. Zie ook Romijn 2006, 112.
141 Trienekens 1985, 227.
142 Klemann 2002, 447-453.
143 Trienekens 1995, 32.
144 Engelhard 1941.

de Willem Arntsz Stichting door de strenge distributiemaatregelen het gewicht van de derdeklassepatiënten in de leeftijdsklasse van 25 tot 50 jaar gedurende de maanden mei tot en met december 1940 bij de mannen met gemiddeld 5,6 kilo en bij de vrouwen met gemiddeld 4,3 kilo achteruit was gegaan.[145] Gedurende de maanden januari tot en met september 1941 was het gewicht van dezelfde categorie patiënten bij de mannen nog eens met gemiddeld 2,6 kilo en bij de vrouwen met gemiddeld 1,5 kilo gedaald. Mede dankzij de opbrengsten van het eigen land- en tuinbouwbedrijf in Den Dolder bedroeg het 'normale' dagrantsoen van derdeklassepatiënten (iets meer voor mannen en iets minder voor vrouwen) gedurende de maanden januari tot en met september 1941 in Utrecht 2.069 calorieën (66 gram eiwit, 47 gram vet en 332 gram koolhydraten) – in Den Dolder was het dagrantsoen een fractie hoger. Ter vergelijking: tussen 1928 en 1935 was een hoeveelheid van 2.069 calorieën alleen voor vrouwelijke derdeklassepatiënten de norm geweest; alle andere patiënten hadden aanzienlijk meer gekregen met dagrantsoenen variërend van ongeveer 2.500 calorieën voor mannelijke derdeklassepatiënten tot ruim 3.000 calorieën voor mannelijke eersteklassepatiënten. Engelhard liet tevens weten dat 'redelijk wel voldaan' was aan het besluit om 'de uiteenlopende samenstelling van de maaltijden voor de verschillende klassen der patiënten en groepen van het personeel althans in beginsel te handhaven'.[146] Zo hadden de eersteklassepatiënten en het hoofdpersoneel in juli 1941 per dag 2.369 calorieën (87 gram eiwit, 66 gram vet en 341 gram koolhydraten) kunnen nuttigen. Hieruit valt op te maken dat, vergeleken bij de hierboven genoemde vooroorlogse jaren, de verschillen qua calorische waarde tussen de dagrantsoenen voor eersteklasse- en derdeklassepatiënten inmiddels flink waren gereduceerd.

Engelhard hield zijn inleiding niet lang nadat de berichten over de moord op grote aantallen geesteszieken en zwakzinnigen in Duitsland ook in Nederland waren doorgedrongen. Voor zover zijn toehoorders al niet op de hoogte waren, zullen zij ongetwijfeld tijdens deze vergadering van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland over de Duitse gruwelen zijn ingelicht. Ook Louwes, de directeur-generaal voor de Voedselvoorziening, zal er vermoedelijk weet van hebben gehad. Hij onderhield in ieder geval contacten met aartsbisschop De Jong, die een belangrijke rol vervulde in de verspreiding van de bewuste preek van Von Galen.[147]

Daar kwam nog het volgende bij. Op 18 oktober 1941, op de eerste verjaardag van het nationaal-socialistisch Medisch Front, had NSB-leider Mussert, met een beroep op de deskundigheid van zijn vrouw, die voor haar huwelijk krankzinnigen had verpleegd, verkondigd dat de krankzinnigenverpleging te duur was. 'Deze mensen', zo zei Mussert, 'krijgen te veel geld en kosten te veel geld. Dat wordt gevoeld als een onrechtvaardigheid. Deze onrechtvaardigheid uit de weg

145 Engelhard 1941, 3.
146 Engelhard 1941, 4.
147 Trienekens 1995, 40.

te ruimen is mede een taak van de medici van de nieuwe tijd.'[148] In 1942 werkte hij dit standpunt nader uit. Hij maakte bezwaar tegen de (volgens hem) te hoge voedselrantsoenen voor patiënten in psychiatrische inrichtingen en bepleitte een verlaging ervan. Dat een dergelijke maatregel op bijval van Duitse zijde zou kunnen rekenen, valt af te leiden uit een instemmende reactie van *General-Kommissar zur besonderen Verwending*, F. Schmidt, op een in *Volk en Vaderland* te publiceren artikel van Mussert over deze kwestie. Schmidt schreef op 18 mei 1942: 'Ich habe nicht vor, Mussert von dieser Masznahme abzuhalten, sondern bin ihm aus rein politischen Gründen sehr dankbar, dass er das tut.'[149] Volgens Trienekens blijkt echter nergens dat de rantsoenen daadwerkelijk verlaagd zijn.

In een rede tijdens de Tweede Landdag van het Medisch Front te Utrecht op 12 september 1942 gaf Mussert wederom te kennen dat krankzinnigen te veel kostten en dat hun rantsoenen omlaag zouden moeten. De staat zou, volgens zijn zeggen, een krankzinnige met wel 20 gulden per week ondersteunen, terwijl een normaal gezin 14 tot hoogstens 18 gulden kreeg. Mussert betoogde dat de oorlog een selectie toepaste in de verkeerde richting, want niet de zieken, zwakken en ouden van dagen, maar de sterke jonge kerels vielen met tien- en honderdduizenden. Het schortte aan een rechtvaardige verdeling van de beperkte voedselrantsoenen. 'Wist U', zo hield Mussert zijn publiek voor, 'dat de verpleegden in de krankzinnigengestichten grootere rantsoenen hebben dan de werkende menschen? Als die rantsoenen gelijkgemaakt worden, dan geloof ik, dat we toch aan onzen plicht tegenover het volk volledig hebben voldaan!'[150]

De Santpoortse afdelingsgeneesheer P. van der Esch schreef Mussert spoedig daarna een brief waarin hij bezwaar maakte tegen diens voorstelling van zaken. Van der Esch kende Mussert persoonlijk: Van der Esch' moeder – lid van de NSB – was de hartsvriendin van mevrouw Mussert.[151] Van der Esch opende zijn brief met de verklaring dat hij de beginselen van de NSB niet onderschreef en haar methoden afkeurde. Hij signaleerde vervolgens een tweetal 'groote onjuistheden' in Musserts rede, die door hemzelf 'als dwaling, door anderen misschien als misleiding worden gequalificeerd.' Ten eerste verwierp Van der Esch Musserts bewering dat er per week 20 gulden aan krankzinnigen werd besteed als onjuist. Volgens Van der Esch was dit bedrag minstens een vierde lager. Hij zou dan ook graag willen vernemen hoe Musserts raadgevers tot het bedrag van 20 gulden waren gekomen. Ten tweede merkte Van der Esch op dat Musserts bewering dat de rantsoenen van de verpleegden in de krankzinnigengestichten groter waren dan die van werkende mensen – 'alsof de meeste krankzinnigen niet zouden werken', zo liet Van der Esch hier tussen haakjes op volgen – slechts bij oppervlakkige beschouwing juist scheen te zijn.

148 Geciteerd in Algra 1983, 207.
149 Geciteerd in Trienekens 1985, 226.
150 De Vries 1949, 310-311.
151 RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.

——— *Tot dit besluit kan men alleen komen, wanneer men het* BURGERRANTSOEN *vergelijkt met de* TOEWIJZING VOOR EEN GESTICHT GEDEELD DOOR HET AANTAL VERPLEEGDEN. *Deze vergelijking is echter niet mogelijk, omdat in de gestichten ook vele lichamelijk zieken aanwezig zijn, die, wanneer zij thuis of in een ziekenhuis verpleegd zouden worden, voor extra verstrekkingen in aanmerking zouden komen.*[152]

Ook patiënten die zware arbeid verrichtten en minderjarigen boven de veertien jaar hadden recht op extra voeding. En zo voerde Van der Esch nog meer argumenten aan die tezamen uitmondden in diens conclusie 'dat tengevolge van de schijnbaar grootere, doch in werkelijkheid kleinere rantsoenen de voedingstoestand in de gestichten veel slechter is dan bij een vergelijkbare groep uit de burgerbevolking.' Van der Esch rekende Mussert tevens voor dat door 'de voorgestane gelijkmaking' slechts een uitbreiding van het burgerrantsoen kon worden verkregen 'van nog niet één calorie per dag', hetgeen neerkwam op 'één kruimeltje brood'. Van der Esch besloot zijn brief als volgt.

——— *Ik zou het zeer op prijs stellen van U te vernemen of er volgens Uw inzichten onjuistheden zijn in mijn bovenstaande uiteenzetting en berekening, terwijl ik een rectificatie van de door U gegeven onjuiste voorlichting van het publiek met belangstelling tegemoet zie, indien zou blijken, dat U het slachtoffer bent van de gebrekkige gegevens Uwer adviseurs.*[153]

Een antwoord van Mussert bleef uit. Wél kreeg Van der Esch uiteindelijk, op 2 december 1942, van het Medisch Front te horen dat Mussert zich in zijn rede had gebaseerd op de gegevens over de weekrantsoenen van de patiënten van Endegeest, Voorgeest en Rhijngeest. Volgens een meegezonden bijlage bedroegen de dagrantsoenen in deze gestichten medio september 1942 ongeveer 1.990 calorieën, tegenover ongeveer 1.707 calorieën voor burgers. Over het bedrag van 20 gulden werd niet gerept, laat staan dat het tot de door Van der Esch gewenste rectificatie kwam.

Was het Mussert te doen geweest om kostenvermindering en gelijkmaking van de rantsoenen van verpleegden in krankzinnigengestichten aan de burgerrantsoenen, eind 1942 wilde de commissaris der provincie Noord-Holland, de NSB'er A.J. Backer, een stap verdergaan.[154] Hij was van plan de voedselrantsoenen van de patiënten in de provinciale ziekenhuizen te verlagen tot onder het burgerrantsoen, met als argument dat geesteszieken een minder zwaar leven hadden dan mensen buiten de inrichtingen. Kraus, geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, protesteerde heftig tegen dit voornemen. Hij

152 RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Betreft de brief van Van der Esch aan Mussert d.d. 22 september 1942.

153 RA Leiden, Archief Endegeest, stuk 3100: brief P. van der Esch aan J.A. Valk, 1942. Betreft de brief van Van der Esch aan Mussert d.d. 22 september 1942.

154 Zie Blok 1997b, 156.

liet weten dat tuberculose en hongeroedeem in Santpoort meer voorkwamen dan buiten het ziekenhuis en dat zijn patiënten nu al zo hongerig waren dat ze zich dagelijks op de vuilnisemmers stortten en met elkaar vochten tijdens de maaltijden.[155] Of Backer zijn plan tot verlaging van de voedselrantsoenen daadwerkelijk ten uitvoer heeft gebracht, is ons niet bekend.[156]

Uit niets blijkt evenwel dat Mussert en de zijnen van zins waren de 'geesteszieken in Nederland te vermoorden door uithongering', zoals enkele historici hebben geopperd.[157] Het ging hen om kostenbesparing en verlaging van de rantsoenen tot op het niveau van 'werkende menschen' dan wel tot onder het burgerrantsoen, niet om een stelselmatige uithongering van de verpleegden in krankzinnigengestichten.

De deportatie van joden, 1942-1944

Het meest schrijnende gebeuren waarmee (ook) de psychiatrische inrichtingen te maken kregen, was de deportatie van joden. Met ingang van september 1942 begon de Duitse bezetter met voorbereidingen voor de wegvoering van joden uit de psychiatrische inrichtingen. Om te beginnen eiste de bezetter van de geneesheren-directeur van de diverse inrichtingen de verstrekking van de namen en overige persoonsgegevens van de joodse patiënten in hun inrichting. Daarna kon het nog maanden duren eer de volgende fase aanbrak: een bezoek van of namens de Duitse bezetter aan de inrichting teneinde de joodse patiënten te doen aanwijzen en hen vervolgens weg te voeren.[158]

Als eerste psychiatrische inrichting, nog voordat de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch plaatsvond, was Oud-Rosenburg (Loosduinen) aan de beurt. In de oudejaarsnacht van 1942 op 1943 werden 100 joodse patiënten op transport naar Westerbork gezet. Uit onderzoek van Aan de Stegge blijkt dat geneesheer H.A. Gerritsen van de Ramaerkliniek, de tezamen met Oud-Rosenburg in de stichting 'Rosenburg' ondergebrachte aangewezen of sanatoriumafdeling voor

155 Blok 1997b, 156.

156 De voedselvoorziening was in principe de taak van de provinciaal voedselcommissaris en die was niet aan Backer ondergeschikt, maar aan Louwes, de directeur-generaal voedselvoorziening. Naar P. Romijn (NIOD) ons schreef, was Backer er niet de man naar om zulke plannen door te zetten als hij met ambtelijke tegenwerking of weigering werd geconfronteerd.

157 Vergelijk Blok 1998a, 135. Zij vatten de rede van Mussert op 12 september 1942 alsmede het voornemen van de commissaris der provincie Noord-Holland om de rantsoenen van de provinciale ziekenhuizen te verlagen, op als 'aanwijzingen voor plannen in nationaal-socialistische kringen om alle, ook de niet-joodse, geesteszieken in Nederland te vermoorden door uithongering'. Zij voegen daar evenwel aan toe dat meer onderzoek nodig is 'om na te gaan of de bezetter en de NSB serieus hebben gedacht aan een structureel euthanasieprogramma voor de Nederlandse geesteszieken'. Zie ook Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

158 Zie voor een gedetailleerde analyse van de gang van zaken in Endegeest en Rhijngeest: Aan de Stegge 2006a, 2006b. Zie voor een overzicht van de deportatie van joden uit psychiatrische inrichtingen in Nederland: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

derdeklassepatiënten, op 1 september 1942 aan inspecteur Pameijer liet weten dat hij die dag was gedwongen om de namen van zijn joodse patiënten op te geven aan de *Sicherheitsdienst*.[159] Een kleine vier maanden later, op 28 december 1942, meldde een beambte van de *Sicherheitsdienst* zich bij de geneesheer-directeur van Oud-Rosenburg, A.C.A. Rademaker, met de eis dat hij alle joodse patiënten te zien kreeg. Twee dagen later kwam dezelfde beambte terug, vergezeld van F. Fischer – één van de drie Duitsers die tot in de jaren tachtig wegens oorlogsmisdrijven gevangen zaten in de strafgevangenis van Breda – die de leiding had over de opsporing en deportatie van in totaal ongeveer 13.000 Haagse joden, onder wie bijna 250 psychiatrische patiënten.[160] Zij stelden in overleg met Rademaker een lijst op van de eerste ruim 100 patiënten die naar Westerbork zouden worden gestuurd – 3 van hen werden nog diezelfde dag van de lijst geschrapt. Fischer beloofde dat de 'weg te voeren' joden niets zou overkomen. Ze zouden slechts 'te werk gesteld worden'. Ze mochten een koffer en een lunchpakket meenemen. Het inrichtingspersoneel werkte hard om dit alles op 31 december gereed te hebben. Wat niet in de koffer paste, nam de *Sicherheitsdienst* in beslag. Zoals gezegd vond het transport naar Westerbork die nacht plaats. Rademaker rapporteerde dit alles op 2 januari 1943 aan inspecteur Pameijer.[161]

Naar Rademaker na de oorlog als getuige in de zaak tegen Fischer verklaarde, had hij voordat dit eerste transport plaatsvond de officier van justitie, de inspecteur van het Staatstoezicht en het bestuur van de stichting hiervan kennis gegeven.

——— *Deze personen en instanties hebben zich niet daadwerkelijk verzet tegen het op transport stellen van de in de stichting verpleegde Joodsche patiënten. Het bestuur van de stichting in persoon van de voorzitter heeft mij opdracht gegeven in zoverre mede te werken dat er geen moeilijkheden met de Duitsers zouden ontstaan.*[162]

Al direct op 1 januari 1943 stelde de waarnemend geneesheer-directeur van Oud-Rosenburg, V.W.D. Schenk, zijn collega H.W. Borgerhoff Mulder, eerste geneesheer van het Sanatorium voor zenuwlijders Rhijngeest (Oegstgeest) en tevens secretaris van de Examen Commissie van de NVPN, op de hoogte van het drama dat zich in Oud-Rosenburg had afgespeeld. Hij adviseerde hem zijn joodse patiënten met spoed te laten onderduiken.[163] Het bericht over de deportatie van de

159 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Tot de door Aan de Stegge over de deportaties geraadpleegde bronnen behoren: Nationaal Archief, 2.15.40, Archief van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, inv.nr. 1103, stukken betreffende deportaties. En: Persoonlijk Archief H.W. Borgerhoff Mulder: ongedateerd en handgeschreven overzicht.

160 Zie respectievelijk Presser 1965, II: 162; De Jong 1969-1994, VI: 313; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

161 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

162 De Jong 1969-1994, VI: 313-314. De Jong verwijst naar: PRA (Politieke Recherche-Afdeling)-Den Haag: p.v. inz. F. Fischer (14 mei 1948) p. 148 (getuige A.C.A. Rademaker).

163 Zie Aan de Stegge 2006a, 9 en 2006b, 173. Tussen 1 en 3 januari 1943 bleken vijf joodse patiënten van Rhijngeest te zijn verdwenen, dat wil zeggen elders te zijn ondergedoken. Anderen volgden later.

honderd joodse patiënten van Oud-Rosenburg werd ook al spoedig bekend onder geneesheren(-directeur) van andere psychiatrische inrichtingen.

Geneesheer-directeur Engelhard van de Willem Arntsz Stichting (Utrecht en Den Dolder) was in ieder geval gewaarschuwd. Mogelijk had hij tevens kennisgenomen van de medio december 1942 door de Utrechtse aartsbisschop De Jong aan de besturen van R.K. ziekenhuizen verstrekte richtlijn om niet mee te werken aan de registratie van joodse patiënten. 'Zij [de R.K. ziekenhuizen] hebben de patiënten opgenomen om ze te genezen en niet om mede te werken aan hun deportatie en erger', zo liet Mgr. De Jong weten.[164] Toen de *Beauftragte* van de Duitse Rijkscommissaris te Utrecht op 7 januari 1943 Engelhard om opgave verzocht van de in diens inrichtingen verpleegde joodse patiënten, weigerde hij. In een brief van 14 januari 1943 schreef hij aan de *Beauftragte* onder meer dat hij zich eerder – eind november en begin december 1942 – nog bereid had getoond om vragen te beantwoorden van de commissaris van politie te Utrecht respectievelijk de gemeentesecretarie te Den Haag over het aantal in Utrecht en Den Dolder verpleegde joodse patiënten.[165] Engelhard vervolgde zijn brief aldus:

_____ Ik deed dit in de overtuiging dat de verstrekte gegevens slechts een uitsluitend administratieve en statistische beteekenis hadden.

Sindsdien is mij echter gebleken, dat een groot aantal Joodsche patiënten uit de psychiatrische inrichting Rosenburg te Loosduinen zijn weggevoerd. Ik moet derhalve ernstig rekening houden met de mogelijkheid, dat de mededeeling, die ik doe, vroeg of laat zal leiden tot een dergelijke maatregel ook voor de Willem Arntsz Stichting. En het is op grond daarvan, dat ik ditmaal meen het antwoord te moeten schuldig blijven, zoodat ik tot mijn leedwezen aan Uw verzoek niet kan voldoen.

Ik deel U dit mede als geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Stichting. In deze Stichting zijn sedert bijkans 5 eeuwen door de opeenvolgende reeks van regenten en geneesheeren de belangen gediend van weerlooze krankzinnigen en zenuwzieken, ongeacht hun ras of godsdienst. Schroeder van der Kolk, de groote hervormer van het Krankzinnigenwezen in Nederland, was voor 100 jaar regent van deze Stichting. Naar mijn overtuiging is het mijn zedelijke plicht die voor mij heilige traditie van menschelijk mededoogen en geneeskundig dienen zonder eenig onderscheid, voort te zetten en te handhaven. Ook tegenover U als vertegenwoordiger van de bezettende macht. Mijn eer als geneesheer en mijn geweten als mensch zijn daarmede gemoeid.[166]

De *Beauftragte* verzocht daarop het recent benoemde NSB-gezinde regentencollege van de Willem Arntsz Stichting om een opgave van de joodse patiënten. De regenten waren hiertoe onmiddellijk bereid. Engelhard vroeg vervolgens, op 19 januari 1943, ontslag en met hem 4 afdelingsartsen van de Willem Arntsz Hoeve. Daags

164 Geciteerd in De Jong 1969-1994, VI: 306.

165 In het najaar van 1942 had de Willem Arntsz Stichting een groot aantal aan de razzia's ontkomen joodse patiënten uit Amsterdam en Den Haag opgenomen. Zie Van der Woord 1961, 419.

166 Geciteerd in Van der Woord 1961, 420-421.

tevoren had hij ruim 240 patiënten, onder wie ook joodse patiënten, uit Santpoort moeten opnemen.[167] Op 2 februari 1943 werden Engelhard en 3 van deze afdelingsartsen gearresteerd en voor een maand gevangen gezet.[168] Op diezelfde dag vond in de Willem Arntsz Hoeve de eerste 'drijfjacht' op joodse patiënten plaats: 17 patiënten werden gedeporteerd. Twee uit Santpoort meegekomen artsen, Van der Esch (hierboven als criticus van Mussert aangehaald) en A. Haxe, werden, na te zijn mishandeld, eveneens gearresteerd en ongeveer 10 dagen vastgehouden omdat ze weigerden inlichtingen over joodse patiënten te verschaffen.[169]

Inmiddels was de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch in de nacht van 21 op 22 januari 1943 een feit.[170] Reeds begin november 1942 had inspecteur A.G. Audier van rayon noordoost – lid van de NSB en het Medisch Front – onder geheimhouding van F. Reuter, hoofd van de *Abteilung Volksgesundheit* van het *Generalkommissariat für Verwaltung und Justiz* te horen gekregen dat Het Apeldoornsche Bosch zou worden ontruimd omdat in Nederlandse gestichten plaatsruimte werd gezocht voor ongeveer 2000 Duitse patiënten. Audier had de kampcommandant van Westerbork, A.K. Gemmeker, om een bevestiging van dit bericht gevraagd en die ook gekregen. Daarop stelde hij zowel geneesheer-directeur J. Lobstein als secretaris-generaal K.J. Frederiks van het Ministerie van Binnenlandse Zaken op de hoogte van wat Het Apeldoornsche Bosch te wachten stond. Lobstein trok het bericht in twijfel en ondernam geen actie. Ook een tweede waarschuwing van Audier, in december 1942, vermocht Lobstein niet te overtuigen.[171] De afdelingsarts N. Speijer, die Audiers waarschuwingen ook had gehoord, maar ze wél serieus nam, spoorde, naar hij later meedeelde, vele personeelsleden en 'lichte' patiënten – er bevonden zich ook joodse onderduikers onder hen – aan tot vertrek.[172] Ook secretaris-generaal Frederiks nam de berichten over de op handen zijnde ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch serieus. Zo kwam, vooruitlopend op de ontruiming, tijdens een vergadering van de secretarissen-generaal op 22 december 1942 uitvoerig ter sprake welke vanuit het westen te evacueren overheidsinstellingen in de lege paviljoens van Het Apeldoornsche Bosch konden worden onderbracht. Voor zover bekend stelde Frederiks geen pogingen in het werk om de ontruiming tegen te houden.[173]

In opdracht van de bevelhebber van de *Sicherheitspolizei* en de *Sichertheitsdienst*, W. Harster, bezocht Hauptsturmführer F.H. aus der Fünten, van de *Zentralstelle für jüdische Auswanderung*, op 11 januari 1943 in burger Het Apeldoornsche Bosch. Tijdens zijn rondleiding verzocht hij om een situatietekening. Lobstein kreeg de

167 Aan de Stegge 2006a, 10; Aan de Stegge 2006b, 173-174.
168 Van der Woord 1961, 422-423.
169 Van der Woord 1961, 423.
170 Zie onder meer Presser 1965, I: 321-333; De Jong 1969-1994, VI: 307-312; Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 104-111.
171 De Jong 1969-1994, VI: 307-308.
172 Presser 1965, I: 323.
173 Presser 1965, I: 323-324; De Jong 1969-1994, VI: 307. Zie over de dilemma's waarvoor Frederiks zich als secretaris-generaal tijdens de Duitse bezetting zag gesteld en de keuzen die hij maakte: Romijn 2006, in het bijzonder hoofdstukken 15 tot en met 18.

indruk dat Aus der Fünten kwam 'om plaats te zoeken voor Joden, die op een of andere manier moesten worden ondergebracht.'[174] Op 20 januari besefte Lobstein dat hij het gevaar had onderschat. Op die dag werd het nog resterende deel van de joodse bevolking van Apeldoorn – ruim 100 personen – overgebracht naar Het Apeldoornsche Bosch. Op diezelfde dag liet een spoorwegbeambte de leiding van Het Apeldoornsche Bosch waarschuwen dat een trein op het emplacement Apeldoorn in gereedheid werd gebracht voor de deportatie van de patiënten van Het Apeldoornsche Bosch. Bovendien arriveerde die dag tegen het eind van de middag kampcommandant Gemmeker met ongeveer 100 man Ordedienst van Westerbork – kamppolitie bestaande uit joden. Aus der Fünten verscheen anderhalf uur later, maar hij vertrok weer spoedig in het gezelschap van Gemmeker – naar later pas bekend werd, was de trein niet op tijd gereed en had men zich een dag vergist.[175] Lobstein waarschuwde het personeel en gaf het de gelegenheid de inrichting te verlaten. Ongeveer de helft van de 400 tot 500 personeelsleden deed dit. Daarnaast verlieten die dag ruim 100 patiënten de inrichting, nadat in de voorgaande weken bijna 200 patiënten waren vertrokken.[176]

De ontruiming begon op 21 januari 1943. 's Ochtends had het overgebleven personeel voor iedere patiënt een pakket met eten, drinken en andere benodigdheden klaargemaakt. Aan het eind van de middag arriveerde Aus der Fünten met manschappen van de *Ordnungspolizei* en deelde mee dat hij de leiding van de inrichting overnam. Protesten van de medische staf en de inmiddels gewaarschuwde en ter plekke gearriveerde inspecteur Audier richtten niets uit. Alle patiënten, inclusief 94 pupillen uit Paedagogium Achisomog, de op hetzelfde terrein liggende joodse inrichting voor zwakzinnige en moeilijk opvoedbare kinderen, werden op de zalen bijeengebracht en opgesloten. Het personeel werd in het hoofdgebouw onder bewaking gesteld.[177] Vervolgens moesten leden van de Ordedienst uit Westerbork de patiënten, ongeacht hun toestand, al dan niet aangekleed en met achterlating van de klaargemaakte pakketten, naar buiten halen. Daarna werden de patiënten onder toezicht van de *Ordnungspolizei* in vrachtwagens geladen, naar het spoorwegemplacement gereden en daar in de gereedstaande goederenwagons overgeladen. Het ging er bijzonder hardhandig aan toe.

Aus der Fünten was, toen het ophalen van de patiënten was begonnen, eerst met W. Zöpf, een naaste medewerker van Harster en belast met de coördinatie van de ontruimingsactie, bij het station gaan dineren. Daarna had Aus der Fünten het inladen in ogenschouw genomen en was hij teruggekeerd naar Het Apeldoornsche Bosch. Om ongeveer 4 uur 's ochtends – het was inmiddels 22 januari 1943 – liet Aus der Fünten het bijeengedreven verplegend personeel weten dat hij 50 vrijwilligers nodig had om de patiënten te begeleiden. Ze zouden na aflevering van de patiënten in een lazaret in Duitsland naar Nederland terugkeren. Twintig per-

174 Geciteerd in Presser 1965, I: 324.
175 Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 107.
176 De Jong 1969-1994, VI: 308-309.
177 Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 108.

sonen gaven zich op; Aus der Fünten wees nog 30 anderen aan. Het werden er in totaal 52: 16 verplegers en 36 verpleegsters, onder wie Claartje van Aals. Zij werden naar de trein gebracht en moesten in een personenwagon, apart van de patiënten, plaatsnemen.[178] De trein vertrok die ochtend om 7 uur en kwam twee dagen later, op 24 januari, in Auschwitz/Birkenau aan. Van de 869 patiënten waren er inmiddels enkelen overleden. De anderen werden tezamen met het verplegend personeel vergast.

De medische staf en de achtergebleven personeelsleden werden samen met de Apeldoornse joden naar Westerbork gebracht. Lobstein en enkele administratieve medewerkers volgden een week later. Van de ruim 100 personeelsleden die via Westerbork naar kampen zijn overgebracht, keerden er ongeveer 14 terug. Van de gevluchte en ondergedoken personeelsleden overleefden er ongeveer 75 de oorlog.[179]

Zeer geschokt door wat hij in de nacht van 21 op 22 januari in Het Apeldoornsche Bosch had aanschouwd, ging inspecteur Audier naar secretaris-generaal Frederiks om het gebeurde te melden. Deze verzocht hem schriftelijk rapport uit te brengen. Frederiks liet dit rapport in het Duits vertalen en stuurde het aan F. Wimmer, *Generalkommissar für Verwaltung und Justiz*, met een begeleidende brief waarin hij niet tegen de deportatie als zodanig bezwaar maakte, maar tegen het feit dat deze hem niet formeel was gemeld en tegen de gewelddadige uitvoering ervan. Enkele illegale bladen, waaronder *Vrij Nederland* en *De Waarheid*, maakten melding van de catastrofe van Het Apeldoornsche Bosch.[180]

Voor zover geneesheren-directeur van psychiatrische inrichtingen zich nadien om advies over hun opstelling inzake de deportatie van joodse patiënten tot het Staatstoezicht wendden, zullen zij vermoedelijk hetzelfde antwoord hebben gekregen als F.J. Stuurman, de toenmalige geneesheer-directeur van Endegeest (Oegstgeest), in februari 1943 ontving van inspecteur Pameijer. Naar Stuurman later verklaarde had Pameijer hem geadviseerd 'de patiënten zoveel mogelijk weg te werken en overigens te protesteren wanneer door of vanwege de Duitschers de joodse patiënten werden weggehaald, doch het daarbij te laten, omdat van werkelijk verzet geen heil kon worden verwacht'.[181]

Hoeveel joodse patiënten of onderduikers die zich in psychiatrische inrichtingen verborgen hielden, kans hebben gezien om aan deportatie vanuit de inrichting te ontsnappen, is niet bekend. Voor ernstig gestoorde psychiatrisch patiënten was onderduiken hoe dan ook niet of zeer moeilijk te realiseren. Dat actief, openlijk verzet van de kant van geneesheren-directeur of afdelingsartsen in praktisch opzicht niets anders opleverde dan dat zijzelf werden gearresteerd en opgesloten, terwijl de joodse patiënten toch werden opgespoord en gedeporteerd, bleek maar al te waar. De Willem Arntsz Hoeve had dit, zoals hierboven vermeld,

178 De Jong 1969-1994, VI: 310.
179 Fuks-Mansveld en Sunier 1997, 109.
180 De Jong 1969-1994, VI: 312.
181 Geciteerd bij Aan de Stegge 2006a, 11; Aan de Stegge 2006b, 175. Stuurman legde deze verklaring af tijdens zijn zuiveringsprocedure in 1946.

al op 2 februari 1943 ondervonden. Het verzet van geneesheer-directeur Engelhard en enkele van diens collega's vermocht de wegvoering van joodse patiënten niet te verhinderen. Eenzelfde patroon van openlijk verzet, gevolgd door arrestatie en opsluiting van de geneesheer-directeur, afdelingsartsen en/of leden van het verplegend personeel, en dan toch de deportatie van joodse patiënten, deed zich nadien ook in diverse andere psychiatrische inrichtingen voor.

In de Nederlands-Hervormde inrichting Licht en Kracht (Assen) bijvoorbeeld weigerden achtereenvolgens geneesheer-directeur A.J. van de Graaff, zijn plaatsvervanger C.W. van Rooyen en administrateur A. Strop mee te delen wie onder de patiënten joden waren. Ze werden alle drie gearresteerd. Nadat degenen die de actie uitvoerden – leden van de WA der NSB – zich toegang hadden weten te verschaffen tot de kluis met persoonsbewijzen, was het lot van de joodse patiënten bezegeld. Op 9 en 12 maart 1943 werden in totaal 23 joodse patiënten met behulp van de Ordedienst van Westerbork weggevoerd.[182] Een maand later voltrok zich een soortgelijk drama in Brinkgreven (Deventer). Geneesheer-directeur P.J. Piebenga, sedert de oprichting districtsvertrouwensman van Medisch Contact in de regio Deventer, weigerde mee te werken en kwam in de Koepelgevangenis van Arnhem terecht. Ook de plaatsvervangend geneesheer-directeur, J.G. Grüschke, weigerde elke medewerking bij het zoeken naar of aanwijzen van joodse patiënten. De Duitsers waren, zo bleek, op zoek naar 12 joodse patiënten. Nadat zij met behulp van Deventer politiemensen 8 van hen hadden gevonden, slaagden zij erin met hulp van een ontoerekenbare joodse patiënt die daarvoor met chocolade werd beloond, de laatste 4 op te sporen. Daarnaast ontdekten zij nog een patiënt met een vervalst persoonsbewijs. Zo werden op 13 april 1943 in totaal 13 joodse patiënten vanuit Brinkgreven weggevoerd.[183]

Ook in Het Groot Graffel (Warnsveld) weigerde de geneesheer-directeur, P. van Bork, de namen van zijn joodse patiënten aan de Duitsers prijs te geven. Van Bork werd gearresteerd en in de Koepel van Arnhem opgesloten. Toen een officier van de *Sicherheitsdienst* hem vervolgens verzekerde dat de joodse patiënten 'alleen maar' zouden worden overgebracht naar het Noord-Israëlitisch Noodziekenhuis in Zutphen, was Van Bork evenwel alsnog bereid hun namen te verstrekken.[184] Zij werden op 8 april 1943 gedeporteerd – 9 'eigen' patiënten van Het Groot Graffel en 2 patiënten van de aldaar ondergebrachte afdeling van Duin en Bosch.[185]

Bij latere razzia's resulteerde openlijk verzet eveneens in arrestatie van de betrokkenen en niet in afstel van de deportatie van joodse patiënten. Zo kreeg de Willem Arntsz Hoeve op 27 november en 13 december 1943 nogmaals te maken met razzia's. Tijdens de razzia in november weigerden mejuffrouw W.H. Slaakweg,

182 De Jong 1969-1994, VI: 314. Zie voor de data en het aantal slachtoffers het hieronder opgenomen chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten en de aldaar vermelde bronnen.

183 Hogenstijn 1987, 106; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

184 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

185 Zie hieronder het chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten.

hoofd van de medisch-administratieve afdeling te Den Dolder, hoofdverpleegster I.S. Pröhl en afdelingsgeneesheer J.C. Boswijk hun medewerking aan het afgeven van persoonsbewijzen, waarop hun arrestatie volgde. Bij de volgende razzia, in december, volgde de gevangenneming van verpleegster J. Rozeboom nadat zij zich actief had verzet tegen de deportatie van joodse patiënten. Het verzet kon niet beletten dat bij deze razzia's in totaal 19 joodse patiënten werden weggevoerd.[186] Een onbekend aantal andere joodse patiënten slaagde erin, met hulp van het personeel, de bossen van de Willem Arntsz Hoeve in te vluchten.

Meer voorbeelden van openlijk verzet, arrestatie en deportatie volgden in maart 1944 in het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik met 2 razzia's resulterend in de deportatie van 16 joodse patiënten, het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel, waar 24 joodse patiënten werden weggevoerd, en Voorburg (Vught) met 3 invallen binnen één week tijd en de deportatie van 11 joodse patiënten.[187] In Medemblik bleef geneesheer-directeur R. Zijlstra, die een belangrijke functie vervulde in de plaatselijke afdeling van de Landelijke Organisatie voor hulp aan onderduikers, een arrestatie bespaard. Daarentegen moest geneesheer Haxe, die van de Willem Arntsz Hoeve naar Medemblik was overgeplaatst, zijn verzet voor de tweede maal met een arrestatie bekopen.[188] In Woensel resulteerde de weigering van geneesheer-directeur A.M. Mooy om 4 door de *Sicherheitsdienst* gezochte joodse patiënten uit Amsterdam aan te wijzen, in diens arrestatie en een half jaar gevangenschap in Kamp Vught. De volgende dag kwamen de Duitsers terug. Ditmaal vonden zij 4 geneesheren en een administratief medewerker tegenover zich. Desondanks wisten de Duitsers zich toegang te verschaffen tot de kaartenbakken en, behalve de 4 gezochte Amsterdamse patiënten, nog 20 andere joodse patiënten naar Westerbork te deporteren.[189] In Voorburg, ten slotte, werden tijdens de eerste van de 3 razzia's een arts en een hoofdverpleegster uit Santpoort wegens hun verzet gearresteerd, terwijl ook geneesheer-directeur G.J.B.A. Janssens korte tijd werd vastgehouden. Hij noemde nog diezelfde dag de naam van ten minste 1 joodse patiënt toen de Duitsers ermee dreigden dat ze anders het mannelijk verplegend personeel zouden oppakken. Bij de tweede razzia zetten de Duitsers wederom een verpleegster uit Santpoort vast omdat zij weigerde mee te werken.[190] Alle 3 razzia's in Voorburg resulteerden in de wegvoering van enkele joodse patiënten.

Zoals de geneesheer-directeur van Voorburg overstag ging na het dreigement van de Duitsers dat zij een deel van het verplegend personeel zouden arresteren indien hij zou volharden in zijn weigering om joodse patiënten aan te wijzen, zo was het ook min of meer in enkele andere inrichtingen toegegaan. Bijvoorbeeld

186 Van der Woord 1961, 423-424.
187 Zie hieronder het chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten. En tevens: Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
188 Blok 1997b, 162.
189 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Vergelijk Van der Esch 1970, 46.
190 Binneveld en Wolf 1985, 142; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

in Oud-Rosenburg (Loosduinen), waar, na de eerste deportatie van 100 joodse patiënten op 1 januari 1943, vervolgens op 4 en 18 februari 1943 in totaal nog eens 137 joodse patiënten werden weggehaald, inclusief 21 vanuit de psychiatrische inrichting Bloemendaal (Loosduinen) naar Oud-Rosenburg overgebrachte joodse patiënten. Geneesheer-directeur Rademaker verleende, met steun van 2 van de 4 andere in Oud-Rosenburg werkzame geneesheren, medewerking aan de deportatie nadat de *Sicherheitsdienst* hem te verstaan had gegeven dat verzet zou leiden 'tot een herhaling van Apeldoorn', terwijl bij medewerking zijnerzijds 'zeker de zwaarder zieken niet meegenomen zouden worden, terwijl de ernstige krankzinnigen, die reeds langere tijd voor 1940 hier verpleegd worden, niet gecontroleerd zouden worden'.[191]

Uit onderzoek van Aan de Stegge is gebleken dat ook waarnemend geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest (Oegstgeest), Borgerhoff Mulder, afzag van verzet tijdens de razzia's in Rhijngeest op 13 en 14 april 1943 en Endegeest op 14 mei 1943, waarbij in totaal 14 patiënten werden weggevoerd. Naar hij later tijdens zijn zuiveringsprocedure verklaarde, had hij dit besloten om te voorkomen dat, behalve de met naam en toenaam al bij de Duitsers bekende joodse patiënten, ook de overige in Rhijngeest en Endegeest ondergedoken joden gevonden zouden worden.[192] Tevens wilde hij voorkomen dat verzet van zijn kant zou leiden tot arrestatie van leden van het personeel. Aan deze beslissing was het volgende voorafgegaan. Op 25 maart 1943 had geneesheer-directeur Stuurman zijn functie neergelegd, formeel om reden van 'ongesteldheid', maar in feite omdat hij zich niet bij Medisch Contact – de verzetsorganisatie van artsen – wilde aansluiten, terwijl collega's van hem, Borgerhoff Mulder voorop, dat wél wilden doen. Medisch Contact had de Nederlandse artsen opgeroepen afstand te doen van de status van arts om daarmee te voorkomen dat ze tot de gelijkgeschakelde Artsenkamer moesten toetreden. Aan deze oproep gaf, naar vermeld, een grote meerderheid van de Nederlandse artsen gehoor. Stuurmans besluit tot aftreden hield in dat Borgerhoff Mulder als waarnemend geneesheer-directeur diens taken moest overnemen. Na zich bij Medisch Contact te hebben aangemeld, liet Borgerhoff Mulder op 27 maart 1943 per brief aan de NSB-burgemeester van Leiden, R.N. de Ruyter van Steveninck, weten dat hij 'afstand deed van zijn bevoegdheid tot uitoefening van het beroep als arts'.[193] Borgerhoff Mulder kreeg daarop bericht dat hij met ingang van 30 maart voor een maand, behoudens verlenging, zonder behoud van salaris werd geschorst. Zover kwam het evenwel niet omdat precies op 30 maart 1943 de Nederlandse burgemeesters op last van het Departement van Sociale Zaken de in hun gemeente gevestigde artsen weer in hun functie moesten herstellen.

191 Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Zie ook onderstaand chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten voor bronvermeldingen.

192 Zie voor een uitvoerig verslag: Aan de Stegge 2006a; Aan de Stegge 2006b.

193 Geciteerd in Aan de Stegge 2006a, 14; Aan de Stegge 2006b, 177.

Begin april 1943, dus pal na het vertrek van Stuurman, ontdekte Borgerhoff Mulder dat er namen van joodse patiënten aan de NSB-burgemeester van Oegstgeest, O.L.J. Sikkens, waren doorgegeven. Inderdaad had Stuurman op 7 december 1942 voldaan aan een dwangbevel van burgemeester Sikkens door hem de personalia van 15 joodse patiënten van Rhijngeest en 11 joodse patiënten van Endegeest te doen toekomen. Van de 15 joodse patiënten van Rhijngeest op Stuurmans lijst waren er inmiddels 11 vertrokken. Tijdens de eerste inval in Rhijngeest, op 13 april, was Borgerhoff Mulder afwezig. De arts J.H. Plokker en eerste verpleegster W. Wildschut boden verzet en werden naderhand gearresteerd.[194] Twee patiënten werden weggevoerd, van wie één een dag later vrijkwam omdat hij op de lijst van Calmeyer stond.[195] Op 14 april volgde de tweede inval in Rhijngeest. Borgerhoff Mulder was toen wél aanwezig. Hij moest een 72-jarige, chronisch psychotische joodse patiënte meegeven, die op dat moment met haar particulier verpleegster in het park van Rhijngeest aan het wandelen was. Hij gaf een verpleegster opdracht het tweetal te zoeken. Zij weigerde, maar Borgerhoff Mulder persisteerde. Behalve de bejaarde patiënte werd nog een andere joodse patiënt weggevoerd, die evenwel ook op de lijst van Calmeyer voorkwam en vrijwel direct weer werd vrijgelaten.

Een maand later was Endegeest aan de beurt. Daar verbleven nog 8 van de 11 op Stuurmans lijst voorkomende patiënten. Er werden in totaal 10 joodse patiënten uit Endegeest gedeporteerd – hoe de 2 'nieuwe' joodse patiënten aan de lijst waren toegevoegd is niet bekend. Borgerhoff Mulder liet leden van het verplegend personeel de 10 patiënten aanwijzen, naar hij later verklaarde om iedere verdenking van tegenwerking te vermijden en daarmee de arrestatie van verplegend personeel te voorkomen. Ook zorgde hij zelf voor transport van de patiënten naar Station Holland Spoor te Den Haag – dit om 'Apeldoornse' toestanden te vermijden, aldus de verklaring van Borgerhoff Mulder. De actieve medewerking van Borgerhoff Mulder, die zelf thuis joodse patiënten in gezinsverpleging had en joodse onderduikers aan een goed heenkomen hielp, stuitte op onbegrip van de kant van, onder anderen, collega's en leden van het verplegend personeel. Hij stond evenwel met de rug tegen de muur: Stuurman had immers al de namen van joodse patiënten doorgegeven en meewerken aan de deportatie van deze patiënten – voor zover nog aanwezig – voorkwam dat Rhijngeest en Endegeest compleet op joodse patiënten en onderduikers werden uitgekamd. Zo hoopte Borgerhoff Mulder nóg erger te voorkomen. Inderdaad zouden Endegeest en Rhijngeest nadien van razzia's gevrijwaard blijven.

In de Rotterdamse psychiatrische inrichting Maasoord (Poortugaal) liep het weer anders. In deze inrichting verbleven rond de veertig joden. Er waren boven-

194 Zij werden op 27 april overgebracht naar de *Abteilung 4BIV* van de *Sicherheitspolizei* te Den Haag. Zie Aan de Stegge 2006a, 15 en 2006b, 179.

195 H.G. Calmeyer was door de rijkscommissaris aangewezen om in twijfelgevallen vast te stellen of iemand al dan niet als joods moest worden aangemerkt. Zie Presser 1965, I: 50-72

dien ten minste 44 NSB'ers of daarmee sympathiserende personeelsleden. Op 30 maart 1944 kwamen 's ochtends vroeg 70 man Duitse militairen en 30 man rechercheurs met acht overvalwagens om de joden en ook onderduikers weg te halen. De joden waren, naar geneesheer-directeur Van der Spek naderhand optekende, 'door verraad bekend en reeds in het voorportaal verzameld'. Toch vertrokken de militairen en rechercheurs later op de ochtend 'zonder één Jood of onderduiker mee te nemen'. Daaraan was een 'lang gesprek' van Van der Spek 'met de leiders' voorafgegaan. Het was hem echter nimmer duidelijk geworden waarom de joden niet waren meegenomen. Zij zouden ook nadien ongemoeid blijven.[196] Hoe deze opmerkelijke afloop te verklaren is, hebben wij evenmin kunnen achterhalen.

Even opmerkelijk is dat de TBR-instellingen weinig last ondervonden van de Duitse bezetter, de oorlog zonder verlies aan mensenlevens doorkwamen en dat een tiental joodse TBR-gestelden in Avereest aan deportatie ontkwam. Enkele TBR-gestelden probeerden van de oorlogssituatie gebruik te maken om in vrijheid te komen. Ze richtten zich tot de bezettingsautoriteiten met het verzoek om opheffing van de TBR om in ruil daarvoor toe te treden tot de Waffen SS – een verzoek waar de Duitsers evenwel niet op ingingen.[197]

Voor zover thans bekend vonden de deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen voor het grootste deel plaats in de maanden januari tot en met mei 1943. In deze maanden werden meer dan 1200 joodse patiënten weggevoerd, onder wie ongeveer 870 uit Het Apeldoornsche Bosch en ruim 240 uit de regio Den Haag (Oud-Rosenburg en Ockenburg/Bloemendaal te Loosduinen). Daarna volgde tussen november 1943 en augustus 1944 de deportatie van nog eens ten minste 80 joodse patiënten, met een piek in maart 1944, toen dit lot, voor zover bekend, zo'n 50 van deze patiënten trof. Al met al werden, naar in onderstaand chronologisch overzicht nader staat aangegeven en dankzij recent onderzoek van Aan de Stegge is vastgesteld, tegen de 1300 joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen gedeporteerd, van wie zo'n 870 uit Het Apeldoornsche Bosch en ten minste 420 uit andere inrichtingen. De meeste weggevoerde joodse patiënten werden binnen twee weken na hun deportatie in Auschwitz of Sobibor vermoord. Het in eerdere publicaties door G. Blok – overigens met het nodige voorbehoud – opgevoerde aantal van ongeveer 175 uit andere psychiatrische inrichtingen weggevoerde joodse patiënten moet derhalve aanzienlijk naar boven toe worden bijgesteld.[198] Het is evenwel denkbaar dat, indien hiernaar systematisch onderzoek zou worden verricht, ook het aantal van (ten minste) 420 gedeporteerde joodse patiënten uit andere psychiatrische inrichtingen dan Het Apeldoornsche Bosch te laag zal blijken te zijn.

Hoe dit ook zij, het lijdt geen twijfel dat tal van geneesheren-directeur en andere artsen, alsmede administratief en verplegend personeel openlijk en actief

196 Van der Spek 1949, 12; Van der Spek s.a. [ca. 1970], 181. Vergelijk Bakker 1999a, 30.

197 Weijers en Koenraadt 2007, 34.

198 Blok 1997b, 161–162; Blok 1998a, 134.

Chronologisch overzicht van deportaties van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen, 1943-1944.[199]

1-1-1943:	100 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen)
21/22-1-1943:	869 patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch (plus 52 verplegenden)
* 2-2-1943:	17 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)
* 4-2-1943:	32 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen)
* 5-2-1943:	7 patiënten uit Ockenburg/Bloemendaal (Loosduinen)
* 18-2-1943:	105 patiënten uit Oud-Rosenburg (Loosduinen), van wie ongeveer 21 uit Bloemendaal (Loosduinen)
* 4 en 5-3-1943:	5 of 6 patiënten uit Sint Joris Gasthuis (Delft)[200]
* 9 en 12-3-1943:	23 patiënten uit Licht en Kracht (Assen)
maart 1943:	4 patiënten, van wie 3 van Vogelenzang en 1 vanuit de Borniakliniek te Huizum, vanuit het Gesticht te Franeker[201]
* 6-4-1943:	6 patiënten uit het Oude en Nieuwe Gasthuis (Zutphen)[202]
8-4-1943:	9 patiënten van Het Groot Graffel (Warnsveld)[203]
8-4-1943:	2 patiënten van Duin en Bosch uit Het Groot Graffel (Warnsveld)[204]
* 10-4-1943:	2 patiënten uit Veldwijk (Ermelo)
* 13-4-1943:	13 patiënten uit Brinkgreven (Deventer)[205]
13-4-1943:	2 patiënten uit Rhijngeest/Endegeest (Oegstgeest), van wie 1 een dag later werd vrijgelaten[206]
14-4-1943:	2 patiënten uit Rhijngeest/Endegeest (Oegstgeest), van wie 1 nog dezelfde middag werd teruggebracht[207]

199 Het overzicht is mogelijk niet compleet. Van niet alle psychiatrische inrichtingen is een opgave van het aantal gedeporteerde joodse patiënten beschikbaar. Data en aantallen zijn, tenzij anders vermeld, ontleend aan: Nationaal Archief, 2.14.50, inv. nr. 1103: Stukken betreffende deportaties. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge. Zie Aan de Stegge 2006a; Aan de Stegge 2006b; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III. Aan de Stegge baseert zich onder meer op een door inspecteur Pameijer aan Borgerhoff Mulder op 27-8-1945 verstrekt overzicht van de data waarop vijftien razzia's in Nederlandse psychiatrische inrichtingen hebben plaatsgevonden 'met het oogmerk joodsche patiënten weg te voeren'. Pameijer verschafte echter geen cijfers van het aantal weggevoerde patiënten, dus zijn overzicht diende slechts als vertrekpunt. De data werden getoetst in de verslagen van razzia's zoals deze door enkele geneesheren-directeur werden geschreven en toegezonden aan de Inspectie. Ook werden razzia's uitgezocht aan de hand van de verslagen in na de oorlog verschenen gedenkboeken. De met een asterisk gemerkte razzia's stonden (wat betreft de razzia's met meer data deels) vermeld op de lijst van Pameijer.

200 Nationaal Archief, 2.14.50, inv.nr. 1103: Stukken betreffende deportaties, verslag van geneesheer-directeur W. Beyerman; respectievelijk Slangen 1994, 136.

201 Uit bericht van Gerard van der Heide, archivaris van de Gemeente Franekeradeel, aan C. aan de Stegge, d.d. 8-5-2006.

202 Brief met Bijlage 'Weggevoerde Joodse patiënten uit de psychiatrische inrichtingen van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen' van Henk Mulder (secretaris Museumcommissie Het Groot Graffel Warnsveld) aan C. aan de Stegge, d.d. 22-8-2005.

203 Zie noot 202.

204 Ten Raa s.a., 14.

205 Hogenstijn 1987, 106.

206 Aan de Stegge 2006a, 15-16.

207 Aan de Stegge 2006a, 16-17.

Chronologisch overzicht (vervolg)

15 en 25-4-1943:	2 patiënten, van wie 1 van Vogelenzang, uit het gesticht te Franeker[208]
* 14-5-1943:	10 patiënten uit Endegeest (Oegstgeest)
27-11-1943:	15 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)[209]
13-12-1943:	4 patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder)[210]
* 2-3-1944:	7 patiënten uit het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik
* 14-3-1944:	24 patiënten uit het R.K.G. te Woensel
* 16, 18 en 21-3-1944:	11 patiënten uit Voorburg en/of de geëvacueerde afdeling van Santpoort aldaar (Vught)
* 22-3-1944:	9 patiënten van Duin en Bosch uit het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik
* 30-3-1944:	0 patiënten uit Maasoord (Poortugaal)[211]
22-8-1944:	1 patiënt uit St. Servatius (Venray)
1943 of 1944:	9 patiënten uit Beileroord (Beilen)[212]

Exclusief Het Apeldoornsche Bosch zijn ten minste 420 joodse patiënten gedeporteerd.
Inclusief Het Apeldoornsche Bosch zijn ten minste 1291 joodse patiënten gedeporteerd.[213] Twee vanuit Rhijngeest weggevoerde joodse patiënten werden binnen 24 uur in Nederland weer vrijgelaten vanwege het feit dat hun naam voorkwam op de lijst van Calmeyer.[214]

208 Zie noot 201. Gerard van der Heide schreef Aan de Stegge overigens op 6-3-2006 dat hij in 1970 van dokter Hommes uit Vogelenzang gehoord had dat ongeveer 40 joodse patiënten van Vogelenzang waren gedeporteerd.

209 Bottinga 1983. Vergelijk Aan de Stegge 2006a, 10 en 37: noot 53. Aan de Stegge oppert, op grond van Van der Woord 1961, de mogelijkheid dat er op 27-11-1943 geen joodse patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve zijn weggevoerd. Zie Van der Woord 1961, 423-424.

210 Bottinga 1983. Vergelijk Aan de Stegge 2006a, 10 en 37: noot 53. Aan de Stegge laat, op grond van Van der Woord 1961, de mogelijkheid open dat er op 13-12-1943 36 joodse patiënten uit de Willem Arntsz Hoeve zijn weggevoerd. Zie Van der Woord 1961, 424. De tekst van Van der Woord is evenwel onduidelijk. Hij heeft het over 'in het totaal 36' gedeporteerde joodse patiënten. Wij achten het aannemelijk dat het hier gaat om het totaal van de uit de Willem Arntsz Hoeve weggevoerde joodse patiënten, dus inclusief de op 2-2-1943 en 27-11-1943 weggevoerden. Zo zouden zowel Van der Woord als Bottinga op eenzelfde totaal uitkomen.

211 Van der Spek 1949, 12.

212 Van der Esch 1971-1972, 36.

213 Vergelijk Blok 1997b, 161-162. Zij vermeldt abusievelijk dat er 1200 – in plaats van 869 – joodse patiënten uit Het Apeldoornsche Bosch zijn weggevoerd. In Blok 1998a, 134 stelde zij dit aantal naar beneden bij en kwam toen uit op 'zo'n 800 mensen', inclusief verplegenden. Daarnaast noemt zij in beide publicaties, op grond van na de oorlog bij de Inspectie binnengekomen opgaven van inrichtingsdirecteuren, een aantal van in totaal ongeveer 175 uit andere psychiatrische inrichtingen gedeporteerde joodse patiënten. Dankzij Aan de Stegge's onderzoek is gebleken dat dit aantal van 175 naar boven dient te worden bijgesteld. Uit vrijwel alle niet-geëvacueerde psychiatrische inrichtingen werden kleinere of grotere groepen joodse patiënten gedeporteerd. Belangrijke uitzonderingen waren, naast het gemeentelijke Maasoord te Poortugaal, vooral particuliere stichtingen: Huize Padua te Boekel, Zon en Schild te Amersfoort, het niet-geëvacueerde deel van Vrederust te Bergen op Zoom. Van deze particuliere inrichtingen is in het Nationaal Archief althans geen verslag over deportaties aanwezig. Mondelinge, aan Aan de Stegge verstrekte informatie leert dat er zich in Huize Padua geen joden bevonden en dat dit ook voor St. Joseph te Apeldoorn gold.

214 Zie Aan de Stegge 2006a, 16-17; Aan de Stegge 2006b, 179.

verzet boden tegen de deportatie van joodse patiënten uit psychiatrische inrichtingen. Niet het joods-zijn van verpleegden, maar hun patiënt-zijn stond voorop. Ook de NSB'er inspecteur Audier was doordrongen van dit principe. Dat neemt niet weg dat de psychiatrische inrichtingen, voor zover ze op bestuurlijk niveau aan nazificatie blootstonden en er zich onder het personeel NSB-leden of -sympathisanten bevonden, kwetsbaarder waren voor collaboratie en regelrecht verraad waar het ging om de opsporing en deportatie van joodse patiënten en onderduikers. Dat de joodse patiënten van Maasoord desondanks op het nippertje gevrijwaard bleven van deportatie, mag een wonder heten.

Ontberingen en oorlogsgeweld in het laatste oorlogsjaar

Naarmate de bezetting langer duurde, groeiden de tekorten aan voedsel en andere elementaire voorzieningen zoals brandstof, zeep en textiel. Tal van psychiatrische inrichtingen kampten bovendien al geruime tijd met een aanzienlijke overbevolking ten gevolge van de evacuatie van inrichtingen uit de kuststreek, de vordering van enkele andere inrichtingen dan wel de vordering van een deel van de eigen inrichting door de bezettingsautoriteiten.[215] Ziekten en sterfte namen hand over hand toe, vooral in het laatste oorlogsjaar.

Voor de psychiatrische inrichtingen in het zuiden – Noord-Brabant en Limburg – kwam de bevrijding in het najaar van 1944 zo'n half jaar eerder dan voor de inrichtingen ten noorden van de grote rivieren. Sommige inrichtingen kregen het tijdens de opmars van de geallieerden zwaar te verduren. De psychiatrische inrichting Wolfheze werd met 81 dodelijke slachtoffers, tal van gewonden en de verwoesting van vele gebouwen, het eerst en het zwaarst getroffen.[216] Dit gebeurde op 17 september 1944 en de dagen erna tijdens de slag om Arnhem. Vanaf eind september 1944 kwam ook Venray in de frontlinie te liggen. Bij bombardementen op St. Anna en St. Servatius liep St. Anna veruit de grootste schade op: er vielen 22 doden te betreuren en veel gebouwen waren onherstelbaar beschadigd.[217] Patiënten en personeel van Wolfheze en de beide Venrayse inrichtingen werden vervolgens elders ondergebracht. Ook in Het Groot Graffel (Warnsveld) eisten oorlogshandelingen in april 1945 met 13 dodelijk getroffen patiënten een forse tol.[218]

Al met al hadden de psychiatrische inrichtingen in het zuiden, met uitzondering van St. Anna en St. Servatius tijdens de laatste fase van de oorlog, minder onder de bezetting te lijden dan de meeste inrichtingen ten noorden van de grote rivieren. Hoewel de beide Venrayse inrichtingen en ook het merendeel van de in Brabant gelegen inrichtingen – het Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel, Voorburg (Vught), Coudewater (Rosmalen), Huize Padua (Boekel) – grote aantallen evacués uit andere inrichtingen moesten opvangen, konden zij, mede dankzij

215 Zie eerdere delen van dit hoofdstuk.
216 Brinkman 1984, 312.
217 Kroft 2005, 103-122; Marlet 2005, 327-337: 331.
218 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

de opbrengsten van de eigen gronden, de voedselvoorziening op een voldoende, zij het zeer sober niveau handhaven.[219] Voor zover bekend deden zich alleen in Voorburg, waar dan ook veruit het grootste aantal patiënten verbleef, tijdelijk problemen voor met de voedselvoorziening voor de meer dan 1000 evacués. Niet alleen was de capaciteit van de keuken aanvankelijk niet berekend op een verdubbeling van het aantal te voeden monden, maar ook 'profiteerden de evacués niet van de extraatjes, die het Voorburgs landbouwbedrijf voor de eigen mensen produceerde.' Toen er in de loop van 1943 onder evacués hongeroedeem optrad en de tuberculose zich snel onder hen verbreidde, sloegen hun afdelingsartsen alarm bij de regenten van de Godshuizen. Dit had tot resultaat dat voortaan ook de evacués 'konden meedelen in de verstrekkingen van aardappelen, groente, eieren en melk'.[220]

Niettegenstaande het uitblijven van ernstig voedselgebrek in deze Limburgse en Brabantse inrichtingen, liet de lichamelijke gezondheid van de patiënten toch veel te wensen over. De overbevolking vormde, in combinatie met tekorten aan zeep, textiel en brandstof, en een daaruit voortvloeiend onvermogen om voldoende hygiëne te betrachten, een fors gezondheidsrisico. Vooral de toename van tuberculose, maar daarnaast ook van tyfus, paratyfus en dysenterie, viel onder deze omstandigheden moeilijk een halt toe te roepen. De sterfte ging dan ook in 1943 en vooral 1944 flink omhoog. Om enkele voorbeelden te noemen: in 1943 stierven 89 patiënten van St. Servatius, in 1944 112 en in 1945 35. De piek van 1944 werd mede veroorzaakt doordat eind oktober 20 patiënten tijdens of kort na hun evacuatie naar een kazerne in Weert 'onder erbarmelijke omstandigheden, met veel kou en honger' bezweken. De veel lagere sterfte in 1945 – de meeste patiënten waren inmiddels vanuit Weert naar Belgische inrichtingen overgebracht en zouden in de loop van 1945 naar Venray terugkeren – zal waarschijnlijk mede in de hand zijn gewerkt doordat de mensen met de minste weerstand al in het voorgaande jaar waren overleden.[221] In Voorburg liep het aantal sterfgevallen onder de eigen patiënten op van 115 in 1943 (12 procent van de inrichtingsbevolking per 1 januari) naar 167 in 1944 (ruim 17 procent). Dit hoge niveau bleef in 1945 met 161 sterfgevallen nagenoeg gehandhaafd (ruim 16 procent). Pas in 1946 daalde de sterfte naar een substantieel lager niveau van 105 (bijna 10 procent); dit percentage was vrijwel gelijk aan dat van 1940.[222]

Hoe was het tijdens het laatste oorlogsjaar gesteld met de psychiatrische inrichtingen boven de grote rivieren? Hoe kwamen zij de hongerwinter van 1944–1945 door en wat moesten zij nog doorstaan op het gebied van vorderingen, evacuaties

219 Zie over St. Servatius: Kroft 2005, 115. Zie over het Rijks Krankzinnigen Gesticht te Woensel: Van der Esch 1970, 47-48.

220 Binneveld en Wolf 1985, 139. Vergelijk Bakker 2002c, 129–131.

221 Kroft 2005, 120.

222 Binneveld en Wolf 1985, 141. In percentages van de eigen inrichtingsbevolking van Voorburg per 1 januari uitgedrukt bedroeg de sterfte in 1940 9.6, in 1941 12.6, in 1942 13.9, in 1943 12.0, in 1944 17.5, in 1945 16.1 en in 1946 9.8.

Verwoest wasserijgebouw St. Servatius, 16 oktober 1944.

en oorlogshandelingen? West-Nederland, en dan vooral de verstedelijkte gebieden in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht, had meer en langer onder de hongerwinter te lijden dan het meer landelijke oosten en noordoosten. Vanaf september 1944 raakte West-Nederland geïsoleerd van zijn agrarische achterland. De nieuwe oogst kon niet worden aangevoerd en daardoor ontstond in het westen een hongersnood die tot aan de bevrijding in mei 1945 voortduurde. Het zuiden was al bevrijd en de aanvoer vanuit het noordoosten naar het verstedelijkte westen kwam vrijwel tot stilstand als gevolg van de op 17 september 1944 door de Nederlandse regering in Londen uitgeroepen spoorwegstaking, ter ondersteuning van de geallieerde aanval, en het Duitse verbod op voedsel- en brandstoftransporten in reactie daarop. Spoedig na opheffing van dit verbod viel de vorst in, terwijl op dat moment de voorraden van het vorige jaar waren opgebruikt. Pas vanaf half februari 1945 was, na het invallen van de dooi, weer transport over water mogelijk. Begin februari had de Londense regering de mogelijkheid geopend de spoorwegstaking te beëindigen indien de vorst zou aanhouden. Nu de dooi was ingevallen duurde de staking voort.[223]

Voor zover thans bekend – de stand van het onderzoek is evenwel nog ontoereikend – kwam de hongerwinter inderdaad hard aan in de vier niet-geëvacueerde psychiatrische inrichtingen in Noord- en Zuid-Holland – het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, Endegeest (Oegstgeest), St. Joris Gasthuis (Delft), Maasoord (Poortugaal) – en in de inrichtingen in de provincie Utrecht – het Willem Arntsz Huis (Utrecht), de Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder) en Zon en Schild (Amersfoort). Ten gevolge van voedsel- en brandstofschaarste, het tekort aan gas en elektriciteit en (soms ook) water, en het gebrek aan zeep, textiel en medicamenten, staken veel ziekten de kop op en nam de sterfte sterk toe. In Endegeest overleden in de eerste vijf maanden van 1945 119 patiënten aan de ontberingen.[224] Dat was, vergeleken met de sterfte in de voorgaande jaren – gemiddeld 25 in de jaren dertig, 57 in 1942, 78 in 1944 – een absoluut dieptepunt.[225] Ook in Maasoord was het sterftecijfer begin 1945 'ongewoon hoog [...] In 3 maanden 180'.[226] Na de oorlog schreef geneesheer-directeur Van der Spek:

> ——— *We hadden heel veel hongeroedeem, veel darmaandoeningen. Het aantal sterfgevallen onder de ouden van dagen nam schrikbarend toe. De boxen in ons moratorium konden hen op een ogenblik niet meer bevatten. Ze lagen in ons lijkenhuisje opgestapeld.*[227]

In St. Joris Gasthuis overleden in de eerste vijf maanden van 1945 110 patiënten. Volgens berekeningen van geneesheer-directeur W. Beijerman[228] kregen de pa-

223 Zie Trienekens 1985, 373-384 en 1995, 73-79; Klemann 2002, 463-468.
224 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
225 Blok 1998a, 136.
226 Bakker 1999a, 29.
227 Van der Spek 1949, 14. Zie ook Bakker 1999a, 29-30.
228 Beijerman spelt zijn naam afwisselend als Beijerman en Beyerman.

tiënten in de slechtste maanden toch nog 1.500 à 1.600 calorieën per dag binnen. Voor inwonende verplegenden bedroeg het dagrantsoen ongeveer 2.200 calorieën.[229] Ook in het Provinciaal Ziekenhuis te Medemblik, dat bovendien evacués van Duin en Bosch huisvestte, nam de sterfte onder de patiënten, vooral aan tuberculose, in de winter van 1944-1945 sterk toe.[230]

De beide vestigingen van de Willem Arntsz Stichting hadden niet alleen te maken met een NSB-bestuur en – na het ontslag van Engelhard – een geneesheer-directeur, C. Keulemans, die lid was van de NSB, maar zij verkeerden bovendien als gastinrichtingen voor grote aantallen evacués uit Santpoort en Duin en Bosch in een benarde positie. Ongeveer een derde van het oorspronkelijke aantal evacués stierf tijdens de hongerwinter, voornamelijk aan ondervoeding en tuberculose.[231] Zon en Schild was weliswaar niet aangewezen als gastinrichting voor evacués uit de kustprovincies, maar kampte eveneens met een zeer grote overbevolking. Behalve dat sanatorium Hebron en het klassepaviljoen begin 1943 door de Rijksgebouwendienst waren gevorderd, had Zon en Schild na de evacuatie van de psychiatrische inrichtingen in de kuststreek een grote toevloed van opnamen vanuit het westen te verwerken gekregen. Daar kwamen begin oktober 1944 nog eens enkele honderden patiënten plus verplegend personeel uit Wolfheze bij.[232] Een officiële rapportage van geallieerde zijde over de voedingstoestand in West-Nederland stelde begin mei 1945 vast dat de situatie in Zon en Schild alarmerend was – 'the most serious picture of malnutrition seen in Holland'. Met 1600 patiënten, dubbel zoveel als waarop de inrichting was berekend, en zonder de mogelijkheid om de officiële, bovendien niet door iedereen ontvangen voedselrantsoenen langs andere weg aan te vullen, waren er sinds januari 1945 gemiddeld niet meer dan 600 calorieën per patiënt per dag beschikbaar. Het rantsoen bestond uit 's ochtends en 's avonds 1 boterham, en een kom soep waarin voor de hele inrichting 400 kilo aardappels waren verwerkt. Tussen januari en mei 1945 overleden 250 patiënten.[233]

Voor de psychiatrische inrichtingen in het oosten en noorden van Nederland waren de ontberingen tijdens de laatste oorlogswinter minder groot, althans waar het de voedselvoorziening betrof. Overigens vertoonden deze inrichtingen niet alleen qua situering, maar ook qua omvang en mate van overbevolking grote onderlinge verschillen. Van de Gelderse inrichtingen was Wolfheze na de bombardementen van september 1944 geëvacueerd: behalve naar Zon en Schild ook naar Veldwijk (Ermelo) en enkele andere instellingen waaronder de zwakzinnigeninrichting 's-Heerenloo (Ermelo). Veldwijk had begin 1943 al aan 400 patiënten en 120 personeelsleden uit Vogelenzang (Bennebroek) onderdak verleend; vervolgens hadden de Duitsers begin augustus 1944 sanatorium De Hooge Riet

229 Slangen 1994, 137-138.
230 Cahn 1970, 79; Van Kleffens 1959, 50.
231 Blok 1997b, 163-164.
232 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
233 Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 78-79.

gevorderd en kreeg Veldwijk er begin oktober van dat jaar nog eens 500 patiënten uit Wolfheze bij, waarmee het totaal aan patiënten en personeel op ongeveer 1900 uitkwam.[234] Weliswaar nam het aantal sterfgevallen onder de patiënten in de loop van de hongerwinter sterk toe, maar van een zeer ernstige noodsituatie was geen sprake.[235] Op 18 april 1945 trokken de eerste Canadese tanks – zonder slag of stoot – Ermelo binnen en was de bevrijding een feit.

Voor de Zutphense inrichtingen, die eveneens als gastinstelling fungeerden, bracht de laatste oorlogswinter veel ellende met zich mee, vooral in de slotfase van de oorlog. Na de ontploffing van een munitietrein op het spoorwegemplacement in Zutphen op 28 september 1944 besloot geneesheer-directeur Van Bork patiënten en personeel van het Oude en Nieuwe Gasthuis, inclusief de daar ondergebrachte evacués van Oud-Rosenburg en klassepatiënten van Santpoort, te evacueren naar Het Groot Graffel, het 'buitengesticht' te Warnsveld, dat reeds als gastinrichting voor evacués van Vrederust, Duin en Bosch en Santpoort dienst deed. Na deze laatste evacuatie verbleven bijna 1250 patiënten in Het Groot Graffel, terwijl de gebouwen slechts waren berekend op 475 patiënten. De hygiëne liet veel te wensen over. De voedselsituatie was evenwel tot februari 1945 met voor de patiënten gemiddeld zo'n 2.000 calorieën tamelijk bevredigend. Daarna daalde de hoeveelheid calorieën naar rond de 1.500. Volgens de eerder aangehaalde officiële rapportage over de voedingstoestand was eind maart 1945 voor het eerst bij een patiënt hongeroedeem geconstateerd. Een maand later leden ruim 45 patiënten hieraan, van wie er enkelen ernstig aan toe waren. Begin april 1945 was ook nog een epidemie van diarree uitgebroken.[236] Ten tijde van het onderzoek – tussen 18 en 21 april – leed 30 procent van de patiënten hieraan; in de twee voorgaande weken waren 35 patiënten overleden, hetgeen vijfmaal zoveel was als normaal.[237] Volgens een telling van Aan de Stegge stierven in de eerste vijf maanden van 1945 187 patiënten.[238]

Onder hen bevonden zich ook de 13 patiënten die slachtoffer werden van beschietingen op 4 april 1945 door de Canadezen die, misleid door de aanwezigheid van loopgraven op het terrein van Het Groot Graffel, meenden dat het een Duitse vesting betrof. Zowel Van Bork als de afdelingsgeneesheer M.J. ten Raa en verpleger J. Nonnekes van Duin en Bosch wisten 's middags respectievelijk 's avonds nog erger te voorkomen door, dwars door de vuurlinie heen, naar de Canadezen toe te lopen en hun duidelijk te maken dat ze met een ziekenhuis van doen hadden. Van Bork had geen Duitsers in de loopgraven op Het Groot Graffel gezien. Desgevraagd wees Van Bork op een plattegrond enkele hem bekende Duitse stellingen aan, waarop de aanval op Het Groot Graffel werd stopgezet. 's Nachts begonnen

234 De Groot 1984, 250–251.

235 De Groot 1984, 251. Volgens informatie van Museum Veldwijk overleden in het hele jaar 1945 overleden 145 patiënten van Veldwijk. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.

236 Vergelijk Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 64. Zie ook Aan de Stegge 2006c.

237 Burger, Drummond en Sandstead 1948, II: 64–67.

238 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

de beschietingen echter opnieuw – waarschijnlijk gebeurde dit door een andere Canadese divisie dan die van 's middags.[239] Ten Raa noteerde hierover het volgende.

_____ *We hadden toen kort naeen 4 voltreffers op ons mannenpaviljoen. Het was een hel toen de Canadezen door de gangdeuren naar binnen schoten. Begeleid door Br. Nonnekes die met de handen omhoog waarin hij een lantaaren vasthield, meeging, kon ik den Canadeeschen officier overtuigen dat dit een ziekenhuis was en niet een "militaire vesting"!! zooals hij tengevolge van de Todt-stellingen op ons terrein op zijn kaart had staan. Hij vertelde dat hun opdracht was geweest, het gesticht volkomen te vernietigen. Even na ons onderhoud hield inderdaad het artillerievuur op ons gesticht op al bleven er tot 4 uur des morgens nog telkens mitrailleurvuurgevechten van man tegen man op 't terrein en om de gebouwen aan den gang.*[240]

De stellingen op het terrein van Het Groot Graffel waren enkele maanden eerder op last van *Organisation Todt* gegraven.[241] Leiders van deze organisatie hadden eind oktober 1944, op straffe van ontruiming van Het Groot Graffel, geëist dat dagelijks 20 man personeel van deze inrichting kwam graven.[242] Er waren meer psychiatrische inrichtingen waar de Duitsers, al dan niet met inschakeling van verplegend personeel, vanaf eind 1944 stellingen hadden laten aanleggen. Zo moesten ook Brinkgreven (Deventer) en Licht en Kracht (Assen) hieraan geloven.[243] Hierbij prevaleerden militair-strategische overwegingen – van een verborgen agenda om psychiatrische inrichtingen tot schietschijf van de geallieerden te maken en op die wijze de vernietiging van geesteszieken te bewerkstelligen, lijkt geen sprake te zijn geweest.[244]

Op 10 april 1945, een kleine week na de beschietingen van Het Groot Graffel, vormde het terrein van Brinkgreven het toneel van hevige gevechten tussen de Duitsers en de Canadezen. Brinkgreven was het eerste stukje van Deventer dat de Canadezen bevrijdden. Voor zover bekend vielen noch tijdens de gevechten, noch tijdens granaatvuur gedurende de twee hieraan voorafgaande dagen dodelijke slachtoffers onder patiënten of personeel van de inrichting. Zij waren tijdig ondergebracht in de souterrains van de paviljoens. Deze souterrains waren al eerder als noodverblijf ingericht, rondom beveiligd met aarden wallen en voorzien van noodvoorraden kaarsen, lucifers, toiletpapier en geconserveerde levensmiddelen.[245] Ook Brinkgreven had te kampen met overbevolking. In januari 1943 waren de patiënten van het door de Duitsers gevorderde St. Elisabeths Gasthuis naar Brinkgreven overgebracht en begin februari 1943 kwamen daar nog eens 85

239 Aan de Stegge 2006c, 8-10.
240 Ten Raa s.a., 52.
241 *Organisation Todt*, opgezet door de Duitse ingenieur F. Todt, bouwde tal van grote verdedigingswerken. Daarbij werd veelvuldig gebruikgemaakt van dwangarbeid.
242 Zie Ten Raa s.a., 34.
243 Zie over Brinkgreven: Hogenstijn 1987, 107. Zie over Licht en Kracht: Brouwer 1948, 2. De over Licht en Kracht verstrekte informatie is uitermate summier.
244 Vergelijk Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
245 Hogenstijn 1987, 107.

patiënten en bijbehorend personeel uit Santpoort bij.[246] In september 1944 vorderden Duitse instanties, waaronder de *Sicherheitsdienst*, een aantal gebouwen van Brinkgreven, nadat een integrale vordering van de inrichting met succes was afgewezen.[247] Voor zover bekend ontstond op Brinkgreven geen noodsituatie op het gebied van de voedselvoorziening. Wel nam ook hier de sterfte tijdens de laatste oorlogsmaanden toe.[248]

Voor de psychiatrische inrichtingen in Drenthe – Beileroord (Beilen), Licht en Kracht (Assen) en Dennenoord (Zuidlaren) – bracht het laatste oorlogsjaar eveneens forse problemen met zich mee. Zij hadden niet zozeer met voedselgebrek te kampen als wel met vorderingen door de Duitsers, evacuaties en overbevolking. Beileroord werd in oktober 1944 gevorderd om als Duits lazaret dienst te doen. Voor zover de patiënten niet in gezinsverpleging waren, kregen ze met bijbehorend personeel onderdak in Licht en Kracht.[249] Vanaf half februari 1945 fungeerde Licht en Kracht tevens als gastinrichting voor evacués uit Dennenoord. Zoals gezegd moest ook Licht en Kracht zich laten welgevallen dat de bezetter versterkingen aanlegde op het terrein van de inrichting. Op 13 april 1945 was de bevrijding van Assen een feit. Onder patiënten en personeel van Licht en Kracht vielen geen dodelijke slachtoffers.[250]

Voor Dennenoord, dat reeds onderdak bood aan patiënten en personeelsleden van het 'eigen', in oktober 1941 gevorderde Noorder Sanatorium en dat bovendien begin 1943 6 paviljoens had ontruimd voor de opvang van ruim 450 patiënten en 140 verplegenden uit de zusterinrichting Bloemendaal (Loosduinen), werd de toestand nog benarder toen de Duitsers in september 1944 ook nog eens de 2 grootste vrouwenpaviljoens van Dennenoord vorderden.[251] Dennenoord telde op dat moment ruim 1350 patiënten en ongeveer 300 personeelsleden. De grootste moeilijkheden deden zich evenwel voor in de twee maanden voorafgaande aan de bevrijding van Zuidlaren op 13 april 1945. Vanaf half februari 1945 gingen de Duitsers namelijk over tot vordering van de overige gebouwen van Dennenoord, dat als *Kriegslazarett* dienst ging doen. Daarmee werd de evacuatie van patiënten en personeel vanuit Dennenoord onvermijdelijk. Om te beginnen werden bijna 120 patiënten naar huis gestuurd, terwijl ruim 60 patiënten uit Bloemendaal in Licht en Kracht terecht konden en 20 in het (toenmalige) zwakzinnigengesticht Bethesda (Wagenborgen). Op 12 maart kwam het bevel dat alle patiënten uit Zuidlaren weg moesten: bijna 200 patiënten gingen naar Wagenborgen, en ongeveer 430 patiënten naar Franeker, waar ze onderdak vonden in 6 schoolgebouwen en, voor een

246 Zie Blok 1997b, 295; vergelijk Hogenstijn 1987, 105.

247 Hogenstijn 1987, 106. Het graven van tankgrachten op het terrein nam na de vorderingen een aanvang.

248 Volgens een telling van Aan de Stegge overleden in de eerste vijf maanden van 1945 76 patiënten op Brinkgreven. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.

249 Van der Esch 1971–1972, 38–39. Het betrof 120 patiënten en 35 personeelsleden van Beileroord. Er bleven 234 patiënten in gezinsverpleging achter, een aantal dat in de laatste oorlogswinter sterk terugliep.

250 Brouwer 1948, 2.

251 Zie Vlaanderen 1984, 296–301; Furnée en Jonkman 1994, 127–148.

Bevrijding Brinkgreven, Deventer, 10 april 1945:
Canadezen op tank.

klein gedeelte, in het Binnengesticht.[252] Nog eens bijna 40 patiënten konden bij gezinnen in Zuidlaren terecht.[253] Van de naar Franeker geëvacueerde patiënten overleden er tussen eind maart en eind juli 1945 56 (10,6 procent). Dysenterie en tuberculose waren de meest voorkomende ziekten.[254]

De laatste oorlogsmaanden waren voor de Franeker inrichtingen – het geneeskundig gesticht en het 'buitengesticht' Groot Lankum – bepaald moeilijk. Nadat begin 1943 al ruim 400 patiënten plus bijbehorend personeel van Vogelenzang (Bennebroek) naar Franeker waren geëvacueerd, kwamen daar in maart 1945 nog eens meer dan 400 vanuit Dennenoord geëvacueerden patiënten en bijbehorend personeel bij – zo'n 600 extra mensen.[255] Er was schaarste aan zo ongeveer alles. Problemen met de drinkwatervoorziening in de week rond de bevrijdingsdatum – 15 april 1945 – maakten de toestand bijzonder nijpend. De sterfte onder de patiënten was dan ook hoog.[256]

Uit opgaven van het Staatstoezicht valt op te maken dat de sterfte onder verpleegden in de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief de zwakzinnigeninrichtingen, tussen 1940 en 1945 steeg van ruim 2100 naar meer dan 3700. Uitgedrukt in percentages van de inrichtingsbevolking per 1 januari ging het om een toename van bijna 8 naar bijna 15 procent.[257]

Na de bevrijding

Het duurde doorgaans nog enige, soms zelfs geruime tijd eer de geëvacueerden terug konden naar de eigen inrichting en er voor de gastinrichtingen een eind kwam aan de overbevolking.

In kringen van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg bleef het aanvankelijk, althans in geschrifte, betrekkelijk stil over hetgeen zich tijdens de oorlog in de psychiatrische inrichtingen had afgespeeld. In 1945 verscheen alleen een artikel over geestelijke gezondheidszorg in bezettingstijd van de hand van de juriste en psychiatrisch-sociaal werkster E.C. Lekkerkerker, die, zoals eerder vermeld, een van de leidende figuren was van de beweging voor geestelijke volksgezondheid.[258] Zij deed verslag over de uitkomsten van een door de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid gehouden enquête bij de 'gestichten voor krank- en zwakzinnigen en de paedologische instituten', voor- en nazorginstellingen, de bureaus voor opvoedingsmoeilijkheden, de bureaus voor levens-

252 Vlaanderen 1984, 298-299.
253 Vlaanderen 1984, 299. Vergelijk Furnée en Jonkman 1994, 142. Laatstgenoemden schrijven dat 'er nog 172 anderen een onderkomen vonden in één van de vele gezinnen in Zuidlaren die bereid waren om patiënten op te nemen'.
254 Vlaanderen 1984, 299.
255 Van Heemstra 1951, 57-67.
256 Volgens een telling van de archivaris van Franeker stierven in de eerste vijf maanden van 1945 129 patiënten in de Franeker inrichtingen. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.
257 Zie bijlage 5a: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigengestichten, in Nederland 1884-1964.
258 Zie hoofdstuk 2.5. Geestelijke volksgezondheid.

moeilijkheden, de psychotherapeutische instituten en de verenigingen voor de geestelijke volksgezondheid in het algemeen. Veel gestichten, zo schreef zij, hadden 'bewogen tijden meegemaakt'.[259] Daar waren om te beginnen de evacuaties: haast geen inrichting bleef voor de evacuatie gespaard. Vooral in 1942, 1943 en 1944 was er sprake van 'zwerftochten van duizenden geesteszieken, zwakzinnigen en psychopathen van het eene gesticht naar het andere. De ontzaglijke problemen, welke het massale vervoer van deze ontoerekenbare, ten deele invalide patiënten met de heele gestichtsinventaris meebracht, laat zich nauwelijks denken.'[260] Daar kwam nog het probleem van het ruimtegebrek bij.

_____ *In de gestichten stijgt de bezetting tot ver boven het normale maximum, vaak tot boven het medisch en menschelijk verdraagbare; afgekeurde gebouwen, werkplaatsen, zolders moeten als verpleegruimte in gebruik worden genomen. Classificatie, arbeidstherapie en andere eischen van de moderne zenuwverpleging moeten meer en meer worden prijsgegeven; het peil zakt.*[261]

Vervolgens memoreerde Lekkerkerker 'het schokkende drama [...] van de ontruiming der Joodsche gestichten en de wegvoering van de patiënten de dood in', alsmede de weigering tot uitlevering van joodse patiënten in verscheidene inrichtingen. Ook de 'rebellie' van de inrichting voor toevallijders Meer en Bosch liet ze niet onvermeld.[262] Na passages over de oorlogshandelingen na de invasie in september 1944 en de nood in de laatste oorlogswinter verschafte Lekkerkerker bovendien in kort bestek een overzicht van de problemen waarvoor de inrichtingen zich na de bevrijding zagen gesteld: gehavende, uitgewoonde of verwoeste gebouwen, de langdurige bezetting van veel gestichten door geallieerde militairen, belemmeringen voor de terugkeer van evacués, een ernstig tekort aan personeel, textiel en overig materiaal, overbezetting van diverse inrichtingen en lege bedden in andere inrichtingen omdat ze geen nieuwe patiënten durfden op te nemen.

_____ *De opname-mogelijkheid is dan ook nog sterk beperkt: door gebrek aan geschikte gebouwen, personeel en materiaal kunnen werk- en gemeenschapstherapie en andere moderne vormen van behandeling niet meer tot hun recht komen. De zenuwverpleging is, zooals een der directeuren verzucht, jaren achterop geraakt en wij kunnen weer geheel van voren af aan beginnen.*[263]

De NVPN deed er het stilzwijgen toe tot aan de eerste naoorlogse jaarvergadering op 15 december 1945 in de Valeriuskliniek te Amsterdam. De rede die voorzitter Kraus toen uitsprak was indrukwekkend, zijn gehoor ongekend talrijk.[264] Kraus opende de vergadering met de volgende woorden.

259 Lekkerkerker 1945a, 3.
260 Lekkerkerker 1945a, 4.
261 Lekkerkerker 1945a, 4.
262 Lekkerkerker 1945a, 4-5.
263 Lekkerkerker 1945a, 6.
264 De rede werd in 1946 integraal gepubliceerd in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*. Zie Kraus 1946. Ongeveer 110 leden woonden deze jaarvergadering bij.

_____ Dames en Heeren,
Ik heet U allen welkom en open deze vergadering, de eerste van onze vereeniging sedert de bevrijding van het Vaderland en de eerste na zes jaren waarin we, onbelemmerd door aan ons innerlijk vreemde beperkingen, uiting kunnen geven aan onze gedachten en gevoelens. Gedachten en gevoelens, die er vele zijn, wanneer wij terugblikken op de nachtmerrie, die achter ons ligt, waarvan wij allen de huivering ondergingen en waardoor velen van ons verloren wat hun dierbaar was –, wanneer wij zien naar de ook den psychiater verbijsterende verwardheid van het heden – en wanneer wij trachten de blik te slaan in de toekomst, die gebarricadeerd schijnt met de problemen van de genezing onzer zieke samenleving.[265]

Over de lotgevallen van de NVPN tijdens de bezetting kon Kraus kort zijn.

_____ Geleid door de overweging, dat actief openlijk verzet van de vereeniging als zoodanig volstrekt doelloos zou zijn en wegens haar niet onaanzienlijke bezittingen bovendien dom, heeft het bestuur gemeend niet anders te kunnen doen dan de vereeniging te laten slapen.[266]

De vereniging had weliswaar weinig, maar de leden hadden des te meer beleefd.

_____ Veel is er geleden en veel is er gestreden en hoewel het intercollegiale contact tot op zekere hoogte minder was dan vroeger, hebben wij elkaar beter leeren kennen. Leden, waarover wij onze sympathie en achting min of meer gelijkelijk plachten te verdeelen, onderscheiden wij thans in verraders en lafaards, in flinke kerels en helden. De zenuwartsen kwamen naar mijn overtuiging meer dan eenige andere groep van specialisten, uit hoofde van hun beroep, te staan voor situaties, waarin ze hadden te toonen wat zij waard waren en ook overigens waren de moeilijkheden van den bezettingstijd in groote mate hun deel.[267]

Een van de belangrijkste problemen waarvoor de beroepsgroep zich gesteld zag was, aldus Kraus, de hulp aan joodse patiënten ten tijde van de deportaties. Kraus roemde de 'groote onverschrokkenheid' waarmee verschillende gevestigde zenuwartsen door het afgeven van geheel of gedeeltelijk onware verklaringen eraan hadden meegewerkt dat honderden joodse patiënten in de gestichten tijdelijk een schuilplaats konden vinden.[268] Naar Kraus' overtuiging zou het 'drama van het "Apeldoornsche Bosch", dat eenigszins is verbleekt tegen den achtergrond van de massale rampen in het recente verleden, [...] in normale tijden alleen reeds aanleiding zijn geweest tot het uitbreken van een wereldoorlog'.[269] Vervolgens zette Kraus in sobere bewoordingen uiteen hoe dit drama zich had voltrokken. De gegevens ontleende hij aan een rapport dat Van Bork direct na de ontruiming van Het Apeldoornsche Bosch had opgemaakt. Kraus liet niet na een aantal collega's te noemen die zich hadden onderscheiden door hun verzet tegen de wegvoering

265 Kraus 1946, 187.
266 Kraus 1946, 187. Naar welke bezittingen Kraus verwees, is ons niet bekend.
267 Kraus 1946, 188.
268 Kraus 1946, 188.
269 Kraus 1946, 188.

van hun patiënten of tegen de nazificatie van hun inrichtingen. Kraus besloot zijn rede als volgt.

——— Er is werk, veel werk, niet alleen vandaag, maar in de naaste toekomst voor ons allen. Er moeten groote schade en achterstand worden ingehaald. Op wetenschappelijk gebied is er buiten onze grenzen een aanzienlijke voorsprong, die door ons zal moeten worden opgeheven. Op het terrein van de verpleging staan wij voor een enormen achteruitgang en een ernstige desorganisatie van het krankzinnigenwezen. De sociale psychiatrie en de geheele geestelijke volksgezondheid roepen om onze hulp. Laten wij hen, die wat van ons verwachten, niet teleurstellen. Moge het ons gegeven zijn de moeilijkheden die thans nog onoverkomelijk lijken, te overwinnen, op zoodanige wijze dat anderen en wijzelf, tevreden zijn.[270]

Daarna vielen nog enkele huishoudelijke kwesties af te handelen, waaronder de bestuursverkiezing. Jegens Borgerhoff Mulder, die zich niet meer herkiesbaar stelde als secretaris van de Examencommissie, sprak de vergadering 'haar grooten dank' uit voor alles wat hij 'gedurende vele jaren op zoo voortreffelijke wijze heeft gedaan.[271] Vervolgens stemde de vergadering in met een voorstel van het bestuur om alle leden die gedurende de bezetting lid of sympathiserend lid van de NSB waren, te royeren. In aansluiting daarop werden acht leden als lid geroyeerd. Eén van deze acht was Audier, de inspecteur van het Staatstoezicht die geneesheer-directeur Lobstein van Het Apeldoornsche Bosch was komen waarschuwen voor de ophanden zijnde ontruiming.

3.3 De inrichtingspsychiatrie na de oorlog

Puinruimen, wederopbouw en uitbouw

Na de bevrijding duurde het geruime tijd eer de materiële oorlogsschade aan de getroffen psychiatrische inrichtingen was hersteld. Van de drie zwaarst beschadigde instellingen nam de wederopbouw van Bloemendaal te Loosduinen en van Wolfheze enkele jaren en die van St. Anna te Venray zelfs tien jaar in beslag.[272] Er kwamen in de jaren 1945 tot aan 1965 slechts twee nieuwe psychiatrische inrichtingen tot stand: Hulp en Heil te Leidschendam en de Sinaïkliniek te Amersfoort. Hulp en Heil was na Zon en Schild (Amersfoort) en Licht en Kracht (Assen) de derde psychiatrische inrichting van de Vereeniging Nederlandsche Hervormde Stich-

270 Kraus 1946, 190.

271 Westerman Holstijn 1946, 191. Het Centraal Orgaan tot Zuivering van Ambtenaren was inmiddels tot de conclusie gekomen dat Borgerhoff Mulder rehabilitatie met volledig eerherstel verdiende. De Commisssaris van de Koningin nam dit over en Borgerhoff Mulder kreeg hierover bericht op 3 januari 1946, waarna hij op 4 januari 1946 opnieuw in dienst trad als geneesheer op Rhijngeest. Ruim anderhalf jaar later zou hij overlijden. Zie Aan de Stegge 2006a en 2006b.

272 Veldman 1984, 271; Brinkman 1984, 314; Mens 2003, 179 en 183.

tingen voor Zenuw- en Geesteszieken. De bouw was kort voor het uitbreken van de oorlog begonnen, maar de opening vond pas in 1949 plaats, nadat het Centraal Bureau voor de Statistiek de paviljoens na een driejarig gebruik had verlaten.[273] Daarna volgde in 1960 de opening van de joodse Sinaïkliniek te Amersfoort – het in 1943 door de Duitsers ontruimde Het Apeldoornsche Bosch zou niet meer als psychiatrische inrichting fungeren en werd in 1951 verkocht.[274] Welbeschouwd kwam pas in 1965 een geheel nieuw initiatief van de grond, St. Franciscushof te Raalte, aanvankelijk voor de verpleging en verzorging van geestelijk gestoorde katholieke vrouwen, maar vanaf 1969 ook voor mannelijke patiënten.[275] Over St. Franciscushof berichten wij nader in het volgende deel.

Aan het 'grote bouwen', zo kenmerkend voor de vooroorlogse periode tot halverwege de jaren dertig, was een eind gekomen – althans voor zover het psychiatrische inrichtingen in enge zin betrof. Ondanks de economische groei in de loop van de jaren vijftig en zestig bleef het voornamelijk bij uitbreiding of aanpassing van de bestaande inrichtingen met nieuwe of verbouwde klinieken, paviljoens of therapieruimten.[276] De beperkende bepalingen van de Wederopbouwwet, die tussen 1950 en 1965 van kracht was en die (ver)bouwen verbood, tenzij de overheid daarvoor toestemming verleende, zullen hieraan hooguit ten dele debet zijn geweest.[277] De geringe nieuwbouw lijkt voornamelijk te zijn ingegeven door een functionele herwaardering van de psychiatrische inrichting. Deze won aan urgentie door het naoorlogse personeelstekort en de overbevolking van de inrichtingen. Ook de komst van de nieuwe psychofarmaca, te beginnen met Largactil in 1952, droeg hieraan bij. Het kwam er in feite op neer dat psychiaters af wilden van de grote schare zwakzinnigen en ook psychisch gestoorde bejaarden die de psychiatrische inrichtingen bevolkten en verstopten. Voor hen zouden, meer dan voorheen, aparte voorzieningen moeten komen. Een dergelijke externe, naar buiten toe gerichte differentiatie, waarvoor al sedert het begin van de twintigste eeuw was gepleit en die in bescheiden mate ook al daadwerkelijk op gang was gekomen, kreeg in de naoorlogse periode, naar hierna nog zal blijken, meer steun. In ieder geval won de uittocht van zwakzinnigen uit de psychiatrische inrichtingen vanaf eind jaren vijftig sterk aan momentum, zoals in de volgende paragraaf zal blijken. Voor de psychisch gestoorde bejaarden verliep dit proces aanzienlijk trager.

273 Vereniging 'Nederlandsche Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken' s.a. [1967], 3. Van der Esch 1975-1980, III: 40.

274 Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 112-125. Na de oorlog werden Paedagogium Achisomog (voor moeilijk opvoedbare kinderen) en paviljoen Benjamin (voor zwaar geestelijk gehandicapte kinderen) hersteld en heropend. De overige gebouwen van Het Apeldoornsche Bosch werden vanaf 1948 verhuurd aan de gereformeerde Vereniging tot Opvoeding en Verpleging van Idioten en Achterlijke Kinderen.

275 Huiskes en Van der Kroef 2002.

276 Mens 2003, 183 en 186.

277 Bijker 1994, 3. Vergelijk Bakker en Van der Velden, monografie in voorbereiding. De bouwstop van 1934 was, voorzover bekend, nooit opgeheven. Vanaf mei 1940 legde de Duitse bezetter de bouw aan banden met de Besluiten Wederbouw I en II.

De kapel van Voorburg te Vught, circa 1950, met duidelijk zichtbaar de hoge muur om de seksen van elkaar gescheiden te houden.

Of de psychiatrische inrichting zich, behalve tot een instelling voor mensen met geestesziekte in engere zin, ook tot psychiatrisch *ziekenhuis* zou moeten en kunnen ontwikkelen, en wat dit dan inhield, daarover liepen de meningen uiteen. Zoveel leek wel vast te staan dat een louter klinische taakopvatting onvoldoende recht zou doen aan de beide andere functies van psychiatrische inrichtingen: revalidatie en verzorging.[278] Hoe dit ook zij, ook zonder de bouw van nieuwe inrichtingen kwam dankzij het proces van externe differentiatie meer capaciteit beschikbaar voor de kerngroep van geesteszieke patiënten, de lijders aan stemmings- en psychotische stoornissen. Voeg daarbij de toename van kortdurende opnamen dankzij de psychofarmaca en het zal duidelijk zijn dat de inrichtingen in de loop van de jaren vijftig en zestig opvang boden aan een stijgend aantal psychiatrische patiënten, zowel absoluut als relatief gezien.

Om hoeveel psychiatrische inrichtingen ging het in de periode 1945-1965?[279] Zoals in het vorige deel aangegeven, zijn over de jaren 1937 tot en met 1968 geen verslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten respectievelijk de Geneeskundige (Hoofd-)inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gepubliceerd. Wel beschikken we over tellingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (dat zich weer baseerde op opgaven van de Inspectie), de diverse edities van het *Geneeskundig Jaarboekje voor Nederland* en, meer incidenteel, over in vaktijdschriften en in diverse edities van de *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* (respectievelijk *Gezondheidszorg) in Nederland* (hierna: *Gids*) verstrekte gegevens. Wat opvalt is dat de uitkomsten, afhankelijk van de gehanteerde criteria en de betrachte nauwkeurigheid, nogal verschillen, zowel binnen één soort bron, als tussen de diverse bronnen voor zover die over hetzelfde jaar rapporteren. Zo variëren de tellingen over het jaar 1949 tussen 34 en 41 psychiatrische inrichtingen.[280] Ook door de jaren heen vermelden de beschikbare bronnen uiteenlopende aantallen, variërend van minimaal 35 en maximaal 39.[281] Een en ander hangt onder andere samen met het al dan niet meetellen van buitengestichten als aparte inrichtingen, alsook van de aangewezen inrichting St. Antonius te Leur (1910) en het Christelijk Sanatorium te Zeist, die niet beschikten over een gesloten gestichtsafdeling voor patiënten met een rechterlijke machtiging en derhalve strikt genomen geen psychiatrische inrichtingen waren.[282]

278 De Smet 1967, 322-325.

279 Strikt genomen betreft het zowel gestichten als psychiatrische inrichtingen. De zwakzinnigeninrichtingen zijn niet meegeteld. In 1951 telde Nederland nog slechts drie gestichten, dus zonder een aangewezen afdeling: het St. Jorisgasthuis te Delft en de Rijkskrankzinnigengestichten te Grave en Woensel/Eindhoven. Zie Pameyer 1951, 177.

280 Pameyer 1951, 177, 179; Centraal Bureau voor de Statistiek 1952, 57; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1949, 13-15; *Geneeskundig Jaarboekje voor Nederland* 1952, II: 6-9.

281 Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47; Van der Esch 1975-1980, I: 82. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10.

282 Zie Willemsen 1997; bijlage 1b: Chronologisch overzicht psychiatrische inrichtingen in Nederland 1940-2000; Hrachovec en Hutschemaekers 1993, 16; Van der Esch 1975-1980, I: 82.

283 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10.

Observatiepaviljoen Maasoord, Poortugaal, 1953.

Al met al beschikte Nederland in 1965, afgaande op de door de *Gids* gehanteerde indeling, over in totaal 38 psychiatrische inrichtingen: 2 rijksinrichtingen (de Rijks Psychiatrische Inrichtingen te Eindhoven en Grave), 3 provinciale inrichtingen (Duin en Bosch te Bakkum en de provinciale ziekenhuizen te Medemblik en nabij Santpoort), 3 gemeentelijke inrichtingen (de psychiatrische inrichting te Franeker, Endegeest te Oegstgeest en het Deltaziekenhuis te Poortugaal), 7 algemene (lees: publieke of semipublieke) inrichtingen (Beileroord te Beilen, het St. Joris Gasthuis te Delft, Brinkgreven te Deventer, de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder en het Willem Arnstz Huis te Utrecht, Rosenburg te Den Haag en Het Groot Graffel te Warnsveld), 1 joodse inrichting (de Sinaïkliniek te Amersfoort), 10 protestants-christelijke inrichtingen (Zon en Schild te Amersfoort, Licht en Kracht te Assen, Vogelenzang te Bennebroek, Veldwijk te Ermelo, Vrederust te Halsteren, Hulp en Heil en Schakenbosch te Leidschendam, Bloemendaal te Loosduinen, Groot Bronswijk te Wagenborgen, psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze en Dennenoord te Zuidlaren) en 12 rooms-katholieke inrichtingen (de St. Josephstichting te Apeldoorn, Huize Padua te Boekel, St. Willibord te Heiloo, Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch, St. Antonius te Leur, Calvariënberg te Maastricht, Sancta Maria te Noordwijk, St. Bavo te Noordwijkerhout, Coudewater te Rosmalen, St. Servatius en St. Anna te Venray en Voorburg te Vught).[283] Indien, conform de opgave van de Inspectie, een correctie op deze indeling wordt toegepast, dan zou er 1 algemene inrichting (een buitengesticht) afgaan en 1 protestants-christelijke bijkomen (het Christelijk Sanatorium te Zeist).[284]

De officiële capaciteit van de Nederlandse gestichten en psychiatrische inrichtingen bedroeg, exclusief de zwakzinnigeninrichtingen, eind 1946 bijna 22.000 bedden – rond 3000 minder dan eind 1939 – en kwam eind 1949 uit op 24.000.[285] In de loop van 1950 bereikte de capaciteit, ditmaal bij gebrek aan officiële gegevens over het aantal beschikbare bedden geteld op basis van de omvang van het patiëntenbestand, het vooroorlogse niveau van ongeveer 25.000, om vervolgens nog verder te stijgen naar ongeveer 28.000 per eind 1955, waarna een geleidelijke daling inzette naar 26.500 per eind 1965.[286] Het aandeel van de particulier-confessionele sector, dat in 1936 nog net iets onder de helft lag, kwam in 1965 op 55 procent van de capaciteit. Tellen we daar ook de semipublieke, overwegend katholiek georienteerde instellingen Reinier van Arkel, Voorburg en Calvariënberg bij op, dan

284 Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47.

285 Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62. Vergelijk Pameyer 1951, 179.

286 Het Centraal Bureau voor de Statistiek vermeldt na 1946 niet het aantal beschikbare plaatsen maar de bevolking der gestichten en psychiatrische inrichtingen. Zie Centraal Bureau voor de Statistiek 1957, 44; Centraal Bureau voor de Statistiek 1962, 40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 47. Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997. Zie tevens voor de bevolkingsomvang der psychiatrische inrichtingen per 31 december 1965: Van der Esch 1975-1980, I: 82; vergelijk Centraal Bureau voor de Statistiek 1968, 32. Zie ook tabel 3.1. Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.

Sinaï Centrum, Amersfoort.

bedroeg het confessionele aandeel in 1949 58 procent en in 1965 64 procent.[287] Dat neemt niet weg dat de invloed van levensbeschouwing binnen de inrichtingspsychiatrie inmiddels tanende was, zoals we hieronder zullen zien.

De omvang van de psychiatrische inrichtingen vertoonde al geruime tijd een stijgende lijn. Rond 1900 telde ruim de helft van de Nederlandse gestichten 300 tot 600 bedden en beschikten nog maar 2 gestichten over meer dan 800 bedden.[288] Halverwege de jaren dertig had, voor zover bekend, zo'n 40 procent van de gestichten en psychiatrische inrichtingen een capaciteit van meer dan 600 bedden, terwijl bijna een kwart inmiddels boven de 800 bedden uitkwam. Santpoort spande met ruim 1500 bedden de kroon, op enige afstand gevolgd door Voorburg met ruim 1100 en het Rijkskrankzinnigengesticht te Eindhoven (voorheen Woensel) met ruim 1000 bedden.[289] In 1965 had bijna twee derde van de inrichtingen meer dan 600 bedden en ook het aandeel van de instellingen met meer dan 800 bedden (36 procent) was fors gestegen. Onder de inrichtingen met meer dan 1000 bedden stond Voorburg nu met een capaciteit van ruim 1300 bedden (ruim 200 meer dan in 1935) bovenaan, gevolgd door Santpoort met 1200 bedden (ruim 300 minder dan in 1935), en de nieuwkomers in deze categorie, het Deltaziekenhuis (het vroegere Maasoord; bijna 1200), St. Servatius (1050) en Dennenoord (ruim 1000).[290] De Rijks Psychiatrische Inrichting (R.P.I.) Eindhoven was gezakt naar 1000 bedden, waarvan er eind 1965 bovendien slechts driekwart bezet was. In bijna driekwart van de inrichtingen waarvoor dit gegeven beschikbaar is, was de bezetting eind 1965 groter dan in 1936, terwijl ruim een kwart lager uitkwam.[291]

Niet alleen de omvang van de inrichtingen, ook hun openheid nam toe. In 1951 beschikten op 3 na alle inrichtingen over een aangewezen of open afdeling voor patiënten zonder rechterlijke machtiging.[292] Het aandeel van deze aangewezen afdelingen zal toen nog minder dan de helft van de totale inrichtingscapaciteit hebben bedragen. Dat veranderde toen in de jaren erna een toenemend aantal paviljoens of afdelingen voor dit doel werd bestemd. Hoeveel 'open' plaatsen er in de hier behandelde periode bijkwamen is niet bekend, maar dat het aantal groeide ligt voor de hand, aangezien in 1965 inmiddels drie kwart van de opnamen zonder rechterlijke machtiging plaatsvond.[293]

287 Pameyer 1951, 179; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3–10. Zie ook tabel 3.1. Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.

288 Van der Esch 1975–1980, I: 81. Zie ook 1.4, paragraaf 'Verzuild bouwen aan de krankzinnigenzorg'.

289 Huddleston Slater s.a. [1935]. Zie ook tabel 3.1. Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936. En 2.2, paragraaf 'De bouw van psychiatrische inrichtingen'.

290 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3–10. Zie ook tabel 3.1. Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.

291 Tabel 3.1. Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.

292 Pameyer 1951, 177.

293 Zie De Goei 2001, 260 en 378 (noot 11).

TABEL 3.1 *Capaciteit en bezetting gestichten en psychiatrische inrichtingen 1965 en 1935/1936.*[294]

	1965		1935/1936	
	capaciteit	bezetting	capaciteit	bezetting
Groot Bronswijk	738	775	-	-
Franeker	723	652	508	579
Beileroord	181	442	299	348
Licht en Kracht	750	731	-	161
Dennenoord	1024	1026	843	972
St. Elisabethsgasth. (Brinkgr.)	480	582	200/444	625
St. Josephstichting	576	619	264	325
Veldwijk	870	871	582	680
Groot Graffel	706	607	?	926[295]
Wolfheze	795	834	591	658
Zon en Schild	866	856	650	631
W.A. Stichting[296]	(1230)	1047	(1346)	1434
Utrecht	328		444	
Den Dolder	902		902	
Sinaïkliniek	84	85	-	-
Chr. Sanatorium Zeist	195	193	c.90	-
Duinenbosch	780	767	865	824
Vogelenzang	740	724	444	501
St. Willibrordusstichting	651	626	450	425

294 Bronnen: capaciteit 1965: Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 3-10. Bij elkaar opgeteld bedroeg de capaciteit per begin 1965 26.676 bedden. Capaciteit 1935: Huddleston Slater s.a. [1935]. Bezetting 31-12-1965 en 1936: Van der Esch 1975-1980, I: 82. Werkwijze: als uitgangspunt is gehanteerd de door Van der Esch samengestelde lijst van 38 psychiatrische inrichtingen en hun bezetting per 31-12-1965. Daaraan zijn de capaciteitsgegevens voor 1965 toegevoegd. Ter vergelijking zijn bovendien de bezettings- en capaciteitsgegevens uit 1936 respectievelijk 1935 toegevoegd. De bezetting van de door Van der Esch voor 1936 apart vermelde sanatoria is opgeteld bij die van de betreffende psychiatrische inrichting.

295 Betreft 'Gasthuis Zutphen c.a.'

296 In de GGz-gidsen worden de beide vestigingen van de W.A. Stichting (te Utrecht en Den Dolder) apart vermeld.

TABEL 3.1 *(vervolg)*

	1965		1935/1936	
	capaciteit	bezetting	capaciteit	bezetting
Prov. Zkh. Medemblik	363	169	363	309
Prov. Zkn. Santpoort	1200	1108	1517	1474
St. Jorisgasthuis	810	781	811	810
Hulp en Heil	536	527	-	-
Bloemendaal[297]	827	770	834	874
Rosenburg[298]	718	666	475	450
Sancta Maria	811	760	750	716
St. Bavo	860	846	700	708
Endegeest	543	563	525	717
Delta Ziekenhuis	1170	1191	958	1093
Vrederust	858	854	716	844
Huize Padua	550	536	?	417
R.P.I. Eindhoven	1000	743	1032	1049
R.P.I. Grave	160	211	112	179
St. Antonius	322	340	250	-
Coudewater	776	768	?	587
Voorburg	1343	1358	1118	1254
Reinier van Arkel	480	489	527	470
Calvariënberg	200	186	?	55
St. Anna	710	841	690	780
St. Servatius	1050	1073	781	782
Veldzicht	-	-	12	8
Het Apeldoornsche Bosch	-	-	638	792

297 De Stichting 'Bloemendaal' beheerde naast 'Bloemendaal' tevens de psychiatrische kliniek Ockenburgh te Loosduinen (107 bedden in 1935). Zie Huddleston Slater s.a. [1935], XXXV.

298 De Stichting 'Rosenburg' beheerde naast 'Oud-Rosenburg' ook de psychiatrische inrichting de Ramaerkliniek (honderd bedden in 1935) te Loosduinen. Zie Huddleston Slater s.a. [1935], XXXV.

Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging

Terwijl de uitbreiding van de inrichtingspsychiatrie na het herstel van de oorlogsschade al met al bescheiden bleef, maakte de intramurale zorg voor zwakzinnigen in de jaren vijftig en zestig een grote expansie door. De wijze waarop deze tot stand kwam, de achtergronden en de precieze omvang ervan behoeven evenwel nog nader onderzoek.[299] Duidelijk is in elk geval wel dat zowel het aantal zwakzinnigen als de behoefte aan inrichtingszorg na 1945 sterk toenam. De *babyboom*, de daling van de kindersterfte en de inmiddels langere levensduur van zwakzinnigen dankzij een betere medische zorg droegen hiertoe bij. Tegelijkertijd was er, mede als gevolg van de oorlogsschade, een zeer groot plaatstekort. De gemiddelde overbezetting van de (erkende) zwakzinnigeninrichtingen lag eind 1949 op maar liefst bijna een kwart; in 1960 gold dat voor katholieke instellingen nog steeds.[300] De Inspectie drong onder meer bij katholieke instanties aan op nieuwe initiatieven.[301] Ook ouders van zwakzinnige kinderen, die zich vanaf de jaren vijftig in verenigingen organiseerden, oefenden druk uit door aan te sturen op de totstandkoming van voorzieningen dicht bij huis.[302]

Net als in veel andere westerse landen gingen ouders, vooral uit de middenklasse, zich organiseren en lieten zij van zich horen – enkelen schreven ook boeken over hun zwakzinnige kind. Volgens E. Tonkens werden zij behalve door het plaatstekort waarschijnlijk ook gedreven door de 'medicalisering' van zwakzinnigheid. Voorheen gold zwakzinnigheid vooral als een gedrags- of sociaal probleem, in het bijzonder van de lagere klassen, en overheersten associaties met degeneratie, hulpbehoevendheid, schaamte en schuld. Na de oorlog won het idee terrein dat zwakzinnigheid een behandelbare medische aandoening met lichamelijke oorzaken was, die ook in de middelste en hogere bevolkingslagen voorkwam en waaraan ouders geen schuld droegen. Zwakzinnige kinderen en hun ouders zouden recht hebben op deskundige, wetenschappelijk onderbouwde hulp.[303] Vanaf de jaren vijftig ging de intramurale zwakzinnigenzorg – later omgedoopt tot geestelijk- of verstandelijkgehandicaptenzorg – zich onderscheiden en losmaken van de inrichtingspsychiatrie en ook van de caritas, die zich vanouds over hulpbehoevenden als zwakzinnigen had ontfermd.[304]

Een mijlpaal in de verzelfstandiging en professionalisering van de zwakzinnigenzorg was in 1957 de oprichting door de Inspectie van de Vergadering van Directeuren van Inrichtingen voor Zwakzinnigheid teneinde een aparte opleiding voor de zwakzinnigenverpleging van de grond te tillen. Al in het jaar daarop

299 Zie vooral Van der Esch 1975-1980. III: 43-65; Klijn 1995; Mans 1998; Tonkens 1999; Beltman 2001.
300 Klijn 1993, 105.
301 Zie Klijn 1995, Epiloog; Bakker 2002e, 243.
302 Van der Esch 1975-1980, III: 46-47.
303 Tonkens 1999, 89.
304 Zie bijvoorbeeld: Klijn 1995; Mans 1998, hoofdstuk 10; Tonkens 1999, hoofdstuk 3.

ging de zogenoemde Z-opleiding van start in een aantal zwakzinnigeninrichtingen.[305] Andere mijlpalen waren de oprichting van het *Tijdschrift voor zwakzinnigheid en zwakzinnigenzorg* (1963), de benoeming van een speciaal met de zwakzinnigenzorg belaste Inspecteur Geestelijke Volksgezondheid (1968) en de oprichting van de Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg (NOZ), een bundeling van het organisatorisch versnipperde particulier initiatief (1969).[306] Een ander teken van verzelfstandiging en ook expansie van de zwakzinnigenzorg was dat deze voor het laatst werd opgenomen in de *Gids voor de geestelijke gezondheidszorg in Nederland* uit 1974 en in de *Gids* van 1981 niet meer voorkwam omdat het NOZ plannen had om een eigen adresboek te vervaardigen.[307]

Het is overigens de vraag of medicalisering wel de juiste term is om deze ontwikkeling te karakteriseren. I. Mans spreekt in dit verband van een pedagogisering van de zwakzinnigenzorg.[308] In feite gaven niet alleen medici, maar in toenemende mate ook psychologen, (ortho)pedagogen, maatschappelijk werkers en ook Z-verplegenden in de loop van de jaren zestig en zeventig vorm aan de verzelfstandiging en professionalisering van de zwakzinnigenzorg. De betrokkenheid van zenuwartsen bij dit nieuwe multidisciplinaire zorggebied was al met al gering. In 1960 waren slechts 4 zenuwartsen verbonden aan een zwakzinnigeninrichting. Dat was nog geen 3 procent van de 142 in de intramurale geestelijke gezondheidszorg werkzame zenuwartsen en slechts 0,7 procent van het totale aantal (ongeveer 570) actieve beroepsbeoefenaren in 1960.[309] Bijna twintig jaar later, in 1979, waren in de gehele, dus niet alleen de intramurale, zwakzinnigenzorg slechts 16 psychiaters werkzaam tegenover 128 psychologen en 123 pedagogen.[310] In de periode 1961 tot en met 1978 behaalden meer dan 9000 Z- verplegenden hun diploma.[311]

Aangezien de intramurale zwakzinnigenzorg dus een eigen weg insloeg, onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie, voert het te ver om in dit boek nader op deze sector in te gaan. Wat ons hier bezighoudt zijn de gevolgen van deze ontwikkeling voor de intramurale psychiatrie. Het is welhaast ondoenlijk om op basis van de gepubliceerde bronnen tot een eenduidig overzicht te komen van het aantal, de capaciteit en de bezetting van de intramurale instellingen voor zwakzinnigen in de naoorlogse periode. Daarvoor liepen de criteria voor wat onder een zwakzinnigeninrichting dan wel -tehuis werd verstaan, zo die al vallen te achterhalen, te zeer uiteen. Sommige voorzieningen vielen onder het toezicht van de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten,

305 Tot een wettelijke erkenning van het Z-diploma zou het overigens pas in 1978 komen. Zie Tonkens 1999, 93.

306 Klijn 1995, 228-229; Tonkens 1999, 87-88.

307 Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1981, 5.

308 Mans 1998, 269 en verder.

309 Van Drunen 2004, 32-38. Met dank aan P. van Drunen voor de verstrekte extra informatie.

310 Ongepubliceerde lezing van I. Weijers en E. Tonkens uit 1996, aangehaald door Mans 1998, 269.

311 *Nederlandse Staatscourant* van 26 januari 1978, nr. 19, Memorie van Toelichting bij het erkenningsbesluit voor de Z-opleiding, 7. Met dank aan G.J.C. aan de Stegge.

andere golden als instellingen van weldadigheid en weer andere, die buitengewoon lager onderwijs verzorgden of belast waren met de opvoeding van zwakzinnige voogdijkinderen, ressorteerden onder de Inspecties van het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en van Justitie. Deze verbrokkeling vormt een probleem waarmee historici van de zwakzinnigenzorg in Nederland niet goed raad weten, zo ze het al signaleren.[312] Hoe dit ook zij, niettegenstaande de onderlinge verschillen in gehanteerde methodiek en uitkomsten wijzen de gepubliceerde bronnen ondubbelzinnig in eenzelfde richting: een continue uitbreiding van de intramurale zwakzinnigenzorg in de naoorlogse jaren, die nog eens werd gestimuleerd door de in 1968 ingevoerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zwakzinnigen kregen toen, ongeacht het inkomen van de familie, recht op een volledige vergoeding van het verblijf in een inrichting.[313] Terwijl het getelde aantal intramurale voorzieningen voor zwakzinnigen eind jaren veertig al naar gelang de gehanteerde criteria schommelde tussen 17 en 27, bedroeg dit begin jaren zestig tussen 45 en maar liefst 112, rond 1980 tussen 111 en 131 en voor het jaar 2000 154.[314] Veruit de meeste zwakzinnigeninrichtingen waren, evenals voor de oorlog, het resultaat van particulier, confessioneel initiatief, waarbij vooral het katholieke aandeel groot was. Daarnaast kwamen nu ook neutrale particuliere inrichtingen tot stand.

Afgaande op de *Statistiek der sociale zorg* en het *Statistisch zakboek* respectievelijk het *Statistisch jaarboek* van het Centraal Bureau voor de Statistiek steeg het aantal bewoners van zwakzinnigeninrichtingen van ongeveer 5500 in 1949 naar tussen 11.000 en 14.000 in 1963, bijna 26.000 in 1975, ruim 30.000 in 1985 en ruim 36.000 in 2000.[315] Zetten we hier de cijfers van de psychiatrische inrichtingen tegenover, dan blijkt dat hun aandeel in de intramurale zorg voor zwakzinnigen terugliep van, naar schatting, ongeveer 10.000 in de jaren vijftig naar ruim 7000 in 1967, 5000 in 1970, 2000 in 1978 en een kleine 800 in 1989.[316] Met andere woorden: de capaciteitsgroei van de intramurale instellingen voor zwakzinnigen ging gepaard

312 Zie bijvoorbeeld Mans 1998, 296; Tonkens 1999, 91; Beltman 2001, 71; Dickmann 1986, 15.

313 Pas vanaf 1974 vielen ook de dagverblijven en vanaf 1976 de gezinsvervangende tehuizen onder de AWBZ. Tot die tijd bevorderde de AWBZ derhalve vooral de groei van de inrichtingen. Zie Weijers, Tonkens en Mans 1998, 319.

314 Centraal Bureau voor de Statistiek 1949, 62, 65; Centraal Bureau voor de Statistiek 1952, 56-57; Centraal Bureau voor de Statistiek 1965, 39-40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1968, 32; Centraal Bureau voor de Statistiek 1980, 60; Centraal Bureau voor de Statistiek 2002, 103; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 38-41; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 249-263; Van der Esch 1975-1980, III: 5-6, 52-53, 65.

315 De opgaven hebben betrekking op 31 december van de hierboven vermelde jaren. Centraal Bureau voor de Statistiek 1949 (*Statistiek der sociale zorg*), 56 en Centraal Bureau voor de Statistiek 1966 (*Statistiek der sociale zorg*), 47. Het jaar 1963 is het laatste jaar waarover de *Statistiek der sociale zorg* rapporteert. Centraal Bureau voor de Statistiek 1968 (*Statistisch zakboek*), 32; Centraal Bureau voor de Statistiek 1977, 51; Centraal Bureau voor de Statistiek 1986, 95. Centraal Bureau voor de Statistiek 2002 (*Statistisch jaarboek*), 103. Vergelijk Ten Horn 1997, 134, 136.

316 Zie Klapwijk 1991, 109.

met een afname van hun aantal in psychiatrische inrichtingen. Tot omstreeks 1970 lijkt het aantal zwakzinnigen in inrichtingen – of dit nu een zwakzinnigeninrichting of een psychiatrische inrichting betrof – tamelijk constant te zijn gebleven op een niveau van ongeveer 22.000. Pas daarna zette een substantiële stijging in, terwijl het aandeel van de psychiatrische inrichtingen tot een te verwaarlozen omvang terugliep. Of deze afname hoofdzakelijk op het conto komt van een restrictiever opnamebeleid in combinatie met het natuurlijk verloop door sterfte, dan wel van een actiever ontslagbeleid en eventueel de overplaatsing van zwakzinnigen naar zwakzinnigeninrichtingen, valt bij de huidige stand van het onderzoek niet aan te geven. Het netto-effect was in ieder geval dat er vanaf eind jaren vijftig in de psychiatrische inrichtingen extra ruimte vrijkwam voor geesteszieken. Het was bepaald niet zo dat deze uitkomst als zodanig was gepland en bedoeld. Er was geen gericht beleid, maar wel, zoals hierboven reeds aangegeven, een besef van grote urgentie in de naoorlogse periode. De overbevolking en de 'verstopping' van in het bijzonder de zwakzinnigeninrichtingen en ook het personeelstekort in zowel zwakzinnigen- als psychiatrische inrichtingen gaven reden tot zorg.

Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting

Terwijl de externe differentiatie op het gebied van de intramurale zwakzinnigenzorg vanaf de jaren vijftig in omvang van grote betekenis was, bleven de aparte voorzieningen voor epileptici, alcoholisten, zenuwzieken en 'psychisch gestoorde bejaarden' relatief bescheiden in aantal en omvang. De voorzieningen voor 'psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten' gaven een naar verhouding grotere uitbreiding te zien.[317] Voorts nam het aantal psychiatrische universiteitsklinieken met twee toe, kreeg een toenemend aantal algemene ziekenhuizen 'aangewezen afdelingen' voor psychiatrie en kwamen er zogenoemde sluisinternaten. De eerste poliklinieken van psychiatrische inrichtingen, het eerste psychiatrisch dagziekenhuis en de eerste kinderpsychiatrische kliniek dateren eveneens uit deze periode.

Het aantal inrichtingen voor epileptici steeg in de naoorlogse periode van 5 naar 8. De drie nieuwkomers – alle van katholieke signatuur – waren de epilepsiekliniek De Klokkenberg te Breda, St. Anna te Heel en Kempenhaeghe te Heeze (Noord-Brabant). Tezamen met het al bestaande Huize Providentia te Sterksel kwam het aantal rooms-katholieke inrichtingen daarmee op 4. In de samenstelling van de protestants-christelijke sector (Bethesda Sarepta te Haarlem; Meer

317 'Psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten' en ook 'psychisch gestoorde bejaarden' waren de in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland* uit 1965 gebruikte aanduidingen. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 48 respectievelijk 14.

318 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 43-44.

en Bosch en de Koningin Emma-Kliniek te Heemstede) en de algemene sector (Alexander van der Leeuwkliniek te Amsterdam) trad geen wijziging op.[318] De diverse edities van de *Gids* maken geen melding van de capaciteit van deze inrichtingen. Die zal al met al bescheiden zijn geweest. Volgens de *Gids* van 1965 waren veel epileptici opgenomen in psychiatrische inrichtingen, ondanks het streven om hen te verplegen in aparte instellingen met aangepaste onderzoeks- en behandelingmogelijkheden.[319]

Het aantal sanatoria voor alcoholisten daalde van 4 in de vooroorlogse periode naar uiteindelijk 2 per 1965.[320] Van de vooroorlogse sanatoria waren alleen het neutrale sanatorium Hoog-Hullen te Eelde en het door de Nederlandse Christen-Vrouwen Geheel-Onthouders Unie beheerde Huize Henriëtte te Apeldoorn nog over. Daarnaast kregen de consultatiebureaus voor alcoholisme te Amsterdam en te Rotterdam een klinische afdeling voor alcoholisten en andere verslavingsziekten (1960), respectievelijk een kliniek voor verslavingsziekten (1961).[321] Voor niet-psychotische alcoholisten bleef het accent echter op de ambulante zorg liggen. Psychotische alcoholisten werden, aldus de *Gids* van 1965, als regel in psychiatrische inrichtingen verpleegd en behandeld. In dezelfde *Gids* staan 16 inrichtingen voor psychopaten en geestelijk gestoorde delinquenten vermeld, waarover meer in 3.4, paragraaf 'Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde'.

Het bestand aan neurosesanatoria of -klinieken – de benaming sanatorium voor zenuwlijders raakte geleidelijk in onbruik[322] – onderging in de twee decennia na de oorlog een aantal vernieuwingen en wijzigingen. Nieuwe instellingen waren het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz (1946-1964), Veluweland (1949) te Ederveen en De Viersprong (1957) te Halsteren. Alle drie instellingen boden klinische psychotherapie en pasten de principes van de therapeutische gemeenschap (TG) toe, waarover later meer. Het Militair Neurose Hospitaal, dat aanvankelijk was opgezet voor KNIL-soldaten en Indiëgangers, nam later ook andere dienstplichtigen en beroepsmilitairen op.[323] Veluweland was de privékliniek van de psychiater G.W. Arendsen Hein, die in de tweede helft van de jaren vijftig daarin een 'sociotherapeutische gemeenschap' opzette.[324] Na Veluweland was de Viersprong – opgericht door de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland, die ook de psychiatrische inrichting Vrederust (1909) beheerde – het vol-

319 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 43-44.

320 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 57-58. Zie ook Van der Stel 1995, 347-350.

321 Van der Stel 1995, 349. De *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland* van 1965 maakt geen melding van de capaciteit van sanatoria voor alcoholisten en de klinieken voor verslavingsziekten. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a.

322 Het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist werd in 1951 omgedoopt tot Christelijk Sanatorium voor Zenuwzieken. Hrachovec en Hutschemaekers 1993, 16.

323 Hutschemaekers 1990, 39; Bossenbroek 2001, 471-478. Nader historisch onderzoek naar het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz ontbreekt.

324 Snelders 2000, 128-133; De Goei 2007b.

gende neurosesanatorium dat als TG ging functioneren.[325] Behalve de 3 nieuwe neurosesanatoria of -klinieken (of 2, na de opheffing van het Militair Neurose Hospitaal in 1964) vermeldden de latere edities van de *Gids* nog slechts 3 vooroorlogse sanatoria: Sanatorium Boschrust te Apeldoorn, Kliniek en Sanatorium Berkenoord te Nijmegen en het Christelijk Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist.[326] Rhijngeest was in 1950 een psychiatrische universiteitskliniek geworden en daarmee in een andere rubriek van de *Gids* terechtgekomen. In 1965 bedroeg de gezamenlijke capaciteit van deze 3 oude en de 2 nog bestaande naoorlogse neurosesanatoria 375 plaatsen, waarvan 195 in het Christelijk Sanatorium te Zeist. De omvang van de andere vijf sanatoria lag tussen de 24 (Veluweland) en de 67 plaatsen (Boschrust). Overigens vond de klinische behandeling van neurosen niet alleen plaats in deze zelfstandig functionerende neuroseklinieken, maar ook in doorgaans apart gehuisveste, bij psychiatrische inrichtingen behorende 'sanatoria', in enkele grotere 'aangewezen' inrichtingen, in psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.[327]

Zoals eerder aangegeven begon zich in de loop van de jaren vijftig een nieuwe vorm van externe differentiatie af te tekenen, toen ook tehuizen of inrichtingen voor 'psychisch gestoorde bejaarden' deel gingen uitmaken van de in de *Gids* opgenomen instellingen. Zo maakte de *Gids* van 1958 melding van 7 van dergelijke tehuizen, terwijl de *Gids* van 1965 al een lijst bevatte van 22 inrichtingen voor psychisch gestoorde bejaarden, met een totale capaciteit van 2000 plaatsen.[328] Het aantal bedden in psychogeriatrische verpleeghuizen steeg van 900 in 1961 naar bijna 18.000 in 1980.[329] De AWBZ maakte deze ontwikkeling financieel mogelijk. Opname in deze inrichtingen vond doorgaans plaats op indicatie van gemeentelijke GG en GD's dan wel van Sociaal-Psychiatrische Diensten. Het effect van deze vorm van externe differentiatie bestond er aanvankelijk uit dat het aantal nieuw opgenomen zeventigplussers in psychiatrische ziekenhuizen relatief gezien daalde. Het aandeel van zeventigplussers in psychiatrische ziekenhuizen zou evenwel nog tot 1980 aanmerkelijk stijgen – van bijna 14 procent in 1950 tot tegen de 26 procent in 1980 – om pas daarna te omlaag gaan naar ruim 20 procent in 1998. De veroudering van de inrichtingsbevolking was het gevolg van het

325 Zie Gorisse 1997, 72-75; Kerkhoven 1996, 240-241; Mens 2003, 199-203. Nader historisch onderzoek naar de Viersprong ontbreekt. Later opgerichte TG's waren onder meer: De Oosthoek (1966), onderdeel van St. Willibrord te Heiloo, en Amstelland (1969) en Rijnland (1970), afdelingen van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort.

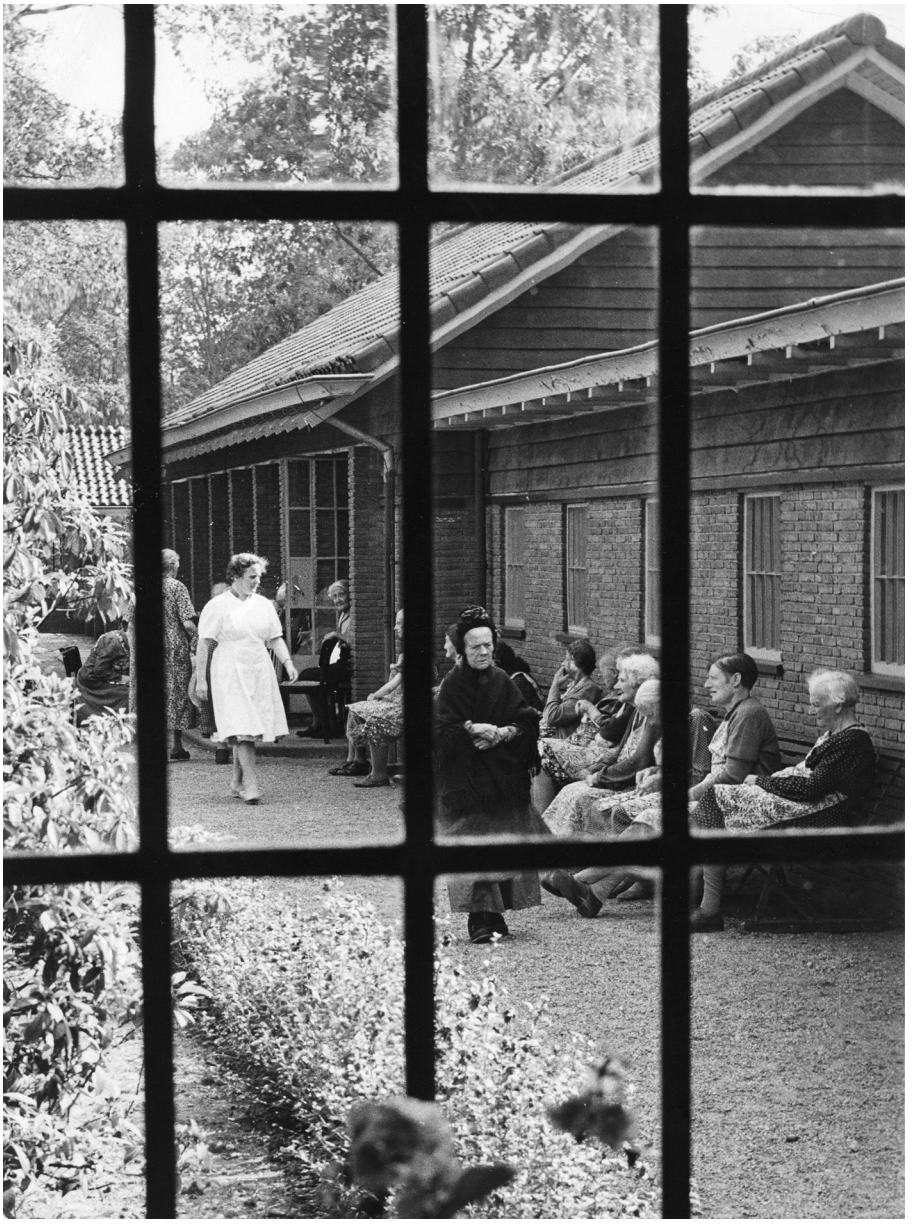
326 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 13. De naoorlogse gidsen maken geen melding van herstellingsoorden. Hutschemaekers noemt voor het jaar 1990 een aantal van achttien herstellingsoorden met een capaciteit van 617 bedden. Zie Hutschemaekers 1990, 39.

327 Zie 2.2, paragraaf 'De aangewezen of sanatoriumafdeling' en bijlage 1a: Chronologisch overzicht krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland 1884-1940.

328 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 131-132; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 14-16.

329 Robben 1993, 1206.

De tuin van de kliniek Neder-Veluwe, de aangewezen afdeling van Wolfheze.



ouder worden van de chronische patiënten. Dankzij een betere voeding en meer aandacht voor de lichamelijke gezondheidstoestand nam de sterfte onder oudere patiënten af.[330]

Aan de vooroorlogse lijst van 4 psychiatrisch-neurologische universiteitskliniekken (Amsterdam GU en VU, Utrecht en Groningen) kon kort na de oorlog (1945) die van de Katholieke Universiteit Nijmegen worden toegevoegd.[331] In 1950 volgde het bij die gelegenheid tot Jelgersmakliniek omgedoopte Rhijngeest, toen dit sanatorium van de gemeente Leiden geheel ter beschikking was gekomen van het Rijk.[332] De gezamenlijke capaciteit van de 6 universiteitskliniekken kwam in 1965 op 676 bedden. Gelieerd aan de Leidse universitaire psychiatrie was de in 1955 opgerichte kinderpsychiatrische kliniek Curium te Oegstgeest.[333]

Voorts staat vanaf 1958 in de *Gids* een toenemend aantal 'aangewezen afdelingen' van algemene ziekenhuizen geregistreerd: 2 in 1958 en 7 in 1965.[334] De capaciteit van deze zeven aangewezen afdelingen tezamen bedroeg ruim 270 bedden. Het ging om psychiatrische afdelingen, PAAZ'en die waren aangewezen in de zin van de Krankzinnigenwet, hetgeen onder meer betekende dat gemeenten in het kader van de in 1929 herziene Armenwet gehouden waren de verpleegkosten van on- en minvermogende ingezetenen te betalen.[335] Volgens de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid waren er in 1969 in ons land 13 algemene ziekenhuizen met aangewezen psychiatrische afdelingen. Daarnaast bestond er een groter aantal – vermoedelijk 25 – niet-aangewezen psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De totale capaciteit van al deze psychiatrische afdelingen, rond 1600 bedden, was vergeleken met de psychiatrische inrichtingen niet groot, maar zij namen relatief een groot aantal, vooral kortdurende opnamen, voor hun rekening. De groei van het aantal PAAZ'en, die vanaf de jaren vijftig op gang kwam, hing samen met het streven van sommige psychiaters naar een alternatief voor de psychiatrische inrichting, die nog altijd met een negatieve beeldvorming kampte, vooral ten behoeve van patiënten die een relatief kortdurende behandeling zouden behoeven. Ook de binnen de psychiatrische beroepsgroep levende wens om hun vak in de algemene geneeskunde te integreren, deels op basis van een uitgesproken psychosomatische benadering, lijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld.[336]

330 Robben 2002, 159.

331 Dit was de Psychiatrisch-neurologische kliniek Brakkenstein, een dépendance van het R.K. St. Canisius-Ziekenhuis.

332 Rooijmans 1998, 70. Tot 1950 behoorde Rhijngeest, het sanatorium voor zenuwlijders te Oegstgeest, aan de gemeente Leiden.

333 De Goei, Van 't Hof en Hutschemaekers 1995.

334 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 130-131; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 12. Het betrof in 1958: het Gemeenteziekenhuis te Arnhem en de psychiatrisch-neurologische kliniek Brakkenstein van het St. Canisiusziekenhuis te Nijmegen. En in 1965: De Lichtenberg te Amersfoort, het Gemeenteziekenhuis te Arnhem, het St. Josefziekenhuis te Heerlen, het St. Canisiusziekenhuis en Kliniek Brakkestein [sic] te Nijmegen, de St. Antoniushove te Voorburg en het Algemeen Ziekenhuis te Winterswijk.

335 Zie 2.2, paragraaf 'De aangewezen of sanatoriumafdeling'.

336 Kruisinga 1970, 42; Valk 1964, 397; Vos 2007b, 136-140; zie ook: Studiecommissie Psychiatrische afdelingen 1959, 151-156.

Het neurosesanatorium De Viersprong, Halsteren.

Het aanbod aan psychiatrische voorzieningen toonde nog meer vernieuwingen, zij het vooralsnog op bescheiden schaal. Zo had de Rotterdamse psychiatrische inrichting Maasoord te Poortugaal in 1953 de Nederlandse primeur met de oprichting van een eigen polikliniek. Het duurde vervolgens tot begin jaren zestig eer meer van dergelijke initiatieven tot stand kwamen. In de jaren 1962–1965 kregen ook Dennenoord te Zuidlaren, Licht en Kracht te Assen en Zon en Schild te Amersfoort poliklinieken.[337] Voor herstelde patiënten die steun behoefden bij hun terugkeer in de maatschappij kwamen rond 1960 in samenwerking met Sociaal-Psychiatrische Diensten zogenaamde sluisinternaten tot stand. Dit waren kleinschalige voorzieningen en hun aantal nam tussen 1962 en 1965 toe van 3 tot 7.[338] Een laatste, vanuit een psychiatrische inrichting geïnitieerde toevoeging aan de voorzieningen voor psychiatrische patiënten betrof – naar Engels voorbeeld – de oprichting in 1961 van het eerste Nederlandse psychiatrische dagziekenhuis Welgelegen te Velp, uitgaande van de psychiatrische inrichting Wolfheze te Wolfheze.[339]

Samengevat laten de jaren vijftig en vroege jaren zestig een uitbouw van het assortiment aan intramurale instellingen zien. Enerzijds bestond deze uit de interne uitbreiding of aanpassing van psychiatrische inrichtingen – zoals de bouw van nieuwe paviljoens of therapieruimten – en uit de totstandkoming van aan inrichtingen gelieerde of daarop aansluitende voorzieningen zoals poliklinieken, sluisinternaten en een psychiatrisch dagziekenhuis. Anderzijds bestond de expansie uit de groei van aparte intramurale voorzieningen voor groepen patiënten met een specifieke problematiek en uit een toename van psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. De veruit grootste expansie deed zich voor op het gebied van de zwakzinnigenzorg. In de psychiatrische inrichtingen was het effect hiervan al spoedig merkbaar: reeds in de jaren zestig liep het aantal zwakzinnigen daarin sterk terug. Eenzelfde proces zou zich later op het gebied van de zorg voor psychisch gestoorde bejaarden voltrekken. Wat dit alles betekende voor het feitelijke functioneren van de psychiatrische inrichtingen en wat, naar het oordeel van zenuwartsen, temidden van al deze voorzieningen de plaats en de taken van de psychiatrische inrichting zouden moeten zijn, komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

337 Zie over Dennenoord: Vlaanderen 1984, 305. Zie over Licht en Kracht en Zon en Schild: Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 6.

338 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 198; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II: 17.

339 Kerkhoven 1996, 233; Vijselaar 2007c, 217. Zie over het instituut *day-hospital* in Engeland: Shorter 1997, 229–236.

340 Kortheidshalve gebruiken wij hier de term inrichtingsbevolking. De correcte benaming zou zijn: de bevolking in gestichten en psychiatrische inrichtingen. De bevolking van de zwakzinnigeninrichtingen is hier buiten beschouwing gelaten.

3.4 Zorg in de psychiatrische inrichting

De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking[340]

Cijfermatige gegevens over de bevolking van de krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen zijn voor de hier behandelde periode slechts in beperkte mate voorhanden. Na het laatst verschenen verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten over het jaar 1936, duurde het geruime tijd eer de Inspectie kwantitatieve overzichten – onder andere over de jaren 1954 en 1955 – publiceerde.[341] Daarnaast beschikken we over de jaarlijks door het Centraal Bureau voor de Statistiek, op basis van gegevens van de Inspectie, gepubliceerde cijfers over de omvang van de inrichtingsbevolking.[342] Voorts heeft R.P. Baarda op grond van ongepubliceerd statistisch materiaal van de afdeling Bijzonder Onderzoek van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid een eveneens ongepubliceerd overzicht samengesteld dat per jaar voor de periode 1945 tot en met 1975 behalve de omvang van de inrichtingsbevolking ook het aantal opnemingen, ontslagen en overleden patiënten vermeldt.[343]

Zoals hierboven bij de bespreking van de naoorlogse ontwikkeling van de capaciteit van de gestichten en inrichtingen reeds duidelijk werd, bereikte de inrichtingsbevolking – die van de zwakzinnigeninrichtingen niet meegeteld – in de loop van 1950 het vooroorlogse niveau van ongeveer 25.000. Dat was ongeveer 4000 meer dan in begin 1946. Na 1950 zette de stijging nog door tot begin 1956, toen de inrichtingsbevolking op ongeveer 28.000 uitkwam, waarna een geleidelijke daling inzette naar ruim 27.000 begin 1960 en ongeveer 26.500 begin 1966.[344] Gedurende de hele periode overtrof het aantal vrouwelijke patiënten dat van de mannelijke met tussen 200 en 600.[345] Het aantal patiënten in gezinsverpleging liep tussen 1946 en 1955 op van bijna 400 naar ruim 700.[346] Relatief gezien steeg het aantal in psychiatrische inrichtingen verpleegden van 2,3 promille van de totale bevolking in 1946 naar 2,5 promille in 1950 en 2,6 promille in 1955, om daarna geleidelijk te dalen naar 2,4 promille in 1960 en 2,2 promille in 1965.[347] Deze dalende lijn zou zich ook in de jaren daarna voortzetten. In hoeverre deze daling op het conto valt te schrijven van de veranderende samenstelling van de inrichtingsbevolking ten gevolge van de expansie en verzelfstandiging van de intramurale sector voor de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatrie, verdient nog nader onderzoek. Zoveel is wel duidelijk dat alleen al de eerder gesignaleerde toename

341 Piebenga 1956, 401-412. Systematisch onderzoek naar naoorlogse publicaties van de Inspectie in *Het ziekenhuiswezen* is achterwege gebleven.

342 Zie over het gebrek aan cijfermatige gegevens ook: Valk 1964, 397.

343 Baarda 1986, 82. Zie ook bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

344 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

345 Centraal Bureau voor de Statistiek 1957, 45.

346 Piebenga 1956, 401.

347 Ontleend aan Baarda 1986, 83.

van de bevolking van de zwakzinnigeninrichtingen van 5500 eind 1949 naar tussen 11.000 en 14.000 eind 1963 de daling van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen relativeert en ruimschoots 'compenseert'.[348] Bij elkaar opgeteld kwamen de beide intramurale sectoren immers eind 1963, begin 1964 uit op een bevolking van ten minste 37.000, hetgeen neerkomt op ruim 3 promille van de totale Nederlandse bevolking. Dit promillage komt overeen met het vooroorlogse promillage uit 1939.[349]

De opnamecijfers vertonen, behoudens de jaren 1951–1952 en 1956–1957, een continu stijgende tendens: van ongeveer 6500 in 1945 naar 8600 in 1950, 8700 in 1955, ruim 9100 in 1960 en bijna 11.000 in 1965.[350] Deze cijfers ondersteunen het in de historiografie gangbare beeld dat het aantal opnamen in de loop van de jaren vijftig dankzij de nieuwe psychofarmaca eerder toe- dan afnam, zij het dat de stijging zich door het tekort aan verplegenden met enige vertraging manifesteerde.[351] Door de komst van de psychofarmaca zou niet alleen de omloopsnelheid van de groep kort verblijvende patiënten, maar ook het aantal heropnamen zijn vergroot.[352] Toch is hierbij enige relativering op zijn plaats. Volgens de economisch directeur van de Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland, J.A. Valk, liepen de rond 9200 opnamen uit 1960 over hooguit 2000 van de circa 25.000 bedden.[353] Het ging om bedden die op 'klinische afdelingen', dat wil zeggen observatieafdelingen, stonden. Valk concludeerde hieruit dat meer dan 90 procent van de patiënten 'voor langere tijd of voor levenslang' in de inrichtingen verbleef. Cijfers over eind 1962 wezen volgens hem in diezelfde richting: van elke 100 patiënten in psychiatrische inrichtingen waren er 21 'oligophrenen' en 42 'schizophrenen', terwijl de rest andere diagnoses had. Op datzelfde tijdstip verbleef 68 procent van de patiënten in de Noord-Hollandse inrichtingen daar langer dan vijf jaar.

Ook de ontslagcijfers (exclusief overledenen) laten een vrijwel continu oplopende lijn zien: van 4000 in 1945 en ruim 4900 in 1946 naar ruim 5900 in 1950, ruim 6500 in 1955, ongeveer 7800 in 1960 en ruim 9500 in 1965.[354] De sterftecijfers vertoonden, na een piek in 1945 van ruim 3600, een tijdelijke daling naar ruim 1600 in 1946 en ruim 1800 in de jaren 1946–1948, waarna ze tot en met 1957 tussen de 2200 en ruim 2000 bedroegen, om daarna weer onder de 2000 uit te komen, met in 1965 ruim 1600 sterfgevallen.[355] In zijn verslag over de jaren 1954 en 1955 merkte hoofdinspecteur Piebenga met betrekking tot de gestegen ontslagcijfers op dat dit

348 Zie 3.3, paragraaf 'Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging'.
349 Zie 2.3, paragraaf 'De gestichts- en inrichtingsbevolking'.
350 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940–1997.
351 Zie 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.
352 Valk 1964, 397.
353 De rond 9200 opnamen die Valk vermeldt voor 1960 zijn iets hoger dan het in bijlage 5b vermelde, aan Baarda ontleende opnamecijfer van 9122. Zie Baarda 1986, 82.
354 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940–1997.
355 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940–1997.

——— een bijzonder verheugend verschijnsel is, omdat het er onmiskenbaar op wijst, dat door de nieuwe genees- en verpleegmethoden, waarbij naast de Largactil en Serpasilkuren, de nog steeds op hoger peil komende actievere therapie met ere mag worden genoemd en mede door de steeds efficienter [sic] werkende sociaal-psychiatrische diensten, de herplaatsing van patiënten in de maatschappij voortdurend toeneemt.[356]

Het is ook mogelijk om het aantal nieuw opgenomen en het aantal ontslagen patiënten (dus exclusief de in de inrichting overleden patiënten) met elkaar te vergelijken en in een 'doorstromingsgetal' uit te drukken. In 1949 was het doorstromingsgetal 64 procent, 'groter dan ooit tevoren' volgens de toenmalige inspecteur Pameijer.[357] Begin jaren vijftig liep het doorstromingsgetal verder op tot 74 procent in 1955. De doorstromingsgetallen van mannelijke en vrouwelijke patiënten verschilden aanmerkelijk van elkaar: in 1949 bij de mannen 60 procent en bij de vrouwen 68 procent; in de jaren 1953-1955 bij mannen gemiddeld 68 procent en bij vrouwen 74 procent.[358] Het is uiteraard een grove maat, waarin niet is verdisconteerd om welke patiënten het ging, bijvoorbeeld in termen van diagnose en leeftijd, of het een heropname betrof, en de duur van de opname.

Over de leeftijd van de in psychiatrische inrichtingen verpleegden zijn enkele gegevens beschikbaar. Piebenga wierp de vraag op of het aandeel van de bejaarde patiënten was toegenomen, zowel van de reeds opgenomen als van de nieuw opgenomen patiënten. Een vergelijking tussen de jaren 1941 en 1955 levert het volgende op. Op het totale bestand bleek het aandeel van de 60- tot en met 69-jarigen nauwelijks te zijn toegenomen, van bijna 16 tot bijna 17 procent. Het aandeel van de patiënten van 70 jaar en ouder was sterker gegroeid, van tegen de 11 tot ruim 17 procent. Bij elkaar opgeteld kwam dit op percentages van respectievelijk ruim 26 en bijna 34 – een onmiskenbare stijging. Bij de nieuwe opnamen was het verschil tussen deze jaren minder groot: voor de hele groep van 60 jaar en ouder bedroegen de percentages ruim 30.[359] Piebenga opperde dat de oprichting van aparte inrichtingen voor een bepaalde categorie geestelijk gestoorde ouderen een eind zouden kunnen maken aan deze groei.[360] Zoals wij hiervoor al aangaven, zou dit proces inderdaad vanaf eind jaren vijftig op gang komen.

Medio jaren vijftig, toen het aantal patiënten in de psychiatrische inrichtingen het hoogste punt had bereikt, was er sprake van overbevolking van de inrichtingen. Per 31 december 1955 bedroeg het wettelijk maximum voor alle inrich-

356 Piebenga 1956, 406. De door Piebenga voor 1954 en 1955 genoemde cijfers wijken enigszins af van de door Baarda opgevoerde en voor bijlage 5b benutte cijfers.

357 Piebenga 1951, 357. Piebenga haalt in dit artikel Pameijer aan. Volgens de in bijlage 5b opgevoerde cijfers zou het 'doorstromingsgetal' op 68 procent uitkomen.

358 Piebenga 1951, 357.

359 Piebenga 1956, 406 en 408. In de jaren 1941, 1948, 1954 en 1955 waren de opnamepercentages van zestig- tot 69-jarigen respectievelijk 13, 12,1, 12,1 en 12,1 en van zeventig jaar en ouder respectievelijk 17,5, 17,1, 20,5 en 30,9.

360 Piebenga 1956, 408. Piebenga pleitte hier trouwens al in 1951 voor, toen hij nog geneesheer-directeur was van de Deventer instellingen het St. Elisabeths Gasthuis en Brinkgreven. Zie: Piebenga 1951, 358.

tingen tezamen zo'n 24.600 patiënten, maar waren er ruim 3000 patiënten méér opgenomen. De gemiddelde overbezetting beliep ruim 12 procent. Daar stond tegenover dat een aantal inrichtingen het wettelijk maximum niet benutte vanwege het personeelstekort. Zo lag de bezetting van Duin en Bosch eind 1955 ruim 200 beneden het wettelijk maximum van ruim 1000.[361]

De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting

Reeds voor de introductie van de nieuwe psychofarmaca (vanaf 1952) plaatsten psychiaters de toekomst van de psychiatrische inrichting op de agenda.[362] Zowel de Inspectie als geneesheren-directeur van inrichtingen en later ook elders werkzame zenuwartsen lieten in vakbladen hun licht schijnen op het functioneren van de inrichting en de problemen die zich daarbij voordeden, om vervolgens aan te geven waar het naar hun idee met deze instelling heenging of zou moeten gaan. Het bestaansrecht ervan stond niet ter discussie. Hooguit reflecteerde een enkele psychiater terloops op haar overlevingskansen – aanvankelijk vanuit het perspectief van de ingekrompen inrichtingsbevolking en het op haar rustende odium, later vanuit een perspectief van externe differentiatie waarbij uiteindelijk voor de inrichting geen enkele taak meer zou overblijven.[363] Dit waren echter uitzonderingen. Het ging er veeleer om de positie van de psychiatrische inrichting ten opzichte van andere voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg te bepalen en lijnen naar de toekomst uit te stippelen. De discussies in de vakbladen in de naoorlogse periode verschillen in zoverre van die uit het interbellum dat de vraag of Nederland gekker werd niet meer aan de orde kwam. Zeker, het (vermeende) geestelijk verval van de bevolking was een bron van zorg, maar dit verval kreeg een bredere betekenis dan geestesziekte.[364] Ook bestond er blijkbaar minder dan voorheen ongerustheid over de kostenstijgingen in de inrichtingszorg, terwijl die zich wel degelijk voordeden. Zo stegen de kosten van een jaar verpleging van ongeveer 800 gulden aan het eind van de jaren dertig naar 1.800 gulden begin jaren vijftig, een stijging die overigens grotendeels te wijten was aan inflatie.[365] Hooguit kwamen in de jaren van wederopbouw en schaarste in algemene zin 'de financiële toestand' van het land en dus ook van de psychiatrische inrichtingen ter sprake.[366] De Inspectie en de geneesheren-directeur maakten zich vooral zorgen over het aanhoudend tekort aan verplegend personeel en inrichtingsartsen, alsook de overbezetting van de psychiatrische inrichtingen. Er was reden te over om zich te bezinnen op oplossingen voor deze problemen.

361 Piebenga 1956, 401.
362 Zie Piebenga 1951. Zie ook: Pameyer 1951; De Smet 1952; Baan 1958; Doff 1958; Van Andel 1960; Hugenholtz 1960; Poslavsky 1983 [1962]; Speijer 1983 [1962]; Valk 1964; Visser 1965; De Smet 1967.
363 Respectievelijk Piebenga 1951 en Speijer 1983 [1962].
364 Zie 3.5 en 3.6 over geestelijke volksgezondheid.
365 Zie Bakker en Van der Velden 2004a, 25.
366 Piebenga 1951, 357.

Meer dan ooit stond het publieke imago van de psychiatrische inrichting centraal – en dat zou voorlopig zo blijven.[367] Zo bleek uit een begin jaren zestig ter gelegenheid van het vijfhonderdjarig bestaan van de Willem Arntsz Stichting gehouden enquête dat respondenten in de buurtschap Den Dolder en de stad Utrecht overwegend negatief oordeelden over de genezingsmogelijkheden van geestelijke stoornissen en de herplaatsing van patiënten in de maatschappij. Ontslagen patiënten zouden een gevaar voor de omgeving vormen. De respondenten oordeelden ietwat positiever over psychiatrische inrichtingen, zij het dat zij de inrichting eerder als een opbergtehuis dan als een ziekenhuis beschouwden.[368] Ondanks de eerdere transformatie van de traditionele krankzinnigengestichten in psychiatrische inrichtingen met een aangewezen afdeling voor vrijwillige opnamen zonder rechterlijke machtiging waren, zoals Piebenga in 1951 opmerkte, geesteszieken en inrichtingen nog altijd behept met een stigma.[369] Gegeven de krappe arbeidsmarkt en de schaarse middelen leek het van belang om in ieder geval aan potentiële werknemers, maar ook aan leken in het algemeen duidelijk te maken hoezeer de moderne psychiatrische inrichting zich van het oude krankzinnigengesticht onderscheidde. Vooral de actievere therapie, de nazorg en de nieuwe kuur- en shockbehandelingen hadden, aldus Piebenga, veel ten goede veranderd. De actievere therapie en de daaruit voortvloeiende behandelingen hadden de sfeer in de inrichtingen 'zeer belangrijk verbeterd'.

> ——— *De ontspanningstherapie, de culturele therapie, de bewegingstherapie, die zich onder invloed van de actievere therapie gingen ontwikkelen, waardoor 't langzamerhand mogelijk is geworden om te spreken van sociale therapie of nog liever van milieu-therapie, werken tot deze gunstige wending in niet geringe mate mee.*[370]

Dat onder invloed van de actievere therapie en de nieuwe geneesmethoden en ook dankzij de uitbreiding van de nazorg de ontslagfrequentie was toegenomen, stemde eveneens tot tevredenheid. De psychiatrische inrichting zou een waarlijk 'geneeskundige inrichting' zijn geworden, 'een ziekenhuis voor geesteszieken, waar verpleging en behandeling van zieken worden toegepast'.[371] Piebenga deed hier nog een schepje bovenop door, mede als reactie op het toenemend aantal psychiatrische afdelingen van 'gewone' ziekenhuizen, erop te wijzen dat alleen de inrichting beschikte over 'een zeer specifiek apparaat, dat noodzakelijk is voor een allround behandeling en verpleging van geesteszieken'. Daarmee doelde hij in het bijzonder op de voor de behandeling van geesteszieken onmisbaar te achten 'sociale therapie' of 'milieu-behandeling' met veel aandacht voor opvoedende

367 Zie Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland 1965. Zie ook 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

368 Stichting Gemeenschap en Geestelijke Volksgezondheid 1962.

369 Piebenga 1951, 356. Vergelijk veertien jaar later: Swarte et al. 1965.

370 Piebenga 1951, 357.

371 Piebenga 1951, 356.

elementen – de gestichtsgemeenschap als 'kleine maatschappij'.[372] Piebenga wees er op dat H. Simon en Van der Scheer hadden aangetoond dat 'bij de behandeling van geesteszieken van welke aard ook, de opvoedende factoren voor de socialisering van doorslaggevende betekenis zijn'. Vrijgevestigde zenuwartsen en inrichtingspsychiaters zouden volgens Piebenga tot een zekere arbeidsverdeling moeten komen 'waarbij uiteraard slechts het belang van de zieken richtsnoer mag zijn'.[373] Tot besluit somde hij nog een aantal voorwaarden op waaraan de inrichting moest voldoen wilde zij zich in de toekomst tot het 'ziekenhuis voor geesteszieken par excellence' kunnen ontwikkelen: tijdige bijbouw (ook van eenvoudige verpleegpaviljoens), volledig opgeleide en dienovereenkomstig gehonoreerde zenuwartsen, meer vrouwelijk verplegend personeel (voorlichting), opvoering van de milieubehandeling en de mogelijkheid om alle therapeutische methoden in de inrichting toe te passen.

Welbeschouwd bevatte Piebenga's uiteenzetting geen nieuwe visie op de psychiatrische inrichting. Integendeel: de inrichtingspsychiatrie was volgens hem in principe op de goede weg. Het concept van de inrichting als 'kleine maatschappij' had zijn waarde bewezen en zij behoefde alleen nog maar aan een aantal praktische voorwaarden te voldoen om optimaal te functioneren. Van externe differentiatie – volwassen zwakzinnigen in aparte inrichtingen onderbrengen – wilde hij niet weten.[374] Alleen interne differentiatie – aparte, eenvoudige verpleegpaviljoens voor bejaarde patiënten – leek hem een goed idee. Wel school er, zoals Piebenga liet doorschemeren, een addertje onder het gras: er was sprake van beginnende concurrentie van de kant van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Deze leken aan het vanzelfsprekende monopolie van de psychiatrische inrichting te tornen.

Ten tijde van Piebenga's beschouwing hadden de nieuwe psychofarmaca nog niet hun intrede gedaan in de psychiatrische inrichtingen. Het zou tot begin jaren zestig duren eer de toekomst van de inrichting opnieuw nadrukkelijk aan de orde werd gesteld, al had het in de voorafgaande jaren bepaald niet ontbroken aan beschouwingen en discussies over haar positie. Inmiddels was de financiële situatie toen minder benard. Het einde van het personeelstekort was evenwel nog niet in zicht. De psychofarmaca hadden, naar hierna nog zal blijken, voor meer rust in de inrichting gezorgd en de mogelijkheden voor ontslag vergroot.

372 Piebenga 1951, 360.

373 Piebenga 1951, 360–361.

374 Piebenga was er als geneesheer-directeur van Brinkgreven niet voor om volwassen zwakzinnigen in aparte inrichtingen onder te brengen omdat hij ze van grote betekenis achtte voor deze 'kleine maatschappij'. Inspecteur Pameijer liet tijdens de discussie weten wél voorstander te zijn van aparte voorzieningen voor deze groep. Piebenga 1951, 358 en 362–363. Ook als hoofdinspecteur sprak Piebenga zich in 1957 uit voor handhaving van volwassen zwakzinnigen in de psychiatrische inrichting. Zie Tonkens 1999, 88. Piebenga hoopte hiermee tegenwicht te bieden aan collega's die voorstander waren van opname van volwassen zwakzinnigen in zwakzinnigeninrichtingen. In 1955 was het overgrote deel van de bevolking van de zwakzinnigengestichten beneden de veertig jaar, van wie ongeveer de helft beneden de veertien jaar. Zie Piebenga 1956, 408–411.

De voor- en nazorg was uitgebreid, op een paar uitzonderingen na onafhankelijk van de inrichtingen komen te staan en sedert 1961 georganiseerd in Sociaal-Psychiatrische Diensten.[375] Tevens begon zich een daling af te tekenen van het aantal zwakzinnigen in de psychiatrische inrichtingen dankzij de sterk gegroeide en nog steeds groeiende capaciteit van zwakzinnigeninrichtingen. Ook anderszins was het aanbod aan alternatieve en wellicht concurrerende voorzieningen – zoals de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen – toegenomen.

Inmiddels was er tot op zekere hoogte sprake van een nieuwe visie op de psychiatrische inrichting. Ten eerste werd haar minder dan voorheen als vanzelfsprekend een centrale plaats toebedacht in de geestelijke gezondheidszorg. Zo typeerde inspecteur J.E. Dolk in 1956 het verblijf in een inrichting als 'een *fase*' en de inrichting zelf als een '*schakel*, niet meer maar ook niet minder, op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg'.[376] In datzelfde jaar etaleerde Kraus in een rede op een congres van de NFGV drie verschillende visies op de psychiatrische inrichting, waaronder die van Dolk.

——— *Men kan de inrichtingen zien als centrale punten, van waaruit de sociale werkzaamheden worden gedaan en georganiseerd, men kan ze zien als een belangrijke schakel in de gehele keten van de geestelijke gezondheidszorg, men kan ze zien als een uiterste hulpmiddel, dat buiten het geheel staat.*

Hoewel Kraus zich ervan onthield zijn eigen voorkeur voor een van deze visies kenbaar te maken, liet hij er geen misverstand over bestaan dat 'de inrichtingen, hoe men het ook ziet, nu eenmaal volstrekt noodzakelijk zijn'. Hij vond het dan ook een hoogst ernstig feit dat er 'te enenmale *onvoldoende goede inrichtingen* zijn. Men geve zich toch vooral niet over aan de illusie, dat verder doorgevoerde en geperfectioneerde extra-murale activiteiten de inrichtingen voor de eerstvolgende generaties overbodig zullen maken'.[377] Geneesheer-directeur J. Doff van Dennenoord te Zuidlaren liet zich enkele jaren later op soortgelijke wijze als Dolk uit toen hij aangaf dat de psychiatrische inrichting inmiddels minder gesloten was en 'als een schakel in de keten van psychiatrische zorg' fungeerde.[378] De boodschap was duidelijk: de inrichting was niet langer een gesloten bolwerk, maar een open, naar buiten toe gekeerd instituut dat zich – uiteraard in het belang van patiënten – uitdrukkelijk naast, dus niet tegenover, andere voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg positioneerde.

Desalniettemin viel er halverwege de jaren zestig, toen het begrip psychiatrisch centrum aan populariteit won en reeds enkele inrichtingen zich met

375 Zie 3.7, paragraaf 'Voor- en nazorg en sociale psychiatrie'.

376 Dolk 1956, 204. Tijdens het interbellum werden dergelijke ideeën voor het eerst geventileerd, bijvoorbeeld door Van der Scheer. Zie 2.6 Geestelijke volksgezondheid en de krankzinnigenzorg.

377 Kraus 1956, 223.

378 Doff 1958, 349.

deze benaming tooiden, ook een ander geluid te beluisteren.[379] Zo bepleitte geneesheer-directeur K. Visser van Licht en Kracht te Assen een 'betere onderlinge, rayonsgewijze indeling' waarbij psychiatrische inrichtingen een centrale rol zouden moeten spelen in 'de psychiatrische zorg in de meest uitgebreide zin van het woord'. Hij benadrukte 'dat binnen het rayon de psychiatrische inrichting dan ook verantwoordelijkheid moet aanvaarden, om al die voorzieningen te scheppen, die nodig zijn'. Voor- en nazorg zouden onttrokken moeten worden aan de Sociaal-Psychiatrische Diensten en weer onder de inrichting dienen te vallen.[380] Geneesheer-directeur J.P. de Smet van psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo was een soortgelijke opvatting toegedaan, al stelde hij zich iets bescheidener op; de ambulante zorg rekende hij niet tot de verantwoordelijkheden van een psychiatrisch centrum.[381]

Ten tweede maakten woordvoerders uit de inrichtings- en de sociale psychiatrie systematischer dan voorheen onderscheid tussen de diverse functies van de psychiatrische inrichting. Dat waren aanvankelijk, als vanouds, de behandel- en de verzorgingsfunctie.[382] Daar kwam rond 1960 een derde functie bij: 'revalidatie', het voorbereiden van patiënten op terugkeer naar de maatschappij.[383] Zo stelde Doff in 1958 dat de psychiatrische inrichting 'in feite ziekenhuis *én* verpleeginrichting, observatiekliniek *én* revalidatieoord [is], daarnaast bejaardenhuis *én* asyl', met daarbij soms ook nog een 'neurosen-centrum' of een tuberculosesanatorium.[384] Een al te fors accent op de ziekenhuisfunctie droeg volgens hem het gevaar in zich dat de inrichting op zeker moment de chronische patiënten zou afstoten. Sterker nog, naarmate de psychiatrische inrichting meer op een ziekenhuis leek, zou zij minder succesvol zijn 'in het scheppen van de atmosfeer van wat men dan noemt de therapeutische gemeenschap, waarin het gaat om de vorm der betrekkingen tussen het gehele personeel en de patiënten'.[385]

N. Speijer, leider van de Sociaal-Psychiatrische Dienst van de GG en GD van Den Haag en buitengewoon lector in de sociale psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Leiden, ging in 1962 in zijn bespiegelingen over de toekomst der psychiatrische inrichtingen nog een stapje verder door te voorspellen dat, mits de maatschappij zou zorgen voor de nodige voorzieningen, over een halve eeuw alle drie functies van psychiatrische inrichtingen grotendeels zouden zijn overgeheveld naar andere instellingen, waardoor inrichtingen dan vrijwel zouden zijn verdwenen.[386] Hij schilderde een scenario waarin om te beginnen het verzorgingsgedeelte van inrichtingen inkromp door de oprichting van verpleeghuizen voor

379 Dat waren, volgens de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* van 1965: psychiatrisch centrum Huize Padua (Boekel) en psychiatrisch centrum 'St. Willibrord' (Heiloo). Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke volksgezondheid 1965a.

380 Visser 1965, 151–152. Zie voorts Valk 1964.

381 De Smet 1967, 325.

382 Zie bijvoorbeeld 1.5, paragraaf 'Tot verplegen geroepen' voor discussies over de genezings- en de verplegingsfunctie van het krankzinnigengesticht in de periode rond 1900.

383 Zie bijvoorbeeld Doff 1958; Speijer 1983 [1962]. Zie ook Bambang Oetomo 1970.

384 Doff 1958, 347.

385 Doff 1958, 348.

386 Speijer 1983 [1962], 24.

387 Zie De Smet 1967, 322.

Psychiatrisch dagziekenhuis Velp.

demente bejaarden en chronisch geestelijk gestoorden, en van aparte voorzieningen voor zwakzinnigen. Daarna zou de afbouw van het revalidatiegedeelte volgen. Hoewel revalidatie eerst nog binnen de psychiatrische inrichting tot ontwikkeling kon komen, zouden beschuttende werkplaatsen en psychiatrische dagziekenhuizen die functie vervolgens overnemen. Alleen het ziekenhuisgedeelte bleef in de voorspelling van Speijer bestaan, al verminderde het aantal inrichtingsbedden door de toename van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de bouw van aparte psychiatrische klinieken.

Hoewel niet iedereen even gelukkig was met deze tijding van de als onheilsprofeet betitelde Speijer, wakkerde zijn visie de discussie over de functies en het functioneren van de psychiatrische inrichting wel verder aan.[387] Er bleef een zekere spanning bestaan waar het de verhouding tussen behandel-, revalidatie- en verzorgende functies betrof. Enerzijds leek het, mede ter wille van het aanzien van de inrichting, wenselijk de behandel- of ziekenhuisfunctie te versterken. Dat gebeurde in ieder geval door naamsveranderingen: omstreeks 1960 werd een aantal psychiatrische inrichtingen omgedoopt tot psychiatrisch ziekenhuis.[388] Overigens lieten sommige psychiaters weten dat de nieuwe naamgeving geen recht deed aan de beide andere functies die de psychiatrische 'ziekenhuizen' toch ook vervulden en dienden te vervullen.[389] Meer overeenstemming was er inmiddels over de wenselijkheid om zwakzinnigen en geestelijk gestoorde ouderen zo veel mogelijk buiten de psychiatrische inrichting onder te brengen. Naast deze vorm van externe differentiatie kregen ook deels nieuwe vormen van interne differentiatie bijval. Behalve dat speciale observatieafdelingen of -klinieken voor nieuwe opnamen inmiddels – uitzonderingen daargelaten[390] – als een algemeen geldend desideratum golden, vielen ook nieuwe initiatieven op het gebied van de behuizing, behandeling en revalidatie een positief onthaal ten deel. Zo resulteerde een in 1955 door plaatsvervangend geneesheer-directeur van St. Anna te Venray bedacht en door geneesheer-directeur J.B.M. Veraart nader uitgewerkt plan in de totstandkoming van zes kleinschalige wooneenheden – de 'huisjes van Veraart' – met per huisje 16 patiënten.[391] In Wolfheze kwam enkele jaren later een kleinschaliger initiatief van geneesheer-directeur Van der Drift op het terrein van de inrichting van de grond: het sociotherapeutisch centrum (STC) of de 'huisjes', zoals ze in de wandelgang heetten.[392] Het STC van Wolfheze werd eind 1961

388 Zo werd Maasoord in 1958, bij de opening van de nieuwe observatiekliniek, omgedoopt tot Deltaziekenhuis. De provinciale ziekenhuizen van Noord-Holland kregen deze benaming overigens al in een eerder stadium, te beginnen met Santpoort – het vroegere Meerenberg – in 1918. De vergelijkbare benaming 'kliniek' werd reeds tijdens het interbellum aangewend voor enkele relatief zelfstandige aangewezen afdelingen van psychiatrische inrichtingen. Vooralsnog iets minder gangbaar was de nieuwe benaming psychiatrisch centrum.

389 Zie onder anderen Speijer 1983 [1962], 22; Valk 1964, 397.

390 Visser 1965, 151; Vijselaar 1997d, 196 en 207.

391 Vriens 2005, 56; Marlet 2005, 338. Vergelijk Vijselaar 2007c en Vijselaar en De Goei 2007, 259.

392 Zie Speijer 1983 [1962], 20; De Smet 1967, 324. Zie over de idee van dergelijke dubbelwoningen eveneens: Doff 1958, 348.

Sociowoningen Wolfheze.

geopend, bestond aanvankelijk uit 12, later uit 24 dubbele woningen voor ieder 6 patiënten, hetgeen neerkwam op ongeveer 300 van de in totaal 800 patiënten van Wolfheze.[393] Instemmende reacties kregen ook de met psychiatrische inrichtingen gelieerde sluisinternaten, die bedoeld waren om de terugkeer naar de maatschappij in goede banen te leiden, en de vooralsnog schaarse poliklinieken van psychiatrische inrichtingen en het – alweer door Wolfheze opgezette – psychiatrisch dagziekenhuis te Velp.

Psychiaters legden inmiddels andere accenten waar het ging om de plaats van de psychiatrische inrichting temidden van andere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en de feitelijke of wenselijke functies van de inrichting. Ook vielen reeds in de loop van de jaren vijftig allerlei geluiden te beluisteren die achteraf bezien als voorbodes zijn te beschouwen van wat de kritische of antipsychiatrie vanaf eind jaren zestig verkondigde.[394] Zo wees Baan, hoogleraar psychiatrie in Groningen, er in 1958 op dat 'het hele samenleven of gebrekkig samenleven mede ziekmakend kan zijn'. Hij bepleitte een andere, 'democratische', benadering van de patiënt als 'mens', waarbij deze 'als gelijkberechtigd wordt gezien, als iemand, die potentieel hetzelfde bezit maar dit onvoldoende ontwikkeld heeft'.[395] Baan, die deel uitmaakte van de Utrechtse School, beschouwde het principe van persoonlijke verantwoordelijkheid als het centrale principe in de psychiatrie. Het was dan ook zaak dat psychiaters doordrongen tot 'de potentie [van de patiënt] van wél verantwoordelijkheid te kunnen dragen, van wél vrijheid te beleven'. In Baans visie was het 'de maatschappij die vervreemdt, die de psychisch gestoorde van zich afstoot' en viel dienovereenkomstig 'het milieu' te beschouwen als een 'belangrijk therapeuticum'.

> ——— *De patiënt mag niet geïsoleerd worden, maar zijn familie moet ook behandeld worden. Er moeten centra komen, waar niet alleen de individuele en groepsbehandeling volgens de moderne psychiatrische ontwikkelingen plaats vindt, maar waar ook in ruime zin 'community-therapy' wordt bedreven.*[396]

Hoe dan ook kreeg, zoals hierna nog nader aan de orde zal komen, in de naoorlogse periode het belang van tussenmenselijke verhoudingen, zowel bij het ontstaan van psychiatrische problematiek als bij de behandeling ervan, meer dan voorheen nadruk.[397]

393 Vanuit Wolfheze zouden ook sociowoningen in Arnhem worden gerealiseerd. Zie Brinkman 1984, 321, 324; vergelijk Vijselaar 2007c. Het initiatief van Van der Drift vond enige tijd later, zij het in gewijzigde vorm, navolging met onder andere de 'sociowoningen' in de buurt van Santpoort (tegen 1970) en Duin en Bosch (1978). Zie Mens 2003, 186.

394 Zie hierover Blok 2004. Vergelijk ook de door Abma en Weijers verkondigde visie over 'de lange jaren zestig', dat wil zeggen de periode 1945-1985. Abma en Weijers 2005, hoofdstuk 6. Zie tevens 4.2, paragraaf 'De psychiatrie onder vuur', 4.3, paragraaf 'Democratisering en conflict' en 4.4, paragraaf 'Socio- en psychotherapeutisch optimisme'.

395 Baan 1958, 344.

396 Baan 1958, 345.

397 Zie naast de eerder aangehaalde auteurs ook Poslavsky 1983 [1962], 6.

Voorts pleitten psychiaters herhaaldelijk, in navolging van adviezen van de World Health Organization, voor een bescheidener omvang en een minder geïsoleerde situering – in of dichtbij de stad – van psychiatrische inrichtingen.[398] Tot slot is vermeldenswaard dat psychiaters met nadruk aandacht vroegen voor de problematiek van chronische patiënten en voor een 'humanisering' van de zorg voor hen.[399] In dit verband deed het begrip privacy zijn intree: het gebrek daaraan zou de ontvankelijkheid voor therapie verzwakken en de idee dat chronische patiënten onbehandelbaar zijn, in de hand werken. Dolk pleitte twee jaar eerder al voor kleine woonvertrekken en slaapzalen; het liefst zag hij dat iedere patiënt over een eigen slaapkamer zou kunnen beschikken. Dit zou de sfeer voor het toepassen van sociotherapie ten goede komen.[400]

Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater

Hoewel de benaming gestichtspsychiater reeds midden jaren dertig opgeld deed, verdween de term gestichtsarts op organisatorisch niveau pas in 1953 toen de aanduiding 'psychiater in dienstverband' hiervoor in de plaats kwam. In de naoorlogse jaren won een nieuwe, als zenuwarts of psychiater geregistreerde generatie artsen aan invloed in de psychiatrische inrichtingen. Stonden in 1940 slechts 58 (40 procent) van de 145 gestichtsartsen ingeschreven in het in 1932 ingestelde Medisch Specialisten Register, na de Tweede Wereldoorlog zou het aantal geregistreerde zenuwartsen in de inrichtingen stijgen naar 116 in 1960. Zij maakten ongeveer de helft uit van de totale medische staf van de psychiatrische inrichtingen.[401] Tussen de inrichtingen bestonden grote verschillen in de verhouding tussen daarin werkzame geregistreerde zenuwartsen en niet-gespecialiseerde artsen. Enerzijds waren er in 1960 inrichtingen waar vrijwel de gehele medische staf uit zenuwartsen bestond, bijvoorbeeld Santpoort, Veldwijk, het Deltaziekenhuis en Dennenoord. Anderzijds was er een groot aantal andere inrichtingen waar zenuwartsen een kleine minderheid vormden. Zo had Voorburg 3 gespecialiseerde zenuwartsen op een medische staf van 17, Duin en Bosch 4 (van de 13) en St. Servatius 1 (van de 4).[402]

Voorts laten de opgaven van de psychiatrische inrichtingen een meer gedifferentieerde stafbezetting zien dan voor de oorlog. Sommige maakten in hun opgave van stafleden onderscheid tussen 'artsen' en 'psychiaters', hetgeen kan wijzen op een uitdrukkelijke onderscheiding tussen de algemeen-medische zorg en de specifiek psychiatrische zorg en behandeling.[403] Verder beschikten in 1960 10 inrichtingen – bijna een kwart van het totaal – over een internist en enkele ook

398 Zie bijvoorbeeld Dolk 1956; Baan 1958; Poslavsky 1983 [1962]; Speijer 1983 [1962].
399 Zie bijvoorbeeld Doff 1958; De Smet 1967.
400 Zie Doff 1958, 348; Dolk 1956.
401 Zie Van Drunen 2004, 22-23 en 32 en 3.1, paragraaf 'Het psychiatrisch-neurologisch werkveld en de beroepsorganisaties'.
402 Zie Vlaanderen 1984, 305 en Van Drunen 2004, 36.
403 Van Drunen 2004, 37.

over een patholoog-anatoom. Bijna alle inrichtingen hadden inmiddels een klinisch psycholoog in dienst, terwijl in een enkel geval een psychotherapeut (een hiertoe opgeleide arts die niet als zenuwarts stond geregistreerd) was aangesteld. Al voor de oorlog was er een aantal psychologen werkzaam in universitaire psychiatrische klinieken. In 1947 stelde de St. Willibrordusstichting te Heiloo de psycholoog J.J. Dijkhuis aan voor het uitvoeren van psychologische tests ten behoeve van de psychiatrische diagnostiek en de behandeling.[404] Ook andere inrichtingen namen voor deze taak – relatief kleine aantallen – klinisch psychologen in dienst ter ondersteuning van psychiaters. Niet alle psychiaters waren hiermee even ingenomen. In het jaar dat Dijkhuis zijn werkzaamheden in Heiloo begon, schreef de Nijmeegse hoogleraar psychiatrie Prick in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat psychologen nuttig werk deden op het terrein van studie- en beroepskeuze, leermoeilijkheden, personeelsselectie en arbeidsvraagstukken, maar dat ze onvoldoende gekwalificeerd waren om zich onafhankelijk van artsen met geestes- en zenuwstoornissen bezig te houden.[405] Vijf jaar later hield P.H. Esser een voordracht voor de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen, *De psycholoog in de Psychiatrische Inrichting*.[406] Hij wees erop dat psychiaters als 'auch-psychologen' (Van der Horst, E.D. Wiersma, G. Jelgersma, A. Stärcke, J. van Ophuijsen en Van der Hoop) voor de oorlog belangrijke bijdragen hadden geleverd aan de psychologie en dat deze als een vanzelfsprekend onderdeel van de psychiatrie gold. Nu deed de omgekeerde situatie zich voor: psychologen betraden het werkterrein van de psychiater. 'Het schijnt een niet te keren mode-richting te zijn!' Psychologen waren hiervoor volgens Esser echter niet toegerust, vooral als ze zich ook met behandeling gingen bezighouden – zij waren immers niet klinisch opgeleid. Hij betwijfelde ook dat psychologen een plaats in de psychiatrie toekwam op grond van hun expertise op het gebied van de statistiek, het experiment en de test. Het was beter dat psychiaters zich in psychotechnische vaardigheden bekwaamden, temeer daar de Rorschach- en Szondi-tests oorspronkelijk door psychiaters ontwikkeld waren. 'Daarom recrutere men in ons land de klinische psycholoog voor de psychiatrische inrichting', zo besloot Esser, 'uit de gelederen van de daartoe zich bekwaamd hebbende psychiaters.' Esser was een roepende in de woestijn: multidisciplinaire samenwerking werd meer en meer aanbevolen. Behalve met psychologen gingen inrichtingspsychiaters ook samenwerken met gespecialiseerde therapeuten – zoals psycho-, arbeids- en bewegingstherapeuten – en maatschappelijk werkers.[407]

De stijging van het aantal in psychiatrische inrichtingen werkzame, geregistreerde zenuwartsen bleef overigens achter bij de toename van het totale aantal geregistreerde en praktiserende zenuwartsen tussen 1940 en 1960. Terwijl dit totale aantal steeg van ruim 200 in 1940 tot ongeveer 570 in 1960, daalde het aandeel

404 Bakker en De Goei 2002c, 139-141.
405 Prick 1947.
406 Esser 1952 [archivalia]; vergelijk Engelhard 1952.
407 Zie al eerder: De Smet 1952. En voorts onder anderen: Baan 1958; Poslavsky 1983 [1962].

van de in psychiatrische inrichtingen werkzame, geregistreerde zenuwartsen van 28 procent (58 zenuwartsen) tot 20 procent (116 zenuwartsen). Het lijkt erop dat rond 1960 het aantal gekwalificeerde zenuwartsen in inrichtingen verhoudingsgewijs een ongekend laag peil had bereikt.[408] In feite vallen dus twee uiteenlopende ontwikkelingen te signaleren: enerzijds een absolute toename van het aantal geregistreerde zenuwartsen in psychiatrische inrichtingen, anderzijds een relatieve achteruitgang van hun aandeel in de gehele medische staf. De eerste ontwikkeling gaf uitdrukking aan en ging gepaard met een proces van differentiatie en specialisatie in de stafopbouw van psychiatrische inrichtingen. De tweede vormt een indicatie van de relatief geringe aantrekkingskracht die de inrichtingen uitoefenden op gekwalificeerde zenuwartsen en het toegenomen aantal arbeidsplaatsen elders, vooral in de ambulante sector.[409]

Het tekort aan inrichtingspsychiaters kwam in vakbladen herhaaldelijk ter sprake, overigens zonder dat een duidelijk beeld ontstaat van de omvang ervan. De verhoudingsgewijs lage salariëring, de geïsoleerde ligging van veel inrichtingen en de onbekendheid met het arbeidsterrein zouden de oorzaken zijn van de relatief geringe animo onder zenuwartsen om een aanstelling in een inrichting te ambiëren.[410] Indien we voor het jaar 1960 uitgaan van een aantal van 116 in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen en een inrichtingsbevolking van circa 27.000, dan was er gemiddeld 1 zenuwarts per 233 patiënten beschikbaar. Volgen we de berekening van Van Drunen, die er voor 1960 op neerkwam dat zenuwartsen ongeveer de helft van de medische staf in de inrichtingen uitmaakten, dan leverde dat gemiddeld 1 arts (inclusief zenuwartsen) voor 116 patiënten op. Uiteraard waren internisten of patholoog-anatomen andere taken toebedacht dan zenuwartsen of (nog) niet-gespecialiseerde artsen die verantwoordelijk waren voor de dagelijkse patiëntenzorg.[411] Vergeleken met 1936, toen gestichtsartsen (dat wil zeggen zowel gekwalificeerde zenuwartsen als andere geneeskundigen) ieder gemiddeld ongeveer 153 patiënten onder hun hoede hadden (de wettelijke norm bedroeg toen al geruime tijd 175), hoeft een verhoudingscijfer voor 1960 van tussen de 1:233 en 1:116 niet eens zo ongunstig uit te pakken. In feite is de veronderstelling gerechtvaardigd dat het aantal (zenuw)artsen dat in 1960 bij de dagelijkse patiëntenzorg was betrokken, een verhoudingscijfer zal opleveren dat ongeveer gelijk was aan of mogelijk enigszins gunstiger was dan dat van 1936.[412]

De belangenorganisatie van de inrichtingspsychiaters, de Nederlandse Vereniging van Gestichtsartsen (NVGA), had zich inmiddels niet onbetuigd gelaten.[413] De vereniging hield zich na de oorlog bezig met discussies over de noodzaak van een nieuwe Krankzinnigenwet, de overgang in het politieke beheer van

408 Van Drunen 2004, 35.
409 Abma en Weijers 2005, 124-125.
410 Zie bijvoorbeeld Dolk 1956, 206.
411 Het is niet bekend hoeveel (nog) niet-gespecialiseerde artsen in 1960 in psychiatrische inrichtingen werkzaam waren. Het lijkt echter aannemelijk dat hun aantal aanzienlijk groter was dan dat van internisten, patholoog-anatomen en dergelijke.
412 Nader onderzoek op dit punt is evenwel wenselijk.
413 Zie Piebenga 1969.

het krankzinnigenwezen van de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar het Ministerie van Sociale Zaken (en Volksgezondheid), de opleiding, de rechtspositie, de nevenwerkzaamheden van inrichtingsartsen en het tekort aan verpleegkundigen. Ook voerde de NVGA actie voor de verbetering van het salarisniveau: voor de gestichtartsen lag dat lager dan voor andere artsen in dienstverband. Net als voor de oorlog bepleitte de vereniging een leidinggevende rol van artsen in psychiatrische inrichtingen. Zo sprak de NVGA zich begin 1948 uit over de verhouding tussen de geneesheer-directeur en de administrateur-econoom, zoals die in de instructies van verschillende inrichtingen was vastgelegd. In de regel was de geneesheer-directeur het hoofd van de geneeskundige, de huishoudelijke en de technische dienst, en droeg de administrateur-econoom de verantwoording voor de administratieve dienst, waarbij hij soms wel en soms niet ondergeschikt was aan de geneesheer-directeur. In het laatste geval stond de administrateur-econoom, evenals de geneesheer-directeur zelf, rechtstreeks onder het gezag van het bestuur. In de voor Maasoord ontworpen regeling kreeg de geneesheer-directeur evenwel nog minder te zeggen. Daar droeg het bestuur de directie namelijk op aan de geneesheer-directeur en de economisch directeur tezamen. De laatste was belast met de dagelijkse leiding van de administratieve, huishoudelijke en technische dienst, alsmede van de inrichtingsbedrijven. De huishoudelijke dienst diende hij in overleg met de geneesheer-directeur te regelen. Voor de NVGA was een dergelijke verdeling van verantwoordelijkheden onacceptabel.

_____ *De vergadering nu spreekt als haar stellige overtuiging uit, dat een geneesheer-directeur onder de laatst genoemde omstandigheden geen verantwoordelijkheid kan dragen voor de leiding van een psychiatrische inrichting, waar elk onderdeel ten nauwste samenhangt met de behandeling van de aan zijn zorgen toevertrouwde patiënten.*

De psychiatrische inrichting is een kleine maatschappij waarvan door hun geestelijke toestand een groot deel der leden zelf geen besluiten kan nemen. Deze gehele kleine maatschappij, alle diensten en bedrijven inbegrepen, staat in dienst van het therapeutisch kunnen tot readaptatie van de patiënten. De PATIËNTEN ZIJN VOOR HUN BEHANDELING EN GENEZING INGESCHAKELD IN ALLE BEDRIJVEN DER INRICHTING, *ook in de economische, zodat het ongeoorloofd is de leiding hiervan uit handen te nemen van de geneesheer-directeur.*[414]

Teneinde de belangen van inrichtingspsychiaters effectiever te behartigen sloot de NVGA zich in 1948 als Groep der Gestichtsartsen aan bij de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband van de KNMG. In 1953 veranderde de naam van de NVGA in Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband. De voordrachten op de vergaderingen kregen steeds meer een wetenschappelijk ka-

414 Piebenga en Aukes 1948. De onderstreping is van Piebenga en Aukes. Piebenga was voorzitter en A.B.G. Aukes secretaresse van de NVGA. Zie ook Piebenga *1969*, 388.

rakter en er vonden gestichtsartsendagen plaats in universiteitsklinieken. Vanaf 1959 gaf de vereniging een *Voordrachtenreeks* uit (eerst vier keer per jaar, vanaf 1966 zes keer), die in 1969 het *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* werd met een verschijningsfrequentie van tien keer per jaar. De naamswijziging en openstelling van de vereniging voor alle geneeskundigen die in dienstverband werkzaam waren in de geestelijke gezondheidszorg, leidde tot een verdubbeling van het ledental; ook hoogleraren en andere psychiaters die buiten de inrichtingen werkzaam waren, traden toe. Sinds 1965 werkte de vereniging nauw samen met de afdeling psychiatrie van de NVPN en deed de vraag zich voor of de beide verenigingen samen moesten gaan.[415] Daar zou het uiteindelijk in 1974 van komen, toen de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband na de splitsing van de NVPN in een neurologische en psychiatrische beroepsvereniging opging in de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Op het gebied van de wetgeving werd vanuit zowel de inrichtingspsychiatrie als de beweging voor geestelijke volksgezondheid aangedrongen op een nieuwe Krankzinnigenwet. De sociaal-psychiater A. Querido had reeds voor het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog in zijn *Krankzinnigenrecht* (1939) gepleit voor vervanging van de Krankzinnigenwet van 1884 door een meeromvattende wet op de geestelijke volksgezondheid die rekening zou houden met een breder scala van behandelmogelijkheden dan alleen die in de psychiatrische inrichting.[416] Zijn voorstel behelsde de invoering van de mogelijkheid om behalve krankzinnigen ook verslaafden, toevallijders, 'asocialen' en 'onvolwaardigen', naar het voorbeeld van het voogdijstelsel van de kinderbescherming, op gezag van de rechter onder toezicht te stellen van een daartoe aangewezen persoon of instelling. Voor- en nazorgdiensten zouden dit toezicht bijvoorbeeld kunnen uitoefenen.[417] In 1948 bood een gezamenlijke commissie van de NVPN en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) onder leiding van de geneesheer-directeur van Santpoort, Kraus, en met deelname van Querido een soortgelijk voorstel aan de regering aan. Dit voorstel werd goeddeels overgenomen in een wetsontwerp dat een subcommissie van de Interdepartementale Reorganisatiecommissie Geestelijke Volksgezondheid in 1955 uitbracht. Er waren evenwel dermate grote bezwaren van juridische zijde – vooral een toetsing aan het Verdrag van Rome uit 1950 gaf aanleiding tot vragen – dat werd besloten prioriteit te geven aan een tussentijdse wijziging van de Krankzinnigenwet. Een in 1963 door de regering ingediend wetsontwerp daartoe stuitte echter op veel kritiek en werd pas in 1970 in het *Staatsblad* gepubliceerd. De belangrijkste verandering betrof de regeling van de inbewaringstelling, waarvoor meer rechtswaarborgen kwamen.[418] Vervolgens zouden vanaf 1971 diverse ontwerpen voor de Wet Bijzondere Opnemingen in Psy-

415 Notulen vergadering bestuur NVPN 19-2-1965, 28-3-1969, Archief NVPN; *Nieuws en Mededelingen [NVPN]* december 1965, no. 4.

416 Querido 1939; Querido 1945; Legemaate 1985; Van der Grinten 1987a, hoofdstuk 3; De Goei 2001, hoofdstukken 3 en 4.

417 Legemaate 1985, 131; vergelijk Gersons 1981.

chiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) worden ingediend, eer deze uiteindelijk in 1994 de oude Krankzinnigenwet verving.[419]

De overgang in 1947 van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van de afdeling Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar dat van Sociale Zaken[420] – waaronder ook het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ressorteerde – kon op instemming rekenen van de NVPN en de NVGA. Zo stelde voorzitter Kraus in 1946 ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de NVPN:

——— *Velen onzer, die jarenlang in woord en geschrift hebben gestreden tegen de boeien, waardoor de krankzinnigenverpleging was geklonken aan het armwezen en het Departement van Binnenlandse Zaken, zodat een odium van minderwaardigheid officieel op deze verpleging drukte, zullen met grote voldoening hebben vernomen, dat die boeien binnenkort worden geslaakt en dat de overgang naar het Departement van Sociale Zaken voor de deur staat.*[421]

In 1957 werd het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten omgedoopt tot Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en deze ging in 1961 (als hoofdinspectie) over naar het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.[422]

Vanaf 1956 maakte een stage van een half jaar in een psychiatrische inrichting deel uit van de opleiding tot zenuwarts.[423] Dat was geen overbodige luxe, gelet op berichten van (zenuw)artsen die voordien, zonder ooit een stap in een psychiatrische inrichting te hebben gezet, meteen als afdelingsarts in het diepe werden gegooid. Zo bericht T. Kraft hoe de hoofdzuster hem in 1945 als kersvers zenuwarts, zonder enige praktijkervaring, in Santpoort wegwijs maakte op de afdeling waar hij als hoofd was aangesteld.

——— *Het was mijn eerste optreden als specialist. Volgestouwd met psychiatrische kennis, doch arm aan ervaringen, arriveerde ik in Santpoort om leiding te geven aan een grote afdeling. Samen met de oudere, zeer sthenische en ervaren hoofdzuster De Jong en met mijn assistent, ook een nieuwkomer, deed ik mijn ronde over de vier onderafdelingen: eerst beneden, waar een wat gemengde groep verblijf hield, dan boven naar de zogenaamde opnameafdeling (voor de nieuwelingen) en vervolgens aangrenzend naar de zaal van de 'zware gevallen'.*

Van het begin af loodste zuster De Jong mij snel door deze laatste zaal, waarbij ze echter toch niet kon voorkomen, dat steeds dezelfde patiënten op mij afkwamen. Meestal was de eerste een

418 Legemaate 1985, 132–135.

419 Zie verder 4.4, paragraaf 'De rechten van de patiënt'.

420 In 1954 zou 'Volksgezondheid' aan 'Sociale Zaken' worden toegevoegd.

421 Kraus 1947, 258. Zie ook De Goei 2001, hoofdstuk 3.

422 Zie Querido 1965, 59; Van der Esch 1975–1980, III: 85–86; De Goei 2001, 128–132; Lucieer 2005, deel 1.

423 Abma en Weijers 2005, 104–105. In 1964 werden daar nog twee verplichte stages van een half jaar aan toegevoegd: een op het gebied van sociale psychiatrie en een in de klinische kinderpsychiatrie.

zwaarlijvige vrouw uit IJmuiden, die met een stralend humeur naar me toeliep, haar armen uitspreidde en 'doktertje, doktertje' riep. Als ik even treuzelde, waren een paar hartelijke klapzoenen mijn deel. Maar steevast daarna kwam er dan een debiel wezentje van rond de veertig jaar in mijn richting om me op een zeurderige manier te vertellen dat ze het aan de maag had. Als ik daarop wilde reageren, stevende meteen het afdelingshoofd, een vrij vinnige en tanige zuster, naar me toe om me duidelijk te maken dat deze Miesje daar al tijden over bezig was en dat de klacht helemaal niets voorstelde. Ik moest er maar geen aandacht aan besteden, vond ze en zuster De Jong was het daar gloeiend mee eens.

Onder deze druk liep ik door, maar na enige weken kreeg ik nieuwe twijfel over het klachtenpatroon. Ik hoorde Miesje dan wat langer aan, maar meer details kon de onnozele vrouw over haar euvel niet geven. Hiermee haalde ik mij echter de wrevel op de hals van het afdelingshoofd, dat me te verstaan gaf dat de maagklachten uitsluitend dienden om de aandacht te trekken en dat hun ervaring was dat Miesje, als ze die aandacht kreeg, daarna veel moeilijker gedrag ging vertonen. Mijn foute benadering zou deze hinderlijke gevolgen veroorzaken en dat zou ik toch niet op mijn geweten willen hebben. Natuurlijk wilde ik dat niet en er verliepen weer weken. Een enkele keer ging mijn medisch geweten spreken en aarzelde ik te lang, waarop een geprikkelde verpleegster reageerde: 'Dokter, als u zo lang met haar bezig bent, moeten wij het straks bezuren, omdat ze de rest van de dag uit haar humeur is en tegen ons tekeergaat.'[424]

Uiteindelijk onderzocht Kraft Miesje toch. Het zag ernaar uit dat ze een tumor in de maag had. Tijdens de operatie bleek dat Miesjes maag met een haarbal van ruim 600 gram was gevuld. Niemand op de afdeling had ooit iets van haar haarconsumptie gemerkt...

Zoals Kraft ook tijdens een in 2001 gehouden *Witness Seminar* over 'Medicijnen en Psychiatrie' opmerkte, hadden (hoofd)zusters het in feite voor het zeggen op de afdelingen. 'Het waren natuurlijk hele grote afdelingen van ongeveer 150 patiënten waarbij een hele hoop volkomen "gestichts-sociaal" waren waar we niet veel omkijken naar hadden.'[425] Psychiater T.J.H.M. Wertenbroek, die in 1948 als co-assistent op Duin en Bosch kwam werken, viel hem bij: 'Wat mij toen opviel, was inderdaad dat de verpleging de dienst uitmaakte in zekere zin. De dokter hoorde er formeel natuurlijk wel bij, maar eigenlijk alleen voor die eenvoudige zaken, eenvoudig tussen aanhalingstekens, die duidelijk medisch waren'[426] Rust en orde hadden prioriteit voor de verpleging, zo was de strekking van deze reminiscenties.

De nevenwerkzaamheden van inrichtingspsychiaters vormden ten slotte een heikel punt. In 1950 deelde de Inspectie op een vergadering van de NVGA mee dat het verplegingspeil in sommige inrichtingen was gedaald door wantoestanden ten gevolge van nevenwerkzaamheden en dat overwogen werd om in alle voor de inrichtingen geldende Koninklijke Besluiten een verbodsbepaling op te nemen.

424 Kraft 1998, 11-13.
425 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 31.
426 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 33-34.

De voorzitter en de secretaris van de vereniging wisten de toenmalige Staatssecretaris voor Volksgezondheid P. Muntendam echter tot een soepeler opstelling te bewegen. In 1952 kondigde de Inspectie aan dat tot preventieve in plaats van repressieve maatregelen zou worden overgegaan. Het kwam erop neer dat inrichtingspsychiaters voortaan toestemming moesten vragen voor het verrichten van nevenwerkzaamheden. Hierbij werd een grote mate van soepelheid betracht, temeer omdat volgens Piebenga – de toenmalige voorzitter van de NVGA – het inzicht terrein won dat een scherpe scheiding van intra- en extramurale voorzieningen niet wenselijk was en bijvoorbeeld werkzaamheden bij consultatiebureaus nuttig waren voor een afdelingsarts.[427] In 1960 verrichtte een derde van de geregistreerde werkzame zenuwartsen met een aanstelling in een psychiatrische inrichting nevenwerkzaamheden. De ambulante geestelijke gezondheidszorg scoorde daarbij het hoogst (16 procent), gevolgd door de eigen praktijk (10 procent) en de algemene gezondheidszorg (8 procent).[428] In 1940, acht jaar na invoering van het Medisch Specialisten Register, was het beeld gecompliceerder. Terwijl meer dan 30 procent van de geregistreerde, in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen nevenwerkzaamheden verrichtte, gold dit voor 'slechts' 20 procent van alle in deze sector werkzame artsen.[429] Voor de geregistreerde zenuwartsen kwam in 1940 de eigen praktijk (12 procent) op de eerste plaats, gevolgd door de ambulante geestelijke gezondheidszorg (10 procent), terwijl de verhouding voor de hele groep artsen in deze sector andersom lag met de ambulante geestelijke gezondheidszorg voorop (10 procent) en daarna de eigen praktijk (8 procent). Het kwam erop neer dat een substantieel deel van de geregistreerde, in psychiatrische inrichtingen werkzame zenuwartsen – zowel in het peiljaar 1940 als in het peiljaar 1960 – de kans benutte om hun vak ook buiten de muren van de inrichting uit te oefenen. Hoeveel tijd zij aan nevenwerkzaamheden besteedden en hoeveel tijd er voor het werk in de inrichting overbleef, is niet bekend. Of een (zenuw)arts al dan niet voltijds in een inrichting werkte, had uiteraard consequenties voor de berekening van de arts-patiëntratio. De interventie van de Inspectie in 1950 suggereert dat het risico niet denkbeeldig was dat nevenwerkzaamheden ten koste van de medische aandacht voor inrichtingspatiënten gingen.

'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'

Met deze woorden gaf geneesheer-directeur De Smet van de St. Willibrordusstichting in een voordracht voor de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband in 1966 uitdrukking aan zijn gevoelens van onbehagen over de be-

427 Piebenga 1969, 388-389.

428 Mededeling P. van Drunen. Vergelijk ook Van Drunen 2004, 32. Van alle intramuraal werkzame zenuwartsen had 44 procent nevenfuncties. Met 40 procent scoorde de eigen praktijk onder hen het hoogst.

429 Mededeling P. van Drunen. Vergelijk ook Van Drunen 2004, 22.

handeling van chronische geesteszieken. In plaats van langdurig verpleegden te 'revalideren' en in staat te stellen om in de gemeenschap terug te keren, hadden zijn collega's en hijzelf zich ingespannen om chronische patiënten *in* de inrichting een zo menswaardig mogelijk bestaan te verschaffen. Zonder onderscheid raakten zij daardoor 'ingekapseld' in 'onze zorg, die bij voorkeur werd opgehangen aan een veelsoortig en schromelijk misplaatst gebruik van het woord therapie'. Alles heette therapie, zo vervolgde De Smet:

> ——— *arbeidstherapie, sociotherapie, zangtherapie, vistherapie, creatieve therapie, sporttherapie, etc. Sterker zelfs: als de patiënt naar de werkplaats ging, dan heette dat naar de therapie. Zo beschadigden wij ongewild onze verpleegden door enkel in te spelen op hun patiënt-zijn, door hen in te spinnen in hun situatie van volledige afhankelijkheid en het proces van dehumanisatie op hen te laten uitwerken.*[430]

Inmiddels waren psychiaters overal, aldus De Smet, doende het roer om te gooien en 'de verstopping van de doorstroming' een halt toe te roepen. Opvoeding van chronische patiënten tot grotere zelfstandigheid, onafhankelijkheid en een groter vermogen tot intermenselijk contact en respect voor anderen, kortom: revalidatie met als doel terugkeer naar de gemeenschap, was het devies.

Dit streven kwam niet uit de lucht vallen. Welbeschouwd was de basis ervoor gelegd in het voorgaande decennium, toen zich in het therapeutisch regime van psychiatrische inrichtingen een duidelijke kentering begon af te tekenen. Enerzijds betekende de invoering van de nieuwe psychofarmaca vanaf 1952, te beginnen met Largactil (chloorpromazine), dat uitingen van onrust en agressie aanzienlijk meer dan voorheen vielen te dempen. Zoals Van der Scheer indertijd de actievere therapie als de grote rustbrenger in het gesticht had voorgesteld, zo viel deze kwalificatie ruim een kwart eeuw later de psychofarmaca ten deel – reden voor sommige historici om van een psychofarmacologische revolutie te spreken.[431] Ook al lijkt deze typering wat al te zwaar aangezet, het valt niet te ontkennen dat de psychofarmaca niet alleen voor meer rust in de inrichting zorgden, maar ook een grotere toegankelijkheid van patiënten voor psychotherapie en andere vormen van therapie bewerkstelligden en de mogelijkheden voor ontslag vergrootten.[432] Anderzijds bestond de kentering in het therapeutisch regime uit een uitbouw dan wel vernieuwing van sociaal-psychologisch georiënteerde behandelvormen. Of de actievere therapie van Simon en Van der Scheer uit de jaren twintig, die de laatste als bijzonder adviseur van de Directeur-Generaal voor de volksgezondheid rond 1950 opnieuw in de aandacht van de inrichtingen aanbe-

430 De Smet *1967*, 323.

431 Onder anderen door: Healy *1997*; Shorter *1997*; Binneveld en Wolf *1985*, *165*; Dankers en Van der Linden *1996*, *93*; Abma en Weijers *2005*, *149*; Pieters, Snelders en Houwaart *2006*. Vergelijk Pieters en Snelders *2005*.

432 Zie bijvoorbeeld: Dankers en Van der Linden *1996*, *93-94*; Blok *1997c*, *179-182* en *189*, *1998b*, *166-171*; Bakker *1999b*, *90-94*. Vergelijk echter Pieters en Snelders *2005*. Zie ook Pieters, Snelders en Houwaart, *2006*.

val, niet alleen aan de basis lag van de zogeheten ABC-therapieën (arbeids-, bewegings- en creatieve therapie) in de jaren vijftig, maar ook, zoals is beweerd, een belangrijke aanzet vormde tot de ontwikkeling van de sociotherapie, verdient nadere aandacht.[433] Sociotherapie was namelijk, zoals hierna zal blijken, een vlag die verschillende ladingen dekte.

De belangrijkste vernieuwing school erin dat meer dan voorheen het accent kwam te liggen op de interactie tussen patiënten onderling en het met elkaar praten over problemen. Dat hiervan een positieve therapeutische werking kon uitgaan, was reeds gebleken uit de ervaringen van Britse en Amerikaanse psychiaters tijdens de oorlog met een groepsgewijze behandeling van getraumatiseerde militairen. Deze benadering vormde de grondslag voor wat in navolging van de Engelse psychiater M. Jones ook in Nederland 'de therapeutische gemeenschap' zou gaan heten. In Nederland vond dit concept voor het eerst systematisch toepassing in het in 1946 geopende Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz. In de jaren vijftig werd het begrip ook in een opgerekte betekenis gebruikt, namelijk daar waar het psychiatrisch ziekenhuis als zodanig als een therapeutische gemeenschap werd bestempeld.[434] Tevens vormde het werk van Franse psychiaters als G. Daumézon en P. Sivadon, die zich ook ten doel stelden een 'therapeutische gemeenschap' te realiseren, een inspiratiebron voor deze vernieuwing.[435] Zij hanteerden sociotherapie als een overkoepelende term, waaronder een heel scala van groepstherapeutische activiteiten viel dat was bedoeld om patiënten te leren zich te uiten, variërend van psychodrama en groepspsychotherapie tot en met het opzetten van diverse soorten hobbyclubs.[436] In Nederland behoorden de Leidse hoogleraar psychiatrie Carp, die in navolging van diens Franse collega's de term sociotherapie in Nederland introduceerde, Van der Drift, de antropologisch-fenomenologisch georiënteerde geneesheer-directeur van Wolfheze, en Arendsen Hein, geneesheer-directeur van de reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar te Lunteren en het neurosesanatorium Veluweland, tot de belangrijkste vertegenwoordigers van deze nieuwe benadering.[437]

Terwijl heropvoeding van patiënten tot aanpassing aan de gemeenschap door middel van gezag, tucht en dressuur als hoogste doel van de klassieke actievere therapie gold, kwam het accent nu veeleer te liggen op de ontplooiing van

433 Poslavsky 1961, 102; Dankers en Van der Linden 1996, 89 en 96; Kerkhoven 1996, 238; zie ook Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 15-16; Vijselaar 2007c.

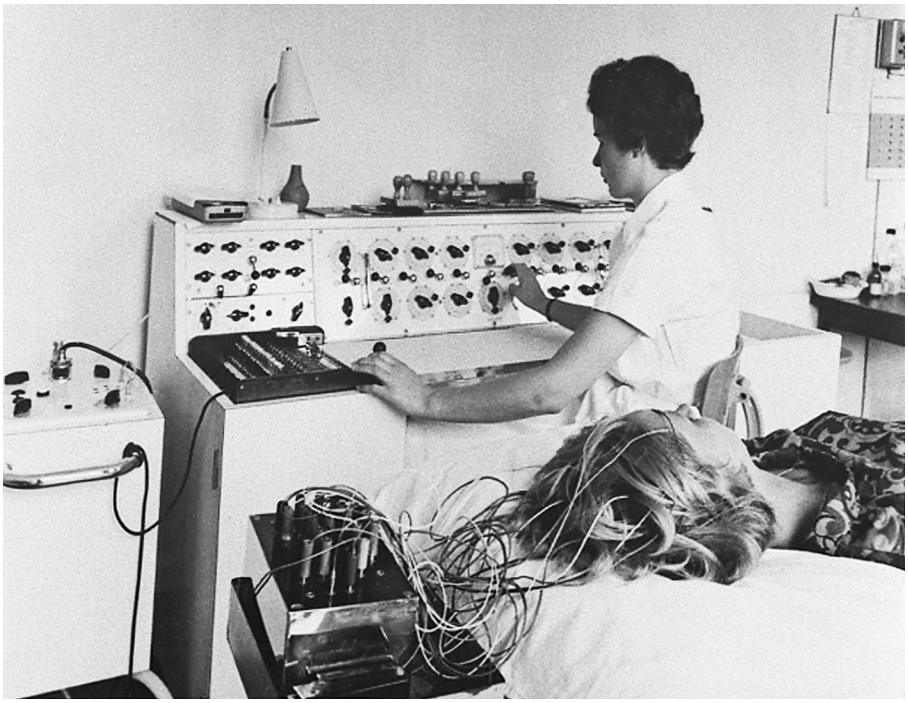
434 Zie over M. Jones en diens voorganger op het gebied van groepspsychotherapie J. Bierer: Shorter 1997, 231-233. Over Austerlitz zie Spanjaard 1949; Meyering en Van der Wielen 1954, 326-330; Bossenbroek 2001, 471-478. Over de therapeutische gemeenschap in ruime zin: De Smet 1955, 131; Van der Drift 1955a, 253; F.J. Tolsma in *Jaarverslag 1959* van Deltaziekenhuis, geciteerd in Bakker 1999b, 110. Vergelijk ook: Bierenbroodspot 1969, 1-9.

435 Coffin 2005. Zie verder Sivadon 1949 en voorts de voordracht die Sivadon in 1968 in Nederland hield: Sivadon 1968. Hij verwees onder meer naar zijn vruchtbare contacten met Querido die hem rond 1950 in Nederland had ontvangen.

436 Zie Blok 1997c, 182-183; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 16.

437 Carp 1955; Van der Drift 1953; Van der Drift 1955a; Van der Drift 1955b; De Goei 2007b.

Elektro-encefalografie in Bloemendaal te Loosduinen, circa 1960.



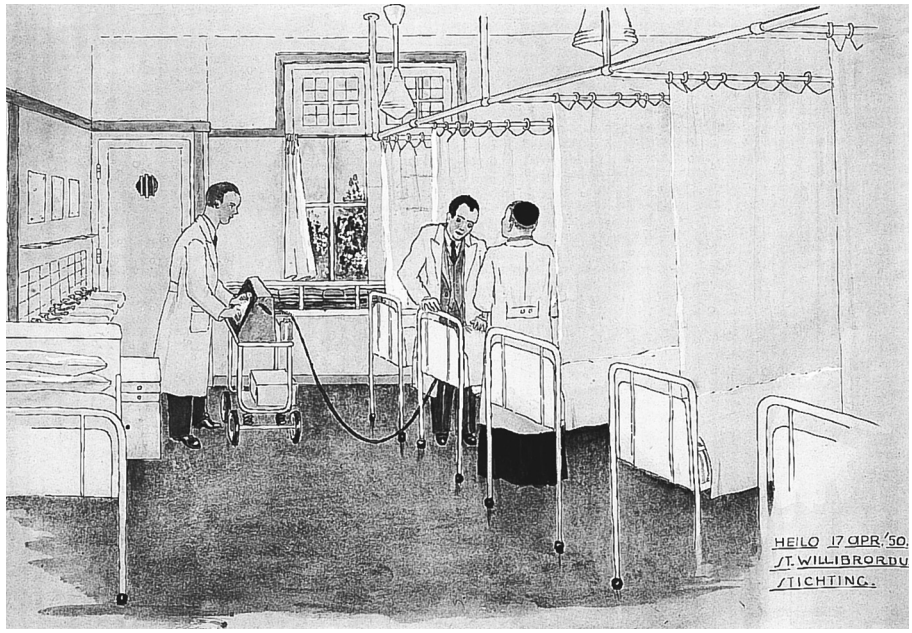
de persoonlijkheid van patiënten en hun vermogen tot het uiten van gevoelens en het aangaan van contact met andere mensen. Van der Drift formuleerde het in 1955 als volgt: 'Het is niet alleen de vraag, of de patiënt zich leert *remmen*, maar ook of hij zich leert *uitdrukken*'. Voor hem stond het herstel van 'de gestoorde of verbroken relatie van de zieke met zichzelf en met de gemeenschap', voor zover mogelijk, voorop.[438] Hierdoor leek de bevoogdend-pedagogische benadering van de actievere therapie plaats te maken voor een meer 'democratische', op onderlinge communicatie en zelfexpressie gerichte benadering. Het dragen van medeverantwoordelijkheid in de vorm van zaalraden, een gemengde verpleging van 'dames en heren' in één paviljoen, een door patiënten georganiseerd clubleven – het waren alle drie voorbeelden van 'sociotherapeutische' benaderingen zoals Van der Drift die inmiddels in Wolfheze had geïntroduceerd. Onder sociotherapie in engere zin verstond hij de therapie 'die door *gemeenschap* de *gemeenschapszin actualiseert, verbreedt* en *verdiept*'.[439] Ook Carp benadrukte de meerwaarde van de sociotherapie vergeleken met de actievere therapie.

——— *In de gedachtewereld van de voorstanders der Duitse actievere therapie wordt het accent gelegd op de ordening in het geestesleven, de opheffing van onsociale gedragsvormen bij geestesgestoorden, maar niet zozeer op de stimulering van de behoefte tot samen-zijn en samen-doen, op het doen-met-en-voor-de-ander. Hierdoor blijft deze actievere therapie een min of meer onpersoonlijke, hoe verheugend de hiermede bereikte resultaten ook zijn geweest. Als zodanig kan men de door de sociotherapie naar voren gebrachte gezichtspunten dan ook beschouwen veeleer als een welkomen aanvulling en verdieping, dan wel als een bestrijding der inzichten van Simon en de zijnen.*[440]

Weliswaar betoonden tijdgenoten als H. Loois, geneesheer-directeur van het Willem Arntsz Huis te Utrecht, of De Smet van de St. Willibrordusstichting zich schatplichtig aan de actievere therapie en beschouwden zij sociotherapie als een nadere uitwerking daarvan of aanvulling daarop, toch is achteraf te constateren dat de overgang van actievere therapie naar sociotherapie wel degelijk een trendbreuk inhield.[441] Zowel Van der Drift als Carp gaven hier reeds in meer of minder bedekte termen blijk van. Deze ontwikkeling stond niet op zichzelf. Waarden als verantwoordelijkheid, vrijheid en (vooralsnog 'geleide') zelfontplooiing, scoorden hoog in een samenleving die zich in de jaren vijftig mede dankzij de Marshallhulp economisch voorspoedig ontwikkelde en inzette op sociaal-economische modernisering en de opbouw van een verzorgingsstaat.[442]

438 Van der Drift 1955b, 335. Zie ook: Vijselaar 2007c.
439 Van der Drift 1955a, 255-256; vergelijk Van der Drift 1954.
440 Carp 1955, 43.
441 Dankers en Van der Linden 1996, 96. De Smet 1955, 130.
442 Zie Tonkens 1999, 21-26. Zij maakt een onderscheid tussen geleide en spontane zelfontplooiing. Het eerste type deed na de oorlog, het tweede in de jaren zestig opgeld. Bij geleide zelfontplooiing moet het individu zich aan de maatschappelijke orde aanpassen onder begeleiding van deskundigen. Zie ook paragraaf 3.6, paragraaf 'Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme'.

Tekening van een elektroshockbehandeling in de St. Willibrordusstichting, Heiloo, 1950.



Tussen therapeutische idealen en de dagelijkse praktijk in de inrichtingen gaapte overigens vaak een kloof. In de eerste naoorlogse jaren bestond een tekort aan zo ongeveer alles, zowel in materieel als in personeel opzicht.[443] Het 'verpleegsterstekort' werd er in de jaren vijftig niet minder op, integendeel. Over het geheel genomen vertoonde het naoorlogse evenals het vooroorlogse therapeutisch regime een hoog eclectisch gehalte. Aan de combinatie van sociale en somatische behandelingsvormen werden in toenemende mate ook psychologische therapieën toegevoegd.[444]

Eind 1949 werd Van der Scheer, die eerder dat jaar als hoogleraar psychiatrie in Groningen met emeritaat was gegaan, benoemd tot bijzonder adviseur van de Directeur-Generaal voor de volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken, met als taak om voorlichting te geven over het verplegingspeil in de inrichtingen en in het bijzonder over de toepassing van de actievere therapie.[445] Tussen 1949 en 1957 bezocht hij, al dan niet aangekondigd, alle inrichtingen diverse malen. Zo kwam hij maar liefst acht keer in de St. Willibrordusstichting op bezoek.[446] Van zijn bevindingen maakte hij gedetailleerde verslagen die veel onthullen over het dagelijks leven in de inrichtingen aan het begin van de jaren vijftig en de maatstaven die hij aanlegde. Wat hij zag viel hem niet mee, zoals hij liet blijken in een artikel dat in 1952 verscheen.

——— *Zolang er inrichtingen blijven, waar men armlastige patiënten oude, slordige, niet passende kleding laat dragen, zolang het verplegend personeel niet eens bemerkt, indien de vrouwelijke patiënten met afgezakte kousen en loshangende broekbanden, de mannen-patiënten met open afzakkende broek, en boven de broekband uitpuilend hemd en vieze, vuile handen rondlopen, de vrouwen met kortgeknipt haar of met een niet opgemaakt slordig kapsel op de verblijfzalen rondhangen, ontbreekt er nog heel wat aan de verpleging. Indien men ziet, dat tijdens de maaltijd druppels van patiëntenneuzen in het eigen eten of in dat van buurvrouw of buurman vallen, of dat sommigen met hun handen eten en al of niet met een lepel hun mond volproppen en daarna hun bord aflikken [...] Als men al patiënten aan tafel ziet zitten in hun hemd of nachtkleren, met blote voeten of naakte benen blauw van de kou, als men achter hoge hekken van vlechtdraad of geteerde houten palen veel patiënten maar heen en weer ziet lopen in een nauwelijks als tuin te noemen ruimte met uitdrukkingsloze blik, met stereotype en verwrongen bewegingen, of onbewegelijk ziet staan in katatone stuporeuse houding [...] of hen bezoekt op verblijfzalen, waar het meubilair slechts waarde heeft voor de voddenkoopman [...], indien men nog inrichtingen heeft waar de patiënten 's nachts hun behoeften moeten doen op een open W.C. op de zaal ten aanschouwe van de andere patiënten [...], wordt het moeilijk de niet ingewijden te vertellen, dat onze geesteszieken het toch zo goed hebben en goed worden verpleegd.*[447]

443 Zie bijvoorbeeld Kraus 1956.

444 Zie over therapieën tussen 1945 en 1965 onder meer: Canter Visscher 1995; Dankers en Van der Linden 1996, deel II, hoofdstuk 2; Blok 1997c, 1998b; Bakker en De Goei 2002c; Bakker 2002d.

445 Van der Esch 1975-1980, I: 85.

446 Zie over Van der Scheers bezoeken Blok 1997c, 168-170; Blok 1998b, 151-154; Gorisse 1997, 67-69; Bakker 2002d, 200-208.

Franstalige reclame voor Largactil.

En dat was nog niet alles: er bestonden, zo vervolgde Van der Scheer, nog inrichtingen waar patiënten waren vastgebonden met 'banden en riemen, soms van patentsloten voorzien, aan de spijlen van hun bed, of in een dwangbuis geperst en met een spanlaken geïmmobiliseerd, of heel of half naakt in scheurhemd opgesloten [...] in cellen met stevige grendels op de deuren'. Over het algemeen stond de inrichtingspsychiatrie er volgens Van der Scheer niet goed voor, hoewel enkele instellingen, waaronder uiteraard Santpoort, in de voorgaande 25 jaar wel degelijk een omwenteling in de verpleging tot stand hadden gebracht en er ook anno 1952 inrichtingen waren die 'met een veel kleiner aantal verplegenden dan zij vroeger hadden, de actievere therapie met groot succes toepassen en onderhouden'.[448] Als vanouds verkondigde Van der Scheer de principes van de actievere therapie: opvoeding tot verantwoordelijkheid en het aanleren van aangepast, 'goed en ordelijk' gedrag in de inrichtingsgemeenschap. 'Het belang van de gemeenschap dient steeds te gaan boven dat van de enkeling.' Een prettige omgeving, goede kleding en een behoorlijke persoonlijke verzorging waren daarbij van belang. Tot de middelen van heropvoeding rekende Van der Scheer behalve arbeid ook lichamelijke opvoeding, deskundig begeleide en gezamenlijke zang- en muziekbeoefening, dans en ook 'actieve en passieve ontspanning'.[449]

Van der Scheers inspanningen bleven blijkbaar niet zonder resultaat. Na diens dood in 1957 merkte inspecteur Piebenga in ieder geval op dat de actievere therapie gemeengoed was geworden in alle psychiatrische inrichtingen.[450] Vooral de toepassing van arbeidstherapie lijkt in de jaren vijftig een ware piek te hebben bereikt. Reeds in 1949 kwam vanuit de Willem Arntsz Hoeve de melding dat driekwart van de patiënten deelnam aan de arbeidstherapie. In de St. Willibrordusstichting nam de participatie aan de arbeidstherapie toe van 60 procent in 1950 naar meer dan driekwart in 1955. Voor Wolfheze lag het percentage in 1954 zelfs op 80.[451] Uit het dossieronderzoek van J. Vijselaar – de tellingen betreffen Endegeest en Wolfheze – valt op te maken dat van de in 1950 opgenomen patiënten uit zijn steekproef maar liefst 85 procent aan arbeidstherapie deelnam. Een dergelijk hoog percentage was niet eerder vertoond, noch zou dit later nog worden geëvenaard.[452] De arbeid bestond uit huishoudelijke werkzaamheden en productieve handenarbeid, zoals weven, breien, haarnetten knopen, het maken van speelgoed, borstels en matten.[453] Ook deed in de jaren vijftig de 'industriële' therapie zijn intrede: productie- en montagearbeid, veelal ten behoeve van fabrieken. In de Willem Arntsz Stichting dienden patiënten eind jaren veertig, met het oog op hun toekomstige terugkeer naar de maatschappij, zo veel mogelijk een normale werkdag te volgen en kregen

447 Van der Scheer 1952, 12–13.
448 Van der Scheer 1952, 19.
449 Van der Scheer 1952, 16–17.
450 Piebenga 1957, 253.
451 Van Dijk 1949; Bakker 2002d, 210; Van der Drift 1954, 224–225.
452 Vijselaar, monografie in voorbereiding. Het hoogste vooroorlogse percentage bedroeg 63 in 1930. Na de piek van 85 procent in 1950 daalden de percentages naar 65 in 1960 en 68 in 1970, om daarna een forse duikeling te maken naar 25 respectievelijk 18 in 1980 en 1990.
453 Canter Visscher 1995, 23–24.

Uitstapje van patiënten van Santpoort naar de Hondsbossche Zeewering. De strohoeden zijn ter voorkoming van huidproblemen als bijwerking van Largactil.

ze daarvoor een passende beloning.[454] Mede om het tekort aan verplegend personeel op te vangen, werden in de loop van de jaren vijftig in diverse inrichtingen 'arbeidstherapeuten' met specifieke vakkennis aangesteld.[455]

Bewegingstherapeuten en creatief therapeuten maakten in deze periode eveneens hun opwachting. Om enkele voorbeelden te noemen: in de St. Willibrordusstichting werd reeds in 1947 een 'leider van de gymnastiek' aangesteld en ging in 1954 op initiatief van psychotherapeut M.L.J. Vaessen een Afdeling Creatieve Therapie in het kader van psychotherapie van start, terwijl Wolfheze onder Van der Drift in de jaren vijftig letterlijk en figuurlijk toonaangevend werd op het gebied van de creatieve therapie, waaronder de muziektherapie.[456] Het kwam erop neer dat de A(rbeids)-, B(ewegings)- en C(reatieve) therapieën in toenemende mate tezamen het gezicht gingen bepalen van de activerende behandeling. Overigens is nog betrekkelijk weinig bekend over de mate waarin en de wijze waarop deze ABC-therapieën concreet invulling kregen in de diverse psychiatrische inrichtingen en in hoeverre sociotherapeutische ideeën à la Daumézon en Sivadon daarin doorklonken.[457] Ook over de resultaten van de 'heractivering' van de actievere therapie ten tijde van Van der Scheers visitaties in de eerste helft van de jaren vijftig zijn we, behoudens enkele inrichtingen, amper geïnformeerd.[458]

Terwijl Van der Scheer nog volop doende was de actievere therapie in de Nederlandse inrichtingen op een hoger peil te brengen, kwamen vanaf 1952 nieuwe psychofarmaca in gebruik, te beginnen met het neurolepticum oftewel antipsychoticum Largactil (chloorpromazine), waarna al spoedig het antipsychoticum Serpasil volgde. Duin en Bosch te Bakkum kreeg in 1952 als eerste psychiatrische inrichting in Nederland de beschikking over chloorpromazine en rapporteerde tevens als eerste, bij monde van de arts N.M. van de Wardt-Kikkert, over de toepassing van dit middel op patiënten.[459] Geneesheer-directeur F.J. Tolsma van Maasoord behoorde in Nederland eveneens tot de eersten die – vanaf 1953 – Largactil voorschreven en over de ervaringen met dit nieuwe middel publiceerden.[460]

454 Van Dijk 1949; Dankers en Van der Linden 1996, 90-91. Zie voor een systematische beschouwing over arbeidstherapie: Van der Drift 1959.

455 Zie bijvoorbeeld Vijselaar 2007c, 203.

456 Bakker 2002d, 208-209 respectievelijk Bakker en De Goei 2002c, 152-158; Vaessen 1955, 1957; Van der Drift 1957.

457 Vaessen van de St. Willibrordusstichting ontleende inspiratie aan Daumézon en Sivadon, en bezocht ook de neuroseklinieken Austerlitz, Veluweland en Halsteren, waarna hij voor Heiloo een eigen variant ontwierp: De Oosthoek in Limmen, die in 1966 openging. Zie Bakker en De Goei 2002c. Zie voorts 4.4, paragraaf 'Socio- en psychotherapeutisch optimisme'.

458 De in het Nationaal Archief berustende verslagen van Van der Scheer en de jaarverslagen van de psychiatrische inrichtingen zijn nog niet aan een systematisch onderzoek onderworpen. Zij zijn tot dusverre benut voor de studies over de Noord-Hollandse ziekenhuizen, Vrederust, Endegeest en de St. Willibrordusstichting. Zie respectievelijk Blok 1997c; Gorisse 1997; Blok 1998b; Bakker 2002d.

459 Cahn 1970, 90; Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 55. De Eindhovense zenuwarts P. Holzer was de eerste die, na een studiereis naar Parijs teneinde kennis te maken met het preparaat Largactil, in Nederland over dit middel publiceerde.

460 Tolsma, Jedeloo en Van Kemenade 1954; Bakker 1999b, 90-94; Pieters en Snelders 2005, 55.

Rondleiding W.M. van der Scheer door Zr. To Slob in tbc-paviljoen Heidezicht van Zon en Schild, Amersfoort, 1949.

Ook kwamen antidepressiva, zoals Tofranil (1957), en tranquillizers, zoals librium (1960), beschikbaar.[461] Vergeleken met de introductie van de somatische kuren tijdens het interbellum, waren de verwachtingen ten aanzien van de psychofarmaca minder hoog gespannen. Ze golden niet zozeer als geneesmiddel, als wel als middel om symptomen te bestrijden. In dat opzicht bleken de nieuwe psychofarmaca ondanks tal van hinderlijke bijwerkingen (zoals een allergische huidreactie bij Largactil) effectief. Wanen, hallucinaties en angsten vielen er beter, zonder dat de patiënt slaperig werd, mee te dempen dan met de traditionele kalmeringsmiddelen, zoals Paraldehyd en broom. Artsen en verplegenden gaven hoog op van het rustbrengende effect. Het verhaal gaat dat de geneesheer-directeur van Santpoort tijdens een kerstviering met een groep voorheen 'onrustige' mannen, die kalm naar de kerstliederen zat te luisteren, tegen een assistent-geneesheer opmerkte dat er 'nu eindelijk "Largactil-vrede op aarde" was'.[462]

De komst van de psychofarmaca zorgde niet alleen voor een vermindering van 'onrust' in psychiatrische inrichtingen, maar maakte het ook mogelijk om voordien 'onrustige' patiënten, juist doordat zij nu kalmer en aanspreekbaar waren, beter te betrekken bij 'het actief therapeutisch regime', zoals het in Santpoort heette.[463] Was volgens Van der Scheer de actievere therapie zelf indertijd de grote rustbrenger geweest, nu was deze rol weggelegd voor de psychofarmaca. Sterker nog: dankzij de psychofarmaca kon de actievere therapie meer vruchten afwerpen. Ook andere behandelvormen, zoals individuele of groepspsychotherapie – de laatste dikwijls kortweg groepstherapie of ook sociotherapie genoemd – hadden baat bij de psychofarmaca. Zo schreef geneesheer-directeur Visser van Licht en Kracht te Assen in 1965 dat de snelle naoorlogse ontwikkeling en uitbouw van de actievere therapie tot de sociotherapie wellicht niet mogelijk was geweest, 'indien niet min of meer tegelijk met het tot ontwikkeling komen van deze vorm van therapie, de opkomst van de moderne chemotherapie zijn intrede had gedaan'.[464] Kortom, de nieuwe medicatie – ook wel getypeerd als 'inwendige dwangbuis' – vergrootte de ontvankelijkheid van patiënten voor sociaal-psychologische therapieën.[465] Jaren nadien maakte de psychiater Wertenbroek de balans op: 'Je kunt de psychiatrie verdelen in de psychiatrie vóór 1952 en na 1952. Dat zijn twee verschillende psychiatrieën.'[466]

Daarbij kwam nog dat de psychofarmaca bepaalde somatische therapieën overbodig maakten en het gebruik van andere terugdrongen. Te beginnen met de in 1935 door de Portugese neuroloog Moniz ontwikkelde lobotomie, een

461 Zie onder meer: Dankers en Van der Linden 1996, 93-94; Blok 1997c, 179-182 en 189, 1998b, 166-171; Bakker 1999b, 90-94; Pieters en Snelders 2005. De hierna volgende passage over psychofarmaca is hoofdzakelijk ontleend aan Blok 1997c.

462 Blok 1997c, 180.

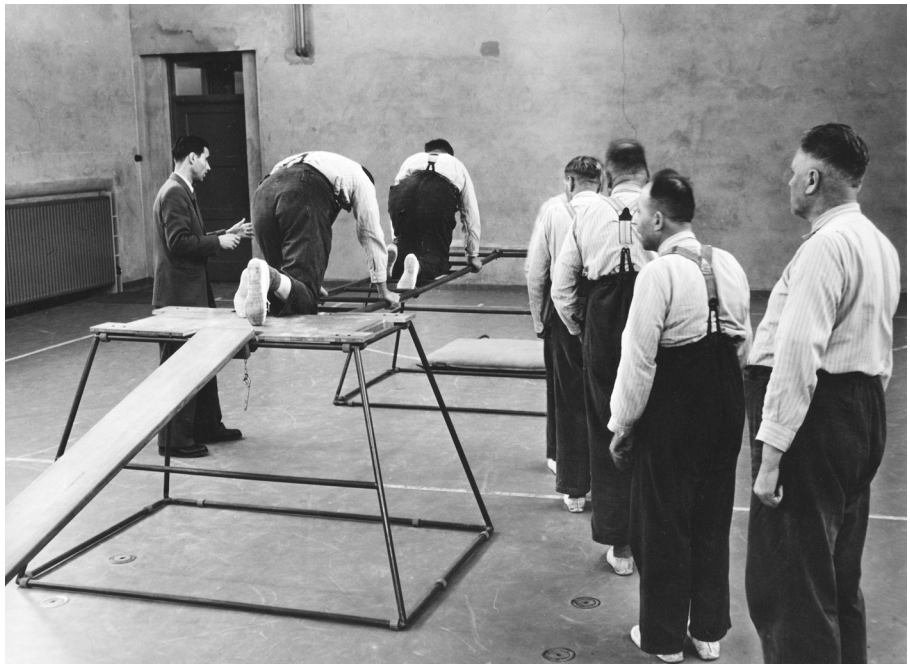
463 Blok 1997c, 181.

464 Visser 1965, 149. Zie ook Bakker 1999b, 108-111.

465 Deze niet negatief bedoelde typering werd tien jaar na invoering van de psychofarmaca in Voorburg te Vught gebezigd door L.M. Woltring, geneesheer-directeur van deze inrichting. Binneveld en Wolf 1985, 165.

466 Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 66.

Bewegingstherapie onder leiding van bewegingstherapeut N.P. van Roozendaal in St. Willibrordusstichting, Heiloo, 1956.



chirurgische ingreep waarbij een arts de voorste hersenkwabben scheidde van de centrale hersenen. In Amerika en Engeland vond deze operatie veelvuldig toepassing: in 1951 hadden al bijna 19.000 Amerikanen en in 1954 zo'n 12.000 Britten een lobotomie respectievelijk leukotomie (de in Engeland gebezigde term) ondergaan. De patiënten waren na de operatie doorgaans rustiger, maar daar stond tegenover dat hun karakter vaak veranderde, dat ze apathisch werden en aan geheugenverlies leden. In deze beide landen liep het aantal operaties halverwege de jaren vijftig alweer sterk terug, hetgeen zou samenhangen met de introductie van de psychofarmaca.[467] Het aantal Nederlandse patiënten dat een lobotomie onderging bedroeg tussen 1946 en 1972 ongeveer 200 en gedurende de jaren 1972-1984 53.[468] In de Noord-Hollandse ziekenhuizen ging het tussen 1946 en 1955 om enkele tientallen patiënten en in Endegeest begin jaren vijftig om enkele patiënten.[469] Voorts is van de Willem Arntsz Stichting (Huis en Hoeve) bekend dat daar tussen 1953 en 1955 hooguit 3 operaties per jaar plaatsvonden en dat deze nadien nog maar amper voorkwamen.[470] We zien in Nederland dus enerzijds een, vergeleken bij Engeland en Amerika, tamelijk grote terughoudendheid ten aanzien van deze ingrijpende operatie – die overigens nog om een nadere analyse en verklaring vraagt – en anderzijds eenzelfde tendens waar het de terugdringing van lobotomie door de psychofarmaca betreft.[471]

In kwantitatief opzicht opvallender, althans binnen de Nederlandse context, was de verminderde toepassing van de in 1939 geïntroduceerde elektroconvulsietherapie (ECT). Zo daalde het aantal ECT's in de Willem Arntszstichting van in totaal 8000 tussen 1946 en 1952 naar ruim 1000 per jaar in 1953 en 1954, waarna vanaf 1955 een verdere teruggang inzette naar ruim 400 in 1957 en naar vrijwel 0 in de jaren zestig.[472] In Voorburg te Vught vertoonde het aantal ECT's tussen 1953 en 1960 eveneens een halvering – van 300 naar 150 – om daarna nog verder af te nemen.[473] Vanaf de jaren zestig zou deze ingreep hoofdzakelijk bij depressie worden voorgeschreven.[474] De scherpe daling van het aantal ECT's vanaf halverwege de jaren vijftig lijkt tot op grote hoogte het gevolg te zijn van de inmiddels brede toepassing van de psychofarmaca.

De andere vooroorlogse somatische therapieën werden hoe dan ook veel minder frequent aangewend dan de ECT. Uiteindelijk zouden alleen de ECT en de somnifeenslaapkuur, hoewel deze laatste in beperkte mate, deel blijven uitmaken van het therapeutisch repertoire. De bij dementia paralytica aangewende

467 Shorter 1997, 225-229.
468 Kohnstamm 1985, 33.
469 Blok 1997c, 177-179; Blok 1998b, 165.
470 Dankers en Van der Linden 1996, 93.
471 Blijkbaar legden ook andere Europese landen een vergelijkbare terughoudendheid inzake lobotomie aan de dag. Zie Blok 1998b, 165. Aan nader, vergelijkend onderzoek op dit punt ontbreekt het evenwel tot dusverre. Ook Kohnstamm signaleert een verband tussen de komst van de psychofarmaca en de 'drastische achteruitgang' van psychochirurgische operaties. Kohnstamm 1985, 35; zie ook: Canter Visscher 1995, 35-36.
472 Zie 2.3.5. Gestichtsgeneesheren verenigd.
473 Binneveld en Wolf 1985, 164-165.
474 Van den Broek, Leentjens en Verwey 1999; Kerkhoven 1996, 236-237.

Arbeidstherapie vrouwen met wasknijpers, Groot Lankum, Franeker, eind jaren vijftig.

malariatherapie raakte na de komst van de penicilline medio jaren vijftig geleidelijk in onbruik. De cardiazolshocktherapie moest het wegens de bijwerkingen goeddeels afleggen tegen de ECT.[475] Toen na de oorlog weer insuline verkrijgbaar was, kwam de insulinecomatherapie (ICT) opnieuw voor de behandeling van schizofrenie in gebruik. In de St. Willibrordusstichting ontwikkelde Vaessen in de jaren vijftig een psychotherapeutische variant van de ICT waarbij hij de insulinekuur combineerde met verschillende psycho- en sociotherapeutische behandelingen: de 'ICT-nieuwe-stijl'.[476] De ICT zou tot in de jaren zestig deel uitmaken van het therapeutisch repertoire.[477] In een inrichting als Voorburg kondigde zich het einde van de ICT al vanaf 1955 aan, omdat met behulp van psychofarmaca hetzelfde resultaat veel eenvoudiger zou zijn te bereiken.[478] Iets soortgelijks gold voor de bedverpleging, voor zover deze werd toegepast ter bestrijding van onrust, en de toch al vrijwel niet meer toegepaste permanente badbehandeling.[479]

Kortom, de psychofarmaca brachten rust in de inrichting, maakten patiënten toegankelijker voor sociaal-psychologische therapieën, en drongen het gebruik van bepaalde somatische therapieën terug of maakten deze overbodig. De psychofarmaca hadden bovendien als effect dat ze voor bepaalde categorieën patiënten de ontslagmogelijkheden vergrootten en de opnameduur bekortten. Niet alleen de dempende werking van de medicijnen zelf en daarmee de grotere toegankelijkheid van patiënten voor een activerende of sociotherapeutische behandeling, ook de mogelijkheid om de medicatie buiten de inrichting voort te zetten in combinatie met de meer en meer effectief functionerende Sociaal-Psychiatrische Diensten zorgden ervoor dat een toenemend aantal patiënten binnen afzienbare tijd na hun opname weer naar huis kon.[480] Daar stond wel tegenover dat ook het aantal heropnamen steeg.[481] Vanaf wanneer, in welke omvang en met betrekking tot welke patiënten deze ontwikkelingen zich voordeden, is niet helemaal duidelijk. Wél valt vast te stellen dat een substantiële stijging van de landelijke opname- én ontslagcijfers zich pas tegen halverwege de jaren zestig begon af te tekenen.[482] Behalve de psychofarmaca maakten de geringere instroom van patiënten met een verstandelijke handicap en de geleidelijke afname van het 'verpleegsterstekort' deze ontwikkeling waarschijnlijk mogelijk.[483]

475 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Vergelijk Kerkhoven 1996, 236: zij suggereert dat de cardiazolshocktherapie werd verdrongen door de insulinecomatherapie.

476 Bakker en De Goei 2002c, 158-171.

477 Kerkhoven 1996, 236.

478 Binneveld en Wolf 1985,127.

479 Kerkhoven 1996, 236. Ongepubliceerd dossieronderzoek van J. Vijselaar wijst uit dat gemiddeld 11 procent van de patiënten uit zijn steekproef die in of na 1950 werden opgenomen in Endegeest en Wolfheze gedurende enige tijd in bed werd verpleegd. In Wolfheze lag dit percentage met 18 procent aanzienlijk hoger dan in Endegeest met 4 procent.

480 Piebenga 1956, 403. Zie ook 3.4, paragraaf 'De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking'.

481 Kerkhoven 1996, 231. Kerkhoven geeft geen bronvermelding.

482 Zie bijlage 5b: Verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland 1940-1997.

483 Zie 3.3, paragraaf 'Bouwen voor zwakzinnigen: expansie en verzelfstandiging'; en hierna 3.4, paragraaf 'Het verpleegsterstekort'.

Arbeidstherapie vrouwen met pitriet, Groot Lankum, Franeker, eind jaren vijftig.

Zoals hierboven aangegeven bestond de kentering in het therapeutisch regime tijdens de jaren vijftig niet alleen uit de introductie van de psychofarmaca, maar ook uit een uitbouw dan wel vernieuwing van sociaal-psychologisch georiënteerde behandelvormen. Behalve dat de actievere therapie onder het toeziend oog van Van der Scheer in de eerste helft van de jaren vijftig een nieuwe impuls en bovendien met de zogeheten ABC-therapieën een nadere invulling had gekregen, vallen her en der vernieuwingen in het therapeutisch klimaat te signaleren. Deze zouden in de loop van de jaren zestig op grotere schaal navolging vinden. Deze vernieuwingen bestonden uit variaties op de beginselen van de therapeutische gemeenschap en sociotherapie waarbij een meer democratische, op onderlinge communicatie en zelfexpressie gerichte benadering centraal stond en patiënten waar mogelijk medeverantwoordelijkheid kregen voor het dagelijks leven in de inrichting. Wolfheze nam het voortouw. Carp roemde in 1955 de 'voortreffelijke resultaten der sociotherapie' die hij daar had waargenomen.[484] Tot de andere inrichtingen die zich in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig op het pad der 'sociotherapeutische' vernieuwing begaven, behoorden, voor zover thans bekend, Duin en Bosch vanaf 1950 (groepstherapie, dat wil zeggen psychotherapie in groepsverband), Maasoord vanaf 1953 (groepstherapie en later 'psychodrama' alsmede 'zaalraden'), de St. Willibrordusstichting vanaf 1953 (groepstherapie en de ICT-nieuwe-stijl van Vaessen) en de Willem Arntsz Stichting vanaf 1961 (nagenoeg zelfstandige huisvesting voor chronische patiënten).[485] Behalve uit buitenlandse, hoofdzakelijk Britse, Amerikaanse en Franse voorbeelden, konden psychiaters inmiddels inspiratie putten uit voorbeelden in eigen land.

Met name in het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz (1946), de neuroseklinieken Veluweland te Ederveen (1949) en de Viersprong te Halsteren (1957) werkten psychiaters volgens principes van de therapeutische gemeenschap (TG).[486] Dat hield in dat ongeveer acht à tien patiënten in groepsverband een therapeutisch traject doorliepen. Uitgangspunt was dat groepsleden verantwoordelijkheid droegen voor hun medepatiënten en voor hun eigen behandeling. Tijdens de zogenoemde *patient-staff meeting* bespraken de patiënten het groepsproces, leverden zij commentaar op elkanders gedrag en namen zij op democratische wijze besluiten over de dagelijkse gang van zaken op de afdeling en over de behandeling. De achterliggende gedachte was dat de betrokkenen zich op die manier beter zouden kunnen uiten, meer rekening zouden leren houden met anderen en de grenzen van de eigen vrijheid zouden ervaren. Volgens Carp, die eind 1952

484 Carp 1955, 63.

485 Zie over Duin en Bosch: Blok 1997c, 184. Santpoort, dat vanouds een voortrekkersrol had gespeeld en dat vanaf eind jaren zestig met de therapeutische gemeenschappen Amstelland en Rijnland weer zou gaan doen, bleef vooralsnog achter bij deze ontwikkeling. Over Maasoord/Deltaziekenhuis: Bakker 1999b, 109. Over de St. Willibrordusstichting: Bakker en De Goei 2002c. Over de Willem Arntsz Stichting: Dankers en Van der Linden 1996, 94-103.

486 Zie voor nadere informatie over de therapeutische ontwikkelingen in Veluweland: De Goei 2007b.

H. van der Drift.

in de Jelgersmakliniek was begonnen met sociotherapie in de lijn van Daumézon en Sivadon, ging het er om patiënten door middel van groepstherapie en psychodrama te leren 'aan de existentie van de ander' deel te nemen. 'Het is in de omgang met de ander, dat de omgang met het eigen zelf wordt bevorderd', zo schreef hij.[487]

In Wolfheze trachtte Van der Drift, sedert 1953 geneesheer-directeur, op diverse manieren aan het sociotherapeutische gedachtegoed invulling te geven. Reeds in datzelfde jaar constateerden onafhankelijke deskundigen in een rapport dat 'de behandeling van de patiënt als een blad aan de boom werd omgekeerd'.

——— *De hekken om de paviljoens waren gesloopt, contact tussen mannen en vrouwen was mogelijk gemaakt, eenvormige gestichtskleding had plaats gemaakt voor fleuriger, zelfgekozen dracht, een schoonheidsspecialiste schonk aandacht aan de uiterlijke verzorging en naast zinvolle bezigheden behoorden ook vakantie-uitstapjes tot het levenspatroon.*

De achterliggende gedachte was dat 'wie de opvoeding van verantwoordelijke mensen voor ogen staat [...] gelijktijdig ook [moet] proberen levens-omstandigheden te scheppen die in de "vrije maatschappij" als normaal gelden.'[488] Van der Drift onderscheidde drie hoofdrichtingen in de ontwikkeling van de verpleging: de arbeidstherapie, de actievere therapie en 'de richting van de heropvoeding'. Hij beschouwde de 'reëducatieve gedachte' als het fundament van het therapeutisch bouwwerk. 'Het komt', zo schreef hij, 'vooral aan op een verantwoordelijkheids- en vertrouwens-paedagogie.' Behalve door middel van de hierboven vermelde versoepeling van het inrichtingsregime, bracht hij deze heropvoedingsgedachte in praktijk door na zijn aantreden als geneesheer-directeur 'medebestuur' in de vorm van 'zaalraden' in te voeren. Een zaalraad bestond uit een achttal bewoners van een paviljoen die in overleg met het paviljoenshoofd waren uitgekozen. Eén van hen werd tot voorzitter benoemd. De zaalraden waren medeverantwoordelijk voor

——— *de orde op zaal, voor de reinheid, voor de goede toon, voor de gezelligheid, voor het regelen van de ontspanning [...], voor het regelen van de corvee, voor het toezicht op de kleding, haardracht, baardgroei; ze beraden zich over de plaatsen aan tafel, zorgen voor een behoorlijke ontvangst van nieuw aangekomenen, brengen de wensen van de zaal aan de leiding van de verpleging over enz.*

De betekenis van de zaalraden was volgens Van der Drift gelegen in:

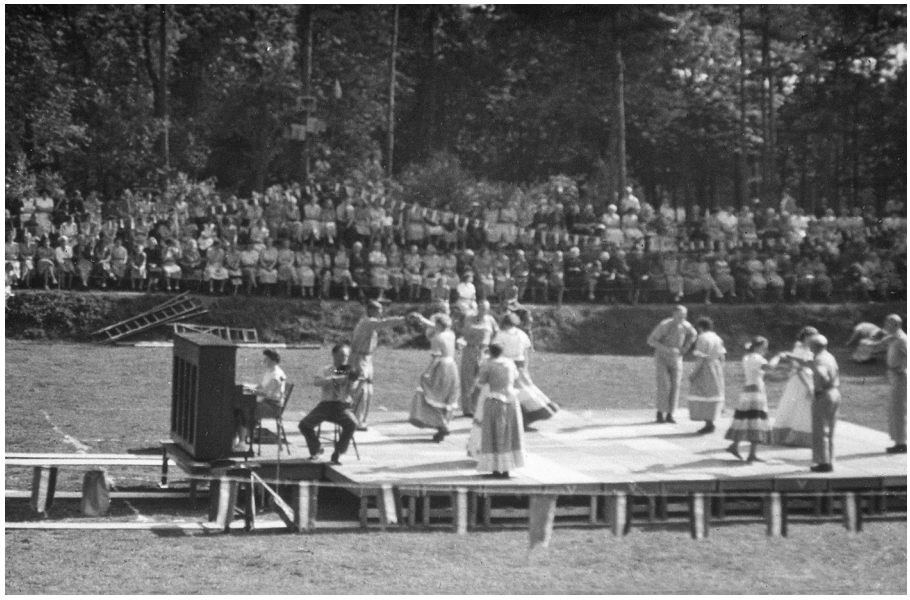
——— *de gezagsfactor van binnenuit, het vertrouwens- en verantwoordelijkheidsaspect, het aspect van hulpvaardigheid en strijdlust, van zelftucht en wedijver, van gemeenschapstructurering, van het geven van gezagservaringen, verzwakking van de tegenstelling bevoegden en onmondigen, en het belangrijk aspect van waardigheidsherstel en voorbereiding voor vertrek.*[489]

487 Carp 1955, 27, hoofdstuk IV. Zie ook Blok 1997c, 182–183.

488 Boersma et al. 1983, 32–33. Zie voor een uitgebreidere beschouwing over Van der Drift: Vijselaar 2007c.

489 Van der Drift 1954, 228, 230, 234.

Zomerfeest Wolfheze, begin jaren vijftig: geneesheer-directeur Van der Drift speelt viool. Mevr. A. van der Drift speelt piano, patiënten dansen menuetten.



Daarnaast ontplooide Van der Drift, zoals gezegd, tal van initiatieven op het gebied van de creatieve of culturele therapie. De totstandkoming van het sociotherapeutisch centrum (STC) in 1961, waar zo'n driehonderd van de in totaal achthonderd patiënten van Wolfheze in groepjes van zes in dubbele rijtjeswoningen op het terrein werden ondergebracht en gezamenlijk, zo nodig met hulp van een 'sociotherapeut', hun huishouding voerden, vormde een volgende stap in het beleid van heropvoeding tot verantwoordelijkheid. Hieraan lag dezelfde gedachte ten grondslag als aan de vooroorlogse 'verplegerloze ruimtes' van Duin en Bosch en Santpoort.[490]

In datzelfde jaar werden in een voormalig winkelpand in de nabijheid van het Willem Arntsz Huis te Utrecht een zestal 'sterk gehospitaliseerde' vrouwelijke patiënten, die, naar Dankers en Van der Linden meedelen, 'door het langdurige verblijf in de inrichting apathisch, afhankelijk en onderdanig' waren geworden, ondergebracht. Net als in het STC te Wolfheze voerden zij met behulp van een verpleegster zelfstandig hun huishouding. In 1967 zou de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder met een soortgelijk initiatief volgen.[491] Inmiddels waren ook her en der de eerder genoemde sluisinternaten opgericht om voor patiënten de overgang vanuit een psychiatrische inrichting naar de maatschappij te vergemakkelijken.

Overigens bleef de voor Wolfheze aangestipte 'normalisering' van het inrichtingsleven, zoals die zich manifesteerde in het slopen van hekken tussen paviljoens, het niet langer scheiden van mannen en vrouwen, het afschaffen van gestichtskleding en het organiseren van vakantieuitstapjes, evenmin tot deze inrichting beperkt. Zo zorgde Tolsma er al spoedig na zijn aantreden als geneesheer-directeur van Maasoord voor dat tussen 1952 en 1954 de hekken rond de paviljoens verdwenen.[492] Op Dennenoord werden onder geneesheer-directeur Doff in de tweede helft van de jaren vijftig de hoge hekken eveneens afgebroken, gingen patiënten hun eigen kleding dragen en vierden zij vakantie op Ameland.[493] Voor patiënten van Santpoort, Duin en Bosch en Medemblik werden vanaf eind jaren vijftig kampeerweken georganiseerd.[494] Ook patiënten van Endegeest kregen vanaf begin jaren zestig meerdaagse vakanties aangeboden.[495] Dergelijke ontwikkelingen deden zich in de jaren vijftig vooralsnog op bescheiden schaal en in een beperkt aantal inrichtingen voor. Naarmate in de loop van de jaren zestig de welvaart toenam en de normen voor wat als acceptabel gold werden opgeschroefd, vonden ze, zoals we zullen zien, wijdere verspreiding.[496]

Afgezien van de hierboven aangestipte introductie van sociotherapeutisch georiënteerde behandelvormen in een aantal inrichtingen, valt bovendien nog te wijzen op de toename van individuele psychotherapeutische gesprekken, althans

490 Brinkman 1984, 321-322. Zie 2.3, paragraaf 'Gestichtsheren verenigd'.
491 Dankers en Van der Linden 1996, 99-100.
492 Bakker 1999b, 89-90.
493 Vlaanderen 1984, 303-304.
494 Blok 1997c, 185.
495 Blok 1998b, 176-177.
496 Zie 3.4, paragraaf 'Patiënten in de psychiatrische inrichting'.

in een inrichting als Endegeest. Daar ging, naar Vijselaar op grond van dossieronderzoek heeft vastgesteld, vanaf halverwege de jaren vijftig het psychotherapeutisch gesprek in een aantal gevallen deel uitmaken van de behandeling. Aanvankelijk gebeurde dit nog op kleine schaal. Pas in een later stadium, eind jaren zeventig en zeker in de jaren tachtig, zouden psycho- en ook sociotherapie 'de hele therapeutische cultuur [van Endegeest] doordringen'.[497] Voor zover psychiaters in andere inrichtingen in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig van psychotherapie gebruikmaakten – onze kennis hierover is echter beperkt – lijkt deze overwegend in groepsverband te zijn bedreven. Daar waren niet alleen vakinhoudelijke, sociotherapeutisch getinte argumenten voor – het had ook praktische voordelen vanwege de mogelijkheid om meer mensen tegelijk te behandelen. Dat gold ook voor de St. Willibrordusstichting, waar Vaessen vanaf begin jaren vijftig vormgaf aan 'psychotherapie in inrichtingsverband': weliswaar werd daar ook psychotherapie op individuele basis gegeven, maar groepspsychotherapie bleek al spoedig een groter bereik te hebben.[498] Ook de creatieve therapie beschouwde Vaessen als een vorm van psychotherapie. En daar bleef het niet bij: vanaf 1958 golden in het jaarverslag ook de arbeidstherapie, de ontspanning en de sport (bewegingstherapie), die voorheen bij de actievere therapie hoorden, als vormen van psychotherapie.[499]

In enkele inrichtingen en klinieken werd psychotherapie in de jaren vijftig soms gecombineerd met somatische therapieën. In Brinkgreven, Veluweland en de psychiatrische klinieken van de Amsterdamse Gemeente Universiteit en de Universiteit van Leiden maakten C.H. van Rhijn, Arendsen Hein en Bastiaans in hun psychotherapeutische behandelingen gebruik van LSD en andere geestverruimende chemische middelen teneinde patiënten toegankelijk te maken voor bepaalde vormen van psychotherapie. Daarnaast vond de zogenaamde koolzuurtherapie, die de Heerlense neuroloog J.G.Y. de Jong vanuit de Verenigde Staten introduceerde, toepassing. Naast De Jong wendden F.M. Havermans, W.G.J.M. van Trier en Carp deze aan, onder andere om homoseksualiteit te behandelen. Patiënten werden door middel van inhalatie van een gasmengsel van kooldioxide en zuurstof gedurende korte tijd buiten bewustzijn gebracht. Deze narcosetoestand zou de herbeleving van en het praten over onbewuste conflicten en traumatische ervaringen bevorderen.[500]

Een katholieke broeder aan de wieg van psychiatrische verpleegkunde

Als lid van de Belgische Congregatie van Onze Lieve Vrouw van Lourdes kreeg broeder Sergius (Piet Stevens) na zijn noviciaat opdracht om in de psychiatrie te

497 Zie ongepubliceerd dossieronderzoek J. Vijselaar; vergelijk Blok 1998b, 150, 158–159 en 179.
498 Bakker en De Goei 2002c, 146–158.
499 Bakker en De Goei 2002c, 157–158.
500 Havermans 1953; De Jong 1954; Van Trier 1954; Carp 1958; Snelders 2000, 103–210.

gaan werken en de B-opleiding te volgen.[501] Zo werd hij in 1947 op negentienjarige leeftijd naar de St. Willibrordusstichting te Heiloo gestuurd. Eerst kwam hij te werken op een afdeling voor zwakzinnigen en na een klein jaar op een afdeling voor zwaar gestoorde 'verblijfspatiënten'. In het tweede jaar van zijn opleiding werd hij overgeplaatst naar Voorburg te Vught omdat daar 'iemand nodig' was.[502] In Voorburg verpleegde hij 'demente incontinente bejaarden' en werkte hij vervolgens, tot aan het eind van zijn opleiding, op de opnameafdeling. Direct na zijn B-examen kon hij vanwege zware tuberculose enkele jaren niet werken. Eenmaal hersteld, vertelde Stevens, wilde hij graag een positie die hem een uitdaging bood. Zo werd hij hoofd van de opnameafdeling. 'Ik was erg jong, tweeëneenhalf jaar gediplomeerd en had als gediplomeerde niet meer gewerkt. Tot mijn uiterste moeten gaan, maar het ging prima.'[503]

Na het vertrek van de toenmalige docent werd Stevens met het onderwijs van verplegenden belast. 'Het was alleen verpleeg*techniek*, dat werd gegeven', aldus Stevens, 'sondes, catheters, puncties, lumbaalpunctiespullen klaarzetten.' In 1957 kwam de Inspectie met een rapport over een nieuwe opzet van de B-opleiding. Naar zijn visie gevraagd, merkte hij op dat er weinig aandacht was besteed aan het eigen karakter van de psychiatrische verpleging en dat hij 'een stuk pedagogie' miste. Toen Stevens twee jaar later weer naar de St. Willibrordusstichting terugkeerde, kreeg hij de dubbele taak van afdelingshoofd en docent. Samen met enkele collega-docenten en in overleg met leidinggevende verpleegkundigen uit andere katholieke psychiatrische inrichtingen – de zogenaamde Bond van Zaterdagvliegers – boog hij zich over de vraag wat psychiatrisch verplegen inhield of zou moeten inhouden. In 1961 bundelden zij hun teksten onder de titel *Psychiatrische verpleegkunde*.[504] Het ging er in de psychiatrische verpleegkunde onder meer om, zo stelde Stevens, dat verplegenden

> ——— *veranderingen aan proberen te brengen in het gedrag van individuele mensen of in processen en wat je aan doelstellingen moet formuleren en meetbare zaken vaststellen. Dat is verpleging, ik kan niet zomaar gaan verplegen, ik moet een doelstelling hebben. Een doelstelling is als ik na goede observatie vaststel dat deze patiënt na een half jaar zelfstandig kan wonen, zij het met enige begeleiding.*

501 Interview broeder Piet Stevens, broeder Sergius d.d. 11 september 1999, afgenomen door G.J.C. aan de Stegge. Met dank aan Aan de Stegge. Zie over broeder Piet Stevens ook: Bakker 2002d, 226–228. Zij baseren zich tevens op een door C. Th. Bakker aan Stevens afgenomen interview d.d. 9 augustus 2000.

502 Behalve in de 'eigen', in 1930 geopende psychiatrische inrichting de St. Willibrordusstichting was de Congregatie van de Broeders van Onze lieve Vrouw van Lourdes in Nederland al langer betrokken bij de verpleging in Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch (1853), Coudewater te Rosmalen (1870) en Voorburg te Vught (1885). Kappelhof 1992, 70–71, 92–95; Bakker 2002a, 21–28.

503 Ervan uitgaande dat Stevens in 1950 zijn B-diploma behaalde, zal hij in 1953 hoofd van de opnameafdeling in Vught zijn geworden.

504 Br. Adrianus et al. 1961.

Broeder Piet Stevens (staand achter de eerste man van links, met witte boord en bril) met groepje mannelijke patiënten van verblijfsafdeling Voorburg te Vught op reis in Marken, 1962.

Vroeger was dat, vervolgde Stevens, anders. Toen stelde men het zonder doelen:

——— *[...] toen was men nog bewaker. De beste verpleger was toen als er geen onrust was. De afdeling waar niks gebeurde, waar nooit problemen waren. Waar orde was, tucht was en iedereen in het gareel liep. Zich niet realiserende dat je gestichtsmensen aan het kweken was.*[505]

Over de psychofarmaca was Stevens goed te spreken. Hij had veel patiënten zien opknappen bij medicatie. Maar het was niet alleen een kwestie van

——— *medicijnen erin stoppen en dan verder laten. Het vervolg was dat wij zelf gingen geloven we kunnen iets. We kregen geloof en je kreeg sterker betrokkenheid en bemoeienis met de patiënten, je dacht dat iets haalbaar was, je ging positief gedrag uitlokken, je werd al met al actiever.*

Stevens stopte in 1989 met werken. 'Op een gegeven moment werd het teveel, ik kreeg meer vakken, toen kon ik het niet meer blijven volgen. [...] Ik was de langst zittende verpleegkundige. Toen ben ik nog tot mijn 65ste vrijwilliger geweest.'

De loopbaan van Piet Stevens illustreert, evenals die van de gereformeerde krankzinnigenverpleger Andries Kaptijn[506], dat andere overwegingen dan een specifieke roeping tot het verplegen van geesteszieken van doorslaggevend belang konden zijn om iemand tot dit werk te brengen. Voor Kaptijn was het, in crisistijd, een manier om je brood te verdienen. In het geval van Stevens was het zijn religieuze roeping die hem, in opdracht van zijn congregatie, in de krankzinnigenverpleging deed belanden. Beiden ontwikkelden vervolgens een grote affiniteit met hun beroep. Stevens behoorde tot de eerste generatie verplegenden die begin jaren zestig met een eigen visie op hun vak, nu psychiatrische verpleegkunde geheten, naar buiten kwam. Dat juist vanuit katholieke hoek een dergelijk initiatief tot stand kwam, hing vermoedelijk mede samen met de bijzondere verhouding tussen (mannelijke) religieuzen en medische staf, zoals Stevens aangaf:

——— *Een leek moet altijd oppassen dat hij zijn baantje niet kwijtraakt. Ik had geen arbeidscontract, ze konden niet om mij heen. Artsen hadden kunnen klagen tegen de overste, maar ik kon niet ontslagen worden, hooguit overgeplaatst. Wij konden gerust een eigen mening hebben, we konden geen doktertje spelen, maar we hadden wel een eigen positie.*[507]

Het verhaal van Stevens laat tevens zien welk verschil de psychofarmaca maakten voor patiënten én verpleging. Zijn overplaatsing van de St. Willibrordusstichting naar Voorburg had te maken met het grote tekort aan verplegend personeel in de naoorlogse periode. Dit probleem staat centraal in de volgende paragraaf.

505 Interview met Piet Stevens d.d. 11 september 1999.

506 Zie 2.3, paragraaf 'Een verpleger "van de oude stempel"'.

507 Interview met Piet Stevens d.d. 11 september 1999.

Mannelijke patiënt in dwangbuis in St. Joris, Delft, circa 1960.

Het verpleegsterstekort

De vrouwelijke vorm was gangbaar om het tekort aan verplegend personeel aan te duiden.[508] Dit werd deels in de hand gewerkt omdat het tekort zowel gold voor algemene ziekenhuizen (de A-verpleging) als voor psychiatrische inrichtingen en sanatoria (de B-verpleging). Meer nog dan de B-verpleging gold de A-verpleging als een vrouwelijk beroep. Halverwege de jaren vijftig bleek dat het tekort in de algemene ziekenhuizen (10 procent) inmiddels aanzienlijk minder groot was dan in de psychiatrische inrichtingen (30 procent).[509] In feite was er in de psychiatrische inrichtingen en aanverwante voorzieningen niet alleen een tekort aan vrouwelijke, maar ook aan mannelijke verplegenden. Weliswaar werd het tekort aan vrouwen als het meest nijpend ervaren, maar dat nam niet weg dat er ook behoefte was aan meer mannen. Bovendien gaf de teruggang van het aantal gediplomeerden reden tot zorg. Voor inrichtingen van congregaties kwam daar nog bij dat het aantal roepingen afnam, waardoor de toestroom van religieuzen in de verpleging stokte. De congregaties zagen zich dan ook genoodzaakt leken te werven. In de St. Willibrordusstichting maakte de eerste lekenverpleger zijn entree in 1954. Elf jaar later werden er in deze inrichting voor mannen ook lekenverpleegsters aangesteld.[510] In St. Antonius te Leur, een inrichting van de congregatie van Penitenten-Recollectinen, kwam de eerste lekenverpleegster in 1955 in dienst.[511] In de beide inrichtingen van de Broeders van Liefde, St. Servatius te Venray en St. Bavo te Noordwijkerhout, en in die van de Zusters van Liefde, St. Anna te Venray en vermoedelijk ook Sancta Maria te Noordwijkerhout, waren overigens al ruim vóór de oorlog, ten minste vanaf eind jaren twintig, lekenverplegers of -verpleegsters ingeschakeld.[512]

In de vakbladen werd het tekort aan verplegenden vooral in termen van verpleegsters becijferd.[513] Zelfs achter een sekseneutrale titel van een artikel als 'Het personeelstekort in de Psychiatrische Inrichtingen' uit 1946 ging een seksespecifieke boodschap schuil, namelijk dat er een tekort was aan vrouwen. De auteur, geneesheer-directeur Engelhard van de Willem Arntsz Stichting, legde in zijn moreel beladen betoog uit dat het belang van ongeveer 24.000 geesteszieken, drie op elke duizend Nederlanders, in het geding was.

_____ *Niet ten onrechte wordt het cultureele peil van een volk nog wel eens beoordeeld naar de wijze, waarop het zorgt voor zijn meest deerniswekkende en hulpbehoevende leden en de minachting, die het Hitler-regime in de gansche wereld heeft geoogst, was niet het minst het gevolg van*

508 Zie ook Groen 1992, 18-19.

509 Baay 1956. Zie voorts Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

510 Bakker 2002d, 228-234. Het personeelstekort bleef ook na het aantrekken van vrouwelijk verplegend personeel bestaan. Dit kwam door de invoering van de vijfdaagse werkweek in 1966 en een forse afname van het aantal broeders vanaf 1966 – het aantal roepingen daalde terwijl het aantal uittredingen steeg.

511 Willemsen 1997, 232.

512 Klijn 2007b; Marlet 2005, 324.

513 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

de wreede en ruwe manier, waarop het de Duitsche geesteszieken heeft mishandeld. Met schaamte mogen wij dan echter bedenken, dat ook wij onze geesteszieken niet meer naar behooren verzorgen.[...] Alles hangt hier af van het beschikbaar komen van het noodige vrouwelijke verplegingspersoneel.[514]

Nog in hetzelfde jaar stelden de NFGV en het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde een gemeenschappelijke commissie in voor 'het verpleegstersvraagstuk in psychiatrische inrichtingen'. Op voorstel van Engelhard kwam een Voorlichtingsdienst tot stand voor alle niet-confessionele psychiatrische inrichtingen in Nederland. Die ging in 1948 van start met als voorlichtster de toen 76-jarige F. Meyboom, die als verpleegster in de algemene ziekenverpleging werkzaam was geweest.[515] Haar opdracht luidde om jonge meisjes te werven voor de psychiatrische verpleging en meer begrip te wekken onder het publiek voor de geesteszieke medemens. Ook diende zij 'interne zending' te bedrijven, dat wil zeggen aan de geneesheren-directeur te rapporteren hoe publiek en verpleegsters over de psychiatrische inrichtingen dachten. Zuster Meyboom kweet zich uitermate energiek van haar taak. Zij verzorgde in het hele land lezingen, hield tussen 1948 en 1950 in totaal 21 radiopraatjes over de verpleging van geesteszieken en schreef tal van artikelen en rapporten. Vanaf 1956 gaf ze ook voorlichting over de protestants-christelijke en de katholieke psychiatrische inrichtingen. In 1959 stopte ze op 87-jarige leeftijd met deze activiteiten. Wat het effect ervan is geweest, valt op grond van het beschikbare onderzoek niet vast te stellen. Het bleef overigens niet bij louter voorlichting, maar er werden vooral ook salarismaatregelen getroffen om het werken in de B-verpleging aantrekkelijker te maken.

Zoveel is wel duidelijk dat het, afgezien van een kortstondige vermindering van het tekort in het begin van de jaren vijftig, nog geruime tijd duurde eer het tekort aan verplegend personeel in de psychiatrische inrichtingen tot min of meer aanvaardbare proporties was teruggebracht. Over de omvang en de aard van het tekort, en de criteria op grond waarvan dat in de loop der jaren werd vastgesteld, is minder informatie voorhanden dan de niet aflatende stroom van noodkreten uit het veld zou doen verwachten. Daar komt bij dat officiële, landelijke tellingen van het in psychiatrische inrichtingen werkzame verplegende personeel voor de hier behandelde periode ontbreken. Zoals eerder vermeld kwam de publicatie van Inspectieverslagen na het verslagjaar 1936 tot stilstand.[516] Pas in 1966 kwamen landelijke, door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) opgestelde statistieken over het in de psychiatrie werkzame verplegende personeel beschikbaar.[517]

Op grond van door de Inspectie gehouden enquêtes naar de personeelssituatie in de psychiatrische inrichtingen en rapporten over het 'verpleegsterstekort' uit

514 Engelhard 1946b.
515 Meyboom 1952; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
516 Zie 3.4, paragraaf 'De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking'.
517 De tellingen werden uitgevoerd door het NZI. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

TABEL 3.2 *Tekorten aan verplegers (M) en verpleegsters (V) in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1961.*[518]

Jaar	Werkzaam M	Norm M	Tekort M	Tekort M%	Werkzaam V
1946	1358	1611	253	16%	2929
1947	1363	1574	211	13%	2817
1953	2080	2168	88	4%	3418
1955					
1956					
1957	1960	2395	435	17%	2752
1958	2112	2429	317	13%	3037
1959	2155	2611	456	17%	3016
1961	2196	2674	478	18%	3382

TABEL 3.3 *Tekorten aan gediplomeerde verplegers in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1947 en 1961.*

Jaar	Werk-zaam totaal	Werkzaam Gediplomeerd	Norm gediplomeerd	Tekort/ overschot gediplomeerd	Tekort/ overschot gediplomeerd%
1946	1358	928	934	6 tekort	0,6% tekort
1947	1363	930	841	89 overschot	11% overschot
1961	2196	1229	1493	264 tekort	18% tekort

518 De bronnen voor de tabellen 3.2 tot en met 3.4 over het tekort aan verplegend personeel zijn:
Tekort 1946-1947: Rapport van Staatstoezicht. Nationaal Archief, Den Haag. Inventarisnummer 2.15.40 Archief 1187. De tellingen betreffen 36 gestichten en inrichtingen, waaronder 4 zwakzinnigeninrichtingen. Zie over het verpleegsterstekort in 1947 ook: Piebenga 1969, 388.
Tekort 1955-1956: 'Rapport verpleegsterstekort in Nederland' Utrecht 1956. In opdracht van de Commissie tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen door het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht. Hoofd: Prof. R. Hornstra uitgevoerd door J.H. Baay. Nationaal Archief, Den Haag.
Tekort 1953, 1957, 1958 en 1959: Losse bijlage.

	Norm V	Tekort V	Tekort V%	Tekort M+V	Tekort M+V%
	3706	777	21%	1030	19%
	3828	1011	26%	1222	23%
	3869	451	11%	539	9%
				824	23%
				1150	
	3543	791	22%	1226	20%
	3735	698	19%	1015	16%
	3829	813	21%	1269	20%
	4087	705	17%	1183	18%

TABEL 3.4 *Tekorten aan gediplomeerde verpleegsters in gestichten en psychiatrische inrichtingen over de jaren 1946-1947 en 1961.*

Jaar	Werk-zaam totaal	Werkzaam Gediplomeerd	Norm gediplomeerd	Tekort gediplomeerd	Tekort gediplomeerd %
1946	2929	888	1305	412	32%
1947	2817	817	1107	290	26%
1961	3382	1013	1512	499	33%

'Psychiatrische Inrichtingen in Nederland. Overzicht sterkte verplegend personeel '53-'59. Nationaal Archief, Den Haag. Inventarisnummer: 2.15.40 Archief 1189. Zie Groen 1992.
Tekort 1961: Bijlage van hoofdinspecteur Piebenga bij rapport van de Werkgroep Verpleegsterstekort (1962). De cijfers betreffende de aanwezigheid van en de norm voor (bepaalde categorieën van) verplegend personeel zijn extrapolaties van Aan de Stegge. Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
Specificaties naar al dan niet gediplomeerd zijn alleen voor de jaren 1946, 1947 en 1961 beschikbaar.

1956 en 1962 valt evenwel het volgende beeld van de tekorten te construeren. Tabel 3.2 laat zien dat het totale tekort aan verplegend personeel – man, vrouw, gediplomeerd, ongediplomeerd – in de jaren 1946-1947, 1955, 1957-1959 en 1961 volgens de toenmalige opgaven ongeveer 20 procent bedroeg. Alleen het jaar 1953 vertoonde een aanzienlijk lager tekort, namelijk 9 procent. Of dit lagere tekort zich ook al in de jaren daarvoor aftekende, valt niet te achterhalen.[519] De cijfers van 1955 en latere jaren wijzen er in ieder geval op dat het tekort reeds spoedig na 1953 snel groter werd. Het is mogelijk dat de verlaging van de minimum leeftijd voor de instroom in de A-opleiding van twintig naar achttien jaar in 1952 in het nadeel werkte van de B-opleiding, die tot dan toe als enige deze lagere leeftijdsgrens hanteerde.[520] Uit tabel 3.2 blijkt tevens dat de tekorten aan verpleegsters zowel absoluut als relatief (dit laatste met uitzondering van 1961) steeds hoger uitkwamen dan voor verplegers. Eenzelfde verschil tekent zich nog scherper af waar het afzonderlijk de tekorten aan gediplomeerde B-verplegenden in de jaren 1946-1947 en 1961 betreft (zie tabellen 3.3 en 3.4).

In een bijlage van hoofdinspecteur Piebenga bij het rapport van de 'Werkgroep Verpleegsterstekort' uit 1962 – in 1961 onder voorzitterschap van Querido door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingesteld – valt te lezen dat per 31 december 1961 wegens dit tekort maar liefst ruim 1100 op de meer dan 27.000 beschikbare bedden in de psychiatrische inrichtingen leeg stonden. Piebenga noemde een tekort van 264 gediplomeerde verplegers (18 procent), 499 gediplomeerde verpleegsters (33 procent), 214 leerlingverplegers (18 procent) en 206 leerling-verpleegsters (8 procent).[521]

Een extrapolatie van Piebenga's gegevens door Aan de Stegge biedt nader zicht op de verhouding tussen feitelijke en gewenste omvang en samenstelling van het verplegend personeel, alsook op de daarbij gehanteerde normen.[522] Hieruit blijkt dat de psychiatrische inrichtingen in 1961 ruim 2240 gediplomeerden in dienst hadden: bijna 1230 mannen (55 procent) en ruim 1010 vrouwen (45 procent). Uitgaande van de daadwerkelijk bezette bedden was er gemiddeld 1 gediplomeerde op 12 patiënten beschikbaar – evenveel als in 1930.[523] Kennelijk gold anno 1961 een ratio van 1 op 9 als norm, dat wil zeggen in totaal zo'n 3010 gediplomeerden, van wie bovendien de helft tot het vrouwelijke geslacht zou moeten behoren. Het

519 Het archief van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten (ondergebracht in het Nationaal Archief te Den Haag) bevat voor de jaren 1948-1952 geen informatie over de feitelijke en de nodig geachte personeelssituatie in de psychiatrische inrichtingen. Met dank aan S. Bouman die in het Nationaal Archief extra onderzoek verrichtte naar het tekort aan verplegend personeel.

520 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Ook de minimumleeftijd waarop het A-examen mocht worden afgelegd werd verlaagd van 23 naar 22 jaar.

521 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV; Piebenga 1964, 402.

522 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

523 Zie 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'. Bij de vergelijking van dergelijke ratio's door de tijd heen zou, in verband met de arbeidstijdverkorting, ook het aantal gewerkte uren verdisconteerd moeten worden.

Zuster F. Meyboom.

aantal leerling-verplegenden bedroeg in 1961 volgens de extrapolatie van Aan de Stegge bijna 3340, van wie bijna 970 mannen (29 procent) en zo'n 2370 vrouwen (71 procent). Afgaande op de door Piebenga opgevoerde tekorten hanteerde hij als norm een totaal van ongeveer 3760 leerlingen met een verdeling van 31 procent mannen en 69 procent vrouwen. Het totale personeelsbestand zou op zo'n 6770 moeten uitkomen, hetgeen, bij volledige benutting van het beddenbestand, 1 verplegende op 4 patiënten zou opleveren, tegenover de feitelijke ratio van 1 op ruim 4,5 in 1961 en 1 op 5 in 1936. Kennelijk hanteerde Piebenga een norm van zo'n 45 procent gediplomeerden, 5 procent meer dan het feitelijke personeelsbestand op dat moment.

Het door Piebenga voor 1961 vermelde tekort aan gediplomeerden, en dan vooral gediplomeerde vrouwen, leek niet zozeer het gevolg te zijn van een stagnatie of achteruitgang in het aantal behaalde B-diploma's. Naar Aan de Stegge heeft berekend behaalden in de periode 1931-1940 ruim 4300 mensen hun B-diploma, in de periode 1941-1950 meer dan 4400, waarna de periode 1951-1960 een toename tot bijna 5500 te zien gaf.[524] Vergeleken met de jaren dertig kwamen de jaren veertig er dus per saldo niet eens zo slecht af. Vervolgens werden in de jaren vijftig ruim 1000 B-verplegenden méér opgeleid dan in de jaren veertig. Driekwart van deze stijging kwam op het conto van verplegers. Dat lijkt veel, maar in feite trad er in de jaren vijftig aanvankelijk een herstel op van de vooroorlogse verhoudingen. Het aandeel van mannen onder de nieuwe gediplomeerden was namelijk in de jaren veertig (17 procent) achtergebleven ten opzichte van de jaren dertig (21 procent) om daarna in de jaren vijftig weer bij te trekken en bovendien het vooroorlogse niveau te passeren (27 procent). De stijging ging in de jaren zestig (35 procent) en ook in de beide daaropvolgende decennia (43 respectievelijk 44 procent) door.

Hoewel het aandeel van vrouwen dat een B-diploma behaalde terugliep van 79 procent in de jaren dertig naar 73 procent in de jaren vijftig en 65 procent in de jaren zestig, lag daar niet de kern van het probleem. Het door Piebenga gesignaleerde tekort aan gediplomeerde verpleegsters hield primair verband met het aanzienlijke verloop onder hen.[525] Ook nadat in 1957 de bepaling dat vrouwelijke ambtenaren moesten worden ontslagen als ze trouwden, was opgeheven – een maatregel die uiteraard formeel niet van toepassing was op particuliere psychiatrische inrichtingen – vielen er nog barrières te slechten, bijvoorbeeld door gehuwde vrouwen het werken in deeltijd toe te staan.[526] Voor 'kostwinners' – vooral gediplomeerde verplegers – waren dankzij overheidsmaatregelen de vooruit-

524 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

525 Hoe groot dit verloop precies was en hoe het was verdeeld naar redenen voor vertrek, kon niet worden vastgesteld.

526 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Aan de Stegge verwijst naar een reactie van H. Verwey-Jonker op de afschaffing van de ontslagbepaling door het vierde kabinet Drees. Verwey-Jonker was van oordeel dat de belangrijkste remedie tegen het tekort aan vrouwelijke arbeidskrachten niet zozeer was gelegen in wervingscampagnes onder schoolverlaters maar in het toestaan van deeltijdarbeid aan gehuwde vrouwen.

zichten in de psychiatrie al eerder verbeterd. Vanaf 1949 verdienden zij een tientje meer dan elders in de verpleging en de invoering van een pensioenregeling in 1952 alsook een verplichte werkloosheidsverzekering in 1953 hield een verdere verbetering van hun arbeidsvoorwaarden in.[527] Overigens was reeds eind 1947 een loonmaatregel afgekondigd, waardoor het mogelijk werd dat (leerling)verplegenden in de psychiatrie minstens 100 gulden meer zouden gaan verdienen dan verpleegsters in een algemeen ziekenhuis.[528] Ook kwam een werktijdverkorting tot stand: in 1948 van 55 naar 51 uur per week, in 1957 naar 48 uur en in 1961 naar 45 uur per week.[529] Uiteraard kon deze het personeelstekort op tweeërlei wijze beïnvloeden: in positieve zin doordat hierdoor meer personeel viel te werven, maar ook in negatieve zin, aangezien er meer personeel nodig was.

Het is in ieder geval duidelijk dat de Nederlandse overheid inmiddels een actievere rol speelde bij de uniformering en verbeteringen van de rechtspositie van verplegenden. Daarmee ging een al langer door de NVGA gekoesterde wens in vervulling. Een in 1946 door deze vereniging aan de minister van Binnenlandse Zaken aangeboden 'Rapport over de opleiding en de positie van verplegenden in de gestichten en psychiatrische inrichtingen' liet niets aan duidelijkheid te wensen over. Er viel nog heel wat aan hun positie te verbeteren. Een belangrijke steen des aanstoots vormde 'de onderlinge concurrentie tusschen de verschillende gestichten, waardoor reeds lang gewenschte regelingen e.d., altijd maar weer werden uitgesteld, in afwachting van wat "de anderen" zouden doen.' In dit verband constateerde de NVGA dat het voor de oorlog had ontbroken aan voldoende sturing door de overheid.[530] Met de overheveling in 1947 van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van de afdeling Armwezen van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar het Ministerie van Sociale Zaken, waaronder ook het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ressorteerde, leek een nieuwe tijd te zijn aangebroken. Niet alleen werden, om nogmaals de woorden van NVPN-voorzitter Kraus te citeren, 'de boeien, waardoor de krankzinnigenverpleging was geklonken aan het armwezen [...] geslaakt', ook betekende de onderbrenging van de krankzinnigenzorg in één ministerie tezamen met volksgezondheid dat de eerste meer dan voorheen als gezondheidszorg gold en kon meeliften met een actiever wordend overheidsbeleid op dit terrein, bijvoorbeeld waar het ging om oplossingen voor het 'verpleegsterstekort'.[531]

Anno 1962 schreef de 'Werkgroep Verpleegsterstekort' het toenmalige tekort, zowel in de A als in de B, toe aan een slinkend aantal beschikbare vrouwen en een toegenomen vraag naar zorg. De geringere beschikbaarheid van vrouwen was volgens de werkgroep het gevolg van het verdwenen vrouwenoverschot, de

527 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

528 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

529 De Laat 1984, 52. Zie over de arbeidstijden tijdens het interbellum: 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'.

530 Engelhard 1946a, 64.

531 Zie over de 'samenvoeging' van de krankzinnigenzorg met volksgezondheid: De Goei 2001, hoofdstuk 3.

inmiddels verlengde opleidingen voor meisjes, de dalende huwelijksleeftijd en emigratie. Teneinde het verpleegstersberoep aantrekkelijker te maken deed de werkgroep tal van aanbevelingen, waaronder een betere begeleiding van leerling-verpleegsters op de werkplek, afschaffing van de verplichte interne huisvesting, gezamenlijke patiëntenbesprekingen tussen geneeskundig en verplegend personeel, en het bieden van een carrièreperspectief.[532]

Vergeleken met tien jaar eerder, toen voorlichting en verbetering van de arbeidsvoorwaarden als belangrijkste remedies voor het personeelstekort werden ingezet, getuigen deze aanbevelingen uit het begin van de jaren zestig van vernieuwingsgezindheid – een vernieuwingsgezindheid die ook reeds viel te bespeuren toen hierboven de toekomst van de psychiatrische inrichting en het therapeutisch regime ter sprake kwamen.[533] Hoewel de exameneisen voor de B-opleiding, zoals onder meer vastgelegd in het praktijk- en rapportenboekje, tussen 1933 en 1970 nagenoeg ongewijzigd bleven, kwam in 1957 op instigatie van de Inspectie wel een discussie over de inhoud van de opleiding op gang tussen de examencommissie van de NVPN, de Vereniging van R.K. Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verpleging van Geestes- en Zenuwzieken. De besprekingen mondden nog in hetzelfde jaar uit in het *Rapport diploma-B*, waar broeder Stevens al gewag van maakte.[534] Op de vraag welke eisen aan de 'bevoegde B-verpleegsters' – de mannelijke vorm bleef achterwege – gesteld moesten worden, luidde het antwoord: 'De verpleegster moet een hulp zijn voor patiënt en arts.' Ze moest kunnen observeren, rapporteren en verzorgen. Ook was zij in hoge mate verantwoordelijk voor 'het scheppen van een therapeutische sfeer'. Kennis van 'de andere en de eigen persoon', de ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid en van de 'moderne neuroseleer en maatschappijleer' was volgens het *Rapport* onmisbaar. Het lespakket van de driejarige opleiding zou in ieder geval uit de volgende onderdelen moeten bestaan: algemene ontwikkeling, persoonlijkheidsvorming, psychiatrie, sociale psychiatrie, neurologie, psychologie, sociale psychologie, ontwikkelingspsychologie, 'bouw en verrichtingen' (van het menselijk lichaam), ziekteleer, hygiëne, EHBO, natuur- en scheikunde, handenarbeid en actievere therapie.

Zoals in de vorige paragraaf reeds bleek, was broeder Stevens niet onverdeeld gelukkig met het *Rapport*. In feite vond hij het een gemiste kans dat uitgerekend in de 'psychische verpleging' de aandacht voor pedagogiek ontbrak. Samen met enkele andere katholieke broeders stelde hij vervolgens begin jaren zestig een eigen cursusboek voor de B-verpleging samen, nu psychiatrische verpleegkunde geheten, waarover hieronder meer.[535] De 'emancipatie' van verplegend personeel begon dus bij mannen uit congregaties: broeders die zich, zoals Stevens het verwoordde,

532 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

533 Zie 3.4, paragraaf 'De plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting' en 3.4, paragraaf '"Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie"'.

534 Aan de Stegge 2004, 89; Bakker 2002d, 225-226.

535 Br. Adrianus et al. 1961.

Verpleegsters in uniform voor Kasteel Endegeest, Oegstgeest.

als religieuzen ten opzichte van artsen een eigen mening konden permitteren zonder dat hun dit op ontslag kon komen te staan en die bovendien als verplegers leidinggevende posities bekleedden, die in gemengde, niet-katholieke psychiatrische inrichtingen aan vrouwen waren voorbehouden. In dit laatste kwam trouwens, als gevolg van een advies van de Commissie Verpleegsterstekort uit 1962, al spoedig verandering: voortaan mochten mannelijke verplegenden ook in gemengde inrichtingen leidinggevende posities innemen.[536]

Uit de naoorlogse edities van de leerboeken voor de B-opleiding valt het volgende op te maken.[537] In de tweede helft van de jaren veertig verschenen herziene edities van de drie toonaangevende leerboeken: het gereformeerde, het roomskatholieke en het neutrale.[538] Ongeacht de signatuur benadrukten alle auteurs, conform de principes van de actievere therapie zoals die in Nederland vanaf de tweede helft van de jaren twintig op voorspraak van Van der Scheer waren geïntroduceerd, het centrale belang van 'opvoeding' door middel van conditionering op basis van straf en beloning. Daarnaast kregen de nieuwere, somatische behandelmethoden, waaronder de elektroshock en de insulinekuur, aandacht. In edities uit de jaren vijftig – alleen het gereformeerde en het neutrale leerboek beleefden nieuwe (herziene) edities – laat zich een kentering bespeuren, waarvan reeds voordat de nieuwe psychofarmaca hun intrede deden, de eerste tekenen zichtbaar werden. Had in de eerder verschenen edities van de leerboeken een aanzienlijk groter accent gelegen op straffen dan op belonen, met ingang van de in 1952 verschenen vierde editie van het neutrale leerboek van A.P. Timmer kwam hierin verandering. Niet alleen had Timmer op een aantal cruciale plaatsen de term 'straf' laten vervallen, ook nam hij expliciet stelling tegen bepaalde 'behandelingen', zoals het vastbinden van patiënten op bed, de permanente badbehandeling en de inwikkeling.[539] Verplegenden zouden minder dwang moeten gebruiken bij de 'opvoeding' van hun patiënten. Vooral bij zijn bespreking van de actievere behandeling gaf Timmer er blijk van meer te verwachten van positieve stimulansen dan van 'correcties'. Hij vond de methode van Simon 'te "Duits"'.

——— *De strenge discipine, de strenge dressuur mogen voor een doorsnee Duitser als het toppunt van vervolmaking gelden, naar ons inzicht wordt de gestichtspatiënt door deze methode teveel tot een willoos product van dressuur opgevoed [...] Niet tot een zelfstandig denkend wezen, doch tot een op bevelen volmaakt reagerende automaat [...] Derhalve heeft men hier te lande [...] de ontplooiing van de eigen persoonlijkheid van de patiënt nagestreefd. Zo heeft men hier direct oog gehad voor de grote betekenis van beloning en ontspanning.*[540]

536 Aan de Stegge 2004, 92.

537 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie over dwangmaatregelen in de leerboeken: Aan de Stegge 2005a.

538 Het betrof respectievelijk: Haverkate en Hamer 1946; Schim van der Loeff en Barnhoorn 1947; Timmer 1947.

539 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

540 Timmer 1952, 322. Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

Een stimulerende opvoeding door de verplegenden was dan ook het devies. Meer in het algemeen vroeg Timmer aandacht voor de kwaliteit van de relatie tussen patiënten en verplegenden. In de vijfde en tevens laatste druk, die in 1957 verscheen, bleef Timmers betoog nagenoeg ongewijzigd. Hij voegde er alleen een korte, positief getoonzette beschrijving van de nieuwe medicamenten Largactil en Serpasil aan toe. Verder was alleen de voorheen door Querido, maar nu door A. Sunier geschreven tekst over sociale psychiatrie gewijzigd. Sunier benadrukte dat de sociaal-psychiatrisch verpleegster – een functie die tot 1965 was voorbehouden aan vrouwen[541] – de situatie vooral van de patiënt uit moest bezien en 'niet vanuit een vooropgezet ideaalbeeld'.[542] De sociaal-psychiatrisch verpleegster 'zal haar gesprek luisterend en waarnemend moeten leren voeren en op deze wijze zonder bevooroordeling een inzicht in de structuur niet alleen van de patiënt, maar van zijn huidige situatie vooral, verkrijgen [...] Het gaat immer niet alleen om wat gezegd wordt maar om ~~hoe~~ het gezegd wordt en hoe men moet begrijpen'.[543]

Het van oorsprong gereformeerde *Schermers' Leerboek* kreeg met ingang van de negende, onder redactie van B.Chr. Hamer en F.J. Tolsma zowel inhoudelijk als qua confessionele achtergrond van de meewerkende auteurs breder opgezette en fors herziene editie van 1956 een nieuwe titel: *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken*.[544] Latere uitgaven van dit leerboek – in 1960 en 1964 – bleven vervolgens ongewijzigd. Voor geestelijke hygiëne en sociale psychiatrie waren vijftig pagina's ingeruimd, aanzienlijk meer dan de luttele zes pagina's waarmee deze onderwerpen in de achtste druk van *Schermers' Leerboek* waren bedeeld.[545] De ambulant werkzame sociaal-psychiatrisch verplegende had inmiddels een zelfstandig, maar in teamverband uit te voeren takenpakket. 'De zuster', aldus S.J.P. Dercksen, de auteur van dit onderdeel, 'behoort niet meer louter de uitvoerster te zijn van de opdrachten van de dokter, maar zij moeten samen een team vormen, waarin elk een zelfstandige taak heeft bij onderzoek en behandeling.' Vervolgens, zo signaleerde Dercksen, 'zien we als derde figuur in het team ook de psycholoog verschijnen'.[546] Dercksen verwachtte dat op den duur ook een socio-

541 Tot 1965 stond de opleiding B-nazorg alleen open voor vrouwen aangezien hiervoor een diploma wijkverpleging was vereist. De opleiding tot wijkverpleegkundige kon slechts worden gevolgd als men beschikte over de kraamopleiding die alleen openstond voor vrouwen. Zie Palm 1997, 27; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie voorts 4.4, paragraaf 'De psychiatrische verpleging: een vak voor iedereen?' over de psychiatrische verpleging in de periode 1965-1985 voor nadere informatie over de opleiding tot en de vervulling van de functie van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de periode 1965-1985.

542 Timmer 1957, 341. Sunier geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

543 Timmer 1957, 341-342, 345 en 347. Sunier geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

544 Schermers' Leerboek verscheen in voorgaande drukken onder redactie van J.H. Haverkate en Hamer. Nadat Haverkate zich om reden van leeftijd had teruggetrokken trad Tolsma, geneesheer-directeur van Maasoord te Poortugaal, toe tot de redactie.

545 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

546 Hamer en Tolsma 1956, 595-596. Dercksen geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

loog of een sociaal ambtenaar deel zou gaan uitmaken van het team, zoals dit al bij grote diensten was gerealiseerd.

Eenzelfde opwaardering naar meer zelfstandigheid en groter verantwoordelijkheid viel ook het werk van verplegenden in de intramurale sector te beurt in het *Algemeen Leerboek*. Van der Drift, die de tekst over de behandeling en verpleging van geestes- en zenuwzieken had samengesteld, beschouwde het verplegen in de psychiatrie als een integraal onderdeel van de medische behandeling, en 'heropvoeding van de patiënt' teneinde de patiënt 'de eigen verantwoordelijkheid terug te geven' als kern van die behandeling.[547] Dankzij een consequente toepassing van het 'verantwoordelijkheidsbeginsel', zo verklaarde Van der Drift, zou anno 1956 zo'n 70 tot 80 procent van de patiënten geheel of gedeeltelijk hersteld, dan wel met een klein 'defect' naar de maatschappij kunnen terugkeren.[548]

——— *Onder volle erkenning van de verdienste van de shock- en andere kuren, moet gezegd worden, dat de grootste vorderingen in de inrichtingen, speciaal wat de chronische gevallen betreft, doch ook voor de acute gevallen, ontstaan zijn door de toepassing van het verantwoordelijkheidsbeginsel. [...] Het totaal van deze denkbeelden werd uitgewerkt, en kreeg de naam van actievere therapie. [...] de inrichting is geen museum, verbanningsoord, tuchthuis of concentratiekamp meer, ook geen vacantie-oord waar men in bed ligt, eet en wandelt, maar een therapeutische gemeenschap, waar nevens de instrumentele en medicamenteuze therapieën, de medicamenten: 'verantwoordelijkheid, waardigheid, arbeid, spel, cultuur, gesprek', op een medisch verantwoorde wijze toegediend worden, waardoor de zieke een goede, of betere aanpassing verkrijgt aan de gemeenschap. Wij zouden er de voorkeur aan geven te spreken van een psychiatrisch ziekenhuis, met de klemtoon op psychiatrisch, boven de gebruikelijke naam van inrichting.*[549]

Idealiter was 'dwangtoepassing' volgens Van der Drift niet of nauwelijks nodig indien verplegenden op een goede, begripvolle wijze met de patiënten communiceerden. Hooguit mochten verplegenden een patiënt kortdurend 'corrigeren' door 'afzondering' in een separeerkamer. Doordat naar zijn zeggen meer dan 90 procent van de verpleegden overdag arbeidde, kwam 'habituele (gewoontematige) onrust nauwelijks voor' en viel 'incidentele onrust beter te kanaliseren'. Van Largactil en Serpasil en van elektroshockkuren werd, zo liet hij weten, 'een critisch, verantwoord matig gebruik gemaakt'. Mechanische dwangmiddelen – Van der Drift maakte in dit verband melding van wikkelingen, spanlakens en mouwvesten – zouden inmiddels overbodig zijn geworden.[550] Overigens viel in de

547 Aan de Stegge 2004, 91, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Zie voorts 3.4, paragraaf 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie' en de aldaar vermelde literatuur.

548 Aan de Stegge 2005a, 344, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. In de voorgaande periode kwam dit percentage volgens Van der Drift op 50 uit.

549 Hamer en Tolsma 1956, 438–439. Van der Drift geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

550 Hamer en Tolsma 1956, 437–438. Van der Drift geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

Affiche werving verpleegsters Endegeest, Oegstgeest, 1960.

16
september
1960
P 166
LdW

Hier voelen flinke meisjes zich thuis

Wanneer u het mooie beroep van verpleegster wilt kiezen, moet u beslist eens komen praten bij de Psychiatrische Inrichting Endegeest. U krijgt daar een volledige opleiding voor het diploma Ziekenverpleging B.

Endegeest ligt in het fraaie villadorp Oegstgeest, te midden van een prachtig park. In Endegeest krijgt u een eigen kamer, vindt u veel gezelligheid met en bij uw collega's en heeft u uitgebreide mogelijkheden tot ontspanning op het eigen terrein van de inrichting maar ook daarbuiten (b.v. in Leiden en de badplaatsen Noordwijk en Katwijk).

Salaris voor de eerstejaars leerlingen ƒ 188,65 bruto per maand.
Na het behalen van het diploma ƒ 352,70 - ƒ 508,99 bruto per maand.

Maandelijkse reiskostenvergoeding. Eerste verstrekking van de dienstkleding door de Inrichting. Mondelinge inlichtingen worden u gaarne gegeven door het Hoofd van het Internaat, dagelijks van 2-3 uur.
Schriftelijke sollicitaties te richten aan de Geneesheer-Directeur.

Endegeest te Oegstgeest.

tekst over de geschiedenis van de verpleging van geesteszieken ook een bezorgder geluid te beluisteren. 'De strijd tegen de dwangmiddelen is ondanks mooie rapporten en publicaties nog lang niet ten einde en een blijvende waakzaamheid is geboden, zowel in de inrichtingen als in allerlei verpleegtehuizen.'[551]

De auteurs van *Psychiatrische verpleegkunde*, de in 1961 gebundelde lessen van de eerder genoemde Broeders van O.L.V. van Lourdes (onder wie broeder Sergius alias Stevens), droegen niet alleen uit dat verplegenden een eigen verantwoordelijkheid moesten dragen en zelf initiatief dienden te nemen, maar ook dat voor de psychiatrische verpleegkunde een wetenschappelijke basis gewenst was. Zij zetten hiertoe al direct in het eerste hoofdstuk van *Psychiatrische verpleegkunde* de toon met hun omschrijving van verpleegkunde. 'De verpleegkunde is de wetenschap die de algemene en inzichtelijke kennis geeft, welke noodzakelijk is voor een verantwoorde verzorging van en omgang met de zieke mens, om diens lijden te verzachten en zijn gezondheid te schenken.[552] De auteurs noemden als naaste doel van de psychiatrische verpleegkunde 'het scheppen van een goede sfeer', als verder verwijderde doelen 'de verzachting van het lijden' en 'de genezing naar ziel en lichaam' en als laatste doel 'het herstellen van de persoonlijkheid van de patiënt'. Het einddoel was gelegen in 'het bereiken van de eeuwigdurende zaligheid en het eeuwig bezit van God in de hemel'. Dit einddoel gold overigens zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt.[553] Hoe dit ook zij, de broeders beschouwden hun lessen als een 'stap op weg naar de "ontvoogding" van de verpleegkunde'. Zij bedoelden daarmee dat een wetenschappelijk georiënteerde psychiatrische verpleegkunde zich van de bevoogding door artsen zou kunnen bevrijden. Hadden artsen van de St. Willibrordusstichting nog in 1954 de verpleegkunde als een verlengstuk of, in de woorden van De Smet, 'instrumentarium' van de geneeskunde beschouwd, wat de broeders betreft zou die onderschikking van de verpleegkunde aan de geneeskunde binnen afzienbare tijd tot het verleden gaan behoren.[554] De plaats van een hoog opgeleide verpleegkundige was naast en niet ondergeschikt aan de arts. Net als de auteurs van de hierboven besproken leerboeken gaven ook de broeders blijk van een grote terughoudendheid met betrekking tot de toepassing van dwangmiddelen.[555]

De hierboven opgevoerde leerboeken uit de jaren vijftig en tot op grote hoogte ook de lessen van de Broeders van O.L.V. van Lourdes uit het begin van de jaren zestig getuigen alle, ongeacht hun signatuur, van een kentering in de richting van meer verantwoordelijkheid en initiatief voor verplegenden. Een invoelende, agogisch verantwoorde begeleiding van de patiënt en het scheppen van een juiste therapeutische sfeer golden in toenemende mate als een belangrijke basis voor, zo niet de kern van een succesvolle behandeling. Verplegenden werden aldus ge-

551 Hamer en Tolsma 1956, 299. Geciteerd in Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.
552 Br. Adrianus et al. 1961. Geciteerd in Bakker 2002d, 227.
553 Bakker 2002d, 227.
554 Bakker 2002d, 228.
555 Aan de Stegge 2005a, 346.

promoveerd tot actieve, persoonlijk verantwoordelijke medebehandelaars. In de opleiding kreeg 'persoonlijkheidsvorming' dan ook een belangrijke plaats toebedeeld.

Hoe verhield de theorie, zoals verkondigd in leerboeken en lesprogramma's, zich echter tot de praktijk? Wegens gebrek aan middelen en personeel viel de afstand tussen ideaal en werkelijkheid dikwijls moeilijk te overbruggen. Het teruggeven van de eigen verantwoordelijkheid aan de patiënt stond op gespannen voet met het tekort aan verplegenden. Ook waren in tal van psychiatrische inrichtingen de afdelingen te groot en het aantal gediplomeerde verplegenden te gering om de gewenste individualisering te realiseren. 'Men kampte', aldus Aan de Stegge, 'ofwel met een personeelstekort', ofwel met een gebrek aan 'gediplomeerde verpleegsters om de leerlingen te begeleiden bij het opbouwen van een relatie met patiënten'.[556]

Een psycholoog die ruim dertig jaar verbonden was aan Voorburg te Vught beschreef het leven van de verplegenden in het begin van de jaren vijftig als zwaar: 'twintig patiënten verzorgen, eten en drinken geven, bedden opmaken, zalen poetsen en ook nog verplegen'. De hoofden van de verpleging hanteerden een streng regime: 'alles moest en niets mocht'. [557] De komst van de psychofarmaca luidde een verandering van de positie voor de verplegenden in: zij moesten nu het gedrag van de patiënten systematisch observeren en daarover rapporteren. Verplegenden die indertijd werkzaam waren in Voorburg of Coudewater te Rosmalen vertelden dat er na de introductie van psychofarmaca minder noodzaak was tot het gebruik van dwangmiddelen. Er kwam ook meer tijd voor een praatje of een korte wandeling met de patiënt. Een arts van Coudewater merkte op dat de komst van de psychofarmaca een complete verandering van sfeer had bewerkstelligd.

> ——— *Ik herinner mij 'Waakzaal 1', dat gesloten paviljoen met ongeveer dertig plaatsen. Na een maand was de sfeer totaal veranderd. Op de gesloten afdeling konden alle deuren open. Voordien was het altijd een beetje riskant om daar rond te lopen, maar na een maand was het een rustig paviljoen.*[558]

Met de geleidelijk toenemende welvaart kregen de patiënten meer ontspanningsmogelijkheden en de beschikking over eigen geld. De gestichtskleding werd afgeschaft. Voorburg kreeg eind jaren vijftig de eerste huishoudelijke hulpen. Voor de verplegenden was dit een grote doorbraak: op veel afdelingen hadden ze minder verzorgend werk en minder poetstaken te verrichten, terwijl het persoonlijk contact met de patiënt en diens begeleiding meer centraal kwamen te staan.[559] Alle door J.J. Struik geïnterviewde oud-verplegenden van Voorburg en Coudewater waren het erover eens dat de komst van de psychofarmaca daarbij als 'een voorwaardenscheppende basis' heeft gediend. Of, zoals een van de geïnterview-

556 Aan de Stegge 2004, 39.
557 Zie Struik 1994, 21–22.
558 Struik 1994, 45.
559 Struik 1994, 42.

den aangaf: 'De psychofarmaca zijn het fundament voor humaniteit en meer persoonlijk kontakt. Zij geven de patiënt diens zo nodige vrijheid en keuzemogelijkheid.'[560]

Een psychiatrisch verpleegkundige die omstreeks 1950 met zijn opleiding in de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder begon, vertelde over de strikte scheiding tussen mannen en vrouwen, zowel bij de verplegenden als bij de patiënten. Elke afdeling had een dagzaal waar maar liefst tachtig mensen zaten. Er was volgens deze verpleegkundige weinig echt contact met de patiënten.

_____ *Ik heb in die tijd veel huishoudelijk werk gedaan. Bijna alle leerlingen deden dat, want huishoudelijk werk was nummer één. Nummer twee was de zorg rond de patiënt, maar dan vooral het zorgen voor eten en drinken. Nummer drie was, als je een beetje geluk had, zo nu en dan een praatje maken met de patiënt, en dan moest je nog uitkijken dat de hoofdzuster je niet zag want die vroeg dan of je niets anders te doen had.*[561]

Over de introductie van de psychofarmaca vertelde hij dat hij daar 'wonderlijke resultaten' van had gezien, hoewel hij niet zeker wist 'of dat alleen door de medicijnen kwam of misschien ook wel door de extra aandacht die de mensen kregen.' Hij liet daarop volgen dat je als verpleegkundige niets deed aan begeleiding in de zin van behandeling. 'Er werd eigenlijk nooit iets gezegd over welke ziekten patiënten hadden of wat ze mankeerden. [...] De arts en de hoofdzuster en eventueel de eerste verpleegkundige hielden zich daarmee bezig.'[562]

Uit een door Aan de Stegge onder 62 oud-verplegenden gehouden enquête komt eveneens naar voren hoezeer de materiële omstandigheden in de inrichtingen en het personeelstekort tot in de jaren zestig grenzen stelden aan de realisering van de in de leerboeken geformuleerde idealen en standaarden.[563] Veel oudverplegenden maakten gewag van de grote omvang van de afdelingen waar zij moesten werken: rond 1945 waren gesloten opname- en observatieafdelingen met 30 tot 45 patiënten en daarnaast afdelingen voor 75 tot 100 of zelfs 120 'rustige' patiënten bepaald geen uitzondering. De verpleegkundige bezetting op zulke afdelingen was laag: overdag en 's avonds slechts 2 tot 3 verplegenden en 's nachts 1 verplegende. Sanitaire voorzieningen waren zeer beperkt aanwezig. Zo had een waakzuster halverwege de jaren vijftig in het St. Joris Gasthuis te Delft 's nachts voor 45 patiënten slechts 2 po's tot haar beschikking. J. Leenders, die in 1961 in Voorburg te Vught met haar opleiding begon en op een derdeklasseafdeling voor 120 vrouwen werkte, vertelde over het gebrek aan middelen om patiënten te wassen en te verschonen.

560 Struik 1994, 51.
561 De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997, 35.
562 De Leeuw, Nieuwenhuis en Schilt 1997, 36.
563 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Deze geënquêteerden begonnen hun opleiding tussen 1945 en 1970 in een rooms-katholieke, een gereformeerde, een Nederlands-Hervormde dan wel een neutrale inrichting.

——— Ooit hadden de patiënten en masse diarree in de tijd dat er nog geen luiers waren, geen damesverbanden en wat dies meer zij. Werkelijk alles op de afdeling was nat en vies. Ik had precies vier hele baden vol vieze lakens uitgespoeld op het moment dat de nonnen 's ochtends terugkwamen uit de Kapel en begonnen te foeteren dat het nog zo'n smeerboel was op de afdeling. 'U kunt de pot op met uwen handel', zei ik toen.[564]

De opleiding bestond, net als voorheen, uit een theorie- en een praktijkgedeelte. Terwijl de leerboeken, zoals hierboven reeds bleek, vanaf het begin van de jaren vijftig belangrijke koerswijzigingen te zien gaven, moesten de leerling-verplegenden het nog tot 1962 doen met een uit 1933 daterende versie van het praktijken rapportenboekje. Na 1962 kon bij het eindexamen vanuit alle drie de verenigingen – de NVPN, de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken en de Vereniging van RK Gestichtsartsen – naar keuze een zogeheten 'inlegvel' worden gebruikt in plaats van het oude boekje. Dit inlegvel bevatte een gemoderniseerde lijst van af te tekenen handelingen, waaronder bijvoorbeeld allerlei ABC-therapieën, sociotherapie met patiënten in de vorm van groepsbesprekingen, en het coachen van patiënten. Uit de beschrijvingen blijkt, naar Aan de Stegge aangeeft, 'dat anno 1962 een grotere aandacht van de verpleging werd verwacht voor het gevoelsleven van de patiënt, alsmede voor een kritische eigen reflectie op wat met het verrichten van een bepaalde handeling eigenlijk was bereikt.'[565]

Uit Aan de Stegge's enquêtes en interviews met oud-verplegenden komt naar voren dat deze veranderingen ertoe leidden dat verplegenden kanttekeningen begonnen te plaatsen bij de arbeidstherapie, die in de opleiding van de jaren dertig en veertig nog gold als 'het beste wat de psychiatrie ooit heeft aangeboden'. Verplegenden die in de tweede helft van de jaren vijftig met hun opleiding begonnen, stonden eerder kritisch tegenover de arbeidstherapie. Zij zagen deze als een vorm van dwang om bezig te zijn zonder zin of doel en zij vonden de aard van het aangeboden werk, zoals bonen uitzoeken of gangen schrobben, vernederend. Daarentegen legden zij een grotere waardering aan de dag voor bijvoorbeeld groepstherapie, sociotherapie of gesprekstherapie, en ook voor ontspanning in de vorm van 'samen bewegen': gymnastiek, zwemmen, wandelen, toneelspelen of dansen met patiënten.

Uit de enquêtes komt ook het beeld naar voren van een tot de jaren zestig 'bijna geheel "gesloten" en welhaast autarkisch functionerende dienst, met een vrij rigide bevelsstructuur'. G. Lettink, die in 1951 in de St. Joseph Stichting in Apeldoorn met zijn opleiding begon, vertelde hierover:

564 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Deze uitspraken zijn ontleend aan een geautoriseerd portret van Joke Leenders. Zie ook het liber amicorum voor Joke Zwanikken-Leenders: Zwanikken, Aan de Stegge en Hermann 2006.

565 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

——— In mijn leerlingentijd was er wel degelijk onderscheid. De 1e verplegende had de touwtjes strak in handen en als leerling keek je tegen hem op. Trouwens, tegen alle gediplomeerden. Zelfs tussen 1e, 2e en 3e jaarsleerlingen was er al een zekere rivaliteit. Ik was in mijn leerlingentijd ook niet zo mondig, de meesten niet. Dit werd trouwens door de ouderen ook niet aangemoedigd. Je durfde niet met veranderingen aan te komen. Eerst probeerde je het eens voorzichtig met wat ouderejaars aan te kaarten, maar die gaf je meestal toch de raad om er maar niet met de 1e verplegende over te spreken want dit werd je dan niet in dank afgenomen. Wat dat betreft is er heel wat veranderd. Na de jaren zestig, toen er nieuwe disciplines de psychiatrie binnen kwamen, kwamen er werkbesprekingen, klinische lessen en kreeg een ieder de ruimte om zijn zegje te zeggen, zonder bang te zijn voor rancune. Sterker nog, het werd zelfs gestimuleerd om alles bespreekbaar te maken. Dat was wel een verademing.[566]

Gevraagd naar de therapievormen waaraan zij indertijd hadden meegewerkt en die ze met enige regelmaat verrichtten, noemden de oud-verplegenden de volgende soorten therapie. Bovenaan, in de zin van het vaakst genoemd, stond elektroshock. Daarna kwam bezigheidstherapie – inclusief vormen van muziek, toneel, dans, drama en tuinarbeid voor zover die niet als arbeidstherapie was omschreven –, gevolgd door arbeidstherapie, medicatie, insulinecomatherapie, gesprekstherapie dan wel psychotherapie, slaap- en sluimerkuren, dwangmiddelen en separeren – in deze opsomming opgevoerd als therapievorm –, bewegingstherapie, huishoudelijk werk, groeps- en psychotherapie, sociaal-psychiatrisch werk en, tot slot, koortstherapie en cardiazolshock.

Vergelijken we deze uitkomst met hetgeen oud-verplegenden die in het interbellum met hun verpleegopleiding waren begonnen te melden hadden, dan valt het volgende op.[567] In de naoorlogse periode bleven aparte vermeldingen van bedverpleging en de permanente badbehandeling achterwege, terwijl de gesprekstherapie en de groeps- en psychotherapie als nieuwkomers figureerden.[568] In de naoorlogse periode was het aantal vermeldingen van somatische kuren inclusief dwangmiddelen en separeren vrijwel gelijk aan het aantal malen dat de overige therapievormen inclusief bewegingstherapie werden genoemd. Tijdens het interbellum lag het accent, voor zover dat op grond van het voor die periode zeer beperkte aantal respondenten kan worden geconcludeerd, iets meer op de somatische kuren dan op de overige therapievormen. Bezien we de somatische kuren, dan blijkt dat in de naoorlogse periode medicatie veel hoger scoorde dan tijdens het interbellum. Dat gold ook, niet verwonderlijk, voor de in 1939 in Nederland voor het eerst toegepaste elektroshock. Het aandeel van dwangmaatregelen onder de genoemde therapievormen kwam, inclusief de permanente badbehandeling, voor de naoorlogse periode relatief wat lager uit. Onder de overige therapievor-

566 Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV.

567 Zie 2.3, paragraaf 'Krankzinnigenverpleging als beroep'.

568 De permanente badbehandeling kwam ook na de oorlog nog voor, maar werd door de geënquêteerden als dwangmiddel gerubriceerd en niet langer als aparte therapievorm opgevoerd.

men scoorde 'bezigheidstherapie' in beide perioden het hoogst. Huishoudelijke arbeid lijkt in de naoorlogse periode aan belang te hebben ingeboet, terwijl arbeidstherapie verhoudingsgewijs juist veel vaker werd genoteerd. Of dit louter of mede een kwestie van definitie was valt niet te achterhalen. De naoorlogse periode onderscheidt zich van het interbellum vooral door de komst van de gespreks-, de groeps- en de psychotherapie. Daarnaast nam het aantal vermeldingen van bewegingstherapie en van sociaal-psychiatrisch werk toe.

De waardering van de geënquêteerden voor de diverse therapievormen liep sterk uiteen.[569] Negatieve reacties golden in het bijzonder de elektroshock: van de 40 oud-verplegenden die meldden dat zij hierbij geregeld hadden moeten assisteren, hadden 24 dit met tegenzin gedaan. Zij noemden daarvoor verschillende redenen: 'het was afschrikwekkend om te zien, patiënten waren er bang voor, het gebeurde bij vol bewustzijn, de mensen schreeuwden hard, het werd te veel toegepast, het werd bij tal van ziektebeelden toegepast, het kwam niet menselijk over'. Toch waren er ook 11 oud-verplegenden – deels overlappend met de groep van 24 – die, ondanks de bezwaren van de toediening van elektroshock zonder narcose, aangaven dat deze therapie 'vaak goede resultaten gaf, zeker in de acute fase van een ernstige depressie.' Met de nieuwe psychofarmaca hadden de oud-verplegenden doorgaans goede ervaringen: vrijwel iedereen had wel een 'wonder' meegemaakt dat een chronisch gewaande patiënt plotseling, zij het soms tijdelijk, beter ging functioneren. Er viel evenwel ook kritiek te beluisteren, vooral op de toediening van te hoge doseringen psychofarmaca, waardoor patiënten versuft raakten. Negatieve geluiden waren ook te horen over de allergische reacties die Largactil niet alleen bij patiënten, maar ook bij verplegenden kon oproepen. Veel oud-verplegenden noemden desalniettemin als voordeel dat de toepassing van elektroshock en insulinekuur dankzij de psychofarmaca afnam.

Over de toepassing van dwang in de vorm van separeren, isoleren, het gebruik van dwangmiddelen als een dwangbuis, de inwikkeling in een laken, een spanlaken (over een permanent bad of in bed) en pols- en/of enkelbanden hadden de 17 oud-verplegenden die rapporteerden dat zij dergelijke handelingen met enige regelmaat hadden verricht, gemengde gevoelens. Enerzijds hadden zij er allen een hekel aan, anderzijds beschouwden zij de maatregelen als 'een noodzakelijk kwaad waar zij hun toevlucht toe móesten nemen om hevige onrust, agressie of geschreeuw waar de hele afdeling dol van dreigde te worden, te kunnen couperen'. Onder hen waren er 8 die een grote afkeer van dergelijke behandelingen hadden; zij waren allen vóór de komst van de psychofarmaca met de opleiding begonnen. Dat geen van de later met hun opleiding begonnen verplegenden van een dergelijke grote afkeer blijk gaf, kan er volgens Aan de Stegge op wijzen dat in de loop van deze naoorlogse periode onder invloed van de psychofarmaca enkele dwang-

569 Zie Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk IV. Ook de citaten in deze alinea zijn ontleend aan Aan de Stegge.

middelen, zoals het permanente bad, de inwikkeling en het dwangbuis, in onbruik zijn geraakt.

Patiënten in de psychiatrische inrichting

Hoe ondergingen toenmalige patiënten hun opname en verblijf in een psychiatrische inrichting? Wat was daaraan voorafgegaan en wat volgde op hun ontslag uit de inrichting? In hoeverre merkten zij in de dagelijkse praktijk van het inrichtingsleven iets van de kentering die zich in de jaren vijftig aankondigde?

Net als vóór de oorlog was het aantal (ex-)patiënten dat de eigen ervaringen met het verblijf in een inrichting te boek stelde ook in de periode 1945-1965 uitermate gering. De echte publicatiegolf van autobiografische geschriften kwam pas vanaf het begin van de jaren zeventig op gang.[570] Daaronder bevinden zich twee dagboeken van voormalig patiënten die in het begin van de jaren zestig waren opgenomen. Het betreft de in 1971 gepubliceerde *Autografie van een psychose* van E. Tellegen en het in 1994 postuum uitgekomen psychiatrisch dagboek van B. Weijde.[571] Daarnaast heeft C.A. van Eijk-Osterholt de ervaringen van en met haar sedert 1947 langdurig opgenomen tweelingzus te boek gesteld, eerst in 1972 en vervolgens in 2002. Behalve deze gepubliceerde egodocumenten vormen de door M. Louter gehouden en in 2005 gepubliceerde interviews met voormalig psychiatrisch patiënten een bron van informatie voor de gehele naoorlogse periode. Terwijl de beide dagboekschrijvers op het moment zelf noteerden wat zij tijdens hun ziekte en hun verblijf in de inrichting doormaakten, deden de door Louter geïnterviewde (ex-)patiënten pas achteraf en op verzoek van de interviewer verslag van hun ervaringen. Voor de twee geïnterviewde vrouwen die hierna aan het woord komen was er al een halve eeuw verstreken sedert hun eerste kennismaking met de psychiatrie. Als laatste type bron noemen wij de (geanonimiseerde) patiëntendossiers van een drietal inrichtingen – Endegeest, Voorburg, Wolfheze –, die J. Vijselaar heeft geanalyseerd, zoals in de delen 1 en 2 van dit boek al naar voren kwam.[572] Voor de naoorlogse periode verschaft in het bijzonder zijn onderzoek naar patiënten van Wolfheze zicht op de vóór hun opname door hen doorlopen zorgtrajecten en op de gang van zaken tijdens hun verblijf in Wolfheze.[573] Overigens dient gezegd dat enige omzichtigheid is geboden bij het hanteren van egodocumenten en inter-

570 Zie Koenraadt en Schrijver 1983; Parabirsing 2003; hoofdstuk 4.2, paragraaf 'Beelden van doorbraak en triomf van de geest' en paragraaf 'De rechten van de patiënt'.

571 Tellegen 1971; Weijde 1994. Zie voorts Biesheuvels verhalenbundel *In de bovenkooi*. In het verhaal getiteld 'De heer Mellenberg' verwerkte Biesheuvel ervaringen die hij tijdens zijn eerste opname in Endegeest, acht jaar vóór de publicatie van de verhalenbundel, opdeed. Biesheuvel 1972.

572 Zie ook Vijselaar 2005 en monografie in voorbereiding. In hun monografie over Endegeest maakten Blok en Vijselaar ook reeds gebruik van patiëntendossiers. Blok en Vijselaar 1998.

573 Vijselaar 2007b; Vijselaar 2007c.

views als bron voor patiëntenervaringen: het betreft uiteraard een selectie van 'mondige' en niet zelden kritische (voormalige) patiënten.

Ans Rademakers, geboren in 1933, liep op haar zestiende in Tilburg van huis weg.[574] 'Thuis was het een onhoudbare toestand. Ons gezin kampte met grote gebreken, incest onder andere.'[575] De politie bracht haar naar een door nonnen gerund jeugdtehuis in Breda. Ze moest daar zwaar huishoudelijk werk verrichten. Na een paar maanden ging het mis. Toen de 'hoofdnon' in Ans' ogen onrechtvaardige kritiek uitte op haar poets- en boenwerk in een gang, raakte Ans buiten zichzelf van woede, trok zij de hoofdnon 'de kap van de kop af en dweilde de gang er mee aan'. Met vijf andere te hulp geschoten nonnen vocht ze net zolang tot ze een black-out kreeg. Daarop werd ze overgebracht naar Voorburg te Vught, vanwaar zij in 1951 door de Kinderbescherming werd overgebracht naar 'Wassenaar'.[576] Vervolgens belandde ze rond 1952 in Wolfheze. Daar bleef ze tot een half jaar voordat ze, in 1954, 21 werd: dat laatste halve jaar moest ze 'ter resocialisatie' naar het Rijksopvoedingsgesticht in Nijmegen.

Het regime in Voorburg viel haar zwaar. Na een tijd in de isoleer kwam ze een paar weken dag en nacht op een zaal met veertig vrouwen te liggen.

——— *Zo'n zaal was: bedje, nachtkastje, bedje, nachtkastje [...] Zonder schotten ertussen. We ademden elkaars adem in, we hoorden elk geluidje. Alles lag dwars door elkaar, leeftijden en ziektebeelden, de zware gevallen en de lichte. Als iemand dan angstig was, dan leefden we mee. Of als iemand lag te huilen, het was alles, allemaal – er kwam zo'n hoop op je af. Je zag alle categorieën van lijden. [...]*

Ik kreeg allerlei etiketjes opgeplakt – hysterisch, paranoïde, psychotisch. Ze probeerden allerlei medicijnen uit. [...] Na een tijdje mocht ik 's morgens mijn bed uit, om te werken. Daarna 's avonds en toen hoorde ik erbij. Ik bleek te zijn veroordeeld of eigenlijk kon dat helemaal niet, want ik ben niet bij de kinderrechter geweest.

Alles ging precies op uur en tijd. 's Morgens werden we om zes uur gewekt, elke dag. Je moest je bed opengooien en je kreeg een taak, bijvoorbeeld op de gang om karren met aardappelen te schillen. Als we met weinig waren stonden de nonnen erbij om ons op te jutten, doorschillen, tot je vingers erbij kapot gingen. [...] Hierna wasten we ons in een washok, allemaal op een rijtje aan een kraan, met een hemd aan zodat je jezelf niet kon zien. Je voelt je zo gauw zondig, hé, alles was zondig, zelfs je gedachten konden dat zijn. Tegelijk was dat hemd je enige privacy.

Als je terugkwam op zaal om je bed dicht te gooien, zag je wie er allemaal ging werken. De anderen lagen nog vastgebonden of met een prik op bed. Sommigen hadden wekenlange slaapkuren, om ze onder controle te krijgen. De nonnen gaven best veel medicijnen, ze moesten goed in de gaten houden of mensen af en toe wel wakker werden, aangezien er soms iemand in bleef. De rest kreeg vanaf een karretje pillen te slikken, broom, chloral en slaaptabletten, dat waren zogenaamde

574 Dit portret is gebaseerd op een interview van M. Louter met Rademakers. Louter 2005, 32-47.

575 Louter 2005, 33.

576 Wassenaar stond vermoedelijk voor de daar gevestigde R.K. Psychiatrisch-Neurologische Kliniek St. Jacobusstichting.

kalmerende middelen. Die waren er voor alle diagnosen: psychotisch, depressief en als je een beetje lol wilde maken, was je weer manisch.

Hierna moesten we naar de kapel om te bidden, broodnuchter.[577]

Na het ontbijt werden ze in werkploegjes verdeeld: poetsen of naar de keuken. Dan volgde het middagmaal plus een uurtje 'vrije creativiteit': puzzelen, lezen, breien. 's Middags deden ze in de handwerkzaal het 'meer rustige werk', zoals sokken stoppen of naaien. Tussendoor was er ook nog een bezoek aan de kapel. Na afloop kregen ze een kop thee of bouillon, 'tegen de slapte'. Om negen uur moesten ze gaan slapen.

Over Rademakers' zaal had zuster Katrien de leiding. 'Die was heel dubbel. Het ene ogenblik mocht er van alles en dan weer was ze heel afgemeten en streng.'[578] Straf op bijvoorbeeld een grote mond of 'een peuk roken' kon bestaan uit 'regels schrijven, wc's poetsen, of in bed met een prik of een boeijak aan, zo noemden ze daar een dwangbuis'. Ook kwam het voor dat een pak rammel werd uitgedeeld of dat je 'in het bad werd gesmeten', met een plank erover heen en 'een gat voor je hoofd'.[579]

——— *Het meest grievend vind ik nog dat het er in Voorburg niet om ging om mensen beter te maken, hoezeer het ook een psychiatrisch ziekenhuis heette. Het ging alleen om mensen rustig te houden. Ik heb nooit een dokter gesproken, er was er maar één die op dinsdag- en donderdagmorgen de elektroshocks deed. [...]*

Hoe ging dat: een paar nonnen kwamen met een apparaat op een karretje aanrijden: een kastje met lampjes en twee geladen polen. Die zette de dokter op de slapen, en dan barstte het in je hoofd. Er was toen nog geen narcose. Je kreeg alleen een washandje tussen de tanden, zodat je je tong niet kon stukbijten. Ondertussen zat de rest van de patiënten in het theekeukentje van de zaal, met de deuren dicht.

Het was doodeng, je kon er vanuit een raampje turen en ik zie het nog voor me, dat ze zo lagen te schudden. We zaten stijf naast elkaar elkaars handen vast te houden, te denken: We moeten direct weer, we moeten direct weer. Want naderhand moesten wij al die patiënten gaan afwassen, verbedden en verschonen, een verschrikkelijk gezicht was dat. Mensen bij wie het kwijl in stromen uit het gezicht kwam lopen en dergelijke dingen meer.[580]

In Wassenaar belandde Rademakers weer in een 'nonnenklooster'. Het was veel kleinschaliger dan Voorburg, maar het dagritme was vergelijkbaar. 'De psychiater sprak je niet, je hoorde van de nonnen alleen wat hij had besloten over welke pillen je moest slikken, en zo. Wel sprak ik af en toe met de huisdokter, die was best aardig.'[581] Wolfheze, waar Rademakers, zoals gezegd, rond 1952 terechtkwam, was weer een stuk groter.

577 Louter 2005, 34-36.
578 Louter 2005, 36.
579 Louter 2005, 37.
580 Louter 2005, 41.
581 Louter 2005, 42.

——— *Het bestond uit een hele reeks grote paviljoens, met slaapzalen van een stuk of twintig mensen. Het werd niet gerund door nonnen maar door leken, met van die gesteven verpleegsters-kleding aan. De patiënten mochten er hun eigen kleding dragen en omdat ik die niet had, ben ik die nog wezen kopen in Utrecht, samen met een welfarewerkster.*[582]

Eerst verbleef ze op een gesloten afdeling. Daar kreeg ze een slaapkuur. 'Er was een dokter waar ik wel redelijk mee kon opschieten, die probeerde allerlei nieuwe medicijen uit, tranquillizers, antipsychotica.' In Wolfheze was het ook 'wel ietsje vrijer. We konden ons achter een wandje wassen en we hoefden niet te bidden.'[583]

——— *Verder waren er allerlei therapievormen, waarbij de mannen- en vrouwenafdeling niet strikt werd gescheiden. Zo hadden ze heel veel op het gebied van handwerken, maar ook houtbewerking en figuurzagen. [...] Ze noemden het bezigheidstherapie. [...] Af en toe hadden we ook psychomotorische therapie, ofwel een balspel. Verder had iedereen wisselende corveetaken, een beetje poetsen, zorgen voor de koffie, of tafels dekken, waarin je wat eigen verantwoordelijkheid kreeg. Je mocht bijvoorbeeld zelf bepalen of je met die of met deze tafel begon, dat was ik niet gewend en ervoer ik echt als een keuze, omdat er verder geen enkele keuze was.*[584]

Op het gebied van straffen kon het evenwel streng toegaan. Toen Rademakers op het toilet stiekem een peuk zat te roken, betrapte een verpleegster haar en kreeg ze direct een braakspuit. Een andere overtreding moest Rademakers met een 'strafshock' bekopen. 'Ik had toen al heel wat shocks gehad op Wolfheze, twee hele kuren geloof ik, en ik was er nog steeds doodsbang voor.'[585]

Jaren nadien kwam Ans Rademakers nog een keer in Vught terecht. 'Gelukkig niet in Huize Voorburg, maar in een bungalow-achtige toestand die er naast was bijgebouwd, genaamd de Lindenhof. Dat was rond 1982 en toen had ik echt een psychose.'[586] Niet alleen was de huisvesting moderner en aangenamer, maar ook was de therapeutische sfeer drastisch veranderd.

——— *Op de Lindenhof zat ik in een groep die alles gezamenlijk deed, een zelfwerkgroep met allemaal theapieën erbij. We moesten elkaar feedback geven en evalueren en confronteren. Dat ging er soms hard aan toe, want anders had het geen zin. [...]*

Er was ook een andere groep, waar ze alleen pillen kregen en op tijd naar bed gingen. Daar waren ze biologisch ziek, manisch depressief en schizofreen en zo. Nadat ze met medicijnen waren opgelapt, gingen ze zo weer terug naar de maatschappij. Bij ons was het zo dat je er geruime tijd moest zijn, om aan jezelf te leren werken. Oftewel continu nadenken over het hoe en waarom van alles dat ons dwars zat. Verschrikkelijk moeilijk vond ik dat in het begin. Ik ben er dan ook meer dan een jaar gebleven.[587]

582 Louter 2005, 44.
583 Louter 2005, 44.
584 Louter 2005, 45.
585 Louter 2005, 46.
586 Louter 2005, 46.
587 Louter 2005, 47.

De andere geïnterviewde vrouw, Ad Barendregt, begon in 1950 als achttienjarige aan de interne B-opleiding in Maasoord, het latere Deltaziekenhuis, te Poortugaal.[588] Al spoedig werd ze ziek. 'Achteraf gezien was ik al een tijd erg angstig. Maasoord was een heel groot en oud paviljoenencomplex, met een beklemmende sfeer waarin iedereen zijn plaats moest weten.'[589] Barendregt werd op de afdeling psychiatrie van het Coolsingelziekenhuis in Rotterdam opgenomen. Daar werd ze behandeld door dokter Trenpel, 'een aardige en geestige vrouw van een jaar of dertig'.[590]

——— *Ze hebben het al van alles genoemd, manisch, melancholisch, hysterisch, borderline. Momenteel heb ik als diagnose ADHD en slik ik amfetamine omdat het te druk is in mijn hersenen. [...] Ze spoten me met van alles plat: scopolamine, barbituraten, opium, van alles waar je verslaafd aan kon raken [...] Maar ik heb ook een slaapkuur gehad, zes weken de ene injectie na de andere. [...] Ik schaamde me dood voor mijn ouders, als die op bezoek kwamen. Er mocht binnen de familie niet over psychiatrie worden gesproken, want als je in die tijd gek was dan wilde niemand iets met je te maken hebben. Gek zijn was een schande en destijds moest je het ook dragen als een schande, berouwvol en deemoedig.[...]*

Je kon geen kant uit onder dat spanlaken. Maar ik had dokter Trenpel en er was heel goede verpleging: aardig, hartelijk, warm.[...] Ze waren lief voor mij. Ik had er wel willen blijven. Maar hoe aardig iedereen ook was, beter werd ik niet.[591]

Na vijf maanden zei dokter Trenpel dat ze niets voor haar konden doen. Per ambulance werd Barendregt naar psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal te Loosduinen vervoerd. Daar bracht ze in kliniek Ockenburg in 1951 twee maanden door. Ze deden daar niets aan therapie of bezigheden, alleen af en toe een stukje wandelen.

——— *Er was werkelijk helemaal niets en daarbij was het heel onpersoonlijk. Er was geen warmte. De zusters droegen geen witte maar grijze uniformen. Ik herinner me niet dat ze praatjes met me maakten, in elk geval zullen het geen hoogstaande gesprekken geweest zijn. Met mijn medepatiënten had ik nauwelijks contact. Het waren meest oudere vrouwen met alle ziektebeelden dwars door elkaar heen.*[592]

Later kwam er in het bed naast haar een ander meisje 'ongelooflijk psychotisch' binnen. 'Die werd toen geshockt en daarna ging het beter. Shocken was in die tijd heel normaal, dat hoorde er bij, zeg maar. Opium, slaapkuren, shocken: je verbaasde je in die dagen nergens over.'[593]

588 Dit portret is gebaseerd op een interview van Louter met Barendregt. Louter 2005, 60-73.
589 Louter 2005, 61.
590 Op verzoek van Ad Barendregt heeft Louter de namen van haar behandelaars veranderd. Louter 2005, 73.
591 Louter 2005, 63.
592 Louter 2005, 64.
593 Louter 2005, 64.

——— *Wat me voornamelijk is bijgebleven, was dat je je daar samen met anderen moest wassen. In het Coolsingel waren er aparte wasruimtes waar niemand ergens getuige van was. In de Ockenburg stond je naakt voor een rijtje kale wastafels, tussen dement en gek en oud en jong, dat daar stond te wassen en te doen. Ik heb van alles geslikt in de psychiatrie. Maar het meest vernederende was dat ik mij naakt moest vertonen zonder dat zelf te willen.*[594]

Na haar verblijf in Ockenburg kon Barendregt voor een nabehandeling terecht in de privépraktijk van dokter Trenpel. Naar de B-opleiding in Maasoord kon ze niet meer terug. Barendregt werkte toen achtereenvolgens in een tehuis voor verstandelijk gehandicapte kinderen en, als verpleegster, in een tweetal ziekenhuizen.

In 1957 werd Barendregt na een suïcidepoging opgenomen in Vrederust bij Bergen op Zoom. Ook daar waren er grote zalen in grote paviljoens.

——— *Ik lag er in een soort separeerkamertje waarvan de deur juist altijd openstond zodat ze me in de gaten konden houden. Weer kreeg ik een vrouwelijke psychiater. Zij ging, ongelooflijk vond ik dat, helemaal alleen met mij een stukje wandelen. Dan nam ze sprookjesboeken mee, daar las ze uit voor en ik voerde lange gesprekken met haar.*

Ik weet nog dat zij de eerste arts en trouwens ook de eerste mens was, bij wie ik onbedaarlijk heb gehuild. Voordien deed ik dat altijd alleen, ik heb zo ongelooflijk veel gehuild.[595]

In Vrederust was er, anders dan in Ockenburg, 'zowaar iets te doen'. Als arbeidstherapie deed Barendregt een poos kantoorwerk in de patiëntenadministratie. Dat beviel haar wel.

——— *Er heerste een gezellige Brabantse gemoedelijkheid en ik gedroeg me er goed, veel beter dan ik me voelde. Want ik was erachter gekomen dat mijn naaste familie zich ten diepste voor mij schaamde. Dat was zo'n verschrikkelijk gevoel dat ik eigenlijk niet meer wilde leven.*

Toen zijn ze begonnen met Largactil, een antipsychotisch middel waar ik heel daas van werd, maar waardoor ik ook bijna niets meer voelde. Ik weet maar heel weinig van die periode, eigenlijk ken ik alleen een rijtje data die eens uit mijn dossiers zijn gelicht. In 1957 en 1958: opname in Bloemendaal, cliënte kreeg antipsychotica. In 1960: opname Coolsingel, verblijf in separeer wegens agressie. In 1965: opname Delta, na overlijden van vader. Vanaf 1967: diverse opnamen in Dordrecht, psychiater van cliënte was handtastelijk. Het klinkt allemaal heel ver weg. Ik slikte naast Largactil ook Nozinan, Rohypnol, allemaal paardenmiddelen. Ik wist op het laatst niet meer waar mijn huis was.[596]

In 1976 kwam de ommekeer, tijdens een opname in het Deltaziekenhuis. Daar was inmiddels een apart paviljoen waar je onder leiding van een psycholoog aan psychotherapie kon doen. 'Ik had al die jaren nooit psychotherapie meegemaakt, dus dat wilde ik wel eens proberen.' Voorwaarde was wel dat Barendregt zou stop-

594 Louter 2005, 64-65.
595 Louter 2005, 66.
596 Louter 2005, 67.

pen met medicijngebruik. 'Dat was ten tijde van de antipsychiatrie, al hoorde ik dat woord pas veel later. Het was toen óf pillen, óf praten, allebei kon niet en de keuze was aan mij.'[597] Barendregt koos voor de psychotherapie. 'Bij Gert [de psycholoog] zat je de hele week met acht mensen op elkaars lip. We kregen creatieve therapieën zoals fingerpainting, sporten en op dinsdag en vrijdag groepstherapie van Gert ter Weide zelf.'[598] Barendregt noemde het jaar 1976 het beste van haar leven, al viel de therapie haar bepaald zwaar. Uiteindelijk nam ze afscheid van de groep met het idee dat ze het nu wel zou redden. Ze werd daarna inderdaad nooit meer opgenomen. Wel kreeg ze na haar ontslag nog zestien jaar individuele therapie van Gert, de psycholoog.[599]

Uit de verhalen van Rademakers en Barendregt komt naar voren dat de psychiatrische inrichtingen waar zij in het begin van de jaren vijftig verbleven, qua huisvesting, sfeer en behandeling naast overeenkomsten vooral ook grote verschillen vertoonden. Rademakers' ervaringen met het regime van de nonnen in Voorburg waren bepaald ongunstig. Een arts zag ze daar nooit. In Wolfheze ging het anders toe: het was daar iets vrijer, er waren allerlei therapievormen, en er was een dokter met wie ze redelijk overweg kon. Overigens werd in beide inrichtingen volop geshockt; daarnaast kregen patiënten allerhande medicatie en ook slaapkuren. Beide inrichtingen pasten dwang- en strafmaatregelen toe, zij het dat de nonnen van Voorburg hiertoe vermoedelijk eerder en veelvuldiger overgingen. Barendregt had ten dele andere ervaringen. Noch in het Coolsingelziekenhuis, noch in kliniek Ockenburg werd iets aan therapie of bezigheden gedaan. De sfeer in het Rotterdamse ziekenhuis was echter prettig, in tegenstelling tot in Ockenburg, waar het heel onpersoonlijk toeging. Over Vrederust, waar Barendregt in 1957 terechtkwam, was ze veel beter te spreken. Haar ervaringen met Largactil en andere 'paardenmiddelen' waren daarentegen minder gunstig. Wat hoe dan ook in de beide interviews opvalt is dat in de inrichtingen ook al vóór de introductie van de nieuwe psychofarmaca veelvuldig gebruik werd gemaakt van medicatie.

Rademakers' relaas over het door nonnen gedomineerde Voorburg staat niet op zichzelf. Van Eijk-Osterholts verslag over hetgeen haar tweelingzus Mies Osterholt (1923-1998) in Sancta Maria te Noordwijkerhout tijdens haar langdurige verblijf – van 1947 tot 1970 – kreeg te verduren, maakt duidelijk dat het er in deze katholieke inrichting bepaald niet beter aan toeging. Het regime van de nonnen, behorend tot de congregatie van de Zusters van Liefde, was eerder harteloos dan liefdevol – zo blijkt uit de vele wantoestanden die Van Eijk-Osterholt noteerde. In haar voorwoord concludeerde Van Eijk-Osterholt: 'Vijfentwintig jaar is een lange periode waarin veel kan veranderen. In de inrichting waar mijn zus verbleef, veranderde weinig.'[600]

597 Louter 2005, 68.
598 Louter 2005, 69.
599 Louter 2005, 72.
600 Van Eijk-Osterholt 1972, 5. Osterholt verbleef nadien nog in diverse andere inrichtingen. Zie Van Eijk-Osterholt 2002.

De dagboeken van Tellegen en Weijde over hun ervaringen met de psychiatrie in het begin van de jaren zestig zijn ten dele anders getoonzet. Egbert Tellegen, geboren in 1937, werd als student sociologie in 1960 vanwege een psychose onvrijwillig in Oud-Rosenburg te Loosduinen opgenomen.[601] Hij moest daar onder andere een reeks elektroshockbehandelingen ondergaan. Aanvankelijk mislukten de narcoses.

_____ *Hoe ging de zesde shock? Ik had nu nogal uitvoerig geklaagd over de voorgaanden. Het lukte niet goed bij mij. Tegelijkertijd met de narcosestof wordt curare ingespoten; spul wat de Indianen vroeger aan hun pijlen smeerden en dat de tegenstander totaal verlamde. Bij mij werkte de curare sneller dan het narcoticum zodat reeds tweemaal ik die totale verlamming bewust moest ondergaan. Niet zo prettig.*

Maar nu was mij verzekerd dat het niet zou gebeuren. En ik geloofde dat ook vast. En het gebeurde ook niet. Dus een heerlijk inslapen en een prettig ontwaken.

Een goede shock.[602]

Enkele dagen later schreef hij:

_____ *Nu, na van tien tot drie uur 's nachts te hebben geslapen, voel ik pas de weldadige werking van de shock van vrijdag-vandaag-gisteren. En met het genezen ga ik deze inrichting meer waarderen. Nu stap ik naar broeder Gena toe en zit heerlijk rustig wat met hem te praten.*

Ik heb, geloof ik, nog altijd niet precies mijn verblijfplaats hier beschreven. Dat is een kamertje dat als een soort uitstulping tegen een zaal aan ligt. In die zaal staan twee rijen bedden met oude mannen.

Aanvankelijk was ik zeer verwonderd hier te zijn opgenomen bij de oude mannen, maar later heeft me dat erg veel plezier gedaan. Ze hebben allemaal iets aftands, soms meer, soms vrijwel niet, en daardoor gaat er van hun traag-talmend-kalmend lijden een merkwaardige rust uit. Nou … lijden, dat valt in sommige gevallen nogal mee. […] Toen […] mij met veel enthousiasme werd aangeboden een eigen kamer helemaal apart te betrekken en verder te recreëren met de eerste-klassepatiënten, trok mij dat nauwelijks aan. Die eerste klassers zijn minder mentaal afgezakt en het contact met hen is daarom inspannender. Je kan niet zo goedmoedig-glimlachend langs hen heen lopen. En aangezien ik nu nog introverter ben dan normaal, trok mij die verandering niet zo erg aan. Ik deed het toch maar wel, maar … kreeg het na enkele dagen erg moeilijk en vroeg weer teruggezet te worden.[603]

Korte tijd later noteerde Tellegen, nadat hij met broeder Gena over het vak had gepraat, dat je 'voor psychiater en verpleger eigenlijk bikkelhard [moet] zijn'.

601 Mondelinge mededeling van E. Tellegen; in zijn boek noemt hij de naam van de inrichting niet.

602 Tellegen 1971, 223.

603 Tellegen 1971, 230-231.

——— *Straks zal ik weer met forse verbeten keiharde stoten een verpleegster een injectienaald in een been van een volkomen chaotische man zien stoten. Het lijkt, hoe zij en de broeder daar bezig zijn, bijna sadistisch, maar het is zelfbescherming.* Dreunen *ze er niet zo tegenaan, dan kan de emotionaliteit rondom het lijden van de patiënt in hen naar binnen dringen. Hun schijnbare sadisme is in feite een harnas. […]*

[Ook] de psychiater kan het zich beter maar niet veroorloven zich in alle diepte in te laten met de problemen van de patiënt. Laten we het nog simpel stellen en ervan uitgaan dat een psychiater op één moment tien gevallen zoals het mijne onder behandeling heeft en hij daalt daarin tot alle diepte af, hij doorleeft tien maal een geval als de dood van mijn vriend en al het gebeuren daaromheen, tien keer de godsdienstige zoekerijen, tien keer de geslachtelijke spanningen en tien keer de studieconflicten om even de hoofdpunten te noemen. Wel dan lijkt me dat deze man daar zelf wel aan ten onder moet gaan. Vandaar het conflict met de grotestadspsychiater die ik voor ik hier kwam bezocht. Hij begon te praten over 'stress', hetgeen mij mateloos irriteerde. Want mijn gebeuren was naar mijn inzicht helemaal (en naar mijn inzicht thans slechts gedeeltelijk) niet een 'stress' of zoiets uit de boekjes.[604]

Van een andere broeder, die hij aanduidde als broeder Luister, kreeg Tellegen het advies om een dagboek van zijn verblijf in de inrichting bij te houden. Ook sprak hij met hem over het verloop van zijn soort ziekte, met afwisselend een manische periode, gevolgd door een diepe depressie. Daarna ging hij, zoals vaker, wandelen met een medepatiënt.

——— *[E]n toen … eindelijk naar de gymnastiek toe. Een heel eenvoudige les, hoewel toch voor mijn (door de shock nog extra) spieren nog wat onwillig. En dan terug wandelen en dan weten dat de plannen toch voornamelijk op overmoed zullen berusten en dan de nieuwe depressie. De weemoed zwaar liggend in hoofd en harten.*[605]

Enkele weken later schreef Tellegen dat de shock dit keer goed werkte en dat hij daarna 'erg vrolijk' en later 'gewoon opgelucht' was.

——— *Ja, het werkt echt wel, de shock. En trouwens, ook chemische middelen helpen. […]*
Wat is dan het bedenkelijke van dit alles?
Wel, dat ons kunnen ons begrijpen ver vooruit is.
Dat 'kunnen' is het toedienen van chemische middelen. Dat is het shocken. Maar het 'begrijpen'? […]

[I]k wil niet in de gangbare goedkope kritiek op 'het natuurwetenschappelijke' vervallen en ik zie ook wel in dat mijn notities amateuristisch zijn.

Maar dan blijft dat achter het 'onaangepast' 'overspannen' 'zelf-niet-in-de-hand' veel onbegrepen dingen schuil gaan. Is bijvoorbeeld de vraag tussen de scheiding 'binnen' en 'buiten' al opgelost. Wat zit 'binnen' in de mens, wat is 'buiten'.[606]

604 Tellegen 1971, 232–233.
605 Tellegen 1971, 234.
606 Tellegen 1971, 238–239.

Na ruim drie maanden werd Tellegen uit de inrichting ontslagen. Hij kwam in nazorg bij een psychiater. Tellegen bezocht hem gedurende ongeveer anderhalf jaar vrij regelmatig, aanvankelijk ongeveer eens in de veertien dagen. 'Het waren altijd korte contacten van ongeveer een kwartier á twintig minuten. Als steun waren ze erg belangrijk.'[607] Een terugslag bleef Tellegen bespaard.

Het psychiatrisch dagboek van Bert Weijde (1932-1986) opent in maart 1961. Hij woonde toen in Amsterdam en zijn werkgever had hem ontslagen. Op aandringen van zijn moeder zocht Weijde medische hulp. Via zijn huisarts belandde hij bij een zenuwarts. Gevraagd naar zijn opleiding en arbeidsverleden vertelde Weijde dat hij op de kweekschool was geweest en twee keer voor de klas had gestaan, de laatste keer in Nieuwe Tonge en de eerste keer in Amsterdam. De eerste keer ging 'al helemaal niet. Ik was toen reserve-onderwijzer: 39 scholen in een jaar tijd. Goed voor een kneusje als ik'.[608] Daarna had hij op een statistiekbureau gewerkt en daar was hij na een jaar 'ook weer weggevlucht. Het meest is 't me bevallen op het Volkskunde Bureau. Daar ben ik het langst gebleven, twee jaar. Maar tenslotte was het niet vol te houden.'[609] Bij zijn derde bezoek aan de zenuwarts kreeg hij de raad zich voor nader onderzoek op te laten nemen. Weijde moest zich bij de Amsterdamse GG en GD aan de Achtergracht laten inschrijven voor een opname. Hij gaf aan de Valeriuskliniek te verkiezen boven het Wilhelminagasthuis.

Weijde verbleef van half mei tot half augustus 1961 in de Valeriuskliniek, op een zaaltje met acht bedden. Hij had met enige regelmaat een gesprek met zijn behandelend arts, onder andere over zijn angsten en over de vraag of hij stemmen hoorde.[610] Na zijn ontslag uit de Valeriuskliniek, een korte vakantie met zijn ouders en een periode van op kamers wonen in Amsterdam, volgde in juli 1962 zijn (vrijwillige) opname in Wolfheze. Bij aankomst in paviljoen Eikenhorst verzocht een broeder hem zijn kleren uit te doen. Na zijn bad kreeg hij een grijze katoenen pyjama aan van de stichting. 'De stichting, zo wordt het hier genoemd. Alles is van de stichting. Ik heb gezegd: fijn. Ik heb eveneens gezegd "fijn", toen ik in bad was. Want de broeder vond dat ik er zo van opknapte.'[611] Vervolgens kreeg Weijde een bed op een zaal met 24 bedden toegewezen. De eerste dagen moest hij in bed blijven. Een arts kreeg hij nog niet te zien. Op een gegeven moment kwam de hoofdbroeder zeggen: 'Vanmiddag er maar eens uit [...] Ja meneer Van der Weide [sic], gerust, de dokter komt met u praten. Hij heeft het druk. Nou en of, of hier dokters zijn. Maakt u zich daar maar geen zorgen over.'[612] Weijde kreeg nieuwe zwarte schoenen en bij de kleermaker werden hem een blauw kostuum, een bruin manchester pak en twee regenjassen aangepast. 'De kleren kreeg ik niet gelijk mee omdat er eerst nog mijn nummer in gestikt moest worden.'[613] Op zaal was het erg rumoerig. Dat vond Weijde moeilijk te verdragen.

607 Tellegen 1971, 250.
608 Weijde 1994, 14.
609 Weijde 1994, 14.
610 Weijde 1994, 26-85.
611 Weijde 1994, 147.
612 Weijde 1994, 164.
613 Weijde 1994, 164.

——— *De luidspreker in de hoek bij het raam boven het bed van de weggedoken jongen had ik al gezien. Sinds zeven uur staat hij aan. Er is een stekker aan. Dat wil zeggen hij kan aan of uit. Hard en zacht bestaat niet. Dat is ooit eens vastgesteld in het gebouw en daar kan niemand bijkomen.[…] Het protest dat ik er tegenin probeerde te brengen werd gestadig aan verpletterd. Ik zou het ondergaan: de Blue Diamonds, de lezing over de openbaring van Johannes, de radiokrant van vandaag en Alles wat adem heeft lovet de Heer. Tussendoor deed ik pogingen om te lezen. Het zou me wel eens kunnen lukken om twee tegelijk te zijn.*[614]

Weijde ging ook af en toe naar de werkplaats, wasknijpers maken. 'Er mocht niet gerookt worden, maar er was een toilet. Ik ging er dus heen en bleef door het raampje naar buiten kijken, rook wegblazend. Opgesloten. Hetzelfde overal.'[615]

Toen Weijde dan toch een arts te zien kreeg, was een van diens vragen: 'Hoe bevalt het u hier? Bent u al wat aangepast?' En het antwoord van Weijde: 'Dat kan niet. Ik voel onmiddellijk of ik ergens thuis ben of niet. Toen ik hier de eerste keer de zaal binnenkwam, wist ik dat ik zo gauw mogelijk weg moest zien te komen. […] Het is beneden een herrie van jewelste.'[616] Aan het eind van het gesprek verzocht de arts hem zijn levensgeschiedenis te beschrijven. Weijde protesteerde: 'Dat kan ik niet.' De arts: 'Dat zal best lukken, meneer Weijde. U probeert het maar.'[617] Naar later zou blijken, bleef het bij enkele mislukte pogingen. Bij een volgend gesprek was er nog een tweede arts aanwezig.

——— *Ja, als we deze papieren zo doorlezen, dan wordt meneer Weijde telkens weer beschreven als een zeer gevoelig persoon met brede belangstellingen, maar zeer gehandicapt in zijn omgang met mensen. Ik geloof eigenlijk dat het wel meevalt, die gevoeligheid. […] Wat zegt u, meneer Weijde? O, die largactil. Ja, dat is protocol, hè. Dat zult u zo langzamerhand ook wel begrijpen. Ik kan me voorstellen dat u er bezwaar tegen heeft. Bezwaren tegen medicijnen, dat komen we meer tegen bij patiënten van uw type. […] Ja. Ik wou deze kuur toch nog maar veertien dagen aanhouden, dat lijkt me beter. En dan zullen we een heel nieuw medicijn beginnen. […] Het doel van dat middel is u meer doelgerichtheid en wereldbeeld te geven. Maar de gevolgen zijn subjectief, u moet niet denken dat we u een wereldbeeld laten slikken. […] Wat, meneer Weijde, shocken zegt u? Nee, dat lijkt me in uw geval niet nodig.*[618]

Weijde had graag in de tuin willen werken, maar daar kwam, volgens de arts, 'nog wel meer voor kijken dan het zomaar mooi vinden'. Het zou, volgens de arts, nog niet zo makkelijk zijn om een geschikt plaatsje voor hem te vinden. 'Want u zult wat moeten gaan doen, vindt u zelf ook niet? Zo altijd maar op die zaal rondhangen, dat gaat natuurlijk niet'. Ook kreeg Weijde te horen dat hij naar een andere, rustiger afdeling zou worden overgebracht.

614 Weijde 1994, 165.
615 Weijde 1994, 177.
616 Weijde 1994, 188–189.
617 Weijde 1994, 189–190.
618 Weijde 1994, 235–236. Het nieuwe medicijn was, naar later bleek, Mellaril. Weijde voerde het op als melleril. Weijde 1994, 260. Vergelijk Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 90.

——— *En daar gaan we ook beginnen aan een heropvoeding om u weer geschikt te maken voor de maatschappij. U hebt te veel moeilijkheden in uw medemenselijk contact, dat gaat echt niet langer, dat zult u toch wel met me eens zijn. [...] Nee, natuurlijk gaan we geen ander mens van u maken, dat zouden we heus niet kunnen. De bedoeling is u wat meer in harmonie te brengen met uw milieu. [...] Maar u zult wel moeten meewerken. Dan kunnen we echt iets bereiken. En als het hier in deze beschermde omgeving op den duur dan is gelukt, dan kunnen we het weer eens in de grote maatschappij proberen. Maar, dat zeg ik u van tevoren, het is ook mogelijk dat het in de maatschappij niet lukt, dat u er zich niet kunt handhaven. Dat kan gebeuren, 't leven is daar tenslotte niet zo uitgebalanceerd als hier. In dat geval zal er niets anders opzitten dan hier terug te komen. Zo staan de zaken ervoor. Ik wil het niet mooier voorstellen dan het is.*[619]

De dreiging eventueel zijn hele leven in de inrichting te moeten blijven, maakte Weijde wanhopig. Enkele weken later verzocht hij de arts hem uit de inrichting te ontslaan. Deze weigerde met als argument dat Weijde een gevaar was voor zichzelf. 'Gelogen, zei ik. Kunt u dat bewijzen. [...] Ik denk er helemaal niet aan zelfmoord te plegen, laat staan dat het uit mijn gedrag valt af te leiden.' Tijdens dit gesprek werd de arts opgebeld; op de vraag of er een bed vrij was antwoordde hij ontkennend. Weijde onderbrak het gesprek en verkondigde met luide stem dat zijn bed vrij was. 'Ik maakte van zijn onzekerheid gebruik en dwong hem door de telefoon te zeggen dat er wel een bed vrij was.' Waarop de arts zei 'dat ik goed moest begrijpen dat ik met deze handelwijze riskeerde in een gesloten afdeling terecht te komen. Zover ik wist had hij daar niet zo maar het recht toe.'[620] De arts gaf zich toch gewonnen en verleende Weijde toestemming nog diezelfde dag, 13 augustus 1962, te vertrekken. Van zijn moeder vernam Weijde later dat de huisarts nog had geprobeerd zijn ouders over te halen 'een KZ-verklaring op me te tekenen, hetgeen inhoudt dat ik volslagen krankzinnig ben, niets meer over mezelf te zeggen heb en overgeleverd ben aan de psychiatrie zolang het de psychiaters belieft. Vader en moeder hebben dat geweigerd, waarmee ze me van de morele ondergang hebben gered.'[621]

Wat valt er uit de dagboeken van Tellegen en Weijde op te maken? In hoeverre weerspiegelde de door hen ervaren en beschreven dagelijkse praktijk van het inrichtingsleven in het begin van de jaren zestig de kentering die zich in de jaren vijftig aankondigde? Beiden kregen de toen gangbare psychofarmaca. Alleen Tellegen kreeg elektroshockbehandelingen; voor Weijde vond de arts dit niet nodig. Tellegen, die het verblijf op een afdeling van de tweede klasse verkoos boven dat in de eerste klasse, verkeerde wat dat aangaat, anders dan Weijde, in een bevoorrechte positie. Over het regime in Oud-Rosenburg komen we hoe dan ook niet erg veel te weten. Weijde wist al vlug dat Wolfheze niets voor hem was. Hij kwam niet verder dan de observatieafdeling en was binnen een maand vertrokken. De gesprekken met de arts getuigen van een tamelijk paternalistische houding

619 Weijde 1994, 236-237.
620 Weijde 1994, 268.
621 Weijde 1994, 270.

tegenover Weijde en wekken niet direct de indruk dat er, althans op deze afdeling van Wolfheze, een nieuwe wind waaide.

De door Vijselaar geanalyseerde patiëntendossiers bieden evenwel aanvullende informatie over Wolfheze in de tijd dat Van der Drift daar als geneesheer-directeur de scepter zwaaide.[622] De ziektegeschiedenissen van drie patiënten die in 1957, dus vijf jaar voor de opname van Weijde, in Wolfheze arriveerden, laten zien dat behandeling 'op verschillende sporen' plaatsvond. In het kader van de heropvoedingstherapie was er, althans voor sommige patiënten, sprake van 'een integratie van de sociotherapeutische en somatische benadering'.[623] Dat blijkt het duidelijkst uit het dossier van een jonge vrouw die 'in een acute psychose met verwarring en motorische onrust' werd opgenomen.[624] Ze kreeg al na twee dagen hoge doses Largactil in combinatie met Phenergan. Ook kreeg ze vanaf het begin elektroshocktherapie – in ongeveer tien maanden ruim vijftig keer. Volgens Vijselaar geven de bewoordingen in het dossier de indruk 'dat daarbij soms ook gedragscorrectie het motief vormde'. Gezien Rademakers' eerdere, hierboven vermelde ervaring met een 'strafshock' tijdens haar verblijf in Wolfheze, lijkt er in dit opzicht dus sprake te zijn van continuïteit. Toen de in 1957 opgenomen vrouw na een maand 'enigszins ordelijker en kalmer' was geworden, 'besloot het arbeidsteam haar op grond van observaties in de testzaal', als hulpleidster op het eigen zwakzinnigenschooltje te plaatsen. 'Dat gebeurde uitdrukkelijk omwille van "haar minderwaardigheidsgevoelens en angst voor gezelschap".' Wat later werd ze betrokken bij de verzorging van oudere dames. Ook nam ze deel aan groeps- en bewegingstherapie. Na een half jaar mocht ze ter voorbereiding op haar ontslag af en toe een weekend naar huis, en voorts werkte ze vanaf vier maanden voor haar ontslag halve dagen in het dorp als hulp in de huishouding.

Een tiener die eveneens in 1957 in Wolfheze werd opgenomen, kreeg arbeidstherapie in de vorm van figuurzagen, psychotherapie en, evenals de vorige patiënte, Largactil en Phenergan. Blijkbaar werd ook deze patiënt 'streng aangepakt'. Heropvoeding was het parool. Een andere in datzelfde jaar opgenomen patiënte kwam kennelijk ook in aanmerking voor 'straffe heropvoeding'. Haar familie tekende hiertegen bezwaar aan, waarop de behandelend arts wees op het 'bijzondere klimaat'. '"Het is door deze sfeer der heropvoeding dat wij hopen, dat patiënte nog eens komt tot een nettere manier van eten, een nalaten van agressief gedrag tegenover mede patiënten en de luide gilbuien."' Voorts bestond de behandeling uit arbeid in de tuin, de breizaal en de wasserij, fysische en bewegingstherapie en medicatie bestaande uit onder andere Serpasil en Prazine. Overigens werd noch bij de tiener noch bij laatstgenoemde patiënte gewag gemaakt van enigerlei vorm van sociotherapie.

622 Vijselaar 2007c. Zie over Van der Drift ook 3.4, paragraaf 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette therapie'.

623 Vijselaar 2007c, 209.

624 De hierna volgende ziektegeschiedenissen ontlenen wij, inclusief citaten, aan Vijselaar 2007c, 209–211.

Uit de verhalen van Rademakers en Barendregt en de dagboeken van Tellegen en Weijde kwam reeds naar voren welke zorgtrajecten zij als psychiatrisch patiënt hadden doorlopen. Rademakers verbleef begin jaren vijftig achtereenvolgens in Voorburg, 'Wassenaar' en Wolfheze, en kwam begin jaren tachtig nogmaals in Voorburg terecht. Wie haar voor deze laatste opname had verwezen, blijft onvermeld. Barendregt doorliep een nog gevarieerder zorgtraject, beginnend met een verwijzing vanuit Maasoord, waar zij in de B-opleiding zat, voor opname op de psychiatrische afdeling van het Coolsingelziekenhuis. Vandaar ging ze naar Ockenburg. Na haar ontslag uit Ockenburg kreeg zij nabehandeling in de privépraktijk van haar arts uit het Coolsingelziekenhuis. Na deze opnamen in het begin van de jaren vijftig, volgden tussen 1957 en 1976 nog tal van opnamen in verschillende psychiatrische inrichtingen. Na haar laatste opname in het Deltaziekenhuis kreeg ze nog geruime tijd psychotherapie van de psycholoog uit dit ziekenhuis. Tellegen doorliep begin jaren zestig een veel korter traject: eerst bezocht hij een zelfstandig gevestigd psychiater, daarna belandde hij in Oud-Rosenburg, om ten slotte nog anderhalf jaar nazorg van een psychiater te ontvangen. Weijde kwam na consultatie van zijn huisarts bij een psychiater, die hem voor het regelen van zijn opname doorverwees naar de GG en GD op de Achtergracht. Daarop volgden met een klein jaar tussenpoos twee opnamen: eerst in de Valeriuskliniek en daarna in Wolfheze.

Vijselaars dossieronderzoek wijst uit dat patiënten die in de jaren vijftig en zestig in Wolfheze werden opgenomen doorgaans soortgelijke zorgtrajecten hadden doorlopen.[625] Zij kwamen zelden rechtstreeks in Wolfheze terecht, zoals dat eerder in de twintigste eeuw nog wel vaak het geval was. De route die uiteindelijk naar Wolfheze voerde, begon met een bezoek aan de huisarts, de consultatie van een zelfstandig gevestigd psychiater en eventueel opname op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een psychiatrische universiteitskliniek, of, vanaf 1961, met behandeling in het psychiatrisch dagziekenhuis Welgelegen te Velp. In de late jaren vijftig en de jaren zestig kwamen ook andere 'tussenvoorzieningen' tot ontwikkeling, waaronder sluisinternaten en 'arbeidstraining' buiten de inrichting, die bedoeld waren om patiënten voor te bereiden op hun terugkeer vanuit de inrichting naar de maatschappij. Voor nazorg konden ze vervolgens onder meer terecht bij sociaal-psychiatrische hulpverlening. Kortom, psychiatrisch patiënten kregen in deze naoorlogse periode te maken met een steeds gedifferentieerder stelsel van psychiatrische voorzieningen. Alternatieven voor opname in een psychiatrische inrichting, bijvoorbeeld in de vorm van behandeling in een psychiatrisch dagziekenhuis, en nieuwe brugvoorzieningen tussen inrichting en maatschappij voorzagen in een gevarieerder zorgaanbod waarvan psychiatrisch patiënten gebruik konden maken.

625 Vijselaar 2007b.

Forensische psychiatrie

De belangrijkste tendensen die zich in de psychiatrische inrichtingen voordeden, zijn ook aan te treffen in de TBR-instellingen. De naoorlogse ontwikkelingen daarin zijn nauw verbonden met die van de forensische psychiatrie. Veranderingen in het strafrechtelijk klimaat en nieuwe psychosociale en gedragswetenschappelijke benaderingen voedden na de Tweede Wereldoorlog het optimisme omtrent de behandelingsmogelijkheden van psychisch gestoorde delinquenten, hoewel de praktijk vooralsnog achterbleef bij de idealen.[626] In 1947 werd de zogenaamde Stopwet ingetrokken, die in 1933 was ingevoerd om het aantal TBR-stellingen te beperken. Vier jaar later nam de Tweede Kamer een nieuwe Beginselenwet Gevangeniswezen aan, nadat een onderzoekscommissie het gevangeniswezen kritisch had doorgelicht en had geconstateerd dat het daarin ontbrak aan psychologische deskundigheid. De nieuwe wet bezegelde het einde van het cellulaire stelsel, waarin gedetineerden voortdurend van anderen waren afgezonderd, en stelde het streven naar hun resocialisatie centraal, onder meer door middel van gemeenschappelijke activiteiten. Het ging erom misdadigers weer in de maatschappij te integreren. De ervaring van verzetsstrijders, van wie sommigen gevangenisstraf aan den lijve hadden ervaren, bevorderde de naoorlogse hervormingsgezindheid op penitentiair gebied.[627] Ook had het begrip misdaad door de ervaringen in de oorlog een relativering ondergaan. Zo schreef de psychiater H. van der Hoeven in 1944 dat de sterke stijging van de misdaad 'bij de gehele bevolking een criminele dispositie heeft onthuld van een intensiteit en een extensiteit als wij voorheen niet mogelijk geacht zouden hebben. [...] Opeens leek iedereen beroofd van de normen en waarden die we de grondslag van ons leven waanden'.[628]

Teneinde meer inzicht te krijgen in de persoonlijke kenmerken van gevangenen en tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan gedragskundige rapportages ten behoeve van berechting, bestraffing en resocialisatie, werden eind jaren veertig de eerste psychologen in gevangenissen aangesteld.[629] Tot een substantiële afname van de frequentie van psychische klachten onder gevangenen leidde dit alles vooralsnog niet. Gedetineerden met psychische stoornissen konden worden opgenomen in de sinds 1949 bestaande Psychiatrische Observatiekliniek van het Gevangeniswezen te Utrecht, in de psychiatrische afdeling van het Huis van Bewaring in Amsterdam of in (rijks-)psychiatrische inrichtingen.[630] Vanaf 1953, toen in het arrondissement Haarlem de eerste 'districtspsychiater' (F. Hartsuiker) aantrad, kreeg de psychiatrie een geïnstitutionaliseerde plaats in de rechtspraak en het gevangeniswezen. Tot dan toe werd de forensische psychiatrie op consultbasis uitgeoefend. Eind jaren vijftig volgden de arrondissementen

626 Hamers 1986; Mooy 1991, 11.
627 Franke 1990, 632-646.
628 Dankers en Van der Linden 1996, 174.
629 Brand 2000, 342-344.
630 Franke 1990, 748-749.

Amsterdam, Arnhem en Leeuwarden het Haarlemse voorbeeld. De districtspsychiatrische dienst in Amsterdam schakelde als eerste ook psychologen in.[631]

De groeiende erkenning van het belang van psychiatrisch onderzoek en therapeutische behandeling van psychisch gestoorde delinquenten kwam vooral tot uitdrukking in de stijging van het aantal TBR-vonnissen. Tussen 1947 en 1960 bedroeg dit gemiddeld tussen de 580 en 680 per jaar, waarvan het grootste deel – tussen 300 en 400 bestond uit voorwaardelijke veroordelingen.[632] De TBR-inrichtingen waren niet op deze sterke groei berekend, waardoor een toenemend aantal van deze veroordeelden – in 1948 betrof het al 60 – in het Huis van Bewaring op hun behandeling moest wachten. In 1952 spanden 6 van hen een kort geding tegen de staat aan, omdat ze geen behandeling kregen zoals hun vonnis voorschreef.[633] Naar aanleiding van dit zogenaamde passantenprobleem stelde de regering in hetzelfde jaar de Tijdelijke Commissie van Advies voor de Psychopathenzorg in onder voorzitterschap van Van der Horst om zich over de capaciteitsproblemen te buigen.[634] In de loop van de jaren vijftig werd het probleem minder nijpend doordat de forensisch-psychiatrische instellingen een forse uitbreiding ondergingen. Hun aantal nam tussen 1949 en 1965 toe van 3 tot 16, waarvan 8 van de overheid, 3 met een algemeen particuliere, 4 met een protestants-christelijke en 1 met een rooms-katholieke signatuur.

Naast de bestaande psychopatenasiels te Avereest (Veldzicht), Eibergen (Oldenkotte, in 1958 uitgebreid met 40 bedden) en Heiloo – het St. Pauluspaviljoen van de St. Willibrordusstichting met 40 bedden ging eind 1960 dicht, waarvoor in 1966 de prof. mr. W.P.J. Pompekliniek in Nijmegen in de plaats kwam – werd een dertiental nieuwe forensisch-psychiatrische en TBR-klinieken en -asielen opgericht. Utrecht werd het centrum van de forensische psychiatrie met 3 nieuwe instellingen: de Psychiatrische Observatiekliniek van het Gevangeniswezen (1949) met 40 plaatsen voor verdachten die op gezag van rechtbanken psychiatrisch onderzoek ondergingen; het Selectie-Instituut voor TBR-gestelden (1952) met 75 bedden, bedoeld om veroordeelden te diagnosticeren en te onderzoeken op hun geschiktheid voor een bepaalde inrichting en behandeling; en de Dr. H. van der Hoevenkliniek van de Willem Arntsz Stichting te Utrecht (1955) met 120 bedden. Verder kwamen TBR-gestelden of andere psychisch gestoorde delinquenten terecht in Hoeve Boschoord van de Maatschappij van Weldadigheid te Vledder met 36 plaatsen (1950); de Kogelenbergh als onderdeel van de strafgevangenis in Den Haag (1952; vanaf 1955 Rijksasiel); de Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen (vanaf 1952 Noodasiel voor psychopaten als onderdeel van de gevangenis en vanaf 1962 als volwaardige TBR-inrichting) met 70 plaatsen voor vluchtgevaarlijke delinquenten; de Reclasseringsgemeenschap Groot Batelaar van het Leger des Heils in Lunteren (1953) met 35 plaatsen; het voormalig rijksopvoedingsgesticht de Kruisberg

631 Brand 2000, 342-344; Haffmans 1983.
632 Haffmans 1984, 11.
633 Weijers 2003, 23.
634 Dankers en Van der Linden 1996, 157.

te Doetinchem met 180 bedden; het noodasiel voor vrouwelijke psychopaten in het Huis van Bewaring van Maastricht (1960); de kolonie het Hoogeland in Beekbergen; inrichting Filadelfia te Vries; de Algemene R.K. Landkolonie Koningslust te Helden en Maria Regina te Stevensbeek.[635] Verder namen ook reguliere psychiatrische inrichtingen delinquenten ter observatie en behandeling op.[636] Begin jaren zestig was bijna 20 procent van de TBR-gestelden niet in een zogeheten psychopatenasiel, maar in een reguliere psychiatrische inrichting opgenomen.[637] Voorwaardelijk veroordeelde en in vrijheid gestelde TBR-gestelden stonden onder toezicht van de reclassering en kregen psychiatrische begeleiding door psychiaters van voor- en nazorgdiensten of van de dr. F.S. Meijers-Vereniging, de opvolger van de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken, onder leiding van de psychiater J. Kloek.[638]

Inhoudelijk kreeg de forensische psychiatrie vooral door het werk van enkele toonaangevende vertegenwoordigers van de zogenaamde Utrechtse School een impuls.[639] Naast de jurist W.P.J. Pompe, sinds 1928 hoogleraar in het strafrecht, en de criminoloog G.Th. Kempe, in 1946 benoemd tot privaatdocent en in 1949 tot hoogleraar in de criminologie, was het vooral de jurist en psychiater Baan, vanaf 1947 privaatdocent en vanaf 1952 hoogleraar forensische psychiatrie, die zich op dit terrein profileerde. Zij zetten zich in voor vernieuwingen op de terreinen van de strafrechtsspraak, het gevangeniswezen, de zorg voor psychisch gestoorde delinquenten en de reclassering. Geïnspireerd door de fenomenologie en het personalisme alsmede het existentialistisch-antropologische ideeëngoed van M. Heidegger, K. Jaspers, J.-P. Sartre en M. Buber stelden zij dat niet vergelding leidraad in het strafrecht moest zijn, maar begrip voor de persoonlijkheid, de levensgeschiedenis en de individuele omstandigheden van de delinquent.[640]

Baan, die de leiding kreeg over de drie nieuwe forensisch-psychiatrische instellingen in Utrecht en die had samengewerkt met Van der Hoeven, nam afstand van deterministische psychiatrische diagnoses in termen van erfelijke aanleg en psychopathie. Volgens Baan werd de mens gevormd door relaties en communicatie met andere mensen en was misdaad vaak een symptoom van een belemmerde persoonlijkheidsontwikkeling als gevolg van een tekort aan liefde, warmte, koestering en veiligheid. Ondanks hun misdaden bleven delinquenten aanspreekbare 'medemensen' wier drijfveren aan de hand van hun individuele

635 Van de laatste vijf kleinere instellingen beschikken wij niet over het aantal beschikbare plaatsen en van de laatste vier weten wij ook niet vanaf wanneer zij als TBR-instelling fungeerden. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 43-44; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 224-226; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, II, 48-51; Haffmans 1984, 12; Bakker 2002a, 41, 2002e, 245-249. Weijers 2003, 23-25. Zie ook Blankstein et al. 1986; Hamers 1986; Koenraadt 1991a; Krul-Steketee en Zeegers 1993.

636 Kroft 2005, 159-162.

637 Van Emmerik 1999, 12.

638 Weijers 2003, 27.

639 Zie over de Utrechtse School hoofdstuk 3.5 De universitaire psychiatrie.

640 Moedikdo 1976; Franke 1990, 661; Kelk 2007, 84-87.

Staf bespreking in de Van der Hoevenkliniek, Utrecht: P.A.H. Baan, A.M. Roosenburg en J.R.M. van Ratingen (van rechts naar links).

levensgeschiedenis te begrijpen waren. Zij zouden hulp behoeven en door middel van inlevende en begripvolle dialoog – 'ontmoeting' in het personalistische jargon – en psychologische en pedagogische begeleiding tot verantwoordelijkheidsbesef en herstel van de band met de gemeenschap zijn te brengen. Ook bij misdadigers zou nog 'een stuk potentiële vrijheid en verantwoordelijkheid' aanwezig zijn waarop behandelaars een appel konden doen. Baan betreurde dat de medische bemoeienis met delinquenten vaak niet verder ging dan het stellen van een diagnose: 'Deze etiketten veroorzaken [...] een sterk remmende werking op de ontplooiing van therapeutische activiteiten'.[641] Voorkomen moest worden dat zij als gevolg van uitsluiting en stigmatisering tegenover de maatschappij kwamen te staan; sociale rehabilitatie en reïntegratie was het parool van de Utrechtse School. Net als andere aanhangers daarvan werd Baan gedreven door een groot optimisme omtrent de verbeterbaarheid van de mens. 'Geef mij genoeg geld', zou hij hebben gezegd, 'en ik genees alle psychopaten.'[642]

Samen met de zenuwarts A.M. Roosenburg en de psycholoog J.R.M. van Ratingen probeerde Baan zijn ambities te verwezenlijken in de nieuwe Van der Hoevenkliniek. Deze kliniek van de Willem Arntsz Stichting was tot stand gekomen om het tekort aan TBR-plaatsen te lenigen en nam een bijzondere positie in temidden van de andere TBR-inrichtingen, niet alleen vanwege de benaming kliniek in plaats van asiel of inrichting. Door een wijziging van het Psychopathenreglement kreeg de kliniek de status van een gezamenlijk door Justitie en Volksgezondheid aangewezen inrichting ter verpleging van psychisch gestoorde delinquenten. Hierdoor verwierven de behandelaars, die de therapeutische functie van de kliniek onderstreepten, enige zeggenschap over het opname- en ontslagbeleid. De Van der Hoeven Kliniek had het recht om onbehandelbare patiënten met opgave van reden aan Justitie te ontslaan. Ook nam de Van der Hoeven Kliniek vrouwelijke patiënten op; meer dan een op de tien patiënten was vrouw. Baan en Roosenburg baseerden het therapeutisch regime op de rogeriaanse psychotherapie en de sociotherapeutische benadering van Maxwell Jones en Sivadon. Het gehele dagelijkse leven kwam in het teken van behandeling te staan en de patiënten konden hun stem laten horen in vergaderingen met de staf. Verplegenden en maatschappelijk werkers fungeerden als groepsleiders en hadden een pedagogische taak. Naast de arbeidstherapie, waarbij de TBR-gestelden een prestatieloon ontvingen om hun gevoel van eigenwaarde te bevorderen, was er veel aandacht voor onderwijs en diverse vormen van creatieve therapie, bewegingstherapie en vrijetijdsbesteding. Baans opvattingen over vrijheid en verantwoordelijkheid bleken evenwel te optimistisch. In de beginperiode ontvluchtten nogal wat TBR-gestelden de kliniek, waarop de regels en de beveiliging werden aangescherpt.[643]

641 Baan 1957, 11, 14.
642 Koenraadt 1995, 121; vergelijk Moedikdo 1976, 111, 114, 143; Dankers en Van der Linden 1996, 171–179; Weijers 2003, 25-26.
643 Dankers en Van der Linden 1996, 156–215; Cossee-Buys, Feldbrugge en Hendriks 1975.

De therapeutische inspanningen in de Van der Hoevenkliniek bleven vooralsnog uitzonderlijk. Het ontbrak de TBR-inrichtingen aan voldoende financiële middelen en deskundig personeel om de socio- en psychotherapeutische behandeling, zoals de Utrechtse School die voorstond, toe te passen.[644] Wel kregen de gedetineerden medicijnen voorgeschreven en vonden de al in de jaren dertig toegepaste castraties van zedendelinquenten doorgang; deze bereikten rond 1950 zelfs een hoogtepunt. In de periode 1938-1968 zijn 384 wegens zedendelicten TBR-gestelde mannen – de helft was veroordeeld wegens artikel 248 bis, dat homoseksueel verkeer tussen een meerder- en minderjarige strafbaar stelde – met toestemming van het Ministerie van Justitie gecastreerd.[645] Daarnaast onderging een onbekend aantal voorwaardelijk veroordeelden deze ingreep.[646] De directeuren van het rijksasiel Veldzicht te Avereest, A.L.C. Palies en F. Hartsuiker, en de aan de St. Willibrordusstichting te Heiloo verbonden psychiater A.J.A.M. Wijffels publiceerden in de jaren veertig en vijftig over deze behandeling, deels aan de hand van de in hun instellingen geopereerde TBR-gestelden.[647] Volgens deze psychiaters waren de resultaten van de ingreep overwegend gunstig. Weliswaar hadden de patiënten te kampen met bepaalde nadelige lichamelijke en psychische gevolgen, maar deze zouden in het niet vallen bij de heilzame effecten. De verzwakking van het driftleven verkleinde de kans dat de betrokkenen zich opnieuw schuldig maakten aan zedendelicten. Hoewel zij officieel zelf toestemming voor de operatie moesten geven, valt niet aan de indruk te ontkomen dat TBR-gestelden vaak onder druk werden gezet om ermee in te stemmen. De overweging dat 'genezing' de kans op invrijheidstelling vergrootte, gaf bij menigeen de doorslag om aan de pressie van artsen toe te geven.[648]

Pas vanaf de jaren zestig vond de door de Utrechtse School bepleite aanpak daadwerkelijk meer toepassing en wonnen sociaal-psychologische benaderingen aan invloed in TBR-instellingen, mede als gevolg van de aanstelling van een groeiend aantal psychologen. Daarbij waren drie varianten te onderscheiden. De eerste was een psychoanalytische optiek waarin de aandacht uitging naar de 'moeilijke' jeugd en stoornissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid en waarbij op zelfinzicht gerichte psychotherapie de geëigende behandelmethode was. De tweede bestond uit een antropologisch-fenomenologisch gezichtspunt waarin de gestoorde verhouding tussen de delinquent en diens sociale omgeving centraal stond en sociotherapie en gezinstherapie passende behandelingen boden. De derde behelsde een behavioristische invalshoek die zich richtte op verkeerde gedragspatronen en gebrekkige zelfbeheersing, en waarbij de therapie een gedragspsychologisch en pedagogisch karakter had.[649] Naast Baan en Roosenburg speelde de geneesheer-directeur van de TBR-kliniek Groot Batelaar te Lunteren,

644 Haffmans 1984, 15-18.
645 Buitelaar 1978, 11; Noordman 1989, 197.
646 Koenders 1996, 613.
647 Palies en Wuite 1941; Palies 1947; Hartsuiker 1947; Wijffels 1954 en Wijffels 1955.
648 Oosterhuis 1992, 55-56.
649 Haffmans 1984, 18-21; Weijers 1995; Weijers 1996; Barneveld 1991.

Arendsen Hein, een belangrijke rol bij de ontwikkeling van psycho- en sociotherapie voor TBR-gestelden, die hij deels combineerde met behandelingen door middel van koolzuurinhalatie, methedrine en LSD.[650]

Juist toen in de inrichtingen het accent verschoof van maatschappelijke beveiliging naar socio- en psychotherapeutische behandeling, kwam de TBR-regeling opnieuw ter discussie te staan. Aan de ene kant plaatsten rechters vanaf het eind van de jaren vijftig vraagtekens bij de therapeutische effectiviteit ervan en betwijfelden zij of de veiligheid van de maatschappij er wel mee gebaat was. In de jaren zestig daalde het gemiddelde aantal TBR-stellingen per jaar naar ongeveer 330, waarvan ongeveer de helft onvoorwaardelijk.[651] Frequenter dan voorheen werden deze gecombineerd met lange gevangenisstraffen. Naar aanleiding van ontvluchtingen en recidive door TBR-gestelden na hun vrijlating, trokken TBR-instellingen negatieve publiciteit. Zo vermoordde een ontvluchte patiënt uit het Pauluspaviljoen van de St. Willibrordusstichting in 1960 een meisje, hetgeen in de media tot grote verontwaardiging leidde. De leiding van deze inrichting, die al langer van de TBR-afdeling af wilde, hief deze eind 1960 op.[652] Aan de andere kant kwam er kritiek op de rechteloosheid van TBR-gestelden. Zij konden voor een onbepaalde tijd worden vastgehouden, verkeerden in voortdurende onzekerheid omtrent hun toekomst en waren overgeleverd aan een medisch regime; het advies van de arts woog zwaar bij de beslissing om een TBR-stelling na een of twee jaar al dan niet te verlengen.[653]

In het midden van de jaren zestig kwam er in de pers en in de Tweede Kamer enige aandacht voor de gebreken van de TBR-inrichtingen. Zo werd de Van Mesdagkliniek, een inrichting voor gevaarlijke TBR-gestelden waarin de gedetineerden begin jaren zestig twee keer in opstand kwamen tegen het strenge gevangenisregime, in *De Telegraaf* gekarakteriseerd als 'de hel van Groningen'.[654] Al eerder, in 1960, had de Minister van Justitie een adviescommissie ingesteld onder voorzitterschap van Van der Horst om zich over de doelmatigheid en legitimiteit van de TBR-maatregel te buigen. Nadat deze in 1967 had geadviseerd om de TBR-wetgeving te handhaven, maar deze wel enigszins aan te passen, kwam de regering in 1970 met de *Psychopatennota* om vervolgens twee jaar later een nieuw wetsontwerp bij de Tweede Kamer in te dienen. Pas in 1985 zou dit tot een nieuwe wet leiden.[655] Ondertussen werd er geen duidelijke keus gemaakt tussen de TBR als strafrechtelijke maatregel ter beveiliging van de maatschappij of als een regeling die primair op behandeling was gericht. Dat de eerste overweging nog altijd zwaar woog, kwam tot uiting in het feit dat over een langere periode bezien TBR in maar

650 Snelders 2000, 133-149; Weijers 2003, 28-29; De Goei 2007b.
651 Haffmans 1984, 11; vergelijk Hamers 1986, 48; Barneveld 1991, 232; Dankers en Van der Linden 1996, 180-181.
652 Bakker 2002e, 245-249.
653 Weijers 1996.
654 Haffmans 1984, 47; Website Andere Tijden, TBR 2004: http://geschiedenis.vpro.nl/, geraadpleegd op 13-1-2004.
655 Hamers 1986, 241; zie verder 4.4, paragraaf 'De forensische psychiatrie'.

15 procent van de gevallen gepaard ging met ontslag van rechtsvervolging; aan de rest werd ook een gevangenisstraf opgelegd.[656]

3.5 Geestelijke volksgezondheid tijdens oorlog, bezetting en bevrijding

Oorlogspsychosen en -neurosen

Nadat wij al eerder uitvoerig zijn ingegaan op de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog voor de inrichtingspsychiatrie, staat in deze paragraaf de invloed van de Tweede Wereldoorlog op het terrein van de geestelijke volksgezondheid centraal en zullen we ook aandacht schenken aan de ontwikkeling van de militaire psychiatrie. Onder artsen ontstond in de jaren dertig bezorgdheid over een mogelijke oorlog. Zo kwam in 1935 binnen de NMG een commissie tot stand die zich bezighield met 'Oorlogs-Prophylaxis'. Vooral huisartsen en zenuwartsen waren hierin actief. De Haarlemse arts J. Roorda richtte zich samen met 350 medici en psychologen in een manifest tot de politiek om te waarschuwen tegen de 'oorlogspsychose', die de kans op een gewapend conflict verhoogde. 'Wij, psychiaters en psychologen, wier taak het is abnormaal en ziek geestesleven te doorgronden en de mensheid met onze wetenschap te dienen, voelen ons verplicht een ernstig woord tot U te spreken.' Koningin Wilhelmina betuigde haar adhesie.[657]

Aan de vooravond van de Duitse bezetting schonken psychiaters aandacht aan de psychische gevolgen van oorlog. Zo organiseerde de NVPN een maand voor de Duitse inval een 'militair-psychiatrische dag', waarop enkele psychiaters, onder wie A.M. van Meerlo, Rümke en Carp, hun licht lieten schijnen over het vóórkomen van psychosen en neurosen onder militairen in tijden van oorlog. Zij neigden ertoe de dieperliggende oorzaak van deze stoornissen te zoeken in de al bestaande, tot pathologie neigende persoonlijkheidskenmerken. Op deze bijeenkomst discussieerden zenuwartsen over de vraag of dienstweigeraars op grond van hun vermeende psychopathische persoonlijkheidskenmerken in hun spreekkamer thuishoorden of dat medici zich op dit terrein terughoudend moesten opstellen en de beoordeling aan de rechter dienden over te laten.[658]

De psychiater Stokvis, verbonden aan het experimenteel-psychologisch laboratorium van de Psychiatrische Kliniek van de Leidse universiteit, schonk aandacht aan de psychische uitwerking van oorlog op de burgerbevolking. In een artikel in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* over 'De reactie van den enkeling en van de massa in oorlogstijd' zette hij onder verwijzing naar de massapsycho-

656 Hamers 1986, 49; vergelijk Haffmans 1984, 30-32.

657 Molenaar 1994, 18; vergelijk Groeneveld 1931, 279-280.

658 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1940, 221.

logie van G. Le Bon en K. Baschwitz uiteen dat individuen er in oorlogstijd toe neigden op te gaan in de massa, waarbij ze hun persoonlijke verantwoordelijkheid uit het oog verloren, hun driftleven de overhand kreeg en zij vatbaar werden voor suggestie. 'De menschen worden dan gelijk leden van een kudde' en daarvan waren volgens Stokvis alleen maar 'dwaze en ondoelmatige handelingen' te verwachten.[659] Ook het jaarverslag over 1940 van de NFGV maakte gewag van een mogelijke toename van levensmoeilijkheden en psychische klachten 'in dezen onzekeren en moeilijken tijd'.[660]

Mede op basis van dergelijke verwachtingen was kort voor de Duitse inval in Amsterdam een begin gemaakt met de oprichting van een publieke psychotherapeutische voorziening, waarvoor de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie (NVPT) en met name Rümke en Bouman al eerder hadden gepleit. Onder invloed van de oorlogsdreiging wist Bouman in 1940 de steun te verwerven van de Amsterdamse GG en GD voor een Psychiatrische Hulpdienst voor minvermogende mensen die door oorlogsgeweld 'overstuur' zouden kunnen raken. Een van de eerste patiënten die zich in de eerste week bij de hulpdienst aanmeldden, zo wil de overlevering, zou geklaagd hebben over neerslachtigheid en angstgevoelens, omdat hij vreesde dat de Duitsers Nederland zouden binnenvallen. In zijn dossier was te lezen: 'patiënt lijdt aan paranoia: hij denkt dat de Duitsers komen'.[661] Als onderdeel van deze hulpdienst richtte Bouman samen met zijn medewerker Van der Waals en de privaatdocent Van der Hoop ten tijde van de Duitse inval in 1940 het Instituut voor Medische Psychologie (later Psychotherapie; IMP) op. Hiermee kwam de eerste publieke voorziening voor psychotherapie tot stand. Dankzij subsidie van de gemeente en vanuit het Luchtbeschermingsfonds konden naast Van der Waals en Van der Hoop, die samen de leiding kregen, nog vier andere psychiaters in deeltijd aan het instituut verbonden worden. Voor mensen met levensmoeilijkheden hielden maatschappelijk werksters een apart spreekuur.[662]

Naast het IMP kwam tijdens de oorlog nog een nieuwe voorziening op het gebied van de geestelijke volksgezondheid tot stand. Al in de jaren dertig bestonden diverse vormen van hulpverlening op het terrein van huwelijk en gezin, waarbij de meeste initiatieven uit confessionele kring afkomstig waren. Naast bestaande voorzieningen, die vooral op de gezondheid van moeder en kinderen waren gericht, zoals de kraam-, zuigelingen- en kleuterzorg en de wijkverpleging, ontstonden katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting en in protestants-christelijke kring de voorloper van het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM).[663] Het eerste BLGM kwam op initiatief van de psychiater en theoloog J. van der Spek in 1941 in Rotterdam tot stand. De spreekuren door artsen, predi-

659 Stokvis 1940, 46-47.
660 De Goei 1990a, 386.
661 Deze anekdote deed in de naoorlogse jaren de ronde onder medewerkers van het Instituut voor Medische Psychotherapie, maar is niet meer aan de hand van een patiëntdossier te verifiëren. Van Lieshout en De Ridder 1991b, 31.
662 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 36-41; Van der Grinten 1987a, 73-74.
663 Van der Grinten 1987a, 70-72.

kanten, maatschappelijk werkers, juristen en pedagogen, die dit werk kosteloos verrichtten, waren in eerste instantie bedoeld om vrouwen van in Duitsland tewerkgestelde mannen bij te staan.[664]

Een jaar eerder had de Gezondheidsraad de zogenaamde 'Commissie inzake den invloed van dezen tijden op de psyche' ingesteld om na te gaan wat er was te doen tegen de psychische ontreddering die de oorlog zou hebben meegebracht. Hoewel bleek dat het oorlogsgeweld in 1940 niet direct had geleid tot meer psychische stoornissen, pleitte de commissie voor de oprichting van consultatiebureaus om te voorkomen dat gezonde mensen onder druk van spanningen en onzekerheden hun geestelijk evenwicht verloren.[665] Het commissielid Van der Spek, die in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een handleiding publiceerde voor de opzet van BLGM's, haalde niet alleen 'den drang der tijden' als oorzaak van levensmoeilijkheden naar voren, maar hij wees er ook op dat iedereen gedurende het leven de kans liep op beschadigingen van de persoonlijkheid.[666] Op verzoek van de Gezondheidsraad schreven de voorzitter en de secretaris van de NFGV, C. van den Berg en E.C. Lekkerkerker, een rapport over de noodzaak van de nieuwe voorziening. Volgens hen waren ook in vredestijd zulke instellingen voor 'fijnere en intiemere moeilijkheden' en 'lichtere psychische stoornissen' hard nodig.[667] In 1942 kwam in Den Haag vanuit het maatschappelijk werk en onder auspiciën van de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (NVGV) een tweede bureau, op humanistische grondslag, tot stand, waarbij behalve enkele predikanten en psychiaters ook een psycholoog, een jurist en de secretaris van de armenraad betrokken waren. Na de bevrijding kwamen er her en der in het land meer van deze voorzieningen.[668] Hoewel de overheid zich aanvankelijk terughoudend opstelde en de hulpverlening aan in principe gezonde volwassenen niet financieel wilde ondersteunen, besloot de NFGV de BLGM's vanuit het Prophylaxefonds te subsidiëren, met als eis dat daarin ook maatschappelijk werksters werden aangesteld.

In de praktijk bleek het mee te vallen met de psychische stoornissen als gevolg van de oorlog, zo valt op te maken uit een artikel dat in 1941 in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* verscheen van de psychiaters J. Droogleever Fortuyn en W. Ploegsma, beiden werkzaam in de Psychiatrisch-Neurologische Kliniek van het Wilhelminagasthuis. Het aantal militairen dat tijdens de oorlogsdagen met een psychose was opgenomen, was beperkt gebleven tot 25, waarbij het oorlogsgeweld wel de acute aanleiding, maar de eigenlijke oorzaak meestal een al bestaande neurose zou zijn. Ook het aantal patiënten uit de burgerbevolking dat onder invloed van de oorlog '[p]sychopathische, hysterische en andere neurotische reacties' vertoonde, was niet groot – Droogleever Fortuyn en Ploegsma bespraken 31 gevallen uit Amsterdam. Voor hen gold in nog sterkere mate dan voor de

664 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 65.
665 De Goei 2001, 152.
666 Van der Spek 1941.
667 De Goei 2001, 154.
668 Blauw 1954.

militairen dat ze vanwege hun labiele persoonlijkheid min of meer voorbeschikt waren om door de oorlog uit hun evenwicht te geraken.[669] Toch bleef in psychiatrische kring bezorgdheid bestaan over de psychische gevolgen van de oorlog. Zo wees de naar Engeland gevluchte psychiater Van Meerloo, die hoofd werd van de psychologische afdeling van het Ministerie van Oorlog, in een reeks artikelen op de mogelijke psychische ontwrichting van militairen, vervolgden, gevangenen en dwangarbeiders. Ook Lekkerkerker verwachtte dat diverse slachtoffers psychologische hulp nodig zouden hebben.[670]

Deels op basis van hun eigen ervaringen publiceerden de psychiaters A.J.W. Kaas, E. de Windt, J. Tas en A. van Dantzig direct na de oorlog over de mogelijke psychische nawerkingen van gevangenschap in concentratiekampen. Tas wees er op dat deze te vergelijken waren met de 'oorlogsneurose' van militairen die aan gevechtshandelingen hadden deelgenomen en hij pleitte voor psychotherapeutische hulpverlening.[671] In een lezing voor de NVPN, die onder de titel 'De confrontatie met de dood' in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* verscheen, maakte De Windt gewag van traumatische ervaringen en ingrijpende persoonlijkheidsveranderingen onder de voormalige gevangenen als gevolg van hun pogingen om in extreme omstandigheden te overleven. Psychiatrische hulp was hierbij geboden.[672] De kinderpsychiater A.J. de Leeuw-Aalbers, die evenals Lekkerkerker betrokken was bij de Commissie Oorlogspleegkinderen ten behoeve van joodse oorlogswezen, wees in het bijzonder op de mogelijke psychische oorlogsschade bij kinderen.

Terwijl Tas, De Windt en De Leeuw-Aalbers pleitten voor psychiatrische aandacht voor en hulpverlening aan oorlogsslachtoffers, betoogden andere psychiaters echter dat deze ook averechts konden uitwerken. In verband met de psychische moeilijkheden van verzetsmensen beweerden Rümke en A. Hutter, redacteur van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, dat te veel aandacht het ziektegevoel zou kunnen versterken. Als het om verzetslieden ging, zo stelde Rümke bovendien, onderscheidden niet allen zich door nobele motieven: de illegaliteit had ook mensen met psychopathische en criminele neigingen aangetrokken. In de Stichting 1940-1945, die voortkwam uit het verzet en die zeggenschap kreeg over de uitvoering van de Wet Buitengewoon Pensioen voor verzetsdeelnemers (1947), leefde eveneens de vrees dat zij door te veel aandacht voor hun problemen 'verwend' zouden raken. Daarbij werd verwezen naar mogelijke 'ziektewinst' en 'renteneurose', begrippen die in het buitenland eerder waren gebezigd in verband met de aanspraken van slachtoffers van bedrijfsongevallen die een 'traumatische neurose' hadden opgelopen en van veteranen uit de Eerste Wereldoorlog die leden aan oorlogstrauma's, zoals *shellshock*.[673] Het ging om psychische

669 Droogleever Fortuyn en Ploegsma 1941, 399.
670 Mooij 2001.
671 Withuis 2002, 21-22.
672 De Windt 1949. Het begrip trauma, dat oorspronkelijk verwees naar een fysieke verwonding, werd toen nog nauwelijks in de betekenis van psychische aandoening gebruikt.
673 Withuis 2002, 26-30.

en fysieke symptomen zonder duidelijk anatomisch substraat, waardoor de lijders niet in aanmerking kwamen voor verzekeringsuitkeringen. Het gebruik van het begrip renteneurose diende om deze uitsluiting te legitimeren: de klachten zouden op inbeelding berusten en zijn ingegeven door het streven om van ondersteuning te profiteren. In vergelijking met de moreel en politiek gekleurde discussies in vooral Duitsland, namen Nederlandse artsen, onder wie de zenuwartsen G.W. Kastein, H. Grelinger en A.H. Fortanier, in het interbellum vrij genuanceerde standpunten in over deze kwestie. In het algemeen waren zij van mening dat traumatische neurosen vaak gebaseerd waren op een dieperliggende, al bestaande neurose. Hoewel zij simulatie niet uitsloten, kon er wel degelijk sprake zijn van echte ziekte en zou een objectieve medische en humane beoordeling op zijn plaats zijn.[674] Op de naoorlogse behandeling van oorlogsslachtoffers lijkt deze benadering echter weinig invloed te hebben gehad. In de herstellingsoorden van de Stichting 1940-1945, die in 1949 al weer werden opgeheven, kregen psychische moeilijkheden weinig aandacht: de nadruk lag op lichamelijk herstel en maatschappelijke aanpassing.[675]

De aandacht voor de psychische problemen van oorlogsslachtoffers en de noodzaak van psychiatrische behandeling raakten in de naoorlogse jaren al gauw overschaduwd door de bezorgdheid over het vermeende morele verval van de Nederlandse bevolking en de noodzaak om de wederopbouw ter hand te nemen. Lekkerkerker beweerde in 1955 dat de meeste oorlogsgetroffenen de draad weer hadden weten op te pakken en dat blijvende geestelijke schade zich alleen voordeed bij degenen die onafhankelijk van de oorlog van zichzelf al minder weerbaar waren.[676] Bastiaans, werkzaam bij het Wilhelminagasthuis in Amsterdam en directeur van het Psychoanalytisch Instituut, hanteerde in zijn psychoanalytisch getoonzette proefschrift *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet* (1957) een vergelijkbare redenering. Hij constateerde dat onder verzetsdeelnemers psychische stoornissen voorkwamen, maar hij wees daarbij behalve op de gebrekkige opvang direct na de oorlog ook op de al bestaande persoonlijkheidsstructuur, waarbij hij de ontwikkeling tijdens de jeugd een doorslaggevende betekenis toekende. Al eerder, in 1952, had de huisarts E.H. Cohen, zelf een overlevende van Auschwitz, een proefschrift gewijd aan de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van joden in de concentratiekampen, maar evenmin als andere medische publicaties over oorlogsslachtoffers in de jaren veertig en vijftig kreeg deze studie bekendheid onder het bredere publiek.[677] Pas vanaf het midden van de jaren zestig zou vooral de psychische schade die zij hadden opgelopen, publieke aandacht en erkenning krijgen.[678]

674 Hermans en Schmidt 1996; vergelijk Killen 2006.
675 Mooij 2001, 265-266.
676 Lekkerkerker 1955b, 175-176; vergelijk Kraus 1956, 211.
677 Withuis 2002, 31-35.
678 Zie verder 4.5, paragraaf 'De moraal van openheid en bespreekbaarheid'.

Terwijl de psychiatrische aandacht voor de slachtoffers van de oorlog tot het eind van de jaren zestig beperkt en zonder gevolgen bleef, vormde de Tweede Wereldoorlog een belangrijke stimulans voor de militaire psychiatrie. In vergelijking met andere westerse landen die bij de Eerste Wereldoorlog betrokken waren geweest, kwam deze tak van psychiatrie in Nederland tamelijk laat tot ontwikkeling.[679] Weliswaar werden vanaf de jaren twintig intelligentietests bij de keuring van dienstplichtigen en de selectie van officieren ingezet en pleitte een adviescommissie onder leiding van de pedagoog J. Waterink voor inschakeling van de psychotechniek om de selectie te verfijnen, maar voor de Tweede Wereldoorlog was geen sprake van psychiatrische zorg in het leger. Militairen met ernstige psychische stoornissen kwamen in reguliere inrichtingen terecht.[680]

De mobilisatie in augustus 1939 gaf echter aanleiding tot de oprichting van het Centraal Orgaan voor de Militair Psychiatrische Dienst ten behoeve van de opvang van gemobiliseerde militairen met geestelijke problemen. Zowel in de psychiatrisch-neurologische kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht als in het Leidse sanatorium Rhijngeest en in de inrichting Oud-Rosenburg te Loosduinen werden aparte militair-psychiatrische afdelingen opgezet met in totaal bijna tweehonderd bedden. De afdeling in Utrecht was bedoeld voor de eerste opvang, observatie en behandeling van lichte klachten, vooral in verband met de veel voorkomende overspannenheid en ongerustheid onder dienstplichtigen. De 'evacuatiestations' in Leiden en Loosduinen waren ingericht voor langer durende verpleging en behandeling van patiënten met zwaardere psychische aandoeningen. In de negen maanden dat het Centraal Orgaan bestond, van september 1939 tot juni 1940, kwamen in totaal meer dan 1500 gemobiliseerde mannen ermee in aanraking.[681] In 1940 meldde Carp en de eveneens aan de Leidse universitaire kliniek verbonden Grelinger naar aanleiding van hun ervaringen in Leiden en Utrecht met militaire patiënten dat de meesten aan neurotische stoornissen leden en dat deze zich nauwelijks onderscheidden van de neurosen van burgerpatiënten. In tegenstelling tot de frequente neurotische stoornissen, die zich onder invloed van de oorlogsomstandigheden bij verder geestelijk gezonde militairen konden voordoen, zouden de betrekkelijk zeldzame psychotische reacties, die bij 140 patiënten waren aangetroffen, wortelen in al bestaande, al dan niet latente geestesziekte. Psychotici moesten net als zwakzinnigen uit het leger worden geweerd, terwijl de neurotici volgens Carp en Grelinger baat hadden bij een snelle behandeling door middel van directieve, pedagogische en suggestieve vormen van psychotherapie.[682]

Tijdens de bezetting kreeg het Ministerie van Oorlog in Londen naar Engels voorbeeld een Psychologische Dienst om de psychologische selectie van de man-

679 Grelinger 1938.
680 Floor 1980, 259; Barnhoorn 1946; Haas 1990, Wiersma 1987.
681 Wiersma 1987, 18; Rooijmans 1998, 68; Aan de Stegge, proefschrift in voorbereiding, hoofdstuk III.
682 Grelinger 1939; Grelinger 1940, 156; Carp 1940; vergelijk Grelinger 1938; Carp 1939a.

schappen en de behandeling en preventie van oorlogsneurosen tot ontwikkeling te brengen. In 1943 werd Van Meerlo psychologisch adviseur op het Departement en in het jaar daarop hoofd van de Psychologische Dienst. De sociaal-democraat Van Meerlo was in het interbellum betrokken bij de vredesbeweging, maar doorliep in de jaren twintig als zenuwarts een militaire loopbaan. Tijdens de bezetting vluchtte hij naar Engeland. In Londen onderhield hij nauwe contacten met toonaangevende Britse militaire psychiaters en de psychoanalytische kring rond A. Freud en was hij lid van de Inter-Allied Psychological Study Group, die een sociaal-psychologische benadering van psychische problemen in het leger voorstond. Op basis van zijn kennis van de Engelse en Amerikaanse militaire psychiatrie sprak Van Meerlo zich uit voor de invoering van uitgebreid medisch en psychologisch onderzoek in het leger. De hantering van medische en psychologische maatstaven om de geschiktheid van militairen voor uiteenlopende functies en rangen te bepalen was volgens hem niet alleen in het belang van de slagkracht van het leger, maar een dergelijk wetenschappelijk selectie-instrument vormde ook een democratische legitimatie voor de hiërarchische verhoudingen daarin.[683]

In 1945 kreeg J.A.J. Barnhoorn de leiding over de nieuw opgerichte Sectie voor Geestelijke Gezondheidszorg van de Inspectie Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht met als taak de legerpsychiatrie te organiseren. Net als Querido maakte Barnhoorn een studiereis naar Groot-Brittannië om zich aldaar op de militaire psychiatrie te oriënteren.[684] Psychotechnisch en psychiatrisch onderzoek bij dienstplichtigen en kandidaten voor de officiersopleiding achtte Barnhoorn van groot belang voor het moderne leger, waarin techniek en efficiëntie een steeds grotere rol speelden en er meer gespecialiseerde functies kwamen. Bovendien kon de sociale psychiatrie in de burgermaatschappij haar voordeel doen met dergelijk onderzoek: het verschafte inzicht in de geestelijke gesteldheid van een groot deel van de mannelijke bevolking, waardoor gerichte maatregelen ter voorkoming van psychische stoornissen mogelijk werden. Bovendien zou zulk onderzoek de beroepskeuze ten goede kunnen komen.[685] Weliswaar nam het Nederlandse leger psychologische tests uit Engeland over, maar van de uitgebreide medisch-psychologische keuring die Barnhoorn voorstond, kwam niet veel terecht, vooral vanwege het ontbreken van voldoende tijd en gekwalificeerd personeel om deze uit te voeren. Wel werd voor militairen die leden aan neurotische stoornissen, zoals eerder vermeld, in 1946 een Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz opgericht. Daarin kregen behalve arbeidstherapie ook nieuwe be-

683 Meerloo 1946; Haas 1990; zie ook Bossenbroek 2001, 80 e.v.

684 Barnhoorn 1946; Querido 1980, 184-186; De Goei 2001, 164. Querido's belangstelling voor de Engelse legerpsychiatrie was vooral ingegeven door de nieuwe, tijdens de oorlog beproefde sociaal-psychologische behandelingsmethoden, die ook van betekenis konden zijn voor de civiele sociale psychiatrie.

685 Het belang van de militaire psychiatrie voor de geestelijke volksgezondheid werd ook later door andere psychiaters benadrukt. Zie bijvoorbeeld Somers 1965, 82-83.

handelmethoden als creatieve en sociotherapie en psychodrama toepassing. De onderliggende oorzaken van psychische en neurotische klachten werden eerder gezocht in het individu en het gezin waarin de patiënt was opgegroeid, dan in de oorlogservaring. De geneesheer-directeur, W.L.S. Meyering, promoveerde in 1955 op een onderzoek naar *community psychotherapy* op basis van de principes van de therapeutische gemeenschap. De militaire leiding was niet erg te spreken over deze benadering, die te weinig resultaten zou afwerpen en bovendien gepaard zou gaan met een ondermijning van de discipline. In de tweede helft van de jaren vijftig werd de psychotherapeutische oriëntatie vervangen door een meer directieve en pedagogische aanpak en vervolgens ging het hospitaal in 1958 dicht.[686]

Naast de behandeling van neurotische en psychische aandoeningen bij militairen, keuringen en personeelsselectie, raakten psychiaters ook betrokken bij de beoordeling van dienstweigeraars. In 1948 werd de zenuwarts L.A. Hanrath benoemd tot adviserend lid van de beoordelingscommissie inzake de Dienstweigeringswet, een functie die hij dertig jaar lang vervulde. Hij sprak met dienstweigeraars voordat ze voor de commissie verschenen en bracht daarover verslag uit. Op grond van die psychiatrische rapportages werd tussen 15 en 20 procent van de dienstweigeraars alsnog afgekeurd of buitengewoon dienstplichtig verklaard.[687] Daarnaast konden dienstweigeraars of hun advocaten ook een rapport laten opstellen door een zelf gekozen psychiater. H. Musaph genoot onder dienstweigeraars en de vredesbeweging een goede reputatie: zijn adviezen verhoogden de kans op afkeuring of buitengewone dienstplichtigheid. Op een bijeenkomst van de Algemene Nederlandse Vredes-Actie uit 1951 sprak Musaph onder de titel 'Geestelijke achtergronden van het anti-militarisme' over dienstweigeraars, waarbij hij zich kennelijk beriep op zijn eigen praktijk. Waar andere psychiaters ertoe neigden om bij dienstweigeraars psychische stoornissen te veronderstellen en hen daarom alsnog voor afkeuring in aanmerking te laten komen, stelde Musaph in zijn freudiaanse analyse dat zij juist blijk gaven van een gerijpt gevoelsleven omdat zij zich niet wensten te onderwerpen aan 'een kinderlijk onderworpen liefde voor de autoriteiten'.[688] Ook traden psychiaters op als getuige-deskundige in de Krijgsraad; ongeveer een derde van alle deserteurs en totaalweigeraars werd alsnog afgekeurd vanwege vermeende psychische afwijkingen.[689] In 1954 verscheen in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* een artikel over militairen die tijdens de koloniale oorlog in Indonesië gedeserteerd waren. Volgens de auteur, J. Zuring, was 70 procent van hen neurotisch dan wel psychopatisch. Volgens hem vertoonden deserteurs in dit opzicht weinig overeenkomsten met diensweigeraars, die zich in sterkere mate door politieke overtuigingen lieten leiden.[690]

686 Bieger 1962, 219; Wiersma 1987, 22-23.
687 Wiersma 1987, 41.
688 Wiersma 1987, 63.
689 Wiersma 1987, 41.
690 Zuring 1954.

De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid tijdens en na de oorlog

De oorlog beïnvloedde niet alleen de ontwikkeling van de militaire psychiatrie, maar bevorderde ook de expansie van de extramurale 'geestelijke gezondheidszorg'. Deze term, waarvan de betekenis niet duidelijk was omlijnd, werd vanaf het begin van de jaren veertig soms aangewend om het werkgebied aan te duiden van wat eerder (en daarna ook nog) geestelijke volksgezondheid, psychische hygiëne en sociale psychiatrie heette. F.S. Meijers liet in 1941 als een van de eersten de term geestelijke gezondheidszorg vallen, waarbij hij refereerde aan de psychische hygiëne en sociale psychiatrie. 'De psychiater ziet zijn bemoeiingen heden ten dage niet meer bepaald tot den geesteszieke, maar evenzeer tot den in zijn geestelijk welzijn bedreigde. Zijn arbeidsveld heeft een belangrijken socialen inslag gekregen en een geestelijke gezondheidszorg is zich allerwege bezig baan te breken.'[691] In de tweede helft van de jaren veertig gebruikten behalve Meijers ook Lekkerkerker en Querido het begrip om te verwijzen naar de psychiatrische voor- en nazorg, de consultatiebureaus op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en andere psychohygiënische activiteiten.[692] De term werd eind jaren veertig naast geestelijke volksgezondheid gangbaar. Zo was het nationale congres dat de NFGV in 1947 organiseerde, gewijd aan 'de geestelijke gezondheidszorg in deze tijd'. De door de NFGV uitgegeven *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* ging vanaf 1958 *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* heten en daarin had het begrip betrekking op zowel intra- als extramurale voorzieningen.[693] Over de afbakening van het werkterrein van de geestelijke gezondheidszorg was in de *Gids* te lezen dat zij 'tot een breed en diffuus begrip' geworden was, 'uitvloeiend over een welhaast onbegrensd terrein'. Zo bestonden er geen scherpe grenzen met de sociale en medische kleuter- en jeugdzorg, de schoolgeneeskundige diensten, de kinderhygiëne, de bijzondere gezinszorg, de diaconale zorg, het kerkelijk maatschappelijk werk en de zielszorg.[694] Vanaf 1964 zou dit werkgebied met de term ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) worden aangeduid.[695]

Tijdens en direct na de oorlog ondernamen psychohygiënisten verschillende pogingen om tot een reorganisatie en een grotere eenheid van dit versnipperde terrein te komen. Mede onder invloed van de bezetting verdwenen de tegenstellingen die zich in de jaren dertig hadden voorgedaan tussen de Nederlandsche Vereeniging ter Bevordering der Geestelijke Volksgezondheid (NVGV) onder leiding van K.H. Bouman en de NFGV, waarin Lekkerkerker een prominente rol speelde, naar de achtergrond. In de bezettingsjaren speelde Lekkerkerker als

691 Meijers 1941, 496.
692 Meijers 1947; Lekkerkerker 1947a; Querido 1949b.
693 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 125-216.
694 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 100-101. Querido zou in dit verband later opmerken: 'Geestelijke hygiëne is eigenlijk een wolk: hoe dichter je er bij komt, hoe vager hij wordt.' Heerma van Voss 1991, 795.
695 Van der Grinten 1987b.

secretaris van de NFGV een sleutelrol. De Federatie was weinig meer dan een orgaan om subsidies te verdelen tussen de diverse verenigingen en instellingen. Lekkerkerker streefde naar een daadkrachtiger organisatie en op haar initiatief kwam er in 1940 een nieuw bestuur onder voorzitterschap van de directeur-generaal Volksgezondheid op het Ministerie van Sociale Zaken, de econoom C. van den Berg. In 1942 nam een NSB'er diens positie als directeur-generaal echter over en dreigde het voorzitterschap van de NFGV in handen te komen van een Duitsgezinde arts. Om dit te voorkomen nam K.H. Bouman, die ook was toegetreden tot het bestuur, op aandringen van Lekkerkerker deze functie op zich. Samen met de psychiater Hutter namens de protestantse organisaties en de geestelijk adviseur van het katholieke Wit-Gele Kruis, A. Venings, formuleerden Lekkerkerker, Bouman en Van den Berg in een 'Kleine Commissie' en in samenspraak met enkele deskundigen en vertegenwoordigers van organisaties die bij de Federatie waren aangesloten, hervormingsvoorstellen. De NFGV zou de koepel moeten worden van alle landelijke organisaties, beroepsverenigingen en voorzieningen op het gebied van de krankzinnigenzorg en de geestelijke volksgezondheid, en als zodanig de aangewezen organisatie zijn voor de centrale coördinatie, verdeling van financiële middelen en kwaliteitsbewaking. In de laatste oorlogswinter, toen vergaderingen onmogelijk waren geworden, werkte Lekkerkerker de plannen uit.[696]

Mede dankzij de nauwe betrokkenheid van Van den Berg en de gedrevenheid van Lekkerkerker kon de Federatie zich direct na de oorlog opwerpen als belangrijkste psychohygiënische instantie en de rol van de vooroorlogse NVGV als centraal forum overnemen – de laatste vereniging stierf een stille dood. Vertegenwoordigers van de Federatie kregen zitting in adviescommissies en -raden van de overheid, en op aanbeveling van Van den Berg vroeg de minister van Sociale Zaken, W. Drees, onder wiens beleidsterrein volksgezondheid viel, de NFGV in 1945 advies over de wijze waarop de geestelijke volksgezondheid viel te bevorderen. Op basis van het door Lekkerkerker opgestelde eindrapport van de 'Kleine Commissie' stelde de NFGV voor alle intra- en extramurale instellingen onder één koepel te brengen, een speciale inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid aan te stellen, de uit 1884 stammende Krankzinnigenwet te vervangen door een nieuwe wet op de geestelijke volksgezondheid, het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken naar dat van Sociale Zaken over te hevelen en een interdepartementale commissie voor de geestelijke volksgezondheid in te stellen om het beleid van de diverse Ministeries die bevoegdheid op dit terrein hadden, beter op elkaar af te stemmen.[697] Verder drong de NFGV aan op een uitbreiding van de psychohygiënische voorzieningen

696 De Goei 1990a.

697 Het ging om de Ministeries van Binnenlandse Zaken (krankzinnigenzorg), Sociale Zaken (geestelijke volksgezondheid, beroepsvoorlichting en arbeidsbemiddeling), Justitie (psychopatenzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor gevangenen en justitiële kinderbescherming) en Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen (BLO en sociale jeugdzorg).

De openingszitting van het Nationaal Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in het Indisch Instituut te Amsterdam in 1947. Op de eerste rij links: C.T. Kortenhorst, C. van den Berg en F.S. Meijers.

voor kinderen en volwassenen met consultatiebureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en voor psychotherapie. Ook in het bedrijfsleven zou de zorg voor de geestelijke gezondheid meer aandacht verdienen.

Op verzoek van het Federatiebestuur deden de psychiaters Querido en J. Kat, voormalig geneesheer-directeur van de Joodse inrichting Het Apeldoornsche Bosch, voorstellen voor een nieuwe wet op de geestelijke volksgezondheid. Deze behelsden een pleidooi voor meer overheidsregie en -financiering – en derhalve een terugdringing van de verzuiling – alsmede een verbinding tussen de intramurale en extramurale zorg. Een regionaal georganiseerd consultatiebureau met verschillende vormen van hulpverlening – van psychiatrische voor- en nazorg tot de behandeling van moeilijke kinderen en volwassenen met levens- en gezinsmoeilijkheden – zou de kernvoorziening van de geestelijke gezondheidszorg moeten worden en dit diende nauw samen te werken met psychiatrische inrichtingen en klinieken.[698] Als voorstander van een 'integrale geneeskunde', die zich zowel op het lichaam als op psychische en sociale factoren richtte, ging Querido nog een stap verder: hij suggereerde om de psychiatrie en psychohygiëne te integreren in de algemene gezondheidszorg. Querido was in de jaren twintig assistent geweest bij de Amerikaanse fysioloog W. Cannon en had van hem de theorie van de 'sociale homeostase' overgenomen: zowel lichamelijke als geestelijke ziekten zouden in relatie tot de levensomgeving moeten worden begrepen.[699]

Van deze plannen, die voornamelijk afkomstig waren uit neutrale, niet verzuilde kring en die aansloten op de naoorlogse doorbraakgedachte, kwam weinig terecht. De werkzaamheden van de in 1948 door het Ministerie van Sociale Zaken ingestelde Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die een zestal subcommissies instelde, verzandden. De subcommissies bogen zich respectievelijk over het ontwerp van een nieuwe Krankzinnigenwet, de deskundigheid die op medisch, psychologisch en sociaal gebied nodig werd geacht, de te nemen maatregelen ter morele verheffing van het Nederlandse volk, de psychohygiënische voorzieningen voor de jeugd, de preventieve en psychotherapeutische zorg voor volwassenen en de eugenetica. De meeste subcommissies kwamen pas in de tweede helft van de jaren vijftig met hun rapport en het duurde tot 1961 voordat de Reorganisatiecommissie haar eindrapport aan de regering kon aanbieden. De Minister voor Maatschappelijk Werk, M. Klompé, achtte de inhoud verouderd en vanwege haar bezwaren is het eindrapport nooit openbaar gemaakt.

Het enige dat werd bereikt was de aanstelling in 1946 van een aparte inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid bij de Geneeskundige Hoofdinspectie – de katholieke psychiater P.A.F. van der Spek was de eerste die deze functie bekleedde – en de overheveling een jaar later van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten van het Ministerie van Binnenlandse Zaken

698 Van der Grinten 1987a, 130-170; De Goei 2001, 159-176.

699 Querido 1980, 270-276.

Sectievergadering van het Nationaal Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in Kriterion te Amsterdam in 1947.

naar de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken. Mede vanwege de aparte financiering op basis van de Armenwet en de juridische regelgeving bleven beide Inspecties tot 1957, toen er één Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid kwam, gescheiden en kwam er vooralsnog geen eind aan de geïsoleerde positie van de krankzinnigenzorg.[700] Zoals we eerder zagen, leefden tegen de Krankzinnigenwet van 1884 veel bezwaren, onder andere vanwege het stigma dat aan de omslachtige gerechtelijke procedures voor gedwongen opnamen kleefde en het gebrek aan toezicht op psychisch gestoorden die buiten een inrichting verbleven. Desondanks bleef de wet met enkele kleine aanpassingen gehandhaafd.

Meer ingrijpende hervormingsvoorstellen, zoals die van Kat en Querido, hadden geen kans van slagen. Opnieuw stonden de verzuiling en de uiteenlopende visies op de geestelijke gezondheidszorg de integratie tussen de diverse psychiatrische en psychohygiënische voorzieningen in de weg.[701] De confessionelen, die ook in de NFGV vertegenwoordigd waren, keerden zich tegen de hervormingsvoorstellen, niet zozeer omdat zij de bundeling van verschillende werksoorten afwezen, maar omdat zij tegen een vergroting van de overheidsinvloed waren en vasthielden aan het primaat van het particuliere initiatief. Vooral voor katholieken bleef een verzuilde uitvoering van de gezondheidszorg vanwege de levensbeschouwelijke gevoeligheid noodzakelijk, ook al erkenden zij het belang van wetenschappelijke deskundigheid. Het idee dat het sociale milieu en de leefwereld van mensen van invloed waren op zowel het ontstaan als de genezing van psychische stoornissen sterkte hen in de overtuiging dat (geestelijke) gezondheidszorg niet neutraal kon zijn. De overheid diende zich niet bezig te houden met de uitvoering van de zorg en moest zich beperken tot het scheppen van gunstige voorwaarden door middel van wetgeving, toezicht, stimulering en financiële ondersteuning. Het confessionele verzet tegen de uitbreiding van de overheidsbemoeienis was succesvol. Hoewel de overheidssubsidies voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg gestaag toenamen en de regering daardoor bepaalde kwaliteitseisen kon stellen aan de hulpverleningsinstellingen, handhaafde het verzuilde bestel zich. Terwijl vertegenwoordigers van de verschillende zuilen op nationaal niveau met elkaar overlegden over de verdeling van subsidies, werd de zorg grotendeels gescheiden in het maatschappelijk middenveld aangeboden.[702] De netwerken van de katholieke en in mindere mate de protestantse organisaties en voorzieningen zouden in de jaren 1950–1965 hun grootste omvang bereiken.[703]

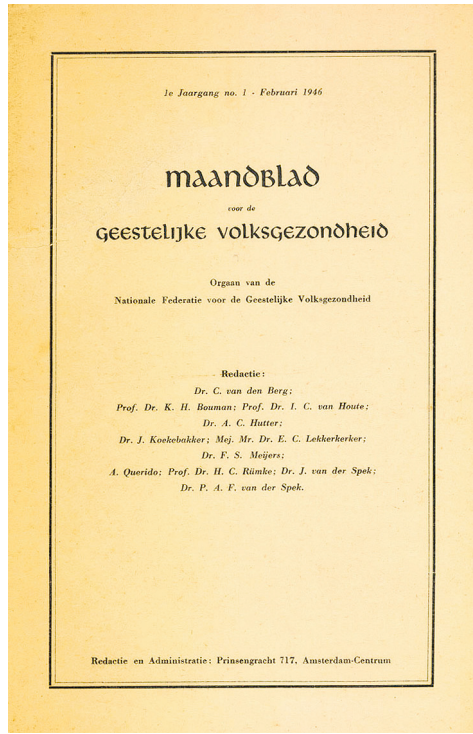
700 Onder de nieuwe Geneeskundige Inspectie, die in 1961 onderdeel werd van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, vielen de psychiatrische en zwakzinnigeninrichtingen, de Sociaal-Psychiatrische Diensten, de Consultatiebureaus voor Alcoholisme, de Medisch-Opvoedkundige Bureaus, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en de BLO-nazorg. Zie Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 12.

701 Van der Grinten 1987a, 170; De Goei 2001, 167-176; De Goei 2007a.

702 Kerkhoff 1994, 65.

703 Zie 3.7, paragraaf 'Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.'

Omslag van het eerste nummer van het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, februari 1946.



1e Jaargang no. 1 - Februari 1946

maandblad

voor de

geestelijke volksgezondheid

Orgaan van de
Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

Redactie:
Dr. C. van den Berg;
Prof. Dr. K. H. Bouman; Prof. Dr. I. C. van Houte;
Dr. A. C. Hutter;
Dr. J. Koekebakker; Mej. Mr. Dr. E. C. Lekkerkerker;
Dr. F. S. Meijers;
A. Querido; Prof. Dr. H. C. Rümke; Dr. J. van der Spek;
Dr. P. A. F. van der Spek.

Redactie en Administratie: Prinsengracht 717, Amsterdam-Centrum

Ook onder de voorstanders van een doorbraak en meer overheidsinvloed, leefden bezwaren tegen voorstellen als die van Querido en Kat. Hun opzet om door middel van een verbinding met de geestelijke hygiëne een hervorming te bewerkstelligen van de krankzinnigenzorg stuitte op bedenkingen. Zo vreesde Lekkerkerker dat de participatie van voor- en nazorgdiensten voor psychiatrische patiënten in de door Querido en Kat voorgestelde consultatiebureaus het psychohygiënische werkterrein te veel zou belasten met het slechte imago van de krankzinnigen- en zwakzinnigenzorg onder het publiek. Net als voor de oorlog wilde zij als vertegenwoordiger van de MOB's de hulpverlening aan moeilijke kinderen vrijhouden van elke associatie met geestesziekte en zwakzinnigheid. Meer in het algemeen bepleitte zij een scheiding tussen enerzijds de multidisciplinaire hulpverlening aan psychisch bedreigde en neurotische kinderen en volwassenen, en anderzijds de medisch-psychiatrische zorg voor de zwaarder gestoorden, de 'geestelijk abnormalen'.[704] Volgens Lekkerkerker moesten de consultatiebureaus voor moeilijke kinderen en die voor levens- en gezinsmoeilijkheden de kern van het psychohygiënische werkgebied vormen. De psychiatrische voor- en nazorg wilde zij op afstand houden, omdat het stigma van krankzinnigheid en zwakzinnigheid dat daaraan kleefde, de toeloop naar de consultatiebureaus zou kunnen belemmeren.

Aan de andere kant wilden vooral de inrichtingspsychiaters, die de steun hadden van de inspecteurs van het Staatstoezicht, de krankzinnigenzorg vrijhouden van beïnvloeding vanuit de in hun ogen onmedische psychohygiënische consultatiebureaus, waarin naast psychiaters in toenemende mate ook andere beroepsgroepen gingen werken. Bovendien vreesden zij dat de uitbreiding van deze voorzieningen wel eens ten koste zou kunnen gaan van de inrichtingen, die te kampen hadden met materiële oorlogsschade, ruimtegebrek, een tekort aan personeel en een overvloed aan chronische patiënten. Sociaal-psychiaters als Querido en Barnhoorn zagen ook in dat de belangen van de inrichtingspsychiatrie en de beweging voor geestelijke volksgezondheid zich moeilijk met elkaar lieten verenigen. Door de slechte omstandigheden in de krankzinnigenzorg, zo merkte Querido in zijn autobiografie op, was het voor psychiaters bepaald niet aantrekkelijk om in inrichtingen te werken:

> ——— *de belangstelling verschoof van de psychose naar de neurose, die, naarmate de therapeutische mogelijkheden groeiden, zich snel uitbreidden van de dwang- en angstverschijnselen naar ongelukkige huwelijksrelaties, seksuele problematiek, conflictsituaties in en buiten het gezin, kortom, een grazige weide van ongekende afmetingen; de vrijgevestigde psychiaters vermeerderden zich snel, gestichtspsychiaters waren niet te krijgen.*[705]

704 Van der Grinten 1987a, 160; De Goei 2001, 170. 705 Querido 1980, 169.

Zoals we eerder hebben gezien trad in de wederopbouwperiode in relatief opzicht een aanmerkelijke daling op van het aantal zenuwartsen in de psychiatrische inrichtingen.[706]

De tegenstelling tussen de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de inrichtingspsychiatrie bestendigde de sinds de jaren dertig bestaande kloof tussen de twee terreinen, waarbij de voor- en nazorg een ongemakkelijke en wat geïsoleerde tussenpositie innam. De extramurale geestelijke gezondheidszorg bewoog zich in de naoorlogse jaren met uitzondering van de voor- en nazorg op afstand van de inrichtingspsychiatrie verder in de richting die Lekkerkerker en haar geestverwanten al voor de oorlog waren ingeslagen.[707]

Geestelijke ontreddering en een nieuw zedelijkheidsoffensief

Het mislukken van de hervormingsplannen stond een verdere uitbreiding en professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg en een groeiende financiële ondersteuning van de overheid niet in de weg. Door de grote verontrusting over de maatschappelijke ontwrichting en de vermeende morele verloedering als gevolg van bezetting en bevrijding kreeg de beweging voor geestelijke volksgezondheid na de Tweede Wereldoorlog de wind in de zeilen. Sterker dan voor 1940 vond het psychohygiënische gedachtegoed weerklank in de politiek en de maatschappij. Direct na de bevrijding kwalificeerden gezagsdragers, geestelijken, artsen, wetenschappers en andere opinieleiders van verschillende levensbeschouwelijke en politieke signatuur uiteenlopende vormen van wangedrag en normloosheid – van zwarte handel, gezagsondermijning, arbeidsschuwheid en jeugdige baldadigheid tot gezinsontwrichting, stijgende echtscheidingscijfers, grotere zelfstandigheid van vrouwen en seksuele losbandigheid – als ernstige bedreigingen voor de zedelijkheid en de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk. Toen de katholieke jurist Pompe in 1945 'de zedelijke verwildering en tuchteloosheid' karakteriseerde als 'de kwaadste posten van den gehavende boedel' die de Duitsers hadden achtergelaten, vertolkte hij een gedachte die onder confessionele, liberale, sociaal-democratische en tot op zekere hoogte zelfs communistische kopstukken leefde.[708] In het regeringsprogramma van het KVP-PvdA-kabinet onder leiding van de katholieke politicus L.J.M. Beel was sprake van de noodzaak om 'de geestelijke en zedelijke grondslagen van het volksleven' te versterken en in de troonrede van 1947 werden maatregelen aangekondigd tegen de onzedelijkheid. Onzedelijkheid had betrekking op diverse verschijnselen die voor de oorlog ook al aanleiding hadden gegeven tot een bezorgde toon. Er was sprake van

706 Zie 3.4, paragraaf 'Van gestichtsarts tot inrichtingspsychiater'.

707 De Goei 2001, 161-175; Abma en Weijers 2005, 125.

708 Westhoff 1996, 93; vergelijk Galesloot en Schrevel 1987.

'massacultuur' en 'sociale ontbindingsverschijnselen', 'maatschappelijke verwildering' van de 'asphalt-jeugd' en het 'vrije-tijd probleem', de problemen van 'de grote stad', 'onmaatschappelijke gezinnen' en 'lichtvaardige echtscheiding'.[709]

Vertegenwoordigers van de doorbraakbeweging, in het bijzonder de Nederlandse Volksbeweging (1945) en de Stichting Nederlands Volksherstel (1945), speelden de hoofdrol in de lancering van een moreel réveil. Op basis van het personalistische ideaal van een harmonieuze maatschappijordening, die het evenwicht tussen individuele vrijheid en gemeenschapszin bewaarde, pleitten zij voor volksopvoeding ter bevordering van verantwoordelijkheidsbesef en nationale eendracht. Behalve een filosofische richting was het in Frankrijk ontwikkelde personalisme ook inspiratiebron voor een politieke en sociaal-culturele beweging die stelling nam tegen het totalitarisme en die christelijke waarden en sociaal-democratische idealen overbrugde. Uitgangspunt was de wederkerige verantwoordelijkheid van individu en gemeenschap, waarmee zowel kapitalisme als communisme werden afgewezen en een balans werd gezocht tussen individualisme en collectivisme. Tijdens de oorlog had zich rond de vrijzinnig-protestantse politicus W. Schermerhorn en de socialistische predikant W. Banning een groep gevormd die het personalisme zag als basis voor een doorbraak in het verzuilde bestel en voor de morele en economische wederopbouw. Het program van de Nederlandse Volksbeweging behelsde ontplooiing van de 'persoonlijkheid', vernieuwing en bescherming van het gezinsleven, verheffing van de arbeid in een geordend sociaal-economisch bestel, versterking van de nationale gemeenschap en een sterke en besluitvaardige overheid.[710]

Op basis van dergelijke ideeën kwam het tot toenadering tussen katholieken en sociaal-democraten. Katholieke politici, van wie enkele al in de jaren dertig hadden gepleit voor overheidsinterventie op sociaal-economisch terrein, maakten op basis van corporatistisch ideeëngoed niet zo'n scherp onderscheid tussen staat en samenleving als protestanten en liberalen. Onder invloed van het personalisme benadrukten sociaal-democratische intellectuelen op hun beurt het belang van een evenwichtige verhouding tussen enerzijds staatsbemoeienis en anderzijds maatschappelijke initiatieven en individuele verantwoordelijkheid.[711] Deze consensus was een van de redenen waarom het in de politiek kon komen tot rooms-rode coalities, die op basis van een gericht sociaal-economisch ordeningsbeleid streefden naar bestaanszekerheid voor de gehele bevolking en het fundament legden voor de opbouw van de verzorgingsstaat.[712] Verder hadden doorbraakbeweging en personalisme, die voornamelijk aanhang vonden onder de intellectuele elite, weinig directe invloed op politiek gebied. De doorbraak mislukte en de zuilen deden zich opnieuw krachtig gelden: in organisatorische zin bereikten zij in de jaren vijftig hun hoogtepunt.[713] Het personalistische gedach-

709 Koenders 1996, 506; Van der Stel 1995, 273-274.
710 Van Ginkel 1999, 171-219.
711 T. de Vries 1996, 296; Bank 1984.
712 Van den Berg 2001, 39.
713 De Rooy 2002, 221.

tegoed werkte echter op andere terreinen wel door: behalve in de geestelijke gezondheidszorg ook in de Nederlands Hervormde Kerk en de academische wereld, vooral in de Utrechtse School.

De psychohygiënisten grepen de alom gevoelde noodzaak om de geestelijke ontreddering te bestrijden aan om hun streven te legitimeren. In haar advies aan de Minister van Sociale Zaken alsook ook in een rapport dat de leden in 1945 ontvingen, wees de NFGV op een groot aantal risicogroepen, die speciale aandacht behoefden: losgeslagen en verwaarloosde jongeren die tot onmaatschappelijkheid en criminaliteit neigden; joodse kinderen die hun ouders hadden verloren; terugkerende krijgs- en concentratiekampgevangenen, militairen en dwangarbeiders alsmede voormalige onderduikers die uit hun normale doen waren geraakt; NSB'ers, collaborateurs en zwarthandelaren en hun gezinnen; echtelieden die door oorlogsomstandigheden gescheiden van elkaar hadden geleefd en van elkaar waren vervreemd en studenten die hun opleiding hadden moeten onderbreken. Het leven van al deze groepen was zo ontregeld geraakt dat zij ten prooi dreigden te vallen aan demoralisering en geestelijke stoornissen.[714] Teneinde dit gevaar te keren, aldus Lekkerkerker, diende de geestelijke gezondheidszorg een breed, 'schier onafzienbaar' terrein te bestrijken: naast de 'urgente tijdsproblemen' in verband met de oorlog, behoorden gezin, opvoeding, onderwijs, arbeid, 'levensmoeilijkheden', onmaatschappelijkheid, de 'massa- en asfaltjeugd' en het grote aantal lijders aan neurosen ertoe.[715] Allerlei kwesties die het terrein van de openbare orde en burgerschap dan wel de persoonlijke levenssfeer, ethiek en geloof raakten, stelden psychohygiënisten nog sterker dan in het interbellum in termen van geestelijke (on)gezondheid aan de orde. Maatschappelijke problemen zouden hun oorzaak grotendeels vinden in individuele tekortkomingen en slecht functionerende gezinnen.[716] Het nationale congres over 'de geestelijke gezondheidszorg in deze tijd', dat de NFGV in 1947 organiseerde en dat prinses Juliana opende, was gewijd aan de vraag hoe deze kon bijdragen aan het herstel van Nederland.

Volgens de psychohygiënisten was de geestelijke ontwrichting niet uitsluitend aan de oorlog te wijten, maar had deze veeleer een dieperliggende en meer structurele problematiek aan het licht gebracht, namelijk een fundamenteel gebrek aan psychische spankracht onder grote delen van de bevolking. Doordat het vóór de oorlog ontbroken had aan voldoende psychohygiënische zorg, zo redeneerden zij, kreeg Nederland nu de rekening gepresenteerd. Een van de ernstige gevolgen was de verspreiding en woekering van de neurose. Het begrip neurose verwees in de naoorlogse periode naar een breed scala van psychische problemen, die zouden samenhangen met het onvermogen van mensen om levensmoeilijkheden het hoofd te bieden. Neurosen zouden in de hand worden gewerkt door gevoelens van

714 De Goei 2001, 156-157; Willemsen 2001, 63, 65.
715 Lekkerkerker 1947a, 12.
716 Zie bijvoorbeeld Buytendijk et al. 1949, 4, 6, 80; Fortmann et al. 1953; Buytendijk 1958, 49, 51.

ongerustheid, onzekerheid en angst als gevolg van ingrijpende maatschappelijke veranderingen. De neurose hield het midden tussen het normale en de psychose, ze kon iedereen in principe treffen en de omgeving zou een grote rol spelen in het ontstaan ervan.[717] Op het Nationaal Congres van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling in 1946 karakteriseerden Rümke en Querido de neurose als een ware volksziekte: de nadelige gevolgen ervan voor de gemeenschap zouden groter zijn dan de schade die tuberculose teweegbracht.[718] Door het gebruik van gangbare medisch-biologische metaforen – de samenleving en het volk opgevat als lichaam, het gezin als orgaan, het individu als cel, sociale misstanden als ziekteverschijnselen en bepaalde probleemgroepen als infectiehaarden – kregen maatschappelijke verschijnselen betekenis in het licht van de geestelijke volksgezondheid.[719]

Mede om strategische redenen schilderden de psychohygiënisten – soms tegen beter weten in – de geestelijke gezondheidstoestand van het Nederlandse volk in donkere tinten.[720] Hun voorstellen tot een verbetering daarvan overlapten voor een groot deel met de doelstellingen van de (grotendeels confessionele) zedelijkheidsbeweging, waarin morele verheffing centraal stond. Vooral een aantal protestantse voormannen van de beweging voor geestelijke volksgezondheid, zoals J. van der Spek, voorzitter van de Hervormde Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, en de theoloog-ethicus G. Brillenburg Wurth, voorzitter van de Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag, waren ook actief in organisaties als de Middernachtzending en het Nationaal Comité ter Bestrijding van de Zedeloosheid (voorheen Nationaal Comité tot Bestrijding van den Handel in Vrouwen en Kinderen). Sinds 1940 was de Amsterdamse jurist A. Bouman secretaris van deze twee organisaties en vanaf 1948 bestierde hij eveneens de Christelijke Vereniging Zedenopbouw. Deze spil van het protestantse zedelijkheidsoffensief zocht na de oorlog aansluiting bij de beweging voor geestelijke volksgezondheid en kreeg subsidie van het Prophylaxefonds. Onder leiding van de Amsterdamse hoogleraar in de psychiatrie Van der Horst, die ook betrokken was bij de zedelijkheidsbeweging, verdiepte hij zich in de psychiatrie en psychologie. Bouman wist Van der Horst en de psychiater en psychoanalyticus Van der Hoop te betrekken bij het door hem direct na de bevrijding opgerichte Comité Zedelijk Herstel Amsterdam. Tevens was hij de drijvende kracht achter de instelling van een Amsterdams 'Spreekuur voor Man en Vrouw' voor advies op relationeel en seksueel gebied, dat naar een voorbeeld in Rotterdam met kerkelijke steun werd uitgebouwd tot een protestants-christelijk Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden.[721]

Verder pleitte Bouman, net als de katholieke sociaal-psychiater Barnhoorn, voor een 'psychische verdieping' van de bestrijding van geslachtsziekten en

717 Mol en Van Lieshout 1989, 97-106; Hutschemaekers 1990, 106-114; De Goei 2001, 156-159.
718 Lekkerkerker 1947a, 12; De Goei 2001, 156-159.
719 Mol en Van Lieshout 1989, 91-92, 188-190.
720 De Goei 2001, 161.
721 Koenders 1996, 181, 229-230, 474-492, 508.

prostitutie. Aangezien de betrokkenen volgens hen vaak aan persoonlijkheidsstoornissen leden, zou dit tot het gebied van de geestelijke gezondheidszorg behoren.[722] Een dergelijk psychologisch perspectief sloot een juridische en repressieve benadering niet uit. Namens het Nationaal Comité ter Bestrijding van de Zedeloosheid diende Bouman in *1946* een adres in bij het Ministerie van Justitie, waarin hij diverse maatregelen tegen de onzedelijkheid voorstelde, zoals de invoering van een avondklok voor de jeugd, castratie als gerechtelijke straf, verhoging van de wettelijke leeftijdsgrens voor seksueel verkeer en de strafbaarstelling van homoseksualiteit. Van de voorstellen kwam niets terecht, maar zijn activiteiten leidden er wel toe dat Bouman lid werd van de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het voorzitterschap kreeg toebedeeld van de Subcommissie inzake de te nemen maatregelen ter verheffing van het Nederlandse volk. Daarin was Boumans Nationaal Comité sterk vertegenwoordigd en zijn eerder ingediende adres diende als uitgangspunt voor de besprekingen.[723]

Hoezeer zedelijkheid en geestelijke gezondheid over een kam werden geschoren, kwam bij uitstek naar voren in beschouwingen over seksuele losbandigheid, die vooral confessionelen in het centrum van de aandacht plaatsten. 'De oorlog heeft op gewelddadige wijze sluimerende sexueele instincten wakker gemaakt en op drift geslagen. Als een roekeloze ijsbreker scheurde hij door het ijsvlak van onze sexueele moraal heen en nu kreunen de dijken onder het kruiende ijs', schreef A. Bouman in de eerste jaargang van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*.[724] Van katholieke zijde werden de gevaren van vleselijke bekoringen, bioscoopbezoek, dansen, zonnebaden, luchtige zomerkleding en de zwemsport nog breder uitgemeten.[725] In hun veroordeling van het Nationaal-Socialisme wezen de Nederlandse bisschoppen na de Tweede Wereldoorlog in het bijzonder op de zedeloosheid en het 'werelds genot' die erdoor bevorderd zouden zijn, terwijl huwelijk en gezin waren ondermijnd.[726] Door echtscheiding en abortus op één hoop te gooien met racisme en jodenvervolging etaleerde het *R.K. Artsenblad* een soortgelijke visie.[727]

Op de eerste jaarvergadering van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, de opvolger van de R.K. Charitatieve Vereeniging, stonden het gezin en de bedreigingen daarvan, in het bijzonder het met 'gemak en genot' geassocieerde nieuw-malthusianisme, centraal.[728] De nauwe samenwerking met de R.K. Artsenvereniging was hier niet vreemd aan. Haar voornaamste woordvoerder, W.B. Huddleston Slater, wijdde in *1946* in het *R.K. Artsenblad* een serie van acht artikelen aan de seksuele losbandigheid. De schrikbarende toename van voor- en buitenechtelijk geslachtsverkeer, prostitutie, geslachtsziekten

722 Mooij *1993*, 154-157; Israëls en Mooij 2001, 145; Barnhoorn *1954*.
723 Koenders *1996*, 474-476, 478-481; 492, 503, 513-514; 562-563.
724 A. Bouman *1946*, 98.
725 Van der Kroon *1965*.
726 Westhoff *1996*, 93-94.
727 Redactioneel R.K Artsenblad 1947, 41-42.
728 Buytendijk et al. *1949*, 2, 57.

en ongehuwd moederschap weet hij aan de verzwakking van de 'geestelijke weerstand der bevolking', waarvoor hij behalve de nietsontziende nazi's, ook de 'materialistische' Canadese bevrijders en de nieuw-malthusiaanse en socialistische 'propagandisten' voor seksuele hervorming verantwoordelijk stelde. Als gevolg van frequent buitenechtelijk geslachtsverkeer, waardoor 'abnormale physiologisch-psychische associaties' ontstonden, dreigde een groot aantal vrouwen volgens hem blijvend ongeschikt voor het huwelijk en het moederschap te worden.[729] Huddleston Slater zag de seksuele ontsporingen duidelijk als een geestelijk gezondheidsprobleem, zij het dat de medische en psychische kwalen in zijn ogen een gevolg waren van moreel verderf. De ongerustheid over seksuele losbandigheid vormde in de katholieke wereld een belangrijke reden om voorzieningen voor de geestelijke volksgezondheid, zoals MOB's, op te richten.[730]

Betogen waarin de betekenissen van zedelijkheid en geestelijke gezondheid naadloos in elkaar overliepen, waren niet beperkt tot confessionelen. Enkele maanden na de bevrijding schreef K.H. Bouman, voorstander van een algemene, neutrale psychohygiëne, in het eerste nummer van het mededelingenblad van de NFGV dat 'een nooit tevoren gekende verwildering' en 'ontbinding' de geestelijke volksgezondheid ernstig hadden aangetast.

——— *De wervelstorm, die Nederland teisterde, heeft ontstellende ruïnes achtergelaten. Dit geldt niet alleen voor materieele dingen, maar zoo mogelijk nog meer voor geestelijke waarden. Een tevoren nooit gekende verwildering, waartoe men onze vaderlandsche geest niet in staat zou hebben geacht, is door deze gruwelijke en meedoogenlooze oorlog ontstaan. Er is bijkans geen gebied van het geestelijk leven, waarop de ontbinding niet duidelijk is aan te toonen. Wanneer er ooit een tijd is geweest, waarin men de geestelijke volksgezondheid ernstig in gevaar kon achten, dan is het wel zeker nu. Thans, nu de rookwolken van het slagveld gaandeweg optrekken en wij de verwoestingen in hun volle omvang kunnen gaan overzien, ontwaren wij, hoe deerlijk gehavend ons toch stellig goed gezonde geestesleven er op dit oogenblik uitziet. De fundamenten, waarop wij steunen, zijn losgeslagen en verzakt. Het gezin is gebroken 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 schaamtelooze gelaat. Kortom, het geestelijk leven in ons dierbaar vaderland is ernstig ziek en het is dringend noodig middelen te beramen de Geestelijke Volksgezondheid weer op peil te brengen.*[731]

In hetzelfde blad maakte Lekkerkerker gewag van 'demoralisatie van breede lagen van de bevolking, bij wie het begrip voor het mijn en dijn, de eerbied voor wet en Overheidsgezag in de oorlogsjaren zeer zijn verzwakt, en de overprikkelde agressie veelal nog onvoldoende constructieve uitingsvormen heeft gevonden.' Behalve het bieden van individuele hulp zou de geestelijke gezondheidszorg ook

729 Huddleston Slater 1946, 18, 101.
730 Willemsen 2001, 84-85, 90-93, 2004, 15-16.
731 Bouman 1945, 3; vergelijk K.H. Bouman 1946.

een belangrijke taak hebben in het streven naar 'volksherstel' door middel van 'de beïnvloeding van groote groepen van personen tot verheffing van hun moreel en geestelijk weerstandsvermogen.'[732] Twee jaar later benadrukte ze nogmaals

> ——— *dat voor een belangrijk deel van de menschheid vaste normen op essentieele punten ontbreken. [...] Zeker is, dat in onze huidige maatschappij de 'crisis der zekerheden', vooral ten aanzien van de normen en plichten op het gebied van huwelijks- en gezinsleven, een belangrijke factor vormt voor het ontstaan van menschelijke moeilijkheden.*

Er kon geen twijfel bestaan over 'de noodzaak van gezaghebbende normen op dit, door zoo felle driften beheerschte en voor alle betrokkenen psychisch zoo belangrijke gebied'.[733] De rode draad in de betogen over de malaise waaraan het Nederlandse volk ten prooi was gevallen, vormde de vaststelling dat de instincten de overhand dreigden te krijgen op de geestelijke en morele waarden, waardoor de gemeenschapszin gevaar liep. Al tijdens de oorlog had J. van der Spek als lid van de 'Commissie inzake den invloed van dezen tijden op de psyche' van de Gezondheidsraad betoogd dat de geestelijke volksgezondheid gevaar liep door

> ——— *het ongebreidelde toegeven aan allerlei elementaire driften, niet onder de macht gebracht eener redelijke bezinning, en zonder dat de betrokkene let op de stem van het geweten [...] De zucht naar roesbelevingen, – roes in allerlei vormen te nemen –, de vlucht voor de verantwoordelijkheid [...] Het zijn alle evenzoveel aanleidingen, dat de eischen der G[eestelijke]V[olksgezondheid] worden overtreden.*[734]

Ook de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid bij de Geneeskundige Hoofdinspectie, P.A.F. van der Spek, wees persoonlijke ontplooiing naar eigen goeddunken resoluut af. 'Een sociaal aangepast mensch weet offers te brengen aan de gemeenschap door beperking van zijn individueele eischen. Schiet hij tekort, dan is hij in de meeste gevallen [...] in gelijke mate asociaal of onmaatschappelijk.'[735]

Dat een dergelijke verontrusting in geen verhouding stond tot het daadwerkelijke gedrag van de meeste Nederlanders bleef onderbelicht. Het aantal echtscheidingen, gemengde huwelijken – daar maakten katholieken zich bijzonder bezorgd over –, geslachtsziekten en buitenechtelijke geboorten nam, na een stijging direct na de bevrijding, eind jaren veertig af, om begin jaren vijftig grotendeels het vooroorlogse peil te bereiken. De aanhoudende bezorgdheid over de losgeslagen jeugd kreeg geen bevestiging in sociologisch onderzoek naar de opvattingen van jongeren over huwelijk en seksualiteit.[736] Het opgeklopte belang van geestelijk herstel vond zijn voedingsbodem vooral in de gevoelde noodzaak

732 Lekkerkerker 1945b, 13.
733 Lekkerkerker 1947c, 8.
734 Van der Spek 1941, 226.
735 Van der Spek 1947, 12.
736 Kooy 1957, 144, 161; Kooy 1980, 42; Goudsblom 1959; Mooij 1993, 153; Engelen 1997.

om eendrachtig aan de wederopbouw te werken en de zuilen te restaureren. Het zedelijkheidsoffensief vertoonde een sterke neiging om politieke en sociale problemen in morele termen te vertalen en stond in dienst van het streven naar consensus, arbeidsrust en maatschappelijke stabiliteit. In dit klimaat van 'tucht en ascese' hoefden mensen die aan hun eigen ingevingen toegaven, niet op begrip te rekenen.[737]

Het gehamer op gemeenschapszin diende, net als voor de oorlog, mede om inhoud te geven aan verantwoordelijk burgerschap in een democratische massasamenleving, die nu in het bijzonder weerbaar zou moeten zijn tegen een mogelijk herlevend fascisme en een oprukkend communisme. Mensen hadden weliswaar het recht om zich in vrijheid te ontplooien, maar deze diende duidelijke grenzen te kennen en een passende invulling te krijgen op basis van gemeenschappelijke geestelijke waarden. Dit was ook mede in het belang van de opbouw van de verzorgingsstaat.[738] De ambtenaar A.A. van Rhijn, die tijdens de oorlog in Londen onder invloed van het Beveridge-rapport (1942), de blauwdruk voor de Britse verzorgingsstaat, een plan uitwerkte voor de inrichting van de sociale zekerheid, benadrukte dat deze verantwoordelijkheidsbesef van burgers vereiste. Scherpe controle was nodig om profiteurs de pas af te snijden: 'Van heel veel belang', aldus Van Rhijn, 'is ook zedelijke volksopvoeding om deze categorie tot een andere houding te bewegen.'[739]

De grondlegger van de sociale psychiatrie, Meijers, sloot hierbij aan toen hij waarschuwde voor de 'degenereerende invloed' van sociale steunvoorzieningen, die 'een parasitaire en egoïstische levensinstelling' bevorderden: 'Zij maken een broeikas-mensch, die meent slechts in een bijzondere voor hem geschikte omgeving zijn leven te kunnen doorbrengen.' De sociale psychiatrie diende bij te dragen aan 'een sociale opvoeding of heropvoeding' tot 'een sociaal verantwoordelijkheidsgevoel en een gemeenschapsgevoel', waarbij duidelijkheid omtrent 'de veelal verdoezelde grenzen tusschen menschelijke rechten en plichten' voorop stond. Iedereen moest door 'regelmatigen arbeid' bijdragen aan het herstel van een zodanig niveau van economische welvaart dat 'levensnormen van moreele waarde zich kunnen ontwikkelen.'[740] De overheid kreeg oog voor de bijdrage die de geestelijke gezondheidszorg zou kunnen leveren aan de versterking van het sociaal verantwoordelijkheidsbesef. In Amsterdam nam het gemeentebestuur in dit verband concrete maatregelen om mogelijk misbruik van sociale voorzieningen te beteugelen. Zo kreeg de Gemeentelijke Dienst voor Sociale Zaken tot taak om 'het geestelijke en morele peil' van werklozen te bevorderen, waartoe hij cursussen aanbood. Werklozen konden bijvoorbeeld een cursus over 'De mens en zijn moeilijkheden' volgen, waarin zij zich onder leiding van een psycholoog verdiepten in 'zielkundige en wijsgerige aangelegenheden'.[741]

737 De Liagre Böhl 1987; Blom 1981, 1996, 232; De Rooy 2002, 218; Koenders 1996, 484-490.
738 T. de Vries 1996, 295; Schuyt en Taverne 2000, 289.
739 De Haan 1993, 92.
740 Meijers 1947, 68-69.
741 Kaan 1947, 50-51.

3.6 Geestelijke volksgezondheid in de lange jaren vijftig

Geestelijke volksgezondheid tussen cultuurpessimisme en moderniseringsoptimisme

Niet alleen in de eerste jaren na de bevrijding, maar tijdens de gehele wederopbouwperiode werd het psychohygiënische gedachtegoed gevoed door de maatschappelijke ontwikkelingen, of beter gesteld, door de wijze waarop de vertolkers ervan deze interpreteerden. Toen de morele paniek over de ontwrichtende gevolgen van de oorlog rond 1950 was weggeëbd, ging hun aandacht vooral uit naar de mogelijk schadelijke effecten van de economische en sociale modernisering. Nederland kwam vernield en verarmd uit de Tweede Wereldoorlog, maar de jaren vijftig lieten een ongekende economische dynamiek zien met groot vertrouwen in wetenschap en techniek en een sterke oriëntatie op gerationaliseerde, vaak uit Amerika geïmporteerde organisatie- en productiewijzen. Tijdens de wederopbouw gold het primaat van de economie: de vergroting van de werkgelegenheid door middel van industrialisatie stond voorop. Economie, techniek en wetenschap waren minder dan culturele waarden en sociale ordening onderhevig aan de ideologische tegenstellingen van de verzuiling. Juist op deze terreinen konden een rationele en professionele aanpak de consensus bevorderen met betrekking tot de noodzaak om met behulp van wetenschappelijke deskundigheid min of meer planmatig in de maatschappij in te grijpen.[742] Van de door sommige PvdA-politici nagestreefde centraal gestuurde economische planning door de overheid kwam overigens weinig terecht: de samenwerking met de KVP en de invloed van de diverse belangengroepen dwongen tot een evenwicht tussen vrije markt en overheidsregulering. De nieuwe instellingen voor het economisch beleid, zoals de Stichting van de Arbeid (1945) en de Sociaal-Economische Raad (1950), waren geen plannings- maar overlegorganen, waarin werkgevers, werknemers en de regering naar consensus streefden. Door middel van de beheersing van lonen en prijzen, belastingpolitiek en sociale voorzieningen werd de vrije markt deels aan banden gelegd.[743]

De snelle en grootschalige industrialisering, voortgaande urbanisatie en vernieuwing van de infrastructuur gaven Nederland een nieuw gezicht en vonden hun weerslag in de maatschappelijke verhoudingen en het dagelijks leven. De samenstelling van de beroepsbevolking veranderde ingrijpend: de agrarische sector kromp in een snel tempo verder in ten gunste van industrie, handel, transport, het verzekerings- en bankwezen en andere vormen van dienstverlening.[744] De gestaag toenemende welvaart en het gerichte ordenings- en verdeelbeleid van

742 Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 101-104; Van Vegchel 1995a, 66, 280; Schuyt en Taverne 2000, 54; Schuyt 2001, 33; Alberts 2001, 252; Somsen 2001a, 2001b; De Rooy 2002, 281.

743 Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 22, 42-43; Schuyt en Taverne 2000, 52.

744 Knippenberg en De Pater 1990, 128-130; Smits 1999.

de rijksoverheid, die op sociaal-economisch terrein veel actiever optrad dan voorheen, vergrootten de materiële zekerheid. Deze werd gewaarborgd door sociale wetten zoals de Noodwet Drees (1947) en de Algemene Ouderdomswet (AOW, 1957) voor ouderen, de verplichte verzekering tegen werkloosheid (1956), de Algemene Kinderbijslagwet (1962) en de Bijstandswet (1965). Door de groeiende ruimtelijke en sociale mobiliteit konden veel mensen zich gemakkelijker dan voorheen onttrekken aan de kleinschalige lokale sociale verbanden en de nauw ingekaderde levenswijzen die tot dan toe het bestaan van velen hadden bepaald. Sociaal-economische verschillen, standsonderscheid en andere hiërarchische verhoudingen, zoals die tussen de seksen en tussen oud en jong, begonnen aan scherpte te verliezen en steeds meer mensen gingen tot de middenklasse behoren.[745] Zo kwam er in de jaren 1956 en 1957 een eind aan de juridische handelingsonbekwaamheid van gehuwde vrouwen en het wettelijk verbod voor hen om in overheidsdienst te werken.

De uitbreiding van het gemotoriseerde verkeer, de groeiende deelname aan het (hoger) onderwijs, de opkomst van een onafhankelijke jeugdcultuur, de internationale culturele oriëntatie – vooral onder jongeren gericht op Amerika – en de opkomst van nieuwe media als de televisie verbreedden het blikveld van veel Nederlanders. Ondanks de verzuiling, die in de jaren vijftig in organisatorisch opzicht het hoogtepunt bereikte, gingen verschillende bevolkingsgroepen in hun levenswijze en mentaliteit steeds meer op elkaar lijken, vooral dankzij de door de markt en de massamedia verspreide populaire cultuur. De zuilen kwamen ook van binnenuit onder druk te staan vanwege de groeiende onafhankelijkheid en mondigheid van wetenschappelijk en professioneel onderlegde deskundigen, die voor interne verdeeldheid zorgden en tegelijkertijd juist dankzij de hechte verzuilde netwerken en de met de achterban gedeelde levensbeschouwing hun nieuwe ideeën snel konden verspreiden: de zogenaamde omgekeerde zuilwerking.[746] Al deze ontwikkelingen ondermijnden traditionele normen en gezagsverhoudingen alsook de sterk met de verzuiling verbonden bevoogding en sociale controle. Het dagelijks leven van Nederlanders kwam steeds meer op gespannen voet te staan met de vigerende burgerlijke en christelijke moraal met haar strak omlijnde ge- en verboden.[747]

In de opvattingen die psychohygiënisten over deze ontwikkelingen ventileerden, klonk in de jaren vijftig, net als voor de oorlog, een breder levend, zowel humanistisch als christelijk gekleurd cultuurpessimisme door. Zijn kern was onveranderd: de maatschappelijke, geestelijke en morele ontplooiing van de mens zou geen gelijke tred houden met of zelfs schade ondervinden van de technologische en economische vooruitgang.[748] Volgens intellectuelen van diverse pluimage

745 De Rooy 2002, 228-229.
746 Simons en Winkeler 1987; vergelijk Akkerman en Stuurman 1985; Van Strien 1993, 88-89.
747 Van der Kamp en Krijnen 1987; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993; Luykx en Slot 1997; Schuyt en Taverne 2000.
748 Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 25; T. de Vries 1996; Van Ginkel 1999, 207-236.

leidde de sociaal-economische modernisering ertoe dat de samenleving steeds sterker werd beheerst door een eenzijdige, instrumentele rationaliteit, waardoor zedelijke en geestelijke beginselen als bron van zingeving in het gedrang kwamen en sociale ontworteling dreigde. Hun kritiek spitste zich toe op de zogenaamde massamens, de personificatie van alle kwalen waarmee de moderniteit vergezeld zou gaan. De massamens was eenzaam en ontworteld, kende geen vaste normen en waarden en voelde geen binding meer met geloof, traditie en gemeenschap. Hij was nihilistisch ingesteld, liet zich leiden door de waan van de dag, door onbewuste drijfveren en emoties en toonde zich ongevoelig voor elke vorm van moreel gezag. Zijn innerlijke leegte bleek uit zijn vlucht in materiële consumptie, populair vermaak en lustbevrediging. *Revolutie der eenzamen*, luidde de titel van het boek waarin de cultuurhistoricus P.J. Bouman deze tendensen in 1953 voor een breed publiek uiteenzette. Typerend was de bezorgde toon waarmee de introductie van de televisie in 1951 gepaard ging. De Staatssecretaris van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, J.M.L.Th. Cals, opende de eerste televisieavond met een verwijzing naar de gevaren van het nieuwe medium: 'Na de massa-arbeid is het de massa-recreatie die de menselijke persoonlijkheid belaagt [...], die elke eigen inspanning op geestelijk en cultureel gebied, dreigt te doen plaatsmaken voor passiviteit en grauwe vervlakking.'[749]

De stuurloos ronddobberende massamens, zo betoogden de cultuurcritici, ondermijnde de maatschappelijke saamhorigheid, het democratische burgerschap en, zo voegden confessionele woordvoerders daaraan toe, het christelijke geloof. Naar aanleiding van de oprichting van een katholieke organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam schreef het hoofd van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, A.J.H. Bartels:

> ——— *Het is nu in deze van God en Kerk in steeds grotere mate vervreemde eerste stad van het land, dat jaarlijks duizenden jongens en meisjes, geestelijk reeds aangetast door de nivellerende werking van de asfaltcivilisatie, het arbeids-milieu binnentreden waar de in zijn godsdienst levende mens steeds zeldzamer wordt. Achter de gesignaleerde afval en de onkerkelijkheid schuilt zonder twijfel een diepe geestelijke nood. Onvermijdelijk is dat we ons deze nood bewust worden en er ons apostolisch mee gaan bemoeien [...] naast vele anderen ligt er wel een uitermate belangrijke taak voor het apostolaat der katholieke geestelijke gezondheidszorg, die zich geconfronteerd ziet met afnemende weerstand tegen neurosen tengevolge van het wegvallen van een religieus besef. [...] Een psychisch gezond leven is tevens van waarde voor een gezond religieus bestaan.*[750]

Het Nederlands Gesprekcentrum, waaraan vertegenwoordigers van zowel de humanistische als confessionele stromingen deelnamen, publiceerde in 1959 een beschouwing over geestelijke volksgezondheid waarin het cultuurpessimisme

749 Righart 1995, 100.

750 Bartels 1953, 360; vergelijk Banning 1954.

schril doorklonk. Veel mensen zouden niet beschikken over de geestelijke weerbaarheid om de versnelling van het levenstempo en de sociale desintegratie het hoofd te bieden. Zij gingen gebukt onder onzekerheid en angst, verloren zichzelf in oppervlakkigheid en conformisme, en leefden 'stuurloos en kompasloos'. Als gevolg van de 'vermaterialisering in het leven', morele 'vervlakking' en de teloorgang van 'door cultuurpatroon en zedelijkheid ingegeven tradities en gebruiken' zouden het 'zedelijk nihilisme' en 'het moderne fatalisme' terrein winnen. 'Het niet willen leven van een collectiviteit in een overtuiging is een vorm van gestoordheid', zo stelde de commissie voor geestelijke volksgezondheid van het Nederlands Gesprekcentrum. 'Het nihilisme is een vorm van collectieve verdringing van geloof, religie, levensbeschouwelijke, politieke overtuiging. Men leeft in de 'es'-sfeer, d.w.z. men laat zijn handelingen en gedachten van buitenaf bepalen zonder zelf tot een critische beleving daarvan te komen.' Dit alles leidde tot een *'verloren gaan van de mens als persoon*, d.w.z. als mens, die de roeping heeft te leven in vrijheid en verantwoordelijkheid met andere mensen'.[751]

Toch waren er onder psychiaters ook relativerende geluiden te horen over de vermeende gevaren van de modernisering. De teloorgang van traditionele bindingen en waardestelsels stelde mensen weliswaar danig op de proef, zo betoogde Rümke bijvoorbeeld, want meer en meer moesten zij op eigen kracht een zinvolle invulling geven aan hun leven, maar hij had er alle vertrouwen in dat de meesten hiertoe in staat waren. Juist in de oorlog was gebleken dat velen over grote psychische spankracht beschikten en de toenemende bekommernis met de geestelijke volksgezondheid was op zichzelf al een teken van regeneratievermogen. Het viel volgens Rümke ook wel mee met de materialistische instelling van de moderne mens. Waar anderen spraken van culturele vervlakking, daar zag hij eerder een hoopvolle democratisering en 'stijging van het beschavingsniveau'.[752] Rond 1950 nam Rümke in redes aan de universiteiten van Utrecht en Amsterdam stelling tegen het gehamer op gemeenschapszin. 'Er is iets met sommige gemeenschapsmensen, dat mij niet aanstaat. Wat is toch de oorzaak van de robuuste opgewektheid, de flinkheid, de doortastendheid van sommige mensen met gemeenschapszin?' Zij gingen voorbij aan de individuele eigenheid en gaven wellicht blijk van 'een angst voor de vrijheid'. Een zekere 'anti-maatschappelijkheid' was volgens Rümke nodig ter bescherming van 'de persoonlijkheid'.

——— *De Duitsers hadden waarlijk geen tekort aan gemeenschapszin, zij hadden een tekort in de ontwikkeling tot weerstandskrachtige individuen. De weerstandskracht in de bezette landen ontsproot niet in de eerste plaats uit gemeenschapszin, maar uit de onbeïnvloedbaarheid van mensen met een krachtige individualiteit.*[753]

751 Brillenburg Wurth et al. 1959, 11–13, 22, 24.
752 Rümke 1951a, 18; vergelijk Van Belzen en Uleyn 1986, 113.
753 Rümke 1948, 306–308; vergelijk Rümke 1951b, 12.

Verder relativeerde Rümke de cultuurkritiek door te benadrukken dat psychiaters en psychohygiënisten kinderen van hun tijd waren en zich niet met een metaperspectief konden verheffen boven de gangbare, maatschappelijk bepaalde mens- en wereldbeschouwingen – enige bescheidenheid en waakzaamheid ten aanzien van ideologische besmetting achtte hij daarom wel gepast.[754]

De aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit verbonden psychiater P.Th. Hugenholtz, die in 1947 onder de titel 'Psychologische opmerkingen over den na-oorlogschen mensch' een voordracht hield voor oud-leerlingen van de School voor Maatschappelijk Werk, stelde vast dat de mentaliteit van mensen was veranderd als gevolg van 'het verlies aan zekerheden, dat ons allen overkomen is'. Dit verlies was onomkeerbaar, aldus Hugenholtz:

> ——— *het is [...] duidelijk, dat de moderne mensch zijn vader en zijn moeder inderdaad heeft losgelaten, hun leven niet meer kan en wil imiteeren, en dat de wereld inmiddels een discontinuiteit vertoont, zooals wij allen die dagelijks beleven. Neen, terug naar de oude vormen kunnen wij nooit meer.*

Ondanks de problemen die dit met zich meebracht, zag hij ook voordelen, want mensen waren gedwongen tot meer realiteitszin. De oude zekerheden waaraan velen zich hadden vastgeklampt, waren ook een teken van 'de zwakte van den mensch, een wenschproduct, een rekenen op het wonder, het verwachten van de heilstaat, die niet in deze wereld is en daarom misleidend. Er is maar één weg, en dat is bij het nu te beginnen en dit volledig te aanvaarden met alle gegeven realiteit [...]'[755]

In zijn oratie als buitengewoon hoogleraar in de fenomenologische psychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden gaf de psychiater J.H. van den Berg blijk van een vergelijkbaar standpunt. Weliswaar karakteriseerde hij de moderne samenleving vanwege de toenemende regelgeving, onoverzichtelijkheid, tijdsdruk, teloorgang van lokale bindingen en hoge eisen die aan mensen werden gesteld als neurotiserend, maar tegelijkertijd benadrukte hij dat heimwee naar het verleden hem vreemd was. Het was niet mogelijk en ook niet gewenst om de klok terug te draaien.[756]

Ook de katholieke psychiater C.J.B.J. Trimbos, verbonden aan het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, stond ambivalent ten aanzien van moderniseringsverschijnselen. Enerzijds zong hij mee in het koor der cultuurpessimisten. De niet te ontkennen toename van de psychische nood hing volgens hem nauw samen met het wegvallen van 'de oude vertrouwde verbanden' en het gebrek aan culturele verankering waardoor 'de passieve massamens' vrij baan kreeg.[757] Maar Trimbos wees er ook op dat juist de moderniteit met haar

754 Rümke 1951a.
755 Hugenholtz 1947, 32, 43-44.
756 Van den Berg 1955.
757 Trimbos 1959, 18-19; vergelijk Trimbos 1960.

vooruitgangsoptimisme, vertrouwen in wetenschap en democratische ethos de middelen bood om de sociale en psychische werkelijkheid onbevangen onder ogen te zien en de malaise te keren. In dit verband stelde de psychiater J.J.C. Marlet dat de psychiatrie deel uitmaakte van 'de uitbloei en verrijking der menselijke mogelijkheden.' Immers, zo redeneerde hij, vroeger ging het louter om het materiële overleven.

——— *Vroeger werd men begraven voordat men door spanning en zorgen psychisch gestoord raakte; alles lag meer in de vitale sfeer. Nu, in een complexe getechnificeerde samenleving, waarin het materiële verzekerd lijkt en de Voorzienigheid in de beleving is teruggedrongen – nu staat de veronachtzaamde mens op het spel en is zijn psyche ontdekt. Deze onevenwichtige culturele opgang vordert een psychiatrie als ordenend en equilibrerend middel.*[758]

In het naoorlogse Nederland golden de veranderingen in het leefpatroon van mensen als gevolg van de industrialisering als een risico voor de maatschappelijke stabiliteit en samenhang, waarvoor tegenmaatregelen gewenst waren. Hoewel rationalisering als een van de hoofdoorzaken van de cultuurcrisis gold, bestond er een groot vertrouwen in de mogelijkheid om de samenleving met behulp van de sociale en menswetenschappen te beheersen en te sturen. Wetenschap bood niet alleen een efficiënt middel om dit te bewerkstelligen, maar zij zou ook waardebetrokken en als zodanig inhoudelijk richtinggevend moeten zijn. De remedie werd vooral gezocht in een actieve cultuurpolitiek, zoals de Duitse socioloog K. Mannheim al voor de oorlog had bepleit. Mannheim betoogde dat de morele ontwikkeling voortdurend achterliep bij de technische en dat er daarom compensatie nodig was in de geestelijk-culturele sfeer. Volgens hem waren sociale planning en normatieve volksopvoeding onder leiding van elites nodig om te voorkomen dat de democratische massasamenleving ontaardde in anarchie of dictatuur. De Doorbraakbeweging omarmde dergelijke ideeën en zowel cultuursociologen, pedagogen en maatschappelijk werkers als psychohygiënisten zagen een belangrijke taak voor zich weggelegd, waarbij zij op enige steun van de overheid konden rekenen.[759]

Vooral bij het Ministerie van Maatschappelijk Werk, in 1952 opgericht om door middel van gerichte sociale planning het gevaar van desintegratie te keren, vonden sociale wetenschappers en psychohygiënische deskundigen een willig oor. Bij de indiening van de eerste begroting van het ministerie stelde de KVP-minister F.J.F.M. van Thiel dat de snelle veranderingen waardoor de samenleving steeds gecompliceerder werd, op vele gebieden voor aanpassingsmoeilijkheden zorgde. De taak van het nieuwe ministerie was om de problemen van de moderne

758 Marlet 1962, 132.

759 Oldendorff 1953; Nieuwenhuize 1954; Winkels 1982; Gastelaars 1985, 1986; Jonker 1988; Van Rossem, Jonker en Kooijmans 1993, 25; Kennedy 1995, 38; Somsen 2001b, 209.

tijd op te vangen. Bevolkingsgroepen die het overgangsstadium van een traditioneel agrarisch naar een modern industrieel levenspatroon doormaakten, verdienden bijzondere aandacht.[760] Soortgelijke gedachten leefden op het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De Afdeling Preventieve Gezondheidszorg veronderstelde in 1961 dat de geestelijke volksgezondheid in de zogenaamde ontwikkelingsgebieden, plattelandsregio's waar de overheid de industrialisering trachtte te bevorderen, gevaar liep en bepleitte een intensivering van het werk van de sociale psychiatrie, consultatiebureaus voor alcoholisme en vooral Medisch-Opvoedkundige Bureaus.[761] Tekenend was ook dat de regering tijdens de watersnoodramp in Zeeland Querido raadpleegde met de vraag welke maatregelen geëigend waren vanuit het oogpunt van de geestelijke volksgezondheid. Hij adviseerde om kinderen niet van hun ouders te scheiden en boeren niet naar steden te evacueren.[762]

Al eerder, eind jaren veertig, waren zogenaamde onmaatschappelijke gezinnen en de 'massajeugd' doelwit geworden van door de overheid ondersteunde professionele aandacht en bemoeienis, waarbij de nadruk op opvoedkundige interventies lag. Voor de oorlog konden onmaatschappelijke gezinnen reeds op bijzondere aandacht vanuit het maatschappelijk werk en de sociale psychiatrie rekenen. Tijdens en na de Duitse bezetting werden ze onderworpen aan ingrijpende maatregelen.[763] In 1941 kwam een studiecommissie van de NVGV naar aanleiding van een congres over het gezin met een rapport waarin zij een veelomvattende aanpak aanbeval. Querido had op dat congres voorgesteld om probleemgezinnen sociaal te isoleren, een idee dat in de bezettingsjaren werd verwerkelijkt. Na het Duitse bombardement op Rotterdam en de ontruiming van het kustgebied op last van de bezettingsautoriteiten zochten bestuurders naar een passende huisvesting voor 'asocialen' en 'zwak socialen'. Zij vonden die in de leegstaande werkkampen voor werklozen op het platteland in de noordelijke en oostelijke provincies. Na de oorlog pleitten ambtenaren, juristen, geestelijken, artsen en psychiaters voor handhaving van deze zogenaamde Rijksevacuatiekampen voor Oorlogsslachtoffers. Aparte woonbuurten in de eigen woonplaats, die vanaf de jaren twintig tot stand waren gekomen, voldeden naar hun mening niet voor ernstige gevallen van onmaatschappelijkheid: gezinnen die in het geheel geen orde en zedelijke normen kenden, die zichzelf niet konden redden en zich kenmerkten door vervuiling, verwaarloosde kinderen, werkschuwheid, crimineel gedrag en een parasitaire levenshouding. Onmaatschappelijke gezinnen vormden 'infectie-haarden van moreel verval', zo viel in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* te lezen. De leden van deze gezinnen waren 'de parasieten en de bedrijvers van de kleine misdaad; als er een tekort aan werk is, zijn zij het eerst en het langst werkloos; is

760 De Haan en Duyvendak 2002, 27, 76–83.
761 Hueting 1989, 18–19; vergelijk Van Vegchel 1995a; Schuyt en Taverne 2000, 96.
762 Querido 1954.
763 De Regt 1984; Dercksen en Verplanke 1987; Van Wel 1988; Neij 1989.

er een huizentekort – zij zijn zeker zonder dak [...] is er distributie, dan zijn zij de soldaten van den zwarten handel.' Ze konden niet met geld omgaan, kenden geen beloften en dachten niet aan hun toekomst.[764]

Door deze gezinnen uit de samenleving te verwijderen en ze in afgelegen kampen te isoleren, zo luidde de redenering, viel te voorkomen dat ze andere gezinnen in hun zedelijk verval meesleepten en konden ze een intensieve psychosociale begeleiding en heropvoeding ondergaan. Via de NFGV adviseerde een studiecommissie onder voorzitterschap van Querido de ministers van Binnenlandse Zaken en Sociale Zaken in 1951 om dwang niet uit te sluiten en de wettelijke mogelijkheid te scheppen om onmaatschappelijke gezinnen net als geestelijk gestoorden op deskundig advies en onder begeleiding van psychiaters, psychologen, pedagogen en maatschappelijk werkers onder toezicht te stellen en bijzonder lastige gezinsleden op te nemen in een inrichting.[765] De psychiater D. Zuithoff, die als adviseur van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en later van het Ministerie van Maatschappelijk Werk zich als deskundige op dit terrein profileerde, onderschreef de noodzaak van dwangbehandelingen en isolatie in gezinsoorden.

Ondanks de jarenlange discussies over wetgeving die dwang mogelijk moest maken, kwam deze niet tot stand. De bepleite maatregelen bleken evenwel ook zonder juridische basis grotendeels realiseerbaar. Een aantal Rijksevacuatiekampen werd omgedoopt tot Gezinsoorden voor Maatschappelijk Onaangepaste Gezinnen en ze kwamen in 1952 onder het beheer van het nieuwe Ministerie van Maatschappelijk Werk te vallen. Ze waren niet alleen bedoeld om onmaatschappelijke gezinnen te behandelen, maar ook om onderzoek te verrichten – als experiment trokken ze veel nationale en internationale aandacht. Behalve maatschappelijk werksters en gezinsverzorgsters hielden psychiaters, psychologen, pedagogen en sociologen zich bezig met deze probleemgroep. Daarbij gaf een sociaal-psychiatrische benadering tot de jaren zestig de toon aan. Sociale kenmerken – armoede, werkloosheid, slechte huisvesting en gebrek aan opleiding – golden als symptomen van persoonlijke tekortkomingen, van psychopathologische kenmerken en psychische defecten. Niettegenstaande de hooggespannen verwachtingen leverde de inzet van al deze deskundigheid niet echt nieuwe inzichten op en onder druk van de groeiende kritiek vanuit de politiek en van sociale wetenschappers hief minister M. Klompé de gezinsoorden in 1959 op. De aparte woonwijken voor onmaatschappelijke gezinnen en de psychosociale en pedagogische bemoeienis ermee bleven langer bestaan. In de jaren zestig deden psychiaters en psychologen een stap terug en brachten sociologen en maatschappelijk werkers nieuwe gezichtspunten naar voren. Het begrip onmaatschappelijk maakte plaats voor 'kansarm', 'achterstand' en 'sociale deprivatie'. Daarmee verschoof de aandacht van de innerlijke gebreken van de gezinnen en de individuele

764 Querido, Diemers en Ariëns 1947, 25; Ferguson 1953.

765 Querido, Diemers en Ariëns 1947; Ferguson 1953.

leden ervan naar de maatschappelijke belemmeringen waarmee zij kampten en maakte isolering plaats voor het streven naar sociale integratie.[766]

De rigoureuze aanpak van onmaatschappelijkheid was uitzonderlijk in de Nederlandse verhoudingen, waarin voorstellen tot radicaal en dwangmatig ingrijpen in de praktijk vaker niet dan wel tot uitvoering kwamen. De verontrusting omtrent de losgeslagen jeugd was even groot als de bekommernis met onmaatschappelijke gezinnen, maar in rapporten over deze probleemgroep bleef het grotendeels bij zorgelijke diagnoses en waren ook andere geluiden te horen. Zo gaf het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen in 1948 aan zeven sociologische en pedagogische onderzoeksinstituten opdracht tot een grootschalig onderzoek naar de 'geestesgesteldheid van de massajeugd'. Dit resulteerde in twee lijvige rapporten: *Maatschappelijke verwildering der jeugd: rapport betreffende de geestesgesteldheid van de massajeugd* (1952) onder redactie van de Utrechtse pedagoog Langeveld en het door het katholieke Hoogveldinstituut onder leiding van de pedagoog en geestelijke N. Perquin uitgebrachte *Moderne jeugd op weg naar volwassenheid* (1953). In het eerste was te lezen dat het wegvallen van traditionele samenlevingsverbanden en zingevingskaders vooral onder de ongeschoolde (arbeiders)jeugd had geleid tot verwildering en een crisis op het gebied van normen en waarden. Veel jongeren waren niet meer georganiseerd in een jeugdbeweging. Zij lieten zich in toenemende mate en vooral in hun vrije tijd meeslepen door vluchtige stemmingen en aandriften, waardoor het hun ontbrak aan levensperspectief en maatschappelijke betrokkenheid.

De katholieke onderzoekers probeerden meer begrip op te brengen voor de leefwereld en het gezichtspunt van jongeren, maar beide onderzoeken leidden tot een pleidooi voor een pedagogisch offensief. Traditie, dwang en klakkeloze aanpassing aan de heersende levensbeschouwelijke normenstelsels zouden echter geen goede leidraad meer bieden voor de opvoeding. Het doel van de opvoeding was persoonlijkheidsvorming op basis van 'volwassenheid' en 'zelfverantwoordelijke zelfbepaling'. Het individu zou op basis van bewuste keuze en innerlijke overtuiging zelfstandig tot een sociaal en moreel verantwoorde persoonlijke ontplooiing moeten komen.

Hoewel de onderzoeken niet onomstreden waren – niet iedereen was ervan overtuigd dat de jeugd werkelijk aan verwildering ten prooi was gevallen – nam de overheid initiatieven om het sociaal-pedagogische jeugdwerk te bevorderen. In 1955 stelde zij een Raad voor Jeugdzaken in en een jaar later vestigde het Ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen een afdeling voor Jeugdvorming en Volksontwikkeling. In datzelfde jaar vond in Amsterdam een grootschalig opgezet congres plaats over 'Jeugd 1955', waarop al een andere toon werd aangeslagen. De bezorgdheid over de verwildering en morele vervlakking van de

766 Van Wel 1988.
767 Meijers en Du Bois-Reymond 1987; Van Gelder en Tillekens 1985; Bakker 1990; Te Poel en Miedema 1993.

jeugd maakte plaats voor het streven om de toegankelijkheid van het onderwijs te vergroten ter bestrijding van achterstanden en ongelijkheid.[767] Al eerder had Zuithoff, die repressieve maatregelen ten aanzien van onmaatschappelijkheid niet schuwde, er al op gewezen dat de autoritaire en dwangmatige aanpak van de probleemjeugd verouderd was en alleen maar averechts werkte.[768]

Een nieuw psychohygiënisch elan

Waar de aandacht van de cultuursociologen en maatschappelijk werkers zich vooral richtte op de vraag hoe de sociale samenhang viel te bewaren, daar legden de psychohygiënisten zich toe op de individuen en groepen die het niet konden bolwerken in de moderne samenleving en probeerden zij hun leven in goede banen te leiden.[769] Aanvankelijk lag de nadruk daarbij op de vigerende zedelijkheidsnormen en de aanpassing van het individu aan de maatschappelijke orde, maar in de jaren vijftig verschoof het accent in de psychosociale hulpverlening steeds meer naar de persoonlijke belevingswereld en de innerlijke gezindheid. Deze verschuiving was deels ingegeven door buitenlandse invloeden. De World Federation of Mental Health, in 1948 op een internationaal congres in Londen opgericht, gaf de aanzet tot een nieuw elan. Centraal stond daarin de mogelijkheid om mens en maatschappij gericht te beïnvloeden. In zijn verslag schreef Querido, een van de Nederlandse deelnemers aan het congres:

> ——— *Er bestaat een absolute en volkomen wederzijdse afhankelijkheid tussen individueel menselijk zijn en maatschappelijke structuur. Beide zijn veranderbaar, de een zowel als de ander, en de een door de ander. [...] Dat deze veranderingen nodig zijn, bewijst de dreiging van oorlog en ondergang, die op het ogenblik boven ons hangt.*[770]

Op het congres was de Nederlandse delegatie van tachtig personen de omvangrijkste na de Amerikaanse en Britse en haar inbreng was groot. Rümke werd gekozen tot voorzitter van de *Executive Board* van de World Federation. Het begrip *mental health* nam de plaats in van *mental hygiene* om aan te geven dat het niet alleen ging om het voorkómen, begeleiden, behandelen en genezen van stoornissen, maar ook om positieve geestelijke gezondheid, de bevordering van gezondheid en welzijn, van optimale ontplooiingskansen van alle burgers in fysiek, intellectueel en emotioneel opzicht.[771] Als voorzitter van de NFGV (1952–1967) omschreef Querido geestelijke gezondheidszorg als 'het streven om de hoogst mogelijke ontwikkeling en de breedst mogelijke ontplooiing van het individu op geestelijk gebied te verkrijgen'. Net als andere psychohygiënisten bepleitte hij integratie van de

768 Zuithoff 1954.
769 De Goei 2001, 154, 194–197; vergelijk Somsen 2001b en Weijers 2001.
770 Querido 1948, 3551.
771 De Goei 2001, 164–167. In Nederland waren al sinds het midden van de jaren twintig beide termen, geestelijke (volks)gezondheid en geestelijke of psychische hygiëne, gangbaar.

geestelijke hygiëne in de maatschappij, in het bijzonder in het gezin, de school, de kinderbescherming, de beroepskeuze, de arbeid, de kerk, het ziekenhuis, de universiteit en de sociale zekerheid. De geestelijke gezondheidszorg moest zich niet alleen met individuen op zichzelf, maar vooral ook met hun onderlinge relaties bezighouden.[772]

Mede onder invloed van nieuwe inzichten die de geallieerden tijdens de oorlog hadden opgedaan met de preventieve psychiatrische behandeling van militairen ter instandhouding en verbetering van het moreel, waren hoge verwachtingen gewekt omtrent de mogelijkheden van de psychiatrie en de gedragswetenschappen om groepen mensen te beïnvloeden en te veranderen. Hierdoor kreeg het begrip geestelijke volksgezondheid een nog grotere reikwijdte dan voor de oorlog: opvoeding, onderwijs, godsdienst, ethiek, rechtspraak, arbeid, maatschappelijk werk, sociale zekerheid, huisvesting en zelfs oorlog en vrede en nationale en internationale politiek zouden tot het psychohygiënische werkterrein behoren. Volgens Lekkerkerker had de geestelijke gezondheidszorg een sociaal-psychologische taak in het voorkomen van oorlog.

——— *Wij hebben kennis gemaakt met ontzettende psychische krachten, met de, zelfs tot de vreeselijke consequenties van uitroeiïng van groote bevolkingsgroepen of massale zelfvernietiging leidende, factoren van agressie, rassenhaat, machtsstreven, gebondenheid aan een leider. Wat weten wij van de psychologische factoren, die deze massale reacties bepalen? Hoe kunnen wij ze beheerschen en in goede banen leiden?*[773]

De bevordering van de geestelijke volksgezondheid moest bijdragen tot versterking van het democratisch burgerschap en de realisering van een betere, vreedzame wereld. Door het moreel van de gehele maatschappij te bevorderen zouden totalitarisme en oorlogen in de toekomst te voorkomen zijn.[774]

Net zoals het congres in Washington achttien jaar eerder was de internationale bijeenkomst in Londen een stimulans voor de Nederlandse psychohygiënisten. Met informerende, opiniërende, ondersteunende en adviserende activiteiten trachtte de NFGV een breed maatschappelijk draagvlak voor psychohygiënische maatregelingen en voorzieningen te vestigen. Vanaf 1946 gaf de Federatie het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* en vanaf 1949 de *Gidsen voor de geestelijke volksgezondheid* ofwel *geestelijke gezondheidszorg in Nederland* uit, die een overzicht boden van alle organisaties en hulpverleningsinstellingen die zij tot dit terrein rekende. Verder dienden een bibliotheek en een documentatie- en filmdienst om het nieuwe ideeëngoed te verbreiden. Het aantal leden groeide en met financiële steun van de overheid werden de werkzaamheden uitgebreid.[775] Toch kreeg het

772 Lekkerkerker 1954, 44; vergelijk Querido 1949b, 461; Buytendijk et al. 1949, 31; De Jongh 1950; Brillenburg Wurth et al. 1959, 10.

773 Lekkerkerker 1945b, 14; vergelijk Meerloo 1946, 417.

774 Mol en Van Lieshout 1987.

775 Heerma van Voss 1985a, 1293.

alomvattende psychohygiënische streven naar preventie van stoornissen en optimalisering van de geestelijke volksgezondheid in de praktijk nauwelijks handen en voeten. In zijn redevoering ter gelegenheid van het 25-jarige jubileum van de NFGV in 1959 stelde Rümke dat de hoge verwachtingen op het congres in Londen in 1948 niet waren uitgekomen.[776] De activiteiten concentreerden zich al gauw voornamelijk op de meer concrete hulpverlening aan mensen met psychische problemen. Maar ook hierbij speelden Angelsaksische invloeden een belangrijke rol. Naar Engels en Amerikaans voorbeeld verdrongen psychologische, gedragswetenschappelijke en sociologische benaderingen zowel de biologische en medisch-psychiatrische als de morele optiek. De psychohygiënisten gingen een dynamisch perspectief op de psychische ontwikkeling van mensen hanteren: daarin stond de sociaal-psychologische beïnvloedbaarheid en veranderbaarheid van mensen centraal.

De eugenetica, die in het interbellum weliswaar druk werd bediscussieerd, maar die nauwelijks had geleid tot concrete maatregelen, verdween na de oorlog naar de achtergrond, ook al raakte zij niet geheel in diskrediet door de nationaalsocialistische praktijken op dit terrein, waaraan in Duitsland ook en vooral zwakzinnigen en psychiatrische patiënten ten prooi waren gevallen. Op het Nationale Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1947 kwam de eugenetica nauwelijks aan de orde. Wel was er in de eerste jaargangen van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* aandacht voor het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk en kende de Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid een subcommissie voor eugenese, waarin de psychiaters J. van der Spek, P.A.F. van der Spek, Palies en Carp zitting hadden. Hoewel de commissie de eugenetica op zichzelf niet verwierp, was het rapport dat zij in 1954 uitbracht uitermate terughoudend. Zij wees alle vormen van dwang met betrekking tot sterilisatie, segregatie en geneeskundig onderzoek voor het huwelijk alsook systematische eugenetische voorlichting af en hield het bij een appel op de individuele verantwoordelijkheid. Van een eugenetische beweging die zich op de volksgezondheid richtte, was na 1950 nauwelijks sprake meer. Voor zover artsen en erfelijkheidsdeskundigen zich bezighielden met het voorkómen van erfelijke afwijkingen en ziekten, ging het om medische hulpverlening op individueel niveau.[777] In 1958 verscheen er naar aanleiding van een symposium nog een themanummer over eugenetica van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*. Hierin betoogde Palies dat een huwelijksverbod voor en isolering van 'ongunstig erfelijk belasten' niet effectief en ook niet wenselijk waren. Alleen sterilisatie, mits met instemming van de betrokkenen, was aanvaardbaar.[778] In hetzelfde nummer stelde Lekkerkerker dat erfelijkheid niet allesbepalend was, maar invloed uitoefende in wisselwerking met het sociale milieu. Over de aard van die interactie bestond nog veel onduidelijkheid.

776 Rümke 1959. Ook Querido was vrij sceptisch over het idealisme van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Querido 1980, 187, 253.

777 Noordman 1989, 141-142 en Noordman 1990, 1276-1277.

778 Palies 1958, 179.

In elk geval hadden eugenetische maatregelen volgens haar weinig zin en boden pedagogische, sociale en psychotherapeutische interventies veel meer perspectief.[779]

Voor zover de biologische optiek voor de oorlog al invloed had gehad in de psychohygiënische beweging, moest deze wijken voor het inzicht dat niet erfelijke aanleg maar opvoeding en omgeving, vooral het gezinsmilieu, de belangrijkste factoren vormden in het ontstaan van psychische moeilijkheden en stoornissen. 'Het werd [...] meer en meer duidelijk,' aldus Lekkerkerker, 'dat maatschappelijke noden voor een belangrijk deel psychologisch bepaald zijn en in even aanzienlijke mate langs psychologische weg gewijzigd moeten worden.'[780] Deze optiek leidde er in de jaren vijftig ook toe dat moralistische oprispingen milder van toon werden en geleidelijk aan terrein verloren. Wat eind jaren veertig als zedeloosheid gold en om een moreel-pedagogische aanpak vroeg, werd in de jaren vijftig steeds meer in sociaal-psychologische termen verklaard. Psychische defecten en relationele moeilijkheden zouden de dieperliggende oorzaak van onzedelijkheid vormen. Behandeling en genezing moesten de plaats innemen van zedenpreken en bestraffing. Al in 1947 schreef Lekkerkerker in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* dat normen niet moesten worden afgeleid van 'dogmatische apriorismen', maar dienden aan te sluiten 'bij in de moderne menschen levende idealen, en met de sociale werkelijkheid en nieuwere psychologische inzichten'.[781] Ook de psychiater S.P.J. Dercksen, die in Amsterdam leidinggaf aan de Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid, stelde dat verantwoordelijkheidsgevoel niet met dwang was op te leggen:

> ——— *De weerstanden, die hiertegen bij de betrokkenen kunnen bestaan, moeten worden opgespoord en zo mogelijk tot verdwijnen gebracht. Dit kan niet door een autoritair dwingend advies omdat de weerstand innerlijk moet worden opgegeven. De psychologische wortels van de tegenstrevende gevoelens moeten blootgelegd worden om van binnen-uit overwonnen te kunnen worden. [...] Dit alles vraagt subtiel psychologische arbeid.*[782]

Zelfs de zedenmeester A. Bouman ging begin jaren vijftig inzien dat repressieve maatregelen uit de tijd waren en dat de bevordering van individueel inzicht en eigen verantwoordelijkheid betere en duurzamere resultaten opleverde.[783]

Nog sterker dan voorheen legde de NFGV nadruk op de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak door verschillende, onderling gelijkwaardige beroepsgroepen: psychiaters, psychologen, sociologen, pedagogen en psychiatrisch-sociaal werksters. Als gemeenschappelijke leidraad werd vooral het psychodynamische model, dat al langer in het MOB gangbaar was, toonaangevend. Het onderscheid tussen normaal en abnormaal, tussen ziek en gezond werd gerela-

779 Lekkerkerker 1958b, 203.
780 Lekkerkerker 1958a, 99.
781 Lekkerkerker 1947c, 8.
782 Dercksen 1956, 197.
783 Koenders 1996, 491-494.

tiveerd en de aandacht ging in het bijzonder uit naar de invloed van de vroegere en de actuele intieme leefsfeer op het innerlijk van het individu.[784] Dat betekende niet dat behandelaars de klassieke psychoanalytische therapie toepasten. Het psychoanalytische ideeëngoed diende naar Amerikaans voorbeeld als wetenschappelijk referentiekader om het belang van preventie van psychische stoornissen door middel van een goede opvoeding en gezonde gezinsverhoudingen te onderstrepen. De meest voorkomende behandelvorm in de ambulante geestelijke gezondheidszorg was eerder sociaal-agogisch dan psychotherapeutisch in enge zin en niet zozeer gericht op het individu op zichzelf, als wel op de relatie tussen het individu en diens naaste sociale omgeving. Wel was het zo dat praten de kernactiviteit in de ambulante hulpverlening werd en dat de inhoud van wat patiënten te zeggen hadden een centrale plaats kreeg.[785] Hun woorden golden als de symptomen aan de hand waarvan psychiaters en andere hulpverleners inzicht konden verkrijgen in de ontwikkelingsstoornissen en onbewuste conflicten die aan moeilijkheden ten grondslag lagen. Voordien gingen zij in de regel voorbij aan de inhoud van uitingen en richtte hun belangstelling zich vooral op de gegeven biologische en psychische eigenschappen van hun patiënten, zoals die waren ontstaan door de invloed van aanleg dan wel omgeving of het samenspel tussen deze twee. Gesprekstherapie aan de hand van uit Amerika geïmporteerde methoden als *counseling* en *social casework* werden in de loop van de jaren vijftig de geëigende behandelmethoden.

Terwijl de technieken vooral aan Amerikaanse voorbeelden waren ontleend, boden Europese intellectuele stromingen, naast de deels veramerikaniseerde psychoanalyse vooral de fenomenologie en het personalisme, een inhoudelijke onderbouwing voor de sociaal-psychologische oriëntatie. De fenomenologische psychologie, die aanhang vond onder zowel neutrale, protestantse als katholieke psychiaters en psychologen, verschafte hen naast de psychoanalyse een wetenschappelijke basis om afstand te nemen van de somatische oriëntatie in de medische psychiatrie en ook van de statische kerkelijke moraal. De fenomenologie leerde dat wat de mens als werkelijkheid ervoer geen objectief gegeven was, maar een product van interpretatie en betekenisgeving. Het psychisch functioneren van mensen was volgens deze redenering in hoge mate afhankelijk van het gezinsmilieu waarin ze waren opgegroeid en van hun emotionele verhouding tot de naaste omgeving. Veel psychische moeilijkheden waren het resultaat van gestoorde relaties, van 'een onvermogen tot persoonlijke overgave in de vorm van een liefdevolle ontmoeting', zoals het in het fenomenologische jargon heette.[786] Interactiestoornissen waren niet los te zien van de sociale omgeving en in tegenstelling tot lichamelijk bepaalde, objectief waarneembare geestesziekten kon de hulpverlener ze slechts traceren als mensen er verbaal uiting aan gaven.

784 Zie bijvoorbeeld Van der Waals 1948.
785 Van der Grinten 1987a, 210; Mol en Van Lieshout 1989, 184, 185, 206, 208.
786 Ter Meulen 1990, 45.

Een belangrijke intellectuele inspiratiebron voor de psychohygiënisten vormde het gedachtegoed van de Utrechtse School, dat al eerder in het kader van de universitaire psychiatrie aan de orde kwam. Op basis van een normatieve wetenschapsopvatting overschreden de aanhangers ervan de grenzen tussen vakgebieden en zuilen, en probeerden zij de kloof tussen geloof en wetenschap en tussen (ondogmatisch) christendom en humanisme te overbruggen. Het gedachtegoed van de Utrechtse School, waarin het doorbraakideaal doorwerkte, vond instemming onder zowel confessionelen als humanisten, zoals naar voren kwam in de beschouwing over geestelijke volksgezondheid van het Nederlands Gesprekcentrum. De zorg voor geestelijke volksgezondheid zou niet zonder een bewuste keuze voor bepaalde waarden kunnen. Daarbij werd evenzeer afstand genomen van het morele kompas uit het verleden als van uit Amerika afkomstige vernieuwingen waarbij pragmatisme en individualisme de toon aangaven. Europese geesteswetenschappelijke en filosofische denkrichtingen als de hermeneutiek, de fenomenologie, de levensfilosofie en het existentialisme boden daarentegen een perspectief waarin zingeving centraal stond en een middenweg werd bewaard tussen individuele vrijheid en gebondenheid aan anderen. In deze visie was de mens voortdurend 'in ontmoeting' of 'in gesprek' met 'zijn medemens'. Daarbij waren zowel richtinggevende geestelijke, christelijke dan wel humanistische waarden als sociaal en politiek engagement onmisbaar. De beweging voor geestelijke volksgezondheid diende volgens het Nederlands Gesprekcentrum 'de voorwaarden te scheppen voor de burgerplicht zich politiek te organiseren en in de politieke organisatie een werkzaam aandeel te nemen'.[787] Het was in het belang van de geestelijke volksgezondheid om de democratie levend te houden en te verdiepen, een rechtvaardige verdeling van de welvaart te bewerkstelligen en dictatuur en politiek nihilisme tegen te gaan.

De houding van de psychohygiënisten ten aanzien van de modernisering veranderde in de jaren vijftig. Enerzijds was die nog defensief. Om de uitwassen en kwalijke gevolgen, zoals de overweldigende invloed van natuurwetenschappen en techniek, te weerstaan zouden mensen hun innerlijke spankracht moeten vergroten door middel van een regeneratie van het geestelijke leven. Anderzijds leidde het inzicht dat de sociaal-economische modernisering onafwendbaar was tot een nieuwe taakopvatting: ondersteuning van mensen die de snelle veranderingen niet konden bijbenen en het aankweken van de mentaliteit die nodig zou zijn om te kunnen functioneren in een maatschappij met een hoge mate aan ruimtelijke en sociale mobiliteit. Nieuwe omstandigheden vereisten een heroriëntatie op de bestaande normen en waarden. Mensen moesten de ruimte krijgen om zichzelf op verantwoorde wijze te ontplooien. De bevordering van flexibele aanpassing en eigen initiatief nam de plaats in van de krampachtige pogingen om zedelijkheid en gemeenschapszin te herstellen. Laverend tussen traditie en

787 Brillenburg Wurth et al. *1959*, 9, 28.

vernieuwing, tussen paternalisme en ontvoogding, en tussen levensbeschouwelijke bezinning en wetenschappelijk inzicht gingen toonaangevende psychohygiënisten zich manifesteren als volksopvoeders die mensen rijp maakten voor de dynamiek van het moderne leven.[788]

Deze benadering klonk duidelijk door in de opdracht die vooraanstaande katholieke psychohygiënisten zich stelden: de geloofsbeleving en de kerkelijke moraal met behulp van menswetenschappelijke inzichten aanpassen aan de veranderende maatschappelijke omstandigheden. Zij constateerden enerzijds dat veel katholieken wegens hun tekort aan vorming en flexibiliteit in psychologische zin niet voldeden aan de eisen van de moderne samenleving en anderzijds dat hun geloof vaak op niet meer dan opgelegde conventie en plicht berustte. Op een studiedag van het Centrum van Katholieke MOB's sprak Trimbos van 'de ongevormdheid, het primitief-onkundig zijn van zeer velen op belangrijke levensterreinen'.[789] Zodra het beschermende milieu en de sociale controle wegvielen, aldus de voorzitter van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid Buytendijk, vielen katholieken ten prooi aan geestelijke nood en zedelijk verval. Dat was geen wonder, want door het ingebakken conformistische gedragspatroon ontbrak het hen aan innerlijke zelfstandigheid. Als oorzaak wees Buytendijk, daarin bijgevallen door de psycholoog en geestelijke H.M.M. Fortmann, op het door de clerus bevorderde autoritaire en patriarchale opvoedingspatroon in veel ogenschijnlijk brave en zedige katholieke gezinnen. Door de starre gezagsverhoudingen en het gemis aan affectie waren deze vaak broeinesten van neurosen, 'gewetensangsten', 'infantiele bindingen' en 'primitieve gedragswijzen'.[790] Geestelijke gezondheid was niet gediend bij een rigide en dwangmatig opgedrongen moraal. Deze had niet alleen geleid tot een oppervlakkig moreel besef en vervreemding van het waarachtige geloof, maar ook tot een gebrek aan individuele verantwoordelijkheid. In het gezin dat aan Buytendijks normen van geestelijke gezondheid voldeed, bestond een minimum aan regels en beheersten de leden zich in hun onderlinge omgang uit zichzelf. Zo'n gezin vormde mensen die waren opgewassen tegen de dynamische industriële maatschappij. Teneinde een evenwicht te vinden tussen aanpassing aan veranderende sociale omstandigheden en handhaving van christelijke waarden, was meer 'volwassenheid' ofwel 'innerlijke vrijheid' van katholieken vereist. De psychische huishouding die Trimbos, Buytendijk, Fortmann en hun geestverwanten tot het fundament van geestelijke gezondheid verklaarden, was het tegendeel van impulsiviteit. Wat zij voorstonden was een van binnen uit gestuurde regulering, die externe dwang overbodig maakte en waardoor individuen op eigen kracht zin aan hun leven wisten te geven.[791]

788 De Goei 2001, 177–185, 236–244; vergelijk Weijers 1991.

789 Trimbos 1958, 53.

790 Buytendijk 1952, 18–19; Buytendijk 1954, 39; Buytendijk 1958, 52; Fortmann 1955, 24.

791 Buytendijk 1958, 10; vergelijk Buytendijk 1950; Fortmann 1955, 20; De Lange 1957, 22; vergelijk Abma 1979 en 1981/82; Pols 1988a; Ter Meulen 1988a.

Terwijl de kerkelijke moraal tot in de jaren veertig in katholieke kring gold als de basis voor geestelijke gezondheid, wezen Buytendijk en zijn geestverwanten op het belang van psychische hygiëne als voorwaarde voor de godsdienstige ontplooiing van de mens. Innerlijke vrijheid en individuele verantwoordelijkheid stonden centraal in de invulling die zij aan geestelijke gezondheid gaven. In de moraaltheologie golden deze eigenschappen vanouds als bovennatuurlijke, van God gegeven morele kwaliteiten die een goed christelijk leven garandeerden. In de psychohygiënische betogen daarentegen kregen ze een psychologische invulling. Het ging om persoonlijke kenmerken en vermogens als volwassenheid, evenwichtigheid, zelfinzicht en zelfregulering, die door middel van een goede opvoeding, warme gezinsverhoudingen of zo nodig therapeutische hulp tot ontplooiing zouden komen. Terwijl de psychische huishouding vanuit kerkelijk oogpunt voorheen vooral was geassocieerd met het zondige driftleven, verhieven de psychohygiënisten deze tot de voorwaarde voor een persoonlijk en verinnerlijkt geloofsleven. De godsdienst liep volgens hen niet zozeer gevaar door de zondige aard van de mens en onzedelijke verlokkingen vanuit de buitenwereld, maar door de schadelijke psychische gevolgen van een slechte opvoeding, gestoorde gezinsverhoudingen, irrationele angst en schuldgevoelens of maatschappelijke ontwikkelingen die vervreemding en vereenzaming met zich meebrachten.

Op basis van de fenomenologie en het personalisme relativeerden zowel katholieke als protestantse psychohygiënisten de overgeleverde geloofswaarheden en het kerkelijke gezag, en trachtten zij een eigentijdse invulling aan de christelijke moraal te geven. De individuele zelfontplooiing die als norm voor geestelijke gezondheid gold, behelsde dat de mens de zin van het leven vond in de 'ontmoeting' met de ander en de belangeloze 'overgave aan de medemens'. De woordvoerders van de confessionele geestelijke gezondheidszorg hadden hun mond vol van 'medemenselijkheid', 'naastenliefde', de 'geneeskracht van de liefde' en 'liefdevolle verhoudingen' tussen mensen als opstap tot nader contact met God. De algemeen menselijke behoefte aan affectieve verbondenheid vormde het psychische fundament van een zinvol samenleven, een zienswijze waarin ook humanisten zich konden vinden. De nadruk op harmonieuze persoonlijke en sociale relaties is typerend voor de psychohygiënische houding ten aanzien van de naoorlogse maatschappelijke ontwikkelingen. De dreigende teloorgang van primaire verbanden als gevolg van de met de industrialisering gepaard gaande verzakelijking en schaalvergroting vereiste compensatie in de vorm van 'vermenselijking der onderlinge verhoudingen', niet alleen in het gezin, maar ook in diverse maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven.[792]

792 Boxtel 1953; Buytendijk, Christian en Fortmann 1958; Rutten 1956, 85; Trimbos 1960, 40; Brillenburg Wurth et al. 1959, 10. De nadruk op interpersoonlijke relaties had een overwegend sociaal-psychologisch karakter en moet niet worden verward met sociologisering in de zin van aandacht voor maatschappelijke structuren, die kenmerkend was voor de geestelijke gezondheidszorg in de jaren zestig en zeventig. Zie verder 4.2, paragraaf 'De psychiatrie onder vuur' en 4.5, paragraaf 'De democratisering van geluk'.

De in het kader van de Marshallhulp uit Amerika geïmporteerde *Human Relations*-benadering vond veel weerklank. Het betrof een aantal sociaal-psychologische technieken, zoals *counseling* en groepsgesprekken, die in het bedrijfsleven waren ontwikkeld ter verhoging van de arbeidsproductiviteit door middel van een gerichte beïnvloeding van relaties tussen mensen op de werkvloer.[793] Het aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde gelieerde Nederlands Instituut voor Personeelsleiding verzorgde vanaf 1947 op basis van dit gedachtegoed bedrijfskadertrainingen voor grote ondernemingen. De afdeling Geestelijke Volksgezondheid van dit instituut onder leiding van de psycholoog J. Koekebakker, lid van het NFGV-bestuur en de redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, verrichtte sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de arbeidsorganisatie, waarbij de door Amerikaanse en Engelse psychiaters en psychologen ontwikkelde 'sociatrie' inspiratiebron was. De sociatrie, een amalgaam van sociologische, sociaal-psychologische en psychologische inzichten, was bedoeld als toegepaste wetenschap gericht op de optimale afstemming van individu en gemeenschap. De sociaal-psychiaters Querido en Barnhoorn zagen in de sociatrie een mogelijkheid om de beweging voor geestelijke volksgezondheid van een wetenschappelijke basis te voorzien.[794] Onder leiding van onder anderen de psychiater J.A.C. Kock van Leeuwen werd een reeks sociatrische projecten opgezet in ondernemingen. Het neologisme sociatrie kreeg verder weinig navolging, maar het ideeëngoed vond onder de noemer *Human Relations* enige verbreiding, ook buiten het terrein van de (industrie)arbeid. Vooral in katholieke kring was hiervoor veel aandacht. De Nijmeegse hoogleraar in de psychologie F.J.Th. Rutten was een fervent aanhanger van de *Human Relations*-benadering en in 1956 vond in Nijmegen een internationaal congres erover plaats. In de Nederlandse bijdragen, die in 1955 en 1957 in bundels verschenen, werd dit gedachtegoed in het christelijk-sociaal denken geïncorporeerd en naar andere werkvelden uitgebreid, zoals het pastorale en maatschappelijke werk en de geestelijke gezondheidszorg.[795]

Behalve de katholieken Trimbos en Barnhoorn omschreef ook de sociaaldemocraat Querido geestelijke volksgezondheid in termen van sociale relaties, waarbij hij tegelijkertijd het belang van individuele autonomie en een richtinggevende levensbeschouwing benadrukte. Geestelijke gezondheidszorg was in wezen, zo betoogde hij in een rede ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de NFGV in 1959,

> ——— *het streven naar gezonde betrekkingen tussen de mensen onderling en tussen de mensen en hun maatschappelijke instellingen. Gezonde betrekkingen zijn betrekkingen, die de grootst mogelijke ontplooiing van de in het individu aanwezige krachten en vermogens toelaten, zonder dat daardoor andere individuen in hun ontplooiing worden gehinderd.*

793 Van der Heijden 1949.
794 De Goei 2001, 193-195.
795 Van Elteren 1987; Ter Meulen 1988a, 61-74; Westhoff 1996, 180-185.

Geestelijke hygiëne was bedoeld om de 'uniekheid van de persoon te behoeden, te bewaren, te ontwikkelen', aldus Querido, en 'de mensen ertoe te brengen, hun vraagstukken zelf op te lossen, het inzicht en de vrijheid te verwerven, hun eigen beslissingen te nemen'.[796] De gereformeerde psychiater Janse de Jonge legde de lat nog iets hoger. Geestelijke gezondheid behelsde volgens hem niet alleen dat mensen over de spankracht beschikten om zelfstandig levensmoeilijkheden het hoofd te bieden, maar ook dat zij dit op creatieve wijze deden, waardoor zij tot persoonlijke groei kwamen.[797]

Het individu kreeg van de toonaangevende psychohygiënisten tot taak om tot een 'persoonlijkheid' uit te groeien en een zekere innerlijke onafhankelijkheid te verwerven ten opzichte van de buitenwereld. Het diende zich te laten leiden door de eigen overtuiging, maar deze moest wel sporen met het door deskundigen gearticuleerde verwachtingspatroon omtrent een moreel verantwoorde leefwijze. De psychohygiënische boodschap was dat het individu zonder bevoogding moest kunnen beslissen over de manier waarop het wilde leven, mits de motieven op goede gronden gebaseerd en gewetensvol waren en de medemens gerespecteerd werd. Egoïsme, hedonisme en mateloosheid stonden diametraal tegenover dit ideaal van zelfontplooiing. Mensen konden zichzelf alleen op een zinvolle wijze ontplooien door zich uit eigen beweging te spiegelen aan hoogstaande waarden. De eisen waaraan de geestelijk gezonde mens moest voldoen, waren hoog. Voor wie zichzelf niet adequaat kon verwerkelijken als gevolg van zijn persoonlijkheid of leefwijze, was deskundige begeleiding geboden. Daarin ging het om een voortdurende bezinning op het individuele gedrag teneinde de juiste verhouding te vinden tussen enerzijds bevoogding en sturing en anderzijds zelfstandigheid en individuele vrijheid.

Het burgerschapsideaal dat de psychohygiënisten uitdroegen en dat als geleide zelfontplooiing is te karakteriseren, was geënt op de sociaal-economische modernisering die een functionele individualisering – flexibiliteit en mobiliteit – vereiste. In de persoonlijke identiteitsvorming kwam een verschuiving op gang van gegeven en min of meer stabiele maatschappelijke kenmerken als afkomst, godsdienst, stand of klasse naar persoonlijke eigenschappen en voorkeuren.[798] Deze individualisering gold als een onontkoombaar gevolg van de moderniteit, maar om sociale desintegratie te voorkomen werd het noodzakelijk geacht om de toenemende individuele vrijheid van een normatieve inhoud te voorzien. Wanneer mensen die in hun persoonlijkheid incorporeerden, konden ze zich op soepele wijze aan de veranderende maatschappelijke omstandigheden aanpassen en zich tegelijkertijd op eigen kracht teweer stellen tegen de ontbindende tendensen in de moderne samenleving.

796 Querido 1959, 134, 138.
797 Janse de Jonge 1959, 119-120.
798 Tonkens 1999, vergelijk Blom 1996, 237; Duyvendak 1999.

3.7 De ambulante geestelijke gezondheidszorg

Financiering en organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg

Vanwege de ongunstige arbeidsvoorwaarden en de schamele salariëring kampte de ambulante geestelijke gezondheidszorg voortdurend met een tekort en een groot verloop aan deskundig personeel. Hoewel in de naoorlogse jaren meer geld beschikbaar kwam dan voorheen, bleef de financiering van de hulpverlening tot in de jaren zestig problematisch.[799] 'Het was allemaal noodlijdend in die vijftiger jaren', aldus Trimbos. 'Er was geen geld, er waren geen regels, geen subsidievoorwaarden, eigenlijk niks, en alles wat je wou moest je per hapje waar maken.'[800] De hulpverlening kwam niet in aanmerking voor vergoeding op basis van de wettelijk verplichte ziekenfondsverzekering, die in 1941 onder druk van de Duitse bezetter was ingevoerd. Net als de vroegere coöperatieve ziekenfondsen bekostigde deze alleen curatieve behandelingen en was preventieve zorg uitgesloten. Wel financierde het Ziekenfonds het Preventiefonds, dat in 1950 het Prophylaxefonds verving, en kwam langs deze weg voor de ambulante voorzieningen meer geld dan voorheen beschikbaar. Het bestuur van het Preventiefonds besliste over de verdeling van het geld, maar het liet zich daarbij leiden door het advies van de NFGV, waarin alle organisaties waren vertegenwoordigd. In feite verdeelden drie contactcommissies die binnen de NFGV tot stand kwamen – respectievelijk voor MOB's, Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Consultatiebureaus voor Alcoholisme – het beschikbare geld van het Preventiefonds. Op aandrang van katholieke vertegenwoordigers in de NFGV, die op deze manier het verzuilde belang wilden veiligstellen, kregen deze commissies in 1955 een formele status en moest het NFGV-bestuur hun advies over de besteding van de subsidie en de contacten met de overheid inwinnen.[801]

Het deel van de gelden van het Preventiefonds dat was bestemd voor geestelijke volksgezondheid (ongeveer 12 procent) was overigens maar bescheiden, hoewel het begin jaren zestig snel steeg. In 1962 ging het om bijna 500.000 gulden.[802] Twee jaar later was dit aandeel gestegen tot 19 procent van het inkomen van het fonds en keerde het meer dan een miljoen gulden aan subsidies uit.[803] Het leeuwendeel daarvan ging naar de MOB's, vooral voor de financiering van de psychiatrisch-sociaal werksters, hun opleiding en de oprichting van nieuwe bureaus. Daarnaast ondersteunde het Preventiefonds voorlichtingsactiviteiten

799 Lekkerkerker 1947a, 14; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 102; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 183–184; Heerma van Voss 1985a, 1293; Bakker en Van der Velden 2004a.

800 Heerma van Voss 1990a, 207; vergelijk Westhoff 1996, 567.

801 Westhoff 1996, 201.

802 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 61.

803 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 140.

van de NFGV, de verschillende verzuilde organisaties voor de geestelijke volksgezondheid, de kruisverenigingen, de opleiding van B-verpleegkundigen die in de voor- en nazorg werkzaam waren, de consultatiebureaus voor alcoholisme, de psychotherapeutische opleidingen van de twee psychoanalytische instituten en het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie (IMP), en diverse consultatiebureaus voor huwelijks- gezins- en levensmoeilijkheden.

Voor de subsidies die de rijks-, provinciale en gemeentelijke overheden aan ambulante instellingen verstrekten, bestonden aanvankelijk geen vaste regels: ze werden ad hoc toegekend op basis van de jaarlijkse begroting.[804] Vanaf de tweede helft van de jaren vijftig kwam daarin verandering met rijkssubsidieregelingen van het Ministerie van Maatschappelijk Werk voor de BLGM's (1957) en de BLO-nazorg (1957); van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de MOB's (1959), de psychiatrische voor- en nazorg ofwel Sociaal-Psychiatrische Diensten (1961) en de beroepskeuzevoorlichting (1962); en gezamenlijk van de Ministeries van Justitie en van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de consultatiebureaus voor alcoholisme (1960). Daarbij nam de overheid in grote lijnen de subsidievoorwaarden omtrent de bemensing en de werkwijze van de voorzieningen over, die de NFGV in verband met de verdeling van de middelen uit het Preventiefonds al eerder had opgesteld.[805] In het kielzog van de toenemende overheidsfinanciering wonnen professionele maatstaven terrein ten koste van levensbeschouwelijke principes. Tussen 1946 en 1962 groeiden de rijkssubsidies voor de ambulante voorzieningen van ruim 100.000 tot bijna 3 miljoen gulden, waarbij de MOB's in 1962 het grootste bedrag, bijna 1.230.000 gulden, incasseerden, de SPD'en en de maatschappelijke zorg voor zwakzinnigen respectievelijk bijna 640.000 en ruim 680.000 gulden ontvingen en de BLGM's op 220.000 gulden konden rekenen.[806] Vanaf 1965 ontvingen de psychotherapeutische instituten ook rijkssubsidies ter dekking van hun exploitatietekorten.[807] De gemeentelijke en provinciale subsidieregelingen bleven vooralsnog gekenmerkt door 'een chaotische verscheidenheid', zoals het in de *Gids voor de Geestelijke Gezondheidszorg* heette, maar dat nam niet weg dat gemeenten het grootste deel van de totale kosten van SPD'en, MOB's en BLGM's droegen.[808] Deze bedroegen in 1963 bijna 15 miljoen gulden, waarvan de gemeenten 6,2 en het rijk 3,1 miljoen voor hun rekening namen. Provinciale subsidies, het preventiefonds, particuliere fondsen en eigen bijdragen van cliënten dekten de resterende kosten. Van de 15 miljoen kwam het leeuwendeel (9,4 miljoen) voor rekening van de SPD'en, terwijl de MOB's 4,8 miljoen en de BLGM's 0,4 miljoen gulden besteedden.[809]

804 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 47-48.
805 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 78-158.
806 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
807 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 159-160.
808 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177; vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965a, I: 158-184.
809 Bakker en Van der Velden 2004a, 28.

Met de groei van het aantal instellingen en hun diversiteit nam de versnippering en de onoverzichtelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg almaar grotere proporties aan. Her en der kwam enige integratie tot stand van voorzieningen die zich op uiteenlopende problemen en groepen richtten. Al in de jaren dertig functioneerden er katholieke consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid die zowel voor- en nazorg aan volwassen zenuw- en geesteszieken, als medisch-pedagogische hulpverlening aan kinderen boden. Vanaf 1948 hanteerde de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland een soortgelijke combinatie en in Limburg bestonden vanaf begin jaren zestig vijf stichtingen waarin voor- en nazorgdiensten, MOB's en BLGM's verenigd waren.[810] De verzuiling blokkeerde echter een soortgelijke ontwikkeling in andere provincies, waarin de verschillende levensbeschouwelijke groepen op zichzelf een minderheidspositie innamen en er daarom te weinig draagvlak was om ieder voor zich een voldoende geoutilleerde geïntegreerde voorziening op te richten, terwijl bovendien de wil ontbrak om gemeenschappelijk de geestelijke gezondheidszorg te organiseren.[811] Waar wel grote bevolkingsconcentraties van dezelfde confessionele groep en genoeg deskundigen aanwezig waren, konden pogingen tot integratie wel slagen. Na de oorlog richtten zowel de hervormden als de katholieken hun inspanningen in het bijzonder op Amsterdam, de stad die als bakermat en centrum van de ambulante zorg werd gedomineerd door gemeentelijke en neutrale particuliere instellingen.

De Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving, die in 1948 onder leiding van Dercksen, eerder verbonden aan de psychiatrische inrichting Zon en Schild te Amersfoort, ging functioneren, was de eerste organisatie die vrijwel alle instellingen verenigde: een BLGM, een MOB, een psychiatrische voor- en nazorgdienst onder de vleugels van de GG en GD, en een psychotherapeutische voorziening in samenwerking met het IMP.[812] Ook in Rotterdam, Utrecht en Den Haag en enkele kleinere steden ontstonden Hervormde samenwerkingsverbanden.[813] De katholieken volgden het hervormde voorbeeld in 1950 met de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving, waarvan Trimbos psychiater-directeur werd. Daarin waren een MOB, een Bureau voor Huwelijksaangelegenheden en een sociaalpedagogische dienst voor zwakzinnigen opgenomen. Elders brachten katholieken ook een aantal van dergelijke samenwerkingsverbanden tot stand.

Niet alleen op lokaal maar ook op nationaal niveau organiseerden de katholieke psychohygiënisten zich hechter dan hun protestantse en neutrale collega's. De Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid (KCV), sinds 1949 de opvolger van de vooroorlogse Roomsch Katholieke Charitatieve Ver-

810 Bakker en De Boer 2002a, 194; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 217, 244–246, 311–313.

811 Van der Grinten 1987a, 245; Van der Grinten 1987b; vergelijk De Goei 2007a, 89–93.

812 Mijs 1987; Dercksen en Dercksen 1996.

813 Kraft 1963, 18.

eeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, ontwikkelde zich onder voorzitterschap van Buytendijk en door middel van studiebijeenkomsten en publicaties tot een gezaghebbend forum voor de opinievorming en publieke voorlichting. De vergaderingen en studiedagen van de vereniging, waarop geregeld controversiële onderwerpen aan de orde kwamen, zoals seksualiteit, het huwelijk, co-educatie, psychoanalyse en opvoeding van kinderen, trokken veel deelnemers. Via de eigen publicaties en tijdschriften als *Dux*, *De Linie*, *De Bazuin*, *Te Elfer Ure* en *G-3* en de KRO-radio kreeg het gedachtegoed van de toonaangevende katholieke psychohygienisten bekendheid onder een groot publiek.[814] Naast de KCV werd in 1952 voor het organisatorische en uitvoerende werk het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg (KNBGG) opgericht. Hoewel de inrichtingspsychiatrie met de Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor Behandeling en Verpleging van Geestelijk Gestoorden in het KNBGG vertegenwoordigd was, zette het zich vooral in voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Onder krachtige leiding van de econoom Bartels richtte dit Bureau zich op de verbreiding van de psychohygiëne in de katholieke wereld door de oprichting van nieuwe ambulante voorzieningen, de bevordering van de deskundigheid van de werkers in het veld en belangenbehartiging. Trimbos en Bartels reisden herhaaldelijk naar de zuidelijke provincies om plaatselijke notabelen voor te lichten over het nut van MOB's en Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden, en hen aan te sporen dergelijke voorzieningen op te zetten.[815] Ook stimuleerde en coördineerde het KNBGG de samenwerking tussen de hulpverleningsinstellingen: naast de Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting (1948) kwamen er katholieke centra voor MOB's (1949), consultatiebureaus voor alcoholisme (1953), psychiatrische voor- en nazorgdiensten (1959) en de Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden (1965).[816]

Met het KNBGG beschikten de katholieken eerder dan de andere bevolkingsgroepen over een eigen centrale coördinerende instantie. Voor zover er in de neutrale en protestantse geestelijke gezondheidszorg van landelijke organisatie sprake was, bleef die aanvankelijk beperkt tot de verschillende werksoorten, hetgeen in de hand werd gewerkt door de aparte subsidieregelingen van de overheid voor de verschillende voorzieningen. Voor de protestanten kwam daar nog bij dat een groot deel van hun voorzieningen was aangesloten bij algemene koepelorganisaties. Pas eind jaren vijftig kwamen er aparte protestantse en neutrale koepelorganisaties: achtereenvolgens de Nederlands Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid (1957), de Stichting Protestants-Christelijk Landelijk Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1957), het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland (1960), waarin de hervormde en gereformeerde organisaties samenwerkten, en de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid (1962). Het Algemeen Centraal Bureau onderscheidde zich van de eveneens algemene NFGV

814 Westhoff 1996, 262.
815 Westhoff 1996, 213-214.
816 Westhoff 1996, 102, 104, 151, 499, 524, 538.

door een deelbelang, dat van de niet-confessionele geestelijke gezondheidszorg, te behartigen, terwijl de Federatie een neutrale overlegorganisatie was waarin alle, al dan niet verzuilde, instellingen vertegenwoordigd waren en waarvan de voornaamste taken bestonden uit het verdelen van subsidies en het onderhouden van het contact met de overheid.

Dat het KNBGG zich tot de krachtigste coördinerende instantie op het terrein van de psychohygiëne ontwikkelde was behalve aan de hechte zuilorganisatie mede te danken aan de snelle groei van het aantal katholieke voorzieningen tijdens de wederopbouwperiode. Begin jaren zestig deed dat nauwelijks onder voor de hoeveelheid neutrale instellingen en het overtrof dat van de protestanten ruimschoots. Zo bestonden er in 1962 21 neutrale, 6 katholieke, 5 protestantse en 2 joodse Sociaal-Psychiatrische Diensten. Van de 71 MOB's waren er 35 neutraal, 30 katholiek, 5 protestants en 1 joods. Van de 51 BLGM's of Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden zoals de katholieke consultatiebureaus heetten, hadden 27 een katholieke, 16 een protestantse, 4 een humanistische, 3 een neutrale en 1 een joodse signatuur. De 13 neutrale Consultatiebureaus voor Alcoholisme kenden 5 katholieke tegenhangers.[817] De vooral aan de katholieken te danken hoge confessionele organisatiegraad op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg was overigens niet uitzonderlijk: ook een groot deel van de instellingen op het gebied van de algemene gezondheidszorg (iets meer dan de helft), het maatschappelijk werk (meer dan twee derde) en onderwijs en opvoeding (meer dan vier vijfde) was van confessionele signatuur.[818]

Het KNBGG onderhield buiten de coördinerende NFGV om direct contact met de overheid. In de jaren zestig, toen Bartels staatssecretaris van Volksgezondheid was onder de KVP-minister van Sociale Zaken G.M.J. Veldkamp, vervulde het KNBGG een leidende rol met voorstellen tot een reorganisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door middel van integratie van de verschillende voorzieningen en werkvormen, zoals dat in de katholieke en hervormde organisaties in Amsterdam grotendeels gerealiseerd was. Trimbos, die behalve in de Amsterdamse katholieke stichting ook bij het KNBGG werkzaam was en die grote invloed uitoefende op het beleid ervan, verwoordde dit streven in zijn proefschrift *Geestelijke gezondheidsleer en geestelijke gezondheidszorg* (1959). Ambulante instellingen zouden een MOB, een BLGM, een IMP, een voor- en nazorgdienst en eventueel een sociaal-pedagogische dienst voor zwakzinnigen en een Consultatiebureau voor Alcoholisme moeten verenigen. Hun preventieve en curatieve werkzaamheden dienden in handen te komen van multidisciplinaire teams, zoals gebruikelijk was in het MOB. Terwijl Trimbos in zijn proefschrift nog een overwegend particuliere organisatie op basis van levensbeschouwing voorstond, kwam het KNBGG in 1964 en 1968 met plannen voor algemene – dus niet langer verzuilde – geïntegreerde

817 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 199–218, 231–236, 240–246, 303–313.

818 Van Doorn 1992, 18.

instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, die elk op regionale basis en met gegarandeerde financiële steun van de overheid zouden moeten functioneren. Deze katholieke voorstellen gaven de aanzet tot een lange en moeizame discussie over de herordening van het ambulante werkveld, die begin jaren tachtig uiteindelijk zou resulteren in de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg).[819]

Opmerkelijk is dat toen in de jaren zestig, grotendeels op initiatief van de katholieken, het streven naar samenwerking op gang kwam, gereformeerde woordvoerders van de geestelijke gezondheidszorg zich enigszins afhoudend opstelden en zich veel sterker dan katholieken en hervormden profileerden met godsdienstige principes. De directeur van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Utrecht, J.L.J. Lumeij, stelde begin jaren zestig dat er met de voltooiing van de katholieke emancipatie eigenlijk geen principiële, doch alleen maar pragmatische redenen waren om aparte katholieke instellingen te handhaven. Veel psychische problemen onder katholieken waren te wijten aan de autoritaire kerk, aldus Lumeij, en deze waren daarom beter invoelbaar voor katholieke dan door niet-katholieke hulpverleners. '[H]et is aan ons, katholieken, om onze eigen schaapsstal uit te mesten', aldus Lumeij, 'wij zijn de enigen, die het kunnen'.[820]

In zijn voordracht ter gelegenheid van het vijfentwintigjarig bestaan van de Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid op Gereformeerde Grondslag in 1959 liet de pedagoog J. Waterink, hoogleraar aan de Vrije Universiteit, een heel ander geluid horen. Hij maakte gewag van 'een wereld, die sterft aan de secularisatie'. Daarin was gezondheid ontkoppeld van 'de zedelijke grondslag' van het leven en wekten psychologie en psychiatrie de indruk dat alle menselijke kwalen oplosbaar waren. Volgens Waterink bracht de geestelijke gezondheidszorg met zich mee dat mensen te gauw hulp zochten in de verwachting dat alle moeilijkheden behandelbaar waren. Ook vonden zij daarin te gemakkelijk begrip voor 'ongewone driftcomplexen', waardoor het zedelijk besef en het bewustzijn 'der wereld zondeschuld' naar de achtergrond verdwenen.[821] Ook L. van Loon, als psychiater verbonden aan het christelijke Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden in Den Haag, betoogde dat gezondheid niet het hoogste goed was. De mens was immers volledig afhankelijk van 'Gods ontferming en genade'. Moderne reclame- en marketingtechnieken gericht op vergroting van de consumptie gaven blijk van een 'diabolische toepassing van psychologische kennis, om daarmede te vernederen, te kwetsen en te heersen'.[822] Tegelijkertijd pleitte hij voor de oprichting van meer christelijke 'neurose-centra' en psychotherapeutische instituten, alsmede voor psychologisch en psychotherapeutisch geschoolde zielzorgers.

819 Trimbos 1959, 169-175; Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg 1964 en Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg 1968; vergelijk Van der Grinten 1987a.

820 Lumeij 1963, 487; Brillenburg Wurth et al. 1959 en Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid 1967.

821 Waterink 1959, 13, 16, 18.

822 Van Loon 1959, 26-27, 31.

Voor- en nazorg en sociale psychiatrie

Nadat in het laatste oorlogsjaar het psychiatrische voor- en nazorgwerk zo goed als stil was komen te liggen, ontwikkelde dit zich na 1945 verder in de richting die zich al in de jaren dertig had afgetekend. Dit betekende dat de voorzieningen op dit terrein in toenemende mate zelfstandig ten opzichte van de psychiatrische inrichtingen waren georganiseerd op gemeentelijke, regionale of provinciale basis. Inrichtingen waren ongelijkmatig over het land verspreid en vele betrokken hun patiënten uit verschillende delen van het land. Door de geografische afstand en de grote spreiding was een effectieve voor- en nazorg vanuit inrichtingen vaak moeilijk te realiseren. Geleidelijk trokken zij zich weer terug uit de organisatie van de voor- en nazorg, hoewel er op personeel niveau wel sterke banden bleven bestaan: dit werk werd behalve door sociaal-psychiatrisch verpleegsters vaak in deeltijd uitgevoerd door psychiaters die ook in inrichtingen werkzaam waren. In 1949 hadden nog maar vier inrichtingen (die in Franeker, de Willem Arntsz Hoeve, Endegeest en Maasoord) eigen buitendiensten. Begin jaren vijftig was dat aantal gedaald tot twee en eind jaren vijftig waren deze allemaal verdwenen.[823] De organisatorische scheiding werd in de hand gewerkt door het Ziekenfonds, dat vanaf 1950 verpleging in een inrichting op medische indicatie gedurende de eerste 42 opnamedagen vergoedde. Deze regeling verscherpte het onderscheid tussen curatieve behandeling in een inrichting of kliniek – of door een vrijgevestigde zenuwarts – en de niet als geneeskundig beschouwde begeleidende, ondersteunende en preventieve activiteiten van de voor- en nazorgdiensten.

Aan de andere kant was de band tussen de voor- en nazorg en de psychohygienische beweging evenmin hecht. Na de Tweede Wereldoorlog pleitte Querido voor de onderbrenging van de voor- en nazorg in consultatiebureaus voor de geestelijke volksgezondheid. Zowel voor- en nazorg als psychohygiëne, zo redeneerde hij, veronderstelden dat het sociale milieu de uitingsvorm van psychische stoornissen in hoge mate bepaalde, in tegenstelling tot de klinische psychiatrie en de psychotherapie, die zich louter op het geïsoleerde individu richtten. De term sociale psychiatrie behield aanvankelijk zowel de beperkte betekenis van voor- en nazorg als de bredere connotatie van de sociaal-psychologische benadering van psychische stoornissen in meer algemene zin. Zo verstond de psychiater Engelhard onder sociale psychiatrie een sociaal-pedagogische benadering van geestesziekte, zowel binnen als buiten de inrichting, naar het voorbeeld van de actievere therapie, waarbij niet de ziekte centraal stond, maar het nog gezonde deel van de persoonlijkheid aangrijpingspunt was. In het midden van de jaren vijftig karakteriseerde Dercksen de werkzaamheden van alle ambulante voorzieningen als sociale psychiatrie. Maar juist vanaf die tijd was er een tendens om deze term te

823 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 18–19, 21, 25; Van der Grinten 1990, 66–67; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 133–148.

reserveren voor het voor- en nazorgwerk: rond 1960 gingen de instellingen die dit werk uitvoerden Sociaal-Psychiatrische Diensten heten.[824]

Volgens Querido zou de voor- en nazorg zich net als de hulpverlening in de MOB's en de BLGM's methodisch moeten oriënteren op het geprofessionaliseerde *social casework*, dat in het maatschappelijk werk opgang maakte, en een nieuwe discipline, 'sociatrie' genaamd, die de wisselwerking tussen individu en maatschappij centraal stelde.[825] De poging van sociaal-psychiaters als Querido en ook Barnhoorn om de psychiatrische voor- en nazorg op deze manier een plaats te geven op het werkterrein van de geestelijke volksgezondheid stuitte echter op verzet van de psychohygiënisten, die voorzieningen als de MOB's en de BLGM's zo min mogelijk met de krankzinnigenzorg geassocieerd wilden zien. Zoals we eerder zagen won hun benadering het pleit: de NFGV toonde weinig betrokkenheid ten aanzien van de voor- en nazorgdiensten.[826]

Toonaangevende psychohygiënisten als Lekkerkerker en Trimbos lieten zich nogal laatdunkend uit over de voor- en nazorg. Lekkerkerker vond dit werk onprofessioneel, vooral omdat de verpleegsters niet sociaal-psychologisch waren geschoold:

> ——— *Het is [...] nog teveel [...] alleen maar nazorg, contrôle, gecombineerd met enige uiterlijke maatregelen, zoals arbeidsverschaffing, niet een werkelijke milieu-behandeling of liever: een behandeling van de patiënt èn zijn milieu in hun innige onderlinge wisselwerking, als integrerend deel van onderzoek en behandeling in en buiten de inrichting.*[827]

Ook Trimbos laakte het gebrek aan deskundigheid en vernieuwingsgezindheid, en stelde dat de voor- en nazorgdiensten vergeleken bij instellingen als de MOB's en BLGM's hopeloos waren achtergebleven.

> ——— *In het algemeen [...] is het beeld, dat men krijgt, weinig indrukwekkend: psychiaters, die naast veel ander werk ook even het spreekuur van de voor- en nazorg afdoen, psychiaters met uitgesproken gestichtsmentaliteit, gespeend van psychisch-hygiënisch inzicht, sociaal ongeschoold en zonder belangstelling; zusters, die het veel te druk hebben, met gebrekkige vervoermiddelen hun rayon afjakkeren, in hun contacten soms nauwelijks boven het koffiepraatjeniveau uitstijgen; al te controlerende zusters, die familie en buren vragen 'of alles nog goed gaat' en alweer op weg zijn naar volgende van de vele duizenden huisbezoeken, die ze af te leggen hebben [...]; psychiatrische inrichtingen, die geen idee hebben wat een voor- en nazorgdienst kan betekenen, die nooit expatiënten doorgeven, maar wel allerlei onbenullige karweitjes laten opknappen; overvolle stijlloze wachtkamers, waar de hystericus en de maniak de bezoekende mensen de koude rillingen bezorgen door verhalen over 'het gesticht'; boze zenuwartsen, die zich beklagen over ongeoorloofde concurrentie etc. etc.*[828]

824 Engelhard 1947; Dercksen 1956, 195.
825 Querido 1949a, 273. Over de sociatrie zie ook 3.6, paragraaf 'Een nieuw psychohygiënisch élan'.
826 Van der Grinten 1987a, 171; De Goei 2001, 173-174.
827 Lekkerkerker 1947b, 284; vergelijk Lekkerkerker 1955b, 194.
828 Trimbos 1955, 54.

In zijn visie op de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals Trimbos die in zijn proefschrift uiteenzette, diende de hulpverlening zich vooral te richten op mensen met psychosociale moeilijkheden en viel de voor- en nazorg voor geesteszieken buiten de boot.

De meeste voor- en nazorgvoorzieningen, met uitzondering van de sociaal-psychiatrische afdelingen van enkele grootstedelijke GG en GD'en, waren klein. Ze bestonden vaak uit niet meer dan een psychiater in deeltijd en enkele voltijds werkzame sociaal-psychiatrische verpleegsters. Tot de jaren zestig kampten ze voortdurend met krappe financiële middelen, gebrek aan deskundig personeel en slechte huisvesting. Financiering door het Preventiefonds was beperkt omdat zij niet aan de psychohygiënische subsidievoorwaarden, zoals een multidisciplinaire samenstelling van de staf, voldeden. Evenmin konden ze officieel direct aanspraak maken op de financiering krachtens de Armenwet, want die was alleen van toepassing op de (langdurige) verpleging in inrichtingen, hoewel sommige inrichtingen de kosten van de voor- en nazorg doorberekenden in de verpleegtarieven. Daardoor waren zij aangewezen op de steun van gemeente- en provinciebesturen, die door middel van kortingen op hun bijdragen aan de inrichtingszorg subsidie beschikbaar stelden. Voor een groot deel financierden de armenkassen de voor- en nazorg zo uiteindelijk toch. Patiënten waren voor deze zorg geen eigen bijdrage verschuldigd.[829]

Ondanks de laatdunkende uitlatingen van psychohygiënisten als Lekkerkerker en Trimbos vormde de voor- en nazorg met een grote en constante patiëntenstroom het omvangrijkste deelterrein van de extramurale psychiatrie en nam zij in de jaren vijftig aan betekenis toe, vooral als gevolg van de introductie van psychofarmaca, waardoor een toenemend aantal patiënten buiten de inrichting kon verblijven. In 1949 werd de voor- en nazorg georganiseerd door 10 provinciale kruisverenigingen (waarvan 2 algemene, 5 katholieke en 3 protestantse), 4 psychiatrische inrichtingen, 3 neutrale provinciale diensten, 3 GG en GD'en (Amsterdam, Haarlem en Den Haag), de Nederlands Hervormde Stichtingen voor Zenuw- en Geesteszieken, de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken, de Wilhelmina Stichting en de Stichting tot Oprichting en Instandhouding van Joodse Psychiatrische Consultatiebureaus en MOB's. Gezamenlijk verzorgden deze organisaties op 82 verschillende locaties door het hele land spreekuren, variërend van dagelijks tot maandelijks. Daarnaast werden 70 psychiaters onder auspiciën van de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken belast met de nazorg voor en het toezicht op voorwaardelijk ter beschikking gestelde of voorwaardelijk ontslagen 'psychopaten'.[830]

829 Van der Grinten 1987a, 171-185; Heerma van Voss 1985a; vergelijk Bakker en Van der Velden 2004a, 23.

830 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid; 1949, 17-31, 43-44; vergelijk Querido 1954, 21. Vergelijk Barnhoorn 1955.

In 1962 gingen de Sociaal-Psychiatrische Diensten – zo heetten de voor- en nazorgvoorzieningen vanaf 1961 officieel – uit van 15 neutrale provinciale organisaties (waarvan 1 kruisvereniging), 6 gemeentelijke GG en GD'en, 6 katholieke organisaties (overwegend provinciale kruisverenigingen), 2 protestants-christelijke verenigingen (een provinciale en een lokale), 2 Joodse stichtingen, een protestants-christelijke kliniek, een (plaatselijke) hervormde vereniging en een (lokale) interkerkelijke vereniging. Gezamenlijk onderhielden zij 186 spreekuuradressen, waarvan de frequentie varieerde van dagelijks tot maandelijks.[831] De provinciale diensten hielden meestal op diverse locaties wekelijks of tweewekelijks spreekuur. De gemeentelijke diensten in de grote steden, die ruimer in hun middelen zaten en een kleiner geografisch gebied bedienden, konden hun spreekuren veel frequenter, soms elke dag, houden.[832] De Dr. F.S. Meijers-Vereniging, zoals de Centrale Vereniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken in 1958 ging heten, was toen nog steeds actief op het gebied van de maatschappelijke begeleiding van geestelijk gestoorde delinquenten.[833] De BLO-nazorg bleef apart georganiseerd. Eind jaren veertig beschikten ruim 60 van de in totaal rond 170 BLO-scholen over een nazorginstelling. Het aantal nazorginstellingen, die vanaf omstreeks 1960 Sociaal-Pedagogische Diensten heetten, groeide tot bijna 100 in 1962.[834]

De psychiatrische voor- en nazorg was in de jaren twintig en dertig tot stand gekomen om mensen zo mogelijk voor (her)opname in een gesticht te behoeden. Zij richtte zich niet alleen op geesteszieken die niet meer of nog niet voor verpleging in een inrichting in aanmerking kwamen, maar ook op zwakzinnigen, demente ouderen, epileptici, alcoholici en zogenaamde psychopaten die onder psychiatrisch en juridisch toezicht waren gesteld. De doelgroep omvatte dus uiteenlopende groepen volwassenen en kinderen, die behalve met psychische stoornissen of leer- en opvoedingsmoeilijkheden ook met sociale problemen kampten en vaak niet bij andere instanties terecht konden.[835]

De taken van de sociaal-psychiaters en vooral de verpleegsters waren breed geschakeerd. Zij werkten samen met inrichtingen om patiënten en hun omgeving voor te bereiden op hun ontslag, te bemiddelen als opname nodig was, de belangen van opgenomen patiënten te behartigen en proefverloven te begeleiden. Daarnaast onderhielden zij contacten met de gezinnen en families van patiënten en tal van maatschappelijke instanties (arbeidsbureaus, werkgevers, sociale diensten, woningdiensten, huisartsen, wijkverpleging, maatschappelijk werk, bedrijven, speciale werkinrichtingen, politie, justitie, pleeggezinnen, tehuizen, pensions en kosthuizen) om huisvesting, inkomen en werk te regelen, begrip van

831 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid; 1962, 199-218.
832 Speijer 1961.
833 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 226-227; Van der Kwast 1974, 22.
834 Brants 2004, 170; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 190-195; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 277-289.
835 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 16-17, 43; Akkermans 2001.

de omgeving te kweken en andere hulpverleners voor te lichten.[836] 'We deden van alles om te zorgen dat ze in de maatschappij konden blijven', aldus nazorgzuster J. Verkerk, die in 1957 voor de Noord-Hollandse Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid ging werken.

_____ *Dat betekende om te beginnen dat je met je patiënten sprak. Dat moet je je niet voorstellen als een vorm van psychotherapie, je sprak de mensen gewoon wat moed in. Daarnaast controleerden we de medicijnen en waren we vooral bezig met voortdurend dingen regelen. We probeerden bijvoorbeeld een min of meer beschutte werkplek voor ze te vinden in een bejaardenhuis of ziekenhuis, bij de sociale werkplaats of bij een andere werkgever. We gaven ook veel voorlichting aan de familieleden en andere naasten, over waarom de patiënt zo deed en hoe ze hem of haar het beste konden opvangen. Als de patiënt echt te onrustig werd, zorgden we dat hij of zij in een zo vroeg mogelijk stadium kon worden opgenomen. Het juiste moment daarvoor bepalen was wel eens moeilijk. Onze opdracht was immers om patiënten zo veel mogelijk buiten de inrichting te houden en de burgemeesters zetten daar soms zware druk op, aangezien de gemeenten anders voor de kosten konden opdraaien.*[837]

Verder behoorde de acute opvang door middel van zogenoemde 24-uursdiensten, zoals de rijdende psychiater in Amsterdam die al sinds de jaren dertig uitvoerde, tot het takenpakket van de voor- en nazorg. Al met al had deze tak van zorg veel weg van maatschappelijk werk. Desondanks stuitten de diensten soms op wantrouwen van huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen omdat ze concurrentie vreesden. Om andere artsen niet tegen zich in het harnas te jagen waren sociaal-psychiaters – althans naar buiten toe – terughoudend met het voorschrijven van medicijnen en benadrukten zij hun sociaal-ondersteunende en begeleidende taken.[838] 'In de sociaal-psychiatrische diensten durven wij nog niet zo vrij en frank over behandeling te spreken', aldus de katholieke psychiater Lumeij.[839] Een andere sociaal-psychiater stelde dat het niet om genezing ging: 'We waren erop uit om de mensen te leren om te leven met hun gebrek, met hun ziekte. Maar op een gesocialiseerde manier.'[840]

Veel sociaal-psychiaters die bewust voor dit werk hadden gekozen, waren er door hun werk en opleiding in de inrichtingen van overtuigd geraakt dat genezing van geestesziekte vaak moeilijk was te bereiken en dat het beter was het leven van patiënten leefbaar te maken en opname te voorkomen. Niet zozeer de stoornissen stonden centraal in de sociale psychiatrie, zo stelde Querido, maar 'dat deel der persoonlijkheid, dat naar de maatschappij toe gericht is'. De voor- en nazorg trad volgens hem op als buffer tussen de patiënt en 'de kille, eisende, afstotende,

836 Querido 1949a; Jacobs 1964a.
837 De Boer 2004, 148.
838 Lumeij 1961, 208, 210; Hut 1963, 53-55; De Haan 1966, 268-269; vergelijk Bakker 1993, 67.
839 Lumeij 1961, 210.
840 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 123.

harde maatschappij, zoals de gezonden die moeten en kunnen verdragen'.[841] Voortdurend moesten de belangen van de patiënt en die van de maatschappij tegen elkaar worden afgewogen. Een en ander vergde veel tact van de sociaal-psychiaters en de verpleegsters. Het was van groot belang om een netwerk van persoonlijke contacten op te bouwen teneinde het vertrouwen en de medewerking te winnen van andere hulpverleners en instanties.[842] Bij gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing en gevestigde routines hing in de dagelijkse praktijk van de voor- en nazorg veel af van het improvisatievermogen, de doortastendheid en de persoonlijke kwaliteiten van de hulpverleners. 'In het begin was het zoeken en tasten. Alles moest je zelf bedenken en uitproberen', aldus een verpleegster. Een andere voegde daar aan toe: 'Je moest goed zijn in de omgang met mensen, goed kunnen luisteren, creatieve oplossingen kunnen bedenken. Het kwam aan op gezond verstand en intuïtie. [...] Er waren geen regels hoe je het werk moest doen.'[843]

Sommige psychiaters kozen bewust voor de sociale psychiatrie, andere kwamen er min of meer toevallig in terecht. Speciaal geschoold voor dit werk waren ze meestal niet. Tot in de jaren zestig, toen de eerste leerstoelen sociale psychiatrie tot stand kwamen, kreeg de voor- en nazorg weinig aandacht in het universitaire onderwijs en was van wetenschappelijke onderbouwing nauwelijks sprake. Sommige sociaal-psychiaters, zoals Querido en Barnhoorn, vonden dat ook niet zo nodig, omdat dit werk alleen in de praktijk zou zijn aan te leren.[844] Wel hadden assistent-artsen aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam sinds de jaren dertig de mogelijkheid om stage te lopen bij de afdeling psychiatrie van de GG en GD en vanaf *1956* konden alle psychiaters in opleiding voor een stage bij een sociaal-psychiatrische instelling kiezen. Deze werd in *1964* een verplicht onderdeel van de opleiding. Het in *1953* opgerichte Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap, het overleg van leidinggevende sociaal-psychiaters, was het enige wetenschappelijke forum op dit terrein. De eerste systematische Nederlandstalige inleiding in de sociale psychiatrie was Meijers' *Inleiding tot de sociale psychiatrie* (*1947*), waarin deze veel Engels- en Duitstalige literatuur besprak. Voor maatschappelijk werkers en verpleegsters waren al eerder W. Beyermans *Verzorging van zenuw- en zielszieken in de maatschappij* (*1928*), H. van der Hoevens driedelige *Psychiatrie: Een handleiding voor juristen en maatschappelijk werkers* (*1928-1930*) en F.M. Havermans' *Beknopte psychiatrie voor sociaal-werkenden* (*1940*) verschenen. Zuithoff pleitte er in *1959* voor dat SPD'en zich ook gingen richten op onderzoek, in het bijzonder op het terrein van de epidemiologie, dat in Nederland in tegenstelling tot andere westerse landen ontbrak.[845] Het duurde tot begin jaren zeventig voordat dergelijk onderzoek op gang kwam.

841 Querido *1949a*, *268*.
842 Bakker, De Goei en Vijselaar *1994*, *48-50*, *54-56*.
843 Bakker, De Goei en Vijselaar *1994*, *48*, *122*.
844 Barnhoorn *1958*; Querido *1980*, *164*; vergelijk Kraus *1956*, *221*.
845 Zuithoff *1959*.

De sociale psychiatrie genoot weinig aanzien onder psychiaters vanwege haar praktische inslag, de hoge werkdruk, de onregelmatige werktijden in verband met crisisopvang – een 'hondenbaan', aldus een verpleegster – en het imago van 'brandjes blussen en puin ruimen'.[846] In feite beschikten de sociaal-psychiatrisch verpleegsters over een betere opleiding en over meer praktische ervaring op dit terrein dan de meeste psychiaters en leerden de laatsten vaak van de eersten. Verpleegsters konden zich door middel van een stapeling van door de Scholen voor Maatschappelijk Werk en de Kruisverenigingen georganiseerde cursussen in de sociaal-psychiatrische verpleging specialiseren. Een vooropleiding in de kraam- en wijkverpleegkunde was verplicht. Aangezien mannen hiervan waren uitgesloten, hadden ze geen toegang tot het sociaal-psychiatrisch werk. In de praktijk gaven vooral de verpleegsters vorm aan het voor- en nazorgwerk en waren de psychiaters grotendeels afhankelijk van hen voor informatie over patiënten.

Terwijl de psychiaters spreekuren hielden en zich concentreerden op de medische aspecten, zoals de controle op en de eventuele bijstelling van de medicatie, legden de zusters, die soms ook zelfstandig spreekuren hielden, zich toe op de huisbezoeken, waarvoor veel tact, discretie, vasthoudendheid en geduld nodig waren. Alleen door patiënten thuis te bezoeken, zo was de gedachte, kon men een goed inzicht krijgen in de leefomstandigheden van patiënten en hun vertrouwen en dat van hun familie winnen. Een psychiater wees in dit verband op het belang van de rolverdeling tussen man en vrouw: de moederlijke zuster die toedekkend en sussend kon optreden en de vaderlijke psychiater die corrigerend optrad als het ernstig werd.[847] Schroom en schaamte speelden veel patiënten en hun familie parten. 'Op huisbezoek bij mensen die eerst opgenomen waren geweest, dat was vaak heel erg moeilijk', aldus een verpleegster. 'Dat ging zeer geheimzinnig. Een opname was vooral op het platteland echt een schande. Buren mochten dat absoluut niet weten.'[848] Mede daarom droegen de zusters geen uniformen. Aanvankelijk waren zij vaak aangewezen op fiets, bromfiets en openbaar vervoer, wat de huisbezoeken vooral op het platteland zeer tijdrovend maakte. Later kwamen er dienstauto's. 'We kwamen vaak als natte katten bij de mensen aan', zo herinnerde een voormalige zuster van de Zeeuwse voor- en nazorgdienst zich. 'En bij gladheid gingen we gewoon lopen. Door weer en wind liepen we over de donkere polderwegen in Zeeland, bij nacht en ontij waren we op sjouw.'[849]

In de tweede helft van de jaren vijftig begonnen de grenzen tussen begeleiding en behandeling te vervagen, in eerste instantie als gevolg van de beschikbaarheid van nieuwe psychofarmaca, die patiënten rustiger, toegankelijker en socialer maakten. In toenemende mate gingen sociaal-psychiaters medicijnen voorschrijven. Het verzet daartegen van huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen, die dit eerder als ongeoorloofde medische concurrentie hadden beschouwd, nam af. De

846 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 19; Willemsen 2001, 123.
847 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 88, 92.
848 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 100.
849 Kool-Blokland s.a. [1999], 77.

Verpleegster naast solex en arts in auto.

nieuwe middelen werden vrij snel en soms scheutig toegediend. Zo vertelde een zuster van de Amsterdamse gemeentelijke Sociaal-Psychiatrische Dienst:

> ——— *Die tranquillizers verschenen in '56-'57. Dat was heel wat. Samen met een arts van de GGD gingen wij op pad, met een potje Atarax in onze tas. Als iemand onrustig was, telden we bij zo'n patiënt een aantal Ataraxen uit. Zomaar, niet in een kliniek of zo, je gaf het gewoon bij de mensen thuis. Later gingen we met een tas vol middelen op stap en daar deelden we van uit.*[850]

Met de komst van psychologen en pedagogen vanaf de jaren zestig gingen de voor- en nazorgdiensten ook psychotherapeutische behandelingen verzorgen, in het bijzonder gezins- en groepstherapieën. Vanaf het eind van de jaren vijftig werden er in veel diensten aparte afdelingen voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen ingericht. Voor patiënten die niet meer in de inrichting hoefden te verblijven, maar die nog geen zelfstandig leven in de maatschappij aankonden, kwamen er, zoals eerder vermeld, zogenaamde sluisinternaten, kleinschalige woonvoorzieningen, bedoeld om de overgang naar de maatschappij te vergemakkelijken.[851] Sommige sociaal-psychiaters begonnen in het midden van de jaren zestig blijk te geven van een maatschappijkritische opvatting over hun werk. Zo betoogde de psychiater E. de Haan dat de gemeenschap vaak wat al te snel mensen met gedragsafwijkingen als gestoord naar de psychiatrie verwees. Het zou de taak van de sociale psychiatrie zijn om deze tendens te keren door het publiek duidelijk te maken dat de problemen dikwijls niet waren te wijten aan geestesziekte, maar aan 'een reaktie op pathogene milieufaktoren'.[852]

In 1961 kwam er een rijkssubsidieregeling van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor wat inmiddels de Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD) heette.[853] Volgens de subsidieregeling behoorden niet alleen voor- en nazorg in de zin van begeleiding en ondersteuning, maar ook preventie en curatie tot de taken van de SPD, waartoe niet alleen psychiaters en sociaal-psychiatrisch verpleegsters, maar ook psychologen en andere deskundigen zouden kunnen bijdragen.[854] Dit betekende dat de overheid de SPD als een volwaardige instelling op het gebied van de ambulante geestelijke volksgezondheid, en niet louter als een verlengstuk van de krankzinnigenzorg beschouwde.[855] Dankzij de snelle toename van de subsidies voor de SPD'en – tussen 1958 en 1962 stegen de rijkssubsidies van ruim 140.000 naar bijna 640.000 gulden – maakte de sociale psychiatrie in de

850 Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 118-119; vergelijk Jacobs 1963, 65.

851 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 198; vergelijk Lammers 1959; 3.3, paragraaf Overige intramurale voorzieningen buiten de psychiatrische inrichting.

852 De Haan 1966, 267.

853 In de *Gids* van 1958 kwam deze nieuwe naam al voor. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 133.

854 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 20, 110; vergelijk Lumeij 1961, 213-214.

855 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 103.

Verpleegster houdt spreekuur.

jaren zestig een sterke groei door.[856] Overigens betekende deze groei niet dat psychiatrische inrichtingen minder patiënten opnamen. Al eerder zagen we dat er veeleer sprake was van een toename van het aantal kortdurende opnamen.[857] In de jaren dertig was naar aanleiding van Querido's sociaal-psychiatrische activiteiten al opgemerkt dat deze de drempel tussen de maatschappij en de inrichting verlaagden, waardoor patiënten vaker en sneller werden ontslagen en opgenomen.[858]

Tussen de gemeentelijke en de particuliere, vaak confessionele, voor- en nazorgorganisaties ontstond in het midden van de jaren vijftig enige concurrentie. Vooral de katholieken ervoeren de voor- en nazorg door GG en GD'en als een belemmering om in de grote steden eigen voorzieningen te ontwikkelen. In 1957 stelde Trimbos in een voordracht dat de Sociaal-Psychiatrische Diensten net zoals andere ambulante instellingen naast een preventieve ook een curatieve functie hadden en dat zij daarom, naar goed Nederlands gebruik, niet tot de verantwoordelijkheid van de overheid, maar tot die van het particuliere initiatief behoorden. Geprikkeld reageerde Querido hierop met de vaststelling dat het particuliere initiatief het voor de oorlog in Amsterdam op dit terrein volledig had laten afweten.[859] Ondanks dergelijke spanningen werden vanaf het eind van de jaren vijftig pogingen ondernomen om tot meer samenhang en afstemming te komen tussen particuliere, provinciale en gemeentelijke instellingen, teneinde gemeenschappelijk hun belangen te behartigen. De SPD'en zagen zich begin jaren zestig geconfronteerd met concurrentie vanuit de inrichtingen, die met nieuwe extramurale voorzieningen als poliklinieken en dagbehandelingen naar buiten traden en zich ten dele op dezelfde groepen richtten.[860] Mede om een sterkere positie te verwerven ten opzichte van de veel omvangrijkere inrichtingspsychiatrie kwam in 1959 de Stichting Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten en tien jaar later de neutrale Nederlandse Vereniging van Sociaal-Psychiatrische Diensten tot stand.

Alcoholverslavingszorg

In de naoorlogse periode was van de grote bezorgdheid over mateloos alcoholgebruik, eertijds de drijvende kracht achter de drankbestrijdingsbeweging, niet veel meer over. Al in het interbellum was de alcoholconsumptie tot een, ook in internationaal opzicht, ongekend laag peil gedaald en in de jaren veertig en vijftig bleef dit het geval.[861] Alcoholisme was al lang geen armoedeverschijnsel en wijd verbreide sociale misstand meer. Terwijl tot de Eerste Wereldoorlog op grote schaal onbeheerst en veelal in het openbaar was gedronken, werd sterke drank nu

856 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
857 Zie 3.4, paragraaf 'De ontwikkeling van de inrichtingsbevolking'.
858 Jacobs 1964b.
859 Westhoff 1996, 521; vergelijk Wijffels 1958.
860 Van Lieshout 1985b; Van Andel 1963; Jacobs 1963.
861 Van der Stel 1995, 282–283; Uitterhoeve 2000, 88; Esser 1965.

overwegend met mate en in de privésfeer genuttigd. Voor zover drank nog als een maatschappelijk probleem gold, was dat niet zozeer vanwege openbare dronkenschap en ordeverstoring, als wel vanwege het autorijden onder invloed. Hoewel het drankgebruik vanaf eind jaren vijftig als gevolg van de groeiende welvaart steeg, was de angst voor sociale ontreddering verminderd, mede vanwege het onderscheid tussen het algemeen geaccepteerde beheerste 'sociale drinken' en alcoholisme als verslaving, dat als probleem van een kleine minderheid gold.

Het veranderde drinkpatroon bracht met zich mee dat de moreel en sociaal geïnspireerde alcoholbestrijding definitief werd overvleugeld door de professionele hulpverlening, waarin zowel de psychiatrie als het maatschappelijk werk een belangrijke rol speelden en die zich richtte op een relatief kleine groep van verslaafden. De professionele aandacht was niet zozeer gericht op de sociale drinkgewoonten als wel op teugelloze en hardnekkige drinkers, van wie werd verondersteld dat hun mateloze behoefte aan alcohol een ziekteverschijnsel was. Onder invloed van de inzichten van de invloedrijke Amerikaanse arts E.M Jellinek gold de alcoholist niet meer primair als een bedreiging voor de maatschappij, maar als een kwetsbaar individu die professionele hulp nodig had.[862] Querido, die alcoholisme tot het werkgebied van de geestelijke volksgezondheid rekende, betoogde in 1954 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* dat overmatig alcoholgebruik niet alleen kon leiden tot lichamelijke en geestelijke ziekte, maar dat de grenzeloze behoefte aan alcohol op zichzelf een ziekte was. In hetzelfde jaar verkondigde hij deze visie op een Europese conferentie van de WHO over alcoholisme in Noordwijk.[863] Ook voor andere psychiaters was het vanzelfsprekend dat alcoholverslaving tot het psychiatrisch werkgebied behoorde. Carp, Rümke, Piebenga, Barnhoorn, A.P. Ketel, Speijer en vooral P.H. Esser profileerden zich als deskundigen op dit gebied.

Esser, voormalig assistent van K.H. Bouman en verbonden aan het Amsterdamse Consultatiebureau voor Alcoholisme, droeg een uitgesproken medisch-psychiatrische benadering van alcoholisme uit.[864] Zijn *Alcoholisme* (1960) werd het handboek in de verslavingszorg. Net als kanker ontstond alcoholisme geleidelijk en sluipend, schreef hij in *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica*. Hem was gebleken dat alcoholisten behept waren met een zwak zenuwgestel, zodat zij zich moeilijk konden beheersen. Vandaar dat ze vaak infantiel (bi)seksueel, recalcitrant, agressief en crimineel gedrag vertoonden.[865] Esser bevorderde de introductie van nieuwe behandelmethoden zoals groepstherapie, gezinsbe-

862 Tegelijkertijd wees Jellinek erop dat maatschappelijke omstandigheden wel van invloed waren op de mate waarin drankgebruik met ziekelijk alcoholisme werd geassocieerd. De sterke beperking van het alcoholgebruik door sociale regels en morele normen, zoals hij dat in Nederland waarnam, zou de idee dat overmatig drinken ziekelijk is in de hand werken en zo het medisch model van een maatschappelijke basis voorzien. Van der Stel 1995, 317-318; zie ook Blok 2007, 167, 171–173.

863 Van der Stel 1995, 309, 314-315.

864 Esser 1952; Esser 1959; Esser 1966; Esser 1965; vergelijk Blok 2007, 170–171.

865 Esser 1959, 45-47; Esser 1965, 385.

handelingen en Alcoholic Anonymous-zelfhulpgroepen. De aanvaarding van het ziektemodel werd in de hand gewerkt doordat het Ziekenfonds vanaf eind jaren vijftig de behandeling van alcoholisme in ziekenhuizen en daarin gespecialiseerde sanatoria en klinieken vergoedde, mits er zenuwartsen en verpleegkundigen aan verbonden waren. De bestaande sanatoria Hoog-Hullen, Schöndeln en Huize Henriëtte, waarin medio jaren vijftig ruim honderd patiënten konden worden verpleegd, kregen erkenning als ziekeninrichtingen. Vanaf 1960 kwamen er in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag bovendien gespecialiseerde en aan consultatiebureaus gelieerde klinieken voor verslaafden.[866] Verder was ook in enkele psychiatrische inrichtingen expertise op dit terrein aanwezig, met name in Maasoord, Franeker, de Willem Arntsz Hoeve en Vogelenzang; de laatste inrichting kreeg in 1955 een aparte kliniek voor verslaafden. In Maasoord introduceerde de arts Ketel rond 1950 het geneesmiddel disulfiram, beter bekend onder de namen Refusal en Antabus, om chronische alcoholisten te behandelen. Daarnaast vonden kuren met apomorfine toepassing.[867]

Naast enkele intramurale voorzieningen bestonden er eind jaren veertig over het hele land verspreid negen consultatiebureaus onder verschillende benamingen: Consultatiebureau, Medisch Consultatiebureau of Medisch-Maatschappelijk Consultatiebureau voor Alcoholisme.[868] Hun werkwijze liep nogal uiteen – naast de medisch-psychiatrische invalshoek bestonden er in veel bureaus nog sterke banden met het traditionele reddingswerk van de drankbestrijdingsbeweging – en ze kenden nauwelijks onderlinge samenwerking. Vanuit de grotere bureaus in Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Helmond kwamen vanaf 1948 initiatieven voort om in samenwerking met de Inspecties van de reclassering en volksgezondheid, het Nationaal Bureau voor Reclassering en de NFGV te komen tot meer onderlinge coördinatie, een uitbreiding van het aantal consultatiebureaus en een uniforme professionele werkwijze op basis van een medisch-psychiatrische benadering en het *social casework* in het maatschappelijk werk. De in 1949 opgerichte Commissie tot Contact en Advies voor Consultatie-Bureaux voor Alcoholisme in Nederland nam afstand van de als moralistisch gekwalificeerde drankbestrijdingsbeweging en benadrukte het medische profiel van de bureaus. Deze profilering diende mede om subsidies te verwerven van het Ministerie van Sociale Zaken en het Preventiefonds. Met hun financiële steun kwam in 1953 de Federatie van instellingen voor de Zorg voor Alcoholisten (FZA) tot stand als koepelorganisatie van alle algemene consultatiebureaus en de sanatoria Hoog-Hullen en Schöndeln. De toonaangevende figuren op het terrein van de alcoholverslavingszorg, Esser en H.J. Krauweel, die zich met de organisatie van de maatschappelijke hulpverlening bezighield, werden voorzitter en secretaris. Querido

866 Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40; Van der Stel 1995, 316-317, 348-350.

867 Van der Stel 1995, 351, 356, 360; Esser 1952; Esser 1965.

868 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 70-74; Krauweel 1950 en Krauweel 1956; Van der Stel 1995, 323.

werd voorzitter van een onderzoekscommissie, waaruit in 1961 de Stichting voor Studie en Documentatie op het gebied van het Alcoholisme voortkwam.[869]

De katholieke bureaus organiseerden zich in 1953 apart in het Centrum Katholieke Alcoholistenbureaus, dat zich aansloot bij de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. Hoewel tussen de neutrale Federatie en het katholieke Centrum enige wedijver bestond, vormden zij samen binnen de NFGV een Contactcommissie voor sociaal-medische Consultatiebureaus voor Alcoholisme teneinde de subsidie vanuit het Preventiefonds te verdelen. In 1968 verenigden alle bureaus zich in één federatie. Het totaal aantal consultatiebureaus groeide in de jaren vijftig van 9 tot 18, waarvan er 13 neutraal en 5 katholiek waren, en deze verzorgden spreekuren op ruim 90 adressen.[870] Het aantal cliënten van alle consultatiebureaus tezamen steeg van een kleine 4000 in 1950 naar ruim 13.000 in 1963. Van hen nam het grootste bureau, dat in Amsterdam onder leiding van Krauweel, ongeveer een kwart voor zijn rekening. Gemiddeld 60 procent van hen werd door Justitie naar de bureaus verwezen. Slechts 9 procent van de cliënten meldde zich op eigen initiatief, de rest werd door familie of andere instanties gestuurd.[871]

Hoewel de consultatiebureaus zich als medisch-psychiatrische instellingen profileerden en zich distantieerden van de maatschappelijke drankbestrijding door leken, vond het medische model in de praktijk slechts op beperkte schaal ingang.[872] Er was een tekort aan psychiaters en over het algemeen vertoonden zij weinig animo voor dit werk. Psychiaters waren in de regel voor slechts een paar uur per week aan de bureaus verbonden om diagnostische, consultatieve en therapeutische werkzaamheden – zowel psychotherapie als het voorschrijven van medicijnen – te verrichten.[873] Esser meldde dat slechts een kwart van de patiënten een psychiatrische behandeling kreeg en dat de rest naar maatschappelijk werkers werd verwezen.[874] De leiding was niet in handen van medici, maar in de jaren vijftig vaak nog van drankbestrijders en voormalige politieagenten of militairen en later van maatschappelijk werkers. Verder waren er juristen, wijkverpleegsters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en (huis)artsen aan de bureaus verbonden; in de jaren zestig deden psychologen en sociologen hun intrede.[875]

Mede doordat de meeste cliënten bij een consultatiebureau terechtkwamen in verband met sociale en justitiële problemen en vanwege de belangrijke taak die de bureaus vervulden op het gebied van de reclassering, kregen maatschappelijk werkers de overhand en bleven de sociale en strafrechtelijke aspecten van

869 Van der Stel 1995, 347.
870 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 165-168; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 231-236; vergelijk Van der Stel 1995, 326, 334.
871 Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 51; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40, Centraal Bureau voor de Statistiek 1963, 39; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 44; Van der Stel 1995, 326, 339, 356, 363.
872 Van der Stel 1995, 358.
873 Esser 1959.
874 Esser 1965, 376.
875 Van der Stel 1995, 326-327, 356; Esser 1965.

verslaving veel aandacht opeisen.[876] Het *social casework* ging de toon aangeven; de medische profilering diende vooral strategische doeleinden teneinde erkenning, gezag en financiering te verwerven. In de jaren zestig verloor het medische model verder terrein aan een meer sociaal-psychologische benadering. De poging om door middel van de aanstelling van psychiaters de verslavingszorg tot een integraal onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg te maken en zo haar aanzien en kansen op subsidie te verhogen, slaagde maar half.[877] De nadruk op reclasseringswerk was er debet aan dat de verslavingszorg een enigszins marginale positie in de geestelijke gezondheidszorg innam. Dat kwam tot uitdrukking in de werkwijze, de clientèle, de financiering en de organisatie. In tegenstelling tot de andere ambulante instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, waar de clienten zich met min of meer uitgesproken klachten of hulpvragen aanmeldden en die op vrijwillige behandeling was gebaseerd, kreeg de verslavingszorg vaak te maken met onwillige en lastige mensen en was de hulpverlening verweven met justitiële dwang. Naast de subsidies van het Preventiefonds, het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, gemeenten en provincies en bijdragen van particulieren en vanuit collectes, vormden de subsidies van het Ministerie van Justitie de grootste bron van inkomsten van de consultatiebureaus. In 1960 kwam er vanuit de twee ministeries een rijkssubsidieregeling en gingen de werkgebieden van de bureaus grotendeels samenvallen met die van de arrondissementsrechtbanken. De overheidssubsidies stegen tussen 1955 en 1963 van bijna 400.000 tot ruim 1,5 miljoen gulden.[878]

Medisch Opvoedkundige Bureaus

Het MOB was in de naoorlogse jaren de toonaangevende instelling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het kreeg eind jaren veertig het leeuwendeel van de rijkssubsidies op dit terrein.[879] De sterk groeiende clientèle tijdens de nasleep van de oorlog – waaronder getraumatiseerde joodse oorlogspleegkinderen, slachtoffers van gezinsontwrichting en verwaarlozing, NSB-kinderen en jeugdige delinquenten – bevorderde de oprichting van nieuwe bureaus.[880] Met zijn nadruk op de preventie van geestesstoornissen en zijn multidisciplinaire werkwijze beantwoordde het MOB aan de hooggestemde idealen van de toonaangevende psychohygiënisten. De subsidieregels van de NFGV voor de diverse voorzieningen waren afgeleid van de normen die voor MOB's golden. Hoewel kinderpsychiaters leidinggaven aan de MOB's gingen deze in het bijzonder een voorbeeldfunctie vervullen vanwege de belangrijke rol die psychiatrisch-sociaal werksters speelden

876 Van der Stel 1995, 358, 441, 445.
877 Van der Stel 1995, 292, 445-446, 461.
878 Van der Stel 1995, 363; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 69-70; Westhoff 1996, 513; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 40; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 44.
879 Lekkerkerker 1955a; Van der Grinten 1987a, 186-209; Festen et al. 1997, 33.
880 Lekkerkerker 1958a.

E.C. Lekkerkerker, rond het einde van de Tweede Wereldoorlog.

in de hulpverlening. Zij waren maatschappelijk werksters die in het zogenoemde *social casework* geschoold waren en daarnaast een opleiding op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg hadden gevolgd. Dit werk was vrijwel uitsluitend in handen van vrouwen.

De opkomst van het psychiatrisch-sociaal werk hing nauw samen met de professionalisering van het maatschappelijk werk en de toenemende aandacht voor de psychologie en de sociologie daarbij. Net zoals de geestelijke gezondheidszorg ontleende het na de oorlog nieuwe legitimiteit aan de vermeende morele ontreddering en maatschappelijke ontworteling. Sociale wederopbouw door middel van de functionele aanpassing van individuen aan de snel veranderende samenleving en het herstel van de band tussen individu en gemeenschap was het doel. Om dit te bereiken werden nieuwe methoden uit de Angelsaksische wereld geïntroduceerd. Deze verschilden van de oudere bevoogdende werkwijze, die in het teken stond van liefdadigheid, armenzorg, opvoeding en morele verheffing, en waarbij levensbeschouwelijke overtuigingen een prominente rol speelden. M. Kamphuis, directrice van de Groninger School voor Maatschappelijk Werk, en de psychiatrisch-sociaal werkster N. Ongerboer deden vlak na de oorlog in het *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk* en het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* verslag van wat ze in de Verenigde Staten hadden geleerd over een meer professionele aanpak. Zij wezen op het belang van het *social casework*, dat zich richtte op mensen die mede in verband met ingrijpende maatschappelijke veranderingen in de problemen waren geraakt. In haar invloedrijke boeken *Wat is social case work* (1950) en *Helpen als ambacht* (1951) zette Kamphuis uiteen dat het maatschappelijk werk niet alleen sociale aanpassing, maar vooral ook een vergroting van de zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van mensen ten doel had. Ook betoogde zij dat niet zozeer een gebrek aan beschaving of zedelijkheid als wel psychologische tekortkomingen een goed sociaal functioneren belemmerden. Deze professionalisering werd in de hand gewerkt door de maatstaven die het Ministerie van Maatschappelijk Werk vanaf 1952 aanlegde: alleen geschoolde en gediplomeerde maatschappelijk werkers kwamen voor subsidie in aanmerking.[881]

Het was de taak van de maatschappelijk werkster en in het bijzonder de psychiatrisch-sociaal werkster om door te dringen tot de 'werkelijke' psychologische problemen die schuilgingen onder de oppervlakte, het verhaal waarmee cliënten zich aanmeldden. De hulpverlener moest zich open opstellen en niet moraliseren, maar goed observeren en luisteren naar cliënten, een vertrouwensrelatie opbouwen en hen stimuleren om de kern van hun probleem onder ogen te zien. Ook diende zij zich bewust te zijn van de psychologische mechanismen in het hulpverleningscontact: onbewuste processen van haar kant zouden het kunnen beïnvloeden en daarom werden ook haar persoonlijkheid en handelen onderwerp

881 Koenis 1999; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 56; vergelijk De Haan en Duyvendak 2002.

van (zelf)reflectie. Veel psychiatrisch-sociaal werksters ondergingen een psychoanalyse.[882] Door de beheersing van de *social casework*-methode, het aanwenden van psychologische inzichten en gesprekstechnieken zouden zij bij uitstek geschikt zijn om de psychosociale behandeling in de geestelijke gezondheidszorg op zich te nemen. Als behandelaars richtten zij zich in het bijzonder op de vanuit Amerika ingevoerde gezins- en relatietherapie.[883] De overkoepelende Nederlandse Federatie van MOB's en het katholieke Paedologisch Instituut in Nijmegen verzorgden vanaf 1938 de opleiding in het psychiatrisch-sociaal werk en door deze open te stellen voor maatschappelijk werksters die in andere voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg werkzaam waren, zoals de BLGM's en de jeugdpsychiatrische diensten, vond de werkwijze van het MOB navolging.[884] Het totaal aantal psychiatrisch-sociaal werksters bleef evenwel vrij klein, waardoor het aanbod achterbleef bij de groeiende vraag naar deze beroepskrachten. De geringe animo hing samen met het lage salaris waarmee dit typische vrouwenberoep werd beloond. Als gevolg van de concurrentie van de Voortgezette Opleiding voor Maatschappelijk Werk, die steeds meer maatschappelijk werkers trok, liep de belangstelling voor de opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster vanaf het eind van de jaren vijftig terug en werd deze in 1963 opgeheven.[885]

De kinderpsychiater P.H.C. Tibout, die leidinggaf aan het grootste en oudste MOB (Amsterdam) publiceerde in 1948 haar proefschrift over het MOB-werk.[886] Dit was niet gebaseerd op levensbeschouwelijke waarden of specifieke opvoedkundige normen, zo benadrukte zij, maar op wetenschappelijk verantwoord psychologisch inzicht. 'Het gesprek met de ouders houdt in de eerste plaats in dat de ouders geconfronteerd worden met een zo objectief mogelijke visie op de situatie, waardoor zij in staat worden gesteld een zekere distantie te krijgen, een procedure die dikwijls reeds zeer ontspannend werkt.' Over de inhoud van pedagogische normen moesten de ouders zelf beslissen, maar, zo voegde Tibout daaraan toe, vanuit psychologisch oogpunt bestond er wel degelijk zoiets als een objectieve standaard. Zij omschreef deze als het 'bereikt hebben van menselijke rijpheid, aanpassing en levensaanvaarding, en het "verder" komen in groei'. Dit doel was het beste te realiseren als ouders in de opvoeding de juiste balans wisten te vinden 'tussen zelfexpressie en zelfbeheersing'.[887] Vooral de psychoanalyse had volgens Tibout duidelijk gemaakt dat problemen van kinderen samenhingen met

882 Barnhoorn 1960; Schlatmann en Wolff 1985.

883 Schlatmann en Wolff 1985; Pols 1989, 55-58; Neij 1989, 225-233.

884 Het Centrum voor Katholieke Medisch-Opvoedkundige Bureaux nam de katholieke opleiding in 1947 over. In 1955 waren er een kleine twintig psychiatrisch-sociaal werksters werkzaam buiten de MOB's: in de kinderbescherming, bij BLGM's en ten behoeve van opleidingsinstellingen als scholen voor maatschappelijk werk en universiteiten. Lekkerkerker 1955a, 339.

885 Schlatmann en Wolff 1985.

886 De staf van het Amsterdamse MOB bestond eind jaren veertig uit vier in deeltijd werkende psychiaters, twee kinderartsen in deeltijd, drie psychiatrisch-sociaal werksters voor de volle werktijd en een administratrice. Tibout 1948, 28.

887 Tibout 1948, 195, 199, 268.

hun innerlijke ontwikkeling. Meer in het algemeen, zo legde Lekkerkerker uit, golden bewustwording, zelfinzicht, praten en attitudeverandering in de MOB's als de geëigende middelen om opvoedings- en relatiemoeilijkheden op te lossen. 'Bij het opnemen van de anamnese zullen bij de moeder en bij de vader wellicht samenhangen, die zij niet vermoedden, plotseling duidelijker worden', schreef zij begin jaren vijftig;

> ——— *het gesprek activeert hen over verschillende punten verder na te denken en natuurlijk praten zij er samen over; het feit alleen, dat men licht begint te zien en nu op meer constructieve wijze kan denken en spreken over problemen, waarin men was vastgelopen, kan belangrijke ontspanning teweeg brengen.*

Dit 'therapeutisch proces', naar aanleiding waarvan de ouders zelf tot oplossingen moesten komen, vormde de kern van de werkwijze van de MOB's.[888]

Deze psychologiserende benadering, waarin zelfreflectie een belangrijke plaats innam, bracht met zich mee dat het MOB een wat elitair imago kreeg, hoewel Lekkerkerker in 1952 beweerde dat het publiek er vertrouwd mee was geraakt en dat de tijd voorbij was waarin deze instelling gold 'als een maatschappelijke "luxe" of de particuliere "hobby" van een kleine groep'. Kinderen en jeugdigen met ernstige psychiatrische stoornissen behoorden niet tot de doelgroep, zo benadrukte Lekkerkerker. Zij konden naar een groeiend aantal jeugdpsychiatrische afdelingen van sociaal-psychiatrische diensten, kinderpsychiatrische poliklinieken en pedologische instituten worden verwezen.[889] Van de ongeveer 4300 kinderen die tussen 1928 en 1948 op het Amsterdamse MOB waren onderzocht, werden er rond 700 doorverwezen naar andere instanties. Tibout meldde dat van de ruim 500 in 1946 bij het Amsterdamse MOB aangemelde kinderen – zo'n 330 jongens en tegen de 180 meisjes, de meeste tussen de 5 en 15 jaar oud – meer dan 140 onderzocht werden vanwege voogdijkwesties, bijna 70 vanwege verstandelijke tekortkomingen, krap 70 vanwege gedragsmoeilijkheden en ruim 60 vanwege psychische problemen als zenuwachtigheid en angstgevoelens. In meer dan 120 gevallen hadden de ouders het initiatief genomen om de hulp van het MOB in te roepen, de rest was door andere instellingen verwezen.[890] Slechts een deel van de kinderen, aldus Tibout, kwam in aanmerking voor een psychoanalytische behandeling, die 4 contacten van een uur per week vergde en al gauw anderhalf à twee jaar duurde. Het is dan ook niet aannemelijk dat dergelijke intensieve behandelingen veelvuldig in MOB's plaatsvonden. Bij de ouderen was 'introspectief vermogen' vereist en bij de jongeren 'een voldoend sterke gezonde statische persoonlijkheid [...] dat de Ich-vorming, de intelligentie en de verdere structurele ontwikkeling ongeveer adaequaat zijn aan het leeftijdsniveau'.[891]

888 Lekkerkerker 1952a, 20-21.
889 Lekkerkerker 1952a, 12, 27; vergelijk Kraft 1963.
890 Tibout 1948, 28, 106-107.
891 Tibout 1948, 297-299.

MOB Amsterdam, 1955: gesprek van de psychiatrisch sociaal werkster met de moeder van het kind.

Er zijn aanwijzingen dat kinderen uit de middenklasse oververtegenwoordigd waren in de MOB's en soms gaven de hulpverleners ook expliciet aan dat ze aan deze groep de voorkeur gaven.[892] Tibout meldde dat het aandeel van onkerkelijken groter was dan dat in de bevolking als geheel en tevens dat het overgrote deel, 60 procent van de cliënten, uit de geschoolde arbeidersstand en kleine middenstand afkomstig was.[893] Dit gold niet alleen voor het Amsterdamse MOB; in het jaarverslag over 1956 van het MOB in Breda is te lezen dat 'een zekere maatschappelijke welstand gewenst is, wil het MOB-onderzoek en behandeling vruchtdragend zijn. Immers dan is men niet meer bevangen in *the struggle for life*. Dan kan men ook oog hebben voor het geestelijke in de mens.'[894] Volgens Lekkerkerker konden de bureaus moeilijk hulp bieden als slechte sociale omstandigheden 'een gunstige ontwikkeling van het kind' belemmerden.

——— *Omdat medewerking van de ouders zulk een belangrijk element vormt, zijn het over het geheel juist de betere ouders, die komen en door de bureaux worden aangenomen, zij, die zo zorgzaam zijn, dat zij de moeilijkheden van de kinderen opmerken en ze ernstig nemen, en intelligent genoeg om de betekenis van het bureau te begrijpen. Zij zijn van alle rangen en standen, doch de meesten behoren wel tot de geschoolde arbeiders- of kleine middenstand, en maar heel weinigen tot de allerlaagste of de onmaatschappelijke klassen (behalve dan bij de 'onvrijwillige' [door voogdijraden en justitie aangereikte] gevallen), terwijl er uiteraard ook relatief veel intellectuelen onder zijn.*

Door middel van een selectieve intake moesten de MOB's volgens haar vasthouden aan de hoge eisen die ze aan hun clientèle stelden teneinde te voorkomen dat hun werkwijze 'oppervlakkig' werd.[895] De lange wachtlijsten en hoge behandelkosten van sommige MOB's versterkten hun reputatie als min of meer kieskeurige en exclusieve instellingen.[896]

Ondanks dit imago verspreidden de MOB's zich in de jaren vijftig vanuit de grote steden in het westen over het hele land. Rond 1950 bestonden er 15 MOB's, waarvan er 10 in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Utrecht waren gevestigd. Daaraan waren 31 psychiatrisch-sociaal werksters en 16 gewone maatschappelijk werksters voltijds en 30 psychiaters, 23 psychologen en 17 kinderartsen in deeltijd verbonden.[897] Buiten de randstad was de psychohygiënische hulpverlening voor kinderen overwegend in handen van in totaal 28 consultatiebureaus voor 'opvoedingsmoeilijkheden', waarvan 20 een katholieke en 4 een protestants-christelijke signatuur hadden. Deze toen nog niet als MOB erkende instellingen waren veel bescheidener van opzet en hadden geen psychiatrisch-sociaal werksters in dienst. Kinderartsen of psychiaters verzorgden met bijstand van sociaal-psychiatrisch verpleegsters de wekelijkse of tweewekelijkse spreekuren.[898]

892 Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 31; Bruyel en Van Meurs 1964.
893 Tibout 1948, 108.
894 Willemsen 2001, 113, 133.
895 Lekkerkerker 1952a, 29-30, 42; Lekkerkerker 1952b, 299.
896 Lekkerkerker 1955a, 340.
897 Lekkerkerker 1952a, 7, 10.
898 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 54-62.

In 1962 was het aantal MOB's gegroeid tot maar liefst 71, waarvan 35 een neutrale, 30 een katholieke, 5 een protestants-christelijke en 1 een joodse signatuur hadden. In totaal verzorgden zij met een gemiddelde frequentie van een of twee keer per week verspreid over het hele land spreekuren op zo'n 100 adressen.[899] Bij alle MOB's tezamen waren in het midden van de jaren zestig bijna 150 maatschappelijk werkers (van wie ruim 100 psychiatrisch-sociaal werksters), 113 psychiaters, ruim 90 psychologen, 70 kinderartsen en nog 30 andere hulpverleners werkzaam. Jaarlijks namen ze ruim 7000 kinderen in onderzoek, van wie er tussen de 1000 en 1500 daadwerkelijk op het MOB werden behandeld, hetgeen nogmaals de selectiviteit van de MOB's onderstreept.[900] Naast een bijdrage uit het Preventiefonds kregen MOB's subsidies van gemeenten, provincies, het rijk en het kinderpostzegelfonds. In 1959 kwam er een formele rijkssubsidieregeling van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid tot stand en daarnaast vergoedde het Ministerie van Justitie onderzoek in het kader van voogdijkwesties. De totale overheidssubsidies stegen tussen 1955 en 1963 van krap 900.000 naar bijna 4 miljoen gulden. Cliënten droegen naar draagkracht in de behandelingskosten bij.[901]

Naast de neutrale bureaus van de Nederlandse Federatie van MOB's, waaraan al voor de oorlog hoge professionele eisen werden gesteld, kwamen er steeds meer confessionele, vooral katholieke voorzieningen. Katholieken wilden met behoud van hun confessionele identiteit profiteren van de groeiende subsidies en zetten onder de vleugels van de in 1949 opgerichte Stichting Centrum Katholieke Medisch Opvoedkundige Bureaus hun eigen MOB's op of vernieuwden de oudere consultatiebureaus voor moeilijke kinderen, waardoor deze op voet van gelijkheid met die van de Federatie gesubsidieerd konden worden. Hoewel de katholieken naar voren brachten dat advies en hulp bij opvoedingsmoeilijkheden vanwege het sterk normatieve karakter daarvan niet neutraal konden zijn, wezen zij professionele werkwijzen niet af, maar absorbeerden zij deze om hun eigen verzuilde instellingen te versterken. Een en ander bracht soms strubbelingen met zich mee met de geestelijkheid, die MOB's als concurrent zagen op het gebied van de zielzorg.[902] De katholieke bureaus namen de beginselen van de Federatie in grote lijnen over en voegden daar het uitdragen en bewaken van de katholieke normen en waarden als doelstelling aan toe, waarop een priester zich zou moeten toeleggen. Het was echter niet noodzakelijk dat de priester tot de vaste staf toetrad; zijn deelname was niet onomstreden onder de professionele hulpverleners. Door de introductie van het *social casework* en de sterke positie van psychologen – er heerste een tekort aan katholieke psychiaters – kregen de katholieke bureaus al

899 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 303-313; Lekkerkerker 1955a, 337.

900 Centraal Bureau voor de Statistiek 1953, 31; Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 28; Centraal Bureau voor de Statistiek 1963, 28; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 30; vergelijk Kraft 1963, 19-20.

901 Centraal Bureau voor de Statistiek 1958, 53; Centraal Bureau voor de Statistiek 1966, 60; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 68.

902 Willemsen 2001, 93.

gauw een meer psychohygiënische dan pastorale invulling en gingen zij steeds meer op de neutrale en protestantse MOB's lijken.[903] Het grootste verschil ten opzichte van de niet-katholieke bureaus was een meer sociaal-psychologische en minder psychoanalytische aanpak. Dit nam niet weg dat in alle MOB's vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief en in het bijzonder onder invloed van de *attachment*-theorie van J. Bowlby grote waarde werd gehecht aan continue zorg, affectieve geborgenheid en begripvolle begeleiding als essentiële voorwaarden voor een gezonde opvoeding van kinderen, waarbij vooral moeders een grote verantwoordelijkheid kregen toebedacht.[904]

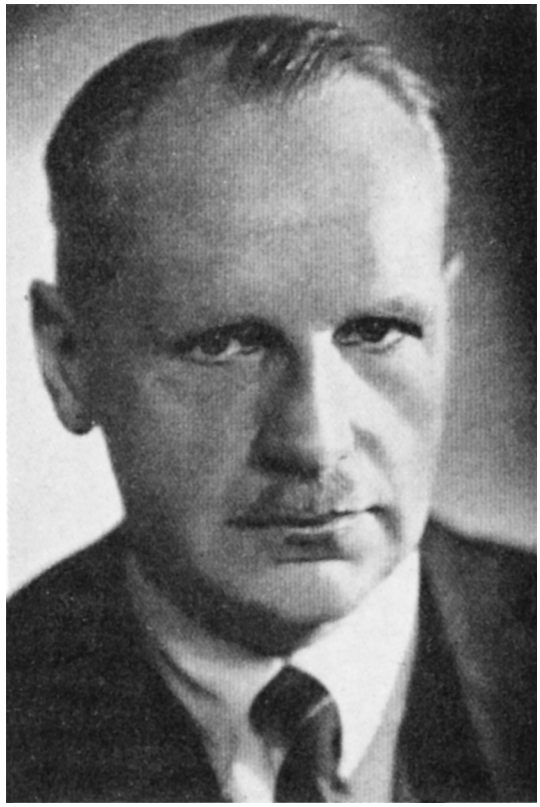
Psychotherapie en het Instituut voor Medische Psychotherapie

Psychotherapie, vooral de psychoanalytische variant, werd voornamelijk beoefend in particuliere praktijken voor beter gesitueerde en bemiddelde patiënten. Al in de jaren dertig hadden de NVPT, Rümke en K.H. Bouman gepleit voor een ruimere toegankelijkheid tot deze behandeling. Ten tijde van de Duitse inval was het Amsterdamse IMP opgericht om mensen met neurotische klachten als gevolg van de oorlogsomstandigheden psychotherapeutische hulp te bieden, maar de veronderstelling was dat hieraan ook na de oorlog behoefte zou bestaan, vooral vanwege het verlies aan zekerheden in de snel veranderende maatschappij.[905] Er waren direct na de oorlog inderdaad aanwijzingen dat het aantal mensen met psychische klachten was toegenomen. Zo zagen huisartsen zich na de oorlog geconfronteerd met een groeiende toeloop van patiënten bij wie ze geen somatische aandoeningen konden vinden. Die groei hing wellicht samen met het wegvallen van de financiële drempel in verband met de ziekenfondsverzekering. Veel huisartsen bestempelden deze patiënten als profiteurs, maar anderen brachten naar voren dat het om geestelijke ongezondheid, in het bijzonder om neurosen ging, die hun aandacht verdienden.[906]

Aanvankelijk waren het vooral artsen die patiënten naar het IMP doorverwezen. Vanwege het beperkte budget en de geringe mankracht, en ook om de effectiviteit van het instituut te onderstrepen, ging de voorkeur uit naar cliënten die met een kortdurende behandeling te helpen waren. Het grote aantal afgewezen cliënten – tussen 20 en 35 procent – hing ook samen met de onduidelijkheid die er onder verwijzers en patiënten bestond over wat psychotherapie inhield en voor welke problemen deze bedoeld was. Vlak na de oorlog groeide de toeloop naar het

903 Westhoff 1996, 146–154, 203–212, 217.
904 Abma 1997, 24; vergelijk Van Berkel 1990.
905 Zie 3.5, paragraaf 'Oorlogspsychosen en -neurosen'.
906 Mol en Van Lieshout 1989, 95–98. Huisartsen probeerden vanaf het eind van de jaren vijftig hun vak een nieuwe identiteit te geven door zich ook op mensen met psychische en sociale klachten te richten, en zich toe te leggen op gesprekstechnieken. Vanaf de jaren zeventig zou het aantal mensen dat met psychosomatische en psychosociale klachten bij de huisarts aanklopte, sterk groeien.

J.H. van der Hoop.



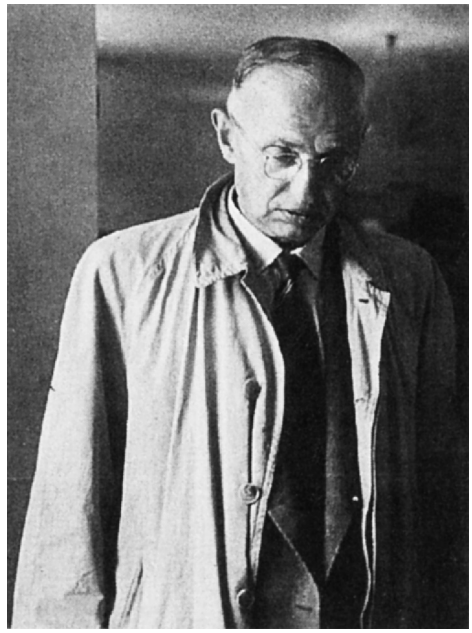
IMP van 90 naar ruim 200 cliënten per jaar om in de jaren vijftig weer te dalen tot gemiddeld rond de 150.[907]

In de eerste decennia van zijn bestaan kampte het IMP met verschillende problemen. Tussen de twee directeuren, de vooraanstaande psychoanalytici Van der Hoop en Van der Waals, ontstond een jarenlang voortslepend conflict over het karakter en de duur van psychotherapieën en de toepassing van de psychoanalyse. Van der Hoop hield minder strikt dan Van der Waals vast aan de klassieke psychoanalyse. Deze werd volgens de eerste te eenzijdig toegepast en neigde ook naar 'dogmatische verstarring' en een 'sectegeest'.[908] Volgens hem was de freudiaanse psychoanalyse te tijdrovend en voor de meeste patiënten te hoog gegrepen: zij was te individualistisch en bood hen te weinig moreel houvast. Voor 'de gemiddelde mensch en vooral de eenvoudige mensch' zou een korte, 'leidinggevende' therapie met pedagogische elementen, geënt op A. Adlers psychologie, geschikter zijn om 'levensproblemen' op te lossen.[909] Met steun van de gemeente, die het IMP financierde, won Van der Hoop het pleit. Daarop richtte de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, die Van der Waals' voorkeur voor langere, diepgravende therapieën deelde, in 1946 een eigen instelling in Amsterdam op, het Psychoanalytisch Instituut.[910]

In de psychiatrische wereld deelden invloedrijke hoogleraren als K.H. Bouman en Rümke Van der Hoops visie op psychotherapie. Ook zij lieten zich kritisch uit over de eenkennigheid van orthodoxe psychoanalytici en spraken zich uit voor snel werkende psychotherapie.[911] Binnen de psychoanalytische vereniging moest Van der Hoop het echter afleggen tegen Van der Waals en J. Lampl-de Groot, de voorstanders van de orthodoxe analyse. De onenigheid spitste zich verder toe op de zeggenschap over de opleiding, een kwestie die voor de oorlog ook al voor verdeeldheid onder psychoanalytici had gezorgd. Aangezien Van der Hoop geen erkenning kreeg als leeranalyticus, stapte hij uit de Vereniging en richtte hij in 1949 samen met de al eerder uitgetreden Westerman Holstijn, die de 'verstarrende en borneerende werking' en 'het groepsnarcisme' in psychoanalytische kring laakte, het Psychoanalytisch Genootschap op. Daaruit kwam in 1956 in Utrecht een tweede IMP voort, dat zowel lang- als kortdurende behandelingen aanbood.[912] Het Genootschap, dat geen erkenning verkreeg van de Internationale Psychoanalytische Vereniging, was rekkelijker in de freudiaanse leer en hanteerde minder strenge toelatings- en opleidingseisen dan de Vereniging: naast artsen konden ook psychologen en maatschappelijk werkers lid worden. Het Genootschap onderhield nauwe contacten met Rümke en zou meer invloed uitoefenen op de

907 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 48, 65.
908 Van der Hoop 1941, 124; Van der Hoop 1944, 301–302.
909 Van der Hoop 1941, 121; vergelijk Van der Hoop 1944; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 54.
910 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 44-48.
911 Bouman 1944, 257; Rümke 1944, 270.
912 Bouman et al. 1947, 337; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 114; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 220; Aarsen 1985, 5.

H.G. van der Waals.



ontwikkeling van de IMP'en dan de Vereniging. De vijandschap tussen de twee organisaties verdween in de loop der jaren overigens naar de achtergrond.[913]

Ook buiten de psychoanalytische verenigingen ontstond discussie over de scholing van psychotherapeuten. De vereniging voor medisch opgeleide psychotherapeuten, de NVPT, organiseerde conferenties, lezingen en (bij)scholing. Bij de psychiatrische beroepsvereniging, de NVPN, drong zij aan op erkenning van haar cursussen en meer aandacht voor psychotherapie in de psychiatrische opleiding. De Commissie voor de Opleiding en Registratie van de NVPN stelde in 1944 voor om onder auspiciën van deze vereniging in de opleiding tot zenuwarts plaats te maken voor een cursus psychotherapie.[914] Een aantal leden van de NVPN, K.H. Bouman, Rümke, Carp, Van der Horst, Van der Hoop, Westerman Holstijn en Engelhard, wezen op de noodzaak om in het belang van de geestelijke volksgezondheid meer psychiaters in de psychotherapie te scholen. Het bestuur stelde in 1946 een commissie Opleiding Psychotherapie onder voorzitterschap van Rümke in om zich te buigen over de vraag hoe de psychotherapeutische scholing het beste vorm kon krijgen. In de discussie daarover in de NVPN gaven de meeste woordvoerders er de voorkeur aan de psychotherapeutische scholing in de algemene opleiding te integreren. Carp was de enige die zich uitsprak voor een aparte specialistische psychotherapeutische scholing gedurende twee jaar na de algemene driejarige opleiding tot zenuwarts, waarvoor dan ook een aparte registratie zou moeten komen.[915]

Van deze voorstellen om meer systematisch aandacht aan psychotherapie te schenken in de psychiatrische opleiding kwam vooralsnog echter weinig terecht, vooral vanwege de onenigheid tussen psychoanalytici, die een leeranalyse absoluut noodzakelijk achtten, en zenuwartsen, die een minder exclusieve en veeleisende scholing voorstonden.[916] Opleidingen tot psychotherapeut werden wel verzorgd door de Vereniging voor Psychoanalyse, de NVPT en de specialistische psychotherapieverenigingen, die vanaf het eind van de jaren vijftig ontstonden. Ook in de psychiatrieopleidingen van de universiteiten van Amsterdam en Leiden was aandacht voor psychotherapie. Voor zover zenuwartsen psychotherapie beoefenden, kregen sommigen, ook onder invloed van nieuwe uit Amerika afkomstige theorieën en behandelingen, wat meer oog voor meer systematische en methodisch onderbouwde toepassingen ervan. De meesten beschouwden psychotherapie evenwel als een integraal onderdeel van hun vak, zonder dat ze er een specifieke opleiding voor hadden gevolgd. Dit was min of meer vanzelfsprekend zolang zij op dit terrein geen concurrentie ondervonden van andere beroepsgroepen. Hierin kwam vanaf het eind van de jaren vijftig echter verandering, toen een groeiend aantal klinisch psychologen zich ging toeleggen op psychotherapie en zich daarbij profileerde met nieuwe benaderingen.

913 Gerritsma en Wissink 1997; Brinkgreve 1984, 206-213.

914 Notulen vergadering bestuur NVPN 17-3-1944, Archief NVPN.

915 Kraus 1947; Van der Horst 1947; Engelhard 1947; Bouman et al. 1947; Carp 1947.

916 Abma en Weijers 2005, 101-104.

Het zeventiende Psychoanalytische Congres, Konkinklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam, 6 augustus 1951.

In het interbellum waren de eerste vormen van psychologische dienstverlening op het gebied van beroepskeuze, personeelsselectie, opvoeding en onderwijs ontstaan en deze breidden zich in de naoorlogse jaren uit. Door de industrialisering wonnen de selectie van geschikt personeel en de rationele organisatie van de arbeid aan belang en deden bedrijfspsychologen hun intrede. De psychologische theorieën over temperament en karakter, waarvoor G. Heymans de basis had gelegd, kregen voortzetting in het naoorlogse personalistische en fenomenologische denken over persoonlijkheidsvorming en zelfontplooiing.[917] We hebben eerder gezien dat in de loop van de jaren vijftig een toenemend aantal psychologen werk vond in psychiatrische inrichtingen. De klinische psychologie ontwikkelde zich in de jaren vijftig als een belangrijke specialisatie binnen de universitaire opleiding en het beroep van psycholoog. J.J. Dijkhuis, de eerste psycholoog met een aanstelling in een psychiatrische inrichting, nam in 1949 het initiatief tot de oprichting van het Gezelschap voor Klinische Psychologie, dat in 1956 een sectie van de beroepsvereniging, het Nederlands Instituut van (Praktiserende) Psychologen (NIPP), werd.[918] Door zich naast het diagnostisch onderzoek ook met andere werkzaamheden te profileren, zoals het ontwikkelen, evalueren en mede uitvoeren van nieuwe therapieën, verwierven zij geleidelijk aan meer zelfstandigheid ten opzichte van de medici. Sommigen gingen zich bezighouden met psychotherapie. H.R. Wijngaarden, verbonden aan de Vrije Universiteit, was een van de eerste psychologen die zich onafhankelijk van artsen en mede vanwege zijn interesse voor de relatie tussen geloof en geestelijke gezondheid op dit terrein – hij sprak van 'conflictuologie' – gingen begeven. Door zich toe te leggen op nieuwe therapievormen, die een alternatief vormden voor de voornamelijk door medici toegepaste psychoanalyse, konden psychologen een nieuw behandeldomein claimen. Zij schoven in het bijzonder de *counseling* van de Amerikaan C. Rogers en de op het behaviorisme gebaseerde gedragstherapie als specifiek psychologische behandelingsvormen naar voren.[919]

De rogeriaanse therapie, die was gebaseerd op een optimistisch geloof in de mogelijkheid van het individu tot groei en ontplooiing, gold als een voor cliënten gemakkelijk toegankelijke psychotherapeutische methode. Deze was vanaf het eind van de jaren veertig al toegepast door psychiaters als Rümke en Baan bij psychiatrische patiënten en psychisch gestoorde delinquenten, door psychiaters in het leger en door huisartsen bij patiënten met psychosociale problemen. Samen met de psychiater J.Th. Cremers nam Dijkhuis in 1962 het initiatief tot de oprichting van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, die in 1969 een eigen psychotherapeutische opleiding startte.[920]

917 Van Ginneken et al. 1986; Veldkamp en Van Drunen 1988; Dehue 1990; Van Strien 1993.
918 Wopereis 1988.
919 Van Strien 1993, 43; Dehue 1990, 148-161; Veldkamp en Van Drunen 1988, 58, 76-83; Heuves 1997; Hutschemaekers en Neijmeijer 1998, 43.
920 Swildens 1980, 246; Eisenga 1987.

De klinisch-psycholoog J.T. Barendregt, een van de eersten die zich als diagnostisch onderzoeker onafhankelijk van en kritisch ten opzichte van de psychiatrie opstelde, werd de voorman van de gedragstherapie. Barendregt, die zijn loopbaan was begonnen in de psychiatrische kliniek van het Wilhelminagasthuis met onderzoek naar de relatie tussen psychosomatische aandoeningen en de persoonlijkheidsstructuur, werd in 1954 door de directeur van het Psychoanalytisch Instituut, Bastiaans, gevraagd om empirisch onderzoek te verrichten naar de effecten van de psychoanalytische therapie. Dit verzoek was mede ingegeven door een geruchtmakend artikel van de Britse psycholoog H.J. Eysenck, waarin deze beweerde dat psychotherapie geen meetbaar resultaat opleverde.[921] Door middel van psychologische tests onderzocht Barendregt 315 neurotische patiënten die met psychoanalyse, een andere vorm van psychotherapie of niet waren behandeld. In 1961 rapporteerde hij samen met Bastiaans de resultaten van het onderzoek aan het bestuur van het Psychoanalytisch Instituut. Psychoanalyse en andere psychotherapieën bleken geen meetbare effecten te hebben en de behandelde patiënten waren in vergelijking met de onbehandelde zelfs neurotischer geworden. Het bestuur verbood openbaarmaking van deze vernietigende conclusies, maar Barendregt, die in 1962 hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam werd, brak met de psychoanalyse – hij volgde aanvankelijk een leeranalyse – en bracht ze toch naar buiten.[922] Door zich toe te leggen op meer natuurwetenschappelijk georiënteerde, kwantificerende methodologieën accentueerde hij de verzelfstandiging van de klinische psychologie ten opzichte van de psychiatrie en de psychoanalyse in het bijzonder. Mede op basis van een onderzoek naar fobieën op het Psychologisch Instituut van de Gemeente Universiteit van Amsterdam ging hij zich richten op de gedragstherapie, waarvan de effecten wetenschappelijk beter zouden zijn te verantwoorden.

In de jaren zestig begon de opmars van de psychologen in de psychotherapeutische hulpverlening. Begin jaren vijftig al hielden de psychologen Buytendijk en D.J. van Lennep lezingen voor de NVPT, die alleen medici als lid toeliet. J.H. Dijkhuis, broer van J.J. Dijkhuis en directeur van het Utrechtse IMP, was de eerste klinisch psycholoog die, op persoonlijke titel, lid van de NVPT werd. Twee jaar later, in 1963, werd hij aan de Universiteit van Utrecht lector en vervolgens in 1965 hoogleraar in de niet-medische psychotherapie. In 1966 werden de eerste psychologen als therapeut aangesteld op het Amsterdamse IMP en kregen zij officieel toegang tot de NVPT.[923] In de eerste twee decennia na de Tweede Wereldoorlog was psychotherapie echter nog voornamelijk een beroepsactiviteit van psychiaters en meer in het bijzonder van psychoanalytici. Het aantal van hen dat zich uitdrukkelijk als psychotherapeut afficheerde, verdubbelde tussen 1945 en het begin van de jaren zestig van rond de 75 naar ongeveer 150.[924] Voor zover zij

921 Smit-Beek 1971; vergelijk Abma 2006.
922 De Waardt 2005, 189-190, 220-221.
923 Dehue 1990, 124-143; Van Strien 1993, 118-120.
924 Dijkstra en Van Donselaar 1988a, 2.

extramuraal werkten, exploiteerden de meesten particuliere praktijken. Het aantal psychotherapeutische instituten bleef voor het midden van de jaren zestig beperkt tot 4. Naast de Amsterdamse en Utrechtse IMP'en en het Psychoanalytisch Instituut kwam er in 1963 nog een IMP in Leeuwarden tot stand. Plannen om in Rotterdam en Den Haag en daarnaast ook aparte katholieke IMP'en op te richten kwamen niet tot uitvoering.[925] Aan het Amsterdamse IMP waren rond 1950 naast een directeur 13 zenuwartsen en 7 andere artsen verbonden en het Psychoanalytisch Instituut had 7 vaste medewerkers.[926]

In de jaren vijftig behandelden de Amsterdamse en Utrechtse IMP'en jaarlijks in totaal niet meer dan 300 cliënten.[927] Het duurde tot de tweede helft van de jaren zestig voordat andere grote steden IMP'en kregen en de clientèle massaler werd. Gebrek aan financieringsmogelijkheden, onduidelijkheid over zijn plaats in de (geestelijke) gezondheidszorg en vooral de geringe bekendheid met psychotherapie bij het grote publiek speelden het IMP parten. Psychotherapie bleef vooralsnog een vrij elitaire aangelegenheid. Alleen in Amsterdam en later ook in Utrecht vergoedde de Sociale Dienst psychotherapie voor mensen beneden een zekere welstandsgrens.[928] Bij andere gemeentebesturen bestond minder bereidheid psychotherapie op deze manier te bekostigen. Hoewel psychotherapie nog voornamelijk een zaak was van artsen, gold zij voor de financiers van de gezondheidszorg niet als medische behandeling en lukte het vooralsnog niet om haar vanuit het Ziekenfonds vergoed te krijgen. In 1959 kwam er wel een proefregeling waardoor het Ziekenfonds bijdroeg aan de kosten van maximaal tien psychotherapiezittingen van 45 minuten, maar deze gold alleen voor vrijgevestigde zenuwartsen en niet voor de instituutspsychotherapie.[929] Binnen de geestelijke gezondheidszorg voldeed het IMP niet aan de landelijke subsidieregelingen die in deze sector golden, zoals een multidisciplinaire samenstelling van de staf en een dito werkwijze.[930] Vanwege het gebrek aan financiële middelen moest het Amsterdamse IMP zijn spreekuur soms tijdelijk sluiten en patiënten die veel tijd zouden vergen, afwijzen. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig zou de toegankelijkheid van instituutspsychotherapie op basis van vergoedingen vanuit het sociale verzekeringsstelsel in heel Nederland worden vergroot.

Net als het MOB nam het IMP selectief patiënten in behandeling, niet alleen vanwege een krap budget, maar ook om andere redenen. Onder het publiek was het aanvankelijk onduidelijk voor welk soort moeilijkheden het IMP bedoeld was en wie in aanmerking kwam voor behandeling. Het werkgebied van de psychotherapie was evenmin als dat van andere instellingen gegeven, maar het moest

925 Van der Grinten 1987a, 237–241; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 114.
926 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 74–75.
927 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 48, 65; Fischer 1970, 42.
928 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 66, 220.
929 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 177.
930 Van der Grinten 1987a, 241.

deels worden afgebakend van dat van andere hulpverleners die zich ook bezighielden met allerlei persoonlijke moeilijkheden: dominees, priesters en andere geestelijk raadslieden, huisartsen, maatschappelijk werkers en zenuwartsen die in poliklinieken spreekuren hielden.[931] Het IMP profileerde zich als neutrale, niet-levensbeschouwelijke instelling, waarin de uitsluitend psychologische behandeling zich toespitste op het individu, los van diens leefomgeving en sociale achtergrond. Volgens de eerste directeur van het Utrechtse IMP, de psychiater Poslavsky, hing deze aanpak samen met maatschappelijke en culturele veranderingen. 'Wij [...] bevinden ons niet alleen in een periode van een zeer snelle verandering, maar misschien nog meer van disharmonische ontwikkeling, waardoor onze cultuur a.h.w. een verbrokkeld karakter draagt, geen eenheid is waarin men zich gemakkelijk voegen kan', zo stelde hij in zijn rede ter gelegenheid van de opening van het instituut.

> ——— *In mindere mate dan vroeger is men vanzelf in een bepaalde omschreven groep opgenomen, waarin men richtlijnen en normen voor het gedrag onder allerlei omstandigheden vindt. Moge dit tot grotere zelfstandigheid en vrijheid van het individu leiden, tegelijk wordt veel meer van hem gevergd aan persoonlijke beslissing, waarvoor hij niet op de normen van gemeenschap kan terugvallen. Duidelijk tekent zich dit af bij diegenen, die belast zijn met leiding geven en opvoeden. Waren enkele decennia geleden bepaalde gedragswijzen t.a.v. ondergeschikten of kinderen nog vanzelfsprekend, thans zien wij tallozen hierover in onzekerheid verkeren. [...] Grotere vrijheid en zelfstandigheid worden verworven ten koste van een verlies aan geborgenheid in – en bescherming door – een groep, waar men zonder meer deel van uitmaakt.*[932]

Veel mensen wisten niet meer precies wat er van hen verwacht werd en de maatschappelijke verhoudingen boden geen kompas meer, waardoor zij meer op zichzelf werden teruggeworpen. Psychotherapie, zo leek Poslavsky te willen zeggen, kwam tegemoet aan deze sociale ontworteling van het individu.

Psychotherapie veronderstelde een hoge graad van individuele autonomie: de erkenning van de innerlijke beleving als apart en belangrijk domein van het menselijk bestaan, onafhankelijk van de maatschappelijke rollen die mensen vervullen, alsmede de bereidheid om het persoonlijke gevoelsleven bloot te leggen voor een vreemde en om een soort van bekentenis af te leggen zonder zich schuldig te voelen of bevreesd te zijn voor maatschappelijke repercussies. Zo'n benadering sloot echter niet direct aan bij de dagelijkse ervaring van het grote publiek en het was er niet vertrouwd mee.[933] Psychotherapie was een heel specifieke manier om van moeilijkheden, zoals mensen die in hun leven ervoeren, behandelbare problemen te maken. Om voor een psychotherapeutische behandeling in aanmer-

931 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 63; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27-29.

932 Poslavsky 1956, 250.

933 Marlet 1962, 66-67; vergelijk Schnabel 1995, 162-165.

king te komen dienden ze 'protoprofessioneel' onderlegd te zijn, dat wil zeggen: zij moesten zich tot op zekere hoogte de grondhoudingen, de interpretatieschema's en de omgangsregels van de deskundigen eigen hebben gemaakt. De mate van 'protoprofessionalisering' werd bepaald door de sociale netwerken waarin mensen zich bewogen en hun nabijheid tot kringen die al vertrouwd waren met psychotherapie. In de jaren vijftig was de reikwijdte van deze kringen nog zeer beperkt. De psychotherapeutische behandelingsmethodiek bracht onvermijdelijk met zich mee dat selectie op basis van persoonlijke geschiktheid plaatsvond. Naarmate de criteria, zoals introspectie, verbale begaafdheid, distantievermogen, zelfverwerkelijking en eigen initiatief, zich duidelijker uitkristalliseerden, nam het aandeel van de laaggeschoolden af en steeg het aandeel van de hoger opgeleiden.[934] Waarschijnlijk waren studenten sterk vertegenwoordigd onder de clientèle van het Amsterdamse IMP. Vanaf 1947 verwees de universitaire gezondheidsdienst studenten door naar het IMP.[935] Dat het IMP zijn cliënten in toenemende mate selecteerde op geschiktheid bleek ook uit zijn veranderende verwijsrelatie met de sociaal-psychiatrische afdeling van de Amsterdamse GG en GD. Terwijl de laatste aanvankelijk mensen doorstuurde naar het IMP, verwees dit in de jaren vijftig in toenemende mate (terug) naar de sociale psychiatrie en bestonden er in de jaren zestig nauwelijks contacten meer tussen de twee voorzieningen; inmiddels bedienden ze volkomen verschillende groepen.[936]

Psychotherapie en zielzorg

Behalve de geringe vertrouwdheid van het publiek met psychotherapie, stonden christelijke weerstanden de verspreiding van deze behandelwijze in de weg. Vooral katholieken zagen haar als concurrent voor de zielzorg en als bedreiging voor de kerkelijke moraal.[937] In Hervormde kring bestond blijkbaar minder vrees hiervoor: het Amsterdamse IMP bijvoorbeeld werkte nauw samen met de plaatselijke Hervormde Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid, terwijl zowel de katholieken als de gereformeerden in de hoofdstad afzijdig bleven. Vooraanstaande psychotherapeuten deden hun best om het wantrouwen van gelovigen weg te nemen. Zo onderbouwde Van der Hoop zijn voorkeur voor Adler en Jung boven Freud met het argument dat de benadering van de eerste twee beter recht deed aan religieuze en morele waarden. Rümke bepleitte een 'appèllerende psychotherapie', die rekening hield met godsdienstige of 'andere menschelijke waarden.' De meest prominente katholieke psychiater die psychotherapie bedreef, Carp, distantieerde zich met zijn fenomenologische oriëntatie uitdrukkelijk van het zijns inziens eenzijdig naturalistische mensbeeld in de psychoanalyse, waarin de

934 De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979, 29–32; Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 149–158; vergelijk Marlet 1962, 51, 54.
935 De Waardt 2005, 188.
936 Akkermans 2006, 139.
937 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27; Oosterhuis 1992, 125–134; Westhoff 1996, 279–305.

aandacht zich toespitste op het driftleven. In de psychotherapie moesten volgens hem 'de individueele vrijheid en zelfverantwoordelijkheid' en de mens 'als schepper van waarden' centraal staan.[938] Ook de 'antropologische psychotherapie' waarmee Van der Horst met veel verwijzingen naar filosofen als J.P. Sartre en M. Heidegger stelling nam tegen elke vorm van wetenschappelijk reductionisme, hield zich verre van elke godsdienstvijandigheid. Overigens waren diens filosofische beschouwingen over de existentiële nood van de mens voor enkele collega's wat al te zweverig, getuige Van der Waals' meesmuilende reactie op een voordracht van Van der Horst over 'antropologische psychotherapie': 'I have listened to Professor van der Horst's address with great interest. The magic art of language cultivated by Heidegger and Sartre is very charming and I greatly admire the way in which Professor van der Horst brought this siren song before us to the life [sic].'[939]

Westerman Holstijn daarentegen achtte psychotherapie moeilijk verenigbaar met godsdienst en kritiseerde collega's die de christelijke moraal met hun professionele ethos meenden te kunnen verenigen. De psychotherapeut diende open en begripvol te staan

> ——— *tegenover álles wat het leven produceert. Wie zijn patiënt een naren, viezen vent, een akelige, belachelijke juffrouw, een zondig mensch vindt, voldoet niet aan den biologischen eisch. [...] ik ben zelfs van meening dat het hooghouden van een 'moraal' (in der zin van op autoriteit van binnen of buiten geëischte, objectief geldende regels voor handelen en denken) op een primitieve denkwijze berust en den mensch meer schade doet dan goed.*

Psychotherapie was volgens Westerman Holstijn alleen zinvol op basis van een biologisch-vitalistisch mensbeeld, dat ruimte bood aan 'de vrije ontplooiing der driftnatuur en het vrije associeeren [...] het vrije voelen en denken', ook als die tot 'zondige wegen' leidden. Godsdienstige mensen die dat niet accepteerden, konden zich dan ook beter verre houden van psychotherapie.[940] Hoewel Westerman Holstijns uitgesproken opvattingen niet representatief waren voor het psychotherapeutische ideeëngoed in het algemeen, beantwoordden ze blijkbaar wel aan het beeld dat veel gelovigen ervan hadden.

In de katholieke wereld was psychotherapie rond 1950 de inzet van scherpe conflicten tussen enerzijds geestelijken en woordvoerders van de R.K. Artsenvereniging en anderzijds psychiaters en psychologen die het psychohygiënische ideeëngoed vertolkten. De verhouding tussen religieuze normen en geestelijke gezondheid was in het geding. Met veel omhaal van woorden lieten psychiaters en psychologen op studiebijeenkomsten over heikele onderwerpen als het 'masturbatievraagstuk' en de psychoanalyse doorschemeren dat geestelijke gezondheid niet altijd naadloos samenviel met wat de roomse moraal voorschreef. Priesters

938 Van der Hoop 1944; Rümke 1944, 270; Carp 1944, 326, 331; vergelijk Carp 1959.

939 Van der Horst 1950, 15.

940 Westerman Holstijn 1944, 345-346, 351; vergelijk Westerman Holstijn 1950.

en veel artsen zouden bij gebrek aan psychologische deskundigheid te veel moraliseren als ze met psychische en seksuele problemen te maken kregen. Wat van buitenaf zonde leek, zo betoogden psychiaters en psychologen, was bij nader inzien te begrijpen in het licht van de innerlijke ontwikkeling van mensen. Zo was het bijvoorbeeld beter om seksuele moeilijkheden als psychologische en pedagogische problemen te behandelen dan ze als zonde te veroordelen. Trimbos en Buytendijk laakten openlijk het wantrouwen van de clerus tegen de psychoanalyse en de psychologische onkunde van artsen. Trimbos was in zijn praktijk veel, zoals hij het later noemde, 'seks-ellende' onder geestelijken tegengekomen.

——— *Bij de celibatairen zag je in een verdicht geheel wat je bij gewone katholieke mensen ook heel vaak zag: het ervaren van seksuele wensen, en het ook wel praktiseren van seksualiteit, maar altijd met die druk van het schuldgevoel er achter [...] Dan kon je wel biechten, dat was een prachtige oplossing, maar het hield toch altijd iets van het niet-goed zijn, van je tekort. [...] Er waren seksueel zeer gestoorde mensen bij. Dwang-masturbanten, die zich zestig of honderd keer per dag probeerden af te trekken – een soort dwanghandeling, verkrampte seksualiteit, dat heeft een ontzettende indruk op me gemaakt.*[941]

Geestelijken keerden zich met steun van artsen die recht in de leer waren, tegen de in hun ogen te begripvolle en toegeeflijke houding van sommige psychiaters en psychologen. Vooral de psychotherapeutische behandeling van neurosen met een seksuele achtergrond was een heet hangijzer. Deze kwestie lag des te gevoeliger omdat aan het licht kwam dat sommige seminaristen en kloosterlingen voor hun kuisheidsgelofte een hoge prijs betaalden in de vorm van neurotische aandoeningen, zoals Trimbos blijkbaar had ervaren. De vraag was of zij een psychotherapeutische behandeling mochten ondergaan. Volgens enkele psychiaters werden neurosen in kerkelijke kringen maar al te vaak aangezien voor kwaadwilligheid en ongehoorzaamheid of zelfs zonde, waardoor het schuldgevoel en het psychisch lijden alleen maar verergerden. Hun bewering dat het geloofsleven zich niet volledig kon ontplooien voordat eventueel aanwezige psychische moeilijkheden therapeutisch waren verholpen, stuitte op felle protesten van enkele jezuïeten en woordvoerders van de behoudende R.K. Artsenvereniging. Die brachten naar voren dat psychotherapie onder geen beding ten koste van het christelijke normbesef mocht gaan. Ook al was geestelijke gezondheid een belangrijke waarde, het zielenheil ging boven het aardse welzijn. Er mocht geen twijfel over bestaan 'dat een mens, ook al is hij psychisch lijdende, beter af is, wanneer hij in de hemel komt, dan wanneer hij verloren gaat, al is hij psychisch nog zo gezond'.[942] Neuroselijders waren niet volledig van morele aansprakelijkheid ontslagen en psychiaters moesten er zich voor hoeden om hun zondige handelingen te verontschuldigen. Sommige psychiaters, zo suggereerde de jezuïet A. van Kol, lichtten de hand

941 Heerma van Voss 1977, 716.

942 Mertens 1953, 401.

met het katholieke leerstuk van de vrije wil en pasten therapieën toe die beslist niet door de beugel konden.[943]

In 1950 lanceerde Van Kol in het R.K. *Artsenblad* onder bijval van de redactie een felle aanval op de jonge katholieke psychiater A. Terruwe, die in 1949 bij Carp promoveerde op D*e neurose in het licht der rationeele psychologie*.[944] Op basis van de synthese van de thomistische zielkunde en de psychoanalyse die pater W.J.A.J. Duynstee, de geestelijk adviseur van de R.K. Charitatieve Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid, in de jaren dertig had geformuleerd, verdedigde Terruwe dat neurotici niet verantwoordelijk waren voor hun ongeregelde seksuele gedragingen. De overheersing van angst en schuld kon leiden tot verdringing van seksuele driften, waardoor deze zich aan de controle van verstand en wil onttrokken. Als de verdrongen seksualiteit zich langs omwegen in een neurose uitte was het niet zinvol de lijder op het zondebesef aan te spreken. Zedelijkheid was afhankelijk van redelijk inzicht en dat was nu juist door hevige angst- en schuldgevoelens geblokkeerd. De gewone zielzorg schoot hier dan ook tekort: de moralistische aanpak van priesters wakkerde de psychische conflicten alleen maar aan en werkte vanuit therapeutisch oogpunt contraproductief. Voor een effectieve behandeling van neurotische stoornissen, zo zette Terruwe in haar proefschrift uiteen, was het noodzakelijk dat patiënten zich bewust werden van hun verdrongen hartstochten en er tijdelijk aan toegaven.[945] Hoewel zij verzekerde dat het doel van haar therapie – het herstel van de werking van rede en vrije wil – uiteindelijk in het geheel niet in tegenspraak was met wat de kerk voorschreef, kwalificeerde Van Kol haar opvattingen als een ontoelaatbare inbreuk op de roomse moraal. Neurotici beschikten volgens hem over wilsvrijheid; dáárop en niet op het onbewuste moest de therapeut de behandeling enten.

Het wantrouwen tegen psychotherapie was groot in de katholieke wereld. In 1953 bekrachtigde paus Pius XII het nog eens ter gelegenheid van een internationaal katholiek congres voor psychotherapie en klinische psychologie te Rome. Hij waarschuwde in het bijzonder tegen de psychoanalyse omdat die een mensbeeld veronderstelde waarin de mens was overgeleverd aan duistere instincten. Psychoanalytici negeerden maar al te gauw de menselijke wilsvrijheid, neigden ertoe schuldgevoelens weg te praten en werkten de zonde in de hand door sluimerende seksuele voorstellingen in het bewustzijn op te roepen en te verwoorden. Immers, niet alleen 'onkuise' daden, maar ook zulke gedachten waren volgens de moraaltheologie zondig.

Het was niet moeilijk voor Van Kol en andere tegenstanders van Terruwe om de psychotherapeut in de beklaagdenbank te plaatsen. De discussie rond haar proefschrift vond plaats in een sfeer van verdachtmakingen. Zo deed het gerucht de ronde dat zij haar patiënten, onder wie seminaristen, kloosterlingen en priesters,

943 Van Kol 1949, 273. Vergelijk Bakker en De Goei 2002c.

944 Van Kol 1950.

945 Terruwe 1949 en Terruwe 1950.

tot ontucht aanzette en 'neurotische masturbanten' adviseerde aan hun neigingen toe te geven. Op instigatie van enkele jezuïeten gelastte het Heilig Officie in Rome zelfs twee keer een onderzoek. Een commissie van moraaltheologen kwam in 1950 tot de conclusie dat Terruwe's therapie niet strijdig was met de kerkelijke leer, maar de lastercampagne ging door. Vier jaar later stuurde het Vaticaan de pater-jezuïet S. Tromp naar Nederland voor een visitatie van de zogenaamde 'zondige Rivièra van het katholicisme' in Nijmegen, waar Terruwe en Duynstee werkten. Het resultaat was een officiële veroordeling van enkele 'valse leringen en praktijken ten aanzien van de behandeling van neuroselijders'. Er zouden therapeuten zijn – namen werden niet genoemd – die christelijke waarden als versterving en ascese te gauw met 'schadelijke verdringing' gelijkstelden en op die manier hun patiënten aanzetten tot zondig gedrag. De in 1956 namens de Heilige Stoel uitgevaardigde verklaring stelde:

_____ *Zeer veelvuldig zijn de gevallen waarin aan de lijders aan neurose op de een of andere wijze worden aangeraden: opzettelijke zelfbevrediging, bezoek aan publieke huizen, oneerbare blikken en aanrakingen, wellustige verlangens, overspelige verhouding; ja zelfs waarin aan priesters of religieuzen de raad wordt gegeven om personen van het andere geslacht geheel naakt te zien en met hen tot sexuele vriendschap te geraken ten einde hen zo ofwel van sexuele spanningen ofwel ziekelijke nieuwsgierigheid te bevrijden.*[946]

Seminaristen en priesters mochten niet meer bij Terruwe in therapie.

De commotie rond Terruwe is des te opmerkelijker omdat haar ideeën eigenlijk vernieuwend noch radicaal waren. Haar therapie bouwde voort op ideeën die Duynstee al in de jaren dertig naar voren had gebracht. Diens pleidooi voor een katholieke verwerking van Freuds inzichten riep toen geen enkel protest op, evenmin als de waardering die sommige katholieke psychiaters aan de dag legden voor de psychoanalytische behandelwijze. Zolang deze binnen de muren van psychiatrische inrichtingen toepassing vond in de behandeling van ernstige psychische stoornissen, bestonden er in de katholieke wereld blijkbaar weinig bezwaren, maar toen psychiaters Freuds theorie aanbevalen voor de behandeling van minder zware neurosen en seksuele problemen, zoals masturbatie en homoseksualiteit, waarvoor de geestelijkheid niet immuun bleek te zijn, kwamen er bedenkingen. De clerus had veel minder moeite met de medische inrichtingspsychiatrie dan met psychotherapie voor mensen die niet geestesziek waren. Zolang het terrein van de psychiaters scherp van dat van de geestelijken was afgebakend en de medici erkenden dat de ziel zich niet voor medisch ingrijpen leende, konden priesters de behandeling van zieke zenuwen en hersenen aan artsen overlaten. Psychotherapeuten die zich op de geestelijke dimensie van psychische aan-

946 Geciteerd in Ruygers 1965, 80; vergelijk Suèr 1969; Winkeler 1980; Ter Meulen 1988a, 89-108; Westhoff 1996, 292-305. Terruwe werd in 1965 door Rome gerehabiliteerd en trok rond 1970 volle zalen met lezingen, die op langspeelplaten werden vastgelegd. De Bruijn 1972a.

doeningen richtten, liepen echter het gevaar dat ze de grens tussen psychiatrie en zielzorg overschreden en daarbij op weerstand van de clerus stuitten. De affaire Terruwe was symptomatisch voor de gespannen verhouding tussen de kerk en de zich buiten de inrichtingen uitbreidende geestelijke gezondheidszorg in de katholieke wereld. Als vrouwelijke therapeut die seminaristen met seksuele moeilijkheden behandelde, werd Terruwe een dankbaar doelwit van priesters en behoudende artsen die wantrouwen koesterden tegen de pretenties van psychotherapeuten. In de katholieke conflicten over de toepassing van psychotherapie ging het deels om een competentiestrijd tussen gevestigde morele en medische autoriteiten en psychiatrisch en psychologisch geschoolde nieuwkomers.

Dat de gemoederen zo verhit raakten, had ook te maken met het feit dat in de discussies over psychotherapie de eerste bressen in de katholieke seksuele moraal werden geslagen. Vooral op dit gevoelige terrein bleek het evenwicht tussen kerkelijke richtlijnen en psychohygiënische inzichten uitermate precair. De Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid wijdde studiedagen aan gevoelige onderwerpen als masturbatie, de verhouding tussen man en vrouw in het huwelijk, co-educatie en psychische problemen van kinderen en jongeren. Niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook psychologisch geschoolde priesters als H.J.C.M.G. Ruygers, Perquin en Fortmann stelden vanaf eind jaren veertig in publicaties en voordrachten dat de strikte roomse voorschriften niet zelden leidden tot schadelijke verdringing, ongezonde angst- en schuldcomplexen, neurosen en zelfs zedendelicten. Fortmann stelde onomwonden dat de seksuele moraal in de katholieke wereld maar al te vaak werd

> ——— *verdedigd op een wijze die voor de psychische gezondheid catastrofale gevolgen heeft. [...] waar zulk een immorele moraal een mens ziek gemaakt heeft, kan men begrijpen welk een verademing het is wanneer hij bijvoorbeeld in de psychiater een mens ontmoet, die het psychische in zijn eigenstandigheid metterdaad erkent en nu eens niet begint met te moraliseren.*[947]

De geestelijke gezondheidszorg had volgens Buytendijk en Trimbos een belangrijke taak in de preventie en genezing van seksuele stoornissen en problemen.[948] Teneinde zowel ongezonde verdringing als losbandigheid te voorkomen was een billijke, door psychologisch inzicht gestuurde beheersing geboden. Wat volgens de kerkelijke leer zondig en onzedelijk was, zagen psychiaters en psychologen eerder als ongezond en onvolwassen. Een zinvolle vormgeving van seksualiteit was alleen in het huwelijk mogelijk, daar lieten ze geen misverstand over bestaan, maar het voortdurende gehamer op wat niet mocht zou averechts werken, omdat het niet zelden een ongunstige uitwerking had op de persoonlijkheidsontwikkeling van mensen en hun vermogen tot relatievorming. Ware zedelijkheid was geworteld in innerlijke overtuiging en deze zou beter gewaarborgd zijn door psy-

947 Fortmann 1955, 13, 16.

948 Buytendijk 1954; Trimbos 1961, 27-34.

chologische en pedagogische deskundigheid dan door kerkelijke zedenpreken en dwangmaatregelen.

Ondanks de afwerende houding ten aanzien van de psychoanalyse in vooral de katholieke wereld, groeide tegelijkertijd onder priesters en dominees de belangstelling voor psychotherapeutische inzichten en technieken. Daarin zagen sommigen van hen mogelijkheden om de zielzorg te vernieuwen en te versterken. Zowel in protestantse als katholieke kring ontstonden werkgroepen waarin de deelnemende geestelijken, psychiaters en psychologen delibereerden over de vraag hoe de kloof tussen het christelijk geloof en de inzichten van de moderne psychologie en psychiatrie viel te overbruggen. De doopsgezinde predikant J.J.G. Wuite en Rümke namen het initiatief tot de oprichting van het Theologisch-Psychiatrisch Gezelschap waarin verschillende geloofsrichtingen vertegenwoordigd waren. Het gezelschap boog zich in de jaren 1945–1953 geregeld over kwesties die zowel de psychiatrie als de zielzorg raakten, zoals seksualiteit, huwelijk, de rol van geweten en schuldgevoel, de dood, de relatie tussen zonde en ziekte, en de verschillen en overeenkomsten tussen pastoraal gesprek en psychotherapie.[949] Met zijn *Karakter en aanleg in verband met het ongeloof* (1939), waarin hij verkondigde dat ongeloof als ontwikkelingsstoornis moest worden beschouwd, had Rümke al eerder de aanzet gegeven tot een discussie over de relatie tussen psychologie en godsdienst. Het boek gaf voedsel aan het idee dat de psychologie kon bijdragen aan een optimale ontplooiing van het geloofsleven.

In de katholieke wereld ging een toenemend aantal geestelijken zich in de psychologie verdiepen. Sommigen volgden colleges bij de Nijmeegse hoogleraar in de psychologie Calon, die morele kwesties behandelde tegen de achtergrond van de psychologische ontwikkeling van de mens. Vernieuwingsgezinde en in de (fenomenologische) psychologie ingevoerde geestelijken als Fortmann, Ruygers en Perquin betoogden dat psychotherapie de zielzorg niet ondermijnde, maar kon ondersteunen. Nadat in 1953 een katholieke Nederlands-Vlaamse werkgroep voor psychotherapie was opgericht, waaraan zowel geestelijken als psychiaters deelnamen en die erop gericht was psychotherapie met de roomse leer in overeenstemming te brengen, werd een jaar later binnen de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid een Pastorale Commissie ingesteld. Deze boog zich over de verhouding tussen geloof en geestelijke gezondheid in het algemeen en tussen zielzorg en psychotherapie in het bijzonder.[950] De in 1967 opgeheven commissie van geestelijken, psychiaters en psychologen is als zodanig nooit in de openbaarheid getreden en opereerde omzichtig teneinde openlijke conflicten met de clerus en meer behoudende organisaties als de R.K. Artsenvereniging te voorkomen. In besloten bijeenkomsten hield de commissie zich niet alleen met psychotherapie bezig, maar ook met gevoelige onderwerpen als verkering, verloving, huwelijk en seksualiteit, homoseksualiteit, de opvoeding van kinde-

949 Van Belzen 1995.

950 Carp et al. 1955; Snoeck 1952; Snoeck 1957.

ren en de psychische moeilijkheden van seminaristen en priesters, vooral in verband met het celibaat. De individuele leden droegen hun denkbeelden evenwel uit in talrijke publicaties, op studiebijeenkomsten en congressen, in colleges op universiteiten en seminaries, en op de radio. Sommigen stonden in direct contact met de bisschoppen en hadden in de jaren zestig zitting in adviescommissies van het episcopaat.[951] De pastorale commissie gaf de aanzet tot een herbezinning op de verhouding tussen godsdienst en psychohygiëne. De teneur van de discussies was dat zielzorgers meer rekening zouden moeten houden met de individuele omstandigheden en eigenschappen van mensen, zodat de kerkelijke moraal leefbaarder werd. Daarbij konden psychohygiënische en psychotherapeutische inzichten goede diensten bewijzen. Bovendien zouden deze kunnen bijdragen aan de persoonlijke gewetensvorming en de ontplooiing van een innerlijk doorleefd geloof. Zo stelde Fortmann, een autoriteit in katholiek Nederland op het nieuwe vakgebied van de pastorale psychologie, dat 'het goede en heilige' pas opbloeiden als mensen niet in hun psychische vrijheid geremd werden.[952]

Mede om tegemoet te komen aan de veranderde behoeften van de gelovigen, die mondiger werden en van zielzorgers persoonlijke betrokkenheid verwachtten, kregen psychologische kennis en vaardigheden een plaats in het pastorale werk. Als hulpwetenschap ten dienste van de zielzorg vond de pastorale psychologie ingang in de theologieopleidingen. In 1951 werd de psychiater Van den Berg in Utrecht de eerste hoogleraar in dit nieuwe vak. Vijf jaar later kreeg de Katholieke Universiteit Nijmegen in de persoon van Fortmann een (buitengewoon) hoogleraar in de cultuur- en godsdienstpsychologie. Hoewel zij benadrukten dat psychotherapie iets anders was dan zielzorg, maakten psychologische methoden al gauw opgang teneinde het pastorale werk een eigentijdse inhoud te geven. Nadat het *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie* in 1959 een themanummer aan de nondirectieve gesprekstechniek van de Amerikaanse psycholoog en voormalige theologiestudent Rogers had gewijd, introduceerde de theoloog-psycholoog H. Faber deze een jaar later in Nederland als dé methode voor de pastorale zorg. Het handboek dat hij samen met E. van der Schoot schreef, *Het pastorale gesprek* (1962), kreeg grote bekendheid en verscheen in Engelse, Duitse, Franse en Portugese vertalingen. Volgens de rogeriaanse *counseling*-methode moest de hulpverlener niet moraliseren en voorschrijven, maar luisteren, vertrouwen scheppen, begrip opbrengen, inleven en 'spiegelen'. De opmars van de pastorale psychologie gaf blijk van een veranderende taakopvatting van predikanten en priesters. Het accent verschoof van geloofsverkondiging naar individuele pastorale begeleiding, in het bijzonder voor mensen die kampten met levensmoeilijkheden. Een psychologische vorming bood geestelijken uitzicht op functies buiten de kerk en ook op een eigen, hoewel enigszins omstreden, plaats in de geestelijke gezondheidszorg.[953]

951 Suèr 1969; Simons en Winkeler 1987; Westhoff 1996, 313-359.

952 Fortmann 1955, 16-17.

953 Van der Lans 1968; Bos 1990; Van Belzen 1992; Bos 1992, 1996.

Dat de toenadering tussen zielzorg en psychotherapie ook daadwerkelijk de praktijk van de hulpverlening beïnvloedde, blijkt bijvoorbeeld uit de wijze waarop een katholiek Pastoraal Bureau te Amsterdam zich rond 1960 op een nieuwe doelgroep voor de geestelijke gezondheidszorg richtte, namelijk homoseksuelen, die over het algemeen op weinig begrip in de katholieke wereld hoefden te rekenen. De veroordeling in termen van zonde en ziekte, en deels ook misdaad, bepaalde in hoge mate de houding ten aanzien van homoseksualiteit in de kerk, de gezondheidszorg en de samenleving als geheel. Het Pastoraal Bureau, dat mede op initiatief van Trimbos en met medeweten van de bisschoppen in 1958 als onderdeel van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving tot stand kwam, functioneerde tot 1965 en bood zowel pastorale zorg door geestelijken als psychiatrische hulp door zenuwartsen. De ruim tweehonderd hulpvragers die zich aanmeldden, waren overwegend katholieke mannen van tussen twintig en veertig jaar oud.[954] Velen van hen gingen gebukt onder gewetensconflicten en schuldgevoelens. Aan de ene kant wezen hun uitingen op een gehechtheid aan de katholieke leefwereld, aan de andere kant gaven ze blijk van een toenemende twijfel aan de roomse moraal. Maar weinigen van hen hielden zich daadwerkelijk aan het christelijke gebod van seksuele onthouding.

Vooral voor veel mannen die in Amsterdam woonachtig waren of daar geregeld hun vertier zochten, gold dat de discrepantie tussen kerkelijke moraal en seksueel gedrag groot was. Zij wisten te ontsnappen aan de sociale controle van familie, buurt en kerk en maakten gretig gebruik van de mogelijkheden in de hoofdstad om gevoelsgenoten te ontmoeten en seksuele partners te vinden. Naarmate hun feitelijke onafhankelijkheid toenam, groeide het ongenoegen over de houding van de clerus en de kerkelijke bevoogding. Tegelijkertijd gaven hun nieuwe leefwijze en vooral vluchtige en wisselende seksuele contacten voortdurend aanleiding tot innerlijke tweestrijd en psychische spanningen. Voor hen betekende het verzuilde katholicisme niet enkel beklemming en controle, maar ook geborgenheid en houvast en ze schrokken ervoor terug om die overboord te zetten. Het verlangen naar vrijheid en onafhankelijkheid, naar zoiets als 'jezelf zijn' was in de kiem aanwezig, maar de meeste cliënten konden zich moeilijk voorstellen hoe hun leven buiten het gegeven kader van kerk, gezin en werk zin moest krijgen.[955] De moeilijkheden waarmee de cliënten van het Pastoraal Bureau kampten, waren mede het gevolg van maatschappelijke veranderingen in de jaren vijftig. Hun bewegings- en keuzevrijheid werd groter, vanouds gegeven grenzen vervaagden en contacten met andersdenkenden namen toe. De oplopende spanning tussen de ruimere mogelijkheden in het dagelijks leven en het godsdienstige bewustzijn zorgde voor verwarring en onzekerheid. Die waren rond 1960 niet uitsluitend aan homoseksuelen voorbehouden, maar waarschijnlijk werden zij er intenser mee geconfronteerd dan anderen, die mogelijk nog enige vastigheid vonden in

954 Oosterhuis 1992, 170–176.

955 Oosterhuis 1992, 188.

de privésfeer van gezin en familie. De eersten verkeerden in een situatie waarin godsdienstige twijfel samenviel met conflicten in hun naaste omgeving over hun seksuele voorkeur.

De paters en psychiaters van het Bureau beschikten niet over pasklare oplossingen voor de moeilijkheden. De hulpverlening was opgezet als experiment teneinde in de praktijk uit te vinden hoe aan de noden van homoseksuelen tegemoet was te komen zonder de geloofswaarden overboord te zetten. De hulpverleners pleegden regelmatig onderling overleg, verwezen de cliënten voortdurend over en weer, wonnen zo nodig raad in bij een moraaltheoloog en leden van de Pastorale Commissie. In het ene geval traden de paters vermanend op, drongen ze aan op voorzichtigheid en beheersing en hielden ze cliënten voor dat ze zondigden en moesten afzien van seksueel verkeer. In het andere toonden ze begrip en stonden ze het gelaten of zelfs expliciet toe. Het kerkelijke gebod tot seksuele onthouding, zo lieten ze doorschemeren, was niet reëel en zelfs ongezond: onderdrukking van emoties en verlangens zou vaak leiden tot 'onechte schuldgevoelens', ongezonde remmingen en neurotische aandoeningen.[956] Homoseksuelen moesten hun seksuele behoeften niet verdringen, maar op verantwoorde wijze kanaliseren in vaste relaties. Met hun positieve waardering van relatievorming kwamen de hulpverleners tegemoet aan een behoefte die sterk onder katholieke homoseksuelen leefde.

De pastorale en psychiatrische hulpverlening laveerde tussen het kerkelijke gebod om homoseksuele neigingen te onderdrukken en de wenselijkheid ze in het belang van het psychische welzijn te onderkennen en te uiten. Het besef dat de kerkelijke moraal op gespannen voet stond met geestelijke gezondheid was een belangrijke stimulans om de theologische richtlijnen ruim te interpreteren. Het 'helpen van mensen' was iets geheel anders dan 'het opleggen van objectieve moraalregels', zo schreef een van de psychiaters aan een priester, die bezwaar aantekende tegen de zijns inziens ontoelaatbare adviezen van het Pastoraal Bureau.[957] Deze werden nauwgezet afgestemd op de uiteenlopende persoonlijke omstandigheden en innerlijke drijfveren van de cliënten. Met hun psychologische, deels psychoanalytische optiek namen de paters en psychiaters afstand van in de katholieke wereld gangbare opvattingen volgens welke zedenbederf, besmetting of verleiding verantwoordelijk waren voor homoseksueel gedrag. De veelvuldige verwijzingen naar psychische onevenwichtigheid betroffen niet zozeer de homoseksuele neiging als zodanig, als wel de wijze waarop de betrokkenen reageerden op de maatschappelijke afwijzing ervan. Als 'outcasts' en 'verstotenen' leden zij onder 'eenzaamheid', 'isolement', 'angst' en 'zinloosheid'.[958] De hulpverleners gingen niet zover dat ze de sociale en kerkelijke normen daarvoor verantwoordelijk stelden, zoals enkele cliënten deden. Hoewel ze wel degelijk oog hadden voor de moeilijke maatschappelijke positie van homoseksuelen, richtte

956 Oosterhuis 1992, 199.

957 Oosterhuis 1992, 199-200.

958 Oosterhuis 1992, 193-194.

hun aandacht zich vooral op de wijze waarop cliënten omgingen met de sociale druk en op de mogelijkheid om hun attitude te veranderen.

Door de voortdurende nadruk op zelfkennis, zelfwerkzaamheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid vertoonde de hulpverlening duidelijk psychotherapeutische trekken. Uit hun veelvuldige evaluerende opmerkingen over de spraakzaamheid en de verbale vermogens van cliënten blijkt dat de paters en psychiaters een passieve, afwachtende opstelling niet wenselijk achtten. Wie goed formuleerde, bereid was over intieme (seksuele) ervaringen te spreken en blijk gaf van een eigen visie op de problematiek, had een streepje voor op degene die niet vlot uit zichzelf praatte en zich moeilijk blootgaf. Een adequate omschrijving en het onder ogen zien van de moeilijkheden, een eigen mening en een actieve houding waren de eerste stappen op weg naar een oplossing. Door middel van een herdefiniëring van de moeilijkheden probeerden de hulpverleners de cliënten ertoe te brengen deze in een ander perspectief te zien. Terwijl cliënten hun moeilijkheden vaak in godsdienstige termen formuleerden, hanteerden de hulpverleners vaak een psychologisch referentiekader. Daarbij verschoof de aandacht van de absolute ge- en verboden van de kerk naar de wijze waarop de betrokkenen hun geloof beleefden. Met kwalificaties als 'oppervlakkig', 'primitief', 'onvolwassen' en 'onrijp' gaven de hulpverleners aan dat het geloof van veel cliënten niet wortelde in innerlijke overtuiging, maar slechts formaliteit en conventie was. Veel moeilijkheden weten zij aan een geloofsleven en een opvoedingspatroon waarin dwang, verplichting, volgzaamheid en angst de boventoon voerden. Uitermate kritisch uitten zij zich over 'traditionele' gezinnen waarin 'patriarchaal ingestelde' vaders en 'streng religieuze' moeders zich te rigide opstelden en kinderen geen gelegenheid boden om 'vertrouwelijk' en 'open' met hen te praten.[959] Niet alleen trachtten de hulpverleners ouders begrip voor hun homoseksuele kind bij te brengen, ook drongen ze er bij hen op aan conflicten uit te praten, te onderhandelen en compromissen te sluiten. Vaak brachten ze begrip op voor homoseksuele jongeren die zich aan de strenge ouderlijke bevoogding trachtten te ontworstelen; soms stimuleerden ze hen zelfs meer voor zichzelf op te komen. In plaats van duidelijke morele richtlijnen te geven – wat veel cliënten min of meer verwachtten en verlangden – poogden de paters en psychiaters hen duidelijk te maken dat een 'leefbare moraal' niet van buitenaf of van hogerhand kwam en dat ze beter op hun eigen geweten en oordeelsvermogen konden afgaan.

Als exponenten van een voorhoede die het katholicisme aan de eisen van veranderende maatschappelijke verhoudingen probeerde aan te passen, trachtten de hulpverleners de toegenomen bewegingsvrijheid van katholieke homoseksuelen in goede banen te leiden. Die moesten op basis van een nauwgezette innerlijke afweging de juiste balans zien te vinden tussen de katholieke moraal en zelfontplooiing. Geloofswaarden dienden op basis van individuele verantwoordelijk-

959 Oosterhuis 1992, 204-205.

heid een plaats te krijgen in het persoonlijke leven. Om tot een zelfstandige en evenwichtige persoonlijkheid uit te groeien, die de eigen homoseksualiteit aanvaardde en op verantwoorde wijze zin wist te geven, waren zelfreflectie en zelfsturing cruciaal. Waarlijk moreel gedrag viel niet van buiten- of bovenaf op te leggen, maar moest van binnenuit komen.

Hoewel het Pastoraal Bureau tijdens zijn korte bestaan een relatief kleine groep cliënten behandelde, heeft het veel invloed gehad. De nieuwe opvattingen werden in publicaties, op een congres van de R.K. Artsenvereniging (1965) en door Trimbos op de KRO-radio voor een breed publiek uitgedragen.[960] Met de nodige omhaal van woorden zetten psychiaters en geestelijken uiteen dat medische behandeling van homoseksuelen vooralsnog weinig uitzicht op genezing bood en zedenpreken niets oplosten. Het was beter de homoseksuele geaardheid te aanvaarden, schuldgevoelens te verzachten, de 'homofiele' vriendschap te waarderen en seksueel contact in een vaste verhouding te tolereren. Hiermee kwam voor het eerst naar buiten dat katholieke deskundigen de kerkelijke veroordeling van homoseksueel gedrag niet meer onderschreven.

In neutrale en protestantse kring hadden al eerder nieuwe geluiden geklonken op dit terrein. De gereformeerde psychiater Janse de Jonge hield in 1952 voor de vereniging Zedenopbouw een lezing over homoseksualiteit. Daarin prees hij het Kinsey-onderzoek – volgens hem een bevestiging van het psychoanalytische inzicht dat ieder mens in wezen biseksueel is – en vergeleek hij de maatschappelijke positie van homoseksuelen met die van andere vervolgde groepen als joden en zwarte Amerikanen. Homoseksualiteit was op zichzelf geen ziekte of stoornis, zo stelde Janse de Jonge; het was de veroordelende houding van de omgeving die leidde tot psychische problemen.[961] Hij verkondigde hiermee een visie die in grote lijnen overeenkwam met die van de aan de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming (NVSH) verbonden psychiater-seksuoloog C. van Emde Boas. In zijn historisch-literaire proefschrift *Shakespeare's sonnetten en hun verband met de travestie-double spelen* (1951) betoogde hij dat niet zozeer homoseksualiteit als wel de door de joods-christelijke traditie bepaalde 'vitale afkeer' ervan een probleem vormde.[962] Een dergelijke sociaal-historische visie bleef uitzonderlijk in de wereld van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, maar in de loop van de jaren vijftig trad er duidelijk een kentering op in de psychohygiënische benadering van homoseksualiteit, mede als gevolg van contacten met de homobelangenorganisatie Cultuur en Ontspanningscentrum (COC). Deze afficheerde zich naar buiten toe als een organisatie voor de geestelijke volksgezondheid en hechtte veel waarde aan wetenschappelijk onderzoek.[963] In 1954 gaf de vereniging de psychiater Rümke en de psychologen R.H. Houwink en Van Lennep gelegenheid om psychologisch onderzoek uit te voeren bij zo'n tweehonderd bezoekers van haar sociëteit. Deze

960 Overing et al. 1961; Trimbos 1961; Oosterhuis 1992, 207-221.
961 Janse de Jonge 1952.
962 Van Emde Boas 1951.
963 Warmerdam en Koenders 1987, 109, 121, 155, 215.

onderzoekers wilden materiaal verzamelen over homoseksuelen buiten psychiatrische inrichtingen en gevangenissen. Het onderzoek leverde geen opzienbarende conclusies op, maar was wel vernieuwend, omdat de belevingswereld van 'gewone' homoseksuelen centraal stond. De onderzoekers waren zeer te spreken over de bereidwillige medewerking van het COC en hoopten de samenwerking voort te zetten.[964]

Het Amsterdamse Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden van de protestantse Hendrik Pierson Vereniging (voorheen Zedenopbouw) bood vanaf 1959 pastorale hulp aan homoseksuelen. Deze kwam tot stand nadat de oprichter van Zedenopbouw, A. Bouman, onder invloed van contacten met het COC zijn opvattingen over homoseksualiteit had gewijzigd. Rond 1950 had hij de geaardheid een ziekte en het gedrag een zonde genoemd, maar een paar jaar later begon hij begrip te tonen voor de doelstellingen van het COC en erkende hij dat homoseksuele relaties op basis van liefde en trouw mogelijk waren.[965] Nadat enkele dominees de bijbelse veroordeling van homoseksualiteit hadden gerelativeerd, verscheen in 1961 de bundel *De homosexuele naaste*, waarin een 'subjectief betrokkene' aan het woord kwam en twee predikanten, een criminoloog en de psychiaters Janse de Jonge en M. Zeegers veel bewogenheid aan de dag legden voor de nood van de 'homofiele medemens'. Zij pleitten voor meer begrip: homoseksuelen zouden lijden onder eenzaamheid en neurosen als gevolg van de maatschappelijke afwijzing en zouden net als heteroseksuelen behoefte hebben aan een duurzame liefdesrelatie.[966] Twee jaar later kwam de Nederlands Hervormde psychiater Tolsma met een nieuwe editie van zijn *Homosexualiteit en Homoërotiek* (1948), een van de weinige Nederlandse psychiatrische monografieën over homoseksualiteit. In de gewijzigde editie was de aandacht verschoven van niet te tolereren betrekkingen en praktijken naar de onvermijdelijke en acceptabele individuele geaardheid. Seksueel contact was toegestaan als die was ingebouwd in een liefdesverhouding. Waar hij homoseksuele verhoudingen op jonge leeftijd eerder had geassocieerd met gevaarlijke verleiding, beschouwde Tolsma deze nu als symptoom van een authentieke voorkeur. Homo's bedreigden de samenleving niet, zo betoogde hij, maar de maatschappelijke vooroordelen en discriminatie vormden het probleem.[967]

Bureaus voor Levens-, Gezins- en Huwelijksmoeilijkheden

In deel 2 hebben we laten zien dat in de tweede helft van de jaren dertig mede vanuit kerkelijk initiatief katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting en protestantse spreekuren voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden ontstonden. Eerder in dit deel is er op gewezen dat de eerste Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijk-

964 Oosterhuis 1992, 165-168.
965 Bouman 1952; Koenders 1996, 599-605.
966 Janse de Jonge et al. 1961.
967 Tolsma 1948; Bos 1994; Bakker 1999b, 78-79.

heden (BLGM) tijdens de Duitse bezetting met steun vanuit de protestantse zedelijkheidsbeweging en het maatschappelijk werk tot stand kwamen.[968] Zij waren in eerste instantie bedoeld om gezinnen die als gevolg van de oorlogsomstandigheden in moeilijkheden waren gekomen, bijvoorbeeld door de gedwongen tewerkstelling van de man, hulp te bieden. Al tijdens de oorlogsjaren betitelden psychohygiënisten deze bureaus als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Onder verwijzing naar de maatschappelijke ontwrichting en de zedenverwildering onderstreepten zij na de bevrijding de blijvende noodzaak van deze bureaus.[969] De ongerustheid over uiteengevallen en onmaatschappelijke gezinnen, de losgeslagen 'massajeugd', seksuele ontsporingen, de verspreiding van geslachtsziekten en de toename van het aantal echtscheidingen en buitenechtelijke geboorten werkten de verspreiding van de nieuwe instellingen in de hand. De versterking van huwelijk en gezin gold als een van de eerste voorwaarden voor het herstel van de maatschappelijke orde. In 1941 had J. van der Spek al geschreven dat consultatiebureaus voor gezins- en huwelijksmoeilijkheden van groot belang waren 'ter bevordering van een hecht gezinsverband, om opvoedingsmoeilijkheden uit den weg te ruimen; om goede ouders te vormen, goede mannen en vrouwen, goede staatsburgers, goede leden onzer volksgemeenschap'.[970] Op het Nationaal Congres voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1947 werden de gevolgen van de oorlog en de te nemen maatregelen breed uitgemeten en daarbij kreeg het bedreigde gezin speciale aandacht. De gezinsontwrichting gold niet alleen als een gevolg, maar ook als een oorzaak van de oorlog: zwakke gezinnen zouden vatbaarder zijn geweest voor nationaal-socialistische propaganda. Het gezin was belangrijk omdat mensen daar, als samenleving in het klein, primaire sociale vaardigheden en moreel besef kregen bijgebracht. Een gezond gezinsleven was de voorwaarde voor een gezonde persoonlijkheidsontwikkeling en die vormde weer de basis voor een goed maatschappelijk functioneren. 'Gezinsherstel brengt Volksherstel', zo luidde de leuze van de Stichting Nederlands Volksherstel die zich 'de bevordering van de geestelijke en lichamelijke wederopheffing' van het Nederlandse volk ten doel stelde, jaarlijks een gezinsweek organiseerde en organisaties voor gezinshulp en -verzorging, waaronder de BLGM's, ondersteunde.[971]

In de waarschuwingen voor de ondermijning van het gezin maakten de schadelijke gevolgen van de oorlog rond 1950 plaats voor de gevaarlijke kanten van de sociale modernisering. Verstedelijking, industrialisering, de verhoging van het levenstempo en 'het vervloekte moderne individualisme', zoals een aan een BLGM verbonden predikant schreef, zouden de vertrouwde leefverbanden en de overgeleverde normen en waarden ondermijnen.[972] Een medewerker van het eind 1945 opgerichte bureau te Amsterdam, dat uitging van de Interkerkelijke Com-

968 Zie 3.5, paragraaf 'Oorlogspsychosen en -neurosen'.
969 Brillenburg Wurth 1947; Van Oort-Wegelin 1948.
970 Van der Spek 1941, 229.
971 Neij 1989, 76.
972 Brillenburg Wurth 1947, 18.

missie voor Bijzondere Kerkelijke Gezinszorg, maakte gewag van een 'verminderd besef van gemeenschapsleven' en 'een zelfzuchtige en infantiele instelling' bij veel mensen.[973] Om de wijd verbreide vereenzaming, angst en onzekerheid het hoofd te bieden, was een sterk en gezond gezin als wijkplaats voor de onpersoonlijke maatschappij onontbeerlijk. Een koesterend gezinsleven moest de door de sociale veranderingen gegenereerde spanningen absorberen en een emotioneel houvast bieden tegen schaalvergroting en verzakelijking.[974]

Het overheidsbeleid was sterk geënt op het gezin en ging uit van het kostwinnersbeginsel. In vergelijking met andere landen was het aantal vrouwen dat beroepsarbeid buitenshuis verrichtte in Nederland bijzonder laag. Dit hing niet alleen samen met de invloed van de confessionele zuilen, maar ook met het feit dat gehuwde vrouwen in mindere mate dan in andere landen uit economische noodzaak waren gedwongen het loon van hun mannen aan te vullen, waardoor het aanbod van vrouwelijke arbeidskrachten in Nederland geringer was.[975] De zorg voor het gezin kreeg een prominente plaats in het beleid van het in 1952 op instigatie van de KVP ingestelde Ministerie van Maatschappelijk Werk, dat onder leiding kwam te staan van katholieke bewindslieden en dat was bedoeld om de gevolgen van de modernisering in goede banen te leiden. Ook op aandrang van de KVP kwam er in 1955 een gezinsraad die wetgeving en bestuur moest toetsen aan het belang van het gezin.

Niet alleen in het sociale beleid, ook in de maatschappij bereikte de waardering van huwelijk en gezin in de jaren vijftig een hoogtepunt. Steeds meer mensen gingen op jongere leeftijd trouwen, het aantal ongehuwden nam in verhouding tot het aantal gehuwden af en mensen ontleenden de zin van hun bestaan in hoge mate aan hun gezinsleven. Het aantal echtscheidingen, kerkelijk gemengde huwelijken – daar maakten katholieken zich bijzonder bezorgd over – geslachtsziekten en buitenechtelijke geboorten nam, na een stijging direct na de bevrijding, eind jaren veertig af, om begin jaren vijftig het vooroorlogse peil te bereiken, dat vergeleken met andere landen laag was. Wel daalde de huwelijksvruchtbaarheid gestaag en duidde het stijgende aantal gedwongen huwelijken vanwege zwangerschap erop dat seks voor het huwelijk frequent voorkwam.[976]

Voor een groot deel waren de huwelijks- en gezinsbureaus voortgekomen uit kerkelijke initiatieven en de confessionele zedelijkheidsbeweging. Het was niet vanzelfsprekend dat deze voorzieningen tot het terrein van de geestelijke volksgezondheid behoorden, ook al onderschreven psychohygiënisten het belang van een gezond huwelijks- en gezinsleven krachtig.[977] Rond 1950 ontstond er onenig-

973 Rijksen 1948, 66, 69.

974 Van der Kamp en Krijnen 1987, 12; De Goei 2001, 131; vergelijk Gastelaars 1985 en Van Berkel 1990.

975 Plantenga 1999, 100–102.

976 Kooy 1957, 144, 161; Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek 1970; Kooy 1976, 107–108; Kooy 1980, 42; Damsma 1988, 239; Mooij 1993, 170; Linders 1997, 145; vergelijk Kooy 1975; Blom 1981; Blom 1996.

977 Lekkerkerker 1947c, 5-6; Koenders 1996, 503; De Goei 2001, 195–209.

heid tussen enkelen van hen over de noodzaak om deze consultatiebureaus, die zich op 'levensproblemen' van in principe gezonde en hoogstens psychisch bedreigde of lichtgestoorde mensen richtten, onder de vlag van de geestelijke gezondheidszorg te subsidiëren. Ging het hier niet eerder om maatschappelijk werk en kerkelijke zielzorg, zo vroegen psychiaters als Querido en Kraus, sinds 1947 voorzitter van de NFGV, zich af. Met name Querido kritiseerde de in zijn ogen amateuristische werkwijze van de gezins- en huwelijksbureaus. Hij sprak van 'stumperige consultatiebureaus', die waren voortgekomen uit 'confessionele naijver of erger nog met zucht tot persoonlijk gewin als drijfveer'.[978] Volgens hem waren ze niet geschikt om een therapeutische functie te vervullen omdat ze niet op professionele leest geschoeid waren. Tegengestelde professionele belangen staken hier de kop op. Niet alleen Querido, maar ook andere psychiaters die binnen of buiten de inrichtingen werkzaam waren, vreesden dat de groei van de nieuwe ambulante voorzieningen voor psychosociale problematiek ten koste zou gaan van de zorg voor geesteszieken. Bovendien dreigde een aantasting van het gezag van de psychiater door de opkomst van een nieuwe beroepsgroep: evenals in de MOB's gingen psychiatrisch-sociaal werksters in de gezins- en huwelijksbureaus naast de psychiaters een sleutelrol vervullen met eigen taken en verantwoordelijkheden. Eind jaren vijftig, toen hun aantal sterk was gegroeid, waren de BLGM's vanwege de associatie met zielzorg en maatschappelijk werk nog altijd niet onomstreden binnen de NFGV.[979]

Lekkerkerker, die in de jaren dertig zelf een opleiding tot psychiatrisch-sociaal werkster had gevolgd en in een MOB werkzaam was, verdedigde de BLGM's tegen de kritiek van Querido en andere psychiaters. Naar het voorbeeld van de MOB's zouden deze voorzieningen door middel van de aanstelling van sociaal en psychotherapeutisch geschoolde psychiaters en psychiatrisch-sociaal werksters en de invoering van 'teamwork' wel degelijk aan professionele eisen kunnen voldoen.[980] 'Er is een eigen terrein: de zielszorg, toegepast met een verantwoord gebruik van de vele nieuwe psychologische inzichten', aldus ook N. Rijksen, die als maatschappelijk werkster was verbonden aan een interkerkelijk bureau in Amsterdam.[981] Lekkerkerker en Rijksen kregen steun van confessionele psychiaters die veel belang hechtten aan de erkenning en subsidiëring van de voor het merendeel verzuilde en godsdienstig gekleurde gezins- en huwelijksbureaus als instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Hun zienswijze won het pleit in het NFGV en vanaf 1950 konden de bureaus net als de MOB's rekenen op subsidiëring vanuit het Preventiefonds, zoals ze in de daaraan voorafgaande jaren al werden gefinancierd vanuit het Prophylaxefonds. In 1957 stelde het Ministerie van Maatschappelijk Werk een subsidieregeling in en verder verkregen de bureaus ook

978 Kraft 1963, 16-17; De Goei 2001, 168.
979 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1958, 3.
980 Lekkerkerker 1947c; vergelijk Dercksen 1951; Van Oort-Wegelin 1951.
981 Rijksen 1948, 69.

inkomsten uit particuliere of kerkelijke giften, subsidies van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van gemeenten, en bijdragen van cliënten naar draagkracht.[982] Volgens de subsidienormen dienden de bureaus zich bezig te houden met zowel voorlichting, advisering, doorverwijzing als behandeling en moesten ten minste een sociaal-psychiater met psychotherapeutische expertise en een psychiatrisch-sociaal werkster eraan verbonden zijn. Aanstelling van andere artsen, geestelijken, psychologen, juristen en eventueel sociologen behoorde tot de mogelijkheden.[983]

De consultatiebureaus, waarvan de benaming varieerde, maakten een sterke groei door in de jaren veertig en vijftig.[984] Rond 1950 bestonden er op 19 locaties meestal wekelijkse spreekuren, waarvan 1 katholiek, 4 protestants en 4 neutraal van signatuur waren. Twaalf jaar later was het aantal consultatiebureaus toegenomen tot 51 en daarvan waren 27 rooms-katholiek, 16 protestants, 4 humanistisch, 3 neutraal en 1 joods. In de regel hielden ze twee keer per week spreekuur.[985] Over de aantallen 'cliënten' – de leidster van een BLGM in Den Haag gebruikte deze term al in 1954 – zijn nauwelijks gegevens voorhanden. Een medewerker van een Amsterdams bureau meldde in 1948 dat in de twee jaar daarvoor zich 550 hulpvragers hadden gemeld, van wie ruim 310 vrouwen en bijna 240 mannen.[986]

Samen met de al bestaande MOB's gingen deze in meerderheid dus confessionele instellingen het gezicht van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de jaren vijftig en zestig bepalen. In tegenstelling tot het IMP, dat zich profileerde met een gespecialiseerde, nog tamelijk onbekende therapie, onderscheidden de BLGM's zich niet met een bijzondere, gespecialiseerde behandelwijze en ook de doelgroep was niet duidelijk omschreven. In de praktijk ging het om een veelheid aan problemen van psychiatrische, psychische, lichamelijke, religieuze, juridische, sociale en materiële aard: moeilijkheden tussen huwelijkspartners, verloofden en gezinsleden; seksuele moeilijkheden, gewetensnood in verband met geboorteregeling, het gebrek aan een partner; problemen op het werk of met huisvesting en aanpassingsproblemen in verband met veranderingen in het leven.[987] Desondanks zagen hulpverleners zich vooral in de eerste jaren geregeld

982 Lekkerkerker 1958a; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 69; Van der Grinten 1987a, 233; De Goei 2001, 205-209.

983 Lekkerkerker 1950 en Lekkerkerker 1956.

984 Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden of Spreekuur voor Levensmoeilijkheden kwamen als benaming voor naast het meer gangbare Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM), in de jaren zeventig gewijzigd in Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (BLGV). De katholieke voorzieningen op dit terrein heetten Bureau voor Huwelijksvoorlichting en vanaf begin jaren vijftig Bureau voor Huwelijksaangelegenheden. Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 107.

985 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1949, 65, 68-69; Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 240-246. In de *Gids voor de Geestelijke Volksgezondheid* van 1949 (64) wordt onder de BLGM's ook verwezen naar de consultatiebureaus van de NVSH, maar vanwege hun 'beperkt doel' (advisering met betrekking tot geboorteregeling) kregen deze daarin verder geen aandacht.

986 Blauw 1954, 99; Rijksen 1948, 69.

987 Rijksen 1948, 69; Blauw 1954; Dercksen 1956; Sommer 1983; Pols 1989, 77.

geconfronteerd met mensen die volgens hen aan het verkeerde adres waren. Een van hen maakte in 1948 gewag van 'de meest uiteenlopende sociale vragen van materiële en practische aard' van hulpzoekenden, die andere maatschappelijke instanties doorverwezen naar het BLGM. De leidster van het BLGM in Den Haag berichtte dat op haar bureau nog te veel moeilijk behandelbare 'zware gevallen' terechtkwamen, 'zware neurotici, zeer gestoorde mensen', die door andere instellingen werden gestuurd. Zij achtte het nodig om meer 'propaganda' voor het werk van het BLGM onder het grote publiek te maken teneinde het aandeel van de 'lichtere gevallen' te vergroten.[988] De naam van het bureau bleek soms misverstanden op te roepen: 'de huismoeder die komt vragen of wij niet een dienstmeisje voor haar weten, bevindt zich immers ook in een gezinsmoeilijkheid!'[989] De katholieke Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden gaven eveneens nogal eens aanleiding tot verwachtingen waaraan ze niet konden voldoen: bij het bureau in Heerlen kwamen verzoeken binnen om te bemiddelen bij het vinden van een partner.[990]

Het behandelingsrepertoire van de BLGM's was grotendeels ontleend aan bestaande vormen van ondersteuning en hulpverlening: aanvankelijk vooral pastorale zorg, medisch-psychiatrisch onderzoek en maatschappelijk werk, en in de loop van de jaren vijftig meer en meer een sociaal-psychologische aanpak die deels op het *social casework* en deels op eenvoudige psychotherapeutische methoden zoals *counseling* leunden. Deze werkwijzen stelden minder hoge eisen aan cliënten dan de psychotherapie die het IMP en in mindere mate ook het MOB boden. De BLGM's waren dan ook toegankelijker voor het grote publiek, temeer omdat ze grotendeels op godsdienstige basis waren opgericht en zo aansloten bij de belevingswereld van veel mensen. Met andere woorden, protoprofessionalisering was nauwelijks vereist – waarschijnlijk een belangrijke reden waarom het gemiddelde opleidingsniveau van de BLGM-cliënten lager lag dan die van de IMP-clientèle.[991]

In de praktijk van de BLGM's kregen de psychiatrisch-sociaal werksters – in tegenstelling tot de meeste andere stafleden waren zij meestal voltijds aangesteld – een centrale rol. Niet alleen namen psychiatrisch-sociaal werksters vaak de dagelijkse leiding en de administratieve taken op zich, maar ook verzorgden zij de intake van nieuwe cliënten en, door het voeren van therapeutische gesprekken, een groot deel van de behandeling. Het *social casework*, zo stelde de leidster van een BLGM, baseerde zich op 'de wetten van de ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid' en deze maakten duidelijk dat 'een mens eerst allerlei barricades, psychische belemmeringen moet opruimen, voor hij er aan toe is zijn problemen te kunnen oplossen'.[992] Volgens Lekkerkerker bestond de taak van de psychiatrisch-sociaal werkster in de bureaus uit 'een grondig onderzoek van de uitwendige sociale en economische omstandigheden' alsook 'het peilen van het

988 Blauw 1954, 100-101; vergelijk Bless 1948 en Bijlsma 1954.
989 Rijksen 1948, 67.
990 Bijlsma 1954, 126.
991 Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 27.
992 Blauw 1954, 97-98.

gevoelsleven van de cliënt en de gevoelssfeer in het gezin en de affectieve mogelijkheden van alle betrokkenen'.[993] De groeiende invloed van het *social casework* bevorderde de accentverschuiving van een morele naar een sociaal-psychologische optiek, het eerst in de neutrale en later ook in de confessionele bureaus.[994] Dit leidde soms tot conflicten met de oprichters ervan, zoals A. Bouman, die moeilijk konden verkroppen dat psychiatrisch-sociaal werksters, meestal jonge vrouwen, het initiatief naar zich toetrokken en de koers verlegden van een morele naar een psychosociale benadering. '[D]an dachten ze dat ze hele pieten waren, of pieterkes,' aldus Bouman, 'want dan dachten ze dat hebben we geleerd van juffrouw Ongerboer en mejuffrouw Kamphuis.'[995]

Van de andere kant uitten Querido en Lekkerkerker kritiek op sommige confessionele bureaus omdat het daarin zou ontbreken aan professionaliteit. De bezwaren richtten zich vooral op de katholieke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting. Deze waren als pastorale voorzieningen opgericht teneinde de kerkelijke gezinsmoraal, vooral op het gebied van geboorteregeling, te handhaven.[996] Zowel de mogelijke concurrentie van het toenemende aantal neutrale, humanistische en protestantse BLGM's en de consultatiebureaus van de NVSH, als de subsidievoorwaarden van de NFGV stimuleerden katholieke psychohygiënisten echter om de huwelijksbureaus ook als professionele instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg te afficheren. Eerst deden ze dat voornamelijk retorisch – wat vroeger moreel verwerpelijk was, gold nu als schadelijk voor de geestelijke gezondheid –, maar in de loop van de jaren vijftig en zestig gebeurde dat in toenemende mate ook op inhoudelijke gronden. Desondanks voldeden veel katholieke bureaus jarenlang niet aan de normen van het NFGV, vooral omdat er geen psychiaters en gediplomeerde psychiatrisch-sociaal werkers aan verbonden waren. Tegelijkertijd wisten de katholieken een steeds groter deel van de beschikbare subsidiegelden binnen te halen, wat achterdocht en irritatie opwekte van met name Querido en Lekkerkerker, die professionaliteit voorop stelden. Het lukte de katholieken zelfs om de subsidierichtlijnen in hun richting bij te buigen.[997]

Geleidelijk aan veranderde de werkwijze van de katholieke bureaus. De in 1948 vanuit de R.K. Artsenvereniging en het Wit-Gele Kruis opgerichte Katholieke Nationale Commissie voor Huwelijksvoorlichting, die onder het gezag van de bisschoppen stond, bezon zich op de vraag hoe de bureaus psychohygiënische doeleinden konden nastreven zonder de katholieke moraal uit het oog te verliezen en de pastorale taak prijs te geven.[998] Vanuit de vernieuwingsgezinde Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid werd erop gewezen dat veel moeilijkheden in verband met de katholieke huwelijksmoraal een psychische achtergrond hadden en nieuwe, professionele benaderingen vereisten. Het eerste

993 Lekkerkerker 1958a, 99.
994 Van Oort-Wegelin 1955, 1957, 1962, 1963; Romme 1978b, 247.
995 Koenders 1996, 579.
996 Hoegen 1952, 338, 342-343; Bartels 1953, 239.
997 Westhoff 1996, 208, 246, 252, 404; vergelijk Van Oort-Wegelin 1951; Lekkerkerker 1958a.
998 Bless 1948; Hoegen 1952, 343.

teken van verandering was dat priesters een stap terug deden en artsen een prominentere rol kregen: zij gingen de spreekuren verzorgen. Hoewel de bisschoppen vasthielden aan het pastorale karakter van de huwelijksvoorlichting, werden vervolgens in 1952, mede op advies van Trimbos, vier nieuwe bureaus ingericht, nu Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden genaamd. Daaraan waren behalve huisartsen en priesters ook psychiaters en maatschappelijk werksters en later ook psychologen verbonden.[999]

Ook in de andere katholieke bureaus verschoof het accent in de loop van de jaren vijftig en begin zestig van pastorale naar geestelijke gezondheidszorg. De omvorming van de kerkelijke Bureaus voor Huwelijksvoorlichting in psychohygiënische Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden verliep echter niet zonder strijd. Net als bij de toepassing van psychotherapie stuitten psychiaters, psychologen en maatschappelijk werksters op weerstand van geestelijken en (huis)artsen die hun gezag over het gezin bedreigd zagen en de psychohygiënische nieuwlichterij, het 'gepsychologiseer' en het 'psychologengedoe', zoals een van hen het uitdrukte, buiten de deur wilden houden.[1000] Psychiaters en psychologen verheelden niet dat zij huisartsen vanwege hun moralisme niet altijd even geschikt achtten om psychische en relationele moeilijkheden te behandelen, ook al rekenden die psychosomatische en neurotische klachten tot hun werkveld. Vooral als het om geboorteregeling ging stonden psychohygiënisten, door hun tegenstanders aangeduid als de 'psychischen', en behoudende artsen, die zich als vurige verdedigers van de roomse huwelijksmoraal een positie naast de clerus hadden veroverd en die als de 'orthodoxen' of 'biologischen' golden, lijnrecht tegenover elkaar.[1001]

Met hun nadruk op het belang van gezonde affectieve verhoudingen in het gezin profileerden de psychohygiënisten zich tegenover zielzorgers en artsen die zich hadden toegelegd op de bewaking van het 'natuurlijke' doel van het huwelijk: de voortplanting. Terwijl in het R.K. *Artsenblad* de 'natuurwet' richtlijn bleef en artsen geboortebeperking alleen bij hoge uitzondering, in overleg met priesters en door middel van periodieke onthouding toestonden, opperden psychologen en psychiaters dat de kwaliteit van de emotionele banden in het gezin een legitieme psychohygiënische reden voor geboorteregeling kon zijn.[1002] Woordvoerders van de Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid wezen erop dat kinderen in grote gezinnen mogelijk te weinig affectieve aandacht van hun ouders kregen, wat later maar al te vaak tot psychische moeilijkheden leidde. Tegenover de traditionele zielzorg en de medische behandeling bakenden de katholieke psychohygiënisten hun eigen interventieterrein af: de gevoelsrelaties tussen (toekomstige) huwelijkspartners en tussen ouders en kinderen in het gezin.[1003] Traditioneel waren de nauw omschreven 'natuurlijke' rechten en plichten van man en vrouw afgestemd op het primaire huwelijksdoel,

999 Van der Spek 1951; Bijlsma 1954; Westhoff 1996, 145.
1000 Westhoff 1996, 110-111, 231, 240.
1001 Westhoff 1996, 385.
1002 Vaessen 1953.
1003 Berger en Janssen 1980; Van Berkel 1990.

de voortplanting, en kwam de ontplooiing van de echtelijke liefdesband op de tweede plaats. In de jaren vijftig formuleerden de woordvoerders van de Katholieke Centrale Vereniging een nieuw huwelijksideaal, volgens hetwelk de affectieve eenwording in het seksuele contact minstens zo belangrijk was als de kinderen die er mogelijk het gevolg van waren. Terwijl in de katholieke wereld voorheen vooral was gewezen op de zedelijke gevaren die huwelijk en gezin van buitenaf bedreigden, richtten de psychohygiënisten hun aandacht op de innerlijke kwaliteit van het huwelijks- en gezinsleven. Het ging hen in de eerste plaats om gezonde emotionele gezinsverhoudingen en persoonlijke ontplooiing.

Trimbos, die leidinggaf aan het Katholieke Bureau voor Huwelijksaangelegenheden in Amsterdam, omschreef geestelijke gezondheidszorg als 'de preventieve of curatieve zorg van bedreigde of gestoorde relaties'.[1004] Hem was gebleken dat het veel katholieke echtelieden niet alleen ontbrak aan kennis op het gebied van seksualiteit, maar ook aan een goede psychische voorbereiding op het huwelijk. Het doorsnee huwelijk was volgens hem 'dor en hopeloos ongecultiveerd in psychologische en anthropologische zin'.[1005] De traditionele katholieke huwelijksinstructie door priesters, die het huwelijk in de eerste plaats als instrument voor de voortplanting zagen en voornamelijk over rechten en plichten spraken, schoot jammerlijk tekort. Psychische 'volwassenheid en uitgerijptheid', zo betoogde Trimbos, waren de voorwaarden voor een succesvol huwelijk, dat zijn bekroning vond in de 'overgave aan en [het] aannemen van de ander'.[1006] Opvoedingsproblemen en huwelijksmoeilijkheden vonden hun oorzaak in gestoorde relaties tussen man en vrouw, en deze waren weer geworteld in 'psychisch onvermogen'.[1007] In de cursussen die Trimbos in de jaren vijftig in Amsterdam opzette voor verloofden, de zogenaamde huwelijksschool, werd niet alleen op een voor katholieken ongehoord open manier over seksualiteit en geboorteregeling, maar ook over mogelijke relatieproblemen gesproken. Een gezonde seksualiteitsbeleving kwam de kwaliteit van de huwelijksrelatie ten goede en omgekeerd. Ook de protestantse Hendrik Pierson Vereniging verzorgde dergelijke cursussen.[1008] Relatievorming, 'de wankele bodem der wederzijdse gevoelsbetrekkingen' in de woorden van Trimbos, was de spil van de nieuwe huwelijks- en seksuele moraal, die katholieke en ook protestantse psychohygiënisten in de jaren vijftig en zestig uitdroegen.[1009]

Niet alleen vanwege het verzet van behoudende geestelijken en artsen verliep de omvorming van de katholieke huwelijksbureaus tot voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg moeizaam. In de katholieke wereld was ook sprake van een tekort aan psychiaters en voor dit werk opgeleide maatschappelijk werksters. Begin jaren vijftig waren er nog geen 100 katholieke zenuwartsen op een

1004 Trimbos 1960, 19; vergelijk Trimbos 1956, 261; Trimbos 1959, 251.
1005 Trimbos 1954, 132.
1006 Trimbos 1961, 94.
1007 Trimbos 1959, 251.
1008 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 248.
1009 Trimbos 1959, 228.

C.J.B.J. Trimbos als gespreksleider in de tv-serie 'Gehuwd en ongehuwd' van de KRO, seizoen 1963-1964.

totaal van ongeveer 450, terwijl de katholieken bijna 40 procent van de Nederlandse bevolking uitmaakten.[1010] Deels namen psychologen, wier aantal in de katholieke wereld snel toenam, de plaats in van psychiaters in ambulante voorzieningen. Psychiatrisch-sociaal werksters – meestal jongere ongehuwde vrouwen – stuitten daarentegen op nogal wat wantrouwen en als ze al werden aangesteld dan was het in een ondergeschikte positie.[1011] Medio jaren vijftig vormden psychiaters, psychiatrisch-sociaal werksters en psychologen nog een minderheid in de 15 Bureaus voor Huwelijksaangelegenheden die toen functioneerden: tegenover 19 zenuwartsen, 12 psychologen en 12 maatschappelijk werksters stonden 48 huisartsen, 11 gynaecologen en 21 priesters.[1012] Pas begin jaren zestig waren alle 25 katholieke bureaus in psychohygiënische zin geprofessionaliseerd en werd de nauwe organisatorische band met de kerk doorgesneden. De kerkelijke commissie voor huwelijksvoorlichting, waarin vertegenwoordigers van de bisdommen zitting hadden, maakte in 1965 plaats voor het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus dat onderdak vond bij het KNBGG.

Aan de hand van dossiers die verslagen bevatten van gesprekken tussen hulpverleners en cliënten is de hulpverleningspraktijk van het Amsterdamse katholieke Bureau voor Huwelijksaangelegenheden in de periode 1954 tot 1966 onderzocht.[1013] Deze weerspiegelt de hierboven gesignaleerde ontwikkelingen. In de jaren vijftig voerden huisartsen en priesters nog de boventoon en bestond de hulpverlening voornamelijk uit medische en pastorale bijstand bij geboortebeperking en andere problemen op het gebied van voortplanting en seksualiteit. Vaak ging het om onduidelijkheid rond de aanvaardbaarheid van anticonceptie en de toepassing van periodieke onthouding, onenigheid tussen man en vrouw over de frequentie van het seksuele verkeer en de angst van de vrouw voor zwangerschap. De oplossing werd vooral bij de vrouw gezocht; zij moest een weg vinden tussen enerzijds de vermeende 'natuurlijke' seksuele aandrang van de man en de katholieke huwelijksverplichtingen, en anderzijds een verantwoorde manier om ongewenste zwangerschappen te voorkomen.

Hoewel de inbreng van psychiaters en de psychiatrisch-sociaal werksters in de loop van de jaren vijftig groter werd, konden zij pas rond 1960 hun stempel drukken op de hulpverleningspraktijk. Naarmate hun aantal toenam, verschoof de aandacht van de medisch-biologische en morele aspecten van de voortplanting naar psychische en relationele moeilijkheden. Zij beschouwden het huwelijk als wisselwerking tussen twee karakters, een relatie waarin de echtelieden hun attitudes en emoties zodanig op elkaar zouden moeten afstemmen dat ze bijdroegen aan elkanders zelfontplooiing. Vastliggende medische diagnoses en kerkelijke voorschriften maakten plaats voor een gedifferentieerd beroep op (zelf)inzicht, aanvoelen en attitudeverandering, vooral bij de vrouw. Terwijl de psychiater zich richtte op de individuele psyche, hield de psychiatrisch-sociaal werkster zich

1010 Westhoff 1996, 217.
1011 Sommer 1985; Westhoff 1996, 226; Willemsen 2001, 99.
1012 Westhoff 1996, 226.
1013 Sommer 1983, 1984, 1985.

vooral bezig met de relationele dimensie. Beiden hanteerden een aan de dieptepsychologie en psychoanalyse ontleend referentiekader. Hun benadering zette zich in de jaren zestig door: ook van de man, die daarvoor nogal op de achtergrond was gebleven, werd 'bewustwording', 'partnerschap', emotionele betrokkenheid en inleving verwacht. Voor een bevredigend huwelijk was het nodig dat de man en de vrouw elkanders belevingswereld deelden en op elkaar afstemden. Ze moesten voortdurend 'werken' aan de kwaliteit van hun relatie.[1014] Voor de cliënten, die voor het merendeel tot de arbeidersklasse behoorden, waren dergelijke eisen niet vanzelfsprekend. Uit de frequente huisbezoeken en de correspondentie van de psychiatrisch-sociaal werkster valt op te maken dat velen aanvankelijk niet vanzelf kwamen, maar min of meer moesten worden aangemoedigd.

Ook in andere katholieke bureaus verloren de godsdienstige oogmerken en de medische aanpak hun relevantie en gingen in de jaren zestig de nieuwe *social casework*- en *counseling*-methodieken de hulpverlening bepalen. Het aantal psychiatrisch-sociaal werksters nam toe en zij breidden hun taken uit. Net als de psychiaters zochten zij de oorzaak van huwelijksmoeilijkheden niet, zoals voorheen de huisartsen en de priesters, in het lichaam (van de vrouw) of het geweten, maar in relatiestoornissen die zouden zijn terug te voeren op de persoonlijkheidsstructuur en de verhoudingen in het ouderlijk gezin. 'In die heerlijke jaren zestig hadden we volop gelegenheid ons vrij te concentreren en te verdiepen in de problematiek van onze cliënten. [...] de relatieproblemen kregen bij ons de volle aandacht', aldus een medewerkster.

> ——— *Al werkend ontdekten wij patronen in hun wisselwerking: dominantie-submissie-verhoudingen, en kregen meer zicht op het ontstaan van problemen, die duidelijk verband bleken te hebben met de opgedane ervaringen in het ouderlijk gezin. Maar vooral ontdekten wij van welk effectief belang de relatie van de therapeut met beide echtelieden kon zijn. [...] Steeds meer werd het huwelijk gezien als een dynamisch partnerschap en bestudeerd vanuit de sociologie en de toen opkomende humanistische psychologie.*

Zowel de individuele psychotherapie als de gezins- en partnerrelatietherapie deden hun intrede en daarin 'werd licht geworpen op de onbewuste processen in ieder individu, tussen partners, en ook tussen hulpverlener en cliënten'. Naarmate de invloed van psychotherapeutische werkwijzen toenam, signaleerden hulpverleners vaker een gebrek aan zelfwerkzaamheid bij de cliënten: 'Aan het nemen van eigen verantwoordelijkheid kwamen velen niet toe, gewend als ze waren die over te laten aan kerkelijke, maatschappelijke of ouderlijke autoriteiten.'[1015]

In de jaren zestig waren de verschillen tussen confessionele en neutrale of humanistische bureaus verbleekt en golden 'tussenmenselijke dynamische relaties' in vrijwel alle instellingen als het kader waarin huwelijks- en gezinsproblemen

1014 Sommer 1983, 30.
1015 Geelen-Voss 1987, 104, 107, 109; vergelijk Geelen-Voss 1966; Nevejan 1966; Willemsen 2001, 139, 141.

aan de hand van psychoanalytische noties als identificatie, overdracht en weerstand waren te begrijpen.[1016] De bureaus behandelden vooral, zo was in de *Gids voor Geestelijke Gezondheidszorg* te lezen, 'moeilijkheden in de verhouding tot anderen' en 'moeilijkheden [...] waarin de situatie van de hulpzoekende niet kan worden verklaard dan wanneer inzicht bestaat in de gecompliceerde psychologische achtergronden'.[1017] Om deze moeilijkheden op te lossen was het nodig dat cliënten zich bewust werden van hun gedragingen, houdingen, drijfveren en gevoelens, en dat ze hun emoties uitten. De kwaliteit van de intieme relaties in het gezin werd van grote betekenis geacht voor de psychische spankracht waarover mensen dienden te beschikken om zich te handhaven in de onpersoonlijke prestatiemaatschappij. De nadruk op interpersoonlijke relaties betrof ook de verhouding tussen behandelaar en cliënt: de deskundige moest over de vaardigheden beschikken om de hulpvrager als 'medemens' te benaderen en met behulp van gesprekstechnieken een vertrouwensrelatie met hem of haar op te bouwen.[1018]

De veranderende opvattingen over huwelijk en gezin in de geestelijke gezondheidszorg droegen ertoe bij dat psychiaters steeds openlijker gingen pleiten voor geboorteregeling, een onderwerp dat tot dan toe alleen door de omstreden Nieuw-Malthusiaanse Bond en haar naoorlogse opvolger, de NVSH, op de maatschappelijke agenda was gezet en dat in de gevestigde medische wereld nauwelijks aandacht kreeg. In het zogenaamde blauwe boekje van de KNMG, *Medische ethiek en gedragsleer* (1953) was te lezen dat systematisch toegepaste contraceptie tot psychische schade zou leiden. Tussen 1949 en 1964 verschenen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geen artikelen over geboorteregeling.[1019] De redactie van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* daarentegen wijdde in 1963 een themanummer aan dit onderwerp in de vorm van de weergave van een genuanceerde discussie tussen vertegenwoordigers van de verschillende levensbeschouwelijke richtingen onder leiding van de priester en filosoof Ruygers. Allen erkenden dat er in de samenleving een legitieme behoefde bestond aan voorbehoedmiddelen en dat de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke taak had te vervullen om de onzekerheid en 'nood' op dit terrein te lenigen. Het taboe op anticonceptie en de wettelijke beperkingen die voor de verkoop van voorbehoedsmiddelen golden, waardoor deze alleen heimelijk in de clandestiene sfeer en in 'allerlei obscure, commerciële zaakjes' te verkrijgen waren, moesten plaatsmaken voor openheid en bespreekbaarheid.[1020] Voor een verantwoorde en volwassen, goed gemotiveerde toepassing van anticonceptie was het nodig dat angst- en schuldgevoelens op het gebied van het geslachtsleven met goede psychohygiënische voorlichting werden tegengegaan en dat de relationele betekenis van seksualiteit centraal kwam te staan.

1016 Pols 1989, 62-69; Mol en Van Lieshout 1989, 213-215.
1017 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1962, 97.
1018 Geelen-Voss 1966, 7; Mol en Van Lieshout 1989, 218, 253.
1019 De Bruijn 1979, 163-165.
1020 Derksen et al. 1963, 97, 100, 106.

Het wantrouwen in kerkelijke en katholieke medische kringen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg verdween in de jaren zestig, vooral omdat veel artsen en geestelijken hun opvattingen over geboorteregeling ook verruimden. Mede onder invloed van de Lambeth-conferentie van Anglicaanse bisschoppen in 1930, waarop een toegevender standpunt ten aanzien van geboortebeperking werd geformuleerd, was in de jaren dertig al een kentering op gang gekomen in Nederlands Hervormde kring. In een *Herderlijk schrijven* had de Nederlands Hervormde Kerk zich in 1952 uitgesproken voor een verantwoorde toepassing van geboorteregeling en daarbij de eigen waarde van seksualiteit voor de huwelijksrelatie onderstreept. Vijf jaar later kwam met steun van verschillende protestantse kerken de Protestantse Stichting ter Bevordering van Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG) tot stand, die samenwerking zocht met de BLGM's en zich in 1966 aansloot bij het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid. De PSGV zette eigen consultatiebureaus op met maatschappelijk werksters, pastoraal medewerkers, artsen en psychiaters ter bevordering van een 'geestelijk gezond geslachtsleven'.[1021] In een synodaal besluit aanvaardden de Gereformeerde Kerken het gebruik van voorbehoedmiddelen officieel in 1963.[1022] In hetzelfde jaar liet bisschop W.M. Bekkers op de televisie weten dat hij de beslissing over het kindertal als een persoonlijke gewetenskwestie van gehuwden zag. Veel katholieken vatten zijn uitspraak op als een sanctionering van wat psychohygiënisten al langer voorstonden.[1023] Bovendien kregen de nieuwe ideeën begin jaren zestig een gunstig onthaal van een breed katholiek publiek toen Trimbos deze uiteenzette in een serie voordrachten voor de KRO-radio en -televisie en in enkele populariserende publicaties, zoals *Gehuwd en ongehuwd* (1961), *Samenleven in huwelijk en gezin* (1962) en *Man en vrouw, de relatie der seksen in een veranderende wereld* (1964). Zijn radiopraatjes riepen veel instemmende reacties op en hij ontving honderden brieven van luisteraars.[1024]

Zowel in de confessionele als in de neutrale geestelijke gezondheidszorg werd in de jaren zestig openlijk gepleit voor gezinsplanning en seksuele voorlichting. Daarbij zagen psychiaters een belangrijke taak voor zich weggelegd, omdat moeilijkheden op dit gebied in hun ogen onverbrekelijk verbonden waren met 'psychologische problematiek'.[1025] Met de introductie van de pil (1962) en de vergoeding daarvan door het ziekenfonds (1971) waren het echter vooral huisartsen die de begeleiding bij geboorteregeling ter hand namen. Bovendien bleek al gauw dat mensen op dit gebied hun eigen verantwoordelijkheid namen en zonder psychiatrische of psychologische begeleiding konden. Hoewel Rome anticonceptie in de

1021 Blankestijn 1965, 245; Dupuis 1966.
1022 De Bruijn 1979, 158.
1023 Een paar jaar later verscheen Bekkers op de buis in een begripvol tweegesprek met M. Zeldenrust-Noordanus, de voorzitster van de NVSH. De bisschoppen hadden deze vereniging net als het Humanistisch Verbond in hun Amendement (1954) nog in de ban gedaan vanwege hun opvattingen over geboorteregeling.
1024 Westhoff 1996, 257-260.
1025 Derksen et al. 1963, 108; Trimbos 1963; Musaph 1961, 1965.

encycliek Humanae Vitae (1968) veroordeelde, zetten de meeste katholieken net als de protestanten principiële bezwaren tegen geboorteregeling opzij en nam het gebruik van voorbehoedmiddelen, vooral de pil, in snel tempo toe. Zij wisten zich daarbij gesteund door het overheidsbeleid. Twee jaar eerder hadden de katholieke bewindslieden Veldkamp en Bartels een Volksgezondheidsnota uitgebracht waarin zij pleitten voor betere voorlichting over geboorteregeling en ruimere verspreiding en verkrijgbaarheid van voorbehoedmiddelen. Zij waren geadviseerd door een werkgroep, waarvan de helft uit psychiaters (Querido, Trimbos en Van Emde Boas) bestond. Tegelijkertijd kwam een commissie van de NFGV en de algemene, protestantse en katholieke landelijke bureaus voor geestelijke gezondheidszorg onder grote aandacht van de media met een verklaring die het belang van een versoepeling van de seksuele moraal voor de geestelijke volksgezondheid onderstreepte. De overheid zou de voorlichting en hulpverlening op dit terrein moeten bevorderen en ondersteunen en de wettelijke restricties met betrekking tot de verspreiding van voorbehoedmiddelen dienden te verdwijnen.[1026] Mede dankzij de activiteiten van het KNBGG op dit gebied werd vanaf het eind van de jaren zestig op veel scholen seksuele voorlichting ingevoerd met nadruk op de belevingsaspecten en aandacht voor zelfbevrediging, anticonceptie en homoseksualiteit.[1027] In de jaren 1968 en 1969 verdwenen de artikelen tegen de verspreiding van voorbehoedmiddelen uit het Wetboek van Strafrecht.

Vertegenwoordigers van de beweging voor geestelijke volksgezondheid hebben in de jaren vijftig en zestig sterk bijgedragen tot een verandering van de seksuele moraal, waardoor zij mede de basis hebben gelegd voor de herziening van de zedelijkheidswetgeving en de zogenaamde seksuele revolutie. Daarbij zullen de toenemende populariteit en dreigende concurrentie van de NVSH, die zich naast geboorteregeling ook bezig wilde houden met persoonlijke en relationele moeilijkheden en bredere seksuele hervorming, een stimulerende rol hebben gespeeld. In de jaren vijftig en zestig verviervoudigde haar ledental van rond 50.000 tot meer dan 200.000 en groeide het aantal cliënten van haar consultatiebureaus van ruim 12.000 tot bijna 118.000.[1028] In een tijd dat er een wettelijk verbod rustte op de openbare verkoop van voorbehoedmiddelen, kwam de NVSH duidelijk tegemoet aan een steeds grotere behoefte. Overigens leek de visie van de NVSH op seksualiteit sterk op de nieuwe psychohygiënische moraal: ook de seksuele hervormers hadden moeite met seksuele lust als doel op zich en benadrukten dat verantwoord seksueel gedrag was ingebed in een bestendige affectieve relatie.[1029] De NVSH, waarin psychiater-seksuologen als Van de Emde Boas en Musaph actief waren, kreeg erkenning als organisatie op het gebied van de geestelijke volksgezondheid. Vanaf 1964 ontving de vereniging een bijdrage uit het Preventiefonds

1026 Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1965b; vergelijk Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1966.
1027 Westhoff 1996, 413-418.
1028 Nabrink 1978, 220, 388; De Bruijn 1979, 155.
1029 Zeldenrust-Noordanus 1966; De Rooy 2002, 232; Röling 1997.

en was zij lid van het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid.[1030] Het in 1967 opgerichte Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek droeg het stempel van zowel de geestelijke gezondheidszorg als de seksuele hervormingsbeweging. Het bestudeerde seksualiteit vanuit psychologisch en sociologisch oogpunt, met nadruk op de beleving en relationele aspecten en met de bedoeling om bij te dragen aan een verbetering van de hulpverlening en de emancipatie op dit terrein.[1031]

Niet zozeer de bevrijdingsideologie en de radicale experimenten van de seksuele revolutie zijn bepalend geweest voor de seksuele liberalisering, maar veeleer de accentverschuiving in de betekenis en waardering van seksualiteit, waarvoor pastorale en psychohygiënische opinievormers als Trimbos de basis legden.[1032] Vóór de jaren zestig overheerste het idee dat de seksuele impulsen vanwege hun moeilijk beheersbare en explosieve aard een voortdurende bedreiging vormden voor de morele orde en dat ze door strikte regels en van buitenaf opgelegde controle moesten worden onderdrukt. De wantrouwende en gespannen houding ten aanzien van seksualiteit maakte plaats voor een positieve waardering ervan binnen affectieve relaties. Terwijl de traditionele repressieve moraal met weinig, maar ondubbelzinnige en strikte verboden toekon en gepaard ging met uitwendige dwang en controle, vergde de nieuwe relatiemoraal meer subtiele omgangsregels, die een beroep deden op het vermogen van mensen om met elkaar te onderhandelen en zich in anderen in te leven. Mensen kregen meer ruimte om hun verlangens tot gelding te brengen, maar tegelijkertijd moesten ze steeds meer rekening houden met de rechten en gevoelens van hun partners. De tolerantie op seksueel gebied betekende niet dat ze zich door hun driften lieten leiden. Integendeel, gelijkheid en wederkerigheid vereisten juist beheerst gedrag.

Door de koppeling van seksuele liberalisering aan zelfbeheersing en individuele verantwoordelijkheid bood het nieuwe christelijk-humanistische waardepatroon een middenweg tussen driftverzaking en teugelloos hedonisme. Over het algemeen pleitten de psychohygiënisten niet voor grotere vrijheid omwille van het genot, maar omdat seksuele ontplooiing goed zou zijn voor persoonlijke groei en de geestelijke gezondheid. Zo bracht Trimbos naar voren dat geboorteregeling ten onrechte werd geassocieerd met onzedelijkheid, lichtzinnigheid en egoïsme.

> ——— *Als men [...] bedenkt hoe moeizaam en tijdrovend vaak het proces is waarin man en vrouw seksueel naar elkaar toe groeien en hun seksualiteit weten te integreren en in dienst te stellen van hun liefdesrelatie, dan wordt het duidelijk dat geboorteregeling in een huwelijk een ernstige zaak is, die de volle aandacht van beide partners behoeft.*

De toepassing van nieuwe anticonceptiemethoden zou met de nodige 'moeite en goede wil' kunnen bijdragen tot 'het realiseren van een belevingspatroon waar-

1030 Nabrink 1978, 261, 556.
1031 Witte 1978.
1032 Oosterhuis 1997; vergelijk Zahn 1989, 218.

bij de diepe moderne behoeften aan medemenselijkheid in en door de seksuele huwelijksrelatie tot de volheid van mens-zijn kunnen worden gebracht'.[1033]

Als Staatssecretaris voor Volksgezondheid liet Bartels zich in gelijke zin uit. Op een studiedag van het Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid en de PSVG in *1966* kondigde hij aan dat de regering de wetsbepalingen die het verstrekken van voorbehoedmiddelen aan minderjarigen en het openlijk tentoonstellen en aanbieden ervan strafbaar stelden, wilde afschaffen. Geboorteregeling moest volgens Bartels uit de taboesfeer worden gehaald; het ging om 'een levensterrein, waarop de mens van vandaag zijn weg tracht te vinden door eigen beslissingskracht, gegrond op een persoonlijk en gevormd geweten'. Maar dit betekende niet, zo benadrukte hij, dat de overheid een carte blanche afgaf.

——— *Overigens ben ik van mening dat de bevordering van een bewuste stellingneming de persoonswaarde, en het verantwoordelijkheidsbesef dat daaraan inhaerent is, op allerlei levensterreinen in de voor ons liggende jaren de aandacht van ons allen steeds meer zal moeten gaan opeisen, omdat door uitbreiding van ons technisch arsenaal de ongehoord nieuwe mogelijkheden van de mens en de mensheid tot verantwoorde stellingneming noodzaakt.*

'Chaos rond eros', in de woorden van Bartels, was niet gewenst.[1034] Ook psychiaters die niet, zoals Trimbos en Bartels, afkomstig waren uit de katholieke wereld, hanteerden dergelijke argumenten om anticonceptie te rechtvaardigen. Musaph, die psychiaters een taak toedacht in het diagnosticeren en wegnemen van 'abnormale' psychologische weerstanden tegen de pil, benadrukte dat het gebruik ervan verantwoordelijkheidsgevoel vereiste en in dienst moest staan van een 'volwassen seksueel leven'; de angst voor een toename van buitenechtelijk seksueel verkeer zou dan ongegrond zijn.[1035] Van Emde Boas benadrukte eveneens dat de emotionele weerstand tegen anticonceptie overwonnen moest worden ten behoeve van het psychosociale welbevinden.[1036] Op het hoogtepunt van de seksuele revolutie nam hij in zijn oratie ter gelegenheid van zijn benoeming tot hoogleraar in de seksuologie aan de Leidse universiteit stelling tegen de ontkoppeling van liefde en seks. Het idee van seksualiteit als hedonistisch consumptieartikel riep weerzin bij hem op.[1037]

Om het streven naar seksuele hervorming te legitimeren, maakten de woordvoerders van de geestelijke gezondheidszorg niet alleen gebruik van hun wetenschappelijke deskundigheid, maar ook van een ethische en pedagogische argumentatie. Hun betogen hadden soms veel weg van preken, waarin het opgehouden vingertje voortdurend werd afgewisseld met het bemoedigende schouderklopje. Teneinde de bespreekbaarheid van seksualiteit in goede banen te leiden, riepen zij

1033 Trimbos *1963*, 181-182.
1034 Bartels *1966*, 421, 424.
1035 Musaph *1965*, 228.
1036 Van Emde Boas *1963*.
1037 Van Emde Boas *1973*, 26; vergelijk Bos *1972b*, 71-72.

mensen op om zich met hoogstaande morele principes te identificeren en deden zij een beroep op hun geweten en verantwoordelijkheidsbesef. Tobberige bezorgdheid en nauwgezet gewetensonderzoek gingen samen met de optimistische verwachting dat het pleidooi voor acceptatie en tolerantie bijdroeg aan de geestelijke volksgezondheid. De confessionele deskundigen hadden zoveel succes omdat ze met moreel gezag spraken en het grootste deel van de bevolking in het toen nog door en door christelijke Nederland vertrouwd was met de vorm van hun boodschap, het morele appel. Maatschappelijke en politieke vraagstukken werden in confessionele kring en ook daarbuiten vaak gepresenteerd als gewetenskwesties.

Nabeschouwing

In de inleiding van dit deel stelden wij dat de jaren vijftig een ommekeer in zowel de inrichtingspsychiatrie als de ambulante geestelijke gezondheidszorg markeren. Deze bestond niet zozeer uit grootschalige nieuwbouw van inrichtingen of een andere organisatie van de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Weliswaar zagen tijdens de oorlog nieuwe psychohygiënische instellingen, het IMP en het BLGM, het daglicht en kwam de militaire psychiatrie tot ontwikkeling, maar de wijze waarop het gehele psychiatrische werkveld was ingericht, vertoonde een grote mate van continuïteit met de constellatie zoals die zich in de jaren dertig had gevormd. Daarin bestond afstand tussen enerzijds de inrichtingspsychiatrie en anderzijds de extramurale sociaal-psychiatrische en psychohygiënische voorzieningen. Het streven direct na de oorlog naar een drastische reorganisatie op psychiatrisch terrein om de intra- en extramurale psychiatrie dichter bij elkaar te brengen en de verzuiling te doorbreken liep op niets uit. Organisatorisch gingen deze sectoren, grotendeels verzuild, verder hun eigen weg. Kenmerkend voor de inrichtingspsychiatrie was de externe differentiatie die op gang begon te komen door het ontstaan van aparte zorginstellingen voor zwakzinnigen en psychisch gestoorde bejaarden alsook van nieuwe voorzieningen als psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, poliklinieken en sluisinternaten voor bepaalde categorieën geesteszieken: acute lijders of ontslagen patiënten die geen volledige inrichtingsverpleging meer behoefden, maar ook niet zonder klinische zorg of sociale ondersteuning konden.

De ambulante voorzieningen, vooral de voor- en nazorgdiensten, de MOB's en de BLGM's, breidden zich in een vrij snel tempo uit, hoewel niet altijd zonder weerstand en grensschermutselingen, zoals de conflicten in de katholieke wereld over psychotherapie en de psychohygiënische hulpverlening op het terrein van gezin en seksualiteit alsook de discussies onder psychohygiënisten over de status van de BLGM's laten zien. Binnen de ambulante sector bestond een zekere afstand tussen enerzijds de sociaal-psychiatrische zorg voor geesteszieken en de alcoholverslavingszorg en anderzijds de instellingen die bij uitstek als psychohygiëni-

sche, dat wil zeggen mede op preventie gerichte voorzieningen golden: het MOB, het BLGM en het IMP. Deze twee categorieën verschilden van elkaar qua clientèle – geesteszieken en verslaafden versus mensen met minder zware psychosociale moeilijkheden – en qua aanpak: deels medische behandeling met medicijnen en deels maatschappelijk en justitieel werk met een zekere mate van dwang en dirigisme versus psychosociale en psychotherapeutische behandelingen waarin praten en psychologisch inzicht centraal stonden.

De belangrijke kentering die wij in de jaren vijftig signaleren, ligt in de eerste plaats op het inhoudelijke vlak, op het niveau van de bejegening en de behandeling van patiënten. Daarin vond een verschuiving plaats van een overwegend moreel- en sociaal-pedagogische naar een sociaal-psychologische benadering, hoewel in de inrichtingspsychiatrie de medische aanpak zeker invloedrijk bleef en deze in de sociale psychiatrie aan invloed won. Juist de toepassing van de nieuwe psychofarmaca maakte de sociaal-psychologische vernieuwing mede mogelijk, omdat patiënten rustiger en aanspreekbaarder werden. Terwijl de opvoedkundige aanpak de collectiviteit vooropstelde en uitging van de aanpassing en onderschikking van individuen aan de voor iedereen geldende orde in de inrichting of in de maatschappij, bestond in de sociaal-psychologische optiek aandacht voor hun persoonlijke belevingswereld en innerlijke gezindheid en kwam er ruimte voor communicatie, individuele expressie en (beheerste of geleide) zelfontplooiing. In de inrichtingen werd de actievere therapie opnieuw op de kaart gezet, aangevuld met bewegings- en creatieve therapie en, vooral in Wolfheze, in sociotherapeutische richting verder ontwikkeld. In het streven naar de vergroting van de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van patiënten en cliënten vertoonden de inrichtingspsychiatrie en de ambulante hulpverlening opmerkelijke overeenkomsten, ondanks de afstand die er in organisatorisch opzicht tussen deze twee sectoren bestond.

Voorts kwam de vernieuwingsgezindheid in de inrichtingspsychiatrie tot uiting in de toenemende 'openheid' van inrichtingen, zowel van buiten naar binnen als van binnen naar buiten toe, alsook intern. Naarmate de capaciteit van open, aangewezen afdelingen steeg, werd voor meer patiënten een opname zonder een rechterlijke machtiging mogelijk. Met het (verder) slechten van deze barrière voor opname wonnen de inrichtingen althans in dit opzicht aan toegankelijkheid. Ook van binnen naar buiten toe betrachtten inrichtingen een grotere mate van openheid in die zin dat hieraan gelieerde of erop aansluitende voorzieningen, zoals poliklinieken en sluisinternaten, tot stand kwamen. Vooral de sluisinternaten vervulden, net als dit ten dele voor de oudere gezinsverpleging gold, een brugfunctie tussen de psychiatrische inrichting en de maatschappij daarbuiten voor patiënten kort voor of direct na hun ontslag uit de inrichting. Eenzelfde functie had de invoering van de tewerkstelling van patiënten op locaties buiten de inrichting aan de vooravond van hun ontslag. Daarnaast maakten andere activiteiten buiten de inrichting, zoals vakantieuitstapjes, in toenemende

mate deel uit van het inrichtingsleven. Ook intern kwam binnen sommige inrichtingen een grotere mate van openheid tot stand door het slopen van hekken rond de paviljoens, het niet langer stelselmatig scheiden van mannen en vrouwen, en de ingebruikname van 'huisjes' op het inrichtingsterrein waar patiënten zo veel mogelijk hun eigen huishouding voerden, al dan niet onder de benaming Sociotherapeutisch Centrum, zoals in Wolfheze gebeurde. In de jaren vijftig en begin zestig ademden beschouwingen over de plaats en de toekomst van de psychiatrische inrichting een geest van openheid en ook bescheidenheid. De idee dat de psychiatrische inrichting als een schakel op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg diende te worden opgevat, was weliswaar ook al eerder, namelijk tijdens het interbellum, geventileerd, maar kreeg in deze naoorlogse periode aanzienlijk meer bijval in de wereld van de inrichtingspsychiatrie.

In de jaren vijftig bestond onder psychohygiënisten weliswaar nog steeds bezorgdheid over de gevolgen van maatschappelijke veranderingen voor het geestelijk evenwicht van mensen, maar de toonzetting was vergeleken met de morele verontrusting over de zedenverwildering in de eerste naoorlogse jaren een geheel andere geworden. Waar eerder onvoorwaardelijke aanpassing aan een vaststaand, collectief normen- en waardepatroon gold als toetssteen voor geestelijke gezondheid en de nadruk lag op de noodzaak om de onberekenbare driften en impulsen te onderdrukken, won nu het inzicht veld dat morele restricties en externe dwang slechts het uiterlijke gedrag van mensen raakten en de persoonlijke beleving en houding onberoerd lieten. Moeilijkheden moesten bespreekbaar worden gemaakt en al pratende tot een oplossing worden gebracht. Geboden en verboden, sancties en uitsluiting maakten plaats voor het streven naar normalisering en integratie in de maatschappij door middel van begeleiding en ondersteuning. Daarbij kwam het vooral aan op de internalisering van maatschappelijke normen en waarden in een autonoom zelf. Geestelijk gezond was niet degene die zich klakkeloos onderwierp aan regels en voorschriften, maar de zelfstandige, gewetensvol kiezende en verantwoordingsbewuste mens die een optimale zelfontplooiing nastreefde en zich weloverwogen aansloot bij de maatschappelijke modernisering.

De oorlog en de gevolgen ervan waren in zekere zin katalysator van de kentering in de jaren vijftig. Zowel in de intramurale psychiatrie als de beweging voor geestelijke volksgezondheid heerste na de oorlog een klimaat van urgentie. In de inrichtingspsychiatrie was deze ingegeven door de materiële schade die de oorlog teweeg had gebracht, de daarmee samenhangende overbevolking alsook het gebrek aan met name verplegend personeel. Een en ander leidde tot een herbezinning onder psychiaters op de functie van de inrichting, die zich meer in de richting van een therapeutische instelling, een ziekenhuis, dan van een verzorgings- of verpleeginrichting zou moeten ontwikkelen. De uittocht van niet-geneesbare patiënten als zwakzinnigen en later ook psychisch gestoorde bejaarden, die vanaf de jaren vijftig op gang kwam, zou ertoe leiden dat de bevolking van de psychia-

trische inrichting minder divers werd en in toenemende mate uit geesteszieken in engere zin bestond, dat wil zeggen lijders aan psychotische en neurotische stoornissen. In de beweging voor geestelijke volksgezondheid vormde na de bevrijding de (werkelijk bestaande of opgeklopte) ongerustheid over de geestelijke en morele verloedering van grote delen van de Nederlandse bevolking een stimulans tot oprichting van psychohygiënische voorzieningen. In de jaren vijftig bleef het gevoel van urgentie bestaan: de snelle sociaal-economische transformatie van Nederland zou op geestelijk en cultureel gebied kwalijke gevolgen kunnen krijgen. Psychohygiënische hulpverlening zou noodzakelijk zijn om mensen die daardoor moeilijkheden ondervonden op te vangen en geestelijk te sterken, zodat ze zich zelf zouden kunnen ontplooien.

De in dit deel beschreven ontwikkeling van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg ondersteunen de zogenaamde 'kraamkamerthese', die de recente geschiedschrijving van de naoorlogse periode beheerst.[1038] Het oudere beeld van de jaren vijftig als een grijs bewolkt en windstil intermezzo tussen de stormachtige bezettingsjaren en de turbulente jaren zestig vindt weinig instemming meer onder historici. Weliswaar verliepen de veranderingen geleidelijk en tastten zij de uiterlijke vormen van het politieke en maatschappelijke leven niet aan, maar de stabiliteit, behoudzucht en verstarring, die de jaren vijftig zouden hebben gekenmerkt, waren maar schijn. Tal van ontwikkelingen op technisch, economisch en sociaal terrein wezen juist op dynamiek en vernieuwingsgezindheid. De snelle modernisering van Nederland riep op het niveau van cultuur en mentaliteit tegenstrijdige reacties en spanningen op – enerzijds een teruggrijpen op en vasthouden aan tradities, anderzijds een streven naar flexibele aanpassing – maar uiteindelijk sloeg de balans door naar vernieuwing, ook al werd daaraan vooralsnog slechts voorzichtig uitdrukking gegeven door een beperkte kring van intellectuelen en deskundigen. Psychiaters en andere hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg speelden hierbij een belangrijke rol, op het gebied van de persoonlijke zelfontplooiing in het algemeen en dat van huwelijk, gezin en seksualiteit in het bijzonder. De 'revolutie' van de jaren zestig kwam niet uit de lucht vallen. Inhoudelijk was de grondslag daarvoor grotendeels in de jaren vijftig gelegd. In de jaren zestig en zeventig zou het nieuwe ideeëngoed deels in geradicaliseerde vorm veel massaler aanhang krijgen en in praktijk worden gebracht.

Internationale invloeden speelden een belangrijke rol bij de naoorlogse vernieuwing van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Naast de deels oudere en deels nieuwere Duitse en Franse intellectuele stromingen als de fenomenologie, het personalisme en het existentialisme waren nieuwe, vanuit de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Frankrijk afkomstige hulpverleningsmethoden van betekenis: de in de Angelsaksische militaire psychiatrie ontwikkelde sociotherapie, de daarop geënte therapeuti-

1038 Zie met name Luykx en Slot 1997 en Schuyt en Taverne 2000.

sche gemeenschap en de psychofarmaca in de inrichtingspsychiatrie, en het *social casework*, *counseling* en andere gesprekstechnieken in de ambulante hulpverlening. Verder kreeg het psychoanalytische gedachtegoed een nieuwe impuls doordat dit veramerikaniseerde, dat wil zeggen in vereenvoudigde vorm en op een pragmatische manier in combinatie met andere denkrichtingen toepassing vond in diverse vormen van psychiatrische hulpverlening, zoals de psychotherapie die IMP en vrijgevestigde psychiaters boden, en de psychosociale hulpverlening van het MOB en het BLGM. Vooral door de Angelsaksische invloed maakten de medisch-psychiatrische en moreel- en sociaal-pedagogische behandelingsmethoden deels plaats voor een sociaal-psychologische aanpak. Van groot belang was dat de Engelse en Amerikaanse behandelingstechnieken vergeleken met oudere praktijken democratischer waren. Zo veronderstelden de sociotherapie, het *social casework* en *counseling* een zekere gelijkheid van hulpverlener en hulpvrager, alsook een begripvolle houding van de eerste en de zelfbeschikking van de laatste.

Met de sterke Duitse beïnvloeding van de Nederlandse psychiatrie was het na de Tweede Wereldoorlog gedaan. In de nabeschouwing van deel 2 hebben wij er al op gewezen dat de Nederlandse en de Duitse psychiatrie, die grotendeels in de ban van de eugenetica was geraakt, zich al vanaf de jaren dertig van elkaar begonnen te verwijderen, ook al werkten Duitse voorbeelden uit de tijd van het tweede keizerrijk en de Weimar-republiek – zoals de fenomenologie en de actievere therapie – ook na de oorlog nog sterk door, deels in vernederlandste vorm. Afgezien van de algemene weerzin in Nederland tegen alles wat uit Duitsland kwam en de bredere culturele wending naar de Angelsaksische wereld, kon de eens internationaal toonaangevende Duitse psychiatrie in geen enkel opzicht meer een voorbeeld voor Nederland of welk ander land dan ook vormen. De naoorlogse Duitse psychiatrie was zwaar belast met de erfenis van het Derde Rijk, waarin duizenden geesteszieken en zwakzinnigen slachtoffer waren geworden van gedwongen sterilisatie, zogenaamde euthanasie oftewel moord en bewuste uithongering.[1039]

Na de oorlog werd de band tussen de sterk biomedisch georiënteerde psychiatrie en de nationaal-socialistische eugenetica in Duitsland nauwelijks aan de orde gesteld. Maar weinig psychiaters die bij de eugenetische praktijken betrokken waren geweest, werden ter verantwoording geroepen; de meesten konden hun loopbaan voortzetten, mede vanwege de behoefte aan ervaren artsen om de zwaar gehavende inrichtingspsychiatrie weer op te bouwen. Weliswaar nam de psychiatrische beroepsgroep nu afstand van de eugenetica – deze werd voorgesteld als een uitzonderlijke uitwas van een verder op zichzelf deugdelijke tak van medische wetenschap – maar de natuurwetenschappelijke oriëntatie, die al voor de oorlog de toon had aangegeven, bleef de Duitse psychiatrie beheersen. Mede daardoor en ook vanwege de weerzin en het wantrouwen onder de Duitse bevolking tegen alles wat met psychiatrie had te maken, konden sociaal-psychiatrische

1039 Over de naoorlogse Duitse psychiatrie zie Mangen 1985c; Schmiedebach en Prieve 2004; Roelcke 2004; Roelcke 2005; Kersting 2003, 2005.

benaderingen en voorzieningen nauwelijks op steun rekenen, als er al de middelen voor beschikbaar waren. Voor zover er extramurale psychiatrische zorg werd geboden, was deze grotendeels in handen van vrijgevestigde zenuwartsen, die in de grotere steden waren geconcentreerd en die nauwgezet waakten over hun behandelmonopolie. Hun praktijken hadden een sterk medisch-neurologisch karakter en zij behandelden naast psychische stoornissen ook neurologische klachten en zenuwkwalen. Deze medische oriëntatie werd in de hand gewerkt door de ziektekostenverzekering, die tijdrovende gesprekstherapieën ontmoedigde. Bovendien behoorde psychotherapie hoe dan ook niet tot het psychiatrisch behandelrepertoire, aangezien zij in Duitsland, mede als gevolg van de afwijzing van de psychoanalyse door de Duitse universitaire psychiatrie, in een andere tak van de gezondheidszorg, de psychosomatische geneeskunde, tot ontwikkeling kwam.

Pas vanaf de vroege jaren zestig waren er nieuwe geluiden in de Duitse psychiatrie te horen. Onder verwijzing naar de oudere antropologisch-fenomenologische traditie in de psychiatrie en de sociaal-psychiatrische en socio- en psychotherapeutische vernieuwingen in andere westerse landen pleitten enkele psychiaters voor hervormingen. De oorzaak van de stagnatie in eigen land was volgens hen het onverwerkte oorlogsverleden, waardoor hun vak alle maatschappelijke aanzien had verloren en geen vertrouwen onder de bevolking genoot. De hervormingsgezinde psychiaters wilden de geïsoleerde inrichting transformeren tot een ziekenhuis dat midden in de maatschappij stond. Daarnaast pleitten ze voor extramurale psychiatrische voorzieningen, de invoering van sociaal-psychologische behandelvormen en aandacht voor de belevingswereld en de verantwoordelijkheid van de individuele patiënt. Daadwerkelijke vernieuwingen bleven vooralsnog echter beperkt tot enkele verspreide lokale en kleinschalige initiatieven. Het duurde tot het eind van de jaren zestig, toen onder invloed van een bredere democratiseringsbeweging het naziverleden onderwerp werd van een openbaar debat en er meer publieke aandacht kwam voor de levensomstandigheden van psychiatrische patiënten, dat op grotere schaal hervormingen in de Duitse psychiatrie op gang werden gebracht. De omvang van de inrichtingsbevolking bleef stijgen om begin jaren zeventig het hoogtepunt te bereiken.

De ontwikkelingen in de Britse en Amerikaanse psychiatrie vormen in menig opzicht een scherp contrast met die in Duitsland. In zowel de Verenigde Staten als het Verenigd Koninkrijk bracht de Tweede Wereldoorlog, net als eerder de Eerste Wereldoorlog, psychiatrische vernieuwingen met zich mee. Zo pasten legerpsychiaters nieuwe behandelvormen, zoals korte psychotherapieën en groepsbehandelingen, toe op militairen die leden aan psychische spanningen en zenuwinzinkingen als gevolg van de confrontatie met oorlogsgeweld. Het ging om stoornissen die iedereen konden treffen en waarbij omstandigheden de oorzaak zouden vormen. Vooral in Groot-Brittannië vormden deze ervaringen na de oorlog een stimulans voor de toepassing van groepstherapieën, waarvoor de term sociotherapie gangbaar werd, en de instelling van zogenaamde therapeuti-

sche gemeenschappen in psychiatrische inrichtingen en klinieken.[1040] De therapeutische gemeenschap onder leiding van de psychiater M. Jones speelde hierbij een voorbeeldrol. De nieuwe benadering gold als een vorm van sociale psychiatrie. De grondgedachte was dat psychische aandoeningen mede voortkwamen uit verstoorde menselijke relaties. De vrije communicatie tussen behandelaars en patiënten en tussen patiënten onderling moest de gemeenschapszin en de individuele verantwoordelijkheid bevorderen, waardoor herstel mogelijk werd. Sociotherapie, die somatische behandelingen niet uitsloot, werkte extramuralisering van de psychiatrische zorg in de hand. Tussen 1948 en 1958 kwamen in Groot-Brittannië tegen de veertig sociotherapeutische dagklinieken tot stand.[1041]

De Britse psychiatrie kreeg in de jaren vijftig internationaal aanzien, niet alleen vanwege de sociotherapie en de klinieken voor dagbehandeling, maar ook door het streven om het isolement van de inrichtingen te doorbreken en de zorg voor geesteszieken in de algemene gezondheidszorg te integreren.[1042] Acute stoornissen zouden op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen moeten worden behandeld. Verder kwam er – tot op regeringsniveau – steeds meer steun voor een uitbreiding van sociaal-psychiatrische zorg door huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, waardoor chronische psychiatrische patiënten, mede dankzij psychofarmaceutische behandeling, met de nodige ondersteuning in de maatschappij konden leven. Deze ontwikkelingen werden eveneens mogelijk gemaakt door de in 1946 ingevoerde National Health Service, waaronder ook de psychiatrische zorg kwam te vallen. Door deze collectieve ziektekostenverzekering konden geesteszieken buiten de psychiatrische inrichtingen om aanspraak maken op behandeling. Nadat een regeringscommissie zich voor *community care* had uitgesproken, nam het parlement in 1959 een nieuwe Mental Health Act aan, die de oudere krankzinnigenwetgeving verving. Teneinde de barrière tussen ziekenhuis en maatschappij te slechten en *community care* te bevorderen werden de juridische procedures voor opname en ontslag vereenvoudigd. Twee jaar later voorspelde de conservatieve Minister van Volksgezondheid, E. Powell, in een toespraak op het jaarcongres van de National Association for Mental Health een sterke afname van het aantal bedden in psychiatrische inrichtingen. Groot-Brittannië, dat in het midden van de jaren vijftig relatief over meer inrichtingsbedden beschikte dan andere westerse landen, zou in Europa het eerste land zijn dat overging tot grootschalige deïnstitutionalisering.[1043]

In de Verenigde Staten bevorderden de vernieuwingen in de militaire psychiatrie tijdens de Tweede Wereldoorlog een verschuiving in de psychiatrische aandacht van inrichtingsverpleging naar extramurale behandeling, vooral door middel van psychoanalyse, en van genezing naar preventie.[1044] Na de oorlog ver-

1040 Shorter 1997, 229-236.
1041 Shorter 1997, 253.
1042 Over de naoorlogse Britse psychiatrie zie Mangen en Rao 1985; Jones 1993; Busfield 1998; Welshman 1999; Jones 2004; Freeman 2005.
1043 Mangen 1985b, 21-22; Goodwin 1997, 50-51; vergelijk Oosterhuis 2005b, 274, noten 10 en 11.
1044 Over de naoorlogse Amerikaanse psychiatrie

loren de inrichtingspsychiaters het overwicht in de Amerikaanse psychiatrie en trokken de voorstanders van de psychoanalytische en sociaal-psychologische benaderingen het initiatief naar zich toe. Sociale psychiatrie werd in de Verenigde Staten eerder geassocieerd met epidemiologie en psychische hygiëne, dan met sociotherapie voor geesteszieken en de extramuralisering van de inrichtingszorg.[1045] Een verschil met Groot-Brittannië was dat het vernieuwingsstreven zich niet zozeer richtte op de inrichtingspsychiatrie, als wel op de psychohygiëne. De openbare psychiatrische inrichtingen waren grootschalige instellingen, waarin het ontbrak aan voldoende behandelaars en middelen om sociotherapeutische vernieuwingen door te voeren. Somatische therapieën als lobotomie daarentegen vonden wel frequent toepassing, net als de in het begin van de jaren vijftig geïntroduceerde psychofarmaca.[1046]

Van groot belang was dat de vernieuwingsgezinde psychiaters gehoor vonden bij de federale overheid, die zich tot dan toe nauwelijks met psychiatrie had bezig-gehouden, aangezien de verpleging van geesteszieken in openbare inrichtingen vanouds onder verantwoordelijkheid van de deelstaten viel. De groeiende invloed van de federale overheid op het gebied van de gezondheidszorg en de sociale voorzieningen na de Tweede Wereldoorlog droeg ertoe bij dat de beweging voor geestelijke volksgezondheid een sterke impuls kreeg. Er kwamen federale beleids- en adviesinstellingen voor de geestelijke hygiëne, die ambitieuze plannen ontvouwden en een effectieve lobby vormden. De National Mental Health Act van 1946 voorzag in federale ondersteuning van (vooral sociaal- en gedragswetenschappelijk) onderzoek, opleidingen voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg (naast psychiaters ook klinisch psychologen, psychiatrisch-sociaal werkers en sociaal-psychiatrische verpleegkundigen) en (experimentele) voorzieningen op het gebied van de geestelijke hygiëne zowel als alternatief voor de grootschalige en maatschappelijk geïsoleerde inrichtingen, als voor de behandeling van minder ernstige stoornissen ter voorkoming van geestesziekte. In het midden van de jaren vijftig waren er bijna 1300 psychiatrische klinieken voor ambulante behandeling opgericht, vooral in de staten in het noordoosten, die rond de grote meren en Californië. Daarnaast groeide in de jaren vijftig het behandelaanbod van vrijgevestigde psychotherapeuten, mede als gevolg van de ontvankelijkheid van de Amerikaanse middenklasse voor psychologische en psychoanalytische duidingen van gevoelens en gedrag. Daarbij kregen psychiaters gezelschap van andere artsen, klinisch psychologen en maatschappelijk werkers.

Hoewel er aanwijzingen waren dat de ambulante voorzieningen niet zozeer tegemoet kwamen aan de behoeften van ernstige en chronische geesteszieken, als wel aan die van mensen met minder ernstige psychische moeilijkheden, kwam er in de jaren vijftig steeds meer bijval voor de gedachte dat er alternatieven waren

zie Grob 1994, 2005; Shorter 1997.

1045 Shorter 1997, 236–238.

1046 Shorter 1997, 228; El-Hai 2005; vergelijk Scull 2005.

1047 Shorter 1997, 246–262.

voor de inrichtingen, waarvan sommige wel tienduizend bedden telden en die meer als verpleegtehuizen dan als therapeutische instellingen fungeerden. Net als in andere landen voedde de toepassing van de nieuwe psychofarmaca dit optimisme. Begin jaren zestig bestond er in de Verenigde Staten onder president J.F. Kennedy een politiek klimaat waarin vergaande voorstellen tot extramuralisering van de psychiatrische zorg en een verdere uitbreiding van de ambulante voorzieningen voor mensen die hulp zochten vanwege psychosociale moeilijkheden, op steun konden rekenen. Onder de regeringen Kennedy en L.B. Johnson, waarvan het beleid in het teken stond van sociale hervorming, democratisering en uitbreiding van de verzorgingsstaat (de *Great Society*), werden in de Verenigde Staten de hervormingen, mede dankzij een effectieve lobby voor de (extramurale) geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau, door de centrale overheid in gang gezet. Begin jaren zestig lanceerde een nationale commissie het *Community Mental Health Center*, een instelling die zowel klinische als ambulante zorg zou bieden aan een breed samengestelde clientèle en die als alternatief voor de psychiatrische inrichting moest dienen. Over het gehele land verspreid werden er tweeduizend van deze instellingen nodig geacht en de federale overheid zou ze in de oprichtingsfase moeten ondersteunen. Dit plan vormde de kern van de *Mental Retardation and Community Mental Health Centers Construction Act* van 1963.

Het derde land dat in de naoorlogse periode van betekenis was voor de Nederlandse psychiatrie was Frankrijk, vanwege de invloed van het personalisme en het existentialisme, de toepassing van sociotherapieën en de ontwikkeling van het eerste antipsychoticum, chloorpromazine of Largactil, in 1952.[1047] Dit middel vond vrij snel brede toepassing in de Franse inrichtingspsychiatrie om de gedragssymptomen van psychose te bestrijden. Afgezien van de verspreiding van de psychofarmaca waren de Franse invloeden op de Nederlandse psychiatrie niet representatief voor de Franse psychiatrie als geheel.[1048] Direct na de oorlog pleitte een groep vernieuwingsgezinde psychiaters weliswaar voor een doorbreking van het isolement van de overbevolkte inrichtingen, een minder medische en meer sociaal-psychologische benadering, extramurale voorzieningen en preventieactiviteiten onder de vlag van sociale hygiëne, maar tot daadwerkelijke uitvoering van deze ideeën kwam het nauwelijks. Het bleef bij enkele experimentele therapeutische gemeenschappen – de eerder genoemde Sivadon speelde hierbij een initiërende rol en voorbeeldfunctie, ook internationaal –, kleine psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en, voornamelijk in Parijs, een beperkt aantal psychohygiënische en sociaal-psychiatrische voorzieningen voor alcoholverslaafden, geesteszieken en kinderen. Tot de jaren zestig waren de Franse inrichtingen nog altijd massale, geïsoleerde en onregelmatig over het land verspreide instellingen. Het aantal daarin opgenomen patiënten bereikte begin jaren ze-

1048 Over de naoorlogse Franse psychiatrie zie Mangen en Castel 1985; Coffin 2005.

1049 Goodwin 1997, 105.

ventig zijn grootste omvang.[1049] Wel nam, net als in andere landen, de gemiddelde opnameduur af als gevolg van de toepassing van psychofarmaca en soms wellicht ook sociotherapeutische behandeling.

Eind jaren vijftig namen enkele psychiaters in Parijs het initiatief tot extramuralisering in de vorm van een klinische voorziening in combinatie met verschillende ambulante diensten voor behandeling, zorg en ondersteuning. Dit particuliere initiatief zou een voorbeeldfunctie vervullen voor het ambitieuze hervormingsplan dat enkele inrichtingspsychiaters en ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid in 1960 lanceerden. Naast de verbetering van de inrichtingszorg ging het daarin om de opbouw van een over het gehele land verspreid stelsel van extramurale voorzieningen op regionale basis, de zogenaamde *psychiatrie de secteur*. Frankrijk moest worden ingedeeld in 750 sectoren, waarin multidisciplinair samengestelde teams de verantwoordelijkheid kregen voor alle psychiatrische zorg. Tezamen met psychiatrische ziekenhuizen zouden sociaalpsychiatrische poliklinieken, dagverblijven en werkvoorzieningen door middel van preventieactiviteiten, vroegtijdig ingrijpen, curatieve behandelingen en nazorg een samenhangend zorgstelsel moeten vormen. Het bleef vooralsnog echter bij voornemens. Een groep vooruitstrevende psychiaters onder leiding van H. Ey, die een minder medische en meer sociaal-wetenschappelijke oriëntatie van de psychiatrie voorstond, drong in het midden van de jaren zestig aan op daadwerkelijke uitvoering van de hervormingsplannen en een groter budget voor de psychiatrie om dit mogelijk te maken. In de jaren zeventig zou de *psychiatrie de secteur* werkelijk vorm krijgen.

Vergelijken we de ontwikkeling van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de periode 1945-1965 met die in Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk en de Verenigde Staten, dan kunnen we het volgende vaststellen. Terwijl de erfenis van het Derde Rijk zorgde voor een twintig jaar durende stagnatie in de Duitse psychiatrie, circuleerden in zowel de Nederlandse, Britse, Amerikaanse en Franse psychiatrische wereld nieuwe ideeën over de organisatie van de zorg, de therapeutische behandeling en de leefomstandigheden van psychiatrische patiënten. In het kort kwam het neer op pleidooien voor een transformatie van psychiatrische inrichtingen in ziekenhuizen waarin niet verpleging maar therapeutische behandeling prioriteit kreeg, voor meer alternatieve klinische en sociaal-psychiatrische voorzieningen naast de inrichting, voor de toepassing van sociaal-psychologische therapieën en voor een vergroting van de zelfstandigheid van patiënten. De daadwerkelijke toepassing van dergelijke ideeën liep doorgaans achter op de theorie, vaak omdat de middelen in de naoorlogse wederopbouwperiode ontbraken. Nieuwe praktijken waren aanvankelijk betrekkelijk kleinschalig, afhankelijk van individuele initiatieven en beperkt tot bepaalde instellingen en grootstedelijke gebieden.

1050 Zie Coffin 2005.

Wat de inrichtingspsychiatrie betreft verschilden de ontwikkelingen in Nederland niet wezenlijk van die in Groot-Brittannië en Frankrijk. Engeland liep mede dankzij de National Health Service voorop met de toepassing van sociotherapie en de oprichting van dagklinieken en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Op het gebied van de sociotherapie lieten sommige Nederlandse psychiaters zich behalve door Engelse voorbeelden ook inspireren door de Franse psychiaters Daumézon en Sivadon. Of de sociotherapie brede toepassing vond in de grootschalige Franse inrichtingen is echter niet duidelijk. Het lijkt erop dat deze net als andere vernieuwingen in Frankrijk beperkt bleven tot een klein aantal experimenten in Parijs en enkele verspreide initiatieven elders.[1050] De kleinschaliger Nederlandse inrichtingen waren wellicht geschikter om sociotherapeutische behandelingsmethoden in te voeren, temeer vanwege de al langer toegepaste actievere therapie, die na de oorlog nieuw leven werd ingeblazen. Deze sociaal-pedagogische aanpak vormde in de Nederlandse inrichtingen een gunstige voedingsbodem voor de sociotherapeutische benadering, omdat zij bepaalde beginselen deelden: de nadruk op gemeenschapszin en de bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten. De sociotherapie voegde hieraan het praten en de psychologische verdieping toe. Zeker vergeleken met de Verenigde Staten bestond in Nederland een grote mate van terughoudendheid ten aanzien van somatische ingrepen als lobotomie. Frankrijk liep voorop met de introductie van de psychofarmaca in 1952, waarop andere landen evenwel al snel volgden. Nederland vormde daarop met de eerste toepassing van Largactil nog in hetzelfde jaar geen uitzondering. Na Largactil kwamen er al snel andere psychofarmaca op de markt, in het bijzonder ter bestrijding van manische-depressie, zoals lithium en imipramine.[1051] Overal zorgden de psychofarmaca voor een verkorting van de gemiddelde duur van de inrichtingsopname en een groter verloop van patiënten. Ook vergrootten de nieuwe medicijnen de mogelijkheden om geesteszieken psychotherapeutisch en sociaal-psychiatrisch te behandelen. Maar de brede toepassing van de psychofarmaca had niet overal dezelfde gevolgen voor de psychiatrische inrichtingen in termen van aantallen opgenomen patiënten en beschikbare bedden. Terwijl in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten het aantal inrichtingsbedden vanaf de tweede helft van de jaren vijftig sterk begon af te nemen, was hiervan in Frankrijk, Nederland en ook in Duitsland geen sprake. In Frankrijk en Duitsland groeide het totale aantal intramurale bedden nog tot omstreeks 1970 en in Nederland bleef dat na een hoogtepunt te hebben bereikt rond 1955 betrekkelijk stabiel op een iets lager niveau.[1052]

Nederland onderscheidde zich internationaal vooral met de uitbouw van een netwerk van verschillende soorten ambulante voorzieningen, niet alleen voor psychiatrische patiënten en alcoholverslaafden, maar ook voor volwassenen en kinderen met een breed scala aan psychische en psychosociale moeilijkheden. Het

1051 Shorter 1997, 246-262.
1052 Goodwin 1997, 105; Shorter 1997, 299.

aanbod van publieke extramurale psychiatrische zorg in andere landen beperkte zich grotendeels tot voor- en nazorg en poli- en dagklinieken voor geesteszieken en enkele consultatiebureaus voor kinderen. Bovendien gingen sociaal-psychiatrische voorzieningen in andere landen vaak uit van psychiatrische inrichtingen of klinieken, terwijl in Nederland een van de inrichtingen onafhankelijk netwerk van voor- en nazorgdiensten tot ontwikkeling kwam. Met instellingen als de BLGM's en IMP'en, die nauwelijks een pendant in het buitenland vonden, was de reikwijdte van de openbare ambulante geestelijke gezondheidszorg groter dan in andere Europese landen. De BLGM's, zie zich in het bijzonder richtten op relatieproblemen in het gezin en seksuele moeilijkheden, waren voor het merendeel van confessionele signatuur en hun verspreiding hing nauw samen met de verzuiling. Deze bevorderde ook de groei van het aantal MOB's en voor- en nazorgdiensten, vooral omdat de katholieken een eigen netwerk aan voorzieningen naast de neutrale en het kleinere aantal protestantse instellingen in het leven riepen. De IMP'en, die weliswaar pas vanaf de tweede helft van de jaren zestig sterk in aantal zouden groeien, waren bijzonder omdat vrijwel nergens in het buitenland soortgelijke openbare psychotherapeutische instellingen, die in principe voor iedereen toegankelijk waren, bestonden. Weliswaar liep de Verenigde Staten in de jaren vijftig waarschijnlijk voorop met de toepassing van (psychoanalytische) psychotherapie, maar cliënten waren daarbij, net als in andere Europese landen, voornamelijk aangewezen op particuliere praktijken, die meestal niet met publieke middelen werden gefinancierd en daardoor alleen waren weggelegd voor bemiddelde mensen. Wat de Nederlandse (en deels ook Amerikaanse) ambulante geestelijke gezondheidszorg ook uitzonderlijk maakte, was het multidisciplinaire karakter ervan. Terwijl in andere Europese landen medische beroepsgroepen – psychiaters, zenuwartsen en verpleegkundigen – de boventoon voerden, werkten zij in Nederland samen met groeiende aantallen psychiatrisch-sociaal werksters en andere maatschappelijk werkers, psychologen en pedagogen. In de hulpverlening van confessionele signatuur waren, in mindere mate, ook geestelijken werkzaam. Vergeleken met de afwerende houding van de psychiatrische beroepsgroep in andere Europese landen, verliep de multidisciplinaire samenwerking in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg, afgezien van enkele conflicten rond psychotherapie en seksualiteit in katholieke kring, vrij soepel.

De Nederlandse ambulante geestelijke gezondheidszorg, die zich onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie ontwikkelde en die multidisciplinaire hulpverlening bood aan een breed geschakeerde clientèle, was in internationaal opzicht uniek. Weliswaar waren de voorzieningen kleinschalig, maar medio jaren zestig vormden ze met uitzondering van de IMP'en, die toen aan het begin stonden van een sterke expansie, een over het gehele land verspreid netwerk en waren ze in principe voor alle Nederlanders bereikbaar. In geen ander land bestond op dat moment een dergelijk uitgebreid ambulant netwerk op nationale schaal. In het buitenland bleef het vooralsnog bij her en der verspreide voorzieningen en

plannenmakerij. De Franse overheid lanceerde in 1960 de *psychiatrie de secteur* en de Amerikaanse federale overheid in 1963 de *Community Mental Health Centres*, maar het duurde nog tot de jaren zeventig voordat deze voorzieningen daadwerkelijk van de grond kwamen. In Groot-Brittannië werden nieuwe plannen voor een regionaal georganiseerde *community care* eerst in het midden van de jaren zeventig gerealiseerd, en dan nog onvolledig, terwijl de extramuralisering in Duitsland pas na een parlementaire enquête begin jaren zeventig op grotere schaal op gang kwam.

Tot op zekere hoogte vertoonde de Nederlandse ambulante geestelijke gezondheidszorg meer overeenkomsten met de richting waarin de extramurale psychiatrie zich in de Verenigde Staten ontwikkelde dan met de plannen en praktijken in de buurlanden. Net als de meeste Nederlandse ambulante voorzieningen kwamen de Amerikaanse initiatieven op dit gebied grotendeels onafhankelijk van de inrichtingspsychiatrie in het kader van de psychohygiëne tot stand, waarbij sprake was van een groot vertrouwen in de psychosociale kneedbaarheid van de mens. Het idee was dat tijdige psychosociale en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met 'lichte' moeilijkheden niet alleen voorkwam dat ze daadwerkelijk geestesziek werden, maar ook dat zij zich beter zelfstandig zouden kunnen ontplooien in de moderne samenleving. Mede door deze invalshoek en de zich versterkende psychotherapeutische oriëntatie zouden de Amerikaanse *Community Mental Health Centres* evenals de Nederlandse MOB's, BLGM's en IMP'en een min of meer selectief behandelingsbeleid gaan voeren, dat was toegesneden op aanspreekbare cliënten met neurotische en lichte psychosociale moeilijkheden, en dat niet tegemoet kwam aan de noden van geesteszieke patiënten.

Meer in het algemeen valt er vanuit internationaal vergelijkend perspectief op psychiatrisch gebied ook een parallelle ontwikkeling in de naoorlogse periode te constateren. Het lijkt erop dat in veel westerse landen al vanaf het eind van de jaren veertig nieuwe ideeën ontstonden omtrent de organisatie en de invulling van de psychiatrische zorg. De erfenis van de negentiende eeuw, de psychiatrische inrichting, kwam bloot te staan aan kritiek, vooral vanwege haar grootschaligheid en uniformiteit, haar maatschappelijk isolement en het gebrek aan therapeutisch élan. Wat dit betreft onderscheidden de Nederlandse inrichtingen zich overigens in gunstige zin van die in andere landen. Nieuwe intra- en extramurale voorzieningen en socio- en psychotherapeutische behandelmethoden moesten het psychiatrisch zorgrepertoire verbreden en de afstand tot de maatschappij verkleinen. Deze vernieuwingen werden binnen de psychiatrische wereld druk besproken, waarbij sprake was van internationale uitwisseling, en ze vonden soms op basis van lokale, individuele initiatieven en op kleine schaal toepassing. In de loop van de jaren zestig en zeventig zou het nieuwe ideeëngoed op veel grotere schaal, al dan niet in verder uitgewerkte, toegespitste en soms geradicaliseerde vorm in praktijk worden gebracht. De gegroeide welvaart, de zich uitbreidende verzorgingsstaat en de toegenomen bemoeienis van nationale overheden op het gebied van de sociale en gezondheidszorg maakten dit mogelijk. De eerder ge-

noemde kraamkamerthese lijkt niet alleen voor de naoorlogse Nederlandse psychiatrie, maar ook voor die in andere westerse landen op te gaan.