

VERZIEKTE ZENUWEN EN ZEDEN

Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Stichting Historia Medicinae, de Pieter van Foreest Stichting, het College van Bestuur van Maastricht University en de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen en Capaciteitsgroep Geschiedenis van Maastricht University.

Harry Oosterhuis
Jessica Slijkhuis

VERZIEKTE ZENUWEN EN ZEDEN

De opkomst van de psychiatrie in Nederland
(1870-1920)



ERASMUS PUBLISHING
Rotterdam 2012

Illustratie omslag:

Cornelis Winkler met stafleden en assistenten in zijn laboratorium van de Gemeente Universiteit Amsterdam rond 1910. (De Waardt 2005, p. 38; foto afkomstig uit *De prins der geïllustreerde bladen* 10 (19 maart 1910), p. 139).

© 2012, Harry Oosterhuis, Jessica Slijkhuis, Erasmus Publishing, Rotterdam The Netherlands

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

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 Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Erasmus Publishing te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or retransmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, by photocopies, photos or otherwise, without the prior permission in writing of Erasmus Publishing. Within The Netherlands, exceptions are allowed as permitted under article 16b Auteurswet 1912 j° the Decree of June 20, 1974, Stb. 351, as amended by the Decree of August 23, 1985, Stb. 471 and article 17 Auteurswet 1912. In these cases the amount due has to be transferred to Stichting Reprorecht (P.O. Box 882, 1180 AW Amstelveen, The Netherlands). Enquiries concerning reproduction of part(s) from this publication in anthologies, readers and other compiled works (art. 16, Auteurswet 1912) should be sent to Erasmus Publishing.

Boekvormgeving: Designworksnl, Breda
Druk: Eefsting Druk, Oud Gastel

ISBN 978-90-5235-212-1

Erasmus Publishing
Glashaven 14-A
3011 XH Rotterdam
Nederland
info@erasmuspublishing.nl

INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf 7

Inleiding 9

Een chronische identiteitscrisis 9

Afbakening, vraagstelling en bronnen 13

Omstreden geschiedschrijving 15

Grenswerk en professionalisering 18

Opbouw 21

1. De krankzinnigenzorg in de negentiende eeuw (1800-1870) 25

1.1 De Eerste Psychiatrische Revolutie 25

1.2 Krankzinnigenzorg zonder psychiatrie in Nederland 37

1.3 'Neerlands eersten psychiater' 47

2. Psychiatrische beroepsvorming in een veranderende samenleving 57

2.1 Cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme 57

2.2 De Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 64

2.3 Het psychiatrisch-neurologisch beroepsterrein 72

2.4 Macht en onmacht van de gestichtgeneesheren 76

3. Het gesticht als ziekenhuis 83

3.1 De tweede Krankzinnigenwet en de grenzen van krankzinnigheid 84

3.2 'Het grote bouwen' 93

3.3 Het medisch model in het gesticht 101

3.4 'Toestand onveranderd': dementia paralytica in het gesticht 112

3.5 'Kadaverhersenen' en 'excessen in Baccho en Venere': dementia paralytica in het laboratorium en in de maatschappij 123

4. De universiteit: de psychiatrie als biomedische en psychologische wetenschap	131
4.1 De leerstoelen en het universitaire onderwijs in de psychiatrie en neurologie	131
4.2 De psychiatrie als biomedische wetenschap	139
4.3 De invloed van de psychologie en psychoanalyse	149
5. Het sanatorium en de particuliere praktijk: de zorg voor zenuwlijders	159
5.1 Neurasthenie: de 'ziekte der moderniteit'	160
5.2 'Door vrees en tobberijen bevangen': neurasthenie in Rhijngest	171
5.3 Particuliere praktijken en psychotherapie	182
6. De samenleving: 'psychische hygiëne'	187
6.1 'Dode takken en jonge spruiten'	188
6.2 'Een ander mensch worden': het Consultatiebureau voor Drankzuchtigen	197
6.3 Voor- en nazorg	202
7. Het forum: krankzinnige misdadigers, misdadige krankzinnigen en de grensgevallen	207
7.1 Morele waanzin en psychopathie	208
7.2 De geboren misdadiger en 'het gif der immoraliteit'	214
7.3 De grensgevallen: 'de plaag hunner omgeving en de schrik van allen'	219
7.4 Problemen en dilemma's in de forensische psychiatrie	224
7.5 'Slaat mij dan maar dood': de Papendrechtse strafzaak	228
7.6 Strafrechtshervorming en de opmaat tot de Psychopatenwetten	236
Slotbeschouwing	241
Krankzinnigen en zenuwlijders	242
De dynamiek van therapeutisch optimisme en pessimisme	246
Het forum en de geestelijke hygiëne: psychiatrie als ordehandhaving en opvoeding	247
De psychiatrie als geneeskunde en psychologie	249
Eclecticisme en continuïteit	253
Psychiatrie in de moderniserende samenleving	255
Psychiatrie tussen sociale disciplinerende en democratisering	256
Tabellen	261
Noten	287
Bronnen	309
Bibliografie	310
Personenregister	349
Zakenregister	353
Over de auteurs	359

W O O R D V O O R A F

Dit boek kent een lange wordingsgeschiedenis. Iedereen die daarbij betrokken is geweest, zeggen wij dank toe. In het eindstadium lazen Arnold Labrie en Annemieke Klijn het gehele manuscript. De leden van de onderzoeksgroep 'De gestoorde psyche', Marijke Gijswijt-Hofstra, Joost Vijselaar, Cecile aan de Stegge, Gemma Blok, Ido Weijers en Karin Bakker en van het historische onderzoeksdeelproject van de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen, Arnold Labrie, Pieter Caljé, Joop de Jong, Chris Leonards, Bernard Rülöf, Manuel Stoffers en Annemieke Klijn, gaven kritisch en opbouwend commentaar op eerdere versies van de hoofdstukken in dit boek. In een meer informele sfeer, tijdens bijeenkomsten van de 'Whisky club' avonden, bij Arnold Labrie thuis, lieten Pieter Caljé, Amanda Klueveld, Eric Lemmens, Frederiek Lommen, Cecile aan de Stegge en Manuel Stoffers hun licht schijnen over het werk. Ook Roland Bal, Ruth Benschop, Ruud Hendriks, Marco Goud, David Hamers, Anique Hommels, Stine Jensen, Jessica Mesman en Ruth Mourik lazen delen van het boek in wording en boden de nodige steun.

De medewerkers van de stichting Adhesie GGZ Midden-Overijssel en het Gemeentearchief Leiden zijn wij dank verschuldigd voor hun medewerking ten behoeve van onderzoek naar patiëntendossiers. Marijke Gijswijt-Hofstra, Peter van Drunen, Cecile aan de Stegge en Gert Hekma deelden onderzoeksgegevens met ons. Peter en Marijke stelden ook enkele van de in dit boek opgenomen tabellen (5 tot en met 8 respectievelijk 9 tot en met 12) aan ons beschikbaar, waarvoor wij hen zeer erkentelijk zijn. Vooral in de hoofdstukken 3 en 5 is deels gebruik gemaakt van eerder door Marijke Gijswijt-Hofstra uitgevoerd en gepubliceerd onderzoek. Jim van Os maakte het mogelijk om in 2004 het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bij te wonen en met enkele psychiaters (René Kahn, Detlev Petry, L. van Dijk en Mark Richartz) over hun vak te spreken. Wij danken hen voor de tijd die zij voor ons hebben vrijgemaakt. Ook zijn wij dank verschuldigd aan wijlen Harry G.M. Prick voor de gesprekken over Lodewijk van Deysse.

Tom Boves, Stine Jensen, Frederiek Lommen, Ruth Mourik, David van Reybrouck, Sjoerd Stoffels, Eise van Sleen, Co en Klaas Slijkhuis en wijlen opa Johannes Slijkhuis speelden elk op hun eigen wijze een onvergetelijke rol tijdens het onderzoek voor dit boek. Hun dierbare aanwezigheid en inspiratie waren voeding voor de ziel.

WOORD VOORAF

Wij zijn de Stichting Historia Medicinae, de Pieter van Foreest Stichting, het College van Bestuur van Maastricht University en de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen en Capaciteitsgroep Geschiedenis van Maastricht University zeer erkentelijk voor de financiële steun voor het schrijven en het uitgeven van dit boek. Tot slot bedanken wij Peter Verhoef van Erasmus Publishing voor de prettige samenwerking.

Jessica Slijkhuis
Harry Oosterhuis

I N L E I D I N G

Het publieke beeld van de psychiatrie is veelvormig. Soms worden psychiaters met dwangbuizen of potten Prozac geassocieerd of worden zij afgeschilderd als enge dokters in witte jassen die patiënten met elektroshocks behandelen. Dan weer geldt Sigmund Freud, de geduldig luisterende en begrijpende psychotherapeut met de pratende patiënt op de divan, als het prototype van de psychiater. De verschillende beelden van de psychiatrie weerspiegelen de vragen en de diverse opvattingen die in de maatschappij leven omtrent de aard en oorzaken van geestesstoornissen. Moeten deze worden gezocht in defecte hersenen, zenuwen of genen? Of zijn psychische aandoeningen een gevolg van geestelijke schade, traumatische gebeurtenissen, een ongelukkige jeugd of een gekwetste persoonlijkheid? Zou geestesziekte ook kunnen ontstaan door een ziekmakende maatschappij? De psychiatrie biedt geen eenduidige antwoorden op deze vragen en mede daardoor lopen ook de waardeoordelen over deze medische specialisatie zeer uiteen. Door de onzekerheid en ook de teleurstellingen over de therapeutische resultaten van de psychiatrie en de regelmatig terugkerende kritiek op de bejegening van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg staat de wetenschappelijke en de maatschappelijke legitimiteit ervan telkens weer ter discussie. Anderzijds waren en zijn de verwachtingen van zowel psychiaters als hun patiënten of cliënten en het bredere publiek omtrent nieuwe onderzoeks- en behandelmethoden – bijvoorbeeld in de jaren zestig en zeventig de psycho- en sociotherapieën en in de afgelopen twee decennia de psychofarmaca, de genetica en het neurofysiologische hersenonderzoek – steeds weer hooggespannen. De opvattingen in de maatschappij over de psychiatrie variëren van verguizing tot ophemeling.

EEN CHRONISCHE IDENTITEITSCRISIS

Als het om de plaatsbepaling van hun vak gaat, lopen psychiaters zelf niet over van zelfvertrouwen. ‘Ik ben helemaal geen jongetje, ik ben helemaal geen jongetje’, zo reageerde een psychiater toen wij hem op de voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) in 2004 vroegen hoe hij dacht over de identiteit van zijn beroep. Met deze op het eerste gezicht

INLEIDING

wat merkwaardige uitspraak wilde hij zeggen dat de psychiatrie in vergelijking met andere medische specialismen onvolwassen en onzeker is en lijkt op een verongelikt vierjarig kind.¹ Een collega van hem constateerde desgevraagd dat de psychiatrie aan een minderwaardigheidscomplex lijdt en dat de recente aandacht voor de werking van het brein in de biologische psychiatrie voortkomt uit een mateloze behoefte aan bewondering.² Volgens een andere psychiater is zijn vak behept met een 'dissociatieve identiteitsstoornis' en weer een andere beweerde dat de psychiatrie innerlijk verdeeld is en 'twee zielen' kent: de ziel van de patiënt, die vereist dat psychiaters inzicht hebben in diens ziektebeleving, en de ziel van de wetenschap, die geestesziekte tot object van de medische blik maakt.³ Naast beroepsbeoefenaars die hun vak beschouwen als een 'biopsychosociaal generalisme', zijn er ook psychiaters die stellen dat zij geen 'alleskunnners' zijn en dat zij zich beter tot een 'orgaanspecialisme' (van de hersenen) kunnen beperken.⁴ Daartegenover staan dan weer vakgenoten die vinden dat een psychiater niet meer en niet minder is dan een maatschappelijk werker.⁵

Het lijkt erop dat de psychiatrie in een chronische identiteitscrisis verkeert. In feite worstelen psychiaters al sinds het ontstaan van hun vak aan het eind van de negentiende eeuw met hun beroepsidentiteit. Vanaf het begin in 1871, toen een tiental in krankzinnigengestichten werkzame geneeskundigen hun beroepsorganisatie, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie oprichtten, hebben zij altijd benadrukt dat hun vak een vorm van geneeskunde is. Op zich bestond daarover geen twijfel: gestichtsgeneesheren, die later psychiater gingen heten, waren gediplomeerde artsen die zich op basis van hun medische deskundigheid toelagden op de krankzinnigenzorg en sinds 1932 is de psychiatrie een officieel erkend medisch specialisme met een eigen opleidingstraject na de studie geneeskunde. De taken die psychiaters zich toeëigenden of die zij aangereikt kregen, beperkten zich echter niet tot de diagnose van geestesziekten en de therapeutische behandeling van individuele patiënten. Naarmate de diversiteit van hun werkplekken toenam, strekte hun bemoeienis zich verder uit. 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.

Het lijkt geen twijfel dat de psychiatrie de kenmerken van een medische professie bezit: het vak en beroep genieten officiële erkenning en bescherming als medisch specialisme; ze kennen een beroepscode en een publieke functie; er is een academische opleiding vereist en het gaat om de praktische toepassing van wetenschappelijke kennis, en er bestaan psychiatrische beroepsverenigingen en vaktijdschriften. Met deze formele kenmerken, die de psychiatrie aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw verwierf, is echter nog niet de vraag beantwoord wat de psychiatrie in de praktijk inhoudt, wat de beroepsuitoefenaars doen, waar zij werken en hoe het vak verandert.⁶ Al zo'n tachtig jaar discussiëren psychiaters, vooral naar aanleiding van de vaststelling van de opleidingseisen, telkens weer over de vraag naar de inhoud van hun vak en de vereiste kennis voor hun beroepsuitoefening. Moest de neurologie een substantieel onderdeel ervan zijn? Dienden psychiaters deskundig te zijn op het gebied van de psychotherapie en de sociale ondersteuning en begeleiding van geesteszieken? In hoeverre was het wenselijk dat psychiaters naast medische ook over psychologische, pedagogische, sociologische, juridische en filosofische kennis beschikten?

Vooral in de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw werden in psychiatrische kring felle discussies gevoerd over de identiteit van het vak. Tegenover de beroepsbeoefenaars die een medisch-biologische invulling aan hun vak gaven, maakten andere psychiaters duidelijk dat zij zich meer verwant voelden met psychologen en maatschappelijk werkers en de voorkeur gaven aan een psychosociale en psychotherapeutische profilering. In de jaren zeventig spitsten de tegenstellingen zich verder toe toen sommige psychiaters zich opwierpen als maatschappij-critici. Een van de bekendste Nederlandse vertegenwoordigers van de kritische psychiatrie, Jan Foudraine, betoogde bijvoorbeeld dat politieke en sociale actie tot het takenpakket van de psychiater behoorde.

Hij zal zich moeten opwerpen om maatschappijstructuren te veranderen; hij zal waanideeën in de maatschappij moeten ontmaskeren. Hij moet zijn stem verheffen als zou het maar zijn om nu eindelijk de geboortebepijking er eens door te krijgen. De verouderde echtscheidingswetgeving, de abortuswetgeving moeten veranderd. De milieuverontreiniging moet hij bestrijden. Hij zal zich actief moeten bezighouden met de maatschappijstructuren die economisch gezien de mensen tot ding maken.⁸

Ook Cees Trimbos was van mening dat psychiaters de 'tekort schietende maatschappelijke structuren' aan de kaak moesten stellen en hij betreurde het dat veel collega's in dit opzicht in gebreke bleven: 'Niet weinige psychiaters zijn dan ook systeembestendigers, maatschappij-mooihouders, psychische politieagenten, die zonder meer hand- en spandiensten verlenen aan het machtsapparaat [...]'⁹ Het maatschappelijke engagement dat Foudraine, Trimbos en anderen aan de dag legden, stuitte op regelrechte afwijzing van psychiaters die zichzelf in de eerste plaats als arts en hulpverlener van individuele patiënten beschouwden en die verandering van de samenleving ondoenlijk en/of onwenselijk achtten. Teneinde dergelijke meningsverschillen te apaiseren kwam de NVP rond 1980 met een nieuw beroepsprofiel: de psychiatrie zou een 'biopsychosociaal' vak zijn en de psychiater was in die zin een generalist. Veel meer dan een bezweringsformule om de onderlinge verdeeldheid tegen te gaan was dit biopsychosociale model niet en in feite was het een nieuwe formule voor het eclecticisme dat de psychiatrie al veel langer kenmerkte. Tegelijkertijd was de NVP erop bedacht dat er geen twijfel over de medische status van het vak kon ontstaan: de neurologie bleef lang een substantieel onderdeel van de psychiatrische opleiding en toen deze begin jaren tachtig daaruit verdween, reageerden sommige psychiaters met pleidooien voor een sterkere biomedische invulling van hun beroep.

Onder invloed van de ontwikkeling van de biologische psychiatrie en de psychofarmacologie bogen psychiaters zich rond 2000 opnieuw over hun beroepsprofiel, waarbij zij echter geen duidelijke keuze maakten tussen het biopsychosociale en biomedische model. In 2004 ondernam de toenmalige voorzitter van de NVP, de Utrechtse hoogleraar René Kahn, een poging om met een nieuwe profielschets het biomedische karakter van de psychiatrie te versterken. De neurowetenschappen dienden de basis van het vak te vormen, aldus Kahn, en in de opleiding was meer aandacht voor neurologie en interne geneeskunde nodig. Psychiaters waren in de eerste plaats arts en als zodanig moesten zij zich concentreren op ernstige, door hersenaandoeningen veroorzaakte stoornissen in gedrag, cognitie en gevoel. De psycho- en sociotherapeutische behandeling van 'lichte' psychosociale moeilijkheden en levensproblemen konden zij beter overlaten aan psychologen en maatschappelijk werkers. Veel leden van de NVP konden zich echter moeilijk in het profiel van de psychiater als hersenspecialist herkennen en bleven waarde

hechten aan de psychologische en sociale aspecten van hun vak. Toch waren sociaal- en psychotherapeutisch geïntereerde psychiaters al in de jaren negentig in het defensief geraakt. De accentverschuiving van de sociaal-psychologische naar de medisch-biologische richting, die vanaf de tweede helft van de jaren tachtig was begonnen, kwam tot uiting in het toenemend gebruik van psychofarmaca en de herleving van de elektroshocktherapie. Ontwikkelingen in de genetica, de resultaten van de cognitieve neurowetenschappen, het fysiologische hersenonderzoek en de daarin toegepaste technieken, zoals computergestuurde scanning, vormden een belangrijke stimulans voor psychiaters om zich op de veronderstelde lichamelijke basis van geestesziekten te richten.

Slechts weinig psychiaters deelden echter Kahns onvoorwaardelijke vertrouwen in en enthousiasme voor de biologische psychiatrie. Deze kon haar pretenties bij lange na niet waarmaken. De neurowetenschappen waren maar zelden direct toepasbaar in de psychiatrische praktijk en de heilzame werking van de psychofarmaca werd vaak overdreven; de laatste droegen hooguit bij tot een betere beheersing van geestesziekten en ze vormden eerder een toevoeging aan dan een vervanging van andere therapieën. De praktische consequenties van het genetische onderzoek bleven voornamelijk beperkt. In feite was de psychiatrische praktijk aan het begin van het nieuwe millennium nog even veelvormig als in de twintigste eeuw en bestond er nog steeds een kloof tussen het diagnostische en therapeutische vermogen van psychiaters. Bovendien waren er ook tekenen dat de geesteswetenschappelijke benadering weer op een groeiende belangstelling van psychiaters kon rekenen. In een terugblik op 25 jaar psychiatrie in Nederland bij het 125-jarig bestaan van de NVP, waarvoor Sonja van 't Hof meer dan twintig beroepsbeoefenaren over de ontwikkelingen in hun vak interviewde, merkte zij op dat zij getroffen was door de kritische zelfbeschuiving en twijfel die haar gesprekspartners aan de dag legden. Allen worstelden met de vraag waar hun vak precies thuishoorde tussen de geneeskunde en de sociale en gedragswetenschappen.¹⁰

Uit de uiteenlopende invulling die psychiaters aan hun beroep gaven – behalve een medische ook een psychologisch, sociale, ethische, filosofische en politieke – komt duidelijk naar voren dat het object en het werkgebied van de psychiatrie niet als vanzelfsprekend gegeven zijn. Een en ander hangt nauw samen met het structureel ontbreken van een gemeenschappelijk paradigma met betrekking tot de benoeming, indeling, verklaring en behandeling van geestesstoornissen. Zowel in het verleden als het heden laat de psychiatrie een voortdurende richtingstrijd zien. In het bijzonder in de steeds terugkerende pendelbeweging tussen somato- en psycho- en socio-gene verklaringen alsook tussen natuur-, geestes- en sociaal-wetenschappelijke benaderingen ontbrak het niet aan verdeeldheid en wederzijdse verkettering. Uiteenlopende diagnostische modellen, verklarende theorieën en therapieën wisselden elkaar af of bestonden naast elkaar.

Bovendien hing de keuze van psychiaters voor een bepaalde diagnose, verklaring en behandeling van psychische stoornissen niet alleen af van medisch-wetenschappelijke inzichten, maar evenzeer van bepaalde normen en waarden omtrent de wijze waarop mensen met elkaar zouden moeten samenleven. Mede vanwege haar raadselachtigheid, de uiteenlopende reacties die geestesziekte oproept – vaak afkeer en angst vermengd met medelijden, maar soms ook fascinatie en idealisering – en het gebrek aan een eenduidige wetenschappelijke verklaring, kunnen psychische stoornissen dienen als projectiescherm voor uiteenlopende visies op mens en maatschappij. Dit des te meer omdat met name 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 verwachtings- en vertrouwenspatronen, doorbreken. De onbegrijpelijke en voor anderen oninvoelbare uitingen van psychisch gestoorden vallen buiten de vanzelfsprekendheid en voorspelbaarheid waarop als normaal geldend sociaal gedrag gebaseerd is. De psychiatrie biedt een begrijpelijke verklaring voor dergelijke onbegrijpelijke gedragingen: het gaat om ziekte. De duiding van psychische stoornissen, zowel in de psychiatrie als in de samenleving, hangt echter deels samen met veranderlijke maatschappelijke normen omtrent al dan niet acceptabel gedrag. Op deze manier beweegt de psychiatrie zich op het gevoelige terrein waar de regels van het samenleven zichtbaar worden.¹¹ Dat lijkt ook de reden te zijn dat psychiaters hun vak niet als een 'gewoon medisch specialisme' beschouwen, zoals in het rapport *Profielschets Psychiater* (1996) van de NVP is te lezen: bij uitsteking voor psychische aandoeningen zou gelden dat de grens tussen 'ziek' en 'normaal' niet scherp is afgebakend en voortdurend onderwerp blijft van wetenschappelijke en publieke discussie.¹²

AFBAKENING, VRAAGSTELLING EN BRONNEN

Het gegeven van de chronische identiteitscrisis van de psychiatrie vormt het uitgangspunt van deze studie over de opkomst en wording van deze medische specialisatie in Nederland tussen 1870 en 1920. Onze veronderstelling is dat de wortels van deze professionele identiteitsproblematiek in deze periode te vinden zijn en dat deze zichtbaar kunnen worden gemaakt door na te gaan hoe het nieuwe vak psychiatrie in die periode vorm kreeg, hoe het door de beoefenaren ervan werd gelegitimeerd, waar zij werkten, wat hun beroepsdomein omvatte, wat zij deden en met welke moeilijkheden zij zich geconfronteerd zagen. De onderzochte periode, waarin het fundament werd gelegd voor de moderne psychiatrie in Nederland, wordt gemarkeerd door de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP) in 1871 en het jaar 1920, toen enkele belangrijke ontwikkelingen in het vakgebied waren uitgekristalliseerd en de basis was gelegd voor de verdere ontplooiing ervan. In deze periode nam het psychiatrisch werkveld in omvang toe en veranderden de beroepsgroep en het vakgebied van gedaante.

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 NVP in dit opzicht een mijlpaal: voor het eerst organiseerden geneeskundigen die in krankzinnigengestichten werkzaam waren, de gestichtsgeneesheren, zich – en wel onder de noemer psychiatrie. Deze vereniging vormde de aanzet tot de vorming van een nieuw medisch specialisme, vanaf 1896 verenigd met de neurologie. In de laatste twee decennia van de negentiende eeuw vonden ingrijpende veranderingen in de krankzinnigenzorg plaats en begon de expansie van het psychiatrisch-neurologisch werkveld. 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, maar al aan het eind van de negentiende eeuw begonnen beoefenaars van de psychiatrie en de neurologie hun activiteiten ook op andere terreinen, buiten de muren van het gesticht, te ontplooiën.

De grenzen van het psychiatrisch beroepsdomein en de daarmee verbonden beroepscompetentie lagen niet vast en verschoven voortdurend. Dit impliceert dat wij het werkveld van de psychiatrie niet op voorhand kunnen definiëren en afbakenen; het gaat ons immers juist

INLEIDING

om de vorming van dat werkterrein en de veranderingen die het onderging. Ons aangrijpingspunt kan dan ook niet het psychiatrisch domein zijn. Om de ontwikkeling van het psychiatrisch werkveld in kaart te brengen volgen wij de beroepsbeoefenaars op hun diverse werkplekken, dat wil zeggen de geneeskundigen die vanaf 1871 verenigd waren in de NVP en vanaf 1896 in de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN). Deze medici werden in de negentiende eeuw overigens nog maar sporadisch psychiater genoemd. Zoals gezegd waren zij aanvankelijk werkzaam in krankzinnigengestichten en werden zij als gestichtsgeneesheer of -arts aangeduid. Pas aan het eind van de negentiende eeuw begonnen medici die zich op de universiteiten profileerden als specialisten op het gebied van de psychiatrie de benaming psychiater te gebruiken. Daarnaast werd de term zenuwarts gangbaar als aanduiding voor geneeskundigen die zich in algemene ziekenhuizen, sanatoria, kuur- en herstellingsoorden alsook in poliklinieken en particuliere praktijken toelegden op de behandeling van zowel geestesstoornissen als zenuwkwalen, waaronder ook neurologische en psychosomatische aandoeningen. Zoals uit de veranderde naamgeving van de beroepsvereniging blijkt, bestond er een overlap tussen het werkveld van de psychiatrie en dat van de neurologie. De drie benamingen voor deze gespecialiseerde geneeskundigen, gestichtsgeneesheer of -arts, psychiater en zenuwarts, bestonden tot 1920 (en ook nog in de daarop volgende decennia) naast elkaar. Aangezien de veranderende terminologie de uitbreiding van het beroepsdomein tot op zekere hoogte weerspiegelt en ook om anachronismen te voorkomen, maken wij in ons betoog gebruik van de toenmalige benamingen van de beroepsbeoefenaars. De psychiatrische beroepsgroep zoals we die thans kennen, bestond in de door ons behandelde periode nog niet: de interne eenheid was minder hecht en de afgrenzing ten opzichte van de rest van de geneeskunde was minder scherp. Overigens bestond ook de vrij nieuwe term psychiatrie als aanduiding van het vak en het werkveld naast andere terminologie, zoals krankzinnigenzorg en zenuw- en zielsziekten.

De hoofdvraag van deze studie richt zich op de wijze waarop gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen zich profileerden als een aparte beroepsgroep, hun werkveld vormgaven en hun vak wetenschappelijk en maatschappelijk legitimeerden. Deze vraag zal worden beantwoord door middel van onderzoek naar de cognitieve inhoud van de psychiatrie, de institutionele, juridische en maatschappelijke kaders waarin de beroepsbeoefenaars actief waren, hun professionele strategieën en de patiënten die zij behandelden. De hoofdvraag valt uiteen in de volgende deelvragen:

- Wat behelsde het vak psychiatrie, hoe werden de grenzen van zijn werkgebied afgebakend?
- Hoe verhielden beroepsbeoefenaren zich tot andere groepen die zich (deels) op hetzelfde werkterrein bewogen?
- Met welke problemen en stoornissen hielden deze geneeskundigen zich bezig en hoe definieerden en behandelden zij deze?
- Welke patiënten behandelden zij en waar gebeurde dat?
- Wat waren hun werkplekken en welke veranderingen traden hierin op?
- Wat was de verhouding tussen enerzijds hun concrete werkzaamheden en anderzijds hun theoretische uitgangspunten, hun ambities en het imago dat zij van hun vak uitdroegen?
- Wat waren de doelstellingen en activiteiten van de beroepsvereniging en welke invulling gaven gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen aan de maatschappelijke functie van hun vak?

AFBAKENING, VRAAGSTELLING EN BRONNEN

- Met welke moeilijkheden zagen zij zich geconfronteerd in hun streven naar een vergroting van hun werkterrein en maatschappelijke invloed?
- Wat was de verhouding tussen enerzijds de psychiatrische beroepsuitoefening en anderzijds de juridische definities van geestesstoornissen, de bestuurlijk-juridische regelgeving omtrent de behandeling daarvan en het meer algemene beeld van geestesziekte in de maatschappij?

Op basis van deze vraagstelling staan in ons boek drie met elkaar verbonden thema's centraal: de psychiatrische beroepsvorming, het uitdijende psychiatrische werkveld en de verhouding tussen professionele ambities en de psychiatrische praktijk waarin gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen patiënten diagnostiseerden en trachtten te behandelen. Het psychiatrisch diagnose- en behandelrepertoire is niet los te zien van de reikwijdte van het domein van psychiatrie en dat kreeg op zijn beurt weer vorm door de invulling die de beroepsuitoefenaars gaven aan hun vak en de mate waarin zij hun professionele ambities wisten te realiseren. In tegenstelling tot de buurlanden is in Nederland nog nauwelijks systematisch en theoretisch onderbouwd onderzoek verricht naar het ontstaan van het psychiatrisch vak en beroep in de negentiende eeuw. Dit boek is bedoeld om deze lacune te vullen en het positioneert zich tussen soortgelijke onderzoeken naar de ontwikkeling van de psychiatrie in met name Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië.¹³

Naast de bestaande historische literatuur hebben wij in ons onderzoek gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Psychiatrische en medische tijdschriften, met name de periodieken van de NVP(N): *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* (1871-1882); *Psychiatrische Bladen* (1883-1896) en *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (1897-1920). Daarnaast zijn ook bijdragen over psychiatrie in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (1857-1920), het periodiek van de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst alsook het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling* (1899-1902), *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Hygiënische Bladen* (1903-1904) en *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* (1905-1920) bestudeerd.
- Bijdragen van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen aan *De Gids* (1837-1920) en andere publikstijdschriften.
- Leer- en handboeken en andere publicaties van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen.
- Gepubliceerde voordrachten, redes en oraties van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen.
- Patiëntendossiers van het St. Elisabethsgasthuis en het gesticht Brinkgreven te Deventer (Archief Adhesie, GGZ Midden Overijssel) en het Sanatorium Rhijngeest in Oegstgeest (Gemeentearchief Leiden) alsook jaarverslagen van deze instellingen (Gemeentearchieven Deventer en Leiden).
- Handelingen der Tweede Kamer 1908/1909 - 1910/1911.

OMSTREDEN GESCHIEDSCHRIJVING

Tot halverwege de jaren zeventig bestonden historische studies van de psychiatrie in Nederland hoofdzakelijk uit curiosa, jubileum- en gedenkboeken, biografische bijdragen en enkele

bronnenpublicaties. 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 ‘presentistisch’ of ‘finalistisch’ te karakteriseren. Daarin ligt de nadruk op de eigen, interne dynamiek van de psychiatrie als betrekkelijk autonome vorm van wetenschappelijke kennisverwerving. De eigentijdse stand van zaken in het vak dient – meestal impliciet – als leidraad voor de beschrijving van het verleden. De vooronderstelling is dat onwetendheid, bijgeloof, mishandeling en verwaarlozing in de loop der tijd plaats maakten voor wetenschappelijk inzicht en een humanitaire behandeling van geesteszieken.

Dit soort geschiedschrijving door direct betrokkenen maakte vanaf de tweede helft van de jaren zeventig deels 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 inrichtingspsychiatrie hun invloed gelden. In Frankrijk, Groot-Brittannië, Duitsland en de Verenigde Staten stelden zogenaamde revisionistische auteurs als Michel Foucault, Thomas Szasz, Robert Castel, Andrew Scull, David Rothman en Klaus Dörner de vanzelfsprekende uitgangspunten van de psychiatrie en haar geëigende geschiedbeeld ter discussie.¹⁴ 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 disciplinerende en normaliserende maatschappelijk ongewenste individuen en groepen, en de verwevenheid van psychiatrische praktijken met sociale, economische en politieke machtsverhoudingen.

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 ordebestendige rol die zij zou spelen in de kapitalistisch-burgerlijke maatschappij en de moderne interventiestaat, hier slechts 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.¹⁵ Dat laatste hing mede samen met het gebrek aan continuïteit en institutionele inbedding van het historisch onderzoek. Het onderzoek aan de universiteiten was verbrokken en afhankelijk van de interesse van een klein aantal individuele wetenschappers.¹⁶

Alleen in het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, vanaf 1996 Trimbos-instituut geheten, 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. Wat begon met een inventarisatie van het historisch bezit van psychiatrische inrichtingen, leidde in 2005 uiteindelijk tot de realisering van het Nationaal Museum voor Psychiatrie Het Dolhuys in Haarlem.¹⁷ De belangstelling die in het Utrechtse sociaal-wetenschappelijke onderzoeksinstituut ontstond voor het verleden 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 -instellingen 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. Daarnaast verschenen, vaak naar aanleiding van jubilea, reorganisaties of opheffingen, een groot aantal historische studies over verschillende psychiatrische inrichtingen. In het door het veld geïntegreerde onderzoek is sprake van een meer of minder presentistisch perspectief.

Tussen 1999 en 2006 is door een tiental historici onderzoek verricht in het kader van het universitaire en door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek gefinancierde programma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*, waarin historici van de Universiteit van Amsterdam, de Universiteit Maastricht en de Universiteit Utrecht samenwerkten. 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. Dankzij het onderzoek in zowel het Trimbos-instituut en het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche* als daarbuiten zijn over tal van aspecten van de vooral twintigste-eeuwse geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland historische studies voorhanden, waaronder het overzichtswerk *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*.¹⁸

De geschiedschrijving van de psychiatrie is even omstreden als het vak zelf. Zij 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 en het streven van de onderzoekers van het Trimbos-instituut om retrospectief duidelijkheid te verschaffen over de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg. Vaak is hun veronderstelling dat psychische stoornissen zo oud zijn als de mensheid en dat na eeuwen van vruchteloze pogingen om er iets aan te doen de moderne psychiatrie uiteindelijk hun wezen wist te doorgronden, waardoor de therapeutische behandeling met sprongen vooruitging. De eigentijdse stand van zaken in de psychiatrie en niet zelden ook de specifieke richting die zij daarbinnen aanhangen, verschaft hen het selectie- en beoordelingscriterium voor de beschrijving van het verleden.¹⁹ De eerder genoemde revisionisten, die zich kritisch, zo niet afwijzend opstelden ten aanzien van de psychiatrie en die wezen op de verwevenheid van psychiatrische praktijken met maatschappelijke verhoudingen, waren voor een belangrijk deel geïnspireerd door de antiautoritaire protestbeweging van de jaren zestig, de kritische of antipsychiatrie en de psychosociale benadering die vanaf omstreeks 1970 opgang deed in de geestelijke gezondheidszorg.

Even tijdgebonden was de felle reactie op het revisionisme van de Canadese historicus Edward Shorter, die in 1997 een veelgeprezen overzichtswerk over de geschiedenis van de psychiatrie in de Westerse wereld publiceerde.²⁰ Zijn omarming van de biomedische benadering van geestesziekte en verkettering van andere richtingen in de psychiatrie, met name de psychoanalyse, lijken mede te zijn ingegeven door ontwikkelingen in de jaren negentig: een groeiend vertrouwen in het moderne hersenonderzoek en de werking van psychofarmaca alsmede teleurstelling over en afkeer van de erfenis van de jaren zestig in het algemeen en het psycho- en sociotherapeutische ethos in de psychiatrie in het bijzonder. In Shorters boek lijkt de geschiedenis van de psychiatrie een strijd tussen helden (de biomedisch georiënteerde psychiaters) en schurken (de voorstanders van psychologische en sociale benaderingen). Typerend

INLEIDING

voor zijn denken in zwart-wit is dat hij de ontwikkeling van de inrichtingspsychiatrie en vooral de biomedische aanpak van geestesziekten daarin beschrijft als een betrekkelijk autonome en verlichte vorm van kennisverwerving met een eigen dynamiek, waarvoor sociale verklaringen overbodig en misplaatst zijn. Als het om de in zijn ogen betreurenswaardige opkomst van psychologische en sociale benaderingen gaat, komt Shorter echter wel met duidingen waarin de economische, sociale en politieke belangen van de psychiatrische beroepsgroep centraal staan. Op macht, geld en prestige beluste psychoanalytici, psychotherapeuten en sociale psychiaters zouden zich met schijnproblemen bezighouden, waardoor de grenzen van geestelijke ongezondheid steeds wijder werden getrokken.

Het gemeenschappelijke kenmerk van de internalistische of finalistische, revisionistische en Shorters antirevisionistische geschiedschrijving is een stellingneming in eigentijdse psychiatrische debatten over de identiteit van het vak en de beste verklaring en behandeling van geestesstoornissen. Psychiaters die de geschiedenis van hun vak beschrijven, gebruiken deze nogal eens als legitimatie voor de eigen positie in die debatten, terwijl revisionistische historici een sterke voorkeur ten toon spreiden voor de psychologische en vooral sociale aanpak in de psychiatrie en historici als Shorter vinden dat de biomedische oriëntatie de juiste benadering is. Al deze geschiedschrijvers suggereren in feite dat de chronische identiteitscrisis van de psychiatrie is op te lossen als haar geschiedenis vanuit het juiste, dat wil zeggen hun eigen perspectief, wordt gezien – alsof zij kunnen optreden als psychotherapeuten van de psychiatrische beroepsgroep. Dit alles geeft aan hoezeer de geschiedschrijving van psychiatrie verweven is met de verdeeldheid en het controversiële karakter van het vak zelf, de worsteling van psychiaters met hun beroepsidentiteit en de sterk wisselende beeldvorming ervan in de maatschappij.²¹

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 evenals de revisionisten de ontwikkelingen in de psychiatrie te begrijpen in samenhang met die in de samenleving, maar ze doen dat genuanceerder, zonder de psychiatrie te reduceren tot een verlengstuk van de staat of andere maatschappelijke krachten en zonder bij voorbaat stelling te nemen in het psychiatrische debat over de juiste benadering van geestesstoornissen.²²

GRENSWERK EN PROFESSIONALISERING

In navolging van de postrevisionisten hebben wij ons verre trachten te houden van vooropgezette standpunten over de identiteit van de psychiatrie door de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie in de periode 1870-1920 in de context van de toenmalige maatschappij en cultuur te begrijpen. Wij onthouden 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 behandel aanbod of de maatschappelijke veroordeling van afwijkend of onbegrijpelijk gedrag, zoals de revisionisten en ook adepten van de sociologische etiketteringstheorie en Foucaults disciplineringsstheorie hebben betoogd. Deze radicaal sociaal-constructivistische benadering veronachtzaamt en bagatelliseert de realiteit van geestelijke moeilijkheden, wat de gedaante en de oorzaak ervan ook mogen zijn.

In navolging van de socioloog Abram 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. De specifieke betekenissen die moeilijkheden krijgen, zijn sociaal-cultureel van aard.²³ De verschillende opvattingen over wat het psychiatrisch object is, wat geestesziekten of -stoornissen zijn en wat psychiaters doen of zouden moeten doen, hangen voor een groot deel af van hun professionele ambities, hun al dan niet wetenschappelijke kennis, de institutionele en maatschappelijke context waarin zij werken en de problemen waarmee zij zich geconfronteerd zien. Verder nemen wij een agnostisch standpunt in tegenover de diverse psychiatrische duidingen en 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 een anti-psychiatrische optiek. Wat wij in dit boek bieden is een beschrijving en analyse van de rol die dergelijke uiteenlopende benaderingen speelden in de vorming van het psychiatrisch beroep en werkveld. Daarbij leunen wij op zowel wetenschapshistorisch onderzoek naar disciplinevorming als historisch-sociologisch onderzoek naar professionaliseringsprocessen.

In het wetenschapshistorisch onderzoek van de afgelopen decennia is benadrukt dat wetenschap als geheel en wetenschappelijke disciplines afzonderlijk geen onveranderlijke, essentiële kenmerken bezitten die vanaf hun ontstaan tot hun huidige gedaante hun identiteit bepalen.²⁴ Deze optiek staat diametraal tegenover de eerder genoemde finalistische oftewel presentistische geschiedschrijving: de veronderstelling dat de wordingsgeschiedenis van wetenschap in het algemeen en een afzonderlijke discipline in het bijzonder continuïteit en gestage vooruitgang vertonen 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 zijn objectgebied zou vormen. De manier waarop kennis en de praktische toepassing daarvan in disciplines zijn verdeeld wordt niet door een gegeven structuur van de werkelijkheid gedictieerd, maar is veeleer het resultaat van de wordingsgeschiedenis van disciplines, waarin voortdurend 'grenswerk' of 'demarcatiearbeid' (*boundary work*) plaatsvindt en de demarcaties van disciplines en beroepsdomeinen ten opzichte van elkaar steeds weer verschuiven.²⁵ Zo ligt de werkelijkheid van geestelijke moeilijkheden niet eenvoudig klaar om door psychiaters te worden ontdekt, beschreven en verklaard als door hen te behandelen psychiatrische ziekten en stoornissen. Deze realiteit is mede het resultaat van het spreken, schrijven en handelen van psychiaters waarin tegelijk met hun kennis en de praktische toepassingen ervan 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 kennis en vaardigheden, maar vaak ook door de ambitie om hun werkterrein uit te breiden, daarop min of meer exclusieve zeggenschap te verwerven, en voor hun discipline autonomie, aanzien en wetenschappelijk en maatschappelijk legitimitieit te verwerven. Hun al dan niet succesvolle pogingen relevante buitenstaanders (politici, beleidsmakers, andere wetenschappers, opinievormers, patiënten en cliënten en het algemene publiek) van de geldig-

heid 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, met name op het gebied van de geneeskunde en de psychologie, de aandacht van (wetenschaps)historici getrokken.²⁶

Oudere sociologische, grotendeels door het structureel-functionalistische geïnspireerde professionaliseringstheorieën leggen veel nadruk op de altruïstische en onmisbare rol die professies op basis van wetenschappelijke kennis en specialistische vaardigheden in de door functionele differentiatie gekenmerkte moderne maatschappij zouden 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 perspectief, dat nauw aansloot bij het zelfbeeld van de professies. In de conflict-sociologische benadering verschoof het accent naar de sociaal-politieke en economische belangen en macht die beroepsgroepen zouden nastreven. De aandacht gaat dan uit naar de wijze waarop professionele groepen bepaalde kennis, 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 meervoudige dynamiek van professionalisering centraal staat, wordt niet bij voorbaat aangenomen dat altruïsme of machtsstreven bepalend zijn voor het optreden van professies. Hierin worden hun ontstaan en ontwikkeling beschreven tegen de achtergrond van uiteenlopende en veranderende maatschappelijk omstandigheden, die de wording van professies op verschillende manieren bepalen. Deze veelal internationaal, historisch en tussen verschillende beroepsgroepen 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 professe in verband met sociale moderniseringsprocessen. Professionalisering wordt gezien als 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 complexer wordende samenleving bestaat naar gespecialiseerde diensten. Actionistische verklaringen lopen het gevaar dat ze aan een professe in wording motieven en een beroepsidentiteit toeschrijven die op het moment van haar vroege ontwikkeling nog niet bestaan, maar die juist het resultaat zijn van het verdere verloop ervan. In de structuralistische verklaring bestaat het gevaar van sociologisch reductionisme en blijven de intenties van de betrokkenen onderbelicht. Deze twee benaderingen sluiten elkaar in principe niet uit en zouden elkaar moeten aanvullen.

De historisch-contextuele benadering van professionalisering, waarin de actionistische en structuralistische invalshoeken zijn verenigd en die wij volgen, is uitgewerkt door Andrew

Abbott in zijn *System of Professions: An Essay on the Division on Expert Labor* (1988). Abbott definieert professies als beroepsgroepen die wetenschappelijke kennis toepassen ten einde op een bepaalde manier afgebakende problemen op te lossen. Professies zien zich steeds geconfronteerd met andere (beroeps)groepen die ook zeggenschap claimen over die problemen. De door professies voortdurend gevoerde competentiestrijd over de definitie van problemen, de zeggenschap over probleemvelden en de afgrenzing van beroepsdomeinen vindt in drie arena's plaats: de werkplek, de regelgeving en de publieke opinie. Die strijd wordt niet alleen bepaald door de interne organisatie, de toegepaste kennis, vaardigheden en technologieën, en de cliëntele van professies. Minstens even belangrijk zijn hun retorische strategieën, waarmee professies zich naar buiten toe presenteren en legitimeren en waardoor zij hun status en publieke imago proberen te bevorderen. Verder zijn professies, zo benadrukt Abbott, in hoge mate afhankelijk van externe, maatschappelijke omstandigheden en ontwikkelingen zoals juridische, bestuurlijke en bureaucratische regelgeving en sociaal-culturele factoren, zoals de maatschappelijke definities van wat als probleem of normaal en abnormaal dan wel ziekte en gezondheid geldt, de vraag die er al dan niet bestaat om bepaalde problemen op te lossen en de (financiële) middelen die daarvoor al dan niet beschikbaar worden gesteld. Willen ze overleven dan moeten professies zich in een netwerk van onderlinge interdependenties – wat Abbott 'het systeem van de professies' noemt – voortdurend aanpassen aan de veranderingen in hun sociaal-culturele omgeving en hun verhoudingen tot andere beroepsgroepen en vakgebieden.

OPBOUW

Abbotts benadering combineert het idee van grenswerk en demarcatiearbeid in de wetenschapsgeschiedenis en het historisch-sociologische perspectief op professionalisering. In onze geschiedschrijving van het psychiatrisch vak en beroep in de periode 1870-1920 hebben wij ons niet alleen inhoudelijk, maar ook wat betreft de structurering van ons boek laten leiden door Abbotts model. Wij gaan na over welke kennis en vaardigheden psychiaters pretendeerden te beschikken, hoe zij zich organiseerden, hoe zij zich (retorisch) naar buiten toe presenteerden, wie hun patiënten waren, waar zij werkten, aan welke juridische en bestuurlijke regels hun werkzaamheden onderhevig waren en welke sociaal-culturele omstandigheden en ontwikkelingen hun ambities en activiteiten beïnvloedden. Het boek is grotendeels opgebouwd op basis van de verschillende en de zich in de tijd uitbreidende werkplekken van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen: het krankzinnigengesticht, instellingen voor zenuwpatiënten, particuliere praktijken, universitaire leerstoelen en klinieken, de rechtspraak, consultatiebureaus en de maatschappij. Een en ander zal concreet worden uitgewerkt aan de hand van de wijze waarop deze geneeskundigen nieuwe activiteiten ontwikkelden (therapeutische behandeling, gespecialiseerde verpleging, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, beheer en bestuur, advisering en voorlichting), bepaalde ziektebeelden definieerden en behandelden (dementia paralytica, neurasthenie en insania moralis of psychopathie) en nieuwe interventiegebieden ontgonnen (de behandeling van zenuwziekten, psychosomatische kwalen en neurologische aandoeningen in sanatoria, kuur- en herstellingsoorden, universitaire klinieken en particuliere praktijken; de bemoeyenis met misdaad in de strafrechtspleging en de bekommernis met maatschappelijke misstanden en persoonlijke moeilijkheden door middel van preventieve hygiëne

en consultatiebureaus). Daarnaast besteden wij aandacht aan de oprichting en ontwikkeling van de beroepsvereniging, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie), en de maatschappelijke context, de sociaal-politieke modernisering van de Nederlandse samenleving in de jaren 1870-1920.

In hoofdstuk 1 schilderen wij de bredere internationale context en de voorgeschiedenis van de opkomst van de Nederlandse psychiatrie in de jaren 1870-1920: de veranderingen die zich vanaf het begin van de negentiende eeuw in met name de Britse, Franse en Duitse krankzinnigenzorg voordeden, de opkomst van het vak psychiatrie in onze buurlanden en vervolgens de ontwikkeling van de Nederlandse krankzinnigenzorg in de periode tot 1870, toen er in ons land van het vak psychiatrie nog geen sprake was. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk is gewijd aan de pogingen van enkele geneeskundigen, met name Johannes Nicolaas Ramaer, in de jaren veertig, vijftig en zestig van de negentiende eeuw om de Nederlandse krankzinnigenzorg te vernieuwen.

In hoofdstuk 2 belichten wij de opkomst van het vak psychiatrie tegen de achtergrond van de ingrijpende veranderingen die de Nederlandse maatschappij tussen 1870-1920 doormaakte. De economische en sociaal-politieke modernisering in die periode, die in de eerste paragraaf centraal staat, vormde in hoge mate de maatschappelijke voorwaarde voor de ontwikkeling van het psychiatrisch beroep, vak en werkveld. De tweede paragraaf gaat over de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) en de vorming van de psychiatrie als medisch specialisme. Aan de hand van kwantitatieve gegevens over de werkplekken van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen biedt de derde paragraaf een globaal overzicht van het zich uitbreidende psychiatrische beroepsdomein en het ontstaan van verschillende beroepsprofielen. In de laatste paragraaf schenken wij aan de hand van de veranderende positie van de gestichtsartsen in de beroepsvereniging aandacht aan de professionele belangenbehartiging en de groeiende verdeeldheid in de beroepsgroep.

In de daarop volgende vijf hoofdstukken gaan wij aan de hand van de verschillende werkplekken nader in op de diverse psychiatrische praktijken, de uiteenlopende ideeën, ambities, werkzaamheden en problemen van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen, en de stoornissen en patiënten waarmee zij zich bezighielden.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de gestichtspychiatrie, de omvang en uitbreiding ervan aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw, de wijze waarop geneeskundigen krankzinnigheid definieerden en behandelden, en hun pogingen om de gestichten in medische zin te vernieuwen. Vervolgens laten wij, onder andere aan de hand van patiëntendossiers, in een casestudy over het ziektebeeld dementia paralytica zien welke spanningen zich voordeden tussen enerzijds de medische ambities en het wetenschappelijk onderzoek en anderzijds de klinische praktijk. De verschillende psychiatrische duidingen van dementia paralytica maken duidelijk dat de medische betekenis van stoornissen kon variëren al naar gelang de institutionele of maatschappelijke context waarin geneeskundigen die behandelden, onderzochten of bediscussieerden.

In hoofdstuk 4 staat de universitaire psychiatrie centraal: de wetenschappelijke opvattingen van geneeskundigen over de aard en oorzaken van geestesstoornissen, het streven naar en de verwerkelijking van het academische onderwijs in de psychiatrie en de instelling van leerstoelen. In dit hoofdstuk komt naar voren dat in de universitaire psychiatrie al spoedig heel verschillende benaderingen van geestesziekte werden uitgewerkt: niet alleen liet de biomedische

optiek verschillende varianten zien, ook won vanaf omstreeks 1900 met name de psychologische invalshoek, eveneens in diverse vormen, aan invloed.

In hoofdstuk 5 behandelen wij de opkomst en ontwikkeling van de psychiatrische zorg voor zenuwlijders, een nieuwe en gevarieerde cliëntèle van de psychiatrie die werd onderscheiden van haar bestaande doelgroep, de krankzinnigen. De behandeling van zenuwpatiënten vond plaats in zorginstellingen als sanatoria en rust- en kuuroorden en daarnaast in particuliere praktijken. Wij gaan in het bijzonder in op de wijze waarop psychiaters en zenuwartsen zenuwkwalen definieerden en behandelden alsook hun motieven om zich met deze aandoeningen bezig te houden. Evenals in hoofdstuk 4 hebben wij ook in dit hoofdstuk ruimte gemaakt voor een casestudy op basis van onderzoek naar patiëntendossiers, en wel van lijders aan de zenuwziekte neurasthenie. Wij hebben voor dit ziektebeeld gekozen omdat het onderwerp was van zowel medische als maatschappelijke aandacht en het duidelijk maakt dat het psychiatrische perspectief nauw verweven was met de sociaal-culturele betekenisgeving aan zenuwaandoeningen als typische kwalen van de moderne samenleving.

In hoofdstuk 6 laten wij zien hoe sommige gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen de samenleving tot object van hun bemoeienis maakten, vooralsnog meer in theorie dan in de praktijk. Daarbij sloten zij zich aan bij het gedachtegoed van de hygiënistische beweging in de somatische geneeskunde, die ijverde voor sanitaire maatregelen om de verspreiding van besmettelijke ziekten te voorkomen. Volgens sommige geneeskundigen zou deze benadering ook van toepassing zijn op geestes- en zenuwziekte: aangezien veel vormen van krankzinnigheid moeilijk te behandelen waren, verwachtten zij meer heil van preventie. Het hygiënisme in de psychiatrie werd deels geïnspireerd door de sociaalbiologische degeneratietheorie, maar daarnaast profileerden de beroepsbeoefenaars zich op dit terrein ook met moreel-opvoedkundige en sociaal-ondersteunende benaderingen. Deze laatste komen in het bijzonder tot uitdrukking in de zich aan het begin van de twintigste eeuw ontwikkelende psychiatrische hulpverlening aan alcoholverslaafden en voor- en nazorg voor geesteszieken in de maatschappij, waarop wij in de twee laatste paragrafen van dit hoofdstuk nader ingaan.

Hoofdstuk 7 heeft de groeiende betrokkenheid van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen bij de strafrechtspleging tot onderwerp. Het gaat hierbij om het werkterrein van de forensische psychiatrie en de criminele antropologie, waarop ziektebeelden als *insania moralis* (morele waanzin) en psychopathie centraal stonden. Dit hoofdstuk werpt licht op de gecompliceerde en veranderende verhouding tussen juristen en psychiatrische beroepsbeoefenaren. Ook zal naar voren komen hoezeer de expansie van de psychiatrie op het terrein van misdaad en straf interne verdeeldheid in de beroepsgroep met zich meebracht en bovendien schade berokkende aan het maatschappelijk imago van het vak. Dit illustreren wij niet alleen aan de hand van de psychiatrische discussies over de vraag naar de afgrenzing van geestesziekte en misdaad en de vraag waar krankzinnige misdadigers en misdadige krankzinnigen moesten worden opgenomen en behandeld, maar ook met een casestudy: de zogenaamde Papendrechtse strafzaak die zich rond 1910 afspeelde en waarin psychiaters een omstreden rol vervulden en in opspraak raakten.

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 opkomst van de Nederlandse psychiatrie.



1

DE KRANKZINNIGENZORG IN DE
NEGENTIENDE EEUW (1800 - 1870)

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 – termen die vanouds verwezen naar wat tegenwoordig geestesziekte, verstandelijke handicap en dementie wordt genoemd. Er werd afstand genomen van de gangbare morele en religieuze benadering die dergelijke stoornissen in verband bracht met zonde en schuld. Zowel geneeskundigen als verlichte filantropen die zich het lot van waanzinnigen 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 werd een nieuwe voorziening uitsluitend voor waanzinnigen in het leven geroepen, 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

In dit hoofdstuk bieden wij eerst een globaal overzicht van de ontwikkeling van de krankzinnigenzorg in Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland in de negentiende eeuw en de opkomst van het vak psychiatrie in deze landen. Vervolgens beschrijven wij de krankzinnigenzorg in Nederland en de problemen die zich daarin voordeden vanaf de Franse Tijd tot omstreeks 1870, toen in ons land nog geen apart vak psychiatrie bestond. De laatste paragraaf is gewijd aan de hervormingspogingen op het gebied van de krankzinnigenzorg vanaf de jaren veertig tot 1870, waarbij de geneeskundige Johannes Nicolaas Ramaer een belangrijke rol speelde. Met zijn ideeën en activiteiten legde hij de basis voor het vak psychiatrie in Nederland.

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

Terwijl geneeskundigen in de Oudheid en Middeleeuwen waanzin, onder andere aan de hand van de theorie van de lichaamsvochten, in termen van ziekte verklaarden, overheerste in het Christendom de morele veroordeling. Geestelijke afwijkingen werden overwegend begrepen

in termen van bezetenheid en demonie, als een uiting van de strijd om de ziel tussen God en duivel. Hoewel het perspectief op krankzinnigheid als een van buitenaf komende demonische kracht of goddelijke straf bleef bestaan, verschoof het accent in de zeventiende en achttiende eeuw naar de irrationaliteit waarvan waanzinnigen blijf gaven. Deze veranderende optiek hing samen met de maatregelen van overheden om groeperingen die als een bedreiging voor de maatschappelijke orde en de economische productiviteit golden, door middel van institutionalisering onschadelijk te maken. In zijn *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique* (1961) over de omgang met waanzin in het zeventiende- en achttiende-eeuwse Frankrijk spreekt Michel Foucault in dit verband van 'de grote opsluiting'. Waanzinnigen die buiten familieverband leefden en die voor ordeproblemen zorgden, zouden tezamen met andere probleemgroepen, zoals criminelen, zwervers, bedelaars, libertijnen, hulpbehoevenden en chronisch zieken, in hospitalen zijn opgesloten.²

Het is de vraag of deze institutionalisering wel zo massaal en systematisch was als Foucault beweert. Tot in de negentiende eeuw waren de meeste krankzinnigen in de gemeenschap opgenomen en leefden zij 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 'gekenhuizen' 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 konden worden verzorgd, was in de eerste plaats een kwestie van ordehandhaving – in die zin heeft Foucault gelijk – en daarnaast van liefdadigheid en winstbejag. De voorzieningen waren heterogeen en kleinschalig. Waanzinnigen werden nog nauwelijks onderscheiden en gescheiden van andere ordeverstoorders en hulpbehoevenden. Van medische zorg was vrijwel geen sprake.³

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, waarvoor de Engelse filosoof John Locke de basis had gelegd, 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 zou zijn. Als vorm van onredelijkheid bij uitstek werden geestelijke stoornissen geassocieerd met bijgeloof en een tekort aan beschaving, die een hindernis voor vooruitgang vormden. Maar behalve als terugval naar een dierlijk, ongeciviseerd niveau, gold het verlies van de redelijke vermogens ook als een gevolg van de voortschrijdende beschaving, aangezien die met haar

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

toenemende verfijning steeds hogere eisen stelde aan de mentale capaciteiten van de mens. Sommigen zouden daartegen niet opgewassen zijn en ten prooi vallen 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 tekort 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 zouden hebben op zowel een humane als een therapeutische behandeling.⁴ Het verlichte mensbeeld behelsde een optimistisch geloof in de mogelijkheid om de mens te verbeteren: de onderliggende goede natuur die allen in wezen deelden en die het fundament voor rede en moraal vormde, zou tot ontplooiing kunnen komen, zo nodig met extra steun en aanmoediging alsook een heilzame inrichting van het leefmilieu. De aanhangers van de Verlichting koesterden een groot vertrouwen in de mogelijkheid om door middel van (her)opvoeding mensen zelfbeheersing, verantwoordelijkheidsbesef, wilskracht en orde en regelmaat bij te brengen. De verwerkelijking van deze in wezen burgerlijke waarden zou een kwestie zijn van goede wil, een strijd tegen het irrationele en voor de vooruitgang.

Het burgerlijke emancipatie- en democratiseringsstreven en de aanzetten tot een *civil society* waarin onafhankelijk denkende en betrokken burgers de gebreken van hun eigen samenleving onderkenden en er verantwoordelijkheid voor namen, 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. Met name in het revolutionaire Frankrijk profileerden vooraanstaande geneeskundigen, onder wie Philippe 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.⁵

Al in de tweede helft van de achttiende eeuw pleitten sommige geneeskundigen, bijvoorbeeld de Engelsman William Battie en de Italiaan Vincenzo 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 geneesheer Pinel dat waanzinnigen niet aan hun lot mochten worden overgelaten, maar in aanmerking kwamen voor therapie. Pinel, die volgens de inmiddels ontzenuwde overlevering krankzinnigen van hun ketenen bevrijdde, stelde dat zij patiënten waren en dat zij in een afhankelijkheidsrelatie met een leidsman van hoog moreel kaliber, bij voorkeur een medicus, weer bij zinnen waren te brengen. Pinels leerboek uit 1801, waarin hij de beginselen van de morele behandeling uiteenzette, had veel invloed. Zijn opvolger, Jean Etienne Dominique Esquirol, bracht de door Pinel bepleite hervormingen in de praktijk.⁶

In Groot-Brittannië kwam de morele behandeling in eerste instantie buiten de medische wereld en in kleine, particuliere gestichten tot ontwikkeling. De grondleggers ervan, Francis Willis, William Tuke en diens kleinzoon Samuel Tuke waren geen geneeskundigen. Willis was een geestelijke die een particulier krankzinnigengesticht exploiteerde en die in 1788 de bij vlagen waanzinnige koning George III behandelde. William 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 Samuel 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 in de buitenlucht, onderwijs en kerkgang. De morele behandeling hield een voortdurend appèl 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 en verantwoordelijkheidsbesef. De behandelaar moest door middel van zijn morele overwicht, zijn doordringende blik en zijn wilskracht een heilzame invloed op de krankzinnige uitoefenen en zo diens chaotische natuur bedwingen. Deze vorm van morele therapie was niet zozeer medisch als wel geestelijk en opvoedkundig 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 doorslaggevend 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 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 krankzinnigen te pleiten. Een betere bejegening, huisvesting en voeding zouden de kans op genezing verhogen waardoor zij weer productieve burgers konden worden. Deze morele entrepreneurs, die ook verontrust waren over het morele verval en de zedeloosheid als gevolg van de beginnende industrialisering en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke ontwrichting, kregen in hun campagnes steun van maatschappijverbetersaars, die onder invloed van het utilitarisme van Jeremy Bentham geloofden in de rationele maakbaarheid van mens en samenleving. Zo ontstond een hervormingsbeweging op basis van zowel christelijk-humanitaire en paternalistische bewogenheid als het streven naar rationaliteit, nuttigheid en efficiency met behulp van wetenschappelijke deskundigheid. In de eerste decennia van de negentiende eeuw boekten de Britse hervormers, mede vanwege de bijval van politici, successen. 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 tot stand. Lokale overheden dienden te voorzien in openbare gestichten. Vanaf de jaren veertig groeide het aantal nieuwe gestichten snel.

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

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 als problematisch beschouwde groepen zoals paupers, chronisch lichamelijk zieken en invaliden, zwervers, werklozen, criminelen en lastige en verwaarloosde kinderen en jongeren. Aanvankelijk werd deze 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, van de opvang van hulpbehoevenden en ordeverstoorers, en van 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 de daarmee verbonden werk- en tuchthuizen. Het hoofddoel daarvan 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 vormen. Economische overwegingen speelden met name 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 en productiviteit voor de hand.⁷ Tegelijkertijd speelden humanitaire motieven zeker ook een rol. In de jaren dertig voerde de Engelse geneeskundige John 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 in 1849 geopende gesticht Meerenberg bij Santpoort) en Denemarken.⁸

In Duitsland hadden de morele en de *non-restraint* behandelingen nauwelijks invloed op de praktijk van de krankzinnigenzorg. Weliswaar ontwierp de hoogleraar in de geneeskunde Johann Christian Reil rond 1800 de *psychische Curmethode*, waarin hij elementen van de morele behandeling combineerde met de beginselen van de romantisch-holistische natuurfilosofische 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 Ernst Horn, die in 1806 de leiding van de krankzinnigenafdeling van het Berlijnse Charité-ziekenhuis op zich nam. Hij onderwierp het dagelijkse leven in deze afdeling aan een strikt regime ten einde de patiënten zelfbeheersing bij te brengen. Waar Reil de persoonlijke, op vertrouwen gebaseerde relatie tussen arts en patiënt met een minimum aan dwang centraal stelde, legde Horn de nadruk op discipline en de onvoorwaardelijke aanpassing van het individu aan de gestichtsorte. 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.⁹

Nationale overheden toonden zich gevoelig voor de roep om de krankzinnigenzorg te verbeteren, zoals bleek uit de nationale 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 opname in een gesticht aan

regels te binden. Daarbij moest een evenwicht worden gevonden tussen enerzijds het belang van weinig tijdrovende opnameprocedures ten behoeve van een effectieve geneeskundige behandeling en anderzijds 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 onder dwang 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 te behandelen.¹⁰ Hoewel gestichtsgeneesheren de nadruk legden op het streven naar genezing als reden voor opname en daarvoor meestal een medische verklaring vereist was, bleef de bescherming van de maatschappij of de naasten tegen de overlast en het gevaar die krankzinnigen konden vormen, een belangrijke, zo niet de belangrijkste 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 het beheer van openbare gestichten en de taak van de overheid, met name wat betreft de beschikbaarheid van voldoende faciliteiten en het toezicht op de krankzinnigenzorg. Vanaf de jaren veertig kwamen er op basis van hooggespannen verwachtingen omtrent de geneesbaarheid van waanzinnigen 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 en werden de slechte behandeling en verwaarlozing van geestelijk gestoorden daar in het openbaar aan de kaak gesteld om de publieke opinie en de politiek te beïnvloeden. In Frankrijk, in diverse Duitse staten en ook, zoals verderop uiteengezet, in Nederland, 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 geneeskundigen 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 – een benadering die weinig van doen had met de somatische behandelingen van geneeskundigen en die deels juist was ingegeven door verzet tegen bestaande medische ingrepen als aderlaten. De nieuwe aanpak ontstond in gestichten en niet op universitaire medische faculteiten op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten van geneeskundigen.

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. Terwijl leken de gestichten doorgaans bestuurden, trachtten medici de dagelijkse leiding naar zich toe te trekken. Op basis van hun therapeutische expertise claimden zij ook zeggenschap over de inrichting en het bestuur van

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

de gestichten: de morele behandeling impliceerde immers dat het totale leefmilieu van patiënten nauwgezet moest worden georganiseerd en beheerst. Behalve met hun therapeutische expertise gingen artsen zich ook profileren met hun deskundigheid op het terrein van het beheer van gestichten.

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 zich ook lieten voorstaan op hun deskundigheid 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 scherp omljnd was, ondervonden gestichtsgeneesheren concurrentie en tegenwerking van geestelijken. Niet zonder strijd lukte het medici in Engeland en Frankrijk zich de morele behandeling toe te eigenen door haar in combinatie met geneeskundige interventies als medische therapie te profileren. Mede dankzij de krankzinnigenwetgeving in deze landen konden geneeskundigen hun positie in de krankzinnigenzorg versterken. De overheid schreef voor dat voor opname in een gesticht een geneeskundige verklaring nodig was en dat in de grotere instellingen artsen moesten worden aangesteld.¹¹

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 gestichtsartsen 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 zij 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 Superintendants of American Institutions for the Insane* een beroepsvereniging voor gestichtsartsen en met de *American Journal of Insanity* een psychiatrisch 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 uitgangspunten van de morele behandeling. Gestichtsartsen eigenden zich een behandelmethode toe die grotendeels bestond uit geestelijke en morele beïnvloeding. Aangezien ze hun vak als onderdeel van de wetenschappelijke geneeskunde zagen, zetten medici zich af tegen een filosofische benadering en het christelijke mensbeeld, maar dat betekende niet dat ze geestesziekte tot organische of fysiologische stoornissen reduceerden. Zij motiveerden de toepassing van de morele therapie, die grotendeels bestond uit pedagogische maatregelen en een bepaalde inrichting van het leefmilieu, door te wijzen op de psychosomatische eenheid van de mens en de wederzijdse beïnvloeding

van lichaam en geest. In deze antropologische optiek was de oorzaak van waanzin zowel in lichamelijke als 'morele' factoren te vinden, dat wil zeggen deels ook in de zin van wat later als psychologisch of als psychosociaal werd aangemerkt. 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.¹²

De vraag of geestesstoornissen hun oorzaak primair in lichamelijke aandoeningen dan wel in geestelijke, morele of maatschappelijke invloeden vonden, leidde in de eerste helft van de negentiende eeuw al tot controversen onder geneeskundigen. Zo kruisten in Duitsland in de jaren 1820-1840 de zogenaamde *Psychiker* de degens met de *Somatiker*. Volgens de *Psychiker* wees geestesziekte op een aantasting van de ziel als gevolg van schadelijke leefgewoonten, het verlies van zelfbeheersing en vooral een gebrek aan christelijk geloof. In deze visie, waarvoor de hoogleraar in de 'psychische geneeskunde' Johann Christian August Heinroth als belangrijkste woordvoerder optrad, was krankzinnigheid verbonden met schuld en individuele verantwoordelijkheid. De *Somatiker* onder leiding van de gestichtsgeneesheer Maximilian Jacobi daarentegen veronderstelden dat de onsterfelijke ziel onaantastbaar was en dat de oorzaken van krankzinnigheid in lichamelijke aandoeningen moesten worden gezocht, ook al manifesteerden de stoornissen zich voornamelijk in geestelijke symptomen en in gedragingen. Met het gedeelde holistische uitgangspunt dat de mens uit lichaam en ziel bestond, waren beide benaderingen op romantisch filosofisch-antropologische leest geschoeid. Het verschil was dat de *Psychiker* een monistische visie uitdroegen – de ziel zou het lichaam beïnvloeden – terwijl de *Somatiker* in navolging van Descartes een scheiding tussen lichaam en geest veronderstelden. In hun medische praktijk overheerste echter de gemeenschappelijke antropologische benadering waarin de nadruk lag op de klinische beschrijving van de symptomen van patiënten en de inhoud van hun wanen en hallucinaties alsook op individuele ziektegeschiedenissen.¹³

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 geneeskundigen zich af tegen de in hun ogen onwetenschappelijke antropologische en morele-pedagogische aanpak in de krankzinnigenzorg. Geestelijke verschijnselen leenden zich niet voor natuurwetenschappelijke experimenten en causale analyse, zo stelden de vernieuwers, en geneeskundigen dienden zich verre te houden van speculatieve filosofische bespiegelingen over het bestaan van de ziel en de relatie tussen geest en lichaam. Solide psychiatrische kennis zou alleen mogelijk zijn op basis van het uitgangspunt dat geestesziekte een lichamelijke grondslag kende. 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. Zij moesten door middel van hersenanatomisch en neurofysiologisch onderzoek in laboratoria hun klinische waarnemingen in verband proberen te brengen met lichamelijke afwijkingen. Hoewel tegelijkertijd de antropologische optiek in de klinische praktijk bleef bestaan als methodologisch kader voor de beschrijving van symptomen en ziektegeschiedenissen, benadrukten met name universitaire psychiaters het belang van anatomie, fysiologie en neurologie.

Voorals in Duitsland en Oostenrijk ging de academische psychiatrie, waarvoor de Berlijnse hoogleraar Wilhelm Griesinger de basis legde, vanaf 1860 steeds meer de toon aangeven. Er

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

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 ten einde het geheim van de waanzin te ontsluiëren. Geestesziekten zijn hersenziekten, zo luidde Griesingers adagium, en zijn volgelingen, onder wie Theodor Meynert, Karl Wernicke, Carl von Westphal, Eduard Hitzig en Paul Flechsig profileerden zich met pathologisch-anatomisch onderzoek van de hersenen en het zenuwstelsel. Overigens hanteerde Griesinger de materialistische gelijkstelling van geestesziekten met hersenstoornissen niet als vaststaand feit, maar als hypothese en methodologische richtlijn voor het wetenschappelijk onderzoek. Een eenzijdige pathologisch-anatomische zienswijze leidde volgens hem tot voorbarige conclusies met betrekking tot de lokalisatie van geestelijke eigenschappen en functies in bepaalde hersendelen of andere organen. Zijn volgelingen waren in dit opzicht minder terughoudend. Mede vanwege de therapeutische onmacht van de gestichtspsychiatrie hadden zij zich in hun laboratorium teruggetrokken om pathologisch-anatomisch hersenonderzoek te verrichten en door middel van dierproeven het veronderstelde verband tussen hersenbeschadigingen en geestesstoornissen experimenteel te toetsen. Hierdoor groeide de afstand tussen de academische neuropsychiatrie en de krankzinnigenzorg in de gestichten.¹⁴

In andere landen bleef de academische psychiatrie beperkter van omvang dan in de Duitstalige landen. In Groot-Brittannië vestigde het nieuwe medische specialisme zich pas in de twintigste eeuw op de universiteit.¹⁵ In Frankrijk kwamen vanaf omstreeks 1880 leerstoelen tot stand. De degeneratietheorie was een invloedrijke Franse bijdrage aan de biomedische psychiatrie.¹⁶ In de jaren veertig en vijftig stelden de Franse psychiaters Benedict Auguste Morel en Jacques-Joseph Moreau de Tours dat erfelijke degeneratie de primaire oorzaak van krankzinnigheid was. Hun ideeën stoelden voor een belangrijk deel op het uitgangspunt van Jean-Baptiste Lamarcks evolutietheorie: het idee dat tijdens het leven, onder invloed van het leefmilieu of levenswijze verworven eigenschappen erfelijk overgedragen konden worden aan volgende generaties. Morel stelde dat de overerving van ziekelijke, zowel lichamelijke als geestelijke afwijkingen in de loop van vier generaties van kwaad tot erger zou vervallen. Lichte gevallen van nervositeit zouden verergeren tot hersen- en zenuwziekten, criminaliteit, zwakzinnigheid en uiteindelijk tot steriliteit en uitsterven aan toe, zo viel te lezen in zijn *Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (1857).¹⁷ Moreau de Tours verbond de degeneratietheorie met de neurologische invalshoek in de psychiatrie door begin jaren vijftig te betogen dat de belangrijkste oorzaak van krankzinnigheid in een erfelijk bepaald verzwakt zenuwstelsel lag. Hij beschouwde symptomen van krankzinnigheid, zoals wanen of hallucinaties, als mentale reacties op cerebrale spanningen en als teken dat de lijdens vanwege hun erfelijk aangetaste zenuwstelsel niet in staat waren om zich aan te passen aan hun omgeving.

De degeneratieleer, die uiteenlopende, zowel biologische als sociale en morele causale factoren van krankzinnigheid veronderstelde, bood een als natuurwetenschappelijk gepresenteerd verklaringsmodel om de zichtbare symptomen van geestesziekte in verband te brengen met onzichtbare biologische processen. Het is opmerkelijk dat Griesinger de begrippen *Degeneration* en *Entartung* in de tweede druk van zijn leerboek *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende* (1861) opnam, slechts vier jaar na Morels publicatie.¹⁸ De internationale verbreiding van het degeneratiedenken bleek ook uit boeken als *L'Uomo Delinquente* (1876) van de Italiaanse crimineel-antropoloog en psychiater Cesare Lombroso, *Body and Will, being an essay concerning Will in its metaphysical, physiological and*

pathological aspects (1883) van de Engelse psychiater Henry Maudsley, *Psychopathia sexualis* (1886) van de Oostenrijkse psychiater Richard von Krafft-Ebing en *Entartung* (1892) van de arts en cultuurcriticus Max Nordau. Deze publicaties bereikten een breed intellectueel publiek.¹⁹

Onafhankelijk van de ontwikkeling van de academische psychiatrie en de theorievorming daarin 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 vrijwel alle Westerse landen op. In de historische literatuur zijn hiervoor verschillende verklaringen – die elkaar niet geheel 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 ontwrichtende invloed van de snel veranderende samenleving op individuen. Volgens de Canadese historicus Edward Shorter zijn er aanwijzingen dat bepaalde psychiatrische en neurologische aandoeningen, namelijk neurosyfilis (dementia paralytica en tabes dorsalis), met alcoholisme verbonden stoornissen als het Korsakov-syndroom en delirium tremens, en wat in de twintigste eeuw schizofrenie ging heten, inderdaad meer voorkwamen dan voorheen.²⁰

Anderen wijzen erop dat het stijgende aantal gestichten de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de krankzinnigenzorg vergrootte, waardoor opnamen gemakkelijker te realiseren vielen. Het aanbod schiep zo de vraag.²¹ Eenmaal opgenomen nam de verblijfsduur van met name chronische krankzinnigen toe, ook vanwege hun stijgende levensverwachting. Een andere belangrijke factor was mogelijk de afnemende tolerantie voor afwijkend en storend gedrag en hulpbehoefendheid in de industriële en geurbaniseerde maatschappij. Mede als gevolg van krappe huisvesting, loonafhankelijkheid en het onvermogen van geesteszieken om bij te dragen aan het gezinsinkomen verminderden het vermogen en de bereidheid van gezinnen en families om de zorg voor gestoorde verwanten op zich te nemen. 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 Britse historicus Andrew Scull zoekt de achterliggende verklaring voor de toenemende institutionalisering van de krankzinnigenzorg in de opkomst van de kapitalistische markteconomie en de liberale contractmaatschappij waarin rationeel handelen de overheersende gedragsnorm werd. Het traditionele, op kleinschalige gemeenschappen, persoonlijke banden en paternalisme gebaseerde sociale weefsel raakte aangetast. Naarmate mensen meer bloot kwamen te staan aan de werking van de anonieme markt en de gevolgen van grootschalige 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 arbeidsethiek als richtsnoer voor heropvoeding ging gelden. Sociale ontwikkelingen als industrialisering, urbanisatie, toenemende mobiliteit en schaalvergroting hebben de gestichtszorg volgens Scull bevorderd en de uitbreiding ervan versterkte op haar beurt dat krankzinnigheid eerder werd herkend en ervaren als probleem.²²

Min of meer in het verlengde van de redenering van Scull en deels ook aansluitend bij het disciplineringsperspectief van Foucault brengen de Franse socioloog Robert Castel, de Duitse historicus Dirk Blasius, de Duitse psychiater Klaus Dörner en de Amerikaanse historici Robert

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

Nye, Jan Goldstein en Ian Robert Dowbiggin de groei van de geïnstitutionaliseerde krankzinnigenzorg in verband met het streven van de moderne gecentraliseerde en gebureaucratiseerde staat alsook de zich professionaliserende medische stand om afwijkend gedrag te controleren en onschadelijk te maken.²³ Dörner en Blasius wijzen erop dat in het sinds 1871 onder Pruisische leiding verenigde Duitsland 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 de geringe invloed 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.²⁴ 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.

Terwijl in de Angelsaksische wereld de samenwerking van verwanten en de gestichten de belangrijkste drijvende kracht achter de toenemende institutionalisering vormde, zou niet alleen in Duitsland, maar ook in Frankrijk het samenspel tussen de overheid en de medische stand een belangrijke rol hebben gespeeld. Castel, Nye, Goldstein en Dowbiggin zien de uitbreiding van de krankzinnigenzorg en het werkgebied van psychiaters in de tweede helft van de negentiende eeuw in samenhang met het geïntensiveerde streven van zowel de overheid als vertegenwoordigers van de gevestigde burgerij naar beteugeling van storend en ondermijnend gedrag. Volgens hen rekten medici de definitie van geestesziekte zodanig op dat ook diverse vormen van sociaal en moreel ongewenst gedrag eronder kwamen te vallen. Dat bleek uit de verbreiding van 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, de wilskracht en het morele besef van de betrokkenen zouden zijn aangetast. Ook het ontstaan van de gerechtelijke psychiatrie en de criminele antropologie en hun omarming van de degeneratietheorie, die een continuüm zowel tussen lichtere en zwaardere stoornissen als tussen sociale en biologische oorzaken veronderstelde, wezen op het streven van psychiaters om hun beroepsdomein te verruimen. Deels ondersteund door de overheid vergrootten zij hun competentiegebied 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 die niet konden voldoen aan de eisen van de moderne samenleving, te isoleren.

Wat de achterliggende oorzaken ook mogen zijn, in de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde de afzondering van krankzinnigen in een gesticht zich van een betrekkelijk uitzonderlijke maatregel uit dringende 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, versterkten de opvatting dat waanzinnigen zieken waren die niet konden deelnemen aan de samenleving.²⁵ De medische

legitimatie maakte het voor de verwanten wellicht gemakkelijker hun krankzinnige familielid - immers voor zijn of haar eigen bestwil en ter behandeling - aan een gesticht toe te vertrouwen. Voor patiënten betekende opname in een gesticht niet per definitie een verslechtering van hun levensomstandigheden. Gestichtsverpleging kon arme krankzinnigen verlossen van slechte huisvesting, 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 afgeschermdde leefwereld en rustgevende routine van gestichten. Er is weinig reden om, zoals enkele revisionistische geschiedschrijvers hebben gedaan, de leefomstandigheden van krankzinnigen in de kleinschalige traditionele samenleving te idealiseren.²⁶

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 ze waren ook bewaarplaatsen en verpleeginrichtingen voor met name arme hulpbehoevenden die zich in de maatschappij niet konden handhaven of daarin niet gewenst waren: zwakzinnigen, demente bejaarden, lijdens aan allerlei chronische lichamelijke kwalen, zoals epilepsie en andere neurologische aandoeningen, alcoholisten met het Korsakov-syndroom en gestoorde misdadigers. 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 vooral de grootschalige, publieke instellingen veel weg van gevangenissen, kloosters en kazernes.²⁷ De overbevolking en grootschaligheid van de openbare gestichten stonden op gespannen voet met de voorwaarden voor de morele behandeling: geborgenheid 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 met de groei van het aantal opnamen 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 en 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.²⁸ Geneeskundigen, 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 distantieerden academische psychiaters zich van de gestichten. 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

1.1 DE EERSTE PSYCHIATRISCHE REVOLUTIE

het platteland, die in hun ogen waren verworpen tot louter bewaarinrichtingen.²⁹ 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 gestichtsgeneesheren nauwelijks 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.³⁰ Desalniettemin begonnen ook gestichtsgeneesheren zich in de laatste decennia van de negentiende eeuw te oriënteren op het medische model dat academische psychiaters al langer navolgden. De organisatie van algemene ziekenhuizen werd het voorbeeld voor de inrichting van gestichten. Maatregelen als de scheiding tussen onbehandelbare en geneeslijke patiënten en de invoering van het kleinschalige paviljoensysteem, bedverpleging, hydro- en elektrotherapieën en onderzoekslaboratoria moesten de gestichten aan het eind van de negentiende eeuw het karakter van een ziekenhuis geven. Daarnaast kwamen er nieuwe psychiatrische en neurologische voorzieningen zoals psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, particuliere klinieken, vrijgevestigde praktijken van zenuwartsen, rust- en kuuroorden en sanatoria voor met name zenuwpatiënten, maar deels ook geesteszieken. Vooral patiënten uit de hogere en middenklassen lieten hun geestesstoornissen bij voorkeur in particuliere instellingen als (somatische) zenuwkwalen behandelen omdat daaraan niet het stigma van krankzinnigheid kleefde.³¹

1.2 KRANKZINNIGENZORG ZONDER PSYCHIATRIE
IN NEDERLAND

Voor zover krankzinnigen 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 – de oudste, in 's-Hertogenbosch en Utrecht, stamden uit het midden van de vijftiende eeuw – waren deze niet uitsluitend voor waanzinnigen bedoeld.³² 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 medische zorg voor krankzinnigen. Ze werden bewaakt door oppassers zonder scholing of specifieke opleiding en voor de bestrijding van onrust was lijfswang 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 lijdens die gevaarlijk of hinderlijk waren voor de samenleving, onder dwang voor ten hoogste een jaar – zo nodig was een verlenging met steeds een jaar mogelijk – in een gesticht te plaatsen.

1 DE KRANKZINNIGENZORG IN DE NEGENTIENDE EEUW (1800-1870)

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.³³

Een onderzoek naar het aantal krankzinnigen – een telling in het noordelijke deel van het nieuwe Verenigde Koninkrijk der Nederlanden leverde ruim 1.200 op – en hun leefomstandigheden, 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. In dit zogenoemde Menschlievend Besluit (1818) was sprake van de noodzaak van verbeterde en nieuwe gestichten waarin uitsluitend krankzinnigen werden opgenomen, de genezing van deze ‘ongelukkigen’ voorop stond en waarop de provinciale besturen toezicht uitoefenden.³⁴

Het bleef bij goede voornemens. Uit een inventarisatie die in 1825 plaatsvond en waarbij ruim 1.800 krankzinnigen werden geteld, bleek dat van geneeskundige zorg geen sprake was, dat de diverse instellingen, waarin ruim 700 van hen waren opgenomen, in geen enkel opzicht aan de genoemde eisen voldeden en dat van plannen tot nieuwbouw niets terecht was gekomen.³⁵ Ook nieuwe voorstellen van ambtenaren van de afdeling Armenzorg van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, van de Gentse geneesheer Joseph 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 geldgebrek, de perikelen van de Belgische afscheiding, het gebrek aan daadkracht van de centrale overheid en het uitblijven van initiatieven en steun vanuit de maatschappij. De armenzorg, waarvan de krankzinnigenzorg deel uitmaakte, was in handen van lokale overheden en vooral particuliere, grotendeels kerkelijke initiatieven en deze lieten geen directe staatsbemoeienis toe. De Armenwet van 1854 zou deze constellatie deels bezegelen, maar vanaf dat moment zouden gemeenten in de praktijk steeds meer verantwoordelijkheid voor de armenzorg en daarmee ook van de financiering van de krankzinnigenzorg krijgen.³⁶

Enkele ambtenaren op het Ministerie van Binnenlandse Zaken, met name de referendaris van het Armwezen C.J. Feith, en vernieuwingsgezinde medici, in de eerste plaats Jacobus Lodewijk Coenraad Schroeder van der Kolk, bleven aandringen op verbeteringen. Als hoogleeraar 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.³⁷ 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 de 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 Deventer en Zutphen. In 1837 hield hij als rector magnificus een rede waarin hij de slechte leefomstandigheden van krank-

1.2 KRANKZINNIGENZORG ZONDER PSYCHIATRIE IN NEDERLAND



Oude en Nieuwe Gasthuis in Zutphen omstreeks 1863. (Pest- en Dolhuys, museum voor de psychiatrie, Haarlem.)

zinnigen aan de kaak stelde en aandrang op verbetering van de zorg – ‘met zachtheid en voorzichtigheid’ – en geneeskundige behandeling.³⁸ 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, *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 in het jaar daarop aan de provinciebesturen werd gestuurd tezamen met Schroeder van der Kolks rede en diens geschrift *Schets der volstreckte vereischen van een goed gesticht tot geneezing van krankzinnigen, en der wijze van beheer van het zelve*.³⁹ In plaats van nieuwbouw van grootschalige rijksgestichten 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.⁴⁰

Het belangrijkste resultaat van het hervormingsstreven was de Krankzinnigenwet van 1841, waarvoor Schroeder van der Kolk samen met Feith het ontwerp opstelde. Deze wet omvatte regelgeving omtrent opname en ontslag van krankzinnigen in en uit een gesticht, het beheer van hun bezittingen, hun registratie, de medische rapportage, de geneeskundige functie van

gestichten en het overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg. De wetstekst was doordrenkt van optimisme en goede bedoelingen. Er was sprake van 'de voortgang der Wetenschappen' en de verwachting 'dat de herstelling der krankzinnigen aanmerkelijk bevorderd wordt, door eene spoedige geneeskundige behandeling, in daartoe meer in het bijzonder ingerigte gestichten'.⁴¹ De wet introduceerde een onderscheid tussen enerzijds geneeskundige gestichten ten behoeve van de behandeling en het herstel van geesteszieken en anderzijds bewaarplaatsen, bedoeld om ongeneeslijke, chronische krankzinnigen langdurig van de maatschappij af te zonderen. De laatste instellingen moesten evenwel zodanige verbeteringen doorvoeren dat ze in aanmerking zouden komen voor het predikaat geneeskundig. Als de bewaarplaatsen niet aan de medische eisen voldeden, dan dienden ze op kortere of langere termijn gesloten te worden.

Het was de bedoeling dat krankzinnigen voortaan zoveel mogelijk en, met het oog op een effectieve behandeling, het liefst zo spoedig mogelijk, in geneeskundige, uitsluitend voor hen bestemde gestichten werden verpleegd. De provinciebesturen kregen de taak om voor voldoende plaatsingsruimte te zorgen voor krankzinnigen voor wie opname was vereist. Van een verplichting voor de provincies om zelf gestichten op te zetten, zoals de krankzinnigenwetten in Frankrijk en Engeland die aan de departementen en graafschappen aldaar oplegden, was in de Nederlandse krankzinnigenwet echter geen sprake.⁴² Als het in de eigen provincie ontbrak aan opnamemogelijkheden dan kon dat worden verholpen door plaatsen in gestichten in andere provincies te reserveren. De invoering van het 'oppertoezicht der Regering' met wettelijke bevoegdheden, uitgeoefend door een ambtenaar van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en een geneesheer – de eerste inspecteurs waren Feith (van 1842 tot 1875) en Schroeder van der Kolk (van 1842 tot 1862) – gold voor zowel particuliere als openbare instellingen.⁴³ De inspectie, die voor ieder gesticht eens in de drie jaren was voorgeschreven, omvatte de inrichting en het bestuur ervan, de rechtmatigheid van de opnamen, de patiëntendossiers die tijdens de eerste vier weken na de opname moesten worden bijgehouden, en de zorg en behandeling van de patiënten. De inspecteurs rapporteerden hun bevindingen aan de Minister van Binnenlandse Zaken. Ondeugdelijk bevonden instellingen kon de overheid op advies van de inspecteurs sluiten, nadat de provinciale besturen waren gehoord. Precieze eisen omtrent de kwaliteit en de capaciteit van de voorzieningen, de verpleging en de medische behandeling ontbraken echter in de wet.⁴⁴

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 voor een opname in een gesticht. Hiervoor was een civielrechtelijke machtiging van de president van een arrondissementsrechtbank – 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) vereist.⁴⁵ Familieleden van krankzinnigen of de Officier van Justitie konden een verzoek tot een rechterlijke machtiging indienen. De Krankzinnigenwet legde derhalve de eindverantwoordelijkheid voor gestichtsoptname bij de rechter. De rechterlijke machtiging gold voor een jaar en deze was twee maal telkens voor een jaar te verlengen 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 een door de patiënt of diens familie aangevraagd

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.⁴⁶ 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.⁴⁷

De Nederlandse Krankzinnigenwet was niet geheel in overeenstemming met de bedoelingen van Schroeder van der Kolk en Feith. Uit het wetsontwerp dat Feith in 1839 had opgesteld en waaraan Schroeder van der Kolk een begeleidende nota, *Bedenkingen over de wetgeving nopens de krankzinnigen*, toevoegde, blijkt dat hen, naar het voorbeeld de Franse Krankzinnigenwet van 1838, een wet voor ogen stond die opname in een gesticht mogelijk maakte zonder tussenkomst van de rechter.⁴⁸ Zij brachten naar voren dat een snelle opname zonder een gerechtelijke procedure de kans op een effectieve behandeling zou vergroten. De Minister van Justitie Cornelis Felix 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 gestichtsoptname, die gepaard kon gaan met dwang en waarvoor de betrokkenen niet altijd hun instemming konden betuigen, was volgens de minister de rechterlijke machtiging een absolute vereiste.⁴⁹ Anders dan Frankrijk en bijvoorbeeld ook België, dat met de Krankzinnigenwet van 1850 het Franse voorbeeld volgde, koos de Nederlandse regering 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 hen een goede behandeling ten deel viel. Desalniettemin was het oordeel van de geneesheer ook van cruciaal belang: zonder een medische verklaring kon de rechter immers geen machtiging tot opname verlenen. In de besluitvorming bij een opname in een gesticht speelden beiden een onmisbare rol.

De voor een opname noodzakelijke rechterlijke machtiging, door Van Maanen afgedwongen ter bescherming van fundamentele burgerrechten, was in zekere zin paradoxaal. De wet moest garanties bieden tegen een onrechtmatige inbreuk op de burgerlijke vrijheden. De rechter diende er als bewaker van de wettelijk vastgelegde burgerrechten op toe te zien dat de vrijheidsberoving op een legitieme wijze plaatsvond. Terwijl burgers in het algemeen op deze manier bescherming genoten tegen een onrechtmatige internering in een gesticht, bracht de gestichtsoptname voor de krankzinnige burger, die handelingsonbekwaam werd verklaard, een grote 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 deze wellicht eerder als vernedering en opsluiting dan als geneeskundige hulp hebben ervaren. De juridische dwang waarmee de opname gepaard ging, droeg dan ook sterk bij tot het stigma dat het gesticht in de publieke opinie aankleefde. Geneeskundigen betreurden dit en zagen de vereiste rechterlijke bemoeienis als een hindernis voor een effectieve medische behandeling.

In de ogen van sommige artsen vertoonde de Krankzinnigenwet meer onvolkomenheden en tegenstrijdigheden. Zo riep zij een permanente overheidscontrole in het leven, maar ontbrak het aan precieze wettelijke bepalingen omtrent de uitvoering van de krankzinnigenzorg en werd deze grotendeels overgelaten aan lokale overheden en particuliere initiatieven.⁵⁰ Nadat Gustaaf Eduard Voorhelm Schneevoogt, geneesheer in het Amsterdamse Buitengasthuis, in *De Gids* bedenkingen had geuit vanwege het ontbreken van medische kwaliteitseisen in de wet, schreef de Arnhemse arts S.P. Scheltema instemmend in hetzelfde tijdschrift:

Het is alsof men door deze Wet slechts wil regeren, zonder zelf gebonden te zijn. [...] Want welke rekenschap vraagt deze Wet aan hen, die zeggen zullen: Uwe inrigting deugt niet, en moet worden gesloten, maar wij zullen er eene bouwen, die goed zal zijn; en dat zal goed zijn, omdat *wij* het goed zullen noemen [...] nergens eene algemeene bepaling, noch voor eene goede bewaarplaats, noch voor een goede geneeskundige inrigting.⁵¹

Leidde de Krankzinnigenwet tot een daadwerkelijke verbetering van de krankzinnigenzorg? De eerste taak van de inspecteurs bestond eruit om vast te stellen welke gestichten het predikaat geneeskundige instelling dan wel bewaarplaats verdienden en welke gesloten moesten worden. Per koets bezochten Schroeder van der Kolk en Feith in 1842 24 gestichten in negentien steden.⁵² Hun oordeel was vernietigend: met uitzondering van het Willem Arntszhuis te Utrecht, het St. Elisabethsgasthuis te Deventer en het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen was geen enkele instelling volgens hen geschikt als geneeskundig gesticht vanwege het vrijwel ontbreken van elke medische behandeling. Ook voldeden veel gestichten in hun ogen niet aan basale humane en beschavingsnormen. Een uitzondering vormde het Nijmeegse Cellebroederenhuis. De 'door menschenliefde' gedreven oppasser Johannes 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, werd Van Duuren een ridderorde verleend.⁵³

In hun eerste inspectierapport (1842) verzuchtten Schroeder van der Kolk en Feith dat zij 'niet zonder de treurigste herinneringen en met een pijnlijk gevoel [...] vele dier gestichten als ware hollen des ongeluks hebben leren kennen' en maakten zij gewag van veel misstanden.⁵⁴ Veel patiënten zaten permanent opgesloten in cellen en er werden allerlei inhumane dwangmiddelen gebruikt. Zij waren niet naar sekse gescheiden en beschikten niet over ontspanningsruimtes, terwijl er ook geen mogelijkheden waren om nuttige arbeid te verrichten. '[O]veral blijkt de grootste verwaarloozing en onmenschlievende behandeling', zo schreven de inspecteurs bijvoorbeeld over het Maastrichtse Zinnelooshuis.⁵⁵ Ook met het Buitengasthuis in Amsterdam, dat behalve krankzinnigen ook lijders aan besmettelijke ziekten huisvestte, was het droevig gesteld. Schreeuwende, vechtende, zichzelf verwondende en masturberende patiënten verbleven in tochtige en stinkende ruimtes. Sommigen waren naakt en sterk vervuild. Agressieve krankzinnigen lagen 'als apen in een dierentuin' vast aan kettingen. Kortom, er heerste, in de woorden van de inspecteurs, 'eene verschrikkelijke ellende, morsigheid, dierlijkheid en onrust'.⁵⁶ Bovendien was de voedselvoorziening onder de maat en kon het onderbetaalde personeel weinig voor de patiënten uitrichten. De in het Buitengasthuis aangestelde geneesheer, Voorhelm Schneevoogt, kon niet anders dan verklaren dat hij niets aan deze toestand kon verbeteren zolang het ontbrak aan geld en een welwillende houding van de regenten ten aanzien van een medische aanpak.

Latere inspectierapporten waren optimistischer van toon. In het verslag 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 zouden zijn 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.'⁵⁷ Ook de daarop volgende rapporten getuigden van tevredenheid over de bereikte resultaten. Als de belangrijkste adviseurs van de Minister van Binnenlandse Zaken op het gebied van de krankzinnigenzorg wonnen zij aan gezag onder gestichtsbestuurders en -geneesheren, niet alleen als controleurs, maar ook als praktische informatiebron. In de inspectieverslagen van de jaren 1854-1872 schonk Schroeder van der Kolk, deels aan de hand van ziekteverslagen, ruime aandacht aan diagnostiek en therapie. Ook verschaften de inspecteurs op basis van studiereizen informatie over de stand van de psychiatrie in andere landen, met name Duitsland, Zwitserland en België.⁵⁸ Op basis van zulke informatie schreef de Dordrechtse gestichtsarts Nicolaas Bernhard Donkersloot 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.⁵⁹ Inderdaad werden in de jaren veertig en vijftig diverse gestichten die niet aan de vereisten van de inspecteurs voldeden, op hun advies opgeheven en voerden andere verbeteringen door. Van de 31 gestichten die Nederland in 1842 telde, waren er in 1850 zeventien over, waarvan elf als geneeskundige gesticht en zes als bewaarplaatsen te boek stonden. Ook in de daarop volgende decennia gingen tal van ondermaatse bewaarplaatsen dicht. Vijftien jaar later waren er nog maar twee bewaarplaatsen en ze verdwenen definitief in 1884 toen de tweede Krankzinnigenwet van kracht werd.⁶⁰

Met de geneeskundige gestichten bleef het evenwel over het algemeen tamelijk slecht gesteld, de positieve geluiden van de Inspectie en Donkersloot ten spijt. Zo werd in het inspectieverslag over de jaren 1851-1853 gesignaleerd dat nog lang niet alle gestichten een geneesheer met een volle dagtaak hadden aangesteld.⁶¹ Ook waren de meeste gestichten gevestigd in oude gebouwen in krappe binnensteden. 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.⁶² Weliswaar kwamen tussen 1841 en 1870 nog vier nieuwe gestichten tot stand, Calvariëberg in Maastricht (1843), het Nederlandsch Israëlitisch krankzinnigengesticht in Amsterdam (1845), het gesticht in Franeker (1851) en Coudewater te Rosmalen (1870), maar de huisvesting bestond uit bestaande gebouwen.⁶³

Ook de andere geneeskundige gestichten die als zodanig erkenning verkregen, waren gevestigd in oude stadsgestichten of andere bestaande bebouwingen. Ten einde 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 personeel verre van aangenaam moet zijn geweest. De sterftcijfers waren hoog en besmettelijke ziekten kwamen regelmatig 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. Lijfswang en cellulaire opsluiting bleven in zwang en mishandeling van patiënten kwam voor.⁶⁴

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.⁶⁵ 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 hulpbehoevendenden verliep zeer langzaam en pas een kleine twintig jaar na de invoering van de Krankzinnigenwet kregen zij aparte onderkomens. Het uitblijven van nieuwbouw en renovatie, die eerst vanaf 1856 op gang kwamen, belemmerde de toepassing van de ‘zedenkundige’ of ‘zielkundige’ behandeling, zoals de morele behandeling in Nederland heette. De door patiënten verrichte arbeid was vrij zinloos. Met het oog op kostenbeheersing trachtte het stadsbestuur de inspecteurs van het Staatstoezicht voortdurend te bewegen haar maatstaven te verlagen.

Ook in andere gestichten ontbrak het aan mogelijkheden om de geneeskundige doelstelling van de krankzinnigenzorg te verwerklijken, 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. 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.⁶⁶ Hoewel de genezing als doelstelling van de krankzinnigenzorg was erkend, bleef een opname, vaak gefinancierd door de armenzorg, dikwijls eerder een ordemaatregel ten einde de familie, de naaste omgeving of de samenleving van overlast te verlossen dan een medische interventie. 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 die geen misdaad hadden begaan, in gevangenissen op te sluiten.⁶⁷

Hoewel Foucaults these van de ‘Grote Opsluiting’ voor het negentiende-eeuwse Nederland zeker niet opgaat – van een overheidsbeleid gericht op systematische en massale institutionalisering was geen sprake en vele krankzinnigen verbleven buiten de gestichten – nam het aantal gestichtspatiënten gestaag toe. 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.⁶⁸ De opnamecijfers bleven stijgen en het verdwijnen van veel bewaarplaatsen werd onvoldoende gecompenseerd door nieuwe plaatsruimte in stedelijke geneeskundige gestichten, die nauwelijks de mogelijkheid hadden uit te breiden. Tussen 1850 en 1884 verviervoudigde het aantal verpleegden van ruim 1.200 tot bijna 4.800, terwijl de Nederlandse bevolking in die periode met ongeveer dertig procent, van ruim drie tot bijna

vier miljoen groeide.⁶⁹ Tegelijkertijd daalde het aantal gestichten, vooral als gevolg van de sluiting van bewaarplaatsen, van zeventien naar veertien. Een geringer aantal gestichten moest dus een beduidend groter aantal krankzinnigen dan voorheen huisvesten.⁷⁰

Volgens geneeskundigen was de groeiende gestichtsbevolking niet alleen een gevolg van een toename van krankzinnigheid in de 'ziekmakende' moderne maatschappij, maar wees deze er ook op dat de medische aanpak succesvol was. Ten eerste zou de aanwassende toestroom naar de gestichten te verklaren zijn aan de hand van de verbeterde medische diagnostiek en het gegroeide publieke vertrouwen in de geneeskundige kwaliteiten van het gesticht.⁷¹ In dit verband schreef Donkersloot in 1870 over de krankzinnigengestichten dat 'de armste en aanzienlijkste familiën er hare verbijsterde of zwakzinnige leden aan toevertrouwen, zoodat de bevolking der gestichten [...] thans gestegen is'.⁷² Ten tweede bracht de verbetering van de hygiënische omstandigheden in het gesticht een daling van het sterftecijfer met zich mee, waardoor het verloop van patiënten afnam en het aandeel van chronische lijdens, vooral die aan epilepsie, zwakzinnigheid en dementie, in de gestichtsbevolking toenam, zoals naar voren komt in de diagnostische statistieken die de inspecteurs in de periode 1845-1870 opstelden.⁷³ Geneeskundigen verwezen naar deze ontwikkeling om hun pleidooi voor tijdige opname van acute patiënten, die behandelbaar zouden zijn, kracht bij te zetten. Het grote aantal ongeneeslijke chronische patiënten wees er volgens hen op dat velen te laat de heilzame invloed van het geneeskundige gesticht ondergingen.

De optimistische geluiden van geneesheren over de vooruitgang in de krankzinnigenzorg ten spijt was de doorvoering van hervormingen in de Nederlandse gestichten 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 gestichten op te zetten. De provincie Noord-Holland vormde de uitzondering op de regel. 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.⁷⁴ De andere provincies daarentegen 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 hun 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.

Vergeleken met Groot-Brittannië ontbrak het in Nederland ook aan maatschappelijk engagement ter verbetering van de krankzinnigenzorg. De leefomstandigheden van krankzinnigen gaven nauwelijks aanleiding tot openbare discussies en trokken weinig aandacht van politici en filantropen.⁷⁵ Zo wees B.H. Everts, geneesheer-directeur van Meerenberg, op 'de weinige belangstelling en ingenomenheid die in ons land over het algemeen door de hogere standen in de maatschappij omtrent krankzinnigenverpleging aan de dag wordt gelegd'. Krankzinnigengestichten konden niet rekenen op giften en legaten van particulieren, terwijl Nederland wel een sterke charitatieve traditie kende.

Ik wijs op de zeer zeldzame geschenken en legaten, die door de rijken in den lande aan onze gestichten worden vermaakt, in vergelijking met die, welke gedurig en telkens opnieuw aan onze weeshuizen, aan blinden- en doofstommen-instituten, aan het invalidenhuis Bronbeek enz. ten deel vallen.⁷⁶

Everts was ervan overtuigd dat de gebreken niet zouden verdwijnen 'tenzij van staatswege vrij wat meer aanzienlijke bijdragen in geld op dit altaar der philanthropie geofferd worden'. Daarom was het nodig 'dat de Staat beter zou doen door *minder te bevelen aan anderen en zelve wat meer voor eigen rekening te nemen*'.⁷⁷ 'Zonderling', zo constateerde ook de Dordrechtse gestichtsgeneesheer F.M. Cowan,

men vindt in Nederland geen stad zonder hare hofjes, hare toevluchtsoorden voor behoeftigen, hare weeshuizen enz. [...] maar nergens een spoor van sympathie voor krankzinnigen of hunne verpleging [...] Overall [ziet] men treurig lapwerk dat waarlijk geen hoogen dunk geeft van de autoriteiten, die de krankzinnigenverpleging aangaat.⁷⁸

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 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.⁷⁹ 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 Johannes Nicolaas 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. Ramaer, die na zijn dood in 1887 door vakgenoten als 'neerlands eersten psychiater' werd betiteld, nam vanaf 1840 het voortouw in het streven naar een verbetering

van de krankzinnigenzorg en een versterking van de rol van geneeskundigen daarin – reden voor ons om in de volgende paragraaf dieper in te gaan op zijn loopbaan, zijn ideeën, zijn hervormingspogingen en de achtergronden daarvan.⁸⁰

1.3 ‘NEERLANDS EERSTEN PSYCHIATER’

Ramaer studeerde van 1833 tot zijn promotie in 1839 geneeskunde in achtereenvolgens Utrecht en Groningen. Zijn interesse voor de krankzinnigenzorg werd gewekt door Schroeder van der Kolk die in die jaren hoogleraar pathologische anatomie en fysiologie was in Utrecht. Na zijn promotie kreeg Ramaer van het provinciale bestuur van Groningen het aanbod om geneesheer te worden in het krankzinnigengesticht dat de provincie wilde laten bouwen. Ter voorbereiding op zijn toekomstige betrekking maakte Ramaer in 1839 en 1840 een vijftien maanden durende studiereis naar het buitenland. Hij volgde colleges aan de universiteiten van Parijs, München, Wenen en Tübingen en bezocht daar krankzinnigeninrichtingen. De aldus opgedane wetenschappelijke inspiratie en contacten legden de basis voor zijn internationale oriëntatie en opvattingen over wat psychiatrie zou moeten zijn.⁸¹ Vooral het bezoek aan Tübingen, waar hij onder anderen Griesinger ontmoette, drukte een stempel op zijn geneeskundige ambities. Ramaer werd in Nederland een van de vooraanstaande pleitbezorgers van een vernieuwing van de geneeskunde op basis van de natuurwetenschappelijke fysiologie.

In de fysiologische geneeskunde, zoals Griesinger die in navolging van vooraanstaande medische wetenschappers als Hermann von Helmholtz en Rudolf Virchow voorstond, gold ziekte als een verstoord levensproces, dat zich niet in kwalitatieve, maar louter kwantitatieve zin onderscheidde van het normale, gezonde lichamelijke functioneren. Het fysiologische ziektebegrip stond tegenover de gangbare opvatting dat ziekten verschijnselen op zichzelf vormden die van buitenaf, door middel van bijvoorbeeld duivelse invloeden, smetstoffen of parasieten, op organismen inwerkten. In de fysiologische optiek deden ziekten zich gelden als abnormale lichamelijke processen die zich volgens fysische en chemische wetmatigheden voltrokken en die derhalve causaal-analytisch door middel van experimenteel laboratoriumonderzoek waren te onderzoeken en te verklaren. Kennis van het wetmatig verloop van ziekten zou uitzicht bieden op de mogelijkheid om gericht te interveniëren. De fysiologische nadruk op de dynamiek van ziekteprocessen impliceerde dat de pathologische anatomie, voorheen de empirische basis voor de materialistische geneeskunde, tekortkomingen vertoonde. Sectie op overleden patiënten bood geen zicht op ziekte als verstoord levensproces en bevestigde het misverstand dat ziekten statische en anatomisch lokaliseerbare verschijnselen waren. De pathologische anatomie kon niet meer zijn dan een medische hulpwetenschap om de resultaten van experimenteel laboratoriumonderzoek achteraf te toetsen. De fysiologische geneeskunde als toegepaste natuurwetenschap hield ook kritiek in op de praktijk van de geneeskunst, waarin ervaringskennis op basis van observatie van symptomen aan het ziekbed en het beschrijven en classificeren van ziekten centraal stonden. In de natuurwetenschappelijke benadering had empirische bewijsvoering betrekking op experimentele verificatie in het laboratorium van klinische waarnemingen.⁸²

Ramaer raakte ervan overtuigd dat de psychiatrie, evenals de geneeskunde in het algemeen, deze materialistische, natuurwetenschappelijke benadering moest volgen. Gestichtsgeneesheren dienden afstand te nemen van filosofische speculatie en zich te baseren op de ‘stellige’ natuur-

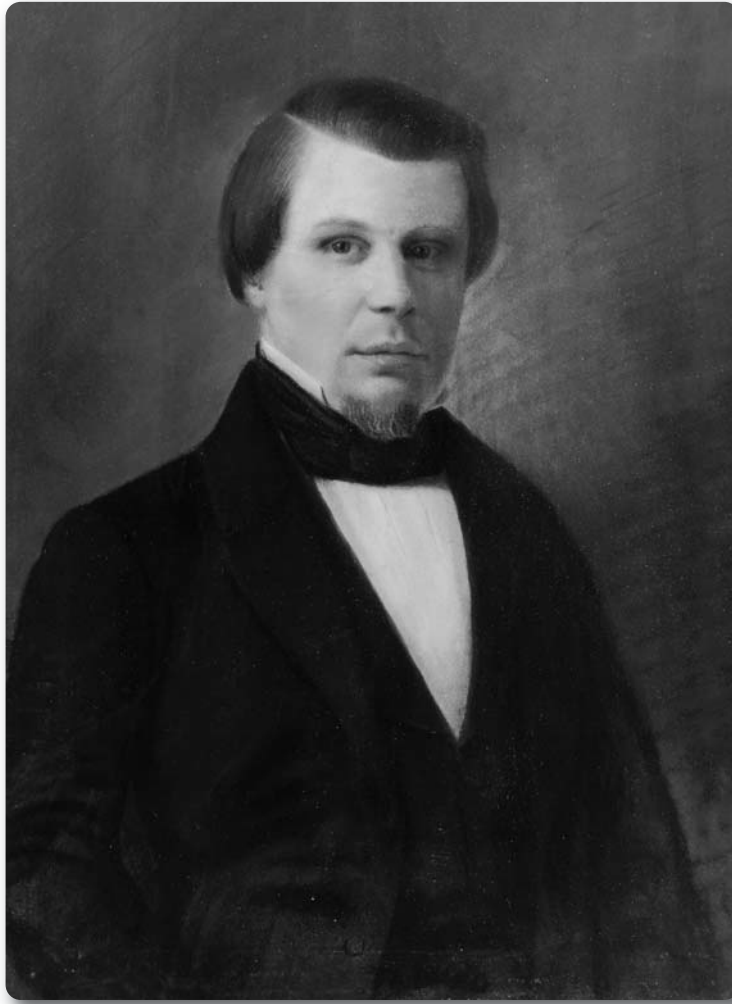
wetenschap. Hij verwees instemmend naar 'de degelijke rigting in de Duitsche psychiatrie' die zich tot taak stelde om de wetmatigheden die aan geestesziekten ten grondslag lagen, op te sporen. Deze aanpak zou een einde maken aan de 'dwalingen' van de *Psychiker* die het wezen van krankzinnigheid in zielsaandoeningen zochten. Een dergelijke benadering was niet wetenschappelijk en niet medisch en leidde ertoe dat de krankzinnigenzorg in ondeskundige handen viel.

Het gevolg toch dier bespiegelingen is dat de Godgeleerden zich niet slechts het regt toekennen, om hunne stem op dit gebied te doen gelden, maar zelfs de krankzinnigen-huizen voor psychologische inrigtingen te verklaren, waar de geestelijke de zon moet zijn, wiens licht de duisternis uit den geest des lijdens moet verdrijven.⁸³

Toen Ramaer na zijn studiereis terugkeerde in Nederland bleek dat de plannen voor de bouw van een Gronings provinciaal geneeskundig gesticht op niets waren uitgelopen. Dankzij de aanbeveling van zijn leermeester Schroeder van der Kolk werd Ramaer in 1841 benoemd tot provinciaal geneesheer van het gesticht het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen. Ter voorbereiding op zijn nieuwe functie instrueerde Schroeder van der Kolk Ramaer in het behandelen van krankzinnigen en het optekenen van ziektegeschiedenissen. Ramaer was een pionier waar het ging om de invulling van de functie van gestichtsgeneesheer. In die tijd was het niet gebruikelijk dat in gestichten permanent een of meer geneeskundigen aanwezig waren. Zij waren in de regel maar voor een deel van hun werktijd aan deze instellingen verbonden. Ramaer, die als provinciaal ambtenaar was aangesteld, was een van de eerste geneesheren die van hun werkzaamheden in het gesticht een dagtaak maakten. Op basis van zijn opvatting dat de medicus natuurwetenschapper was die ziekteprocessen nauwkeurig in samenhang met het leefmilieu van de patiënt diende te onderzoeken en te behandelen, bracht hij een groot deel van de dag in het gesticht door. Behalve aan administratieve taken, zoals het bijhouden van ziektegeschiedenissen en het opstellen van verslagen voor de rechtbank en de inspectie, besteedde hij zijn tijd aan onderzoek van nieuw opgenomen krankzinnigen en, voor zover hij nog kans zag op genezing, aan de behandeling van patiënten. Het merendeel van hen achtte Ramaer echter niet geneesbaar. Een tweede geneesheer, die vanaf 1845 was aangesteld, bekommerde zich eveneens om de patiënten. Ook oefende Ramaer toezicht uit op het personeel, de hygiëne en het voedsel. Daarnaast vond hij nog tijd om onderzoek te verrichten, internationale vakliteratuur bij te houden, een bibliotheek op te zetten, veel te publiceren en zich in te zetten voor een vernieuwing van de geneeskunde.

Ramaer stond een psychiatrie voor ogen die net als de fysiologische geneeskunde op natuurwetenschappelijke leest geschoeid was. In zijn opvatting hing krankzinnigheid samen met een verstoring van de normale fysiologische processen. Een nauwkeurige bestudering van de ziekteprocessen door middel van empirisch, experimenteel onderzoek zou moeten leiden tot kennis van de onderliggende natuurwetten die als basis voor diagnose, prognose en therapie konden dienen. Ramaers nadruk op het belang van experimenteel fysiologische onderzoek voor de geneeskunde nam niet weg dat hij tegelijkertijd in de dagelijkse klinische praktijk contact had met patiënten en hun symptomen en ziektegeschiedenissen beschreef. In de klinische praktijk was er, ondanks de natuurwetenschappelijke retoriek, sprake van continuïteit met de vroegere antropologische benadering waarin zowel lichaam als geest en ook de persoon, de levensgeschiedenis, de uitingen en het gedrag van de krankzinnige aandacht kregen. Natuur-

1.3 NEERLANDS EERSTEN PSYCHIATER



Johannes Nicolaas Ramaer. (Olieverf op doek, tussen 1840 en 1850, maker onbekend. Afkomstig uit het bezit van Parnassia, psychomedische zorg, Den Haag. Foto: Media Ondersteuning Parnassia Bavo Groep.)

wetenschappelijke kennis over ziekteprocessen zou vooral van belang zijn voor de diagnostiek en de prognose en daarmee bijdragen aan een betere behandeling, hoewel van een direct verband tussen de resultaten van fysiologisch onderzoek en therapie geen sprake was.⁸⁴

Niet alleen achtte Ramaer een versterking van de geneeskundige inbreng in de krankzinnigenzorg noodzakelijk, ook benadrukte hij telkens weer het belang van een humane behandeling van geesteszieken. In een lezing, in 1846 gepubliceerd onder de titel *Een woord aan niet-geneeskundigen over krankzinnigheid en krankzinnigenbehandeling*, stelde hij:

Zachtheid, goedheid en liefde moesten niet voor bijzondere gevallen behoeven ingeroepen te worden, zij moesten overal zetelen, waar de eene mensch den anderen bejegt. Doch de wereld zal deze Utopie niet

verwezentlijken, en moge het dan ten minste in de krankzinnigenhuizen zijn, waar liefde den schepter voert [...] de orde van een krankzinnigenhuis moet geene krijgstuucht, maar eene orde van goedheid en liefde zijn, die door vriendschap vertrouwen geeft, maar niet gehoorzaamheid verwerft door dwang en straf.⁸⁵

Hoe Ramaer de dagelijkse praktijk als gestichtsarts ervoer, komt tot uitdrukking in zijn verslag voor de Gedeputeerde Staten van de provincie Gelderland over het gesticht in Zutphen tijdens de jaren 1842-1851. Daarin constateerde hij dat er als gevolg van de invoering van de Krankzinnigenwet van 1841 verbeteringen waren doorgevoerd volgens de eerder door Schroeder van der Kolk opgestelde richtlijnen, waardoor het gesticht erkend was als geneeskundige inrichting en, in Ramaers woorden, van een 'hoogst ondoelmatige inrigting tot een bruikbaar krankzinnigenhuis' was geworden.⁸⁶ Het beschikte over werkzalen, een weverij en een stukje land dat de – voornamelijk uit de boerenstand en de arbeidersklasse afkomstige – patiënten konden bewerken. De bezigheden voor de krankzinnigen uit de 'hogere klasse', die niet gewend waren aan zware fysieke arbeid, bestonden uit schrijven en lezen en matten knopen. Ook waren in het gesticht een bibliotheek en piano's aanwezig en konden patiënten soms concerten en toneeluitvoeringen bezoeken. Er waren aparte tuinen aangelegd voor verschillende categorieën (mannelijke dan wel vrouwelijke, hogere dan wel lagere klasse en rustige dan wel onrustige) patiënten.

Ondanks deze nieuwe voorzieningen signaleerde Ramaer ook een aantal ernstige tekortkomingen, waardoor het gesticht niet geschikt was voor de toepassing van de zedenkundige en de *non-restraint* behandeling. Het terrein binnen de stadswallen waarop het gesticht was gelegen, was te klein en mede daardoor bestond er niet genoeg ruimte om verschillende categorieën krankzinnigen op voldoende afstand van elkaar te scheiden en de patiënten een doelmatige behandeling te bieden. Volgens Ramaer moesten er mogelijkheden zijn voor arbeid, godsdienstoefeningen, lichaamsbeweging, rust en ontspanning. Vanwege de ligging van het gesticht in de binnenstad bood het geen mogelijkheid tot 'beweging in de ruime onbepaalde natuur, - een hulpmiddel, dat in alle goede buitenlandsche gestichten op den voorgrond wordt gesteld, omdat er tevens ruime gelegenheid tot arbeid en bezigheid door ontstaan'.⁸⁷ De situering van het gesticht bracht ook met zich mee dat veel nieuwsgierige pottenkijkers zich aan de patiënten vergaapten. Dit leidde tot 'onaangenaamheden, welke de lijdens, wanneer zij buiten het gesticht komen, van kwaadwilligen ondervinden, het opzien dat zij baren, de bespotting en de hoon, waaraan zij niet zelden blootstaan'. Bovendien ondervonden de krankzinnigen de schadelijke invloed van geluiden als 'klokkengelui' en 'kermisgeraas'.⁸⁸ Verder betreurde Ramaer het dat het personeel noodgedwongen gebruik moest maken van dwangmiddelen, die eigenlijk niet thuishoorden in een geneeskundig gesticht. Zo vermeldde hij dat het aantal patiënten op de vrouwenafdeling zo vermeerderd was dat 'een voortvloeiende opeenhooping dier ongelukkigen, de rust in die afdeling verminderd had en meer dan in de jongst verloopene jaren de toevlugt tot dwangmiddelen had doen nemen'.⁸⁹ Het aantal patiënten in de vrouwenafdeling was in de periode 1842-1853 meer dan verdubbeld van 45 naar 97. Veel van de door Ramaer gesignaleerde problemen waren het gevolg van de overbevolking waarmee het Zutphense gesticht vanaf de jaren vijftig kampte. In 1842 werden er 90 patiënten verpleegd, maar dit aantal was in 1853 reeds gestegen tot 218 en toen Ramaer in 1863 vertrok, waren er zelfs 336 krankzinnigen opgenomen.⁹⁰

Een andere moeilijkheid die Ramaer als gestichtsarts ondervond, bestond uit de complexe en ondoorzichtige bestuurlijke verhoudingen waarbinnen hij moest opereren. Hij was door de provincie aangesteld, maar het krankzinnigengesticht zelf was een private instelling, terwijl

1.3 NEERLANDS EERSTEN PSYCHIATER

het bestuur bestond uit een door de gemeente aangesteld – in Ramaers woorden – ‘onbezoldigd collegie van regenten, gewoonlijk gekozen uit de aanzienlijkste ingezetene en de voornaamste burgers der stad’.⁹¹ Volgens hem was het onjuist ‘dat voor een gesticht ter genezing van krankzinnigen zoodanig bestuur is aangeprezen, daar het geenszins overeenkomt met de beginselen, welke de ervaring van nieuweren tijd heeft aan de hand gedaan’.⁹² Het regentenbestuur had weinig oog voor de geneeskundige aspecten van de krankzinnigenzorg, terwijl hij die als eerste prioriteit zag. Het probleem was volgens Ramaer dat deze bestuurders, hoe goed hun bedoelingen ook waren, door hun administratieve en vooral ook financiële preoccupaties onvoldoende aandacht besteedden aan de gewenste zorg voor de patiënten en dus ook weinig afwisten van de ‘eischen der geneeskundigen’.⁹³ Als genezing het doel van de geneeskundige gestichten was, zoals de wet voorschreef, dan zouden medici het laatste woord moeten hebben over de levensomstandigheden daarin. Realisering van dit doel was door de almacht van de besturen in de meeste gestichten nauwelijks mogelijk en daarvan dreigden de patiënten de dupe te worden. Telkens weer pleitte Ramaer in publicaties voor nieuwe inrichtingen waarin geneesheren door de overheid werden aangesteld en zij niet ondergeschikt waren aan lekenbesturen. Alleen in de provinciale gestichten te Santpoort en Franeker en in het St. Joris Gasthuis te Delft beschikten artsen over de nodige bevoegdheden.

Hoewel Ramaers hervormingszin in Zutphen voortdurend op bestuurlijke weerstand stuitte, bleef hij daar twintig jaar werkzaam, waarschijnlijk omdat er lange tijd geen andere positie in een gesticht vacant kwam waarin hij de kans kreeg om zijn medische ambities te realiseren of als geneesheer-directeur meer gezag uit te oefenen. In 1863 vertrok Ramaer naar Delft om daar de functie van geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis te bekleden. In tegenstelling tot in Zutphen kreeg hij in Delft niet alleen de dagelijkse leiding over het gesticht, maar ook zeggenschap over de benoeming en het werk van het verplegende en huishoudelijke personeel. Onmiddellijk voerde hij een reorganisatie door. Zo kregen zowel het personeel als de verpleegden een strakke dagindeling opgelegd ter bevordering van regelmaat en discipline en moest het personeel een uniform dragen. Desondanks bleef hij ontevreden over het grote verloop onder de personeelsleden en hun gebrek aan ontwikkeling en betrokkenheid. De voortdurende conflicten leidden ertoe dat Ramaer in 1869 ontslag nam als geneesheer-directeur.⁹⁴ Van 1869 tot 1872 voerde hij een particuliere patiëntenpraktijk in Den Haag en daarnaast bleef hij als consulterend arts verbonden aan het St. Joris Gasthuis.

Ramaer was het grootste deel van zijn werkzame leven verbonden aan krankzinnigengestichten. Wetenschappelijk onderlegd en internationaal georiënteerd als weinig andere Nederlandse gestichtsgeneesheren zette de bestaande praktijk van de krankzinnigenzorg en de bestuurlijke verhoudingen daarin een grote domper op zijn ambities. Ook buiten de gestichtspraktijk maakte Ramaer zich sterk voor een verbetering van de krankzinnigenzorg. Zijn ideeën daarover zette hij uitgebreid uiteen in het door hem opgerichte en geredigeerde *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregte Geneeskunde en voor Psychiatrie* (1853-1855), het eerste periodiek op dit gebied en tevens waarschijnlijk de eerste keer dat de term psychiatrie in Nederland publiekelijk werd gebruikt om de geneeskundige bemoeienis met krankzinnigheid aan te duiden.⁹⁵

Met een omvang van 450 pagina’s per jaargang, die Ramaer grotendeels vulde met eigen bijdragen, vertaalde artikelen uit buitenlandse tijdschriften, boekbesprekingen, verslagen, statistische gegevens en ‘nieuwstijdingen’ was het tijdschrift een ambitieus, bijna monomaan project. Hij vroeg aandacht voor wetenschappelijke ontwikkelingen in het buitenland en discussies met

(internationale) vakgenoten ten einde de 'achterlijke' toestand en het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van de Nederlandse krankzinnigenzorg te verhelpen. Zowel de psychiatrie als de gerechtelijke geneeskunde waren volgens hem in Nederland

nog niet tot dien graad van ontwikkeling [...] geklommen, waarop wij hen zouden wenschen, en wanneer wij hunnen toestand hier te lande vergelijken met hetgeen elders daaromtrent bestaat, aarzelen wij niet dien achterlijk te noemen.⁹⁶

Een jaar later schreef Ramaer in zijn verslag van een reis langs een aantal gestichten in enkele Duitse staten, Zwitserland en Frankrijk dat de krankzinnigenzorg daar verder ontwikkeld was dan in Nederland:

Hopen wij dat die voorbeelden voor ons vaderland niet verloren gaan! Of zou men meenen dat de genoemde kleine staten, Oldenburg, Nassau, Hessen, Baden, dat de Pruisische Provinciën, de Beijersche kreitsen, de Zwitsersche kantons, de Fransche departementen, waar thans overal uitmuntende krankzinnigenhuizen opgericht worden, of reeds in volle werking zijn, over ruimere middelen beschikken kunnen dan de Nederlandsche gewesten, door welke (met uitzondering van Noord-Holland) tot dusverre nog nagenoeg niets tot verbetering der inrigtingen geschied is?⁹⁷

In Nederland ontbrak het aan hoger medisch onderwijs in de psychiatrie, aan krankzinnigen-gestichten die aan de 'eisen van tijd en wetenschap' voldeden en aan opnameprocedures op grond van medische criteria in plaats van gerechtelijke procedures.⁹⁸ Ook betreurde hij dat de krankzinnigenzorg in de publieke beeldvorming gelijkstond aan de opsluiting van lastige en gevaarlijke mensen.

Verder was Ramaer van mening dat voor gestichtsartsen een belangrijke rol was weggelegd in gerechtelijk geneeskundig onderzoek, in zijn woorden: 'de toepassing van kundigheden, aan de natuurwetenschap ontleend, op wetgeving en regspleging'.⁹⁹ Vandaar dat hij in het tijdschrift algemene beschouwingen over 'geregtelijk psychologisch onderzoek' en gerechtelijk-geneeskundige verslagen publiceerde. Mede om strategische redenen achtte Ramaer deze tak van geneeskunde een belangrijk onderdeel van de psychiatrie: haar werkveld, zo maakte hij duidelijk, was breder dan dat van gewone artsen en bestreek behalve medische ook juridische kwesties.¹⁰⁰ Op deze manier trachtte Ramaer belangstelling voor de psychiatrie te wekken onder juristen. Aangezien veel ambtenaren jurist waren, aldus redeneerde hij, zou hiermee bereikt kunnen worden dat ook de overheid meer oog kreeg voor de krankzinnigenzorg en de noodzaak om deze te verbeteren:

daardoor [was] de gelegenheid geopend, om in brederen kring belangstelling op te wekken voor de zaak der krankzinnigen en de ondersteuning te winnen van gemeentelijke en gewestelijke besturen, waarbij de invloed der rechtsgeleerden, zoo als genoegzaam bekend is, zulk een overwigt heeft.¹⁰¹

Ramaer verweet de overheid dat deze krankzinnigheid uitsluitend als een 'gestichtskwestie' en niet als een ruimer medisch vraagstuk beschouwde en dat zij zich op dit terrein te passief opstelde.¹⁰² Ook medici die niet in een gesticht werkzaam waren, behalve gerechtelijk geneeskundigen ook huisartsen, konden met krankzinnigen te maken krijgen en daarom dienden zij ook over

1.3 NEERLANDS EERSTEN PSYCHIATER

kennis van de psychiatrie te beschikken. Ramaer achtte het de plicht van de overheid om krankzinnigen te beschermen tegen schadelijke maatschappelijke invloeden en de samenleving te behoeden voor de storende effecten van krankzinnigheid. Voorts behoorden het voorzien in psychiatrisch onderwijs voor alle artsen, de aanstelling van gestichtsgeneesheren en het toezicht op de zorg voor krankzinnigen buiten de gestichten volgens hem tot de verantwoordelijkheden van de staat. Het voordeel van op voordracht van de inspecteurs door de regering benoemde gestichtsgeneesheren zou zijn dat hun medisch handelen dan gecontroleerd kon worden, waardoor de zorg voor krankzinnigen en het publieke imago van de gestichten zouden verbeteren.¹⁰³

Hoewel Ramaer in de tweede jaargang van zijn tijdschrift hulp kreeg van een mederedacteur, de hoogleraar gerechtelijke geneeskunde Jan van Geuns, mochten zijn inspanningen niet baten: het tijdschrift ging reeds na twee jaargangen vanwege het geringe aantal abonnees ter ziele. In zekere zin kwam het blad te vroeg: er waren indertijd nog geen twintig geneesheren in de gestichten werkzaam en blijkbaar vond het tijdschrift weinig aftrek onder juristen. In 1871 zou Ramaer met de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie meer succes hebben in zijn poging om vorm te geven aan het nieuwe medische specialisme, zoals wij in hoofdstuk 3 zullen zien. Ook als inspecteur van het Staatstoezicht op de krankzinnigengestichten, een functie die hij vanaf 1872 tot zijn dood in 1887 zou vervullen, drukte hij zijn stempel op de ontwikkeling van de krankzinnigenzorg.

Ramaer was niet alleen actief op het gebied dat hij als een van de eersten in Nederland als psychiatrie aanduidde. Ook vervulde hij op zowel lokaal als nationaal niveau een vooraanstaande rol in het streven naar een vernieuwing van de geneeskunde in het algemeen en een versterking van de maatschappelijke positie van de medische stand. Ramaer onderhield persoonlijk contact met tal van invloedrijke en geëngageerde medici, zoals zijn Utrechtse leermeester Schroeder van der Kolk, zijn medestudent en de latere Utrechtse hoogleraar Franciscus Cornelis Donders en de vooraanstaande Amsterdamse geneesheren Jan Pieter Heije en Voorhelm Schneevogt. Een zuster van Ramaer was gehuwd met de geneesheer-directeur van het Utrechtse krankzinnigengesticht, Johannes P.Th. van der Lith.¹⁰⁴ Al aan het begin van zijn carrière, in 1849, was Ramaer één van de initiatiefnemers van de oprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG), de eerste landelijke artsenorganisatie. Op de tweede algemene vergadering van de NMG in 1850 werd Ramaer geprezen als de stuwende kracht achter deze organisatie:

De behoefte bestond, naar hare bevrediging werd gehaakt. Maar er behoorde een hart toe, als dat van Ramaer, een belangstelling als de zijne, – er behoorde een vriendenkring toe, met al zijn vertakkingen door het gansche vaderland, zoo als de vriendenkring van den welwillende hoofdbestuurder uit Zutphen is, om dat in het leven te roepen, waarop honderden en duizenden vroeger en later in ons land zullen hebben uitgekeken.¹⁰⁵

Als vurig pleitbezorger van een natuurwetenschappelijke oriëntatie van de geneeskunde en ook van een verbetering van de openbare hygiëne en het aanzien van de medische beroeps-groep, bekleedde Ramaer een belangrijke positie in deze organisatie. In het eerste bestuur was hij secretaris en tot drie maal toe, in 1858, 1868 en 1874, werd hij voorzitter.¹⁰⁶ De NMG, die kort na de invoering van de liberale grondwet van 1848 tot stand kwam, belichaamde het maatschappelijke en politieke engagement van hervormingsgezinde en overwegend liberaal ingestelde geneesheren. Behalve als intermediair tussen de medische stand en de overheid fungeerde de

NMG ook als beroepsorganisatie die artsen in lokale afdelingen en op nationale schaal bijebracht, wetenschappelijke bijeenkomsten organiseerde en toezicht uitoefende op de kwaliteit van de geneeskundige zorg. Vanaf 1857 werden de standpunten van de NMG verwoord in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.¹⁰⁷

Vanuit de NMG werd gepoogd de geneeskunde te vernieuwen door haar op de natuurwetenschap te baseren en door haar maatschappelijke taak te benadrukken. Deze twee doelstellingen waren nauw verbonden met het streven naar een nieuwe organisatie van de geneeskunde op basis van een uniforme natuurwetenschappelijke opleiding en bevoegdheid van alle artsen. Het versplinterde medische onderricht en het daarmee verbonden stelsel van uiteenlopende geneeskundige bevoegdheden was de hervormingsgezinde medici een doorn in het oog. Door wetenschappelijke theorie en klinische praktijk nauw met elkaar te verbinden moest het oude standsonderscheid tussen de academische, voornamelijk theoretisch onderlegde *medicinae doctores* en de diverse op klinische scholen opgeleide praktische heelmeesters worden doorbroken. In een universitaire opleiding dienden geneeskundigen te leren hoe ze hun klinische waarnemingen natuurwetenschappelijk, aan de hand van fysisch en chemisch onderzoek, konden toetsen.¹⁰⁸

De hervormers vonden verder dat de overheid een taak had om de medische bevoegdheid wetelijk te omschrijven en te garanderen. Ook diende de overheid de uitkomsten van statistisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking in verschillende regio's en de medische adviezen op het gebied van de preventieve openbare hygiëne ter harte te nemen. Met de zorg voor de volksgezondheid gaven de vernieuwers gestalte aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van medici. De hygiënistische beweging kreeg een krachtige impuls door de cholera-epidemieën die Nederland in 1832 en 1848 teisterden en waardoor meer dan 20.000 mensen het leven lieten. Hygiënisten verweten de overheid onkunde en passiviteit, niet alleen wat betreft de bestrijding van de cholera, maar ook als het ging om andere epidemische ziekten als pokken en tuberculose.

Het is opvallend dat naast Ramaer enkele andere gestichtsgeneesheren en medici die bij de krankzinnigenzorg betrokken waren, zoals Voorhelm Schneevoegt, Everts, Donkersloot en Van Geuns, tot de drijvende krachten van de NMG behoorden. De gestichtsgeneesheren Voorhelm Schneevoegt, Everts en Ramaer, die naast Schroeder van der Kolk de belangrijkste medische woordvoerders van de krankzinnigenzorg waren, vormden het eerste hoofdbestuur. Het streven naar een verbetering van de krankzinnigenzorg, waaraan naast de genoemde medici ook Van der Lith, H. van Capelle en Arnoldus Hugo van Andel bijdroegen, stond niet op zichzelf, maar was in de jaren veertig, vijftig en zestig onderdeel van een bredere medische en deels ook politieke vernieuwingsdrang, die verder ging dan wat Schroeder van der Kolk had voorgestaan.¹⁰⁹ Het in 1837 opgerichte tijdschrift *De Gids*, waarvan Van Geuns (van 1838 tot 1864) en Voorhelm Schneevoegt (van 1848 tot 1865) redactielid waren en waarin Ramaer over de geneeskunde publiceerde, vormde een belangrijke spreekbuis voor de vernieuwingsgezinde artsen.¹¹⁰ Geneeskundige hervormingen maakten in hun visie deel uit van het bredere streven om de maatschappij te verbeteren. In een uitgebreid artikel over de institutionele krankzinnigenzorg, dat in 1848 in *De Gids* verscheen, karakteriseerde Voorhelm Schneevoegt de door hem gewenste hervorming van de gestichten, evenals die van gevangenen, als een belangrijk onderwerp voor de 'geneeskundige staatshuishoudkunde' en een cruciale bijdrage tot humanitaire vooruitgang: 'Een heerlijke sprank van die philanthropie, die allerwege het gebied harer werkzaamheden uitbreidt [en die zich] niet angstig afvraagt, tot welk kerkgenootschap Gij behoort [...] maar die voor

1.3 NEERLANDS EERSTEN PSYCHIATER

u zorgt en waakt omdat Gij MENSCH zijt.¹¹¹ Naar aanleiding van zijn inzet voor de nieuwbouw van het gesticht Meerenberg merkte hij op dat medici, net als andere staatsburgers, een maatschappelijke verantwoordelijkheid hadden.

Elke geneeskundige, die het met de Wetenschap en de lijdende menscheid wel meent, die voor de eer van zijn Land niet onverschillig is, die eindelijk den omvang van zijnen werkkring wel bevat, en zijnen pligt als burger van den Staat beseft, moet zich er gelegene aan laten zijn, dat de achterlijke en vaak hoogst gebrekkige toestand onzer Inrigtingen voor zieken en krankzinnigen verbeterd worde.¹¹²

Op basis van een liberaal vooruitgangsgeloof en een positivistische overtuiging benadrukte ook Ramaer telkens weer dat geneeskundigen een publieke taak hadden te vervullen. In zijn openingsrede van de algemene vergadering van de NMG in 1858 hield hij de leden voor dat *servo et servio* hun adagium diende te zijn.¹¹³ Rationaliteit en maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel vormden de basis voor maatschappelijke vooruitgang. Ramaer geloofde dat natuurwetenschappelijke kennis en haar toepassing uiteindelijk leidde tot een hoger moreel bewustzijn en tot een hoger peil van beschaving,

dat zij den mensch tot hogere begrippen omtrent zijne verhouding tot het buiten hem bestaande, zijne onafhankelijkheid en zijne eenheid daarmede verheft, dat zij hem tot bewustzijn van zich zelve, tot bewustheid van zijn zedelijk bestaan voert, en waar dit bereikt wordt, zal zedelijkheid zich als de verkwikkende en heilige vrucht der wetenschap ontwikkelen.¹¹⁴

Hoewel Ramaer in het midden van de jaren vijftig het eerste psychiatrische tijdschrift opzette, manifesteerden hervormingsgezinde gestichtsartsen zich niet als een apart soort geneeskundigen die een medisch specialisme beoefenden. Pas omstreeks 1870 was er sprake van het idee dat de krankzinnigenzorg een bijzonder onderdeel van de gezondheidszorg vormde, dat 'psychiatrie' een apart medisch vak was en dat gestichtsgeneesheren specifieke belangen hadden. Dat dit idee terrein won was een gevolg van het tanende vernieuwingselan van de NMG en de hygiënisten, juist ook omdat met de Geneeskundige Staatsregeling en de Wet Uitoefening Geneeskunst van 1865 alsook de Wet tot Voorziening tegen Besmettelijke Ziekten van 1872 enkele doelstellingen van hervormingsgezinde medici werden gerealiseerd.¹¹⁵ Verder boette de slagkracht van de NMG aan kracht in doordat vernieuwingsgezinde medici verdeeld waren als het ging om de vraag hoe ver de overheidsbemoeyenis met de geneeskunde en de volksgezondheid moest gaan. Liberale artsen waren beducht voor een te grote macht van de centrale overheid en stonden geleidelijke hervormingen op basis van een liberaal-democratische besluitvorming voor, waarbij provinciale en gemeentelijke overheden verantwoordelijk moesten worden voor de uitvoering van maatregelen ten behoeve van de volksgezondheid. Meer conservatieve geneeskundigen, onder wie Donkersloot, achtten een directer en intensiever ingrijpen van de rijksoverheid gewenst.¹¹⁶ Mede als gevolg van deze verdeeldheid onder artsen verschoof in de NMG het accent van maatschappelijk engagement naar professionele en materiële belangenbehartiging. Bovendien kreeg de NMG na 1865 te kampen met een krimpend ledenbestand en werd het liberaal-burgerlijke initiatief tot verbetering van de maatschappij deels overgenomen door confessionele en vrouwenorganisaties die waren gericht op uitbanning van onzedelijkheid en de morele verheffing van de volksmassa.¹¹⁷

Nog sterker dan andere hervormingsgezinde geneeskundigen waren Ramaer en andere bij de krankzinnigenzorg betrokken medici ervan overtuigd dat de Nederlandse overheid een grotere en daadkrachtiger rol in de maatschappij moest vervullen, niet alleen op het gebied van de krankzinnigenzorg, maar ook meer in het algemeen op zowel zedelijk als sociaal-economisch gebied. Al in 1845 schreef Ramaer dat de overheid tot taak had de 'verstandelijke ontwikkeling' van het volk te bevorderen en zijn 'materiële belangen' te behartigen.¹¹⁸ Dat gestichtsgeneesheren sterker dan andere medici voor overheidsinterventie geporteerd waren, hangt samen met het feit dat de krankzinnigenzorg al langer overheidsbemoenens kende in de vorm van een wettelijke regeling die een rechterlijke machtiging voor gestichtsoptname vereiste, van een provinciale verantwoordelijkheid voor de plaatsruimte in gestichten, van een grotendeels op de gemeentelijke armenzorg gebaseerde financiering en van een onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken vallende inspectie. De achtergrond hiervan was dat krankzinnigenzorg niet alleen als een medisch, maar ook als een maatschappelijk en politiek vraagstuk gold. Behalve om ziekte ging het, zo blijkt uit de Krankzinnigenwet van 1841, om de bescherming van burgerrechten en het tegengaan van overlast en gevaar. Vandaar dat de vernieuwingsgezinde gestichtsgeneesheren nog meer dan andere geneeskundigen met hun publicaties een breed publiek gehoor probeerden te vinden. Bovendien waren zij wat betreft hun werkplek aangewezen op gestichten; veel minder dan andere artsen konden zij in hun levensonderhoud voorzien door hun diensten op de vrije medische markt aan te bieden en particuliere praktijken te voeren. De eerste particuliere praktijken voor 'ziels- en zenuwziekten' ontstonden in de loop van de jaren tachtig van de negentiende eeuw.¹¹⁹

De ontevredenheid onder gestichtsgeneesheren over de aard, de mate en de uitvoering van de overheidsbemoenens alsook hun overtuiging dat de krankzinnigenzorg specifieke problemen kende en in wetenschappelijk en financieel opzicht achterbleef bij de rest van de geneeskunde, versterkten het idee dat psychiatrie een bijzondere tak van de geneeskunde was. Ramaers hervormingsstreven op het gebied van de krankzinnigenzorg was grotendeels ingegeven door de problemen die hij als gestichtsarts ondervond, zoals de overbevolking van de gestichten, hun slechte publieke imago, een tekort aan geschoold verzorgend personeel en het gebrek aan medische bevoegdheden. Hoewel hij zelf veel contacten onderhield met nationale en internationale medisch-wetenschappelijke kringen en in staat bleek om zijn taak in het gesticht te combineren met wetenschappelijk onderzoek, vond Ramaer dat gestichtsgeneesheren te weinig mogelijkheden hadden om zich wetenschappelijk te ontplooien. Het isolement waarin zij verkeerden ten opzichte van zowel de rest van de medische wereld als de samenleving, het gemis van een psychiatrische opleiding voor artsen aan de universiteit, de slechte arbeidsomstandigheden in de gestichten en hun lage salariering vormden een belemmering voor het wetenschappelijke peil van hun vak en hun maatschappelijk aanzien.

Het was tegen deze achtergrond dat Ramaer samen met enkele andere gestichtsgeneesheren in 1871 het initiatief nam 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.

2

PSYCHIATRISCHE BEROEPSVORMING IN EEN VERANDERENDE SAMENLEVING

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. Deze bracht met zich mee dat de psychiatrie als afzonderlijk medisch vak tot ontwikkeling kwam. Alvorens wij hierop ingaan, belichten wij in paragraaf 1 de bredere maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn om het toegenomen collectieve engagement van de gestichtsgeneesheren en de resultaten daarvan te begrijpen. Het was tegen de achtergrond van de op gang komende modernisering van de Nederlandse samenleving, vooral het groeiende sociale activisme en de toenemende overheidsinterventie in de maatschappij, alsook de in hoofdstuk 1 geschetste problemen in de krankzinnigenzorg dat het nieuwe medische vak gestalte kreeg. Dat begon met de oprichting van een beroepsvereniging, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP). De tweede paragraaf gaat over de oprichting en doelstellingen van deze vereniging, de wijze waarop deze zich ontwikkelde en het ledenbestand. Vervolgens brengen wij in de derde paragraaf aan de hand van kwantitatieve gegevens over de werkplekken van gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen het psychiatrisch-neurologisch beroepsdomein en de verschillende beroepsprofielen in kaart en gaan wij na welke verschuivingen daarin optraden. In de laatste paragraaf keren we terug naar de NVP om nader in te gaan op de groeiende verdeeldheid binnen die vereniging en de specifieke problemen van de gestichtsartsen.

2.1 CULTUURPESSIMISME EN MAAKBAARHEIDSOPTIMISME

De grondwetswijziging van 1848 legde de basis voor de liberale rechtsstaat en het parlementaire stelsel in Nederland. Met de verkrijging van fundamentele vrijheidsrechten – de onaantastbaarheid van het particuliere bezit en de privé-sfeer; de vrijheid van godsdienst, levensovertuiging, meningsuiting en pers; het recht van 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, dat wil zeggen 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 met name economisch te ontplooiën en al calculatorend – 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 relatief 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.¹ In de laatste drie decennia van de negentiende eeuw kwamen de dominantie van de 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 steeds sterker gelden.²

In economisch opzicht gaven de laatste decennia van de negentiende eeuw een accentverschuiving te zien van een agrarisch-ambachtelijke naar een industriële productiewijze, die zich weerspiegelde in een veranderende beroepsstructuur. Terwijl in het midden van de negentiende eeuw het grootste deel van de werkende bevolking (meer dan 40 procent) nog in de landbouw en visserij werkzaam was, handel en dienstverlening werk boden aan ongeveer 30 procent en de nijverheid met nog geen kwart de kleinste sector vormde, was het aandeel van zowel de handel en diensten als de industrie aan het begin van de twintigste eeuw gegroeid – tot respectievelijk een kleine 40 procent en bijna een derde – en dat van de agrarische sector gezakt tot minder dan 30 procent.³ 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.⁴ 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.⁵ 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.⁶

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

2.1 CULTUURPESSIMISME EN MAAKBAARHEIDSOPTIMISME

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 onvermijdelijk lot en meer als beïnvloedbaar en verbeterbaar. Dit bleek bijvoorbeeld uit de daling van het geboortecijfer en een stijging van de gemiddelde levensduur.⁷

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.⁸ 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 beschouwden, maar was tegelijkertijd ook nauw verbonden met het ontstaan van een democratiserende massasamenleving. Door de 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.⁹

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 en 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 meer algemene 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 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 brede instemming rekenen. De geschoolde arbeidersklasse, die een respectabele levensstijl en sociale stijging en zekerheid nastreefde, nam bereidwillig bepaalde burgerlijke

waarden over. In velerlei opzicht zetten de confessionele en sociaal-democratische elites het al eerder op gang gekomen burgerlijke beschavingsoffensief voort.¹⁰

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, in de standenmaatschappij, aan de elite van gegoede en redelijke burgerheren 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, wilskracht, zelftucht, gemeenschapszin en nationaal bewustzijn. Met name de orthodoxe protestanten, die zich met een sterke morele gedrevenheid profileerden, maar ook de liberalen stonden een soortgelijk burgerschapsideaal voor. Losbandige en onverantwoorde gedragingen als drinken, dansen, kermisgang en ander 'plat vermaak', geldverkwisting, impulsieve behoeftebevrediging, lediggang, kinderverwaarlozing en seksuele uitpattingen dienden bestreden te worden.¹¹

In het nieuwe beschavingsoffensief ging het echter niet louter om een van bovenaf opgelegde disciplinerende 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 grote rol, maar daarnaast ging het ondanks de patriarchale en morele bevoogding ook om de welgemeende intentie om uitzichtloze armoede en sociale achterstand uit te bannen.¹² Er kwam steeds meer erkenning van de noodzaak om sociale hervormingen door te voeren en dat uitte zich in een aanwassende dadendrang van zowel burgers als overheid ten einde diverse maatschappelijke problemen aan te pakken: armoede, werkloosheid, ziekte, gebrekkige huisvesting, slechte arbeidsomstandigheden, achterstanden in het onderwijs, verwaarloosde kinderen, ongehuwde moeders, drankmisbruik, onzedelijk gedrag 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 en achterblijvers tot een hoger beschavingspeil te verheffen. Terwijl de burgerlijke waarden de bovenlaag voorheen dienden om zich van de volksmassa te onderscheiden, won nu de gedachte veld dat de burgerlijke verworvenheden ook binnen het bereik van de lagere klassen konden komen en dat alle bevolkingsgroepen in de natie geïntegreerd moesten worden.¹³

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, met name de noden van de groeiende industriële arbeidersklasse (de 'sociale quaestie'), onder ogen te zien. De 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.¹⁴ 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

2.1 CULTUURPESSIMISME EN MAAKBAARHEIDSOPTIMISME

van voorwaarden waardoor zij hun capaciteiten konden ontplooiën: de bevordering van de vrije markt en van het onderwijs. Geleidelijk namen de vernieuwingsgezinde liberalen afstand van het *laissez-faire* en het wantrouwen ten aanzien van de massamaatschappij onder hun oudere, conservatieve geestverwanten. Het inzicht daagde dat de ontwikkelingsmogelijkheden van individuen mede afhankelijk waren van het al dan niet ingrijpen van de overheid in de maatschappij. Sociaal-liberalen erkenden dat kansen niet gelijk waren verdeeld en dat de realisering van zelfredzaamheid niet uitsluitend afhing van de individuele wilskracht en persoonlijke 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 tegen de gevolgen van rampspoed beschermen. 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 ook namen zij het initiatief tot sociale wetgeving. Vanaf 1874, toen arbeid door kinderen beneden de twaalf jaar bij wet werd verboden, maakte de overheid langzaam een begin met de invoering van wetten op het gebied van de arbeid, de volksgezondheid, het onderwijs, de kinderbescherming, de armenzorg, de ouderenzorg, de volkshuisvesting en de zedelijkheid.¹⁵

De grotendeels door confessionelen gedomineerde kabinetten zetten aan het begin van de twintigste eeuw de door sociaal-liberalen ingezette sociale politiek voort, hoewel christelijke politici 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 richtinggevend en ondersteunend kader bood. 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 initiatief in het zogenoemde maatschappelijke middenveld.¹⁶ Desondanks breidden de overheidstaken en -uitgaven zich vanaf het eind van de negentiende eeuw en vooral, door economische nood gedwongen, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog, uit.¹⁷

Naarmate de bevolkingsomvang sneller uitdijde, het land intensiever werd gebruikt en de complexiteit van de samenleving toenam, 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.¹⁸ 'Politiek' kreeg een bredere betekenis: de zorg voor de kwaliteit van de samenleving. Behalve politici en bevlogen maatschappijverbeteraars en morele entrepreneurs, in het bijzonder uit confessionele kring, waren vooral de aan invloed en zelfbewustzijn winnende beroepsgroepen 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 nieuwe terrein van het 'sociale', waar de publieke

en persoonlijke sfeer elkaar raakten, 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 vrouwenbeweging onderschreef een dergelijke roeping van de vrouw.¹⁹

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, zoals in de jaren 1911 en 1912 tot uiting kwam 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 en 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 en, later, maatschappelijk werkers.²⁰

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.²¹ 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 en werd de taak van de (lokale) overheid uitgebreid door de zogenaamde dubbele bedeling: de gemeenten vulden de kerkelijke en particuliere ondersteuning aan. Al in de tweede helft van de negentiende eeuw daalden de kerkelijke en particuliere bijdragen in de kosten van de armenzorg gestaag en steeg die van de gemeenten; 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.²²

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, met name onder orthodox protestanten, en het socialistische streven naar verheffing en emancipatie van de arbeidersklasse. De overeenkomsten 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.²³ Orthodoxe protestanten onder leiding van Otto Gerhard Heldring en Hendrik Pierson namen het initiatief tot de bestrijding van de medisch en politieel gereguleerde prostitutie en de redding van 'gevallen vrouwen'. Vanaf de jaren zeventig sloten ook feministen, katholieken, sociaal-democraten, sociaal-liberalen en medici zich aan bij de abolitionistische

2.1 CULTUURPESSIMISME EN MAAKBAARHEIDSOPTIMISME

beweging, die aan het eind van de negentiende eeuw slaagde in haar opzet: er kwam een eind aan het medische en politionele toezicht op prostitutie, dat was bedoeld om geslachtsziekten in te dammen. De diverse zedelijkheidsorganisaties, die tussen omstreeks 1880 en 1920 het licht 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, waarvoor artsen in de hygiënistische beweging zich al langer inzetten. Zedelijke verheffing en ziektepreventie stonden beide in dienst van nationale vooruitgang.²⁴

De modernisering bracht in Nederland vooralsnog geen grootschalige secularisering teweeg, maar veeleer een herwaardering en verdieping van het geloof onder grote 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 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 ten einde 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 met name 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 kunnen 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-Malthusiaansche Bond (NMB), die geboorteregeling voorstond, en het Nederlandsch Wetenschappelijk Humanitair Komitee (NWHK), dat voor gelijkberechtiging van homoseksuelen en heteroseksuelen opkwam, moesten het in het bijzonder ontgelden.²⁵

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 losbandigheid en 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. Boven-

dien 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.²⁶

2.2 DE NEDERLANDSCHE VEREENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Op de algemene jaarvergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG) in Winschoten in 1871 besloot Ramaer samen met Arnoldus Hugo van Andel (eerste geneesheer van het Oude en Nieuwe Gasthuis te Zutphen), Regnerus Lammerts van Bueren (geneesheer-directeur van het gesticht te Franeker) en Nicolaas Bernhard Donkersloot (geneesheer van het gesticht te Dordrecht) om een vereniging van geneeskundigen op het terrein van de krankzinnigenzorg in het leven te roepen. Zij spraken af dat Ramaer en Donkersloot haar grondslagen formuleerden en dat de eerste geneesheren van de dertien Nederlandse krankzinnigengestichten voor de oprichtingsvergadering van de Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie (NVP) werden uitgenodigd. Deze bijeenkomst vond plaats op 17 november 1871 in het geneeskundig gesticht Willem Arntsz te Utrecht. Daarop waren naast drie initiatiefnemers – Donkersloot was verhinderd – zeven gestichtsgeneesheren aanwezig. Dertien van de in totaal vijftien toen in Nederland werkzame gestichtsartsen sloten zich bij de nieuwe vereniging aan en Ramaer werd voorzitter.²⁷

De oprichting van de NVP vormde de eerste aanzet tot psychiatrische beroepsvorming en de vereniging was de eerste 'specialistische' medische beroepsorganisatie die zich apart organiseerde van de NMG. In de statuten van de NVP stonden vijf doelstellingen vermeld: (1) de bevordering van het contact tussen de beoefenaren der psychiatrie; (2) bekendheid geven aan praktische psychiatrische ervaringen en de uitkomsten van Nederlands wetenschappelijk onderzoek op psychiatrisch gebied; (3) het verspreiden van psychiatrische kennis; (4) de behartiging van de rechten en belangen van in de krankzinnigenzorg werkzame geneesheren en (5) de behartiging van het lot van Nederlandse krankzinnigen in de ruimste zin van het woord. Daartoe wilde de vereniging op gezette tijden bijeenkomsten houden, een psychiatrische bibliotheek opzetten, contact leggen met de redactie van een medisch tijdschrift over het plaatsen van psychiatrische artikelen, betrekkingen aanknopen met buitenlandse verenigingen voor psychiatrie en zich – zo nodig – tot de regering richten.²⁸

In zijn oprichtingsrede lichtte Ramaer de doelstellingen toe en ging hij uitgebreid in op de achterliggende motieven om de vereniging in het leven te roepen. De belangrijkste reden vormde de behoefte om de psychiatrie, net als de geneeskunde in het algemeen, als een wetenschap te profileren. Van groot belang daarbij was volgens Ramaer dat geneeskundigen die wetenschappelijk onderzoek verrichtten en artsen die in een gesticht werkten regelmatig kennis en ervaring uitwisselden. Gestichtsartsen, volgens Ramaer vaak 'mannen van rijpere ervaring', zouden het gevaar lopen door hun 'eenzijdige werk' en isolement het contact met de jongere 'mannen der wetenschap' en de wetenschappelijke vooruitgang in de geneeskunde te verliezen.²⁹ Niet alleen moesten gestichtsartsen meer weet krijgen van nieuwe wetenschappelijke bevindingen, het was ook van groot belang dat zij hun dagelijkse waarnemingen en praktische ervaringen bespraken en vastlegden.

2.2 DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

De profilering van gestichtsgeneesheren als een aparte groep geneeskundigen en Ramaers pleidooi voor verwetenschappelijking stonden in dienst van een andere belangrijke doelstelling: het vergroten van het publieke vertrouwen in en het aanzien van de krankzinnigenzorg. Hij wees op 'voortwoekerende' en 'onoverwinnelijke vooroordelen' en de 'verkeerde dunk' over het reilen en zeilen in de gestichten, ook al waren op basis van de Krankzinnigenwet van 1841 allerlei oude instellingen gesloten of verbeterd. Gestichtsartsen waren er niet in geslaagd om andere medici en het bredere publiek duidelijk te maken welke vooruitgang de krankzinnigenzorg al had doorgemaakt. Net als collega's in andere landen moesten zij meer naar buiten treden, over hun werk publiceren en discussiëren, en psychiatrische kwesties onder de aandacht van andere artsen en de regering brengen. Ramaer betreurde dat medici over het algemeen niet beschikten over voldoende kennis over krankzinnigheid en mogelijkheden om deze te behandelen:

iedere geneesheer toch komt genoeg in aanraking met psychische stoornissen, om de kennis der toestanden, welke daaraan ten gronde liggen, niet te kunnen ontberen, maar voor velen is de behandeling van krankzinnigen eene gestichtszaak, en zelden strekken de pogingen daarheen, om de krankzinnigen te behoeden voor de plaatsing in een gesticht, waaraan, helaas zoo vele onoverwinnelijke vooroordeelen kleven.³⁰

Als medici beter onderlegd waren op dit terrein, zouden krankzinnigen in een eerder stadium van hun ziekte herkend en behandeld worden, waardoor opname in het gesticht vaak te vermijden zou zijn. Het tekort aan psychiatrische kennis onder geneeskundigen was volgens Ramaer primair te wijten aan het ontbreken van psychiatrisch onderwijs in de medische opleidingen aan hogescholen en universiteiten. De nieuwe vereniging diende er bij de regering op aan te dringen dat hierin verandering kwam. Ook zou de NVP de regering van advies kunnen dienen als het ging om wetsontwerpen op het terrein van de krankzinnigenzorg of om vraagstukken op het grensvlak van geestesstoornissen en misdaad.

Al deze ambities stonden uiteindelijk in dienst van wat Ramaer als de belangrijkste doelstelling van de NVP presenteerde: de bevordering van het welzijn van krankzinnigen en hun 'doelmatige behandeling', dat wil zeggen niet alleen de medische therapie die zij dienden te krijgen, maar ook de zorg voor hun levensomstandigheden. Aan dat laatste mankeerde volgens hem nog veel: 'het *ideaal*, dat ieder onzer zich van het gesticht, waaraan hij werkzaam is, gevormd heeft, [ligt] nog zeer in de verte'.³¹ Niet alleen het heil van de patiënten, ook de belangen en rechten van de gestichtsgeneesheren verdienden meer aandacht, zo ging Ramaer verder. Hun invloed in de gestichten liet veel te wensen over. Zij waren ondergeschikt aan vaak uit plaatselijke notabelen bestaande besturen, die weinig begrip en waardering hadden voor medische oogmerken. In conflicten tussen bestuur en geneesheer dolf de laatste vaak het onderspit, zoals Ramaer zelf had ervaren in het Oude en Nieuwe Gasthuis in Zutphen.³² De NVP zou tot taak hebben om gestichtsgeneesheren in zulke situaties steun te bieden.

Om de noodzaak van de nieuwe beroepsvereniging kracht bij te zetten, deed Ramaer een beroep op het nationale gevoel. Hij beweerde dat Nederland vergeleken met de buurlanden achterliep. Zolang er geen Nederlandse vereniging van gestichtsartsen bestond, kon ons land geen officiële afgevaardigden sturen naar internationale congressen. De 'wetenschappelijke roem' van de Nederlandse psychiatrie stond op het spel: 'Nederland staat wetenschappelijk te hoog, om waar het de belangen der wetenschap geldt, buiten tel te blijven'.³³ Of de Nederlandse psychiatrie in wetenschappelijk opzicht daadwerkelijk achterbleef bij andere landen of dat het



Leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie voor de ingang van de Valeriuskliniek in 1922. (Archief Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht.)

louter om retoriek ging, valt te bezien. Wel is het zo dat Nederlandse gestichtsgeneesheren met de oprichting van een beroepsvereniging en het uitgeven van een vaktijdschrift ruim twintig jaar achterliepen bij hun Amerikaanse, Engelse, Franse en Duitse collega's.³⁴

Ramaers rede was voor een niet onbelangrijk deel geïnspireerd door zijn eigen ervaringen als gestichtsgeneesheer en zijn eerdere inspanningen om vernieuwingen door te voeren in de krankzinnigenzorg.³⁵ Wat in de praktijk van het gesticht niet gelukt was, probeerde Ramaer vanaf 1871 door middel van de nieuwe beroepsvereniging en vanaf 1872 ook in zijn functie van inspecteur van het Staatstoezicht op de krankzinnigenzorg te realiseren. In die laatste hoedanigheid vormde hij binnen de NVP de schakel naar de overheid. Hij was de aangewezen bemiddelaar tussen de psychiatrische beroepsgroep en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en zorgde er bijvoorbeeld voor dat brieven en 'adressen' van de vereniging aan het ministerie in de juiste diplomatieke bewoordingen werden opgesteld.³⁶

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. 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.³⁷

Specialisering in de geneeskunde was mede een gevolg van het groeiende medische aanbod en een krapper wordende markt. Van medisch specialisten was voor het eerst in 1883 in de annalen van de NMG sprake.³⁸ Vier jaar later kwam de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging (1887) tot stand, gevolgd door het Nederlandsch Oogheelkundig Gezelschap (1891), de Nederlandsche Vereeniging voor Paediatrie (1892), de Nederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging (1893), de Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen (1896), de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging (1898), de Nederlandsche Vereeniging voor Electrologie en Röntgenologie (1901) en de Nederlandsche Vereeniging van Tuberculoseartsen (1908).³⁹ 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 ongeveer 2.000 tot meer dan 3.000.⁴⁰

In medisch-wetenschappelijk opzicht onderscheidde de psychiatrie zich van andere specialismen. De psychiatrie werd aanvankelijk vrijwel uitsluitend beoefend in gestichten en voor de functie van gestichtsgeneesheer was geen bijzondere extra medische opleiding vereist. De andere medische specialismen daarentegen ontstonden op de universiteit en kenmerkten zich door kennisverdieping en een vervolgoopleiding op een deelgebied van de geneeskunde na de algemene medische opleiding. Medische specialismen kwamen vanaf de jaren tachtig tot ontwikkeling door middel van assistentschappen, (poli)klinische ervaring en het gebruik van bijzondere methoden en instrumenten.⁴¹ Terwijl medisch specialisten op basis van hun buitengewone wetenschappelijke expertise en vermeende superioriteit ten aanzien van de algemene geneeskunde blijk gaven van zelfvertrouwen, was de oprichting van de NVP ingegeven door het gevoel dat de psychiatrie gebukt ging onder wetenschappelijke achterstand: er was geen universitaire opleiding en het ontbrak aan aansluiting bij en erkenning in de geneeskundige wereld. Op basis van haar definitie van medisch specialisten als geneeskundigen 'met meer kennis en ervaring op een bepaald gebied van de geneeskunde dan de algemene medische opleiding bood', laat Alice Juch in haar geschiedenis van de medisch specialisten in Nederland 'de psychiaters-neurologen' buiten beschouwing. Het is de vraag of dit, gezien de ontwikkeling van de universitaire psychiatrie en neurologie vanaf omstreeks 1890, gerechtvaardigd is.⁴²

De toonaangevende leden van de NVP waren liberaal en positivistisch ingestelde artsen die wetenschap en sociaal verantwoordelijkheidsgevoel beschouwden als de pijlers voor maatschappelijke vooruitgang. Met veel strijdvaardigheid zetten behalve Ramaer, Donkersloot, Van Andel en Lammerts van Bueren ook Jan van Geuns, B.H. Everts, H. van Cappelle, Antonius Otto Hermannus Tellegen, Van der Lith, Jacob van Deventer, Cornelis Winkler en Gerbrandus Jelgersma zich in de laatste drie decennia van de negentiende eeuw in om het aanzien en de kwaliteit van hun vak te verhogen.⁴³ 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 van 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 en aanverwante psychosomatische kwalen leden, en hygiënistische maatregelen in de samenleving ten einde geestes- en zenuwziekten zoveel

mogelijk te voorkomen. NVP-leden hadden een belangrijk aandeel in de vernieuwing van de Krankzinnigenwet van 1841, die in 1884 tot stand kwam.⁴⁴

Door hun krachten in de NVP te bundelen, hoopten de gestichtsartsen dat zij de overheid tot meer daadkracht konden bewegen ten einde de krankzinnigenzorg te hervormen. In de NVP werd meermaals geklaagd over de onverschillige en passieve houding van zowel nationale als provinciale overheden ten aanzien van de krankzinnigenzorg en de uitvoering van de bepalingen van de eerste Krankzinnigenwet. In 1879 stuurde de NVP een brief naar de Minister van Binnenlandse Zaken met het verzoek niet langer te 'dralen' en actief op te treden:

De Vereeniging acht zich niet geroepen hier voorstellen te doen tot het nemen van doeltreffende maatregelen [...] Zij vermeent dit aan het verlichte oordeel en beleid der Hooge Regeering te moeten overlaten; doch met al den ernst, dien dit – in het volksbelang zoo diep ingrijpend – vordert, dringt zij bij Uwe Excellentie aan, dat het der Hooge Regeering moge behagen, spoedig te voorzien in den onhoudbaren toestand.⁴⁵

Dergelijke eisen en het feit dat een nationale organisatie voor psychiatrie tot stand kwam, zijn mede te verklaren door de veranderingen die de, voorheen sterk lokaal en regionaal georganiseerde, Nederlandse samenleving vanaf omstreeks 1870 doormaakte. De ruimtelijke mobiliteit nam toe dankzij de verdichting van het netwerk van spoorwegen en verharde straten. Dat maakte het voor leden van de NVP gemakkelijker om vergaderingen, die twee keer per jaar plaatsvonden, te bezoeken. Daarnaast maakten de verlaging en standaardisering van posttarieven en later interlokaal telegraaf- en telefoonverkeer alsook de grotere toegankelijkheid van dagbladen en tijdschriften een grotere en snellere communicatie mogelijk.⁴⁶ Dit alles garandeerde dat gestichtsgeneesheren zich beter konden profileren in de openbaarheid en sneller en eenvoudiger kennis konden nemen van ontwikkelingen binnen en buiten hun vakgebied. Het feit dat de leden van de NVP op nationale schaal en deels ook vanuit een nationaal gevoel actief betrokken raakten bij hun vak vormde de voorwaarde voor het ontstaan van een aparte psychiatrische beroepsgroep en beroepsidentiteit. De zelffelicitatie ten tijde van het 25-jarig bestaan van de NVP in 1896 wekt de indruk dat het zelfbewustzijn van de leden was gegroeid:

In de geschiedenis der geneeskunde zijn de laatste vijf lustra een aaneenschakeling van heldenfeiten en veroveringen. Wat al veranderingen, welke ommekeer in denken en handelen in schier elken tak der geneeskundige wetenschap! De Psychiatrie deelt voorzeker niet het minst in deze zegepraal!⁴⁷

Waar de wetenschappelijke wapenfeiten van de psychiatrie precies uit bestonden bleef onduidelijk.

Om bekendheid te geven aan de activiteiten van de vereniging en de uitwisseling van kennis en ervaring te bevorderen gaf de NVP periodieken uit, achtereenvolgens de *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* (1876-1883), de *Psychiatrische Bladen* (1883-1896) en de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (1897-1947). De *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* die in drie delen (respectievelijk de jaargangen 1871-1876, 1876-1881 en 1882) verschenen, waren alleen bestemd voor de leden en bevatten wetenschappelijke bijdragen, mededelingen en notulen van vergaderingen. Vanaf 1883 probeerde de NVP bredere publieke aandacht te krijgen voor de ontwikkeling van het psychiatrisch vak met de uitgave van een blad dat zich richtte op de gehele medische wereld: de *Psychiatrische Bladen*. Dat was

hard nodig, zo schreven de redacteuren Donkersloot, Van Cappelle en Pieter Wellenbergh in de inleiding tot het eerste nummer. Nederlandse geneeskundigen waren bij gebrek aan een Nederlandse periodiek aangewezen op buitenlandse vaktijdschriften: 'Zij gevoelen dus, dat ze geen vreemdeling mogen blijven op het gebied der zielsgeneeskunde, en zijn verplicht elders te zoeken wat ze hier niet kunnen vinden'. De doelstelling van het nieuwe tijdschrift was artikelen te publiceren die, zoals zij schreven,

de leer der zielsziekten tot algemeen domein kan maken; terwijl zij de hoop koestert, dat uit onze gestichten nu en dan mededeelingen zullen worden gedaan, meer of minder belangrijk voor allen, die onder den eenen of anderen titel de geneeskunde beoefenen, terwijl wanneer zich daartoe de gelegenheid aanbiedt, het gerechtelijk-psychologische gedeelte niet zal worden vergeten.⁴⁸

Net als Ramaer reeds in 1853 met het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geregte Geneeskunde en Psychiatrie* voor ogen had, achtte de redactie het dus van belang aandacht te schenken aan het grensvlak van psychiatrie en rechtspraak, waaruit blijkt dat de vereniging de invloed van de psychiatrie ook buiten de gestichten wilde bevorderen. Naast wetenschappelijke artikelen, voor een deel gericht op een breder publiek van medici dan alleen gestichtsgeneesheren, verschenen in de *Psychiatrische Bladen* ook reacties op bijdragen, verslagen van studiereizen en congressen, mededelingen, kort nieuws over geneesmiddelen of buitenlands onderzoek, *in memoriams* en andere informatie over de leden van de NVP. Op deze manier kon het tijdschrift het groepsgevoel van de NVP-leden vergroten, terwijl ook werd gepoogd om andere geneeskundigen voor de psychiatrie te interesseren.⁴⁹ Gemiddeld was een jaargang ongeveer 250 pagina's dik, wat overeenkomt met de gemiddelde omvang van medische tijdschriften in die tijd.

De toevoeging 'neurologische' in de titel van het tijdschrift in 1896 (*Psychiatrische en Neurologische Bladen*) hing samen met het feit dat de vereniging zich vanaf 1895 uitdrukkelijk openstelde voor artsen die zich toededen op de neurologie. Haar naam veranderde toen in Nederlandse Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN). Bij de introductie van het vernieuwde tweemaandelijks verenigingstijdschrift werden zeven 'grootte gebieden der psychiatrie' onderscheiden: (1) psychiatrie en neurologie (en therapie), (2) criminele antropologie, (3) opvoeding en hygiëne, (4) psychologie en psychofysica, (5) anatomie, fysiologie en microscopische anatomie, (6) histologie en embryologie en (7) gerechtelijke geneeskunde. 'Immers', zo werd deze schematische omschrijving van het beroepsdomein toegelicht:

wil de psychiatrie in Nederland tot haar recht komen dan moet er regel en discipline zijn in de beoefening der vakken, dan moet er belangstelling worden gewekt voor die beoefening, al hetgeen slechts met vrucht kan geschieden door het onder oogen brengen van de wetenschappelijke litteratuur aan ieder, die in ons vak belang stelt, of een of meer onderdelen daarvan beoefent.⁵⁰

Naast de gerechtelijke geneeskunde wees de rubriek opvoeding en hygiëne wederom op het streven om de psychiatrie een taak in de maatschappij te geven. De redactie werd uitgebreid van drie tot zeven personen (één per thema) die vrijwillig tijd en energie beschikbaar stelden, terwijl de kosten voor het nieuwe blad voor rekening kwamen van de leden: zij dienden nu tien gulden abonnementsgeld te betalen. Daar stond tegenover dat een jaargang van de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* nu gemiddeld rond vijfhonderd pagina's besloeg. Ook dit

tijdschrift van de beroepsvereniging kenmerkte zich door een mengeling van vergadernotulen, discussies over praktijksituaties en hygiënistische kwesties, gevalsbeschrijvingen en psychiatrisch-neurologische onderzoeksartikelen, waarbij de laatste categorie al snel de overhand kreeg.

Het aantal gewone leden van de NVP(N) groeide van 13 in 1871 naar 118 in 1900 en 204 in 1920, waarvan iets meer dan tachtig procent ook daadwerkelijk in Nederland werkzaam was op psychiatrisch en/of neurologisch gebied.⁵¹ Behalve de gewone leden kende de vereniging ook een kleiner aantal honoraire of ereleden: hoge ambtenaren, notabelen, politici en gerenommeerde binnen- en buitenlandse artsen. Die laatste groep wekt de indruk dat de NVP(N) contact onderhield met vooraanstaande buitenlandse autoriteiten op het gebied van de psychiatrie, zoals Emil Kraepelin, Cesare Lombroso, Auguste Forel en Ambroise-Auguste Liébeault. Het erelidmaatschap van de buitenlandse prominenten stond in dienst van het streven van de NVP(N) om wetenschappelijk aanzien te verwerven. Het 25-jarig jubileum van de vereniging in 1896 was aanleiding om 15 erelidmaatschap toe te kennen.⁵² Het aandeel van de ereleden bereikte in de jaren 1898-1899 met meer dan 25 procent een hoogtepunt, om daarna terug te zakken tot ruim 10 procent in 1914.

Tussen het oprichtingsjaar 1871 en 1897 groeide het aantal gewone leden van de NVP(N) gestaag van 13 naar 85. In de laatste jaren van de negentiende eeuw en ook in de jaren 1906-1907 deed zich een versnelling in de groei voor: in de tien jaar tussen 1897 en 1907 was er met een aanwas tot 161 sprake van bijna een verdubbeling van het ledental. Vervolgens nam het ledental opnieuw geleidelijk toe tot 204 in 1920. Tot 1911, toen de eerste vrouwelijke leden hun intrede deden, was de NVP(N) een exclusief mannelijk gezelschap.

De snelle stijging van het ledental in de jaren 1897-1907 is te verklaren door twee factoren. Allereerst vormt deze een weerspiegeling van de sterke uitdijning van de medische stand in het algemeen, waarvan een deel werkzaam was op psychiatrisch-neurologisch gebied. Bijna de helft van alle Nederlandse geneeskundigen die in 1900 op het terrein van de psychiatrie en/of neurologie werkzaam waren, was pas tien jaar of korter in het bezit van het artsdiploma.⁵³ De tweede oorzaak van de versnelde groei van de vereniging vormt haar openstelling vanaf de najaarsvergadering van 1895 voor geneeskundigen die zich op de neurologie richtten en zich met zenuwziekten bezighielden. Het samengaan van psychiatrie met neurologie leidde tot het lidmaatschap van meer en meer medici met andere werkplekken dan het krankzinnigen-gesticht. Van de twintig nieuwe leden in 1898 bijvoorbeeld werkten er twaalf elders, zoals in zorginstellingen voor zenuwlijders en psychosomatische patiënten en in particuliere praktijken.⁵⁴ In de daarop volgende twee decennia groeide het aandeel van de NVP(N)-leden die niet in gestichten werkten en die niet alleen geestesziekten, maar ook zenuwaandoeningen, zoals nervositeit, neurasthenie en hysterie, en uiteenlopende psychosomatische en neurologische kwalen behandelden.⁵⁵

Uit de beschikbare informatie op de ledenlijsten van de NVP(N) over de beroepsomschrijving en de werkplekken van de leden blijkt dat het psychiatrisch-neurologisch werkteerrein aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw geen duidelijke en stabiele afbakening kende, maar in beweging was en meer in het bijzonder een toenemende differentiatie vertoonde. De gegevens van de ledenlijsten, de enige bron om het werkveld van de bij de NVP(N) aangesloten medici in kaart te brengen, kennen beperkingen. De lijsten bieden geen informatie over hun daadwerkelijke beroepspraktijk en de tijd die ze besteedden aan hun werkzaamheden. Veel van deze artsen waren waarschijnlijk in deeltijd op meerdere plaatsen

werkzaam. Bovendien wijzen wij er met nadruk op dat de in deze paragraaf gepresenteerde gegevens over de werkplekken alleen betrekking hebben op de leden van de vereniging; niet alle artsen die op psychiatrisch-neurologisch terrein actief waren, hadden zich bij de NVP(N) aangesloten. Daarom hebben wij de beroepsprofielen en werkplekken van respectievelijk de NVP(N)-leden en alle op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzame artsen apart in kaart gebracht en met elkaar vergeleken.⁵⁶

Om er achter te komen waar de leden werkten en hoe zij werden aangeduid op de ledenlijsten van de NVP(N) zijn zes peiljaren vergeleken: 1871 (oprichting), 1887 (het jaar waarin de oprichter Ramaer stierf), 1896 (het 25-jarig jubileum), 1906 (het 35-jarig bestaan), 1914 en 1920. Al eerder is opgemerkt dat de term psychiater eind negentiende eeuw nog nauwelijks gangbaar was. De geneeskundigen die in de institutionele krankzinnigenzorg werkzaam waren, werden meestal aangeduid als gestichtsgeneesheren of -artsen. Aanvankelijk waren het vooral de vanaf 1893 aangestelde hoogleraren in de psychiatrie en neurologie die zich als psychiater afficheerden, terwijl als gevolg van de band tussen psychiatrie en neurologie ook de overkoepelende term zenuwarts gangbaar werd. De term ‘alienist’, die vanaf het eind van de achttiende tot het begin van de twintigste eeuw in Angelsaksische landen in zwang was om aan te geven dat deze medici zich bezighielden met ‘menselijke vervreemding’, werd in Nederland niet gebruikt.⁵⁷ Voor zover wij kunnen nagaan werd de term psychiater in Nederland voor het eerst in 1868 gebezigd door Voorhelm Schneevoegt in zijn intreedende als lector aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre.⁵⁸ Vervolgens werd de term in 1875 gebruikt in de *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie*: in een verslag van zijn bezoek aan een Berlijns gesticht sprak de gestichtsarts J.F. Manicus over ‘een beginnend psychiater te Berlijn’.⁵⁹ In 1876 pleitte Everts in de *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* voor ‘invoering van verplichte studie en een examen in de Psychiatrie voor alle toekomstige medici-forensen en psychiaters’.⁶⁰ In 1880 kwam de term voor in een motie van een aantal NVP-leden tegen Ramaer.⁶¹ In een rede ter ere van het tienjarig bestaan van de NVP in 1881 sprak Donkersloot zijn toehoorders aan met ‘psychiaters van Nederland’ en drie jaar later duidde de Utrechtse hoogleraar fysiologie en oogheelkunde Donders in zijn pleidooi voor academisch onderwijs in de psychiatrie gestichtsgeneesheren als ‘speciale psychiaters’ aan.⁶²

Uit de tabellen 3 en 4 valt op te maken dat het aandeel van de leden met een aanstelling in krankzinnigengestichten afnam van 92 procent in 1871 naar 36 procent in 1920. Al in 1896 had bijna de helft van de leden een betrekking buiten de gestichten en in 1920 bedroeg hun aandeel bijna 65 procent. Een klein deel van hen – het percentage liep op van 3,5 tot bijna 9 – was werkzaam in zogenaamde ‘zenuwinrichtingen’ en ‘sanatoria’, instellingen die patiënten met zenuwaandoeningen, psychosomatische klachten en ook wel met geestesstoornissen zonder krankzinnigenverklaring en rechterlijke machtiging opnamen. Een iets groter, maar relatief ook klein deel van hen was aan een universiteit of een onderzoeksinstelling verbonden; hun aandeel steeg tussen 1896 en 1920 van 7 naar ruim 9 procent.⁶³

Het grootste deel van de buiten gestichten werkende geneeskundigen, in de jaren 1896, 1906, 1914 en 1920 meer dan een derde van alle NVPN-leden, was extramuraal werkzaam, waarschijnlijk voor het merendeel in particuliere praktijken. Zoals tabel 3 laat zien, bestond het leeuwendeel van deze categorie uit leden die zich onder vermelding van hun privé-adres afficheerden als ‘arts’. Onduidelijk blijft of zij een soort ‘huisartsen’ waren of als vrijgevestigd specialistisch geneesheer in een particuliere praktijk hoofdzakelijk of uitsluitend geestesstoor-

nissen en zenuwkwalen behandelden, wat wel kan worden aangenomen van het geringere aantal leden dat zich onder vermelding van hun huisadres als ‘consuleerend’, ‘speciaal arts in zenuw- en zielszichten’, ‘zenuwarts’, ‘psychotherapeut’ of ‘elektrotherapeut’ betitelde. Voor sommige als ‘artsen’ geregistreerde leden van de NVPN gold wellicht dat zij zich niet zozeer bij de vereniging hadden aangesloten omdat zij zich in hun medische praktijk uitsluitend of overwegend op psychiatrie en/of neurologie toelegden, als wel omdat zij zich op enigerlei wijze associeerden met het vak of zich daarvoor interesseerden. Dat het psychiatrisch-neurologisch vakgebied ook op een groeiende belangstelling van legerartsen kon rekenen, blijkt uit het feit dat in 1900 drie en in 1920 zes officieren van gezondheid in de krijgsmacht lid waren van de NVPN.⁶⁴

2.3 HET PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCH BEROEPSTERREIN

Uit de gegevens op de ledenlijsten komt duidelijk naar voren dat de NVP(N) al vanaf het eind van de jaren tachtig geen vereniging van uitsluitend gestichtsgeneesheren meer was. Vanaf omstreeks 1900 vormden zij zelfs een minderheid onder de NVPN-leden. Verder valt op dat de werkplekken en de beroepsprofielen van de leden een steeds grotere verscheidenheid vertoonden. Dit beeld geldt niet alleen voor de leden van de NVPN, maar ook voor de gehele groep geneeskundigen die op de een of andere manier op psychiatrisch-neurologisch of aanverwant terrein werkzaam was. Zoals eerder opgemerkt waren niet alle leden van de NVPN op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzaam in Nederland: sommigen waren uit belangstelling lid zonder zelf op dat terrein actief te zijn, anderen waren gepensioneerd, werkten in het buitenland of waren erelid (onder wie buitenlandse medici en bestuurders).⁶⁵ Omgekeerd waren niet alle medici die zich op de psychiatrie en/of neurologie toelegden, lid van de NVPN. In 1900 was 75 procent en in 1920 was 80 procent van hen lid van de beroepsvereniging. Vooral een groot deel van de artsen die in instellingen voor zwakzinnigen werkten, waren in deze jaren niet bij de NVPN aangesloten en hetzelfde gold rond 1900 in wat mindere mate voor sanatoriumartsen.⁶⁶

Wij wijzen er met nadruk op dat van een duidelijke afgrenzing van het vak ten opzichte van de rest van de geneeskunde geen sprake was. Ten eerste bestonden er tot de invoering van het Medisch Specialisten Register door de NMG in 1932 geen formele criteria of wettelijke voorschriften met betrekking tot de opleiding en het recht om zich als specialist op het terrein van wat vanaf 1932 officieel zenuw- en zielszichten heette – of op andere medische deelgebieden – te afficheren.⁶⁷ Voor de aanstelling als geneesheer in een krankzinnigengesticht, sanatorium of zwakzinnigeninrichting was geen specialistische bevoegdheid vereist: het artsdiploma was voldoende en geneeskundigen leerden de vakken psychiatrie en neurologie vaak in de praktijk, op studiereizen en door middel van zelfstudie. Weliswaar werden aan enkele universiteiten colleges in de psychiatrie en neurologie gegeven, maar deze vormden geen verplicht onderdeel van de studie geneeskunde.⁶⁸ Ten tweede bleek de openheid van het specialisme uit het grote aantal artsen dat zich niet direct na het behalen van hun medische bevoegdheid, maar pas later in hun loopbaan toelegde op geestes- en zenuwzichten, terwijl het ook voorkwam dat specialisten op psychiatrisch-neurologisch terrein hun aandacht op een gegeven moment in hun loopbaan verlegden naar een ander deel van de geneeskunde.⁶⁹

2.3 HET PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCH BEROEPSTERREIN

Aangezien tot 1932 dus geen officiële definitie en registratie bestonden met betrekking tot het psychiatrisch-neurologisch specialisme en werkterrein, hebben wij zelf criteria moeten aanleggen voor de omschrijving van het beroepsdomein. Daarbij baseren wij ons op het (ongepubliceerde) onderzoek van Peter van Drunen, die de ontwikkeling van het psychiatrisch-neurologisch beroep, zowel wat betreft het aantal beroepsuitoefenaars als hun werkplekken, vanaf het eind van de negentiende eeuw tot 2000 in kaart heeft gebracht.⁷⁰ Behalve van de ledenregistratie van de NMG en de NVP(N) heeft hij gebruikt gemaakt van de gegevens in de *Geneeskundig Jaarboekjes*, die sinds 1867 jaarlijks in samenwerking met de NMG verschenen om een overzicht te bieden van alle geneeskundige instellingen en praktiserende medici. De *Geneeskundige Jaarboekjes*, die informatie bieden over de werkplekken van artsen en hun eventuele specialisatie, bestaan uit drie delen: (1) een landelijk overzicht van alle intramurale instellingen op het gebied van de gezondheidszorg, onderverdeeld naar verschillende categorieën en met vermelding van de daaraan verbonden artsen; (2) een overzicht van alle intra- en extramurale lokale gezondheidsvoorzieningen met de daarin werkzame geneeskundigen, inclusief al dan niet specialistische artsenpraktijken, in een aantal grotere plaatsen en (3) een alfabetisch overzicht van alle praktiserende medici in Nederland, met vermelding van hun sekse, het jaar waarin zij hun medische bevoegdheid verkregen en eventueel promoveerden, en hun vestigingsplaats.

In navolging van Van Drunen rekenen wij de volgende geneeskundigen tot de psychiatrisch-neurologische beroepsgroep. Ten eerste alle medici die waren verbonden aan instellingen die als psychiatrisch en/of neurologisch kunnen worden gekenschetst: krankzinnigengestichten respectievelijk psychiatrische inrichtingen, psychiatrische en neurologische universiteitsklinieken, sanatoria, rusthuizen en kuuroorden voor zenuwlijders, speciale instellingen voor zwakzinnigen, epileptici en alcoholverslaafden en (extramurale) consultatiebureaus op het gebied van alcoholverslaving, epilepsie en voor- en nazorg van (voormalige of aankomende) gestichtspatiënten. Ten tweede alle artsen die werden aangeduid als psychiater, neuroloog of zenuwarts en die werkzaam waren in instellingen voor algemene gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen en poliklinieken. Ten derde alle geneeskundigen die als specialist op het terrein van de psychiatrie en/of neurologie te boek stonden ofwel in de omschrijving van hun particuliere praktijk gewag maakten van een specialisatie op dit gebied.⁷¹

Op basis van deze omschrijving van het psychiatrisch-neurologisch werkveld stelt Van Drunen vast dat de omvang van de beroepsgroep tussen 1870 en 1900 vervijfvoudigde van een twintigtal tot 107 geneeskundigen, om in de daarop volgende twee decennia te verdubbelen tot 220 artsen. De stijging tussen 1900 en 1920 was overigens niet uitzonderlijk in vergelijking met de groei van de gehele medische professie – van 1.760 naar bijna 3.500 – en van andere specialismen. 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 5 procent van het totaal aantal vakbeoefenaren uit.⁷² Uit de gegevens over het tijdstip van het behalen van het artsdiploma blijkt dat de psychiatrisch-neurologische beroepsgroep in 1900 voor meer dan een kwart bestond uit oudere geneesheren die al langer dan twintig jaar praktiseerden en voor bijna de helft uit jongere medici, die minder dan tien jaar het beroep van arts uitoefenden. Gemiddeld hadden de beroepsbeoefenaars hun bevoegdheid vijftien jaar eerder verworven en op basis daarvan schat Van Drunen hun gemiddelde leeftijd op rond veertig jaar. In 1920 waren de leden van de beroepsgroep gemiddeld twee jaar langer in het bezit van hun artsdiploma dan in 1900 en overtrof het aandeel van de oudere medici (bijna 40

procent was voor 1900 afgestudeerd) dat van de jongere (30 procent had het artsdiploma na 1910 behaald).⁷³ Hieruit valt te concluderen dat de beroepsgroep vooral in de jaren negentig van de negentiende eeuw een sterk expansie doormaakte.

Terwijl het totaal aantal gestichtsgeneesheren rond 1870 de 20 niet te boven ging, waren in 1900 75 en in 1920 137 artsen werkzaam in intramurale instellingen, dat wil zeggen in krankzinnigengestichten (54 respectievelijk 96), in sanatoria, rusthuizen en kuuroorden voor zenuwlijders (14 respectievelijk 26) en in inrichtingen voor zwakzinnigen, epileptici en alcoholverslaafden (8 respectievelijk 19).⁷⁴ Buiten deze instellingen, waarin de benamingen gestichtsgeneesheer of -arts gebruikelijk bleven, afficheerde een toenemend aantal beroepsbeoefenaars zich als 'psychiater', 'neuroloog', 'zenuwarts' en, in mindere mate, als 'psychotherapeut' en 'psychoanalyticus' of als medisch specialist op het gebied van 'zenuwziekten', 'zenuw- en zielsziekten', 'zenuwziekten en geestelijke afwijkingen', 'psychosen en neuropathologie' of 'zenuw- en stofwisselingsziekten'.⁷⁵ Sommigen van hen voerden zelfstandige praktijken aan huis, al dan niet gecombineerd met een aanstelling in een gesticht of sanatorium, en een toenemend aantal vond ook emplooi in ziekenhuizen en poliklinieken voor de somatische gezondheidszorg.⁷⁶ In 1900 waren er minstens 24 en in 1920 minstens 74 psychiatrische en/of neurologische 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 en de meeste anderen waren gevestigd in Rotterdam, Utrecht, Leiden, Alkmaar, Groningen, Delft, Dordrecht, Deventer, Arnhem, Apeldoorn, Zutphen, Enschede, Nijmegen en Den Bosch. In 1900 combineerde twee derde van hen de eigen praktijk met een aanstelling in dienstverband, terwijl dat aandeel in 1920 was gedaald tot minder dan zestig procent: er trad dus een lichte aanwas op van het relatieve aantal zenuwartsen dat overwegend of helemaal zelfstandig werkte.⁷⁷

Het aantal zenuwartsen dat een functie als 'consulteerend geneesheer' in een polikliniek of als lid van de medische ziekenhuisstaf bekleedde in de somatische gezondheidszorg was veel geringer, maar groeide in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw, vooral als gevolg van de oprichting en expansie van poliklinieken in de vier grote steden, substantieel van 7 naar 27.⁷⁸ Nog sterker expandeerden de vanaf 1893 bestaande universitaire psychiatrisch-neurologische klinieken: in 1900 waren daarin 6 en in 1920 32 geneeskundigen – van wie 13 arts-assistenten – aangesteld.⁷⁹ Het waren naast de leidende figuren in de NVPN met name de academische specialisten die zich vanaf de jaren negentig als 'psychiater' of 'neuroloog' betitelden. In de loop van de twintigste eeuw kregen deze benamingen meer en meer navolging buiten de universiteiten, alhoewel de term zenuw- en zielsziekten en zenuwarts de officiële algemene noemers werden om het psychiatrisch-neurologisch specialisme aan te duiden. Zoals eerder opgemerkt groeide het aantal officieren van gezondheid in de krijgsmacht, van wie op grond van hun lidmaatschap van de NVPN aan te nemen is dat zij zich op de psychiatrie toelieden, van 3 tot 6.⁸⁰ De institutionele extramurale psychiatrie, tot slot, bleef nog zeer bescheiden in deze periode: in 1900 was hiervan nog geen sprake, terwijl in 1920 3 zenuwartsen hierin werkzaam waren. Het ging daarbij om Amsterdamse instellingen: het Consultatiebureau voor Drankzuchtigen, het Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielsziekten van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst en de Polikliniek voor Vallende Ziekten. Hierbij zij opgemerkt dat wij twee instituten voor psychotherapie, dat van Albert Willem van Renterghem in Amsterdam en dat van Pieter Bierens de Haan in Utrecht, onder de particuliere praktijken hebben geschaard.⁸¹

2.3 HET PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCH BEROEPSTERREIN

Als wij de samenstelling van de psychiatrisch-neurologische broepsgroep in 1900 en in 1920 met elkaar vergelijken dan kunnen wij vaststellen dat het aandeel van de in krankzinnigengestichten aangestelde artsen daalde van 50 tot 44 procent en dat van de in andere intramurale instellingen (sanatoria, rusthuizen, kuuroorden, zwakzinnigengestichten en instellingen voor epileptici en voor alcoholverslaafden) werkzame medici met 20 tot 21 procent ongeveer gelijk bleef. Het intramurale aandeel in de beroepspraktijk was in 1900 kleiner en de diversiteit van de werkplekken was groter dan in de geschiedschrijving vaak wordt verondersteld. De andere werkvelden wonnen aan betekenis. Het aandeel van de particuliere praktijken nam toe van 22 tot 34 procent, dat van de algemene gezondheidszorg van 7 tot 12 procent, dat van de universitaire leerstoelen en klinieken van 6 tot 15 procent en dat van de extramurale psychiatrische instellingen van 0 tot 1 procent.⁸² Uit de groei van psychiatrisch-neurologische praktijken in zowel algemene poliklinieken als ziekenhuizen alsook de expansie van zelfstandige praktijken voor zenuw- en zielsziekten, niet alleen voor bemiddelde, maar ook voor minvermogende patiënten, zou kunnen worden afgeleid dat er, afgezien van de krankzinnigengestichten en de sanatoria, vraag bestond naar deze specialistische medische zorg. Onduidelijk blijft waar deze precies uit bestond, waar de betrokken medici hun deskundigheid hadden verworven (er bestond nog geen verplicht psychiatrisch-neurologisch onderwijs in de medische opleiding), wie hun patiënten waren en hoe zij deze behandelden.

Wat de werkplekken en aard van de werkzaamheden betreft komt Van Drunen tot de slotsom dat binnen het psychiatrisch-neurologisch specialisme drie verschillende beroepsprofielen gestalte kregen. Ten eerste de gestichts- of sanatoriumgeneesheer met een aanstelling in dienstverband en daarnaast mogelijk een kleine zelfstandige praktijk. Ten tweede 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 ten derde de universitaire hoogleraren, privatdocenten en arts-assistenten op het gebied van de psychiatrie en neurologie die naast hun academische aanstelling soms ook nevenfuncties bekleedden en er particuliere praktijken op na hielden.⁸³ Wat betreft het profiel van het psychiatrisch-neurologisch beroep deed zich een accentverschuiving voor van een identificatie met de instelling waar beroepsbeoefenaren werkten – vooral het gesticht, wat tot uitdrukking kwam in de benaming gestichtsgeneesheer of -arts – naar een identificatie, min of meer onafhankelijk van de werkplek, op basis van specialistische deskundigheid die tot uiting kwam in de steeds vaker gebruikte benamingen psychiater, zenuwarts en neuroloog of de aanduiding zenuw- en zielsziekten voor het vakgebied. Een sterke indicatie van deze verschuiving in de beroepsidentiteit vormt de sterke toename tussen 1900 en 1920 van het aantal op psychiatrisch-neurologisch gebied werkzame artsen dat zich expliciet in de *Geneeskundige Boekjes* als specialist afficheerde met betrekking tot psychiatrische, neurologische en psychosomatische aandoeningen en problemen. Ging het in 1900 om 18 beroepsbeoefenaren, in 1920 was hun aantal gestegen tot 91, een vervijfvoudiging, terwijl de omvang van de totale psychiatrisch-neurologische broepsgroep in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw verdubbelde.⁸⁴

2.4 MACHT EN ONMACHT VAN DE GESTICHTGENEESHEREN

Naar aanleiding van de diversiteit van de werkplekken en de beroepsprofielen is in de vorige paragraaf al opgemerkt dat het psychiatrisch-neurologisch beroepsdomein verre van scherp omlijnd was. Dat bleek in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw eveneens uit het feit dat de leden van de NVPN niet tot een eensgezind standpunt konden komen als het om de eerder gesignaleerde problemen in de krankzinnigenzorg en de belangen van gestichtsartsen ging – daar waar het bij de oprichting van de NVP in 1871 allemaal mee begonnen was. 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 vereniging: alle Nederlandsche geneeskundigen kunnen als lid worden aangenomen; van bindende besluiten zal dan voorlopig ook wel geen sprake zijn.⁸⁵

Behalve de toename van de gestichtsbevolking, in het bijzonder van chronische patiënten, de stijgende kosten van de krankzinnigenzorg en het matige peil van de verpleging, gaven ook hun eigen positie en werkomstandigheden in het gesticht aanleiding tot klachten onder gestichtsartsen. Zij klaagden over hun slechte maatschappelijke aanzien, hoge werklust en gebrek aan opleiding, loopbaanperspectief en wetenschappelijke middelen. Zij verdienden slecht in vergelijking met andere artsen, zagen vanwege het grote aantal ongeneeslijke geesteszieken in de gestichten niet veel resultaat van hun werk en genoten relatief weinig waardering in de medische wereld. Het verloop onder gestichtsgeneesheren was dan ook groot.⁸⁶ De inspecteurs van het Staatstoezicht wezen er in de jaren zeventig op dat de geneeskundige staf in vrijwel alle gestichten te klein was. Volgens hen zou in elke gesticht één geneesheer beschikbaar moeten zijn voor 120 tot 150 patiënten, maar alleen het Utrechtse Willem Arntsz Huis, waarin 300 patiënten verbleven en de geneeskundige dienst uit twee geneesheren en een geneesheer-directeur bestond, voldeed aan deze norm. Bovendien was het zo dat de toch al schaarse gestichtsartsen, vaak uit financiële noodzaak, er ook nog een ‘burgerpraktijk’ op na hielden, waardoor zij niet voortdurend in het gesticht aanwezig waren en weinig tijd hadden om aandacht aan de gestichtspatiënten te besteedden.⁸⁷

Al sedert halverwege de negentiende eeuw deden zich conflicten voor in de gestichten over de vraag wie de dagelijkse leiding in handen moest hebben. De NVP 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. Gezien de primair geneeskundige functie van het gesticht vond de vereniging het niet acceptabel dat regentenbesturen een dominante rol vervulden en dat artsen in hun bevoegdheden werden beperkt door andere leidinggevende functionarissen. In de jaren zeventig werden alleen de gestichten te Santpoort (Meerenberg), Delft, Franeker, Utrecht en Rosmalen geleid door een geneesheer-directeur. In de andere gestichten berustte het dagelijks bestuur en de verantwoordelijkheid voor de patiënten bij commissies en regentencolleges waarin leken de dienst uitmaakten. Het medisch directeurschap zou volgens de NVP de doelmatigheid en humaniteit van de behandeling ten goede komen en uiteindelijk leiden tot meer genezingen van krankzinnigen.⁸⁸

2.4 MACHT EN ONMACHT VAN DE GESTICHTGENEESHEREN

Conflicten zoals die zich in het midden van de negentiende eeuw afspeelden in het Oude en Nieuwe Gasthuis in Zutphen tussen de eerste geneesheer Ramaer en de bestuurders deden zich aan het eind van de eeuw ook voor in andere gestichten. Zo kwam het in de jaren 1887-1888 in het gesticht Voorburg te Vught, dat door de aanwezigheid van katholieke religieuzen in feite een dubbele hiërarchie kende, tot een scherpe confrontatie. De botsing over bevoegdheden tussen enerzijds het regentenbestuur en de broeder-overste en anderzijds de eerste geneesheer Tellegen, die tevergeefs eiste dat de broeder-overste van zijn taak ontheven werd, leidde ertoe dat Tellegen en zijn twee collega's ontslag namen.⁸⁹ Voor de NVP was deze affaire aanleiding om nog eens te benadrukken hoe belangrijk het was dat de leiding van het krankzinnigengesticht in handen kwam van een medisch directeur die de volle bevoegdheid kreeg om zelf personeel aan te stellen.

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.⁹⁰

Een soortgelijk conflict ontstond in 1895 in Dordrecht. Ook in deze 'Dordrechtse Gestichtsquaestie' hield de eerste geneesheer, F.M. Cowan, voet bij stuk. Hij achtte vernieuwing van het gesticht dringend noodzakelijk, maar ook hij kreeg zijn zin niet en nam daarop tezamen met de tweede geneesheer ontslag. Daar bleef het niet bij, want drie jaar later moest het Dordrechtse gesticht tot sluiting overgaan omdat het niet kon voldoen aan de wettelijke normen; het gemeentebestuur van Dordrecht vond het te begroetelijk om de noodzakelijke nieuwbouw te realiseren.⁹¹

Aangezien de Voorburgse en de Dordse geschillen niet in het voordeel van de betrokken gestichtsgeneesheren werden beslist, waren zij voor de NVP(N) een reden te meer om duidelijke stelling te nemen en dat ook aan de gestichtsbesturen te doen weten. In het Haagse Gesticht aan het Slijkeinde was er een publiek schandaal voor nodig om het medisch gezag te versterken en de regenten ertoe te bewegen een stap terug te doen. In 1892 publiceerde een voormalige patiënte, de weduwe Johanna Stuten-te Gempt, een brochure waarin zij verslag deed van de miserabele leefomstandigheden in het gesticht en de slechte behandeling die haar daarin ten deel was gevallen. Naar aanleiding van haar beschuldigingen stelden de Ministeries van Binnenlandse Zaken en Justitie een onderzoek in, dat resulteerde in het ontslag van de regenten alsook van de eerste geneesheer en een aantal oppassers. Vanuit het perspectief van de NVP leidde dit alles tot een verbetering want er werd in de persoon van de eerder in Vught ontslagen Tellegen een geneesheer-directeur benoemd die de verantwoordelijkheid kreeg over de dagelijkse gang van zaken in het Gesticht aan het Slijkeinde.⁹² Kort daarvoor had Tellegen in de *Psychiatrische Bladen* de niet-medische besturen en leidinggevenden in de gestichten op denigerende toon als achterhaalde 'anomalie' omschreven.

Terwijl aan het hoofd van een Post en Telegraaf kantoor een directeur staat, terwijl men heeft een directeur voor de reiniging en een directeur voor openbare werken, wat ziet men in de geneeskundige gestichten voor

krankzinnigen? Daar spelen dikwijls kruideniers en dergelijke eerzame lieden, die zich in den handel met kinderspeelgoed en garen en band eenen welverdienden naam hebben verworven den baas, als gold het den natuurlijkste en onschuldigste zaak ter wereld. Is dat geen anomalie?⁹³

Net als andere gestichtsartsen stelde Tellegen dat alleen geneeskundige deskundigheid een waarborg vormde voor een menswaardige verpleging en behandeling van krankzinnigen: 'Bij krankzinnigheid moet het grondbeginsel der psychische behandeling de humaniteit zijn, die geen oogenblik vergeet dat ieder krankzinnige, ook de lastigste en belachelijkste een ongelukkige lijder is.'⁹⁴ In dit verband had Donkersloot al eerder, in 1880, in een toespraak voor de NVP onder de titel 'Over de humaniteit in krankzinnigengestichten' flink uitgehaald naar de gestichtsbesturen, waarvoor niet zozeer het welzijn van de patiënten, maar kostenbeheersing en zelfs geldelijk gewin voorop zouden staan. Hij kende voorbeelden dat besturen de verpleegprijzen hadden verhoogd, waardoor familieleden de kosten van de verpleging van geesteszieke verwanten in het gesticht niet meer konden opbrengen en deze ontslagen werden of naar een goedkopere klasse moesten verhuizen. Een menswaardige behandeling van krankzinnigen – 'alles ten dienste van de patiënt' – was volgens Donkersloot, die daarin werd bijgevallen door veel van zijn collega's, alleen gegarandeerd als geneeskundigen volledige zeggenschap over het reilen en zeilen in de gestichten en het daarin werkzame personeel hadden.⁹⁵

Rond 1900 waren in Nederland ruim zestig geneesheren in krankzinnigengestichten en instellingen voor zwakzinnigen en alcoholverslaafden werkzaam.⁹⁶ Het merendeel van hen was lid van de NVPN, maar er leefde onder hen ontevredenheid over het functioneren van de vereniging, ondanks haar steunbetuigingen aan gestichtsartsen als zij in conflicten kwamen met de gestichtsbesturen. In toenemende mate zetten hoogleraren de toon in de psychiatrische beroepsvereniging. De aandacht was sinds de jaren tachtig in het bijzonder uitgegaan naar de bevordering van de psychiatrie als wetenschap, het psychiatrisch onderwijs, de ontwikkeling van de zorg voor zenuwlijders en de maatschappelijke profilering van het vak buiten de gestichten. Onder gestichtsgeneesheren groeide het gevoel dat aan een van de doelstellingen van de vereniging, die Ramaer in zijn oprichtingsrede naar voren had gebracht, hun beroepsbelangen en de verbetering van de krankzinnigenzorg, onvoldoende tegemoet werd gekomen. Vanaf het begin van de twintigste eeuw kwamen de 'vakbelangen' van de gestichtsartsen 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 verlopen 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.'⁹⁷ 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.⁹⁸ 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

2.4 MACHT EN ONMACHT VAN DE GESTICHTGENEESHEREN

van de NVPN, waarvan niet alleen gestichtsartsen, maar in toenemende mate, zoals we hebben gezien, ook andere op psychiatrisch en neurologisch gebied werkzame medici alsook enkele bestuurders lid waren. Achteraf gezien vormde dit minderheidsstandpunt de eerste voorbode van een aparte organisatie 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 de instelling van een commissie voor vakbelangen voorlopig niet raadzaam was. Leendert 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 irrealistisch 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, zowel door het groote aantal chronische gevallen, dat men te behandelen heeft, als door de vaak weinig sympathieke bejegening der familieleden [...]'⁹⁹ Bouman verwachtte niet dat de inspecteurs veel konden uitrichten, maar dat gold zijns inziens evenzeer voor de NVPN, althans waar het de materiële 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.'¹⁰⁰ Bouman kwam dan ook met de aanbevelingen om de aanstelling van gestichtsgeneesheren aan regels te onderwerpen, hun opleiding te verbeteren – deze moest bij voorkeur plaatsvinden in een universitaire psychiatrische kliniek – en de wetenschappelijke uitwisseling te bevorderen.

Ondanks haar terughoudende opstelling 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 gestichtsartsen in Nederland. De onderzoekscommissie stuurde een vragenlijst naar de in krankzinnigengestichten werkzame geneesheren en won ook informatie in over de positie van gestichtsartsen in andere landen. Het daaruit resulterende rapport dat een jaar later verscheen, liet er geen misverstand over bestaan dat de taken van gestichtsartsen zwaarder waren geworden en dat hun arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden voor verbetering vatbaar waren.¹⁰¹ Ten eerste was een te groot aantal patiënten aan hun zorg toevertrouwd. De commissie vond één geneesheer op ongeveer 100 patiënten redelijk. Uit de gegevens die 44 gestichtsartsen hadden verstrekt, bleek dat dit in de praktijk voor slechts een kleine minderheid van hen opging. Veruit de meesten hadden 150 tot 300 patiënten onder hun hoede.¹⁰² Wat betreft de vergelijking tussen Nederland en andere landen had Van Deventer er al eerder in een verslag over een internationale vergelijkend onderzoek naar de toestand van krankzinnigengestichten op gewezen dat in de onderzochte landen een gemiddelde gold van één geneeskundige op 100 patiënten.¹⁰³ Ten tweede waren de aanvangssalarissen van gestichtsartsen weliswaar voldoende, maar ontbrak het 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 onderzoekin-

gen'. De commissie pleitte ervoor dat recht 'in ruime mate' aan alle gestichtsartsen te geven.¹⁰⁴

Kennelijk sorteerde dit rapport onvoldoende effect, want uit een in 1916 gepubliceerd artikel van de kersverse inspecteur Willem Matthias van der Scheer bleek eens te meer dat er nog veel schortte aan de werkomstandigheden van de gestichtsgeneesheren. In vrijwel alle gestichten liet de bezoldiging van de artsen dermate te wensen over dat een groot aantal van hen de gestichten na korte tijd verliet. In verschillende gestichten was 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. Hij had van gestichtsbesturen vernomen dat het zeer moeilijk was 'om zich van *werkelijk goede krachten* te voorzien'. Evenals de auteurs van 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.'¹⁰⁵ Volgens Van der Scheer zou een geneesheer-directeur van een groot krankzinnigengesticht, zoals in een deel der gestichten al het geval was, minstens 6.000 gulden per jaar 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 5.000 gulden plus vrij wonen en pensioen. Voor de gewone geneesheren vond hij een aanvangssalaris van 2.500 gulden met recht op vrij wonen en pensioen voldoende, mits bij langdurige plichtsvervulling een maximum van minstens 4.000 of 4.500 gulden zou kunnen worden bereikt.

Ook Van der Scheers noodkreet leverde, waarschijnlijk mede door de slechte economische omstandigheden tijdens de Eerste Wereldoorlog, nagenoeg niets op. Teleurgesteld in de NVPN, organiseerden een aantal gestichtsartsen zich in 1919 in een aparte vereniging: de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGA). Het initiatief hiertoe kwam van zes gestichtsartsen, die allen werkzaam waren in het Provinciaal Ziekenhuis (het voormalige Meerenberg) te 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 gestichtsartsen.¹⁰⁶ Inderdaad had de NVPN zich, naarmate het aantal zelfstandig gevestigde zenuwartsen binnen de vereniging toenam en de hoogleraren de boventoon voerden, meer als wetenschappelijk forum dan als belangenvereniging van gestichtsartsen ontwikkeld.

Het initiatief tot de oprichting van de NVGA kreeg 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.¹⁰⁷ Van het totale aantal van ruim 110 gestichtsartsen meldden zich al spoedig rond 80 als lid aan. Zij bleven overigens gewoon lid van de NVPN; dat was zelfs voorwaarde 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.¹⁰⁸

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'.¹⁰⁹ 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

2.4 MACHT EN ONMACHT VAN DE GESTICHTGENEESHEREN

Zaken naar de afdeling Volksgezondheid, die sedert 1918 onder het Ministerie van Arbeid viel. 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*.¹¹⁰ Aangezien gestichten geneeskundige instellingen waren, moesten artsen volgens hem de eerste viool spelen en geneesheren-directeure de leiding hebben over een gesticht en het personeelsbeleid. Al het personeel – de verpleegkundigen en de technische, huishoudelijke en administratieve diensten – 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.¹¹¹ 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 geneeskundigen. De geneesheren-directeure en de gestichtsartsen mochten het vertrouwen 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-directeure’ in handen kregen.¹¹² Maar al te vaak bleek anciënniteit de enige reden voor een benoeming en soms was volkomen onduidelijk waaraan de geneesheer-directeure zijn positie te danken had – dat terwijl deze functie niet alleen kennis van de psychiatrie, maar ook inzicht in de organisatie van het ziekenhuiswezen, sociale vaardigheden en vertrouwen van de andere artsen vereiste. 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 voltair- 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-directeure 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.¹¹³



3

HET GESTICHT ALS ZIEKENHUIS

In dit hoofdstuk pakken we de draad weer op van hoofdstuk 1 waarin wij uitgebreid hebben stilgestaan bij de problemen in de Nederlandse krankzinnigenzorg in de periode tot 1870 en de pogingen van onder anderen Ramaer om hier verbetering in te brengen. Een van de redenen voor de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 was de ontevredenheid die er onder geneeskundigen bestond over de staat van het krankzinnigenwezen. Veel gestichten kampten met slechte, verouderde en te krappe huisvesting, overbevolking, onvoldoende financiële middelen en een gebrek aan geschikt oppassend personeel. De meeste instellingen bevonden zich in binnensteden en daardoor konden ze meestal niet voldoen aan de voorwaarden voor de toepassing van de morele behandeling: afzondering op het platteland, rust, licht, ruimte en mogelijkheden om patiënten in de buitenlucht te werk te stellen. Daardoor moesten gestichtsgeneesheren en oppassers hun toevlucht nemen tot het gebruik van inhumane dwangmiddelen en schoten de geneeskundige zorg en behandeling ernstig tekort. Ook belemmerden de bestuurlijke verhoudingen de artsen vaak in hun ijver om van de gestichten geneeskundige instellingen te maken, zoals de krankzinnigenwet voorschreef. De bepalingen en uitvoering van deze wet bleven in gebreke. Provincies werden niet verplicht om voldoende opnamemogelijkheden van krankzinnigen te garanderen en nieuwe gestichten te laten bouwen. Nauw omschreven kwaliteitseisen omtrent de zorg en behandeling van krankzinnigen in de gestichten ontbraken. De overheid stelde zich uitermate terughoudend op en stelde niet genoeg financiële middelen beschikbaar, terwijl vanuit de samenleving ook nauwelijks initiatieven kwamen om de krankzinnigenzorg te ondersteunen.

Al met al was er in medische ogen veel minder verbeterd dan wat de wetgever en hervormers als Schroeder van der Kolk in 1841 voor ogen stond. Het was een teken aan de wand dat Everts, de geneesheer-directeur van het gesticht Meerenberg, dat bekend stond als het modernste en best geoutilleerde gesticht in Nederland en dat zelfs een internationale reputatie genoot, rond 1880 met instemming van de leden van de NVP de aandacht vestigde op de vele problemen waarmee hij zich geconfronteerd zag: de ongeschiktheid van het verzorgende personeel, de verveling onder de patiënten als gevolg van het eentonige gestichtsleven, het geringe aantal geneeskundigen, gebrek aan publieke belangstelling voor de krankzinnigenzorg en een onverschillige houding van de overheid.¹

Dit hoofdstuk gaat over de ontwikkeling van de krankzinnigengestichten in de periode 1870-1920 en vooral over de pogingen van gestichtsgeneesheren om deze instellingen volgens hun maatstaven te hervormen. In de eerste paragraaf staat de nieuwe in 1884 ingevoerde Krankzinnigenwet centraal en de visie van geneeskundigen daarop alsook de discussie die zij voerden over de definitie van krankzinnigheid. Vervolgens behandelen wij in paragraaf 2 de groei van het gestichtszwezen en de wijze waarop gestichtsartsen de vermeende toename van krankzinnigheid verklaarden. Paragraaf 3 gaat over de pogingen van gestichtsgeneesheren om de gestichten door middel van bepaalde geneeskundige behandelingen en de instelling van een opleiding voor de psychiatrische verpleging tot ziekenhuizen te maken. Tot slot gaan wij in de paragrafen 4 en 5 aan de hand van patiëntendossiers en het ziektebeeld dementia paralytica nader in op de verhouding tussen enerzijds de gestichtspraktijk en anderzijds zowel de medisch-wetenschappelijke als maatschappelijke ambities van gestichtsartsen en psychiaters.

3.1 DE TWEEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

Een jaar na de oprichting van de NVP, in 1872, werd Ramaer inspecteur van het Staatstoezicht op de krankzinnigengestichten. Tezamen met de in 1875 tot tweede inspecteur benoemde geneesheer H. van Cappelle bleef hij zich inzetten voor een verbetering van de krankzinnigenzorg. Ramaer pleitte voor een stelsel van provinciale gestichten, de oprichting van rijksgestichten voor arme patiënten en de uitbreiding van de bevoegdheden van het Staatstoezicht. De inspecteurs zouden de bestaande gestichten en de bouw van nieuwe inrichtingen intensiever moeten controleren. Ook zou hun zeggenschap zich moeten uitbreiden tot krankzinnigen die buiten de gestichten werden verpleegd.²

In hun eerste inspectieverslag drongen Ramaer en Van Cappelle onder verwijzing naar het *non-restraint* beginsel ook aan op een beperking van het gebruik van fysieke dwangmiddelen bij gevaarlijke en onrustige patiënten en stelden zij voor deze middelen zoveel mogelijk te vervangen door afzondering in speciale isolatiekamers. Als het niet anders kon, moest fysieke dwang volgens vaste regels worden toegepast en dienden gestichten het gebruik ervan te registreren. Om de leefomstandigheden in het gesticht te verbeteren pleitten zij voor een wettelijke verplichting tot scheiding van onrustige en rustige patiënten door middel van de oprichting van speciale afdelingen voor ‘storende en onoogelijke’ patiënten.³ Een herziening van de uit 1841 daterende Krankzinnigenwet was volgens de inspecteurs dringend noodzakelijk. Samen met A.A. de Pinto, lid van de Hoge Raad, en G.J.Th. Beelaerts van Blokland namens het Ministerie van Justitie stelden zij een wetsvoorstel op dat in 1881 bij de Staten Generaal werd ingediend.⁴

Voor de voor gestichtsoptname vereiste rechterlijke machtiging was niet alleen de inspecteurs van het Staatstoezicht maar ook de NVP en veel gestichtsgeneesheren een doorn in het oog, onder andere omdat deze het slechte publieke imago van de krankzinnigenzorg versterkte. Zo stelde Donkersloot in zijn brochure *De krankzinnige tegenover de wet en de maatschappij* (1870) dat de noodzaak van een rechterlijke machtiging geen enkel geneeskundig doel diende, de medische behandeling van krankzinnigen zelfs kon belemmeren en het aloude en wijd verspreide vooroordeel bevestigde dat gestichten ‘gevangnissen’ of ‘bewaarpaatsen’ in plaats

3.1 DE TWEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

van ziekeninrichtingen waren.⁵ Terwijl in landen als België, Frankrijk, Engeland, Denemarken, Noorwegen en de meeste Duitse staten opname in een krankzinnigengesticht op initiatief van de patiënt zelf of diens familie zonder rechterlijke bemoeienis mogelijk was, sloot de wet dit in Nederland uit.⁶

Opmerkelijk en enigszins in tegenspraak met zijn kritiek op de rechterlijke bemoeienis was dat Donkersloot tegelijkertijd een uitbreiding voorstond van de mogelijkheden om juridische en politionele dwang uit te oefenen op het gebied van de krankzinnigenzorg. Ten eerste zou de gestichtsarts het recht moeten hebben om justitiële hulp in te roepen wanneer familieleden het ontslag eisten van patiënten voor wie dat medisch gezien ongewenst was. Ten tweede zou de politie de bevoegdheid moeten krijgen om onverzorgde krankzinnigen in de maatschappij tot gestichtsoptname te dwingen en diende er een regeling te komen om hun verpleegkosten te financieren. Er dienden sancties te komen voor familieleden die krankzinnigen thuis slecht verpleegden of patiënten tegen hun wil een behandeling in het gesticht ontzegden. Ten derde vereiste de bescherming van krankzinnigen tegen kwaadwillende mensen betere waarborgen. Aangezien krankzinnigen door hun ziekte vaak kwetsbaar en volledig afhankelijk waren van anderen, was streng justitieel toezicht nodig op hun behandeling en verpleging.

Ondanks zijn pleidooi voor betere bescherming van krankzinnigen had Donkersloots pleidooi niet zozeer hun vrijheidsbelangen op het oog, maar was het in de eerste plaats gericht op de vergroting van de medische zeggenschap over geesteszieken, zowel in gestichten als in de maatschappij. Overigens hield dat niet in dat Donkersloot andere belangen van krankzinnigen uit het oog verloor. Steeds weer benadrukte hij dat zij recht hadden op een humanitaire behandeling. Gestichtspatiënten moesten zo min mogelijk het gevoel hebben opgesloten te zitten en nooit het idee krijgen dat zij hun maatschappelijke status hadden verloren. De materiële leefomstandigheden in het gesticht mochten niet onderdoen voor de thuissituatie. Het verzorgend personeel diende zich beschaafd, vol begrip en dienend op te stellen ten aanzien van de patiënten, hoe lastig en storend zij zich ook mochten gedragen.⁷

Mede dankzij de aandrang van de NVP en de inspanningen van de inspecteurs Ramaer en Van Cappelle werd in 1884 een nieuwe Krankzinnigenwet 'tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen' van kracht.⁸ Hoewel deze wet vanuit medisch oogpunt wel verbeteringen bevatte ten opzichte van de eerste wet, bleef de eis van een rechterlijke machtiging ten behoeve van opname in een gesticht tot teleurstelling van veel artsen gehandhaafd.⁹ Zoals dat ook in 1841 het geval was geweest, stuitten de medische pleidooien voor de opnamemogelijkheid zonder rechterlijke machtiging op het juridische principe dat de bescherming van burgerrechten prioriteit had. 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'.¹⁰ Wel werd de opnameprocedure vereenvoudigd door de kantonrechter in plaats van de arrondissementsrechter de bevoegdheid tot machtiging te verlenen. Een meerderjarige bloedverwant of aangehuwde, de echtgenoot, voogd of curator van een krankzinnige kon om een machtiging verzoeken als dat in het belang van de openbare orde of van de patiënt zelf was. Tevens kon iedere meerderjarige zelf een verzoek tot opname bij de rechtbank indienen als hij of zij meende dat verpleging in een krankzinnigengesticht wenselijk was. De arrondissementsrechtbank kwam er alleen nog aan te pas als de officier van justitie een verzoek tot opname indiende omdat anderen dat niet deden, terwijl de krankzinnige werd verwaarloosd of een gevaar vormde voor de openbare orde, voor anderen dan wel voor zich zelf. In spoedeisende gevallen konden

krankzinnigen voor een periode van hooguit acht dagen door de burgemeester in een gesticht of, als dat niet op korte termijn mogelijk was, in een gevangenis in bewaring worden gesteld.

Evenals de wet van 1841 bepaalde ook die van 1884 dat voor verlening van een rechterlijke machtiging een recente krankzinnigenverklaring door een niet aan het betreffende gesticht verbonden geneeskundige nodig was. Verder schreef de nieuwe wet voor dat een gestichtsgeneesheer uiterlijk drie dagen na de opneming de officier van justitie bij de rechtbank informeerde over de gesteldheid van de patiënt en daarbij aangaf of deze langere verpleging vereiste. Als dat het geval was moest de arts vervolgens binnen vier weken een nader verzoek en een gemotiveerde verklaring bij de rechtbank indienen om de patiënt gedurende ten hoogste één jaar in het gesticht te verplegen, een periode die daarna op verzoek verlengd kon worden. Eventueel kon de rechtbank daarbij getuigen of de krankzinnige zelf horen. Ook diende de behandelend arts de toestand van de patiënt bij te houden in een register, in de eerste twee weken na de opname dagelijks, in het daarop volgende half jaar minstens wekelijks, en daarna minstens maandelijks. Nieuw was de mogelijkheid tot het verlenen van verlof aan verpleegden 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. Wel verschilde de nieuwe wet van de oudere waar het ging om het beheer van de goederen van de verpleegden en hun ondercuratelestelling. De vroegere wet bepaalde dat zij, voor zover dat al niet voor hun opname het geval was, pas na een gestichtsoptname van drie jaar onder curatele kwamen te staan. De nieuwe wet schreef voor dat opgenomen meerderjarigen direct het beheer over hun goederen of dat van anderen verloren, waardoor hun status vergelijkbaar was met een ondercuratelestelling volgens het *Burgerlijk Wetboek*. Indien noodzakelijk kon een provisionele bewindvoerder, bijvoorbeeld een familielid, het beheer overnemen tot de opheffing van de krankzinnigenverklaring. Naast de rechterlijke machtiging droeg het stempel van handelingsonbekwaamheid bij tot het stigma dat op gestichtspatiënten rustte.

In de nieuwe wet waren krankzinnigengestichten per definitie geneeskundige instellingen waarin uitsluitend geesteszieken verbleven. Als zodanig golden alle gebouwen waarin meer dan twee krankzinnigen, die niet tot het eigen gezin behoorden, waren gehuisvest. Voor de exploitatie van een gesticht was een vergunning van de regering nodig, waardoor aan enkele specifieke eisen moest worden voldaan: ten behoeve van de gezondheid van patiënten diende de huisvesting ruim te zijn en gelegenheid tot beweging in de buitenlucht te bieden en er moesten mogelijkheden zijn om de seksen gescheiden te huisvesten en om krankzinnigen naar hun aard, bijvoorbeeld rustig dan wel onrustig, in aparte ruimtes onder te brengen. Nieuw in de tweede Krankzinnigenwet waren ook de bepalingen omtrent een door de inspecteurs van het Staatstoezicht per gesticht vast te stellen maximum aantal patiënten en een minimum aantal geneesheren. Verder schreef de wet een registratieplicht voor met betrekking tot het gebruik van dwangmaatregelen, zoals het vastbinden van ledematen of het gehele lichaam en het isoleren van onrustige en agressieve krankzinnigen.

Nog duidelijker dan de wet van 1841 verplichtte die van 1884 de provincies om te voorzien in voldoende gestichtsplaatzen voor in de provincie wonende of verblijvende krankzinnigen. Zo nodig dienden provinciebesturen zelf te zorgen voor de oprichting en instandhouding van gestichten die aan de wettelijke eisen voldeden. Daarnaast schreef de wet de oprichting van een rijksgesticht voor – deze kwam in hetzelfde jaar in Medemblik tot stand – bedoeld voor de

3.1 DE TWEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

verpleging van krankzinnigen wier onderhoud ten laste kwam van de rijksoverheid of wier plaatsing in een gesticht door de strafrechter was gelast. De nieuwe bepalingen boden het Staatstoezicht meer mogelijkheden dan voorheen om de gestichten aan te sporen en zo nodig te dwingen om de krankzinnigenzorg te verbeteren. Bovendien bleef het Staatstoezicht niet beperkt tot gestichten, maar werd het uitgebreid tot krankzinnigen in de maatschappij – de gemeenten kregen hiervoor een meldingsplicht opgelegd – met uitzondering van patiënten die in hun eigen woning of in die van hun ouders of huwelijkspartner verbleven. Het Staatstoezicht kwam voortaan in handen van ten minste twee inspecteurs: zij moesten arts zijn en zich volledig aan hun toezichthoudende taak wijden.

Opmerkelijk was dat de tweede Krankzinnigenwet in tegenstelling tot de eerste, waarin sprake was van ‘allen, die van het geheel of gedeeltelijk vrije gebruik van hun verstandelijke vermogens beroofd zijn’, geen omschrijving bevatte van het begrip krankzinnigheid.¹¹ Volgens de Memorie van Toelichting was

een bepaling van het begrip niet nodig, daar in twijfelachtige gevallen toch telkens het bestaan van krankzinnigheid kon worden aangenomen krachtens uitspraak van deskundigen, gegrond op een psychologische analyse van de lijder. Het begrip krankzinnigheid is te relatief en daardoor te onbegrensd. [...] De rechter en de geneesheer hebben omschrijving van het begrip krankzinnigheid niet nodig.¹²

Een uitzondering vormde de wetstekst die betrekking had op de gedwongen gestichtsoptname van ontoerekeningsvatbaar verklaarde misdadigers: daarin was sprake ‘gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner verstandelijke vermogens’.¹³

Het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid leek aan te sluiten bij zowel de in medisch-wetenschappelijke kring gangbare fysiologische denkwijze waarin de grenzen tussen ziekte en gezondheid als gradueel golden alsook de psychiatrische praktijk waarin artsen mede op basis van hun indruk van de individuele persoonlijkheid van de patiënt een diagnose stelden. Daarbij kon het niet alleen om een aantasting van de verstandelijke vermogens, maar ook om affectieve stoornissen gaan. Het ontbreken van een omschrijving van krankzinnigheid bracht een zekere verruiming van de medische bevoegdheid met zich mee, aangezien rechters bij het afgeven van een rechterlijke machtiging gewoonlijk afgingen op de geneeskundige krankzinnigenverklaring. In het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* merkte de Dordse gestichtsarts Cowan naar aanleiding van de nieuwe wet op dat krankzinnigheid net als poëzie onmogelijk in een algemene definitie was te vangen: ‘de diagnose van psychische stoornis berust op de psychologische analyse van den geheelen persoon’, zo schreef hij, ‘*All such attempts at definition will only show the narrowness of the definer.*’¹⁴ Het lijkt erop dat het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid geneeskundigen de ruimte bood om een bredere invulling aan hun werkterrein te geven: naast de aandoeningen van het verstand groeide hun aandacht voor het gestoorde gevoelsleven, zedelijk bewustzijn en wilsvermogen.

Terwijl juristen en de inspecteurs van het Staatstoezicht het ontbreken van een omschrijving van krankzinnigheid betreurden, liepen de opvattingen van gestichtsartsen en psychiaters hierover uiteen. Over het algemeen schaarden zij, evenals de wetgever, zwakzinnigheid (inder tijd ook met termen als ‘idiotie’ en ‘imbecillitas’ aangeduid), dementie en ook een aandoening als epilepsie onder de noemer krankzinnigheid, hoewel met name de gelijkstelling met zwakzinnigheid niet geheel onomstreden was.¹⁵ Meningsverschillen bestonden vooral over de vragen

of krankzinnigheid uitsluitend op basis van medische of ook aan de hand van maatschappelijke criteria gedefinieerd moest worden en of er een duidelijke grens was te trekken tussen krankzinnigheid en diverse zenuwkwalen. In de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen* kregen deze kwesties met enige regelmaat aandacht.

Zo betoogde Tellegen in 1884 dat krankzinnigheid moeilijk was af te grenzen vanwege het bestaan van een overgangsgebied dat werd 'bewoond door tal van halve gekken'.¹⁶ In overeenstemming met het gangbare fysiologische ziektebegrip beschouwde hij krankzinnigheid als een hersenaandoening. Tellegen verdeelde krankzinnigheid in vier categorieën: (1) aangeboren idiotie en imbeciliteit; (2) 'grof materiele' hersenaandoeningen zoals *dementia paralytica*; (3) intoxicatiepsychosen, bijvoorbeeld als gevolg van alcoholisme; en (4) wat hij als de eigenlijke krankzinnigheid aanduidde: 'eene zeer duidelijke verstandelijke afwijking', waarvan sprake was bij *melancholici*, 'maniaci', hallucinanten en de dementen.¹⁷ Volgens Tellegen was het niet vanzelfsprekend dat de lijdens aan deze vier vormen van krankzinnigheid altijd in een gesticht terecht kwamen. In de praktijk werden lijdens die over de nodige financiële middelen beschikten nogal eens in een inrichting voor zenuwzieken of een kuuroord in het buitenland opgenomen, waardoor zij ontkwamen aan het stigma dat de gestichtsoptname aankleefde. 'Zenuwachtig of ziek wil men wel genoemd worden', aldus Tellegen. 'Het heet dat men eene koudwaterkuur moet ondergaan. En wanneer men geneest, is men niet krankzinnig geweest, alleen wat overspannen of overwerkt.'¹⁸ Tellegens betoog won aan relevantie naarmate ook in Nederland vanaf het midden van de jaren tachtig diverse sanatoria en herstellingsoorden voor 'zenuwlijders' tot stand kwamen.¹⁹

Ook Jelgersma, die in de jaren 1894-1899 geneesheer-directeur van het Arnhemse sanatorium voor zenuwlijders de Vogel- en Plantentuin was en die zich als hoogleraar in Leiden vervolgens inzette voor de totstandkoming van het sanatorium Rhijngeest voor zenuwpatiënten, vond dat krankzinnigheid moeilijk was af te bakenen. In zijn in 1890 gepubliceerde commentaar op de opnameregels in de Krankzinnigenwet van 1884 wees hij erop dat 'de grens tusschen nervosisme en krankzinnigheid in het algemeen niet is te stellen'.²⁰ Lijdens aan functionele neurosen, dat wil zeggen zenuwaandoeningen zonder aantoonbaar lichamelijke oorzaak, zoals hysterie, neurasthenie en diverse dwanggedachten, zouden op de grens van krankzinnigheid verkeren.²¹ Het probleem van de Krankzinnigenwet was volgens Jelgersma dat een gestichtsoptname altijd een door de rechter gelegitimeerde krankzinnigheidsverklaring vereiste, waardoor geestesziekte schaamte opriep en veel betrokkenen deze liever geen krankzinnigheid noemden, maar lieten 'doorgaan voor zenuwachtigheid, voor toevallen, voor alles, als het maar geen krankzinnigheid is'.²² Enkele publicaties waarin voormalige patiënten hun beklag deden over de onmenselijke behandeling en leefomstandigheden in de gestichten versterkten de slechte reputatie van deze instellingen in de maatschappij.²³ Voor het grote publiek bevestigden dergelijke verhalen het idee dat gestichtsoptname weinig goeds bracht. Het betreurenswaardige gevolg hiervan was, in de ogen van psychiaters als Jelgersma, dat sommige krankzinnigen en hun familie terugschrokken voor opname in een gesticht en dat patiënten daardoor mogelijk geen passende medische behandeling kregen. Dit gold met name voor onbemiddelde lijdens omdat alleen gestichtsverpleging in aanmerking kwam voor financiering door de armenzorg. Alleen voor bemiddelde patiënten was behandeling buiten het gesticht, desnoods in het buitenland, weggelegd. Daar kwam nog bij dat de noodzakelijke, juridisch geaccordeerde krankzinnigenverklaring ook verhinderde dat onbemiddelde zenuwlijders een medische behandeling kregen.

3.1 DE TWEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

Evenals Cowan, Tellegen en Jelgersma gaven ook de vooraanstaande gestichtgeneesheren Van Deventer, David Schermers en Jean L.C.G.A. le Rütte aan dat het onmogelijk en niet zinvol was om krankzinnigheid precies te definiëren en scherp af te bakenen.²⁴ Een tegengeluid kwam van Van Andel, inspecteur van het Staatstoezicht. In een toespraak in 1896 voor de NVP pleitte hij vanuit 'administratief-praktisch oogpunt' voor 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.'²⁵ In een reactie op Van Andel opperde de arts J.W.H. Wijsman om krankzinnigheid niet primair aan de hand van medische inzichten te definiëren, dat wil zeggen louter op grond van het feit dat iemand 'idiot of onwijs' was, maar om in de eerste plaats het maatschappelijke criterium te laten gelden. Volgens zijn redenering was een krankzinnige dan degene '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.'²⁶

Ondanks zijn bezwaren tegen een nauwe omschrijving van krankzinnigheid stond ook Jelgersma een onderscheid voor tussen een medisch-wetenschappelijke en een praktische of maatschappelijke beschouwing van krankzinnigheid. Terwijl de laatste betrekking had op de sociale noodzaak om iemand door middel van gestichtsoptname van zijn of haar vrijheid te beroven – 'een noodzakelijk kwaad' – ging het bij de eerste om de vraag of medische behandeling gewenst was en waar deze het beste kon plaatsvinden.²⁷ Als het zenuwlijders betrof die blijk gaven van ziekte-inzicht en die zich vrijwillig onder behandeling stelden, dan verdiende opname zonder rechterlijke machtiging in een zenuwinrichting veruit de voorkeur. In de inleiding tot zijn *Leerboek der functioneele neurosen* (1897) benadrukte Jelgersma in dit verband dat een absoluut onderscheid tussen functionele neurosen en psychosen medisch-wetenschappelijk gezien weliswaar niet houdbaar was, maar dat een scheiding vanuit praktische oogpunt, met betrekking tot het al dan niet aanwezig zijn van ziekte-inzicht en van gevaar, wel zin had. Terwijl veel lijdens aan een psychose hun eigen ziekte niet onder ogen zagen en zij een gevaar konden vormen voor anderen of voor zichzelf en dwangopname in zulke gevallen derhalve onvermijdelijk was, zou vrijheidsberoving van zenuwlijders die behandeling in een geneeskundige instelling zochten, volkomen misplaatst zijn. Dat laatste, zo voegde Jelgersma hieraan toe, gold eigenlijk ook voor 'lichte' psychosepatiënten, zoals lijdens aan melancholie.²⁸ De praktische grens die Jelgersma trok, scheidde dus niet zozeer psychotici en neurotici als wel enerzijds 'zware' en gevaarlijke krankzinnigen en anderzijds 'lichte' en ongevaarlijke geestes- en zenuwzieken.

Zoals gezegd kon Jelgerma's visie op bijval rekenen van collega's en ook de redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* sloot zich erbij aan. Volgens de redactie had het ontbreken van een definitie van krankzinnigheid in de wet van 1884 de 'nuttige' mogelijkheid geschapen om ongevaarlijke patiënten die zowel vanuit hun eigen belang als dat van anderen niet in het gesticht thuishoorden op vrijwillige basis in 'zenuw-inrichtingen' op te nemen.²⁹ De relativisering van het onderscheid tussen zenuwziekte en ongevaarlijke vormen van krankzinnigheid, waarover in de jaren negentig onder medici een communis opinie leek te ontstaan, weerspiegelde het zich uitbreidende psychiatrische zorgaanbod in de vorm van sanatoria en herstellings-, rust- en kuuroorden, waarvoor geen rechterlijke machtiging nodig was en waarin behalve zenuwlijders, psychosomatische en neurologische patiënten soms ook geesteszieken

werden opgenomen. Het ging hierbij meestal om een clientèle die in staat en bereid was zelf de kosten te dragen van de verpleging en behandeling – psychiaters en zenuwartsen konden hier inspringen op een lucratieve medische markt – en die op die manier het stigma van krankzinnigheid en gestichtopname probeerde te ontlopen.³⁰ Wat dat laatste betreft kon het medische standpunt rekenen op instemming van de publieke opinie, waarin de gestichten immers een slechte reputatie genoten.

Niet alleen in de bovengenoemde zenuwinrichtingen werden zowel zenuw- als geesteszieken verpleegd, ook in de universitaire klinieken die rond de eeuwwisseling tot stand kwamen, gebeurde dat. Ten behoeve van onderzoeks- en onderwijsdoeleinden achtten de hoogleraren psychiatrie en neurologie het noodzakelijk dat beide groepen patiënten op medische indicatie in hun klinieken werden opgenomen.³¹ Onder andere om aan de wensen van de hoogleraren tegemoet te komen onderging de Krankzinnigenwet in 1904 een zodanige wijziging dat geneeskundige en verpleeginstellingen die onder openbaar bestuur of een instelling van weldadigheid vielen, bij Koninklijk Besluit een zogenaamde ‘aanwijzing’ konden verwerven op grond waarvan deze voorzieningen, hoewel zij niet wettelijk als gesticht waren erkend, meer dan twee krankzinnigen mochten opnemen.³² De bedoeling van deze wetswijziging was tweërlei. Ten eerste kregen aangewezen universiteitsklinieken de mogelijkheid om naast zenuwpatiënten krankzinnigen zonder rechterlijke machtiging op te nemen. Ten tweede werd het mogelijk om de gestichten te ontlasten door rustige, ongeneeslijke krankzinnigen, onder wie demente ouderen, zonder rechterlijke machtiging over te plaatsen naar verpleeginrichtingen. Deze overplaatsing was bedoeld om de overbevolking van de gestichten te verminderen en hun behandel functie te versterken.

De wetswijziging met betrekking tot de aanwijzing kreeg een bredere strekking toen de inspecteur van het Staatstoezicht J.H. Schuurmans Stekhoven in 1915 de zogenaamde ‘aangewezen afdeling’ introduceerde, waardoor gestichten de mogelijkheid kregen om open of sanatoriumafdelingen in te richten ten einde patiënten op vrijwillige basis en zonder rechterlijke machtiging op te nemen. Gestichten met dergelijke afdelingen duidde hij aanvankelijk aan als ‘inrichting voor zenuwlijders en zielszieken met eene afdeeling voor krankzinnigen’ en vanaf 1916 eenvoudigweg als ‘psychiatrische inrichting’, een term die lang gangbaar zou blijven. Volgens Schuurmans Stekhovens definitie waren zielszieken geesteszieken die zonder, en krankzinnigen geesteszieken die met een rechterlijke machtiging waren opgenomen; met de medische behandelbaarheid had dit onderscheid, zoals wel is gesuggereerd, in eerste instantie niets te maken.³³ Aanvankelijk bleef het aantal opnamen zonder rechterlijke machtiging beperkt omdat deze tot 1929 niet werden bekostigd door de armenzorg. In 1929 kregen gemeenten de wettelijke verplichting om de verpleegkosten voor hun rekening te nemen van behoeftige ingezetenen die voor een vrijwillige opname in aanmerking wensten te komen.

De invoering van de tweede Krankzinnigenwet leidde niet tot een revolutionaire verandering in de krankzinnigenzorg. Opnieuw ontplooiden de provincies slechts weinig initiatieven om de overbevolking in de gestichten te verminderen en liet de medewerking van lagere overheden en gestichtsbesturen bij het doorvoeren van noodzakelijke verbeteringen te wensen over.³⁴ Zo merkte Tellegen in 1890 op een vergadering van de NVP op dat de slechte staat van de krankzinnigenverpleging te wijten was ‘aan de treurige wijze, waarop de Staten van het meerendeel der Provinciën zich gekwetten hebben van de hun in de krankzinnigenwet [...] opgelegde verplichting om voor de krankzinnigen te zorgen.’³⁵ Daarnaast schortte het aan de naleving van

3.1 DE TWEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

de meldingsplicht door de gemeenten van buiten de gestichten verpleegde krankzinnigen, waarbij burgemeesters naar voren brachten dat het hen niet precies duidelijk was wat onder krankzinnigheid moest worden verstaan. In hun verslag over de jaren 1888-1890 klaagden de inspecteurs van het Staatstoezicht over een ‘chaos van indolentie en tegenstand’.³⁶ Ook duurde het nog tot 1892 voordat voor alle gestichten het wettelijk vereiste maximum aantal verpleegden en het minimum aantal geneeskundigen was vastgesteld. De doorvoering van deze norm liet meestal nog langer op zich wachten. Voor geneeskundigen bleef bovendien de vereiste rechterlijke machtiging voor opname in een gesticht de steen des aanstoots.³⁷

In medische ogen was de geneeskundige functie van gestichten, die weliswaar in theorie als vanzelfsprekend gold, in de praktijk nog verre van gerealiseerd. Vanuit de NVP werd erop gewezen dat de overvolle en troosteloze gestichten het predikaat ‘geneeskundig’ eigenlijk niet waard waren. ‘[H]et meerendeel onzer gestichten zijn niet meer dan bewaarplaatsen’, zo beweerde Jelgersma, werkzaam in Meerenberg, in 1889; ‘in ons land is de verpleging der krankzinnigen stil blijven staan.’³⁸ Deze constatering werd gedeeld door de geneesheer Anthonius Luyten, die zelf tegen zijn wil dertien maanden lang als patiënt was opgenomen in het krankzinnigengesticht te Zutphen:

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 [...]³⁹

De overbevolking was voor gestichtsartsen nog steeds een urgent probleem. In 1883, een jaar voor de invoering van de nieuwe krankzinnigenwet, meldde Van Cappelle in de *Psychiatrische Bladen* dat de overbezetting van de gestichten een ontoelaatbaar niveau had bereikt: het kwam herhaaldelijk voor dat voor de plaatsing van krankzinnigen tevergeefs bij alle gestichten in Nederland was aangeklopt omdat deze vol zaten.⁴⁰ De oorzaak lag volgens hem niet zozeer in een toename van het aantal krankzinnigen als wel de grotere toegankelijkheid van gestichten als gevolg van de gestegen aanvullende rijks- en provinciale subsidies aan de gemeentebesturen waardoor die een grotere bereidheid vertoonden om behoeftige krankzinnigen in een gesticht te plaatsen. Ook de goedkopere en gemakkelijker middelen van massavervoer – bijvoorbeeld de trein – zouden hebben bijgedragen aan de grotere toeloop naar de gestichten. Volgens Van Cappelle was meer plaatsruimte de enige remedie voor het probleem van de overbevolking.

Om de te volle en met chronische patiënten ‘verstopte’ gestichten te ontlasten, stelde Tellegen, daarin gesteund door een commissie van de NVP, een scheiding voor tussen kleinschalige ‘genezingsgestichten’ voor 100 tot 300 acute geesteszieken in steden en grootschalige ‘verplegingsgestichten’ voor 1.000 tot 1.200 chronische krankzinnigen op het platteland. Genezingsgestichten zouden hun functie pas naar behoren vervullen als ze werden ingericht als ziekenhuizen, als de tijdige opname van geesteszieken niet langer was geblokkeerd en als er voldoende personeel en ruimtelijke capaciteit was om hen op een medisch verantwoorde wijze te observeren, te diagnosticeren en te behandelen. Alleen zo viel te voorkomen dat artsen in principe geneeslijke patiënten als ongeneeslijk moesten afschrijven.⁴¹

Al eerder hadden andere gestichtsartsen, zoals Donkersloot, voorgesteld patiënten naar gelang hun ‘geneeslijke’ of ‘ongeneeslijke’ toestand in verschillende gestichten onder te brengen

3 HET GESTICHT ALS ZIEKENHUIS



Willem H. Cox. (Hogenstijn 2004, p. 69)

en hiermee in feite weer terug te keren tot het in de eerste Krankzinnigenwet aangebrachte onderscheid tussen geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen.⁴² Dergelijke plannen waren echter omstreden in psychiatrische kring, vooral omdat een grote groep chronische krankzinnigen als het ware werd opgegeven en wellicht geen adequate medische zorg meer zou krijgen.⁴³ Tot een uitvoering ervan kwam het dan ook niet, maar het groeiende aantal instellingen voor zenuwlijders en de oprichting en aanwijzing vanaf 1904 van psychiatrisch-neurologische universiteitsklinieken voor met name acute patiënten enerzijds en de inrichting van verpleegtehuizen voor met name chronisch lichamelijke zieke en demente ouderen alsook van aparte gestichten voor zwakzinnigen anderzijds waren in feite wel stappen in die richting.

Niettegenstaande de mogelijkheid vanaf 1904 om patiënten zonder rechterlijke machtiging in universiteitsklinieken en vanaf 1916 in aangewezen afdelingen van gestichten op te nemen, beweerde Willem H. Cox, geneesheer-directeur van het Utrechtse krankzinnigengesticht, in een voordracht voor de NVPN dat gestichtspatiënten in feite gevangenen waren en gestichtsartsen meer als gevangenenbewaarders dan als geneeskundigen functioneerden. Cox nam geen blad voor de mond: '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.⁴⁴ Voor armlastige krankzinnigen bleef de rechterlijke machtiging in de praktijk vereist aangezien gemeenten opnames op uitsluitend medische criteria niet financierden. Cox signaleerde dat 'de hinderlijken der maatschappij', dat

3.1 DE TWEDE KRANKZINNIGENWET EN DE GRENZEN VAN KRANKZINNIGHEID

wil zeggen misdadigers en krankzinnigen, als vanouds onder dwang 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 gerust: er is een wettelijke vorm!'⁴⁵

Voorts stelde Cox onomwonden 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', dat wil zeggen 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.⁴⁶

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, waaronder het verlenen van voldoende subsidies voor een behoorlijke verpleging van lijders aan zenuwkwalen 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.⁴⁷

3.2 'HET GROTE BOUWEN'

Ondanks de ontevredenheid in psychiatrische kring over de uitwerking van de tweede Krankzinnigenwet en het probleem van de overbevolking in de gestichten markeerde het midden van de jaren tachtig wat betreft het zorgaanbod een nieuwe fase in de ontwikkeling van de Nederlandse krankzinnigenzorg. Laat de periode tussen de twee krankzinnigenwetten zich typeren als een tijdperk van 'afbraak en renovatie', de periode na 1884 kan worden gekenschetst met 'het grote bouwen'.⁴⁸ Terwijl tussen 1841 en 1884 5 nieuwe gestichten (maar grotendeels in bestaande bebouwingen) waren geopend, kwamen tussen 1884 en 1920 20 nieuw gebouwde gestichten tot stand. De totale hoeveelheid gestichten nam hiermee toe van 14 tot 32 (een paar oudere gestichten werden gesloten) en het aantal patiënten daarin steeg in absolute zin van 4.700 tot bijna 16.000 en in relatieve zin, als aandeel van de Nederlandse bevolking, van 1,1 tot

2,3 promille.⁴⁹ De bouwhausse was geen direct gevolg van de nieuwe krankzinnigenwet of de inspanningen van de inspecteurs van het Staatstoezicht en de NVP, maar deze werd mogelijk gemaakt door de ruimere financiële middelen als gevolg van de economische groei en de 'Indische baten' alsook door de actievare bemoeienis van zowel de overheid als maatschappelijke en kerkelijke organisaties met sociale vraagstukken in het algemeen en de krankzinnigenzorg in het bijzonder.⁵⁰

Terwijl de oudere stedelijke gestichten overwegend door zelfstandige stichtingen en stedelijke regentencolleges werden beheerd, Meerenberg onder het bestuur van de provincie Noord-Holland viel en drie andere gestichten door katholieke respectievelijk joodse organisaties waren opgezet, gingen nu particuliere, confessionele organisaties een belangrijke rol spelen.⁵¹ Evenals op andere terreinen van het maatschappelijk leven, waaronder de algemene gezondheidszorg, manifesteerde de verzuiling zich ook in de krankzinnigenzorg. De gereformeerden liepen hierbij voorop. Op basis van bijbelse opvattingen over geestesziekte en krankzinnigenverpleging pleitte de afgescheiden predikant en hoogleraar aan de Theologische Hogeschool van Kampen, Lucas Lindeboom al in 1875 voor aparte, christelijke gestichten. Aangezien geestesziekte in de gereformeerde gedachtegang een gevolg was van geloofsafval, duivelse invloeden en de straf van God voor zonde, zouden krankzinnigen gebaat zijn bij een moreel-godsdienstige heropvoeding in een gesticht waarin het christelijk gezinsverband was nagebootst. Evenals de gereformeerde leider Abraham Kuyper stelde Lindeboom dat de bestaande krankzinnigenzorg en psychiatrie, waarin de zedenkundige behandeling aan betekenis zou hebben verloren, 'zielloos' waren en keerde hij zich tegen de vermeende ongoddelijke staatsbemoeienis op dit terrein. Met financiële steun vanuit de op nationale schaal gemobiliseerde achterban kwamen in 1884 onder leiding van Lindeboom allereerst de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland⁵² en vervolgens tussen 1886 en 1910 vier gereformeerde krankzinnigengestichten en één gesticht van gemengd gereformeerde-hervormde signatuur tot stand.⁵³

Vanuit katholieke kring kwamen vanaf 1907 nieuwe initiatieven, waarbij Belgische broederen en zustercongregaties een belangrijke rol speelden en waaruit drie gestichten voortkwamen.⁵⁴ De al bestaande en de nieuwe katholieke instellingen, alsmede het semi-publieke gesticht Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch en zijn buitengesticht Voorburg te Vught, onderscheidden zich doordat de verpleging in handen was van religieuze broeders en zusters. Tot de confessionele gestichten kan ook het in 1909 geopende joodse gesticht Het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn worden gerekend, waarin het, anders dan in de christelijke instellingen, niet zozeer ging om een door de eigen godsdienst geïnspireerde verpleegwijze van geesteszieken, maar alleen om de naleving van de religieuze joodse voorschriften in het dagelijkse gestichtsleven.⁵⁵

Naast de confessionele gestichten kwam er onder auspiciën van de rijks-, provinciale en gemeentelijke overheden nieuwbouw tot stand. Het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884) was primair bestemd voor krankzinnigen voor wie de provincies en gemeenten geen verantwoordelijkheid op zich namen, zoals militairen en misdadigers alsmede patiënten zonder vaste woonplaats, die buiten de gemeentelijke armenzorg vielen. Nadat in 1898 te Grave een tweede Rijkskrankzinnigengesticht voor vrouwen was geopend, nam het Medemblikse gesticht alleen nog mannen op. In 1918 werd in Woensel bij Eindhoven een nieuw Rijkskrankzinnigengesticht ter vervanging van dat in Medemblik geopend.⁵⁶ De provincie Noord-Holland bleef

3.2 'HET GROTE BOUWEN'

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.⁵⁷ Verder breidde een vijftal oudere stadsgestichten zich uit door middel van nieuwe vestigingen buiten de stad.⁵⁸ Drie grote steden, Den Haag, Rotterdam en Leiden, lieten compleet nieuwe gestichten bouwen, al dan niet ter vervanging van oude stadsgestichten.⁵⁹

Terwijl de oudere gestichten overwegend in steden waren gesitueerd vond de nieuwbouw plaats op het platteland, op ruime terreinen en op grotere of kleinere afstand van steden ten einde een landelijke, 'prikkelarme' verpleeg- en behandelomgeving te garanderen. De nieuwe gestichten waren doorgaans middelgrote instellingen met tussen 300 en 600 bedden en ze waren gebouwd volgens het kleinschalige paviljoensysteem, dat vanaf 1880 in de ziekenhuisbouw gangbaar was.⁶⁰ Het eerste gereformeerde gesticht, Veldwijk te Ermelo (1886), zette wat dit betreft de toon. In plaats van het oudere corridorstelsel – grote, symmetrische gebouwen met lange gangen en aan weerszijden daarvan massale verblijf- en slaapzalen – werden, naar Schots en Duits voorbeeld, kleinere, losstaande paviljoens, elk voor ongeveer dertig tot veertig patiënten, gebouwd.⁶¹ Elk paviljoen, onder leiding van een 'huisvader' en '-moeder', moest de sfeer van een christelijk gezin bieden en was voorzien van een eigen tuin. Veldwijk was ook het eerste gesticht dat patiënten door gezinnen liet verplegen. De door enkele andere gestichten nagevolgde gezinsverpleging bleef in Nederland met niet meer dan 150 patiënten bescheiden van omvang, hoewel deze rond de eeuwwisseling hoge verwachtingen wekte in psychiatrische kring. Geneeskundigen namen een dubbelzinnige houding aan tegenover gezinsverpleging, aangezien deze in hun ogen ten koste van het medisch toezicht op krankzinnigen kon gaan. Overigens werd een niet gering aantal Nederlandse patiënten ondergebracht in het Belgische Geel, waar de gezinsverpleging op grotere schaal plaatsvond.⁶²

Het paviljoenstelsel bood tevens de mogelijkheid om diverse afdelingen – niet alleen ten behoeve van de scheiding der seksen, maar ook voor opname en observatie, voor rustige, halfrustige of onrustige patiënten, voor de bedverpleging van lichamelijk zieken en soms ook voor (jonge) zwakzinnigen – apart te huisvesten en daarbij aan algemene ziekenhuizen ontleende hygiënische maatstaven, zoals ventilatie en het voorkomen van besmettingen, te hanteren.⁶³ Terwijl de paviljoens van Veldwijk klein waren, kregen de later gebouwde gestichten grotere paviljoens, aangezien kleinschaligheid relatief hoge verpleegkosten met zich meebracht.⁶⁴ In vergelijking met de grote publieke gestichten in andere landen, met name Groot-Brittannië en de Verenigde Staten, waren vrijwel alle Nederlandse gestichten evenwel betrekkelijk kleinschalig. Met uitzondering van Meerenberg met ongeveer 1.300 en Voorburg te Vught met bijna 900 bedden, bezaten alle Nederlandse gestichten minder dan 600 bedden.⁶⁵

In vergelijking met de algemene ziekenhuizen waren de gestichten in Nederland echter wel grootschalig en massaal. Schermers berekende dat rond 1920 de 17.000 bedden in algemene ziekenhuizen verdeeld waren over 290 instellingen, waardoor het gemiddelde op nog geen 60 bedden per ziekenhuis lag, terwijl de 16.000 bedden voor krankzinnigen en zenuwlijders over 32 gestichten verspreid waren, zodat het gemiddelde aantal op ruim 470 kwam.⁶⁶ Met uitzondering van de huisvesting voor een relatief klein aantal meer bemiddelde 'klassepatiënten' waren slaapzalen en verblijfsruimten voor enkele tientallen krankzinnigen, ook in het nieuwe paviljoenstelsel, eerder regel dan uitzondering. Doorgaans waren de patiënten zo krap en oengepakt gehuisvest, dat van privacy geen sprake kon zijn.⁶⁷

Voor zwakzinnigen kwamen binnen enkele krankzinnigengestichten aparte afdelingen en daarbuiten op protestants en katholiek particulier initiatief vijf aparte 'idiotengestichten' tot stand, terwijl ook enkele oudere katholieke 'liefdegestichten' en protestants-christelijke 'huizen van barmhartigheid' zwakzinnigen en andere hulpbehoevenden opvingen.⁶⁸ Al deze voorzieningen waren vrij klein: gezamenlijk huisvestten zij rond 1910 ongeveer 500 vooral jongere zwakzinnigen, terwijl ruim 2.000 zowel minderjarige als volwassen zwakzinnigen in krankzinnigengestichten verbleven.⁶⁹ De meeste zwakzinnigen werden in die tijd nog elders in de maatschappij, vooral thuis door familieleden, verzorgd.⁷⁰ Ook enkele kleinschalige zorginstellingen voor epileptici en sanatoria voor alcoholisten berustten op particulier, overwegend protestants-christelijk initiatief.⁷¹ Voor zover epileptici en alcoholisten werden opgenomen kwam het grootste deel in krankzinnigengestichten en een kleiner deel in sanatoria voor zenuwlijders terecht.⁷²

Vanaf 1884 veranderde de Nederlandse institutionele krankzinnigenzorg van een overwegend publiek in een gemengd publiek-particulier bestel, dat wil zeggen dat gemeentelijke, provinciale en rijksgestichten naast gereformeerde, katholieke en joodse inrichtingen bestonden. In 1920 hadden van de 32 gestichten 5 een katholieke, 5 een protestants-christelijke en 2 een joodse signatuur.⁷³ Met deze confessionalisering en verzuiling in de krankzinnigenzorg onderscheidde Nederland zich van landen als Frankrijk en Engeland, waar de publieke sector domineerde, maar niet van landen als Duitsland en België, waar ook een omvangrijke particulier-confessionele sector bestond.⁷⁴ Hoewel de nieuwbouw van gestichten in Nederland deels voortkwam uit het opkomende sociale activisme in confessioneel en verzuild verband, moet de bijdrage van de overheid, die vanwege haar passiviteit in de negentiende eeuw zo vaak het mikpunt van psychiatrische kritiek was geweest, echter niet worden onderschat. De bewering van de historicus Hans Binneveld dat de overheid op het gebied van de krankzinnigheid geen daadkracht vertoonde en niet bijdroeg aan de uitbreiding van de gestichtscapaciteit gaat wel op voor de periode tot 1884, maar voor de jaren daarna zeker niet.⁷⁵ Van de 20 nieuwe gestichten waren bij 11 daarvan, die gezamenlijk rond de 5.000 bedden telden, de rijks- provinciale of gemeentelijke overheden betrokken, terwijl 9 daarvan met in totaal 4.200 bedden tot de particuliere, confessionele sector behoorden.⁷⁶ Met zowel de publieke als particuliere gestichten waren substantiële overheidsmiddelen gemoeid, bijvoorbeeld in de vorm van 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 bouw golf op gang kwam, is mede te verklaren tegen de achtergrond van de toenemende overheidsinterventie op sociaal gebied waartoe met name de sociaal-liberale kabinetten in de jaren 1890 de aanzet gaven en waarvoor ook ruimere financiële middelen beschikbaar kwamen.

Bovendien verplichtte de Armenwet van 1854 de gemeenten om de verpleegkosten voor armlastige krankzinnige ingezetenen, in zowel publieke als particuliere gestichten, te betalen. Krankzinnigenzorg was en bleef nog lange tijd overwegend armenzorg; rond 1910 ging het om maar liefst driekwart van de gestichtsbefolking en dit aandeel zou daarna alleen nog maar stijgen.⁷⁷ Bovendien ontvingen gemeenten per opgenomen armlastige krankzinnige uiteenlopende subsidies van het rijk en van de provincies. Weliswaar verhaalden gemeenten de kosten van de armenzorg deels naar draagkracht op patiënten en hun familieleden, maar dat nam niet weg dat zij rond 1910 bijna de helft van de kosten van de krankzinnigenzorg oprichtten, terwijl het rijk en de provincies elk met ongeveer 15 procent en particulieren met rond 20

3.2 'HET GROTE BOUWEN'

procent daaraan bijdroegen.⁷⁸ De betrokkenheid van de overheid bij de krankzinnigenzorg was dus aanzienlijk. Afgezien van de regulering van de krankzinnigenzorg door middel van wetgeving en staatstoezicht, bestond dit uit een substantieel zorgaanbod van ten dele nieuwe gemeentelijke, provinciale en rijksgestichten en uit de financiering van 80 procent van de verpleegkosten.

Als het om armlastige patiënten ging, speelden de gemeenten een belangrijke rol bij de gestichtsoptname en de keuze van een gesticht. Vanwege hun financiële verplichtingen in het kader van de Armenwet was er de gemeenten – en ook de provincies – veel aan gelegen om krankzinnigen zo goedkoop mogelijk te laten verplegen. Hun familie had doorgaans geen inspraak bij de keuze van een gesticht; de gemeente hield alleen rekening met de kerkelijke gezindheid van de patiënt en verder gaf de verpleegprijs vaak de doorslag. Dat betekende dat armlastige krankzinnigen soms ver van huis in gestichten werden ondergebracht.⁷⁹ Deze ontwikkeling werd ook door de vestiging van gestichten op het platteland en nog sterker door de verzuiling in de hand gewerkt: vooral de instellingen met een confessionele signatuur betrokken hun patiënten op grond van hun geloofsrichting uit het hele land. Voor gestichtsartsen was de steeds vaker voorkomende grote afstand tussen gesticht en familie en de daarmee verbonden hoge reiskosten voor bezoekende familieleden aanleiding tot bezorgde geluiden.⁸⁰ Voor contact met de buitenwereld waren patiënten grotendeels aangewezen op bezoeken van familie en vrienden. Daar kwam nog bij dat de nabijheid van de familie de kans vergrootte op een proefverlof en vervolgens mogelijk definitief ontslag uit het gesticht.⁸¹

Ondanks de grote uitbreiding van de verpleegcapaciteit zagen de geneesheren en de inspecteurs van het Staatstoezicht zich nog steeds geconfronteerd met overbezetting en plaatsgebrek in de gestichten. Het leek erop dat nieuwbouw steeds weer een nieuwe stroom patiënten aantrok – het jaarlijks aantal nieuwe opnamen steeg van ruim 1.100 in 1884 naar meer dan 4.700 in 1920 – terwijl de kosten per bed ook nog eens gestaag omhoog gingen, vooral als gevolg van de stijgende lonen van het verplegend personeel en de verkorting van de arbeidstijden.⁸² Geneeskundigen constateerden dat de voortdurende aanwas van de gestichtsbevolking deels te wijten was aan de toename van het aandeel van de chronische lijdens. Hierdoor stakte de doorstroming ten behoeve van acute, geneeslijk geachte geesteszieken, die vervolgens op hun beurt, vanwege een te late opname, ook chronisch krankzinnig dreigden te worden.⁸³ Als gevolg van de wijziging van de Krankzinnigenwet in 1904 werd het mogelijk om rustige chronische patiënten in aparte verpleeginrichtingen onder te brengen, hoewel niet alle artsen met een dergelijke ontwikkeling waren ingenomen. Zij vreesden dat de gestichten dan zouden blijven zitten met de onrustige en veel bewerkelijker krankzinnigen, hetgeen het leef- en behandelklimaat niet ten goede zou komen.⁸⁴

In psychiatrische kring bestonden uiteenlopende opvattingen over de oorzaken van het almaar stijgende aantal opnamen. In 1883 had inspecteur Van Cappelle geconstateerd dat deze een direct gevolg waren van de vergroting van het institutionele zorgaanbod.⁸⁵ De verklaring van Schermers, geneesheer-directeur van achtereenvolgens het gesticht Bloemendaal te Loosduinen en het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist, sloot hierbij aan. Zijn analyse van de omvang van de gestichtsbevolking in de periode 1875-1900 bracht hem tot de conclusie dat de aanwas 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 deze instellingen belandden. Ook wees hij op de toegenomen bereidwilligheid van gemeente-

besturen om de verpleging van armlastige patiënten te bekostigen en de grotere nadruk van het Staatstoezicht op het belang van opname.⁸⁶

De Utrechtse hoogleraar geneeskunde Willem Koster opperde daarentegen op basis van de cijfers van Meerenberg dat de toenemende toeloop ook iets te maken moest hebben met een stijgende frequentie van geestesstoornissen in de maatschappij; vooral aan alcoholisme gerelateerde aandoeningen zouden meer voorkomen.⁸⁷ Bij nader inzien beaamde Schermers na veel wikken en wegen Koster's redenering. Een daadwerkelijke toename van krankzinnigheid als gevolg van 'het hedendaagsche leven met al zijn schadelijke factoren' lag voor de hand.⁸⁸ Volgens de inspecteur van het Staatstoezicht Schuurmans Stekhoven speelden meerdere factoren een rol. Ten eerste bevorderde de opeenhoping van een steeds groter deel van de bevolking in grote steden de frequentie van psychosen en psychopathie, terwijl de stedelijke omgeving tegelijkertijd minder tolerantie opricht voor geestelijk gestoorden dan het plattelandsmilieu. Ten tweede werkte de vergrote medische aandacht voor geestelijke afwijkingen en 'het zich gaandeweg uitbreidende domein van den psychiater' een stijging van de opnamen in de hand.⁸⁹ Ten derde wees Schuurmans Stekhoven ook op het uitgebreide zorgaanbod en de afnemende weerstand tegen opname van de kant van de familie als gevolg van de verbeterde kwaliteit van de krankzinnigenzorg.

In zijn boek *Filantropie, repressie en medische zorg* (1985) over de negentiende-eeuwse geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Nederland schrijft Binneveld de groei van de gestichtsbevolking vooral toe aan de combinatie van een toegenomen institutioneel zorgaanbod en een verlaagd maatschappelijk tolerantieniveau ten aanzien van krankzinnigen. Naarmate er meer zorginstellingen kwamen, deden mensen minder moeite om geesteszieken thuis te verzorgen en in de samenleving te handhaven. De ruimtelijke nabijheid van gestichten, de verbeterde vervoersmogelijkheden per trein en tram, de beschikbaarheid van instellingen met de eigen religieuze signatuur en de ruimere financieringsmogelijkheden versterkten deze tendens volgens Binneveld.⁹⁰ Ter relativering van de groei van de gestichtsbevolking in Nederland – tussen 1884 en 1920 van 1,1 tot 2,3 promille van de bevolking – wijzen wij erop dat de omringende landen, waar de grote bouw golf van gestichten al eerder op gang was gekomen, een nog veel grotere aanwas te zien gaven. In Engeland bijvoorbeeld nam de omvang van de gestichtspopulatie als promillage van de totale bevolking in de jaren 1884-1909 toe van 2,8 tot 3,7 en Pruisen vertoonde een vergelijkbare groei.⁹¹

Een en ander suggereert dat de Nederlandse krankzinnigenzorg aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw, toen de sociaal-economische modernisering van ons land in een hogere versnelling kwam, een inhaalslag maakte. Daarbij benadrukken wij dat de Nederlandse overheid geen gericht beleid voerde om krankzinnigen zoveel mogelijk uit de maatschappij te verwijderen, zoals door Foucault, zijn navolgers en ook andere historici met betrekking tot Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland is betoogd. In Nederland was zeker geen sprake van een tendens in de richting van een 'grote opsluiting'.⁹² De benodigde rechterlijke machtiging wierp in Nederland een barrière op tegen een al te makkelijke gestichtsopname en het was met het oog op de almaar stijgende kosten niet in het belang van de gemeentelijke, provinciale en rijksoverheden om de expansie van de krankzinnigenzorg al te zeer te bevorderen. Ook was het beslist niet zo dat de gestichtsbesturen en de -geneesheren erop uit waren om zoveel mogelijk patiënten zo lang mogelijk vast te houden, ook al bleven de therapeutische middelen om patiënten te genezen in gebreke.

3.2 'HET GROTE BOUWEN'

Verder valt ook te betwijfelen of het tolerantieniveau van het gezin of de familieleden van krankzinnigen en dat van hun sociale omgeving zodanig daalde dat verwanten hen eerder in een gesticht lieten opnemen. Uit onderzoek van Joost Vijselaar naar patiëntendossiers van de gestichten Voorburg bij 's-Hertogenbosch, Endegeest bij Leiden en Wolfheze bij Arnhem komt naar voren dat verwanten van krankzinnigen opname vaak zo lang mogelijk trachtten te voorkomen en zich veel moeite getroostten om, al dan niet door nood gedwongen, hun geesteszieke familielid thuis te verzorgen. Sommige van de patiënten wier dossiers Vijselaar onderzocht, waren al jarenlang min of meer geestesziek voordat ze in het gesticht terechtkwamen. Niet alleen verzorgden kinderen hun demente ouders en ouders hun zwakzinnige kinderen, ook mensen met zwaardere psychotische en stemmingsstoornissen alsook neurologische aandoeningen kregen soms nog geruime tijd zorg in gezins- en familiekring, al dan niet met behulp van vrijgevestigde huis- of zenuwartsen. Pas als de belasting voor de naasten te zwaar werd en het echt niet langer ging, doordat de belangrijkste verzorger wegviel, de geestelijke verwarring of lichamelijke aandoeningen verergerden of de patiënt al te lastig, onhandelbaar of agressief dan wel een gevaar voor zichzelf werd, kwam opname in een gesticht als laatste redmiddel in zicht.⁹³

In de door Vijselaar onderzochte dossiers zijn nauwelijks sporen te vinden van door krankzinnigen veroorzaakte overlast of gevaar voor de burens of de woonomgeving. Van 'gevaar voor de openbare orde' was in feite veel minder sprake dan tot dusverre wel is aangenomen. Waarschijnlijk diende de vermelding van 'gevaar voor anderen', dat zich meestal beperkte tot de gezins- of familieleden, vooral als formele reden voor het afgeven van een rechterlijke machtiging. Wel was het zo dat sociale redenen, de overbelasting van de naaste omgeving, van gezin en familie in de eerste plaats, meestal de doorslag gaven om een patiënt uit huis te plaatsen. Maar zelfs als de toestand thuis onhoudbaar werd, was de volgende stap niet altijd noodzakelijkerwijs een gang naar het krankzinnigengesticht. De naasten namen soms eerst hun toevlucht tot andere vormen van opvang, zoals gast- en rusthuizen, sanatoria, katholieke liefdegestichten, instellingen van weldadigheid, algemene ziekenhuizen en universiteitsklinieken. Al in 1910 constateerde Schuurmans Stekhoven dat het gesticht dikwijls diende als ultimum refugium nadat een krankzinnige in andere instellingen was verpleegd.⁹⁴ Vijselaars onderzoek zet vraagtekens bij de veronderstelling van sommige historici dat de gestichtspychiatrie de uitstoting van krankzinnigen uit de samenleving bevorderde.

Wie waren de patiënten die aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw in de gestichten terechtkwamen en aan welke stoornissen leden zij? Uit de beschikbare statistieken, onder andere in de jaarverslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, kunnen wij het volgende profiel destilleren.⁹⁵

Zowel absoluut als relatief gezien werden meer krankzinnigen vanuit de steden dan vanaf het platteland opgenomen en dit patroon werd vanaf het eind van de negentiende eeuw nog sterker. Rond 1900 was al bijna de helft van de patiënten afkomstig uit de sterk verstedelijkte provincies Noord- en Zuid-Holland.⁹⁶ Wat betreft hun leeftijd waren in het laatste kwart van de negentiende eeuw de 30- tot 40-jarigen (23 procent) het sterkst vertegenwoordigd, gevolgd door de 20- tot 30-jarigen (21 procent), de 40- tot 50-jarigen (19 procent) de 50- tot 60-jarigen (14 procent) en de 60-plussers (14 procent).⁹⁷ In 1914 was de gemiddeld leeftijd flink omhoog gegaan, waarschijnlijk als gevolg van de toename van het aandeel van chronische patiënten en de stijging van hun gemiddelde levensduur.⁹⁸ De 30- tot 40-jarigen en de 40- tot 50-jarigen vormden toen met ieder 21 procent de grootste groepen, terwijl het aandeel van de 20- tot 30-jarigen veel

kleiner was geworden (14 procent), dat van de 50- tot 60-jarigen iets was toegenomen (17 procent) en dat van de 60-plussers het sterkst was uitgedijd (20 procent).⁹⁹ Zowel voor het laatste kwart van de negentiende eeuw als voor 1914 gold dat mannen enigszins waren oververtegenwoordigd in de lagere en vrouwen in de hogere leeftijdsgroepen. Vergeleken met de bevolking als geheel verbleven aanzienlijk minder gehuwden dan ongehuwden in de gestichten. Een plausibele verklaring daarvoor is dat ongehuwden in de regel moeilijker konden terugvallen op hun naaste gezinsomgeving en mede daardoor de maatschappij gauwer tot overlast werden.¹⁰⁰

Uit de informatie die over de opnamen in 1909 en 1910 beschikbaar is, valt over de kerkelijke gezindheid van patiënten te constateren dat joden en lutheranen in vergelijking met de Nederlandse bevolking als geheel over- en gereformeerden ondervertegenwoordigd waren, terwijl katholieken iets onder en hervormden iets boven het gemiddelde zaten.¹⁰¹ Uit het feit dat rond 1910 ongeveer driekwart van de patiënten op kosten van de armenzorg werd verpleegd, terwijl het aandeel van de zelfbetalende patiënten, die hogere bedragen betaalden dan de standaardtarieven voor de gemeenten, bijna 20 procent bedroeg, is te concluderen dat het overgrote deel van de patiënten uit de lagere standen stamde – op zich niet verwonderlijk aangezien de meerderheid van Nederlandse bevolking daaruit bestond.¹⁰² Het standonderscheid kwam in veel gestichten tot uiting in de gescheiden huisvesting en verpleging van eerste, tweede, derde en soms zelfs vierde en vijfde klassepatiënten en in de gestichtskleding die de onbemiddelde patiënten doorgaans droegen, niet alleen om hun gelijkheid te accentueren en hen bij ontsnapping gemakkelijker te kunnen herkennen, maar ook omdat deze vaak van betere kwaliteit was dan wat zij gewoonlijk droegen en op deze manier de kans op verscheuring kleiner was.¹⁰³ Hoe lager de klasse was waarin krankzinnigen werden geplaatst, hoe eenvoudiger en kariger de huisvesting, de verzorging en het eten.¹⁰⁴

Op basis van de gegevens daarover in de jaarverslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten kunnen wij een beeld schetsen van de ‘aard der krankzinnigheid’ van de patiënten die rond 1910 in de gestichten waren opgenomen. Daarbij hebben wij de toenmalige diagnostische terminologie vertaald in de tegenwoordig gangbare benamingen. Bijna de helft (46 procent) van de patiënten leed aan psychosen, vooral schizofrenie (‘dementia praecox’), terwijl 20 procent behept was met zwakzinnigheid (‘imbecillitas’ en ‘idiotia’), ruim 10 procent van hen cognitieve stoornissen (verschillende vormen van ‘dementia’) vertoonde, eveneens 10 procent kampte met stemmingsstoornissen zoals manisch-depressiviteit (‘mania’, ‘melancholia’ en ‘insania periodica’) en ruim 8 procent leed aan neurologische aandoeningen, al dan niet gecombineerd met geestesstoornissen (‘insania epileptica’, ‘dementia paralytica’ en ‘tabes dorsalis’).¹⁰⁵ Hieruit blijkt dat aan het begin van de twintigste eeuw bijna 40 procent van de opgenomen krankzinnigen bestond uit zwakzinnigen, cognitief gestoorden en neurologische patiënten. Terwijl in het tegenwoordige psychiatrische ziekenhuis de overgrote meerderheid van de patiënten uit lijdens aan psychotische en stemmingsstoornissen bestaat, maakten zij een eeuw geleden nog geen 60 procent van de gestichtsbevolking uit.¹⁰⁶

Als we op de beschikbare informatie, grotendeels gebaseerd op wat patiënten en hun familieleden zelf aangaven, afgaan dan ging het bij nieuwe opnamen aan het eind van de negentiende en het begin van twintigste eeuw voor het overgrote deel (ruim 80 procent) om mensen die voor het eerst in hun leven vanwege krankzinnigheid werden opgenomen. Voor bijna 34 procent van hen vond de opname plaats binnen drie maanden nadat de symptomen van geestesziekte zich hadden geopenbaard, voor ruim 22 procent was die periode drie tot twaalf

3.2 'HET GROTE BOUWEN'

maanden, voor bijna 32 procent langer dan een jaar, terwijl bijna 8 procent sedert de vroegste jeugd krankzinnig – waarschijnlijk zwakzinnig – was.¹⁰⁷

3.3 HET MEDISCH MODEL IN HET GESTICHT

Zoals in de hoofdstukken 1 en 2 naar voren is gekomen, oriënteerden vernieuwingsgezinde gestichtsartsen als Ramaer en ook hun beroepsorganisatie, de NVP(N), zich op de natuurwetenschappelijke geneeskunde. De toepassing van de fysiologie, pathologische anatomie en neurologie zou leiden tot beter inzicht in de symptomen en oorzaken van krankzinnigheid en de genezing ervan dichterbij brengen. Bovendien zou op deze manier het wetenschappelijk en maatschappelijk aanzien van de psychiatrische beroepsgroep en de krankzinnigenzorg verbeteren. Een van de gevolgen van de medische oriëntatie van de psychiatrie was dat geneeskundigen ernaar streefden om de architectuur, de inrichting, de organisatie en het personeelsbestand van de gestichten en hun behandelrepertoire zoveel mogelijk te modelleren naar het voorbeeld van algemene ziekenhuizen voor lichamelijk zieken. Een goede krankzinnigeninrichting, zo stelde Cox bijvoorbeeld naar aanleiding van de nieuwbouw van het buitengesticht Brinkgreven bij Deventer (1894), waar hij geneesheer-directeur zou worden, moest krankzinnigen niet alleen van de maatschappij afzonderen en huisvesten, maar hen ook verplegen en behandelen, net zoals een regulier ziekenhuis dat deed voor 'gewone' zieken.¹⁰⁸

Mede onder invloed van hygiënische hervormingen werden in de tweede helft van de negentiende eeuw meer en meer verouderde en verpauperde gasthuizen, die voornamelijk fungeerden als bewaar- en zorginstelling, vervangen door nieuwe hospitalen, waarbij de nadruk steeds meer kwam te liggen op hun geneeskundige functie: de ontwikkeling van medische kennis en behandeling. Het paviljoensysteem dat, zoals wij al eerder zagen, vanaf aan het eind van de negentiende eeuw als model voor de nieuwbouw van gestichten diende, was al eerder in veel Europese landen in de architectuur van ziekenhuizen toegepast, aanvankelijk ten behoeve van de toevoer van frisse lucht en het tegengaan van infecties, maar vanaf omstreeks 1890 ook als middel om de opkomende medische specialismen afzonderlijke klinieken met laboratoria en onderwijsvoorzieningen te bieden. De verwetenschappelijking van de geneeskunde kwam in de ziekenhuizen niet alleen tot uitdrukking in deze specialisering van de medische deskundigheid, maar ook in de toenemende inschakeling van medisch geschoold verplegend en ondersteunend personeel en het gebruik van technische hulpmiddelen en industrieel vervaardigde geneesmiddelen.¹⁰⁹ Het is opmerkelijk hoe snel ook in veel krankzinnigengestichten laboratoria werden ingericht met apparaten om microscopisch onderzoek te doen en om bloeddruk, spier- en zenuwactiviteit en stofwisselingsprocessen te meten en deze grafisch of statistisch vast te leggen. In Meerenberg bijvoorbeeld zorgde geneesheer-directeur Van Deventer voor een nieuw anatomielaboratorium en schafte hij regelmatig nieuwe apparaten aan.¹¹⁰

Van Deventer was ook een van de eerste gestichtsartsen die, naar het voorbeeld van de Duitse psychiater Clemens Neisser, stelselmatig de bedbehandeling invoerden. Terwijl in 1896 en 1897 ongeveer 14 procent van de patiënten op die wijze werd verpleegd, was dat in 1903 al met een kwart van de patiënten het geval.¹¹¹ Het idee dat krankzinnigen gewone zieken waren en dat hun ziekte werd veroorzaakt door verstoorde stofwisselingsprocessen in de hersenen en het zenuwstelsel, bracht met zich mee dat vanaf de jaren negentig steeds meer gestichtsartsen

3 HET GESTICHT ALS ZIEKENHUIS



Bedbehandeling in Brinkgreven. (Adhesie Midden-Overijssel, Deventer)

bedverpleging gingen voorschrijven, al dan niet gecombineerd met een bepaald dieet, ten einde patiënten in een prikkelarme omgeving tot rust te brengen. Nadat een nieuw opgenomen patiënt een grondige wasbeurt had ondergaan en lichamelijk door een arts was onderzocht, volgde gewoonlijk de gang naar de slaapzaal om in bed te worden gestopt. Hoe lang een nieuwe 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 ten einde vast te stellen, zoals de wet voorschreef, of er sprake was van krankzinnigheid en of verdere gestichtsverpleging noodzakelijk was. Verplegenden hadden tot taak het gewicht, de bloeddruk, de temperatuur, de ademhaling en de stoelgang bij te houden en notities te maken van het gedrag van de patiënt.

Dit alles betekende niet dat alle patiënten voortdurend in bed werden verpleegd. Vooral nieuwe patiënten die werden geobserveerd, onrustige en zeer verwarde geesteszieken en lichamelijk zwakke of zieke krankzinnigen viel deze behandeling ten deel. Tussen 1900 en 1919, de jaren waarin de bedbehandeling haar hoogtepunt beleefde, varieerde het aandeel van de patiënten dat te eniger tijd het bed hield van 20 tot 50 procent, waarbij de gestichten en de daarin werkzame geneeskundigen onderling nogal verschilden over de wenselijkheid van deze vorm van verpleging.¹¹² Hoewel hij de bedbehandeling niet afwees, waarschuwde J. van der Kolk in 1917 bijvoorbeeld voor een overmatig gebruik ervan. Bij zijn aantreden als geneesheer-directeur

3.3 HET MEDSICH MODEL IN HET GESTICHT

in Endegeest bestond een bepaling dat alle nieuwe patiënten na opname minstens veertien dagen in bed moesten blijven, maar dat vond hij overdreven.¹¹³

Meer in het algemeen was het de praktijk dat patiënten, althans die in de derde, vierde of vijfde klasse en als hun lichamelijke conditie het toeliet en zij tot rust waren gekomen, aan het werk werden gezet. De al veel langer bestaande gewoonte om krankzinnigen arbeid te laten verrichten, bij wijze van afleiding, van disciplineren, van therapie, zoals de morele behandeling voorschreef, en ook vanwege het economische belang van het gesticht, bleef gehandhaafd.¹¹⁴ Het werk bestond uit huishoudelijk werk en tuin- of landarbeid voor de eigen behoeften van het gesticht en uit de vervaardiging van artikelen voor de verkoop. Vrouwen kregen voornamelijk taken in de gestichtshuishouding, in de keukens, in de wasserij, de mangel- en strijkkamer of de naaikamer waar zij onder meer de gestichtskleding vervaardigden en verstelden. Ook haakten of breiden ze kledingsstukken voor de verkoop. 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, mannen tabak of sigaren en vrouwen suiker en snoepjes; in enkele gestichten kregen werkende patiënten kleine bedragen aan zakgeld.¹¹⁵ Gestichten boden na gedane arbeid ook gelegenheid tot ontspanning: spelletjes, handwerken, voorlezen, muziekbeoefening, concerten en, op zondag, kerkdiensten.¹¹⁶

De psychiatrische nadruk op bedverpleging vanaf de eeuwwisseling is wel als louter retoriek en 'ziekenhuistravestie' getypeerd.¹¹⁷ Dat is niet helemaal terecht. De nadruk op bedverpleging weerspiegelde ook een belangrijk deel van de werkelijkheid in de gestichten, waarin veel dementerende ouderen en lijdens aan chronische neurologische aandoeningen en verlammingen waren aangewezen op lichamelijke verzorging. Bedverpleging vormde de enige behandeling die gestichten aan deze patiënten konden bieden. Lichamelijk verzwakte patiënten liepen bovendien het gevaar om tuberculose en longontsteking op te lopen of uit te drogen. Ook bracht de bedverpleging haar eigen complicatie in de vorm van doorligwonden (*decubitus*) met zich mee, die intensieve lichamelijke en hygiënische zorg vereisten. Gezien de kwalen waaraan een groot deel van de krankzinnigen leed, waren bedrust, lichamelijke verzorging en hygiëne dus dikwijls passend en noodzakelijk.¹¹⁸

Niet alleen de bedbehandeling, deels ook bedoeld om rust en orde in het gesticht te bevorderen en de toepassing van afzondering en dwangmiddelen terug te dringen, weerspiegelde het medisch model dat gestichtsartsen aanhingen. Net als in een ziekenhuis stonden in het gesticht behalve reinheid ook regelmaat en netheid hoog aangeschreven. Het dagelijks leven in de gestichten verliep volgens vaste, voorspelbare patronen.¹¹⁹ Hun witte jassen respectievelijk blauwe jurken met witte schorten onderstreepten de medische status van de artsen en verpleegsters. Gestichtsartsen pasten nieuwe somatische behandelvormen toe, zoals medicatie, vooral bromide en opium, en hydrotherapie. Vooral voor onrustige, aan psychotische en aan stemmingsstoornissen lijdende patiënten kwamen vanaf 1904, te beginnen in Endegeest, de 'geprolongeerde' of 'permanente' baden in zwang. In speciaal daarvoor ingerichte badkamers zaten patiënten etmalen of soms zelfs weken lang in met lauwwarm water gevulde badkuipen.¹²⁰ Vanwege de intensieve begeleiding door verplegenden en de relatief hoge kosten vond deze behandelmethodes echter maar in beperkte mate toepassing. Veel patiënten, vooral demente ouderen en zwakzinnigen, kregen trouwens helemaal geen behandeling en werkten ook niet. Zij brachten hun dagen samen met hun lotgenoten op de paviljoens door in ledigheid, terwijl

verplegenden erop toezagen dat zij elkaar uit verveling of irritatie niet in de haren vlogen. Wel vertoonde het aantal niet behandelde patiënten een dalende tendens. Tussen 1900 en 1909 ging het gemiddeld om ongeveer een derde en in de tien jaar daarna om ruim een kwart van de patiënten. Patiënten met psychotische en stemmingsstoornissen hoefden het aanzienlijk minder vaak dan andere gestichtsbewoners zonder therapie te stellen.

Hoewel artsen de bed- en badbehandeling mede aanprezen als alternatief voor lijfswang en isolering van agressieve en destructieve patiënten en zij ook kalmerende medicijnen toedienenden, konden ze in de praktijk niet altijd zonder afzondering in een aparte kamer, cel of gesloten bedstede en dwangmiddelen als dwanghandschoenen, -gordels, -buizen, -jakken, en -stoelen.¹²¹ Van de wettelijke verplichting tot registratie van het gebruik van dergelijke middelen is vermoedelijk een remmende werking uitgegaan, zo is op te maken uit de verslagen van de inspecteurs van het Staatstoezicht, hoewel deze registratie na 1914 in het slop raakte, onder meer omdat niet altijd duidelijk was wat precies onder dwang moest worden verstaan. De zogeheten 'inwikkeling' van onrustige patiënten in een droog of nat laken met daaroverheen een vastgenaaide deken en desnoods daaromheen nog een canvaszeil viel bijvoorbeeld buiten de registratieplicht en werd daarom waarschijnlijk veelvuldig gebruikt.¹²² In de verpleegkundige leerboeken die gestichtsartsen vanaf 1897 publiceerden en waarin zij de toepassing van mechanische dwangmiddelen afkeurden, bespraken zij de inwikkeling evenals de zogenaamde vasthouding door verplegenden van een patiënt als normale, zelfs moderne en humane methoden ter bestrijding van onrust.¹²³ Bovendien konden bepaalde behandelwijzen, zoals de bed- en badverpleging en de toediening van kalmerende medicijnen, of de overplaatsing naar een 'slechtere' afdeling, dat wil zeggen van 'rust' naar 'half-onrustig' en vandaar naar 'onrust', ook met meer of minder dwang gepaard gaan. Er was sprake van een brede consensus dat de artsen de bevoegdheid hadden om uit te maken wat in het kader van de behandeling goed was voor de patiënt, ook als dat dwang impliceerde. In het kader van de medische behandeling maakten zij nauwelijks onderscheid tussen therapie en bepaalde vormen van drang en dwang.¹²⁴

Over de isolering van patiënten, waarvoor ook een registratieplicht bestond, leefden in medische kring verschillende opvattingen. Terwijl een commissie van de NVPN in 1905 adviseerde om patiënten alleen in uiterste noodzaak af te zonderen en in enkele gestichten de isoleercellen werden afgeschaft, gingen de auteurs van de verpleegkundige leerboeken ervan uit dat gestichtsartsen en verplegenden niet zonder de mogelijkheid tot eenzame opsluiting konden. Naarmate de vroegere geïsoleerd liggende celblokken plaats maakten voor gemeubileerde afzonderingskamers met een raam, de zogenaamde *single rooms* in de paviljoens vlakbij de gemeenschappelijke verblijfruimtes, leek deze maatregel ook minder inhumain dan vroeger toen isolering nogal eens gepaard ging met verwaarlozing. Er zijn aanwijzingen dat korter of langer durende isolering veelvuldig in de gestichten voorkwam.¹²⁵

Gestichtsartsen en de inspecteurs van het Staatstoezicht klaagden in de laatste decennia van de negentiende eeuw voortdurend over het ongeschoolde en 'onbeschaafde' personeel in de gestichten, de 'oppassers', 'oppasseressen' en 'bedienden'. Vanwege de slechte betaling en arbeids- en leefomstandigheden in de gestichten was het verloop onder dit personeel groot: een derde verdween na een jaar. Ook kregen velen ontslag, bijvoorbeeld vanwege mishandeling van patiënten, ongehoorzaamheid jegens hun superieuren of overmatig alcoholgebruik.¹²⁶ Everts, geneesheer-directeur van het modelgesticht Meerenberg, laakte in 1878 de 'ongeschikte en *inhumane* behandelwijze van een groot deel van de bedienden jegens de patiënten' en hun

3.3 HET MEDSICH MODEL IN HET GESTICHT

gebrek aan ‘tact, beschaving en intelligentie’.¹²⁷ Zijn opvolger, C.J. van Persijn, schreef acht jaar later dat hij ‘moest nemen wat men krijgen kon [...] zeer ten nadeele van een werkelijk goede verpleging’.¹²⁸ En F.M. Cowan, eerste geneesheer van het gesticht te Dordrecht, liet weten dat hij, indien mogelijk, het liefst de ‘tegenwoordige karikaturen en bloc [zou] wegzenden’.¹²⁹

De problemen met het personeel klemde des te meer omdat mede door zijn optreden gestichten regelmatig in een slecht daglicht kwamen te staan, wat hun toch al ongunstige imago in de maatschappij nog meer schaadde. Voormalige patiënten traden naar buiten met verhalen over de slechte bejegening en de mishandeling die hen ten deel was gevallen. Zo schreef een student over zijn ervaringen in het gesticht Meerenberg in 1892-1893 in een in zijn medisch dossier opgenomen *Historia Vitae*:

Wat de eerste maanden aangaat, in dien tijd werd ik veel te hardhandig behandeld. De toenmalige verplegers [...] waren geenszins voor hun vak berekend, waren ruw en onbeschaafd, sloegen er op los, waar dit hoegenaamd niet noodig was. Sleurden mij in de cel; en vandaar weer naar bed en zo ging het aanvankelijk iedere dag; ook scheen het mij toe dat in die tijd de verpleegers misbruik maakten van sterken drank [...] Met verbazing zag ik meermalen, hoe laks in de eerste maanden de [...] oppassers hun plicht doen en alleen op eigen genoegens bedacht waren.¹³⁰

In 1892 publiceerde de weduwe Johanna Stuten-te Gempt een brochure over haar ervaringen in het krankzinnigengesticht aan het Slijkeinde te Den Haag. Huisvesting, voeding en de behandeling door artsen en ‘oppasseressen’ waren abominabel. Een van haar medepatiënten werd aan de haren naar de cel gesleept en dermate geslagen dat zij een van haar duimen brak. Niemand hoorde de wanhoopskreten, schreef Stuten-te Gempt, ‘Er is geen controle, geen toezicht, geen bescherming voor ongelukkigen, die minder dan een dier, die als het uitvaagsel van het mensdom worden behandeld’.¹³¹ Tien jaar later publiceerde E.J.A. Melster, voormalige patiënt in het krankzinnigengesticht te Zutphen, een litanie van klachten over de mishandelingen die hij daarin had ondergaan.¹³²

Dergelijke publicaties vormden wel een heel groot contrast met de humanitaire retoriek van geneesheren en deze moeten er dan ook door in verlegenheid zijn gebracht. Van Deventer bijvoorbeeld betreurde dat het publiek het gesticht nog steeds beschouwde ‘als eene inrichting achter welke muren dingen gebeuren die het daglicht niet kunnen zien’.¹³³ De Utrechtse gestichtsgeneesheer B. van Delden stelde in zijn *Onze krankzinnigen en hunne verpleging* (1897), bedoeld voor zowel verplegenden als het algemene publiek, dat mistanden in de gestichten alleen uit de wereld waren te helpen als deze instellingen zich open opstelden naar de samenleving.

Weg met die onzinnige, angstvallige geheimzinnigheid! Bezoek door burgers aan krankzinnigengestichten dient uitgelokt, aangemoedigd te worden, opdat het publiek ervan overtuigd worde dat een krankzinnigengesticht niets anders is dan een ziekenhuis, welke inrichting in velerlei opzicht afwijkt van die der gewone ziekenhuizen, doch waar even goed menschlievendheid den hoofdtoon voert, en dat ze allerminst plaatsen zijn waar gekneveld, geketend en mishandeld wordt.¹³⁴

De verpleging van patiënten op basis van medische maatstaven vereiste volgens gestichtsartsen goed opgeleid verplegend personeel, dat was geschoold in nauwkeurige observatie en registratie van de symptomen van geestesziekte. Het streven naar in medische vakken geschoold ver-

plegenden, die onder de zeggenschap van geneeskundigen vielen, was een belangrijk onderdeel van hun ambitie om het peil van de krankzinnigenzorg te verhogen en deze op één lijn te stellen met de verpleging in ziekenhuizen.¹³⁵ In een lezing over de opleiding en taken van ‘de ziekenverpleegster’ voor verpleegsters in opleiding betoogde Cornelis Winkler dat de moderne arts in de krankzinnigenzorg voor een goede beroepsuitoefening afhankelijk was van de dagelijkse observatie van en zorg voor patiënten door de verpleging. Een goede verpleegster belichaamde de ogen en oren van de geneesheer en zij moest volledig dienstbaar aan hem zijn. De verpleegopleiding was volgens Winkler cruciaal voor de vooruitgang van de geneeskunde: ‘Ik aarzel niet het als mijne meening uit te spreken, dat de medische ontwikkeling in een Staat onder meer zal afhangen van de wijze waarop de geneesheeren de opleiding hunner verpleegsters weten te regelen.’¹³⁶ Goed geschoolde verplegend personeel en de daarbij horende hiërarchische verhouding tussen geneesheren en verpleegsters waren ook bedoeld om het aanzien van de gestichtsartsen te verbeteren.

De eerste algemene opleiding voor ziekenverpleegsters was in 1878 op initiatief van Jeltje de Bosch Kemper en onder auspiciën van de Vereniging Het Witte Kruis van start gegaan en in de daarop volgende twee decennia vervingen ziekenhuizen geleidelijk aan steeds meer onopgeleid personeel door uit de middenklasse afkomstige gediplomeerde verpleegsters. Ziekenverpleging verwierf in toenemende mate de status van een maatschappelijk gewaardeerd beroep voor ‘beschaafde’ ongehuwde vrouwen.¹³⁷ Naarmate de ziekenhuisverpleging verbeterde, werd het contrast met het veelal ongeschoolde en door gestichtartsen als onbeschaafd bestempelde mannelijke en vrouwelijke oppassende personeel in de krankzinnigengestichten des te groter. De kwaliteit van de verpleging door religieuzen in katholieke instellingen kwam eveneens ter discussie te staan.¹³⁸

In 1888 nam Van Deventer het voortouw met een voordracht voor de NVP waarin hij pleitte voor theoretisch en praktisch goed opgeleide en beschaafde krankzinnigenverpleegsters. Naar aanleiding van de vraag of vrouwen wel geschikt waren voor de verpleging op onrustige mannenafdelingen, stelde Van Deventer, en Winkler viel hem hierin bij, dat vrouwen vanwege hun natuur bij uitstek geschikt waren om een kalmerende invloed op krankzinnigen uit te oefenen.¹³⁹ Als geneesheer-directeur van het Amsterdamse Buitengasthuis had Van Deventer ervaring opgedaan met geschoolde verpleegsters. In 1883 had Anna Reynvaan, een van de eerste gediplomeerde verpleegsters en adjunct-directrice van het Buitengasthuis, samen met Van Deventers vrouw, Antonia Wilhelmina Stelling, een verpleegstersopleiding voor de krankzinnigenzorg opgezet.¹⁴⁰ In een voordracht voor de NMG over de ontwikkeling van het krankzinnigengesticht in de negentiende eeuw wijdde Ramaer aan het eind van zijn leven lovende woorden aan het Buitengasthuis onder leiding van Van Deventer, dat door de inzet van ziekenzusters ‘van verstandelijke ontwikkeling en beschaving’ een metamorfose had ondergaan: ‘Welk een geest van verstandige liefde was doorgedrongen, welke zindelijkheid en netheid heerschten er, wat was het er rustig, wat waren de verpleegden er bezig en wat zagen zij er tevreden, gelukkig zelfs uit.’¹⁴¹ Ook vanuit de NVP klonk lof:

Vroeger was het oppasserspersoneel een samenraapsel van dronkaards en vagebonden, nu reeds sedert meer dan 7 jaren, heeft dank zij de energie van den tegenwoordigen directeur, de beschaafde vrouw daarin haar intrek als verpleegster genomen en waar vroeger ruwheid en onbeschaafdheid ten troon zaten, daar vertoont zich nu de invloed van de ontwikkelde vrouw.¹⁴²

3.3 HET MEDSICH MODEL IN HET GESTICHT

Een commissie van de NVP, bestaande uit Van Deventer, Tellegen en Wilhelmus Pieter Ruysch, inspecteur van het Staatstoezicht, pleitte in 1890 met instemming van de leden, voor een verbetering van het verplegend personeel in alle gestichten door middel van een theoretische en praktische opleiding en een verpleegexamen, dit alles onder leiding van gestichtsartsen. ‘*Toewijding, christelijke liefde en hogere roeping*, hoe verdienstelijk en hoe onmisbaar ook, zijn *niet voldoende*’, zo stelde de commissie.

Ziekenverpleging en dus ook krankzinnigen-verpleging is evenals alle menselijke 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 iedereen, zoowel wereldlijken als geestelijken verpleger (verpleegster) volstrekt noodzakelijk.

Voorts drong de commissie aan op de terugdringing van het verloop onder verplegenden door middel van een goede behandeling, redelijke lonen en loopbaanperspectieven. Alleen zo zou goed personeel aan zijn te trekken, ‘dat zedelijk en maatschappelijk aan billijke eischen voldoet’.¹⁴³

Naar aanleiding van dit advies stelde de NVP een opleiding en een examen voor krankzinnigenverpleging in en werden onder leiding van Van Deventer de eisen daarvoor nader ingevuld. Behalve uit medisch-biologische kennis over het menselijk lichaam bestond de opleiding vooral uit leerstof en praktische vaardigheden met betrekking tot de zorg voor en behandeling van geesteszieken. De geneeskundigen dienden zelf zorg te dragen voor de opleiding van het verplegend personeel in hun gesticht. Een door de NVP ingestelde commissie nam eenmaal per jaar, vanaf 1904 op locatie in de deelnemende gestichten, het examen af en reikte het diploma uit. Voorwaarden voor toelating tot de opleiding en het examen waren bewijzen van fatsoenlijk gedrag en goede gezondheid alsmede een leeftijd van tenminste 22 jaar en minstens twee jaar (in 1895 opgehoogd tot drie jaar) werkervaring in een ziekeninrichting, waarvan tenminste één jaar in een krankzinnigengesticht of in een instelling voor zenuwlijders.¹⁴⁴ Tijdens hun opleiding waren de kandidaten als leerling-verplegenden in het gesticht werkzaam en ook gehuisvest. De eerste examens werden in 1892 afgenomen.

Het waren niet enkel vrouwen die de opleiding voor krankzinnigenverpleging volgden. In 1900 bestond een kwart van de bijna 400 gediplomeerden uit mannen en rond 1910 was meer dan een derde van alle (gediplomeerde en ongediplomeerde en ook religieuze) verplegenden in de gestichten van het mannelijk geslacht, terwijl hun aandeel in algemene ziekenhuizen hooguit een tiende bedroeg.¹⁴⁵ Desondanks beklemtoonde Van Deventer en ook andere gestichtsgeneesheren dat verplegen primair een taak was voor uit de ‘beschaafde stand’ afkomstige ‘*zusters, de eigenlijke zieken-verpleegsters*’.¹⁴⁶ Cox, die geloofde dat vrouwen waren voorbestemd voor het moederschap, maar vanwege hun ‘fijngevoeligheid, tact, hulpvaardigheid’ ook bij uitstek beschikten over de voor de verpleging nodige eigenschappen, stemde volmondig in met Van Deventers uitgangspunt, maar hij betwijfelde of het haalbaar was.¹⁴⁷ De ervaring had hem geleerd dat het moeilijk was om aan ‘beschaafde’, dat wil zeggen algemeen ontwikkelde verpleegsters te komen. Betere arbeidsomstandigheden en hogere salarissen waren nodig om dergelijke vrouwen een aantrekkelijker perspectief te bieden.

Sommige gestichtsartsen plaatsten vraagtekens bij Van Deventers en Cox’ ideeën over vrouwelijke beschaafdheid. Schermers, geneesheer-directeur van een gereformeerd gesticht en

auteur van *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen* (1898), achttentem temperament, karakter en vooral moreel kaliber van meer belang dan algemene ontwikkeling:

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.¹⁴⁸

Mensen uit de kleine gereformeerde burgerstand, Kuypers achterban van de 'kleine luyden', zouden bij uitstek geschikt zijn voor het verpleegberoep, temeer daar het grootste deel van de gestichtspatiënten tot de lagere standen behoorde.

Impliciet kritiseerde Schermers ook de veronderstelling dat alleen vrouwen voor de krankzinnigenverpleging geschikt waren. Hij stelde voor gehuwde verplegers door middel van een passend salaris de mogelijkheid te geven om in de krankzinnigenzorg werkzaam te blijven, zoals dat in het gesticht Veldwijk reeds op kleine schaal gebeurde. Gerard Christiaan van Walsem, geneesheer-directeur van Meerenberg, stemde hiermee in: om de kwaliteit van de verpleging te waarborgen en het verloop onder het personeel terug te dringen was het noodzakelijk om ervaren, gehuwde verplegers te behouden door hen een dienstwoning en uitzicht op een behoorlijk bestaan te bieden.¹⁴⁹ Ook J. Kat, geneesheer in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, wees expliciet op het belang van mannelijke verplegenden, wier geschiktheid voor de krankzinnigenzorg niet hoefde onder te doen voor die van verpleegsters.¹⁵⁰ Hiermee haakte Kat in op de zogenaamde verplegerskwestie: krankzinnigenverplegers voelden zich achtergesteld bij en minder gewaardeerd dan hun vrouwelijke collega's alsook onvoldoende gesteund door de bestaande belangenverenigingen voor verplegenden. Zij richtten in 1906 hun eigen beroepsorganisatie op, de Nederlandsche Verplegers Vakvereniging.¹⁵¹

Dat veel gestichtsgeneesheren de indruk wekten dat zij de voorkeur gaven aan vrouwelijk verplegend personeel, zou te maken kunnen hebben met hun streven naar een onderschikking van de verpleging aan de medische autoriteit. De verhouding tussen de objectieve, wetenschappelijke geneeskunde en de invoelende, zorgende verpleging weerspiegelde immers de vermeende natuurlijke taakverdeling en hiërarchie tussen mannen en vrouwen, die in de negentiende-eeuwse burgerlijke maatschappij doorgaans als vanzelfsprekend gold. Dat nam niet weg dat sommige gestichtsartsen wel degelijk het belang van mannelijke verplegers onderkenden. Terwijl medici bij verpleegsters hun 'beschaving' belangrijk vonden, stelden zij bij verplegers vooral kennis van een bepaald vak op prijs vanwege hun belangrijke rol bij de tewerkstelling van patiënten. Bovendien is het de vraag of mannen in de krankzinnigenverpleging daadwerkelijk werden achtergesteld bij vrouwen. Weliswaar konden zij geen hoofd van de verpleging worden, maar zij ontvingen gemiddeld een hoger salaris. Verplegers die huwden konden in dienst blijven en kregen aparte en ruimere huisvesting, terwijl vrouwen ontslag moesten nemen als zij trouwden. Ook dat vormde een weerspiegeling van de burgerlijke moraal: gehuwde mannen waren per definitie kostwinner en voor getrouwde vrouwen was alleen een rol als huisvrouw en moeder weggelegd.

De NVPN bleef niet lang de enige organisatie die een verpleegopleiding in de krankzinnigenzorg verzorgde. Op basis van de specifiek gereformeerde visie op de krankzinnigenzorg en de psychiatrie zette de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland al in 1895 een eigen opleiding op, die alleen toegankelijk was voor protestants-

3.3 HET MEDSICH MODEL IN HET GESTICHT

christelijke kandidaten. De rijkskrankzinnigengestichten stelden met ingang van 1903 een eigen staatsexamen in.¹⁵² Vrijwel alle openbare en, vanaf de eeuwwisseling, ook veel katholieke gestichten leidden leerling-verplegenden op voor het NVPN-examen. De aanvankelijk afwerende houding van de katholieke gestichten had te maken met het idee dat verpleging niet zozeer een beroep, maar liefdewerk door religieuzen was. Bovendien was de vrees dat een verpleegopleiding onder leiding van medici, afgezien van het mogelijke onzedelijke onderwijs over het menselijk (onder)lichaam, de religieuze hiërarchie van de broeder- en zustercongregaties kon ondermijnen. Toch lukte het de inspectie van het Staatstoezicht om de katholieke besturen en congregaties van het nut van de NVPN-verpleegopleiding te overtuigen.¹⁵³ In tegenstelling tot de gereformeerden werden vanuit katholieke kring nauwelijks pogingen ondernomen om een eigen, op het geloof gebaseerde psychiatrie te vestigen, ook al was er, vanwege haar vermeende materialisme en determinisme, sprake van kritiek op de natuurwetenschappelijke psychiatrie. Het bleef voornamelijk bij retoriek: het medische model kon in de praktijk betrekkelijk probleemloos naast de godsdienst bestaan. Door het gebied van de geneeskunde en dat van de zielzorg als gescheiden sferen te beschouwen en de grenzen tussen beide in acht te nemen, probeerden katholieke gestichtsgeneesheren conflicten met de clerus te vermijden, wat niet wegnam dat er zich soms schermutselingen voordeden.¹⁵⁴

Afgezien van de verdeeldheid in de opleiding in de krankzinnigenverpleging was Nederland een van de weinige landen waar deze zich vrijwel onafhankelijk van de opleiding voor de algemene ziekenverpleging ontwikkelde. Met uitzondering van landen als Groot-Brittannië, Ierland en Zwitserland, waar ook een aparte opleiding ontstond, was het gebruikelijk dat de krankzinnigenverpleging zich ontwikkelde als specialisatie binnen één algemene verpleegopleiding – een regeling waarvoor sommige Nederlandse psychiaters, met name de neurologisch georiënteerde hoogleraar Winkler, in eerste instantie ook geporteerd waren.¹⁵⁵ Pogingen om in Nederland te komen tot een uniforme examenregeling voor zowel zieken- als krankzinnigenverplegenden leden echter in 1898 definitief schipbreuk omdat de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging de gestichten niet als een ziekenhuis wenste te erkennen en een jaar praktijkervaring in een algemeen ziekenhuis of een kinderziekenhuis verplicht wilde stellen, hetgeen de NVPN en de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders niet accepteerden.¹⁵⁶

Haar status aparte versterkte de zeggenschap van gestichtsartsen en psychiaters over de krankzinnigenverpleging, omdat zij weinig rekening hoefden te houden met de vereisten voor de verpleegkunde in de algemene gezondheidszorg en de instanties die daarover gingen. Mede daardoor kreeg de krankzinnigenverpleging in Nederland op den duur een eigen moreel-opvoedkundig karakter, hoewel de algemene ziekenzorg en de somatische oriëntatie van de psychiatrie zeker invloedrijk bleven. Ook wat de gezagsverhoudingen betreft, de gehoorzaamheid en discipline die het verplegend personeel moest opbrengen, spiegelde gestichtsgeneesheren zich gaarne aan hun collega's in het ziekenhuis. Tegelijkertijd gingen zij vanaf de eeuwwisseling, nadat een samengaan met de ziekenverpleging was geblokkeerd, de moreel-opvoedkundige aspecten van de krankzinnigenverpleging benadrukken – in de gereformeerde opleiding stonden deze al vanaf het begin op de voorgrond. Van Deventer had al in 1888 gewezen op het belang van een psychische behandeling van krankzinnigen, waarbij hem vooral een sociaal-opvoedkundige aanpak voor ogen stond.¹⁵⁷ Ook in een beschouwing van de NVPN uit 1904 over wat krankzinnigenverpleging van ziekenverpleging onderscheidde, kwam duidelijk naar voren hoe

belangrijk artsen een geduldige en begrijpende omgang van verplegenden met geesteszieken vonden.¹⁵⁸ De diverse handleidingen voor krankzinnigenverpleging van gestichtsartsen en psychiaters, zoals Van Deventers *Handboek der krankzinnigenverpleging* (1892-1897), Van Deldens *Onze krankzinnigen en hunne verpleging* (1897), Schermers' *Handleiding bij de verpleging van krankzinnigen* (1898) en Jan C.Th. Scheffers *Voorlezingen over zenuwzieken en krankzinnigen en hunne verpleging* (1906), ademden eenzelfde moreel-pedagogische geest.¹⁵⁹

Er zijn aanwijzingen dat de verpleegopleiding althans voor een deel tegemoetkwam aan de verwachtingen van de gestichtsartsen. De toelatingseisen en de examinering werkten een bepaalde selectie in de hand, waarvan bij de werving van het personeel in de negentiende eeuw nauwelijks sprake was geweest.¹⁶⁰ Uit de kring van gediplomeerden benoemden gestichtsgeneesheren vervolgens zelf de leidinggevende verplegenden. Deze leidinggevendenden droegen niet alleen de gangbare geneeskundige opvattingen, maar ook een in overleg met de eerste geneesheer of de geneesheer-directeur opgestelde verzameling 'huisregels' over aan de onder hen staande verplegers en verpleegsters. Zo konden de gestichtsartsen via het medisch en in toenemende mate ook opvoedkundig opgeleide verplegend personeel een sterk stempel drukken op het dagelijks leven op de afdelingen. Ook al bleef het personeelsverloop aan de hoge kant – vooral omdat huwende verpleegsters moesten stoppen met hun werk en ook omdat veel verplegenden direct na hun diplomering of na een aantal jaren een andere, beter betaalde en minder gereguleerde betrekking zochten (bijvoorbeeld in de algemene gezondheidszorg) – het vertoonde tussen 1890 en 1920 wel een dalende lijn.¹⁶¹ Er zijn ook aanwijzingen dat de opleiding bijdroeg tot een verhoging van het verpleegpeil, zowel wat de lichamelijke verzorging als de bejegening van krankzinnigen betrof. Van belang in dit verband was ook dat het aantal patiënten per (gediplomeerd dan wel ongediplomeerd) verplegende in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw geleidelijk omlaag ging, hoewel de gestichten in dit opzicht onderling grote verschillen vertoonden.¹⁶²

Terwijl de verplegenden zich voortdurend bij de patiënten ophielden om op hen te letten en voor hen te zorgen, was het contact van gestichtsgeneesheren met hun patiënten veel beperkter. Uitgaande van de na 1884 door de inspectie van het Staatstoezicht gehanteerde norm van minimaal één geneesheer op 200 patiënten hadden de gestichtsartsen bij een achturige werkdag voor iedere individuele patiënt maar weinig tijd beschikbaar. Normaal gesproken zagen patiënten de geneesheer van hun afdeling alleen tijdens diens dagelijkse rondgang in gezelschap van de hoofdzuster. Pas opgenomen patiënten zagen vaker een arts dan krankzinnigen die langer waren opgenomen; een en ander hing ook af van de aard van de stoornis. Eerste en tweede klassepatiënten konden hoe dan ook op meer aandacht van artsen rekenen dan krankzinnigen die op kosten van de armenzorg waren opgenomen.

Uit onderzoek van een NVPN-commissie naar de positie van geneesheren in krankzinnigen-gestichten bleek dat voor de meesten van hen een dienstdag was voorgeschreven van 9 uur 's-ochtends tot 4 à 5 uur 's-middags, onderbroken door een rusttijd van ongeveer anderhalf uur, terwijl zij tevens verplicht waren een korter of langer avondbezoek op hun eigen afdeling af te leggen. Naast het contact met patiënten besteedden de gestichtsartsen hun tijd aan overleg met en instructie van verplegenden, contacten met collega's, administratie, zo nodig contacten met familieleden van patiënten en soms ook aan onderzoek en een particuliere praktijk. Op sommige dagen moesten zij voor het geven van een cursus aan verplegenden nog enkele uren aan hun dienstdag toevoegen. Inwonende geneesheren moesten in principe continu beschikbaar zijn.¹⁶³

3.3 HET MEDSICH MODEL IN HET GESTICHT

Welke invloed hadden de inspanningen van gestichtsgeneesheren en verplegenden op de behandeling van patiënten? Leidde de invoering van het medisch model in de gestichten ertoe dat meer van hen beter werden of genazen? Het aandeel van de patiënten dat volgens de verslagen van de inspecteurs van het Staatstoezicht ‘hersteld’ uit het gesticht werd ontslagen, varieerde in het laatste kwart van de negentiende eeuw tussen bijna 29 en ruim 37 procent en het bleef in het eerste decennia van de twintigste eeuw steken op ruim 30 procent. De meeste als ‘hersteld’ ontslagen patiënten werden korter dan een jaar in een gesticht verpleegd en onder hen was het aandeel van vrouwen groter dan dat van mannen.¹⁶⁴ Hieruit zou zijn af te leiden dat, zoals geneeskundigen zelf ook aangaven, acute geestesstoornissen beter te behandelen waren dan min of meer chronische vormen van krankzinnigheid. Los van de vraag wat ‘herstel’ precies betekende – genezing of een zodanige verbetering dat een patiënt zich weer enigszins wist te redden of elders, bijvoorbeeld door het gezin of familieleden, verzorgd kon worden – roepen deze cijfers vragen op over de geneeskundige vermogens en ambities van de gestichtsartsen. Vanaf de oprichting van de NVP hadden zij, evenals de inspecteurs van het Staatstoezicht, immers voortdurend benadrukt dat de gestichten net als gewone ziekenhuizen bedoeld waren om genezing te brengen.

Mede om beter inzicht te krijgen over de behandelresultaten stelde Ramaer in 1887 een nieuw psychiatrisch classificatiesysteem voor dat was gebaseerd op een analyse van veroorzaking, verloop en prognose van geestesstoornissen en dat bestond uit elf, over drie hoofdgroepen verdeelde ziektebeelden. Cruciaal was het onderscheid tussen ziekteprocessen die het einde van hun verloop nog niet bereikt hadden (manie, melancholie, insania en dementia paralytica, paranoia, insania epileptica, insania extatica, insania hallucinatoria, insania sexualis, insania cyclica) en chronische stoornissen die niet meer veranderden, zoals dementie, idiotie en insania moralis (morele waanzin). De derde hoofdgroep bestond uit stoornissen van voorbijgaande aard, zoals deliria, die vaak hun oorzaak vonden in vergiftiging. Volgens Ramaer zou de toepassing van deze indeling betere oftewel minder ‘ongunstige’ statistische informatie over het aantal genezingen en sterfgevallen in de gestichten opleveren.¹⁶⁵ Voor de bepaling van het therapeutische resultaat van de gestichten zou het niet juist zijn om chronische stoornissen mee te rekenen omdat deze per definitie ongeneeslijk waren en de sterftcijfer onder de lijdens daaraan hoog waren. Het lijkt erop dat het door Ramaer voorgestelde classificatiesysteem mede een strategisch doel diende, namelijk het verbeteren van het imago van het gesticht als medische instelling. Immers, juist de lage genezingspercentages en de hoge sterftcijfers deden afbreuk aan het streven van geneeskundigen om de krankzinnigenzorg ook in de publieke beeldvorming voor te stellen als medische zorg.

Nadat Schermers in 1909 openlijk had erkend dat de genezingskans in een gesticht in vergelijking met vroeger was gedaald, stelde een jaar later ook Cox, geneesheer-directeur van het Utrechtse Willem Arntsz Huis, vast dat de verbeterde krankzinnigenzorg niet had geresulteerd in een hoger herstelpercentage.¹⁶⁶ Dat minder dan een derde van de patiënten als hersteld het gesticht verliet zou volgens geneeskundigen te wijten zijn aan het feit dat velen van hen te laat, in een te ver gevorderd stadium van hun ziekte in het gesticht terechtkwamen en eveneens aan de relatieve toename van ernstige en chronische psychosen die moeilijk of helemaal niet te behandelen waren.¹⁶⁷ Inspecteur Schuurmans Stekhoven tekende daarbij aan dat het effect van de gestichtsverpleging niet alleen moest worden beoordeeld op basis van herstel- of genezingscijfers, maar ook aan de hand van de duurzaamheid van de verbetering en het aantal patiënten

van wie de lichamelijke en/of geestelijke toestand vooruit ging.¹⁶⁸ In de volgende paragraaf gaan wij, mede aan de hand van patiëntendossiers, in op de wijze waarop gestichtsgeneesheren omgingen met de lijdens aan een van de chronische aandoeningen die in krankzinnigengestichten voorkwamen: *dementia paralytica* en de daaraan gerelateerde *tabes dorsalis*.

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

De nu nauwelijks meer voorkomende ziekte *dementia paralytica* is een dodelijke zenuwaandoening die zich behalve in lichamelijke aandoeningen, zoals verlammingen, ernstige hoofdpijn, paralytische krampen, epileptische aanvallen, incontinentie en motorische en spraakstoornissen, uit in tal van geestes- en gedragsstoornissen: demencie, geheugenverlies, depressiviteit, manie, deliria, grootheidswaan en verlies van zelfbeheersing en decorum.¹⁶⁹ Sinds het begin van de twintigste eeuw is bekend dat de oorzaak een aantasting van de hersenschors is als gevolg van besmetting met de syfilisbacterie door middel van seksueel contact of door middel van de overdracht van de moeder op de vrucht. *Dementia paralytica* vormt samen met *tabes dorsalis*, de aantasting van het ruggenmerg, het laatste stadium van syfilis, dat zich na vijf tot vijftien jaar bij een deel van de syfilislijders kan voordoen. Lijders aan *tabes dorsalis*, die geen of minder psychiatrische symptomen vertoonden, werden ook in gestichten en sanatoria verpleegd, maar niet zo veelvuldig als de patiënten met *dementia paralytica*. De Franse arts Antoine Laurent Bayle was in 1826 de eerste die het ziektebeeld *dementia paralytica* beschreef: hij vatte demencie en verlamming op als symptomen van dezelfde aandoening, die hij aanduidde als 'algemene paralyse'.¹⁷⁰

Bayle zette de toon voor de medisch-psychiatrische begripsvorming, ook al waren er verschillende benamingen gangbaar voor de ziekte: naast *dementia paralytica* ook algemene en progressieve paralyse, en later in de twintigste eeuw para- en neurosyfilis. In de volksmond heette de aandoening 'hersenvetking' en *tabes dorsalis* stond bekend als 'ruggenmergtering'.¹⁷¹ Medici vermoedden in de negentiende eeuw een samenhang tussen deze kwalen en besmetting met syfilis, maar over de precieze aard van het verband bestond tot de Eerste Wereldoorlog geen duidelijkheid. In 1905 toonden de artsen E. Hoffmann en F. Schaudin aan dat een bacterie (de *spino cháeta pállida*) syfilis veroorzaakt. Een jaar later ontwikkelde August Paul von Wassermann de zogenaamde 'Wassermanntest' om de aanwezigheid van antilichamen voor syfilis in het bloed aan te tonen. Nadat de onderzoeker H. Noguchi van het Rockefeller-instituut in New York in 1913 de syfilisbacterie in de hersenen van paralytici aantrof en daarmee onomstotelijk vast kwam te staan dat *dementia paralytica* een tertiair stadium van syfilis vormde, gingen psychiaters de Wassermanntest gebruiken om *dementia paralytica* te diagnostiseren.¹⁷² Tot de jaren twintig bestond er geen geneesmiddel en veel patiënten stierven lichamelijk en geestelijk totaal afgetakeld, vaak binnen vijf jaar nadat het begin van *dementia paralytica* zich had gemanifesteerd.¹⁷³ Medicijnen die werden gebruikt om syfilis te bestrijden, zoals joodkalium en kwik en vanaf 1910 salvarsan, baatten niet in de behandeling van *dementia paralytica*.¹⁷⁴ In 1917 ontdekte de Oostenrijkse psychiater Julius von Wagner-Jauregg dat het ziekteproces tot staan was te brengen door middel van een kunstmatige besmetting met malaria, die hoge koorts en opwekte. Deze 'malariakoortskuur', waarbij de malaria weer werd bestreden met kinine, was

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

de gangbare therapie tot de introductie in het midden van de jaren veertig van penicilline als geneesmiddel voor syfilis.¹⁷⁵

Dementia paralytica kreeg aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw binnen en buiten Nederland veel aandacht van gestichtsartsen en psychiaters. Daarvoor zijn drie redenen aan te wijzen. Ten eerste namen zij vanaf de jaren tachtig een sterke stijging waar van het aantal ziektegevallen in krankzinnigengestichten.¹⁷⁶ Vanwege de vermeende grote toename werd dementia paralytica gekarakteriseerd als 'dé ziekte der negentiende eeuw'.¹⁷⁷ Sommige historici onderschrijven de waarneming van negentiende-eeuwse medici. Dementia paralytica en tabes dorsalis zouden daadwerkelijk vaker zijn voorgekomen als gevolg van een syfilisepidemie die zich in Europa en Noord-Amerika had verspreid. Tussen 5 en 20 procent van de bevolking zou syfilis hebben opgelopen en 6 procent van de lijders viel uiteindelijk ten prooi aan het derde stadium.¹⁷⁸ Ten tweede toonden gestichtsartsen en universitaire psychiaters veel belangstelling voor dementia paralytica en tabes dorsalis omdat deze aandoeningen de belofte van de biomedische aanpak in de psychiatrie – dat er voor geestesstoornissen lichamelijke oorzaken waren te vinden – leken waar te maken. Volgens enkele historici grepen psychiaters dementia paralytica dankbaar aan om hun natuurwetenschappelijk pretenties en de medicalisering van hun vak te onderbouwen. Als voor dementia paralytica een lichamelijke oorzaak kon worden aangetoond, zou dat wellicht ook voor andere geestesstoornissen mogelijk zijn.¹⁷⁹ Ten derde speelde dementia paralytica ook een belangrijke rol in de psychiatrische discussie over de maatschappelijke oorzaken van geestesstoornissen en de eventuele preventieve maatregelen; in dit verband ging het ook om een uitbreiding van het psychiatrisch beroepsdomein.

In deze en de volgende paragraaf bekijken wij de rol van dementia paralytica in de psychiatrie vanuit drie perspectieven: in de context van (1) de gestichtspraktijk, waarbij het ging om diagnose, verpleging en behandeling, (2) het biomedische, pathologisch-anatomische en histologische onderzoek naar de lichamelijke oorzaken en (3) de medische en maatschappelijke discussie over de prevalentie en sociaal-culturele oorzaken van deze ziekte. Ons interpretatiekader wordt gevormd door het verband tussen de geneeskundige bemoeienis met dementia paralytica en tabes dorsalis en de psychiatrische beroepsvorming in die tijd. Tegen de achtergrond van de professionalisering van het psychiatrisch beroep deden zich spanningen voor tussen de klinische praktijk, de medisch-wetenschappelijke ambities en de maatschappelijke aspiraties van psychiaters. De psychiatrische duiding van dementia paralytica en tabes dorsalis veranderde en varieerde al naar gelang de institutionele en maatschappelijke context waarin psychiaters deze ziekten onderzochten, behandelden en bediscussieerden. Zonder de lichamelijke en psychische realiteit van deze aandoeningen te bagatelliseren, willen wij laten zien dat de betekenissen die geneeskundigen in hun diagnoses en verklaringen eraan gaven, deels sociaal-cultureel van aard zijn.¹⁸⁰

Een groot deel van de lijders aan dementia paralytica en tabes dorsalis kwam terecht in de krankzinnigengestichten en een kleiner deel van deze patiënten werd thuis of, als ze het konden betalen, in kuuroorden en sanatoria verpleegd.¹⁸¹ Volgens de verslagen van de inspecteurs van het Staatstoezicht was er in de periode 1875-1914 sprake van een absolute en relatieve stijging van het aantal lijders aan dementia paralytica in de Nederlandse gestichten. In de jaren 1875-1877 ging het om 2,1 procent van de totale gestichtsbevolking, in 1888-1890 om 3,8 procent, in 1900-1902 om 6,2 procent en in 1914 om 6,9 procent – meer dan een verdrievoudiging in veertig jaar.¹⁸² Sommige psychiaters noemden nog hogere percentages. Winkler bijvoorbeeld maakte

in 1885 gewag van ongeveer 8 procent.¹⁸³ De stijging en de uiteenlopende percentages zouden, zoals Jelgersma in 1911 opmerkte, deels verband kunnen houden met een verandering in de diagnostische blik van psychiaters, waardoor meer gevallen van *dementia paralytica* herkend werden. Jelgersma wees erop dat de diagnosestelling van *dementia paralytica*, vooral in het beginstadium van de ziekte, gecompliceerd was omdat de symptomen, zoals hoofdpijnen, geheugenverlies, prikkelbaarheid en overgevoeligheid, zich ook bij andere stoornissen, zoals alcoholische demencie en hersentumoren konden voordoen. Beginnende *dementia paralytica* kon eveneens worden verward met neurasthenie, melancholie en ouderdomsdemencie.¹⁸⁴

Aan de hand van geanonimiseerde patientendossiers van het St. Elisabethsgasthuis en het buitengesticht Brinkgreven in Deventer gaan wij na hoe artsen lijders aan *dementia paralytica* in de klinische praktijk diagnostiseerden en behandelden, welke oorzaken zij aanwezen en hoe een en ander te begrijpen is in de context van de problemen waarmee gestichtgeneesheren zich geconfronteerd zagen alsook van de ambities die zij koesterden. De Deventerse instellingen zijn in menig opzicht representatief voor andere gestichten in Nederland. Net als in veel andere gestichten werd getracht om het steeds nijpendere plaatsgebrek en andere tekortkomingen van het oude stadsgesticht, het uit de zestiende eeuw stammende en in 1841 als geneeskundig gesticht erkende St. Elisabethsgasthuis, het hoofd te bieden door een nieuw gesticht aan de rand van de stad, op het landgoed Brinkgreven, op te zetten. Nadat vanaf 1878 patiënten op het landgoed waren ondergebracht en te werk waren gesteld, werden in 1894 nieuwe paviljoens geopend. Brinkgreven was het eerste nieuwe buitengesticht in Nederland.¹⁸⁵

Van de 353 patientendossiers uit de periode 1870-1914, die wij op basis van een willekeurige steekproef uit het totale aantal van 1.213 bewaarde dossiers van de in het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven opgenomen patiënten selecteerden, hebben twintig betrekking op lijders aan *dementia paralytica* of *tabes dorsalis*. In vijftien dossiers is sprake van ‘*dementia paralytica*’, in twee van ‘paralyse’, in twee van ‘paralysis generalis’ en in één van ‘taboparalyse’.¹⁸⁶ Het aantal paralyselijders bedraagt ruim 5,5 procent van het totaal aantal patiënten in de steekproef en daarmee lijken het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven min of meer representatief voor de Nederlandse gestichten. Om er achter te komen hoe de diagnose en behandeling van *dementia paralytica* zich verhielden tot die van andere ziektebeelden, hebben wij de inhoud van de twintig paralyse-dossiers vergeleken met tien willekeurig gekozen dossiers waarin andere diagnoses werden gesteld: ‘gedrukte gemoedsstemming’, ‘zwaarmoedigheid’, ‘vecordia’, ‘hallucinaties’, ‘secundaire demencie’, ‘*dementia praecox*’, ‘moral insanity’, ‘neurasthenie’ en ‘*dementia epileptica*’. In een van deze tien dossiers stond geen diagnose vermeld.¹⁸⁷ Ook zullen wij de dossiers van patiënten in het St. Elisabethsgasthuis vergelijken met die van de in Brinkgreven opgenomen lijders.

Onder de twintig lijders aan *dementia paralytica* kwam slechts één vrouw voor. Dat stemt overeen met het beeld dat artsen in het algemeen van deze patiënten schetsten: de ziekte trof vooral mannen tussen dertig en zestig jaar.¹⁸⁸ De jongste patiënt was 34 jaar oud ten tijde van de opname en de oudste 58. Op een na, een man die na een jaar overgeplaatst werd naar een ander gesticht, overleden vijftien patiënten binnen twee jaar en vier binnen vijf jaar in het gesticht. Van beroep waren zij koopman, bakker, smid, werkmans, fabrieksarbeider, militair, rijksambtenaar en kantoorboekhouder of zij waren gepensioneerd. Negentien patiënten waren gehuwd, een man was weduwnaar. De enige vrouwelijke patiënt was ‘zonder beroep’. Elf personen waren Nederlands Hervormd, drie rooms-katholiek, één niet-gelovig en drie stonden

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

respectievelijk te boek als Luthers, protestant en gereformeerd, terwijl van twee anderen de godsdienst onvermeld bleef. De helft van de lijdens was opgenomen in de derde klasse; hun verpleging werd door middel van de armenzorg bekostigd. Een gepensioneerde militair betaalde zijn verblijf in het gasthuis zelf en van de andere negen is uit de opnameformulieren in de dossiers niet op te maken in welke klasse zij werden verpleegd.

Aangezien patiëntendossiers doorgaans volgens een bepaald (zij het in de loop der tijd veranderend) stramien zijn opgebouwd, bevatten zij doorgaans dezelfde soort, selectieve informatie, die begrepen moet worden in het licht van hun toenmalige functies.¹⁸⁹ De meeste dossiers uit de periode 1871-1894, waarin het gaat om uitsluitend in het St. Elisabethsgasthuis opgenomen patiënten, zijn dun. Ongeacht de verpleegtijd van de patiënt, beslaan de aantekeningen niet meer drie bladzijden. Dat geldt voor zowel de paralytici als voor andere patiënten in de steekproef. De geringe omvang, specifieke vorm en selectieve inhoud van de dossiers hangen samen met de regels die toen golden voor de patiëntenregistratie. De verslaglegging door de gestichtsartsen diende in de eerste plaats om de wettelijk vereiste krankzinnigenverklaring en de rechterlijke machtiging voor de opname medisch te onderbouwen. Zij waren verantwoording verschuldigd aan de arrondissementsrechtbank en – vanaf 1884 – aan het kantongerecht. De Krankzinnigenwet van 1884 schreef voor dat artsen gedurende de eerste twee weken na een opname hun bevindingen omtrent de patiënt dagelijks op schrift stelden en op basis daarvan een geneeskundig verslag aan de rechter deden toekomen ten einde verlenging van de verpleging dan wel ontslag aan te vragen. Vervolgens dienden zij in het daarop volgende half jaar wekelijks en tijdens de rest van de opnametijd maandelijks het dossier bij te houden. De rapportage was meestal kort en krachtig en de motivatie voor een aangevraagde verlenging was meestal niet zozeer medisch als wel maatschappelijk van aard: de bescherming van de krankzinnige tegen zichzelf of de samenleving of van de samenleving tegen storend en gevaarlijk gedrag van de patiënt. Zo is in een dossier uit 1884 van een 48-jarige gepensioneerde militair te lezen:

[...] verkeert in een staat van krankzinnigheid zich openbarende, onder den vorm van dementia paralytica, in den waan van grootheid, macht, rijkdom, met hallucinaties van verschillende zintuigen, in scherp contrast met den wezenlijk bestaande onbeholpenheid en hulpbehoevendheid. Hij is geheel ongeschikt voor vrij maatschappelijk verkeer. Lijders toestand en de openbare orde vorderen verlenging van verpleegtijd.¹⁹⁰

Wat artsen in de dossiers noteerden, diende dus vooral ter legitimatie van (de verlenging van) de opname en soms ook van de diagnose. Uit de ruime aandacht voor onrustig en gevaarlijk gedrag komt naar voren hoezeer de gestichtspsychiatrie een sociale functie vervulde: de diagnose dementia paralytica rechtvaardigde de rechterlijk gefiatteerde opnamen ter bescherming van zowel de individuele patiënt tegen zichzelf als van de veiligheid van zijn naasten en de maatschappelijke orde. Zo was een 46-jarige man met 'algemene paralyse' opgenomen omdat het 'gevaarlijk is hem alleen te laten' en luidde de motivatie voor de diagnose dat 'hij onder de verschijnselen van grootheidswaanzin en met aanvallen van onrust reeds de duidelijke tekenen gaf van een aanwezig lijden'.¹⁹¹ Een andere paralyselijder werd opgenomen omdat hij thuis 'onhoudbaar' was, 'gevaarlijk voor zijn omgeving, hij wilde zijn kind mishandelen en zichzelf, zijn hoofd in de oven stoppen'.¹⁹²

Een andere reden voor de summiere informatie in de dossiers is dat krankzinnigen die in het gesticht terechtkwamen vaak al zo ziek waren dat hun toestand nauwelijks veranderde, laat staan verbeterde, en dat van therapeutische behandeling geen sprake was. Dit alles neemt niet weg dat de dossiers wel beschrijvingen van de houding, stemming en het gedrag van patiënten bevatten. In 1870 schreef de toenmalige eerste geneesheer E.C.C. van Lennep over een 46-jarige lijder aan dementia paralytica:

Hij is hier in het gesticht tevreden en vraagt niet naar zijne betrekkingen, hij bladert de gehelen dag in een boek, zonder hierin te lezen. Hij is in zijne gesprekken in hoge mate kinderachtig, zijn spraak is stamelend, hij loopt waggelend, zijn gevoel is afgestompt, van de natuurlijke verrichtingen schijnt hij niets te merken, daar hij gedurig onzindelijk is. Hij eet met graagte, maar toont ook hierin niet veel smaak te bezitten daar hij alles dooreen mengt. Zijn toestand ondergaat geen verandering, Hij is tevreden en spreekt niet over zijn kinderen. Wanneer hij moet worden geholpen, is hij wel eens boos en opvliegend.¹⁹³

De inhoud van de andere dossiers uit de jaren zeventig en tachtig die betrekking hebben op dementia paralytica, heeft hetzelfde beschrijvende karakter. Verwijzingen naar (on) tevredenheid, hulpbehoevendheid, apathie, onrust en agressie komen frequent voor. Over een als zeer gevaarlijk getypeerde paralyticus, die in 1889 werd opgenomen met klachten als hikkend spreken, slecht slapen en storend gedrag, staat genoteerd: ‘Hij is des nachts onrustig geweest, verliet zijn bed om weg te lopen en heeft toen dit hem belet werd erg liggen vloeken.’¹⁹⁴ In het dossier van een 57-jarige vrouw is te lezen:

De lijderes is suf en antwoord [sic] niet op vragen, zij moet worden geholpen, eet niet alleen en is geheel wezenloos. Zij was ‘s nachts onzindelijk, zit voor zich uit te staren en is geheel hulpbehoevend. Zij heeft geen besef van wat om haar heen gebeurt [...] moet in alles worden geholpen.¹⁹⁵

Verder is de vrij gedetailleerde en beeldende weergave van de inhoud van wanen en hallucinaties opmerkelijk. Een voorbeeld vormen de notities van een van de gestichtsartsen over de gepensioneerde militair, die in een vergevorderd stadium van dementia paralytica verkeerde:

Hij ziet mij voor de koning aan, noemt mij geregeld Sire, meent mij door zijn dapperheid en heldendrift zeer te kunnen bevoordelen, heeft plannen voor verschillende expedities die hij in Indië in een oogwenk tot een goed einde kan brengen, zoals hij als veldmaarschalk met 12 jaren in dezelfde betrekking ook reeds gedaan heeft en waarmede hij onnoemelijke sommen verdiend heeft. Hallucinaties, ‘s nachts hoort hij zijne vrouw en worden hem meiden in bed gebracht. Als een enorm jager wil hij mij zijn jachtbuit: leeuwen, tijgers, allerlei wilde dieren levend gevangen ten geschenke geven. Hij vertelt allerlei verhalen van zijn ondervindingen, hij kan alles, niemand heeft zovele wapenfeiten bedreven als hij, de beambten ziet hij voor bekende officieren of de vechtmajoor aan; hij speelt met miljoenen goud en diamanten, benoemt mij tot hertog, bij den koningstitel, is vol van mijnen vrouw en het kleine prinsesje [...]’¹⁹⁶

Ook in dossiers van patiënten die aan andere stoornissen leden, wordt de inhoud van psychische symptomen breed uitgemeten. ‘Hij meent in zijn eigen kasteel te zijn, dat hij wil verbouwen op de meest kostbare wijze’, zo vermeldt het dossier van een man wiens diagnose niet is opgetekend.¹⁹⁷ En een hallucinerende bakker ‘doet allerhande verhalen, hoe hij letters gegeten heeft

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

en een man van de praktijk is [...] hij wil in alle zaken verbeteringen aanbrengen, in gevangnissen en gestichten, hij wil de drankwet herzien.¹⁹⁸ Een verschil met de paralyse-dossiers is dat uit de aantekeningen over de andere krankzinnigen is op te maken dat de artsen met de laatsten meer communiceerden en meer aandacht schonken aan hun belevingswereld, zoals in het geval van een man die leed aan 'gedrukte gemoedsstemming': 'hij vreest dat het thuis met de zijnen niet goed gaat [...], windt zich op, toont kinderlijk berouw'.¹⁹⁹ Over een andere man wiens diagnose 'zwaarmoedigheid' luidde, is te lezen: 'bij aanspraak slaat hij den oogen naar beneden [...] gevoelde zich angstig [en] naar zijn tobberijen gevraagd zegt hij wel minder zwaarmoedig te zijn'.²⁰⁰ Uit de dossiers is op te maken dat communicatie met lijdens aan dementia paralytica vanwege de ernst van hun wanen meestal moeilijk of onmogelijk was. Hetzelfde gold overigens ook voor ernstig demente, psychotische, depressieve en zwakzinnige patiënten.

Uit de dossiers van de lijdens aan dementia paralytica en tabes dorsalis komt eveneens naar voren hoe hulpbehoevend zij waren: velen konden nauwelijks spreken, lopen en zitten, laat staan werken, waartoe vele andere patiënten wel in staat waren. '[...] des daags zit hij stil [...] hij kan zich moeilijk met iets ernstigs bezig houden', zo is in het dossier van een van hen te lezen en over de vrouwelijke patiënt staat genoteerd: 'bij noodzakelijke plaatsverandering [ter voorkoming van doorliggen, JS/HO] toont zij zich dikwijls schreeuwende'.²⁰¹ In de tien dossiers van patiënten die aan andere kwalen leden, is daarentegen wel regelmatig sprake van arbeid. Het kunnen en willen werken was een teken van goed gedrag, redelijkheid en beterschap. Een man met een 'gedrukte gemoedstemming' zette zich in 1883 'dadelijk aan het koffie sorteren, gedraagt zich rustig, is gewillig in alles'.²⁰² Een vrouw met vecordia (waanzin) was bij aankomst 'zeer ongenaakbaar, onzindelijk, vuil, spuugt en slaat', maar verbeterde een aantal maanden later. Nu was ze 'bezig met enig huiswerk'.²⁰³ En een 33-jarige 'secundair demente' slager vlocht maten en hielp bovendien mee in het huishouden.²⁰⁴

Aan welke oorzaak of oorzaken weten de gestichtsartsen in het St. Elisabethsgasthuis dementia paralytica? Voor zover zij daarvan melding maakten op de opnameformulieren, ging het vooral om relationele, morele of geestelijke factoren, zoals ruzies en verdriet.²⁰⁵ Over de vrouw die aan dementia paralytica leed, merkte de arts op dat het 'periodiek verschijnsel van krankzinnigheid' bij haar was veroorzaakt door verdriet om haar kinderen die het ouderlijk huis verlieten.²⁰⁶ In het dossier van een 44-jarige man stond vermeld dat hij af en toe sterke drank gebruikte, maar dat dit geen misbruik was en dat 'de grootste oorzaak was dat hij niet kon scheiden van zijn vrouw'.²⁰⁷ De eerder genoemde gepensioneerde militair had tijdens zijn diensttijd in Indië aan allerlei inheemse ziekten zoals cholera, dysenterie en hardnekkige koorts geleiden, maar zijn gezondheid was sinds zijn terugkeer in Nederland verbeterd. Als oorzaak voor zijn lijden aan dementia paralytica werd gewezen op de ruzie die hij met zijn baas had gekregen.²⁰⁸ Nergens in de dossiers van de paralyselijders is een verwijzing te vinden naar lichamelijke oorzaken of erfelijkheid en hetzelfde geldt voor de dossiers van de andere patiënten, hoewel een van de standaardvragen op het opnameformulier betrekking had op het al dan niet voorkomen van een 'krenking van geestesvermogens' bij bloedverwanten. Andere standaardvragen hadden betrekking op het 'temperament' van de lijder (waarbij werd verwezen naar termen uit de humeurenleer als sanguinisch of choleric), naar diens 'beschaving' en 'maatschappelijke stand' en de aanwezigheid van een 'idee fixe'.

Hoewel de geneesheren in het St. Elisabethsgasthuis het gebruik van dwangmiddelen niet wenselijk achtten, waren sommige paralyselijders zo moeilijk in bed te houden dat zij geen

3 HET GESTICHT ALS ZIEKENHUIS



Jean L.C.G.A. le Rütte. (Hogenstijn 2004, p. 87)

andere mogelijkheid zagen, mede vanwege het gebrek aan onvoldoende verplegend personeel.²⁰⁹ Een 35-jarige fabrieksarbeider wilde koste wat kost de oorlog die op dat moment tussen Rusland en Japan woedde, eigenhandig beëindigen en kon, zo schreef de arts L.S. Meijer, ‘slechts met veel moeite enigszins in bedwang gehouden worden, waarbij inwikkelingen en hyoscine herhaaldelijk nodig zijn.’²¹⁰ Hoe andere onrustige patiënten in bedwang werden gehouden, blijft onduidelijk. In hun dossiers is nauwelijks iets terug te vinden over isolering of dwangmiddelen, terwijl er ook geen andere behandelingen worden genoemd. Het is de vraag of dit te maken heeft met het feit dat de artsen deze onwenselijk vonden en er niet over schreven om geen richtbaarheid te geven aan hun therapeutische onmacht.²¹¹

In de dossiers van de paralyselijders staat amper iets vermeld over therapeutische behandeling. In het dossier van een kantoorboekhouder – de enige van de twintig paralytici die, hoewel niet hersteld, ontslag kreeg – is een verwijzing te vinden naar een eerder gevolgde, maar mislukte behandeling: ‘Nadat een kuur in een sanatorium geen resultaat opleverde, zag men zich genoodzaakt, hem hier te brengen.’²¹² Steeds weer gaven de artsen in hun aantekeningen aan dat dementia paralytica en tabes dorsalis ongeneeslijk waren. ‘[...] verandering ten goede is in dit stadium der paralyse niet meer te verwachten’, schreef Meijer in 1905 over de toestand van een 45-jarige man, die al lang aan dementia paralytica leed en in 1908 zou overlijden.²¹³ Ook uit notities als ‘zonder blijvend gevolg zijn rust en symptomatische therapieën toegepast’ en voortdurende herhalingen van uitdrukkingen als ‘toestand onveranderd’, ‘denzelfde toestand’, ‘idem’ en ‘als voren’ geven aan dat artsen weinig konden uitrichten als het om dementia paralytica ging.

Uit de dossiers is af te leiden dat de benadering van de gestichtsartsen in Deventer vanaf het midden van de jaren negentig begon te veranderen. In 1894 werd het buitengesticht Brink-

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

greven onder leiding van geneesheer-directeur Cox, in 1899 opgevolgd door Jean L.C.G.A. le Rütte, in gebruik genomen. Zoals veel vernieuwingsgezinde psychiaters in die tijd, vonden Cox en Le Rütte dat de krankzinnigenzorg zich diende te spiegelen aan de somatische geneeskunde. Het nieuwe gesticht, bestaande uit zes paviljoens voor in totaal 200 patiënten en gelegen in een bos, maakte het mogelijk om Cox' idealen, zoals medisch geschoold verplegend personeel, het gescheiden verplegen van rustige en onrustige patiënten, arbeid in de buitenlucht en ontspanningsmogelijkheden te realiseren.²¹⁴ Vooral de rustige patiënten die tot arbeid in staat waren, verhuisden van het St. Elisabethsgasthuis naar Brinkgreven zodat in het oude stadsge- sticht overwegend onrustige en chronische patiënten achterbleven, onder wie veel paralytische patiënten.

In tegenstelling tot het St. Elisabethsgasthuis beschikte Brinkgreven over diverse moderne medische faciliteiten, niet alleen een laboratorium ten behoeve van fysiologisch en patholo- gisch-anatomisch onderzoek naar de lichamelijke oorzaken van geestesstoornissen, maar ook een operatiekamer en een apotheek. Naast de bedbehandeling schreven de artsen therapeu- tische warm- en koudwaterbaden voor en pasten zij de al langer bestaande zedenkundige behandeling toe door middel van werkverschaffing en ontspanningsactiviteiten.²¹⁵ Dwang- maatregelen trachtten zij zoveel mogelijk te vermijden, maar ontkomen deden ze er niet helemaal aan. Onrustige en onhandelbare patiënten kregen grote hoeveelheden slaap- en kalmeringsmiddelen toegediend en ook het inwikkelen, in het kader van de badtherapie, was een verkapt dwangmiddel.²¹⁶

Hoewel de medische aanpak niet resulteerde in effectieve therapieën, bracht het streven van Cox en Le Rütte om de krankzinnigenzorg te modelleren naar het voorbeeld van de somatische geneeskunde wel veranderingen teweeg in de psychiatrische benadering van dementia para- lytica. Dat blijkt uit de gestandaardiseerde terminologie waarmee artsen de symptomen ervan gingen beschrijven, waarbij de aandacht vooral uitging naar neurologische verschijnselen. In een dossier uit 1894 komt die verandering voor het eerst duidelijk naar voren: de patiënt had 'een lichte aanval van apoplexie [beroerte] gehad' en 'na een nieuw insult zijn spraakbewegingen vooral rechts belemmerd'.²¹⁷ De arts maakte niet alleen gebruik van neurologisch vakjargon; met zijn opmerkingen over de afwijkende motoriek en houding van patiënten deed hij zich ook kennen als afstandelijke waarnemer. Het accent in de dossiers verschoof van de beschrijving van gedragingen en psychische symptomen naar de registratie van lichamelijk, in het bijzonder neurologisch onderzoek. Naar aanleiding van de opname van een 42-jarige arbeider in 1897 schreef een van de artsen:

Hij is fors gebouwd, vertoont anisocorie [ongelijkheid van de pupillen], linker pupil het kleinst, paralytische spraakstoornissen, linkszijdige facialis paralyse [gelaatsverlamming], innervatiestoornissen, tremores [be- vingen] [...], verhoogde kniereflexen, weet tijd noch dag, van jaar van aankomst, kan niet uitrekenen hoe oud hij is. Dementia paralytica.²¹⁸

In een dossier uit 1910 staat vermeld: 'op staartbeen beginnende decubitus, zijn pupilreflex is opgeheven, kniereflex is verdwenen en lichte parese van de rechter gelaatshelft, gangstoornis en spraak iets belemmerd'.²¹⁹ Een ander voorbeeld vormt een dossier uit 1913 van een 48-jarige man:

3 HET GESTICHT ALS ZIEKENHUIS

Bij spreken typisch paralytische spraak (met meebewegingen op het gelaat). Bewegingen van arm en hand met tremoren. Geen duidelijke ataxie [onzekere gang bij het lopen veroorzaakt door aandoeningen van het zenuwstelsel]. Spierkracht beiderzijds zwak. Reflexen verhoogd. Benen paralytisch. Rechts duidelijk knie- en voetclonus [snelle ritmische samentrekking en verslapping spierkracht]. Incontinentie urine.²²⁰

Meer in het algemeen besteedden de artsen veel meer aandacht aan de lichamelijke toestand van de patiënt dan voor 1895. Zij namen de polsslag en de lichaamstemperatuur op, registreerden de ademhaling en het gewicht van de patiënt en hielden nauwkeurig bij of de patiënt goed at en sliep. In het hierboven aangehaalde dossier van de 48-jarige paralyselijder die in het allerlaatste stadium van de ziekte verkeerde, overheerst de medische terminologie:

Temp: verhoging. Suf, apathisch, somnolent [lichte graad van bewustzijnsdaling, sufheid], patiënt verkeert in een paralytisch insult. Pols fig. 82, Resp. is zwak, regelmatig. Patiënt is dysforisch [voortdurende sombere grondstemming], Pulmonen [longen] nog geen afwijkingen.²²¹

De inhoudelijke weergave van gedragingen, psychische symptomen, wanen en hallucinaties was korter dan in de oudere dossiers. Zo werden bijvoorbeeld driftigheid en luidruchtigheid en de eventuele aanleiding daartoe niet langer min of meer uitgebreid beschreven, zoals in de dossiers van de jaren zeventig en tachtig, maar werden deze louter geconstateerd en bondig opgetekend: 'grote opgetogenheid, geheel gedesorienteerd, steeds suffer', 'ongedurig, onverschillig, driftbuien, verward', 'onvatbaar voor ziekte-inzicht [...] groothedenbeelden', 'goedmoedig kalm', 'groothedswaanzin', 'vergeetachtigheid', 'maniakale verwarde toestand [...] hinderlijk voor zijn omgeving' en 'diep gedemeteerd, corpulent, weinig voor toespraak toegankelijk, negativistisch'.²²² Voor zover nog werd ingegaan op de inhoud van wanen en hallucinaties, is de weergave daarvan over het algemeen summier. Zo is in het dossier van de eerder genoemde 35-jarige fabrieksarbeider te lezen: 'expansieve waandenkeelden zijn zeer talrijk: hij dreigt met doodschieten, totale vernietiging van alles wat bestaat, wanneer men hem niet naar Japan laat gaan' en drie jaar later (slechts veertien handgeschreven regels verder in hetzelfde dossier) schrijft de arts: 'meent God, koning, Julius Caesar te zijn'.²²³

Uit de dossiers vanaf medio jaren negentig komt naar voren dat de diagnose van dementia paralytica veel meer dan daarvoor tot medische routine was geworden en dat somatische symptomen daarbij een grotere rol speelden, zoals naar voren komt in een dossier uit 1903.

Spraakstoornissen, geheugenzwakte, paresen [spierverzwakkingen] van zijn gelaatsspieren, pupilafwijkingen, onzindelijkheid, neiging tot decubitus [doorligwonden], alles het gewone beeld der progressieve paralysevormen vertoont patiënt die in een belangrijke graad van versuffing te bed ligt. Nu en dan tracht hij in zijn verwardheid daaruit te komen en is hij luidruchtig.²²⁴

Deze routine blijkt ook uit de formuleringen in andere dossiers: 'patiënt spreekt zeer onbeholpen, heeft sterke ataxie, tremores, demantie, had vroeger lues. De diagnose dementia paralytica volgt daaruit bijna vanzelf'; 'steeds duidelijker teekenen der paralyse' en 'lijdende aan dementia paralytica met al de klassieke verschijnselen daarvan'.²²⁵ Ook de opmerkingen over de fatale afloop van dementia paralytica geven blijk van vanzelfsprekendheid: 'in dit vergevorderd stadium is slechts een toenemende achteruitgang te verwachten en zulks zelfs vrij snel'; 'waar

3.4 'TOESTAND ONVERANDERD': DEMENTIA PARALYTICA IN HET GESTICHT

alle somatische en psychische verschijnselen der dementia paralytica aanwezig zijn is de waarschijnlijkheid van blijvende gestichtsverpleging zeer groot' en 'de prognose is natuurlijk hoogst ongunstig, de vermoedelijke duur der ziekte niet lang te stellen'.²²⁶

Verder komt de biomedische benadering tot uiting in de vragen die de artsen stelden over het voorkomen van geestelijke en zenuwstoornissen in de familie. Een en ander wijst op een toegenomen aandacht voor erfelijkheid en degeneratie, ook al ontbrak vaak een duidelijk antwoord op deze vragen. Over erfelijkheid en degeneratie is weinig terug te vinden in de dossiers van zowel de paralyselijders als de andere patiënten. In enkele dossiers van paralysepatiënten stond aangegeven dat onder de familieleden alcoholisten, zenuwlijders of krankzinnigen voorkwamen²²⁷, dat er iemand aan 'lues cerebri' leed of zelfmoord had gepleegd, maar meestal werd de vraag naar de aanwezigheid van bijvoorbeeld zenuwziekte of alcoholgebruik in de familie niet of ontkennend beantwoord.²²⁸ Voor dergelijke informatie waren de artsen grotendeels afhankelijk van de inlichtingen van de patiënt zelf, diens familieleden of derden zoals de politie of de burgemeester, en het ontbrak de artsen meestal aan mogelijkheden om deze inlichtingen te verzamelen of na te trekken. Zo stond in het dossier van een lijdster aan 'moral insanity' vermeld: 'Van hare familieantecedenten, hereditaire momenten is mij niets bekend, daar ik in die korten tijd geen gelegenheid had daarnaar te informeren en de door pat. gegeven inlichtingen zeer schaars zijn'.²²⁹

De vergelijking met dossiers van andere patiënten uit de jaren 1895-1914 leert dat de nadruk op lichamelijke en neurologische kenmerken vooral kenmerkend is voor de dossiers van paralyselijders. Bij de andere patiënten verrichtten de artsen ook lichamelijk onderzoek, maar daarnaast bleven zij veel oog houden voor hun gedrag en beleving en legden zij een meer individuele benadering aan de dag. In het dossier van een man wiens 'krankzinnigheid zich openbaart in een gedrukte zwaarmoedige gemoedsstemming' wordt weliswaar gewezen op somatische kenmerken ('trillingen in de gelaatsspieren, wijde pupillen'), maar is ook een en ander te lezen over zijn persoonlijkheid en gemoedstoestand. Hij beschuldigde zichzelf van 'verkeerde handelingen [...] hij gevoelde zich angstig en zwaarmoedig omdat hij in alles zo zondig was'. In tegenstelling tot de dossiers van de lijdsters aan dementia paralytica klinkt de stem van deze patiënt door in de aantekeningen van de artsen. Uit zijn dossier is op te maken dat er gesprekken tussen hem en de arts plaatsvonden: 'naar zijn tobberijen gevraagd [...] hij gelooft niet te zullen genezen, slechts met veel moeite spreekt hij aarzelend'.²³⁰ Vergelijkbare informatie is te vinden in een dossier uit 1911 van een lijder aan neurasthenie. Hoewel dit dossier ook veel gestandaardiseerde gegevens bevat over de lichaamstemperatuur, de ademhaling, het gewicht, de bloeddruk en de verstandelijke functies, trad de arts niet alleen op als afstandelijke waarnemer. Uit de notities blijkt dat hij met de patiënt sprak en deze verzocht zijn levensgeschiedenis te vertellen, waarvan elementen in het dossier werden opgetekend: hoe de angsten en tobberijen van de patiënt begonnen en welke rol zijn afkomst en bepaalde dramatische gebeurtenissen in zijn leven daarbij speelden.²³¹

De objectiverende en meer routinematige beschrijving en observatie alsook de nadruk op lichamelijk onderzoek vanaf 1895 in de dossiers van paralyselijders geven blijk van de pogingen van gestichtsartsen om hun vak een sterker medisch aanzien te geven. Daarbij oriënteerden zij zich behalve op de neurologie op de klinische methode en het classificatiesysteem van de Duitse psychiater Emil Kraepelin, die rond de eeuwwisseling bekendheid kregen door de verschillende edities van diens handboek *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Het

ging Kraepelin om een nauwkeurige en gestandaardiseerde registratie van waarneembare symptomen met het oog op een statistische onderbouwing van diagnose en prognose.²³²

Uit de dossiers is op te maken dat de invloed van Kraepelins benadering zich vanaf het midden van de jaren negentig in het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven deed gelden. Voor die tijd bestond de diagnose meestal uit een impressie van het meest in het oog vallende symptoom of storende gedrag op een bepaald moment (met name het tijdstip van de opname), zoals 'drift', 'godsdienstfanatisme', 'zwaarmoedig', 'woest', 'paranoia' en 'hallucinaties'. Ook kon een diagnose naar de oorzaak verwijzen: 'zwangerschap', 'familiezieke', 'gebruik van spiritualiën' of 'teleurgestelde liefde'.²³³ Een dergelijke werkwijze was volgens Kraepelin willekeurig en speculatief; hij achtte symptomen alleen van betekenis voor de diagnosestelling als deze samenhangen met de het verloop van een stoornis. Uit de dossiers van na 1895 komt duidelijk naar voren dat de geneesheren Kraepelins classificatiesysteem kenden, ook al pasten zij het niet meteen systematisch toe. In 1895 werd in een van de dossiers melding gemaakt van *dementia praecox*, Kraepelins terminologie voor wat nu schizofrenie heet, maar ook de oudere benamingen en symptomen die hierin zijn opgegaan, dienden toen nog als diagnose.²³⁴ Vanaf 1900 is meer uniformiteit te signaleren in de diagnoses en nam bijvoorbeeld manische depressie de plaats in van oudere termen als 'melancholie' en 'manie'. In de jaren 1909-1912 verwezen de geneesheren in het St. Elisabethsgasthuis bij hun diagnosestelling in het dossier zelfs systematisch naar de betreffende paginanummers in Kraepelins handboek waar de betreffende diagnose vermeld stond.²³⁵

Kraepelins invloed blijkt ook uit de verandering vanaf 1910 van de vragen op het opnameformulier, dat nu 'ziektegeschiedenis' werd genoemd. Vragen over de 'maatschappelijke stand', het 'temperament' en de 'beschaving' van de patiënt alsook de directe oorzaak of aanleiding van krankzinnigheid verdwenen naar de achtergrond, terwijl vragen over de vorm, het verloop en de duur van de stoornis op de voorgrond traden. Artsen dienden hun aandacht ook te richten op vragen naar schadelijke invloeden voor of tijdens de geboorte, alcoholgebruik, seksueel verkeer en de aanwezigheid van zenuw- en geestesziekte alsook tuberculose, syfilis en alcoholisme in de familie. Aangezien *dementia paralytica* een duidelijk af te bakenen en te objectiveren ziektebeeld was, dat zich kenmerkte door bepaalde symptomen, een bepaald verloop en een duidelijke prognose, leende dit ziektebeeld zich bij uitstek voor de benadering van Kraepelin.

De Kraepeliaanse diagnosestelling veranderde vooralsnog, tot de komst van de malariakuur rond 1920, weinig aan de behandeling van *dementia paralytica*. Het enige wat een klinische diagnosestelling bood was zekerheid omtrent de fatale afloop van de ziekte en ook verwezen artsen vanaf medio jaren negentig steeds vaker naar 'lues' (syfilis). In een ziektegeschiedenis uit 1897 is voor het eerst sprake van 'lues' en in de meeste van de daarop volgende dossiers van paralysepatiënten was sprake van syfilis als mogelijke causale factor, meestal in combinatie met drankmisbruik en soms met 'echtelijke ontrouw' en 'seksuele excessen'.²³⁶ In een dossier uit 1903 bijvoorbeeld, vulde de geneesheer in dat de patiënt vroeger was behandeld vanwege een 'luetische infectie' en neigde tot 'excessen in Venere en Baccho'.²³⁷ In twee dossiers uit 1914 staat kortweg genoteerd dat de 'Wassermann sterk positief' was.²³⁸ Formuleringen als 'vermoedelijke oorzaken' suggereren dat de artsen weliswaar een causaal verband tussen syfilis en *dementia paralytica* veronderstelden, maar evenveel waarde hechtten aan alcoholisme en seksuele losbandigheid als causale factoren.

3.5 'KADAVERHERSEKENEN' EN 'EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE'

3.5 'KADAVERHERSEKENEN' EN 'EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE': DEMENTIA PARALYTICA IN HET LABORATORIUM EN IN DE MAATSCHAPPIJ

In de dossiers van paralyselijders die vanaf medio jaren negentig zijn opgetekend, blijkt dat de artsen in Deventer aanknoopten bij de Kraepelins klinische psychiatrie. Dat komt tot uitdrukking in het nauwkeurig volgen van het verloop van de stoornis en de standaardisatie van de diagnostische, vooral neurologische, terminologie. Dit alles maakte, zoals gezegd, geen eind aan hun therapeutische onmacht. De meeste patiënten verbleven in het verouderde St. Elisabethsgasthuis, waar waarschijnlijk frequent van dwangmiddelen gebruik werd gemaakt. De behandeling van dementia paralytica in het gesticht was bepaald geen voorbeeld van een succesvolle psychiatrie. In de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* bestempelde de psychiater F. Meeus deze patiënten tot hopeloze 'geesteskreupelen.' 'Zij verblijven in de eeuwige duisternis van den geestesnacht, waarop men, gelijk Dante op de poorten der hel zou kunnen schrijven: *Wie hier binnentreedt, laat alle hope varen*.'²³⁹ Anderzijds blijkt uit de psychiatrische discussies over de oorzaken van deze ziekte dat psychiaters dementia paralytica wel degelijk aangrepen om hun medische en maatschappelijke ambities waar te maken. Het therapeutisch pessimisme in het gesticht contrasteerde met de optimistische toon waarop psychiaters verslag deden van hun biomedische onderzoek naar dementia paralytica.

Tussen 1886 en 1914 verscheen een veertiental verslagen van pathologisch-anatomisch en histologisch onderzoek naar dementia paralytica. Daarnaast publiceerden artsen tal van ziektegeschiedenissen van lijders daaraan. Over geen andere ziekte verschenen in de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen* zoveel bijdragen als over dementia paralytica. Het lijkt erop dat de sterke toename van de medische aandacht voor deze aandoening vanaf het midden van de jaren tachtig gelijk opging met de sterker wordende oriëntatie van de psychiatrie op de neurologie. Het anatomisch en histologisch onderzoek werd vooral verricht in laboratoria van nieuwe gestichten en klinieken die verbonden waren of zouden worden aan universiteiten. De auteurs van de onderzoeksverslagen, onder wie Winkler, Jelgersma en Van Deventer, waren pleitbezorgers van een academische psychiatrie en ze verwezen veelvuldig naar de Duitstalige psychiatrische literatuur.²⁴⁰ Zij grepen de stoornis aan om te bewijzen dat er een verband bestond tussen geestesziekte en een beschadiging van het zenuwstelsel.²⁴¹ Ook gebruikten zij dementia paralytica als voorbeeld om aan te tonen dat krankzinnigen vanwege hun lichamelijke aandoeningen 'gewone' zieken waren en dat het zinvol was om de krankzinnigenzorg naar het voorbeeld van het algemeen ziekenhuiswezen in te richten.

Veel pathologisch-anatomische bijdragen over dementia paralytica waren afkomstig van geneeskundigen die werkzaam waren in Endegeest, het gesticht dat mede was opgericht om bij te dragen aan het psychiatrisch onderwijs van de Rijksuniversiteit Leiden en waarin een medische dienst, laboratoria en onderzoekskamers waren ingericht. Met zijn assistenten en collega's verrichtte de hoogleeraar Jelgersma vanaf 1899 onderzoek op onder anderen paralytische patiënten.²⁴² Ook in andere instellingen, zoals het nieuwe gereformeerde gesticht Bloemendaal bij Den Haag werd pathologisch-anatomisch onderzoek naar dementia paralytica en tabes dorsalis verricht. 'Op Bloemendaal bestaat de goede gewoonte, door Prof. Bouman daar ingevoerd en door mij steeds gehandhaafd,' zo schreef de geneesheer-directeur A. Deenik, 'om uit de hersenen van elk cadaver, dat ter sectie komt, zoowel uit de linker als rechter hemisfeer blokjes te snijden.'²⁴³

Het belang van neurologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek naar dementia paralytica werd onderstreept in de psychiatrische leerboeken ten behoeve van het universitaire onderwijs en de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen. Wijsman ging in zijn *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen* (1896) uitgebreid in op de neurologische aspecten van de stoornis: 'De kennis van de pathologische anatomie der dementia paralytica is door nauwkeurige onderzoekingen in de laatste jaren dankzij de vorderingen der mikroskopische techniek, belangrijk toegenomen.' Gedetailleerd beschreef hij de afwijkingen in het hersenweefsel die kenmerkend voor dementia paralytica zouden zijn, zoals gangliëncellen [zenuwcellen] die zich kenmerken door 'vettige degeneratie, door atrofie [teruggang] en sclerose [ziekelijke verharding van weefsel]'; beschadigde zenuwvezels in de hersencortex en in de grote en kleine hersenen; 'atheromatose' [vettige degeneratie van de binnenwanden] van de grote bloedvaten en 'vermeerdering van kernen en colloïde [lijmachtige] en hyaline [glazige] degeneratie' van de vaatwand van de kleine bloedvaten; 'hypertrofie' [bovenmatige groei] en vermeerdering van de 'neuroglia' [steunweefsel van het zenuwstelsel].²⁴⁴ Ook Van Deventer gaf in zijn *Handboek der krankzinnigenverpleging* (1897) aan dat dementia paralytica gepaard ging met afwijkingen in het zenuwweefsel en hij wees verpleegkundigen op de lichamelijke en geestelijke stoornissen die de patiënten konden vertonen.²⁴⁵

Wat het belang van het pathologisch-anatomisch onderzoek was voor de klinische diagnose en eventuele behandeling van dementia paralytica, bleef onduidelijk in de onderzoeksartikelen en leerboeken. De auteurs repten niet van therapie en genezing.²⁴⁶ Het ging de psychiaters om iets anders. Zij grepen dementia paralytica aan om de veronderstelde lichamelijke oorzaken van geestesstoornissen te onderbouwen. Zoals de Utrechtse psychiater Hommo Buringh Boekhoudt in 1894 in de *Geneeskundige Bladen voor Laboratorium en Kliniek* opmerkte, vervulde het onderzoek naar dementia paralytica in dat opzicht een paradigmatische rol:

De eigenaardige plaats, die zij als zoogenaamde organische psychose inneemt, waardoor zowel de neuroloog als de psychiater haar tot zijn domein rekent, waarborgt ons, dat de paralyse evenals elke overgangsvorm, nog langen tijd een punt zal blijven van wetenschappelijk onderzoek. En gelukkig; want eene psychose, die zoo spoedig lethaal verloopt (doorgaans binnen 2 tot 3 jaren) en daarbij in zoo korten tijd hare slachtoffers een volledig psychisch bankroet doet maken, is bij uitstek geschikt om bestudeerd te worden door hen, die het verband trachten op te sporen tusschen anatomische afwijkingen en psychische ziekteverschijnselen.²⁴⁷

'Dàt was nu een ware medische opvatting', zo merkte Meeus in dit verband op in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*: eenduidig was vast komen te staan dat dementia paralytica 'onder een laag van psychologische kleuren' in wezen een ziekte was 'met stellige diagnose en prognose, steunende op onveranderlijke klinische verschijnselen en vaste ontledkundige gegevens'.²⁴⁸ In de ogen van gestichtsartsen en psychiaters die zich profileerden met wetenschappelijk laboratoriumonderzoek, zoals Winkler, Jelgersma, Bouman, Van Deventer en Wellenbergh, bevestigden de bevindingen omtrent dementia paralytica de juistheid van de neurologische oriëntatie van de psychiatrie.²⁴⁹ Ook al leverde deze op dat moment nog geen behandelmethode op, het was wel de weg waarop het psychiatrisch onderzoek moest voortgaan en dan zou het in de toekomst wel tot therapeutische resultaten kunnen leiden.

De overtuiging dat de psychiatrie zich op basis van het onderzoek naar dementia paralytica bewees als een vorm van natuurwetenschappelijke geneeskunde werd opmerkelijk genoeg niet

3.5 'KADAVERHERSEKEN' EN 'EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE'

weerspiegeld in de bredere discussie die artsen zowel in het buitenland als in Nederland in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw voerden over de oorzaken van de ziekte.²⁵⁰ Vanuit het biomedische en neurologische denken zou het voor de hand hebben gelegen dat zij het vermoede verband met syfilis aangrepen om de somatische basis van dementia paralytica te onderstrepen. Veel artsen stelden zich echter terughoudend op ten aanzien van een monocausale verklaring en zij wezen ook op de mogelijke morele en sociaal-culturele oorzaken van de ziekte. Voor hen was het niet vanzelfsprekend dat syfilis de enige of de hoofdoorzaak vormde. Wel kreeg deze geslachtsziekte vanaf het midden van de jaren negentig, tegen de achtergrond van statistisch bewijs met betrekking tot het verband tussen lues en dementia paralytica en van het debat over de gevaren van prostitutie voor de volksgezondheid, een belangrijke plaats in de discussie over dementia paralytica.

De internationale discussie over de etiologie van dementia paralytica werd rond 1880 op gang gebracht door de bewering van de Franse dermatoloog Alfred Fournier in zijn *La syphilis du cerveau* (1879) en de Duitse arts Emanuel Mendel in zijn *Die Progressive Paralyse der Irren* (1880) dat syfilis de oorzaak was van dementia paralytica.²⁵¹ Hun bevindingen vonden aanvankelijk weinig weerklank in de medische wereld. Veel artsen geloofden dat syfilis slechts een van de causale factoren was. Medio jaren zeventig weten Ramaer en Van Cappelle, pleitbezorgers van een natuurwetenschappelijke psychiatrie, de toename van de dementia paralytica aan sociale en morele factoren, zoals de groeiende zorgen en spanningen in verband met de strijd om het bestaan, de verhoogde eisen in het onderwijs en 'uitspattingen' onder jongeren.²⁵² Het multicausale denken, waarbij een samenspel van diverse erfelijke, fysiologische, psychologische en sociale invloeden alsook van al dan niet noodzakelijke voorwaarden, directe en indirecte oorzaken en aanleidingen werd verondersteld, was wijd verbreid in de psychiatrie en kreeg door de biosociale degeneratietheorie een extra impuls.²⁵³ Hoe dementia paralytica ontstond en welke rol syfilis naast factoren als alcoholisme en seksuele losbandigheid speelde, was onderwerp van debat. Onder andere aan de hand van statistisch onderzoek trachtten geneeskundigen de verschillende oorzakelijke factoren in kaart te brengen.

In Nederland werd dementia paralytica voor het eerst in 1860, onder de noemer 'paralysis progressiva maniacorum', in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* besproken door Voorhelm Schneevoegt. Daarna was er, op een boekrecensie na, 23 jaar lang in medische publicaties geen aandacht besteed aan het ziektebeeld.²⁵⁴ Maar vanaf 1883 stond dementia paralytica prominent op de psychiatrische agenda.²⁵⁵ In dat jaar deed Tellegen op een vergadering van de NVP een dringend beroep op zijn collega's om onderzoek te verrichten naar de prevalentie en etiologie van dementia paralytica in Nederland. Naar aanleiding van de bevindingen van Mendel, die in dit verband van 'de ziekte van de negentiende eeuw' sprak, vroeg Tellegen zich af of de stoornis ook in Nederland was toegenomen en zo ja, hoe dat kwam.²⁵⁶ Hij stelde voor dat gestichtsgeneesheren statistieken opstelden over het voorkomen van dementia paralytica onder hun patiënten en daaraan levens- en ziektegeschiedenissen toevoegden zodat een zo compleet mogelijk wetenschappelijk beeld ontstond van de kwaal.

Een van de gestichtsartsen die gehoor gaven aan Tellegens' oproep was geneesheer-directeur Abraham van der Swalme, die in hetzelfde jaar een artikel publiceerde over de paralytici in het St. Joris Gasthuis te Delft. Bij de 66 mannelijke en twee vrouwelijke lijdensvormde volgens hem vooral verdriet een belangrijke oorzaak, terwijl de aanleidingen alcohol, erfelijkheid, syfilis, seksuele excessen en onanie zouden zijn.²⁵⁷ In het jaar daarop berichtte W.F. Westening over

het aantal gevallen dat hij in de jaren 1873-1883 als eerste geneesheer van het gesticht Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch was tegengekomen. Hij merkte op dat er opvallend veel spoorwegbeambten voorkwamen onder de lijdens aan dementia paralytica: hun beroep was volgens hem de hoofdoorzaak van hun ziekte. Daarnaast wees hij op seksuele uitpattingen.²⁵⁸ Andere gestichtartsen beschouwden alcoholgebruik als een belangrijke etiologische factor en ook verwezen sommigen naar buitenlandse psychiaters die een verband suggereerden tussen de prevalentie van syfilis en dementia paralytica enerzijds en het leven in steden of op het platteland anderzijds.²⁵⁹

Tellegen keerde zich tegen Fourniers conclusie dat syfilis de enige of hoofdoorzaak van dementia paralytica was. Als iemand tien of twintig jaar eerder syfilis had opgelopen, zo redeneerde hij, daarna genezen was, gezonde kinderen had gekregen en in de hersenen geen sporen van syfilis waren te vinden, 'dan zoude het de grenzen van een bedaard en objectief onderzoek overschrijden wanneer wij deze aandoening eenvoudig als syphilitische paralyse beschreven'.²⁶⁰ In de etiologie van dementia paralytica, zo stelde Tellegen in navolging van onder anderen Mendel en de Oostenrijkse psychiater Richard von Krafft-Ebing, speelde erfelijkheid een belangrijke rol. Uit zijn onderzoek naar paralyselijders in het gesticht Coudewater te Rosmalen kwam naar voren dat 66 van de in totaal 111 patiënten 'erfelijk belast' waren. Zij hadden de ziekte ofwel van hun eveneens aan dementia paralytica lijdende ouders ofwel via 'indirecte erfelijkheid', door een gebrekkige opvoeding, alcoholisme of zenuwachtigheid, gekregen. Tellegen wees bovendien op causale factoren als 'de zedeloosheid der steden', schouwburg- en operabezoek, het lezen van boeken van Emile Zola in combinatie met de *struggle for life* in de moderne samenleving en ook syfilis.²⁶¹ De enige manier om de stoornis tegen te gaan was zijns inziens een verstandige hygiëne en zelftucht: 'Men leere de jeugd plichtgevoel en zelfbeheersing. Wenschelijk ware het voorzeker, dat meer in overeenstemming geleefd werde met de 10 geboden'.²⁶²

De uitkomsten van een door Van Cappelle uitgevoerd statistisch onderzoek over de jaren 1882-1884 naar het verband tussen 'paralysis cerebri' en de beroepen van de patiënten gaven aan dat de ziekte in alle rangen en standen, maar bovengemiddeld onder kooplieden en fabrikanten (14,6 procent van de lijdens) alsook geleerden en ambtenaren (12,3 procent) voorkwam, terwijl arbeiders (9,7 procent) en landbouwers (1,6 procent) ondervertegenwoordigd waren. De aandoening zou zich bijzonder frequent voordoen onder schippers, matrozen en militairen (21,6 procent): 'lieden die zich veelal in Baccho en Venere te buiten gaan, soms grote vermoeienissen en verschillende ongemakken te verduren hebben en in het algemeen een minder geregeld leven hebben'.²⁶³ Uit de reacties in de NVP op deze bevindingen valt op te maken dat psychiaters een verband veronderstelden tussen 'beschaving' en dementia paralytica. Het was logisch, zo werd opgemerkt, dat er maar weinig landbouwers aan de ziekte ten prooi vielen: 'in den tegenwoordige tijd zullen toch zeker wel in de eerste plaats menschen worden aangetast die verdriet hebben, teleurstellingen ondervinden, hunne hersenen inspannen, enz.' Boeren die op het rustige platteland leefden en lichamelijke arbeid in de buitenlucht verrichtten, ondervonden minder last van de spanningen van de 'tegenwoordige tijd', zij waren 'minder modern' en 'minder beschaafd' en hun hersenen zouden dan ook veel minder belast worden dan die van stedelingen.²⁶⁴

Vanaf het midden van de jaren negentig werd syfilis steeds vaker expliciet genoemd als belangrijke, hoewel niet exclusieve oorzaak van dementia paralytica. Tellegen, die de rol van syfilis

3.5 'KADAVERHERSEKEN' EN 'EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE'

eerder sterk had gerelativeerd, stelde in 1895 onomwonden vast dat de geestes- en zenuw-aandoening een gevolg was van syfilis: 'twee ziekten van het zenuwstelsel die men vroeger aan tal van oorzaken toeschreef, moeten als een gevolg van de luetische infectie worden beschouwd, en wel de *tabes dorsalis* en *dementia paralytica*'.²⁶⁵ De toenemende aandacht voor syfilis hing samen met de verschijning van een nieuw boek van Fournier, *Les affections parasymphilitiques* (1894), waarin hij op basis van statistische gegevens en praktijkervaring opnieuw wees op het verband tussen syfilis en *dementia paralytica*, maar waarbij hij echter de vraag naar de aard van de samenhang onbeantwoord liet.²⁶⁶ In een boekbespreking citeerde en vertaalde de neuroloog Johannes Karel August Wertheim Salomonson Fourniers conclusie als volgt: *dementia paralytica* 'staat in nauw verband met de syfilis, volgt deze, doch ze is zelf geen syfilis'.²⁶⁷ Jelgersma stelde in een recensie van Fourniers boek dat er ontegenzeggelijk een parallel verband tussen syfilis en *dementia paralytica* bestond: waar de een zeldzaam respectievelijk frequent was, was de ander dat ook.²⁶⁸ Fourniers inzichten werden in het midden van de jaren negentig onderbouwd door de Oostenrijkse psychiaters Krafft-Ebing en Josef Adolf Hirschl. Zij injecteerden negen paralytici met syfilitisch wondvocht. Aangezien zes van de negen patiënten in de daarop volgende zes maanden geen reactie vertoonden, concludeerden zij dat deze patiënten reeds aan syfilis leden. Krafft-Ebing presenteerde deze bevindingen in 1897 tijdens het twaalfde Internationale Congres voor Geneeskunde in Moskou.²⁶⁹

Mede door Fourniers boek en het experiment van Krafft-Ebing en Hirschl groeide de overtuiging onder medici dat *dementia paralytica* en *tabes dorsalis* niet mogelijk waren zonder syfilis, maar daarmee sloten zij andere causale factoren nog steeds niet uit. Syfilis was blijkbaar een noodzakelijke voorwaarde, maar of deze een voldoende voorwaarde voor het ontstaan van *dementia paralytica* en *tabes dorsalis* vormde, was onduidelijk. Er bleef ruimte voor een multicausale verklaring, die met name in het degeneratiedenken een belangrijke rol vervulde. In de Nederlandse psychiatrische leerboeken die vanaf medio jaren negentig verschenen, omschreven de auteurs *dementia paralytica* als een ziekte die weliswaar niet kon ontstaan zonder syfilisinfectie, maar die eveneens bevorderd werd door een complex van op elkaar inwerkende biologische (erfelijke aanleg), sociale (beschaving) en individuele (leefstijl) factoren. Zo wees Wijsman behalve naar syfilis naar diverse andere oorzaken: 'krenkingen, teleurstellingen, gemoedsbewegingen, overmatige geestelijke inspanning, alcoholismus, uitpattingen, isolatie, voortdurend blootgesteld zijn aan hoge temperaturen, hoofdwonden'.²⁷⁰ Van Deventer karakteriseerde *dementia paralytica* in zijn leerboek voor de verpleging als een beschavingsziekte die samenhang met

de hoge eischen, die de tegenwoordige samenleving stelt. Bovenmatige inspanning van het lichaam en vooral van den geest, niet minder eene aanhoudende inwerking van gemoedsindrukken, benevens misbruik van sterken drank behooren met eenige andere tot de voornaamste oorzaak van dit lijden.²⁷¹

Of hij met zijn verwijzing naar 'eenige andere' ook syfilis op het oog had, blijft onduidelijk. Wellicht wilde hij de leerling-verplegenden hiermee niet direct confronteren.

In een verslag van een statistisch onderzoek naar het voorkomen van *dementia paralytica* in het Buitengasthuis te Amsterdam tussen 1879 en 1892 ging Van Deventer nader in op het verband tussen de ziekte en 'beschaving'. Nu wees hij wel expliciet op syfilis. Syfilis en alcoholgebruik waren volgens hem de noodzakelijke 'oorzakelijke momenten', zonder welke geen paralyse kon

ontstaan, terwijl andere causale factoren direct dan wel indirect als katalysator werkten: schadelijke ‘toxische’ en ‘mechanische’ effecten op en overmatige belasting van de hersenen en invloeden die het gehele lichamelijke functioneren verzwakten, zoals een voortdurend verhoogde bloeddruk. Daarnaast onderscheidde hij nog de ‘verwijderde’ of ‘voorbeschikkende’ oorzaken waartoe hij erfelijkheid, temperament, beroep, leeftijd, leef- en woonomgeving en de ‘strijd des levens’ in een hoogontwikkelde beschaving rekende.²⁷²

Hoewel het vanaf 1906 mogelijk was om de aanwezigheid van de syfilisbacterie in het bloed van lijdens aan dementia paralytica en tabes dorsalis aan te tonen en hij op grond daarvan aannam dat syfilis een noodzakelijke voorwaarde was voor het ontstaan van deze ziekten, wees ook Jelgersma in zijn *Leerboek der psychiatrie* (1911) op andere, indirecte oorzaken. Syfilis was niet voldoende om het ontstaan van paralyse en tabes te verklaren: het feit dat niet alle syfilislijders deze aandoeningen kregen, wees er volgens hem op dat individuele levensomstandigheden en de lichamelijke conditie even belangrijk waren als de infectie met lues. Vooral het frequentere voorkomen van de dementia paralytica sinds het begin van de negentiende eeuw was een teken dat er meer aan de hand was dan syfilis alleen: ‘De laatste tachtig jaar heeft de moderne beschaving een enorme invloed op de manier van leven gehad en het gelijktijdig en massaal optreden van een ziekte geeft veel te denken en doet met grond een verband tussen beide verschijnselen vermoeden.’²⁷³

Ook Cox nam aan dat de syfilitische infectie de noodzakelijke voorwaarde van dementia paralytica en tabes dorsalis was, maar desalniettemin geen volledige verklaring vormde. Dat niet alle syfilislijders paralytisch werden, was zijns inziens te wijten aan het al dan niet aanwezig zijn van erfelijke, degeneratieve eigenschappen.²⁷⁴ Tot in de jaren twintig gingen psychiaters ervan uit dat voor het ontstaan van wat sinds 1913 ook wel ‘parasyfilis’ werd genoemd – dat wil zeggen dementia paralytica opgevat als een ‘naziekte’ van syfilis – ook andere factoren nodig waren. Nog in 1924 schreef Leendert Bouman in zijn bijdrage over dementia paralytica in het *Leerboek der Zenuwziekten* dat het weliswaar buiten kijf stond dat deze ziekte niet zonder syfilitische infectie kon ontstaan, maar dat ‘geestelijke overspanning’ of ‘sociologische factoren’ waarschijnlijk ook een rol speelden.²⁷⁵

Waarom bleven psychiaters vanaf medio jaren negentig, ondanks de steeds sterkere bewijsvoering voor het verband tussen syfilis en paralyse, verwijzen naar andere, morele en sociaal-culturele oorzaken van dementia paralytica? Het antwoord op deze vraag heeft te maken met hun professionele ambities. Behalve een biomedische stonden zij ook een preventieve, sociaalhygiënische aanpak van geestesstoornissen voor en daarmee streefden zij een maatschappelijke rol na.²⁷⁶ De verspreiding van syfilis hield in de ogen van veel tijdgenoten verband met ‘zedeloosheid’ in het algemeen en de wijd verspreide prostitutie in het bijzonder. Aanvankelijk was de meerderheid van de artsen voorstander van de in de loop van de negentiende eeuw tot stand gekomen reglementering van de prostitutie door middel van politieel en medisch toezicht. Deze was gebaseerd op de gedachte dat prostitutie vanwege de onbeheersbare mannelijke seksuele drift een noodzakelijk kwaad was, waarvan de schadelijke gevolgen voor de gezondheid (geslachtsziekten) beheersbaar moesten blijven.

In de laatste decennia van de negentiende eeuw groeide in de samenleving echter de weerstand tegen de gereguleerde prostitutie.²⁷⁷ De in het protestantse Réveil gewortelde Nederlandsche Vereeniging tegen de Prostitutie (opgericht in 1879), de Nederlandsche Vrouwenbond tot Verhooring van het Zedelijk Bewustzijn (1884) en de Nederlandsche Middernachtzending

3.5 'KADAVERVERHERSENEN' EN 'EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE'

Vereeniging (1888) bonden vanaf de jaren tachtig de strijd aan met prostitutie, die zij beschouwden als bron van onzedelijkheid en syfilitische besmetting. Ook ageerden deze hoofdzakelijk orthodox-protestantse abolitionisten tegen de dubbele moraal die lange tijd de legitimatie vormde voor de reglementering van prostitutie. Aangezien vrouwen uit de burgerij niet ten prooi mochten vallen aan de mannelijke lust, moesten mannen bij vrouwen uit de lagere klassen aan hun gerief komen. Op een congres tegen prostitutie in 1889 stelde dominee Hendrik Pierson, oprichter van de Nederlandsche Vereeniging tegen Prostitutie: 'de eischen der zedelijkheid zijn denzelfde voor den man en voor de vrouw'.²⁷⁸ Mede vanwege de afwijzing van de dubbele moraal, die niet alleen verschillende normen voor mannen en vrouwen, maar ook voor vrouwen uit de goeude burgerij en die uit arbeidersklasse aanlegde, keerden ook feministen, sociaal-liberalen en socialisten zich tegen de gereguleerde prostitutie.²⁷⁹

Vervolgens verschoof ook in de medische wereld het standpunt ten aanzien van prostitutie. Hoewel de angst voor degeneratie van de bevolking, onder meer door overerving van syfilis, in Nederland niet zulke grote proporties aannam als bijvoorbeeld in Frankrijk, groeide ook onder Nederlandse geneeskundigen de verontrusting over de volksgezondheid. Psychiaters en zenuwartsen zagen zich niet alleen geconfronteerd met lijders aan syfilis, maar ook met zenuwachtige mannelijke patiënten, wier angst voor syfilis buitenproportionele vormen aannam. In de loop van de jaren negentig spraken steeds meer medici zich uit tegen de gereguleerde prostitutie. Tellegen bijvoorbeeld betoogde dat seksuele zelfbeheersing noodzakelijk was omdat syfilis als 'eene bron van allerlei kwalen [...] het grootste gevaar [...] voor het volk, het huisgezin en het individu' en niet alleen voor de huidige, maar ook voor latere generaties vormde. De medische stand diende 'niet mede te werken de onzedelijkheid aan te blazen'.²⁸⁰ Tellegens opvattingen, die andere psychiaters deelden, verklaren deels – daarnaast speelde ook het gangbare multicausale verklaringsmodel in de psychiatrie een rol – waarom zij vast bleven houden aan morele en beschavingsinvloeden als causale factoren in de etiologie van dementia paralytica. Psychiaters wilden ook een sociaalhygiënische taak vervullen en vanuit dat perspectief wezen zij op het gevaar van prostitutie en syfilis voor de volksgezondheid. Evenals de invloedrijke gynaecoloog Hector Treub zag bijvoorbeeld Winkler het als zijn taak om als adviseur op te treden van huwelijkskandidaten ten einde hen te controleren op syfilis en erfelijke afwijkingen bij het nageslacht te voorkomen.²⁸¹

Het antwoord op de vraag welke rol dementia paralytica speelde in de psychiatrische beroepsvorming is drieledig en afhankelijk van de context: ten eerste de klinische praktijk in het gesticht, ten tweede het medisch-wetenschappelijke onderzoek naar de organische basis van de stoornis en ten derde de bredere, deels medische en deels maatschappelijke discussie over de uiteenlopende oorzaken van dementia paralytica.

Op het niveau van de klinische praktijk in het gesticht, zo blijkt uit de patiëntendossiers van de Deventerse gestichten, zagen geneesheren zich geconfronteerd met een toenemend aantal chronische, hulpbehoevende en gedragsgestoorde paralyselijders. De medische ambities van Cox en Le Rütte stonden op gespannen voet met de dagelijkse inrichtingspraktijk waar de noodzaak van dwang- en kalmeringsmiddelen in het bestrijden van het lastige en onrustige gedrag van patiënten aan de orde van de dag was en van therapie geen sprake kon zijn. Wel kenmerken de dossiers zich vanaf 1895 steeds meer door een gestandaardiseerde en geobjectiverende medische blik. In therapeutisch opzicht bracht deze geen enkele verbetering, maar wel bood de Kraepeliaanse benadering meer zekerheid over de diagnose en prognose en verschaftte

deze een legitimatie voor de medische oriëntatie van psychiaters en hun streven om van het gesticht een ziekenhuis te maken.

De pathologisch-anatomische en histologische onderzoeken naar de organische basis van *dementia paralytica*, waarvan gestichtsartsen en psychiaters vanaf de jaren tachtig verslag deden in de medisch-wetenschappelijke literatuur, pasten in het streven om hun vak bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde, vooral de neurologie, te laten aansluiten. Vooral academische psychiaters zochten naar de organische oorzaken van psychische stoornissen. Door de lens van de microscoop bezien was *dementia paralytica* de stoornis waarmee psychiaters als Winkler, Jelgersma, Bouman en Van Deventer zich in de laboratoria van moderne, deels aan universiteiten gelieerde gestichten en klinieken konden profileren als biomedische wetenschappers.

Behalve pathologisch-anatomisch en histologisch onderzoek verrichtten gestichtsartsen en psychiaters ook statistisch onderzoek naar de prevalentie en etiologie van *dementia paralytica* en discussieerden zij in navolging van hun buitenlandse collega's volop over de causale relatie tussen *dementia paralytica*, syfilis en diverse biologische, morele en sociaal-culturele invloeden. Ook mengden zij zich in maatschappelijke debatten over het zedelijke gehalte van de samenleving in het algemeen en de gevaren van prostitutie voor de volksgezondheid in het bijzonder.

Wij komen tot een andere conclusie dan de historici die beweren dat psychiaters syfilis zonder slag of stoot als oorzaak van *dementia paralytica* en *tabes dorsalis* aannamen omdat zij gebrand waren op het aantonen van de lichamelijke oorzaken van geestesziekten.²⁸² Weliswaar beschouwden biomedisch georiënteerde psychiaters paralyse en *tabes* als organische hersen- en zenuwstoornissen, maar tegelijkertijd hanteerden zij vanuit sociaalhygiënisch en deels ook vanuit klinisch oogpunt een multicausaal verklaringsmodel voor het ontstaan ervan. Dat deze uiteenlopende benaderingen naast elkaar bestonden kan ten dele worden verklaard door het onvermogen van psychiaters om de ziekte te behandelen, waardoor het accent verschoof van therapie naar preventie door middel van veranderingen in de levenswijze van mensen, zoals seksuele beheersing, en van sociale maatregelen als de bestrijding van prostitutie en alcoholisme. Zo profileerden psychiaters en gestichtsartsen zich als cultuurkritische sociaalhygiënist, als artsen van de samenleving. Een andere mogelijke reden waarom zij vasthielden aan een multicausale verklaring is wellicht hun vrees dat zij hun zeggenschap over neurosyfilis zouden verliezen als bewezen werd dat de oorzaak uitsluitend somatisch was en dat de ziekte derhalve tot het terrein van de neurologie of interne geneeskunde behoorde.

Dementia paralytica speelde in de vorming van het psychiatrisch beroep dus een meerduidige rol. Voor geneeskundigen die biomedisch onderzoek verrichtten en academische ambities koesterden, was *dementia paralytica* de ziekte die aantoonde dat hun specialisme het voorbeeld van de natuurwetenschappelijke geneeskunde moest volgen. De met statistisch onderzoek onderbouwde sociaalbiologische opvatting dat *dementia paralytica* een degeneratieve beschavingsstoornis was, vormde de legitimatie voor de psychiatrische deelname aan de sociaalhygiënische strijd tegen 'zedeloosheid' en andere mistanden in de maatschappij. Voor gestichtsartsen was *dementia paralytica* eerder 'Dante's hel' en beslist geen stoornis waarmee zij zich in therapeutisch opzicht konden profileren als geneeskundigen. Dat blijkt uit de dossiers van de gestichten in Deventer, maar ook uit de weinige woorden die zij in hun publicaties wijdden aan de behandeling van paralyselijders. Tot de komst van de malariakuur bleef voor de patiënten en hun behandelaars de 'toestand onveranderd' – tot de dood erop volgde.

4

DE UNIVERSITEIT:
DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE
EN PSYCHOLOGISCHE WETENSCHAP

In zijn rede ter gelegenheid van de oprichting van de NVP in 1871 drong Ramaer erop aan dat het isolement van de gestichtsgeneesheren werd doorbroken. Het belangrijkste middel daartoe was de invoering van de psychiatrie in het medisch curriculum op de universiteit. Verplicht psychiatrisch onderwijs voor alle studenten geneeskunde zou in het belang zijn van de verbetering van de krankzinnigenzorg, zowel in de gestichten als in de maatschappij, en het zou ook de wetenschappelijke status van de psychiatrie en daarmee haar aanzien in de medische wereld en de samenleving ten goede komen. De totstandkoming van de Wet Uitoefening Geneeskunst in 1865 en de daaruit volgende reorganisatie en verwetenschappelijking van het medisch onderwijs was een stimulans om op een universitaire opleiding in de psychiatrie aan te dringen. Nu het onderwijs in de geneeskunde naar een hoger niveau was getild, deed het gebrek aan academisch onderwijs in de psychiatrie zich nog sterker voelen.

In dit hoofdstuk gaan wij eerst in op de vestiging van de psychiatrie op de universiteit in de vorm van leerstoelen en klinieken. In de daarop volgende twee paragrafen bespreken wij de inhoudelijke oriëntatie van de wetenschappelijke psychiatrie. Enerzijds trachtten de hoogleraren op verschillende manieren een biomedische inhoud aan hun vak te geven, anderzijds wonnen vanaf de eeuwwisseling diverse psychologische perspectieven terrein in de universitaire psychiatrie. Het was vooral in de universitaire psychiatrie dat de veelvormigheid van het vak zich duidelijk liet gelden.

4.1 DE LEERSTOELN EN HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS
IN DE PSYCHIATRIE EN NEUROLOGIE

Tot het eind van de negentiende eeuw was het universitaire onderwijs in de psychiatrie en de neurologie, voor zover het al bestond, grotendeels afhankelijk van de speciale belangstelling en ervaring van hoogleraren in de geneeskunde. Hiervan was vooral sprake in Utrecht en Amsterdam. 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, het jaar waarin deze instelling werd omgevormd tot de Gemeente Universiteit, schonk C.N. Kuhn, lector in de gerechtelijke geneeskunde, in zijn colleges aandacht aan de psychiatrie.¹ Van 1878 tot 1881 was A. de Jong als privatdocent op dit terrein werkzaam aan de Amsterdamse universiteit en van 1883 tot 1893 vervulde C.G. Delprat aan dezelfde instelling een privatdocentschap in de neurologie. Tussen 1881 en 1885 werd aan de Nederlandse universiteiten geen onderwijs in de psychiatrie aangeboden.²

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 psychiatrisch onderwijs echter uiteen. Sommigen vonden dat het op alle universiteiten een verplicht onderdeel van de studie geneeskunde moest worden zodat alle 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, bestaande uit Van der Lith en de inspecteurs van het Staatstoezicht Ramaer en Van Cappelle, 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 universiteiten (Leiden, Utrecht, Groningen en Amsterdam) mogelijk te maken en examinering daarvan voor alle aankomende artsen verplicht te stellen. Ramaer ging in 1884 nog een stap verder door ervoor te pleiten dat niet alleen studenten geneeskunde, maar ook studenten in de rechten onderwijs in de psychiatrie volgden, omdat juristen besloten over de voor gestichtsoptname noodzakelijke rechterlijk machtiging.³ Anderen gaven de voorkeur aan een specialistische opleiding aan één van de universiteiten uitsluitend voor toekomstige artsen die een werkplek in de krankzinnigenzorg ambieerden.⁴ 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 voornamelijk een loze belofte. De Minister van Binnenlandse Zaken besloot in 1880 dat voor het facultatieve psychiatrische onderwijs de aanstelling van een lector voldeed.⁵

Een jaar eerder was Van der Lith als bijzonder hoogleraar afgetreden, naar eigen zeggen omdat hij niet over de nodige faciliteiten beschikte. Uit de notulen en brieven van de curatoren van de Rijksuniversiteit Utrecht is echter op te maken dat hij geen gehoor vond bij de curatoren omdat in 1878 slechts één student zijn colleges psychiatrie had bijgewoond. Na het aftreden van Van der Lith wierp de vooraanstaande Utrechtse hoogleraar fysiologie en oogheelkunde Franciscus Cornelis Donders, zich op als pleitbezorger voor academisch onderwijs in de psychiatrie.⁶ Als voorvechter van een natuurwetenschappelijke geneeskunde was Donders van mening dat het onderwijs in de psychiatrie met dat in de neurologie gecombineerd diende te worden. In 1884 hield hij een voordracht voor de NVP waarin hij betoogde dat de doelstelling van het onderwijs in de psychiatrie aan de universiteit van tweeërlei aard was. Alle artsen dienden een zekere basiskennis te bezitten van geestesstoornissen en gestichtsgeneesheren, door Donders aangeduid als 'speciale psychiaters', moesten op basis van uitgebreider onderwijs op



4.1 DE LEERSTOLEN EN HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS



Cornelis Winkler met studenten, verpleegsters en een patiënt tijdens een college aan de Gemeente Universiteit Amsterdam. (De Waardt 2005, p. 62; foto afkomstig uit *De prins der geïllustreerde bladen* 10 (19 maart 1910))

dit terrein op hun taak worden voorbereid. Voor dat onderwijs waren volgens Donders een kliniek en onderzoeksfaciliteiten nodig zodat studenten toegang kregen tot patiënten en de mogelijkheid hadden om fysiologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek te verrichten.⁷

Dankzij de inspanningen van Donders werd Winkler in 1885 lector in de psychiatrie aan de Utrechtse universiteit. In hetzelfde jaar verkreeg Van Deventer een privatdocentschap in Amsterdam.⁸ 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 beoefenen. De psychiatrie zoals die in de gestichten werd bedreven, was volgens Winkler nauwelijks een vorm van wetenschappelijke geneeskunde. ‘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 filosofie 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.⁹

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 afgezien¹⁰ – maar wel is het opmerkelijk dat hij de bestaande psychiatrie associeerde met filosofie en psychologie. Winkler maakte zich sterk voor een overwegend neurologische invulling van het vak, niet alleen uit overtuiging, maar ook om strategische redenen aangezien andere medici, net als hijzelf, de gestichtspychiatrie in wetenschappelijk opzicht niet serieus namen. Met de academische geneeskunde voelde Winkler zich veel meer verbonden dan met de krankzinnigenzorg.¹¹

Om zich voor te bereiden op het lectoraat maakte Winkler een studiereis door Duitsland en Oostenrijk. In Wenen bezocht hij de neuroloog Heinrich Obersteiner en de psychiaters Theodor Meynert en Julius Wagner von Jauregg. In Duitsland deed hij praktische ervaringen op in de ‘Heil und Pflege Anstalt’ Illenau en volgde hij colleges aan de universiteit van Heidelberg. Zijn buitenlandse ervaringen gaven Winkler, net als Ramaer, aanleiding om te spreken over een achterstand van de Nederlandse psychiatrie.¹² Als neuroloog was hij vooral onder de indruk van de ontwikkelingen in de Duitse en Oostenrijkse universitaire neuropsychiatrie, waarin een verband tussen somatische hersenaandoeningen en geestesstoornissen werd verondersteld. *De psychopathologie als hersenpathologie te midden der klinische wetenschappen*, zo luidde de titel van de inaugurele rede waarmee hij zijn lectoraat aanving en waarin hij een lans brak voor de gemeenschappelijke beoefening van psychiatrie en neurologie.¹³ In zijn onderzoek hield Winkler zich voornamelijk bezig met hersenanatomie.

Winklers en Van Deventers colleges in de psychiatrie in Utrecht respectievelijk Amsterdam waren geen verplichte leerstof in de studie geneeskunde en studenten hoefden geen examen af te leggen. Winkler klaagde dat slechts vijftien tot twintig procent van de Utrechtse geneeskundestudenten zijn facultatieve colleges psychiatrie volgde en dat hij geen ‘ziekbedden’ en geen kliniek tot zijn beschikking had. ‘Met een lectoraat in de psychiatrie, zonder kliniek of polikliniek’, aldus Winkler, kon ‘ik den toekomstigen arts niet genoeg ervaring bijbrengen om haar later met vrucht in de praktijk te kunnen toepassen.’¹⁴ Reeds in 1888 gaf hij, zonder resultaat, aan de curatoren van de Utrechtse universiteit te kennen dat psychiatrisch onderwijs niet mogelijk was zonder kliniek waarin patiënten konden worden geobserveerd. Wel kreeg hij vanaf 1889 de mogelijkheid om zenuwzieken te onderzoeken in een polikliniek van de Utrechtse Diaconesseninrichting.¹⁵ In Amsterdam kon Van Deventer voor zijn klinisch onderricht gebruik maken van patiënten in het Buitengasthuis.

Tezamen met Jelgersma, die evenals 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.¹⁶ Zij leverden eind jaren tachtig de eerste blauwdrukken voor de inrichting van het onderwijs en de exameneisen en ze ijverden voor de inrichting van psychiatrische klinieken en laboratoria voor onderricht en onderzoek. In 1890 trachtte Winkler samen met Utrechtse collega’s steun te verwerven van de NMG voor zijn streven om van de psychiatrie een verplicht examenvak voor alle artsen te maken. Uit vrees voor overbelasting van het medisch curriculum en waarschijnlijk ook vanwege een zeker dedain voor de psychiatrie, wees de meerderheid van de NMG dit af. Wel stelde het hoofdbestuur van de NMG dat alle artsen de beginselen van de ‘leer der zielsziekten’

4.1 DE LEERSTOLEN EN HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS

moesten kennen, maar alleen voor zover het om de herkenning van geestesziekte ging en daarvoor was geen verplicht examen in de psychiatrie nodig. De verdere beoordeling en behandeling dienden te worden overgelaten aan zogenaamde ‘specieel psychiaters’. Om deze gespecialiseerde artsen op te leiden, zouden alle universiteiten facultatief onderwijs in de psychiatrie moeten bieden.¹⁷

Hoewel de NVP niet tegemoet kwam aan de wensen van Winkler, waren hij en andere leden van de NVP niet ontevreden omdat de NMG expliciet onderschreef dat psychiatrie deel uitmaakte van de geneeskunde en dat daarvoor een specialistische opleiding op de universiteit nodig was. Het was niet voldoende, zoals tot dan toe en ook daarna nog gebruikelijk was, dat gestichtsgeneesheren door middel van praktijkervaring in de krankzinnigenzorg kennis opdeden van geestesziekte. ‘De student leere psychische ziekten methodisch onderzoeken’, zo stelde Winkler, ‘opdat hij het niet nodig hebbe door lange ervaring zich zelf wat baanwijs in die richting te maken.’ Daarnaast hield hij vol dat het ‘in het belang van de ongelukkige lijdens’ was dat *alle* medici krankzinnigheid leerden te diagnostiseren.¹⁸ Aan de hand van het voorbeeld hysterie benadrukten ook Van Deventer en Tellegen hoe belangrijk het was dat elke arts kennis bezat van de geestesstoornissen.¹⁹ Namens de NVP stelden Winkler, Jelgersma en Tellegen een rapport op, dat in 1891 werd aangeboden aan de Minister van Binnenlandse Zaken. Daarin pleitten zij voor psychiatrie als medisch hoofdvak en verplicht onderdeel van de studie geneeskunde alsook de instelling van leerstoelen.²⁰ De regering stelde zich aanvankelijk terughoudend op - een lector zou voldoende zijn - maar in 1892 maakte de Minister van Binnenlandse Zaken geld vrij voor een leerstoel psychiatrie.²¹

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, hoewel het vak geen verplicht onderdeel van de medische opleiding werd.²² 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 zo op gelijke voet stelde met andere specialismen als de interne geneeskunde en de heel- en verloskunde.²³ 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 en het groeiende aantal studenten geneeskunde rond de eeuwwisseling.²⁴

De eerste hoogleraar in de psychiatrie en neurologie was Winkler, die in 1893 aan de Rijksuniversiteit Utrecht en drie jaar later op de tweede psychiatrische leerstoel, aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, werd benoemd. Jelgersma, die zijn academische carrière in 1894 was begonnen als privatdocent in de criminele antropologie en de gerechtelijke psychiatrie aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit en die in 1896 een eredoctoraat aan de Rijksuniversiteit Utrecht verwierf, bezette de derde leerstoel voor psychiatrie en neurologie, die in 1899 aan de Leidse universiteit tot stand kwam. In Groningen werd Enno Dirk Wiersma, sinds 1897

privaatdocent, in 1903 tot hoogleraar in de psychiatrie en in 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 geneeskundige opleiding kon bieden – de medische faculteit kwam pas in 1951 tot stand.²⁵ De instelling van deze leerstoel hing samen met de behoefte aan gereformeerde en tevens wetenschappelijk onderlegde psychiaters in de gestichten van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Het professoraat, dat in 1907 toeviel aan Leendert 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.²⁶

Het ontbrak de eerste hoogleraren aanvankelijk aan praktische middelen – collegezalen, laboratoria en vooral klinieken – om het psychiatrisch onderwijs en onderzoek concreet gestalte te geven. Over de wijze waarop een en ander praktische invulling 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, omdat hij vond dat de universitaire psychiatrie zich niet alleen met krankzinnigen, maar ook met zenuwzieken diende bezig te houden.²⁷ Daarmee zou de universitaire kliniek zich van het gesticht onderscheiden, temeer omdat voor opname van zenuwlijders geen rechterlijke machtiging vereist was. Ten tweede zou de behandeling van deze patiënten meer zicht bieden op succesvolle therapieën dan de behandeling van krankzinnigen, wier ziekte zo vaak chronisch en uitzichtloos was.²⁸

Toen Winkler in 1893 de eerste leerstoel psychiatrie op zich nam, stelde hij als voorwaarde dat hij de beschikking zou krijgen over een kliniek, waar hij onderzoek kon verrichten en zijn studenten in aanraking kon brengen met uiteenlopende geestes- en zenuwziekten. In afwachting van de kliniek gaf hij college in een kleine ruimte in het Utrechtse Willem Arntsz Huis, die slechts plaats bood aan 25 studenten. Ruimte om een patiënten ‘te demonstreren bleef dus niet over’, aldus Winkler.²⁹ Het gestichtsbestuur van het Willem Arntsz Huis toonde zich weliswaar bereid een kliniek te bouwen met veertig bedden indien de rijksoverheid jaarlijks geld zou bijleggen, maar de regering zegde geen financiële steun toe. Ook voor de colleges in de neurologie waren de onderwijsmiddelen beperkt. Daar was wel een polikliniek voor, maar Winkler had geen bedden ter beschikking, waardoor ook het klinisch onderwijs in de neurologie niet voldoende kon worden waargemaakt. ‘Er gebeurde niets’, zo verzuchtte Winkler.³⁰ In 1894 deed hij in een brief zijn beklag bij de Tweede Kamer:

Ik [...] verlangde niet, om als schuldige voor de geschiedenis te staan, wanneer te eeniger tijd – en die tijd is niet ver af – de ernstige schade toegebracht aan ons krankzinnigenwezen en aan den geneeskundigen stand meer algemeen de aandacht zal trekken.³¹

Dat Winkler in zijn pleidooi ook aan de geneeskunde in het algemeen refereerde, had te maken met het feit dat hij niet de enige Utrechtse medische hoogleraar was die ‘verwaarlozing’ ervoer en daarover klaagde, al was hij wel het meest rigoureuus in zijn pogingen om een doorbraak te bewerkstelligen. Winkler, die steun kreeg van de NVP, ventileerde zijn ongenoegen in het *Ne-*

4.1 DE LEERSTOLEN EN HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS

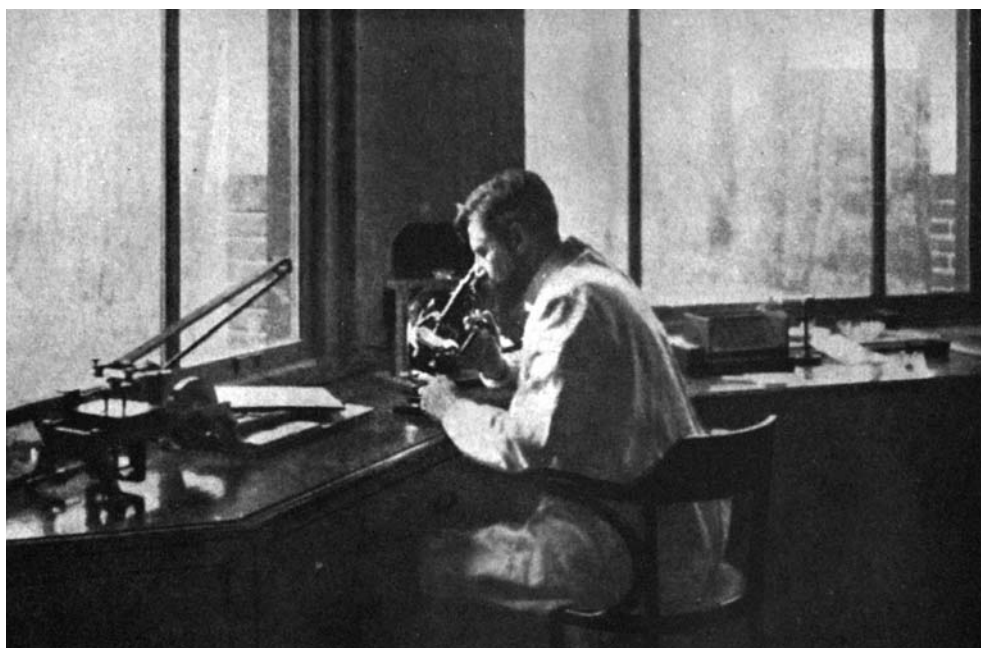
derlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde en zijn klachten kregen ook aandacht van de lokale pers in Utrecht.³²

De Minister van Binnenlandse Zaken beloofde ‘op bescheiden voet te zorgen voor gelegenheid om patiënten te observeren en te behandelen’, maar pas ‘volgend jaar’.³³ Er werd, in samspraak met de gemeente Utrecht, door de universiteit besloten tot de bouw van een kliniek voor chirurgie, psychiatrie en neurologie, maar reeds in 1895 bleek dat de bouwkosten veel te laag waren geraamd. Bovendien waren er kapers op de kust: in overleg met het Rijk en de gemeente besloot de universiteit het budget voor de bouw van de kliniek ook te besteden aan een nieuwe specialistische kliniek voor gynaecologie en een vernieuwde kliniek voor interne geneeskunde. De inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten stelden Winkler in 1895 als mogelijke oplossing voor om de te stichten kliniek te verbinden aan het Rijksgesticht Medemblik, onder andere bedoeld voor krankzinnige misdadigers, maar dat wees Winkler pertinent af. Hij stelde dit gelijk aan ‘het vermoorden van het onderwijs [...] De kliniek gevuld met bewoners uit Veenhuizen, en met krankzinnige misdadigers zou zijn beteekenis als gezegings-inrichting geheel verliezen en onbruikbaar gemaakt zijn’.³⁴ In de opvatting van Winkler waren deze mensen ‘gedegeneerd’ en ‘ongeneeslijk’ en waren zij derhalve voor universitair onderzoek en onderwijs in het geheel niet geschikt. Winkler wilde behandelbare patiënten aan wie meer geneeskundige eer was te behalen. Opnieuw gaf hij aan dat hij van een verbinding tussen de universitaire psychiatrie en de krankzinnigenzorg niets wilde weten.

In 1896 werd duidelijk dat de regering veel minder bedden voor psychiatrie en neurologie in de nog te bouwen Utrechtse kliniek mogelijk zou maken dan eerder was toegezegd. Hevig teleurgesteld diende Winkler daarop, drie jaar na zijn benoeming, zijn ontslag in. Hij vertrok naar de Gemeente Universiteit van Amsterdam om daar hoogleraar in de ‘klinische neuropathologie en psychiatrie’ te worden, een leerstoel die de curatoren vanwege zijn onderhand verworven wetenschappelijke reputatie speciaal voor hem hadden ingesteld.³⁵ Voor het klinisch onderwijs kon hij daar gebruik maken van het Buitengasthuis waarin naast krankzinnigen ook neurologische patiënten verbleven en het zogeheten Paviljoen III van het in 1893 opgerichte Wilhelminagasthuis. Dit paviljoen was bestemd voor ongeveer 120 zenuwzieken: patiënten met vaak lichtere psychische of psychosomatische klachten die zonder rechterlijke machtiging werden opgenomen. Hoewel deze afdeling van het Wilhelminagasthuis geen vergunning had als geneeskundig gesticht, werden ook krankzinnigen vanuit het overvolle Buitengasthuis opgenomen. Winkler kon hier dus zowel geselecteerde krankzinnigen als zenuwzieken observeren en demonstreren.³⁶

De Utrechtse leerstoel bleef vervolgens vacant – de privaatsdocenten Homme Buringh Boekhoudt en Jan van Delden verzorgden tussen 1896 en 1900 het psychiatrisch onderwijs – totdat in 1900 de uit Duitsland afkomstige Theodor Ziehen als hoogleraar aantrad en deze de beschikking kreeg over een bescheiden kliniek. Ziehen keerde al na drie jaar terug naar Duitsland om een leerstoel in Halle te bezetten.³⁷ Diens opvolger, de ook uit Duitsland afkomstige Karl Heilbronner, wist in 1913 een nieuwe, grotere onderwijskliniek tot stand te brengen, die volgens Winkler een van de beste in Europa was. In het jaar daarop stierf Heilbronner en keerde Winkler terug naar Utrecht.³⁸

In Groningen beschikte Wiersma al vanaf 1896 over een kleine, door hem opgerichte krankzinnigeninrichting en een eveneens kleine instelling voor zenuwlijders. Deze werden in 1903 vervangen door een psychiatrisch-neurologische kliniek in het nieuwe academisch ziekenhuis. In



Gerbrandus Jelgersma in zijn laboratorium in Leiden rond 1900. (Carp 1942, tegenover p. 12)

1916 kwam een nieuwe kliniek tot stand.³⁹ Tot slot werd in 1910 aan de Vrije Universiteit de Valeriuskliniek geopend. De universitaire klinieken waren bij uitstek de instellingen die specialistische en doorgaans kortstondige zorg en behandeling boden aan acute patiënten, zowel krankzinnigen als zenuwlijders.⁴⁰

Jelgersma had sinds zijn benoeming de beschikking over patiënten in het in 1897 opgerichte krankzinnigengesticht Endegeest te Oegstgeest en kreeg in 1908 het beheer over twintig bedden in het nabij gelegen 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 echter 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.⁴¹

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. Volgens deze wet waren voor alle instellingen waarin meer dan twee krankzinnigen verpleegd werden, een vergunning van de overheid en toezicht door de Inspectie vereist. Aangezien de hoogleraren vonden dat opname van (acute) krankzin-

4.1 DE LEERSTOLEN EN HET UNIVERSITAIRE ONDERWIJS

nigen zonder rechterlijke machtiging moest kunnen plaatsvinden, vroegen zij voor de oprichting van universiteitsklinieken geen vergunning aan als krankzinnigengesticht. Bovendien verbood de Krankzinnigenwet verpleging van krankzinnigen en zenuwzieken in dezelfde instelling.⁴² Met name Jelgersma kritiseerde 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.⁴³

De eerste universitaire klinieken, die onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid (de rijksuniversiteiten) ofwel de gemeente Amsterdam (de gemeentelijke universiteit) vielen, waren naar de letter van de wet illegaal en er ontstonden conflicten tussen de inspecteurs en de hoogleraren die hun klinieken buiten het Staatstoezicht wilden houden. In Amsterdam werd bijvoorbeeld geen vergunning gevraagd voor de oprichting in 1893 van Paviljoen III, de psychiatrisch-neurologische kliniek van het Wilhelminagasthuis waar krankzinnigen tezamen met zenuwzieken werden verpleegd.⁴⁴ In 1904 werd deze situatie met de invoering van de ‘aangewezen inrichting’ rechtgetrokken: met deze status konden de klinieken naast zenuwlijders meer dan twee krankzinnigen opnemen en was de rechterlijke machtiging niet nodig.⁴⁵ Als eerste kreeg in 1905 de psychiatrische universiteitskliniek te Groningen een dergelijke aanwijzing, in datzelfde jaar gevolgd door het Paviljoen III in Amsterdam. De Utrechtse psychiatrisch-neurologische universiteitskliniek (1900) werd pas in 1913 van een aanwijzing voorzien, waarna de Valeriuskliniek in 1929 volgde.⁴⁶ De leiding van Rhijngeest vond een aanwijzing lange tijd onwenselijk en overbodig, hoewel daarin, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, naast zenuwlijders ook psychotische patiënten werden opgenomen; pas in 1968 zou het tot een aanwijzing komen.⁴⁷

4.2 DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE WETENSCHAP

De eerste hoogleraren in de geneeskunde die in hun werk en onderwijs uitgebreid aandacht aan krankzinnigheid wijdden, Schroeder van der Kolk, Van der Lith en Voorhelm Schreevoegt, 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 in eerste instantie op het lichaam moeten ingrijpen. Schroeder van der Kolks benadering had veel weg van die van de Duitse *Somatiker* en hij was geen aanhanger van een reductionistisch materialisme: hij erkende het bestaan van een niet tot het lichaam te reduceren ziel.⁴⁸ 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 wetenschappelijke opvattingen weinig bekend is, was een volgeling van Schroeder van der Kolk en het is aannemelijk dat hij diens benadering volgde.⁴⁹

Vergeleken met Schroeder van der Kolk, die een autonome ziel veronderstelde, deed Voorhelm Schneevoegt 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.⁵⁰ 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 hoogleraren en gestichtsartsen geen sprake.⁵¹ Vaak werden lichamelijke en ‘zedelijke’, dat wil zeggen geestelijke en maatschappelijke, oorzaken naast elkaar genoemd zonder duidelijk te maken welke doorslaggevend waren. Zo noemden Ramaer en Van Capelle in hun inspectieverslagen van 1875-1877 als oorzaken van krankzinnigheid: erfelijkheid, lichamelijke ziekte, overmatige geestelijke inspanning, slechte voeding, armoede, ‘godsdienstige dweperij’, alcoholmisbruik, seksuele uitpattingen en gemoedstoestanden als (liefdes)verdriet, schrik, angst en toorn.⁵²

In de jaren vijftig en zestig oriënteerden vernieuwingsgezinde geneeskundigen zich op de natuurwetenschappelijke geneeskunde, zoals die in Duitsland tot ontwikkeling kwam. 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 meerdere 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. Op een vergadering van de Duitse Natuur- en Geneeskundigen stelde Ramaer hoopvol vast dat ‘onze wetenschap’ zich niet meer liet leiden door filosofische speculaties over de menselijke geest:

de psyche, die haar door alle eeuwen heen beheerscht heeft, is van haren troon gestooten en het is niet waarschijnlijk, dat haar gezag in de wetenschap ooit weder erkend zal worden. [...] Aan theorieën derhalve heeft de psychiatrische wetenschap geen behoefte, maar wat haar dienen kan, dat is de nauwkeurige kennis van de werking der verschillende hersendeelen op elkander.⁵³

Volgens Ramaer bestonden zowel somatische als geestesziekten evenals normale levensverschijnselen uit lichamelijke processen, die aan vaste causale wetten onderhevig waren. Derhalve moest de geneeskunde evenals de fysiologie gebaseerd worden op wat hij ‘stellige’ natuurwetenschap noemde, namelijk onderzoek naar en kennis van lichaamsprocessen die kwantificeerbaar, meetbaar, causaal verklaarbaar, voorspelbaar en daardoor uiteindelijk ook beheersbaar waren. ‘[...] elke kennis, die hare grondslag in de natuur heeft, is stellig, en zonder dien grondslag is de geneeskunde niet te denken’, aldus Ramaer.⁵⁴ Daarnaast betekende ‘stellig’ voor Ramaer ook ‘prak-

tisch toepasbaar, ook al mocht dat niet het hoofddoel van natuurwetenschap zijn. De praktische toepasbaarheid moest een afgeleide zijn van de intrinsieke en onafhankelijke waarde van onderzoek en kennis.⁵⁵ Als de geneeskunde, en op één lijn daarmee de psychiatrie, zich toeleiden op nauwkeurig fysiologisch laboratoriumonderzoek van het ziekteverloop, dan resulteerde dat uiteindelijk in de ontdekking van de daaraan ten grondslag liggende natuurwetten en zou kennis over diagnose, prognose en therapie bijna automatisch volgen.⁵⁶ Stellige wetenschap impliceerde dus dat de arts kon ingrijpen in abnormale levensprocessen. Toenemende psychiatrische kennis op basis van natuurwetenschappelijke inzichten zou de gestichtsgeneesheren en hun patiënten uiteindelijk tot heil strekken.

‘Krankzinnigheid’, zo luidde Ramaers definitie, ‘is een ziekelijke uiting der geestesvermogens, welke van het ligchaam afhangen; die vermogens zijn *het bewustzijn, de voorstelling en de ideeën-associatie*’.⁵⁷ Behalve in hersenaandoeningen vond krankzinnigheid haar oorzaak in andere verstoorde lichaamsfuncties als de stofwisseling en de bloeddruk.⁵⁸ Ramaer betwijfelde of geestesziekte in de hersenen of zenuwen te lokaliseren was. Het fysiologische ziektemodel dat hij aanhing, veronderstelde dat pathologische verschijnselen net als normale levensfuncties bestonden uit dynamische biologische processen, waarbij meerdere organen betrokken waren. Daarom achtte hij neurologisch-anatomisch onderzoek naar hersen- en zenuwweefsels niet voldoende om de psychiatrie als medisch-biologische wetenschap te vestigen. De wetenschappelijke beoefening van de psychiatrie, zoals Ramaer die voor ogen had in zijn NVP-rede van 1871, was niet gelegen in het opstellen van voorbarige hypothesen over de lokalisatie van ‘psychische’ functies in het lichaam, maar in een nauwkeurige bestudering van de waarneembare symptomen van krankzinnigheid enerzijds en fysiologische hersen- en zenuwprocessen anderzijds en uiteindelijk in het vaststellen van causale relaties tussen die twee niveaus. Zijn fysiologische visie op krankzinnigheid als een gevolg van de verstoring van lichamelijke processen relativeerde het onderscheid tussen wat gezond en pathologisch was: volgens hem was het nooit mogelijk exact te bepalen waar het gezonde eindigde en de krankzinnigheid begon.⁵⁹

Hoewel Ramaer benadrukte dat krankzinnigheid net als andere ziekten ‘geheel lichamelijk’ opgevat moest worden, speelden omgevingsfactoren en leefgewoonten een belangrijke rol in zijn verklaring voor ziekte: het leefmilieu zou het lichamelijke en ook het geestelijke functioneren ten kwade en ten goede beïnvloeden.⁶⁰ In zijn fysiologische optiek deden levensprocessen zich voor in samenhang met wat Ramaer ‘omgeving’ noemde en die kon verwijzen naar zowel het lichaam van een individueel organisme als zijn leefmilieu. Het onderscheid tussen leven en niet-leven werd bepaald door de fysiologische eigenschap ‘prikkelbaarheid’. Omgevingsfactoren vatte hij op als prikkels die op een bepaalde manier inwerkten op het functioneren van het lichaam. Zo beweerde Ramaer dat factoren als overmatig eten en alcoholgebruik leidden tot een te sterke prikkeling van het zenuwstelsel.⁶¹ Zijn classificatie van geestesziekten, opgenomen in zijn *Dronkenschap en krankzinnigheid* (1852), was gebaseerd op een verondersteld verband tussen de mate van prikkelbaarheid en een verhoogde of verlaagde hersenactiviteit. Zo leidde een overprikkeling van de hersenen volgens Ramaer tot onder andere ‘melancholia’ (in hedendaagse termen depressie), terwijl hersenen die te weinig geprikkeld werden ‘stupiditas’ (stompingheid) en ‘abulia’ (ziekelijke onverschilligheid) tot gevolg hadden.⁶²

Ramaers ideeën over de behandeling van geestesziekten vloeiden voort uit deze fysiologische optiek, waarin zowel lichamelijke processen als het leefmilieu van belang waren. De therapie moest het gehele levensproces beïnvloeden en dat zou mogelijk zijn door te interveniëren in

de wisselwerking tussen de uitwendige leefomgeving en het individuele lichaam. Opmerkelijk is dat Ramaer het belang van medicijnen voor de behandeling van krankzinnigheid relativeerde. Geneesmiddelen zouden meestal inwerken op bepaalde organen, maar onvoldoende uitwerking hebben op het dynamisch functioneren van het gehele organisme in zijn leefmilieu.⁶³ Ramaers fysiologische ziekteopvatting impliceerde, als het om krankzinnigheid ging, dus veel nadruk op het therapeutisch belang van de leefomgeving en daarmee ook op 'morele' factoren als orde en regelmaat, rust, godsdienst, arbeid en opvoeding, die weliswaar indirect, maar evenals fysische en chemische reacties richting gaven aan het levensproces.⁶⁴ In zijn rede van 1871 verwees Ramaer in dit verband naar het *inwendig* leven van het gesticht als ware het een organisme waarvan de gezondheid van zijn organen, de patiënten, afhing van een juiste uitwendige prikkeling. In feite combineerde hij, evenals Schroeder van der Kolk, Voorhelm Schneevoogt en Van Aniel, een materialistische opvatting van krankzinnigheid met het aan de morele behandeling ten grondslag liggende idee dat het therapeutische leefmilieu van het gesticht, waarin de uitwendige prikkelingen die patiënten ondergingen nauwgezet werden beheerst, een heilzame invloed kon uitoefenen op hun lichaam en geest.⁶⁵

Net als Schroeder van der Kolk en Voorhelm Schneevoogt wist Ramaer de morele behandeling dus naadloos in te passen in zijn biomedische beschouwing van krankzinnigheid. Deze geneeskundigen hielden zich niet alleen met de natuurwetenschappelijke geneeskunde bezig, maar ze waren ook werkzaam in krankzinnigengestichten en ze zetten zich in voor een verhoging van de medische zeggenschap daarin. Deze konden zij niet uitsluitend op basis van hun fysiologische en anatomische kennis realiseren omdat deze in praktische zin weinig voor de krankzinnigenzorg opleverde. Niettegenstaande hun kritiek op de huns inziens achterhaalde, want onwetenschappelijke 'moreel', 'geestelijk' en 'filosofisch' geïnspireerde krankzinnigenzorg van filantropen en zielzorgers, onderschreven zij de uitgangspunten van de geestelijk en opvoedkundig georiënteerde morele behandeling en probeerden zij deze in natuurwetenschappelijke termen – de heilzame invloed ervan werd vergeleken met materiële krachten die op ziekte konden inwerken – te legitimeren. De medische herinterpretatie van de werking van de morele behandeling stond zo in dienst van het streven naar meer zeggenschap van geneeskundigen in de gestichten.

Ramaers opvattingen konden op instemming rekenen van een aantal vooraanstaande gestichtsgeneesheren die net als hij een natuurwetenschappelijke psychiatriebeoefening voorstonden. Zo schreef Van Aniel, medeoprichter van de NVP, in 1865 in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* dat medici 'naar het tegenwoordig standpunt der wetenschap in de zielsziekten [...] symptomen van hersen- en zenuwziekten' zagen en dat 'wanneer men de krankzinnigheid van hare *geneeskundige* zijde in engeren zin beschouwt, [...] het objectief onderzoek van het zieke organisme van de hoogste en niet zelden van de eenige waarde' was.⁶⁶ Een andere medeoprichter van de NVP, Donkersloot, definieerde krankzinnigheid als 'het verschijnsel van de eene of andere organische of stoffelijke ziekte' en stelde dat krankzinnigen 'dezelfde aanspraak op eene artselijke behandeling [hebben] als ieder ander ziekelijk verschijnsel'.⁶⁷

Net als Ramaer, Van Aniel en Donkersloot streefden de eerste privaatdocenten, lectoren en hoogleraren op de universiteit ernaar de psychiatrie te modelleren naar het voorbeeld van de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde. Daarbij verschoof het accent in de loop van de jaren tachtig echter van een fysiologische naar een meer uitgesproken neurologische en anatomische benadering. Daarin werd verondersteld dat er een causale relatie bestond tus-

4.2 DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE WETENSCHAP

sen geestesstoornissen en hersenaandoeningen; ‘deze stelling is de spil waarop onze tegenwoordige leer der krankzinnigheid draait’, zo schreef Tellegen in 1884, ‘zij is de alpha en de omega der psychiatrie.’⁶⁸ Hierbij golden de ontwikkelingen in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland als lichtend voorbeeld. Enkele jaren na zijn eerste studiereis naar Duitsland en Oostenrijk bezocht Winkler Heidelberg, München en Wenen opnieuw. 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 trok naar Wenen en Berlijn om zich in de psychiatrie en neurologie te specialiseren en liet zich door onder anderen de toonaangevende neurologen Wilhem Erb en P. Oppenheim beïnvloeden. Leendert Bouman volgde colleges bij Richard von Krafft-Ebing, Wagner von Jauregg en Obersteiner in Wenen en deed ervaring op in de kliniek van Emil Kraepelin en Alois Alzheimer in Heidelberg. Jelgersma, die zich sterker op de Franse psychiatrie oriënteerde, was de enige die niet naar Duitsland of Oostenrijk reisde om wetenschappelijke inspiratie op te doen.⁶⁹

In zijn oratie ter gelegenheid van zijn benoeming als eerste gewone hoogleraar in de psychiatrie en neurologie, *De beteekenis van het onderwijs in de psychiatrie voor de geneeskunde* (1893), betoogde Winkler dat het universitaire onderwijs in de psychiatrie zijn nut voor de geneeskunde in het algemeen alleen kon bewijzen als het uitging van de anatomisch-neurologische benadering. Op basis van zowel pathologisch-anatomisch als fysiologisch laboratoriumonderzoek zouden geestesziekten in verband moeten en kunnen worden gebracht met lichamelijke stoornissen, in het bijzonder met aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel. Psychopathologie was volgens Winkler grotendeels hersenpathologie. Dat bleek niet alleen uit onderzoek naar dementia paralytica, epilepsie en vergiftigingspsychosen als gevolg van bijvoorbeeld alcohol- en morfineverslaving, maar ook uit de bevindingen van de Franse neuroloog Jean Martin Charcot op het gebied van hysterie. Al eerder had hij zich in zijn intrede als lector optimistisch uitgelaten over de mogelijke resultaten van deze aanpak: ‘als de mikrochemie ons het onderscheid tusschen de electrisch geprikkelde en rustende zenuwcel geleerd zal hebben, weest dan overtuigd dat er op het gebied der neurosen en psychosen nog heel wat zal worden opgeklaard.’⁷⁰ Ook de in de klinische praktijk gebleken en door de degeneratietheorie verklaarde erfelijkheid van geestes- en zenuwziekten zou erop wijzen dat deze wortelden in organische hersenaandoeningen.

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 ziektes en aandoeningen van het zenuwstelsel, zoals epilepsie, motorische stoornissen, verlammingen, multiple sclerose, hersenletsel, migraine, afasie en spraakstoornissen.⁷¹ Met name Winkler en Jelgersma, maar ook Wiersma en Bouman 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.⁷² Winkler vond dat psychiatrie als een vorm van neurologie opgevat moest worden. In feite geldt hij als een van de grondleggers van de neurologie in Nederland.⁷³ Hij was een universitaire arts die nooit in een krankzinnigengeestich had gewerkt, die zich, zoals we hebben gezien, van de krankzinnigenzorg distantieerde en die zich als hersenonderzoeker profileerde. Winkler vertegenwoordigde Nederland in de interna-

tionale Braincommission en gaf daarmee de aanzet tot de oprichting van het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek dat in 1909 werd geopend en waarvan Cornelius Ubbo Ariëns Kappers directeur werd. Het instituut, dat onder de Koninklijke Academie van Wetenschappen viel en deel uitmaakte van een internationaal netwerk van soortgelijke onderzoeksinstituten, verwierf veel aanzien. Samen met onder anderen zijn opvolger als hoogleraar in Amsterdam, Klaas Herman Bouman, richtte Winkler in hetzelfde jaar de Amsterdamsche Neurologenvereniging op.⁷⁴

De verbinding van de psychiatrie met de neurologie, die in 1895 ook in verenigingsverband beslag kreeg doordat de NVP, zoals wij eerder zagen, het lidmaatschap open stelde voor neurologen, beantwoordde aan de ambities van de universitaire psychiatriebeoefenaars. Het aantal bijdragen in de *Psychiatrische Bladen* en vervolgens de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* over neurologische en hersenpathologische onderzoeken nam vanaf de jaren tachtig duidelijk toe. De toenadering van de psychiatrie tot de neurologie was niet alleen ingegeven door een strategische overweging, het streven naar aansluiting bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde en een versterking van beider positie als medisch specialisme op de universiteit. Ook overlaptten de beide vakken elkaar inhoudelijk. Ten eerste bevonden zich onder gestichtspatiënten, zoals wij in het vorige hoofdstuk hebben laten zien, lijders aan zenuw- en hersenstoornissen, zoals epilepsie en dementia paralytica. Ten tweede werd het samengaan van psychiatrie en neurologie bevorderd door de toenemende geneeskundige aandacht voor als functioneel gekwalificeerde zenuwkwalen als nervositeit, neurasthenie, psychasthenie en hysterie: ziektebeelden met zowel somatische als psychische symptomen.⁷⁵ Ten derde vielen psychiatrie en neurologie voor de aanhangers van de natuurwetenschappelijke geneeskunde samen in die zin dat zij geloofden dat geestesstoornissen op aandoeningen van de hersenen en het zenuwstelsel waren terug te voeren.

De derde reden voor een nauwe band tussen psychiatrie en neurologie, die vanuit wetenschappelijk oogpunt als belangrijkste overweging gold, leverde echter ook de meeste problemen op. De hoge verwachtingen die met name universitaire psychiaters en neurologen koesterden ten aanzien van de neurologische benadering van geestesziekte, werden niet ingelost. Het neurofysiologisch en pathologisch-anatomisch laboratoriumonderzoek leverde nagenoeg geen bruikbare resultaten op voor de klinische praktijk, diagnose en behandeling van patiënten. Psychiaters verwezen regelmatig naar het succes van de bacteriologie en zij maakten ook veelvuldig gebruik van beeldspraak die verwees naar schadelijke bacillen en bacteriën. Terwijl laboratoriumonderzoek op het gebied van de bacteriologie in de somatische geneeskunde op successen kon bogen – zo werden aan het eind van de negentiende eeuw de veroorzakers van pest, gele koorts, cholera, malaria, nekkramp, tyfus, difterie en tetanus ontdekt en werden op basis daarvan vaccins ontwikkeld – bleek deze methode in de psychiatrie niet te leiden tot de ontdekking van eenduidige causale verbanden tussen waarneembare lichamelijke stoornissen en de gedragsmatige en psychische symptomen van geestesziekte zoals die zich in de klinische praktijk manifesteerden.⁷⁶ In de klinische praktijk stelden artsen vast dat een psychose vaak meerdere, al dan niet lichamelijke oorzaken kende en dat, omgekeerd, aan verschillende psychosen soortgelijke oorzaken ten grondslag lagen. Dementia paralytica, waarvan aan het begin van de twintigste eeuw een lichamenlijk substraat, namelijk besmetting met de syfilisbacterie, werd aangetoond, bleek uiteindelijk, na veel mitsen en maren in psychiatrische kring, de uitzondering op de regel.⁷⁷ Zelfs Winkler moest toegeven dat neurofysiologie en anatomie nog niet tot zekere kennis hadden geleid: 'ik gaf college psychiatrie op biologischen grondslag', zo schreef hij in zijn memoires.



4.2 DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE WETENSCHAP



Leendert Bouman tijdens een college in de Valeriuskliniek in Amsterdam rond 1910. (Pest- en Dolhuys, museum voor de psychiatrie, Haarlem.)

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.⁷⁸

Als het om diagnosestelling ging, bleven artsen voornamelijk aangewezen op de observatie van gestoorde gedragingen en uitingen van patiënten, die evenals hun persoonlijkheid in het laboratoriumonderzoek buiten beschouwing bleven. Bij veel krankzinnigen waren in het geheel geen lichamelijke afwijkingen te vinden. Pogingen om tot een eenduidige classificatie van ziektebeelden op basis van de 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 ten behoeve van de vergelijkbaarheid van statistische gegevens over de prevalentie van krankzinnigheid. Ramaer noemde uiteenlopende criteria – lichamelijke of psychische symptomen, oorzaken, pathologisch-anatomische of fysiologische kenmerken, de duur en 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 dat de tijd nog niet rijp was voor een classificatie op basis van één vast criterium.⁷⁹ In de Nederlandse psychiatrische wereld werden tot de eeuwwisseling verschillende

classificatiesystemen gebruikt, zoals die van buitenlandse psychiaters als Pinel, Morel, Jules P. Falret en Von Krafft-Ebing, maar ook die van Schroeder van der Kolk en Ramaer.⁸⁰

Het onderzoek naar de hersenen en het zenuwgestel leidde evenmin tot nieuwe behandelingsmethoden voor geestesziekte, zoals ook Winkler moest toegeven:

Het is nu zeker gemakkelijk om, nadat met behulp der fysieke en chemische methoden van onderzoek, geen afwijking kon worden vastgesteld, den lijder weg te zenden met de geliefkoosde uitdrukking 'geen organische afwijking aanwezig' en voorts te doen alsof er ter wereld geen gezonder mensch rondliep [...] Al die lijdens vragen echter behandeling. En wie moet hun behandeling leiden, als het de medicus niet is? Hij ten minste moet zich op het standpunt stellen, dat die menschen ziek zijn.⁸¹

'[...] 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.'⁸²

Er bestond een kloof tussen de wetenschappelijke psychiatrie aan de universiteiten en de dagelijkse praktijk in de gestichten, ook al trachtten gestichtsartsen, zoals wij in hoofdstuk 3 hebben gezien, met de invoering van de bedverpleging en enkele somatische therapieën alsook de aanstelling van medisch geschoold verplegend personeel de gestichtsverpleging een meer medisch aanzien te geven. 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 naar voren kwam, 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, bleek uit de toename van het aantal chronische lijdens in de gestichten en klonk bijvoorbeeld duidelijk door in leerboeken voor verplegenden.⁸³

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. Juist vanwege de klinische praktijk en de 'therapeutische werkzaamheid' zou het beter zijn om de psychiatrie minder afhankelijk te maken van de neurologie, zo suggereerden Klaas Herman Bouman, vanaf 1916 hoogleraar aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit, en de zenuwarts Louis Jacob Jozef Muskens.⁸⁴ Al eerder had Ramaer de beperkingen van een materialistische, fysiologische benadering in de krankzinnigenzorg onder ogen gezien en had hij deze ingekaderd in een beschouwingswijze waarin de leefomgeving een rol speelde en waarin de morele behandeling een plaats kon krijgen.

Aan het eind van de negentiende eeuw werd het natuurwetenschappelijk reductionisme, zowel in de geneeskunde in het algemeen als in de psychiatrie in het bijzonder, gerelativeerd door een meer holistisch en vitalistisch biologisch perspectief. Mede onder invloed van de evolutietheorie, zowel van Charles Darwin als Jean-Baptiste Lamarck, kwamen de specifieke kenmerken van de levende natuur – organisatie, ontwikkeling, zelfregulering, aanpassing en interactie – centraal te staan. Darwins verklaring van evolutie in termen van toeval en mechanische causaliteit was omstreden. Aan het eind van de negentiende eeuw was sprake van een herwaardering van de teleologische verklaring van Lamarck. Volgens hem bestond evolutie uit een progressieve en voortdurende functionele aanpassing van organismen aan de omgeving,

4.2 DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE WETENSCHAP

waarbij verworven eigenschappen konden worden overgeërfd.⁸⁵ De doorwerking van met name Lamarcks denken in de levenswetenschappen impliceerde dat een complete verklaring voor het functioneren (of disfunctioneren) van individuele organismen niet alleen afhing van inzicht in fysisch-chemische wetmatigheden, maar ook kennis vereiste van de inwerking van zowel de erfelijke aanleg als het leefmilieu. In deze optiek hing ziekte, evenals in de natuurwetenschappelijke zienswijze, samen met verstoringen van lichamelijke processen, maar de oorzaak werd gezocht in de wisselwerking tussen constitutionele en omgevingsfactoren. In interactie met de omgeving zou het organische leven, binnen de beperkingen van de erfelijke aanleg, worden bepaald door zelfregulering en ontwikkeling, door een voortdurend proces van aanpassing en (re)organisatie. Een organisme was gedurende zijn leven aan diverse invloeden blootgesteld en hoe het daarop reageerde was afhankelijk van zijn (gezonde of pathologische) constitutionele aanleg, van zijn vermogen tot aanpassing en resistentie.⁸⁶

Deze biosociale zienswijze impliceerde een multicausale verklaring van het ontstaan van ziekte: zowel constitutionele als milieufactoren zouden een rol spelen. De taak van de arts zou zijn om de resultaten van fysiologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek in verband te brengen met de specifieke erfelijke aanleg en het fysieke en sociale leefmilieu van de individuele patiënt.⁸⁷ Vanuit deze levenswetenschappelijke optiek wezen psychiaters op uiteenlopende invloeden, zowel lichamelijke als sociale en geestelijke of morele, om het ontstaan van krankzinnigheid te verklaren. Daarbij onderscheidde zij diverse vormen van causaliteit: noodzakelijke en voldoende voorwaarden alsook directe en indirecte oorzaken en aanleidingen. Naast individuele voorwaarden waaronder erfelijkheid, constitutie en opvoeding, konden diverse gedragingen en omgevingsfactoren aanleiding geven tot geestesstoornissen. De levenswetenschappelijke optiek in de psychiatrie sloot de natuurwetenschappelijke benadering van de fysiologie en neurologie niet uit, maar integreerde deze in een bredere multicausale, biosociale verklaring van geestesziekte. Een dergelijke eclecticische benadering klonk bijvoorbeeld door in Van Deventers *Handleiding der krankzinnigenverpleging* (1897): hij onderscheidde daarin diverse oorzaken van geestesziekte – directe, indirecte, verwijderde en voorbeschikte causale factoren alsook oorzakelijke momenten en katalysatoren – naast elkaar, zonder een duidelijke hiërarchie aan te brengen.⁸⁸

In tegenstelling tot de experimenteel-fysiologische en anatomisch-neurologische benaderingen nam in het levenswetenschappelijke model de beschrijvende ziektegeschiedenis, die in de klinische praktijk in het gesticht nooit was weggeweest, een prominente plaats in. Voor het klinische oordeel was het onontbeerlijk om de symptomen, de erfelijke constitutie, de familieachtergrond, de voorgeschiedenis en het leefmilieu van individuele patiënt in kaart te brengen. Zo schreef Winkler in 1897 in *De Gids*:

De nieuwere geneeskundige wetenschap is sedert korten tijd met klem den nadruk gaan leggen op de volledige en nauwkeurige persoonsbeschrijving in haar ziektegeschiedenissen en heeft die met behulp van eener exacte methodiek mogelijk gemaakt.⁸⁹

Al eerder, in zijn in 1893 uitgesproken oratie, had Winkler uiteengezet hoe de psychiater wetenschappelijk verantwoord te werk moest gaan. Uitgaande van de veronderstelling dat geestesstoornissen samenhangen met aandoeningen van het zenuwstelsel moest hij lichamenlijk en, na de dood van de patiënt, pathologisch-anatomisch onderzoek verrichten. Maar dat was niet genoeg: de psychiater moest ook 'individualiseren' en naast de biologische constitutie en erfe-

lijke aanleg de persoonlijkheid van de patiënt, diens levensgeschiedenis en leefwijze – bijvoorbeeld zijn of haar eetpatroon, alcoholgebruik en seksuele neigingen – in ogenschouw nemen.⁹⁰ Een dergelijke integrerende beschouwingwijze bood psychiaters de mogelijkheid om te benadrukken wat hun meerwaarde was ten opzichte van andere, uitsluitende vanuit een somatisch perspectief werkende artsen. Zowel lichamelijke als psychische stoornissen waren in de levenswetenschappelijke opvatting niet los te zien van het functioneren van een individu in zijn fysieke en sociale omgeving. De psychiater was hiervoor, aldus Winkler, juist vanwege zijn kennis van het menselijk gedrag de meest geschikte arts. Hiermee gaf Winkler impliciet toe dat een natuurwetenschappelijke invulling van de psychiatrie en haar gelijkshakeling met de neurologie (zoals ook door hemzelf bepleit) of de fysiologie (zoals eerder door Ramaer voorgestaan) vanuit het psychiatrisch beroepsperspectief het nadeel had dat de noodzaak van een aparte medische specialisatie psychiatrie moeilijk was te verdedigen. Wat zou de meerwaarde van psychiaters ten opzichte van andere geneeskundigen zijn als geestesziekte in wezen een lichamelijke aandoening was en als zij in feite niet veel anders deden dan andere artsen?

In feite vormde het multicausale levenswetenschappelijke ziektemodel een nieuwe medische legitimatie van een langer bestaande klinische praktijk waarin observatie van de individuele patiënt en de beschrijving van diens symptomen en ziektegeschiedenis centraal stonden. De hernieuwde aandacht voor de ziektegeschiedenis van de patiënt kwam vanaf de eeuwwisseling ook tot uiting in de groeiende invloed van het werk van de Duitse hoogleraar Kraepelin. Het klinisch-psychiatrische model dat hij ontwikkelde en dat zich van de neurologisch-anatomische oriëntatie onderscheidde door de aandacht op zowel somatische als psychische verschijnselen te richten, werd toonaangevend. In de jaren negentig legden Kraepelin en zijn medewerkers zich in de universiteitskliniek van Heidelberg toe op een nauwkeurige en systematische beschrijving alsmede statistische analyse van direct waarneembare symptomen en het verloop van ziekteprocessen van grote aantallen patiënten. Het verloop van een geestesstoornis en niet de vermeende oorzaken of louter de symptomen vormde het criterium van zijn psychopathologische categorisering. Kraepelin onderscheidde affectieve (manisch-depressieve) en niet-affectieve (dementia praecox) psychosen, waarbij hij de prognose van de eerste categorie tamelijk gunstig achtte en de tweede zich zou kenmerken door een toenemende en onomkeerbare desorganisatie van het denken.⁹¹

De vijfde en zesde edities van Kraepelins handboek, *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (1896 en 1899) oefenden een grote invloed uit in de psychiatrische wereld, zowel binnen als buiten Duitsland. Zijn klinische methode en classificatiesysteem kwamen tegemoet aan de behoefte van zowel academische psychiaters als gestichtsartsen om hun vak van een medisch-wetenschappelijk fundament te voorzien zonder de klinische praktijk uit het oog te verliezen. Kraepelins indeling van geestesziekten, dat het uitgangspunt zou vormen voor de latere classificatie in *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), leek een einde te maken aan de uiteenlopende opvattingen in de psychiatrische wereld over de benoeming en ordening van de diverse vormen van krankzinnigheid en de criteria op basis waarvan dat zou moeten gebeuren: de symptomen, de oorzaken, de prognose of de uitkomsten van pathologisch-anatomisch onderzoek.⁹² Ook hoopten Nederlandse geneeskundigen dat Kraepelins aanpak zou leiden tot een verbetering van de behandelmethoden, die het publieke vertrouwen in de psychiatrie ten goede zou komen.⁹³

4.2 DE PSYCHIATRIE ALS BIOMEDISCHE WETENSCHAP

In het bijzonder onder de hoogleraren in de psychiatrie kreeg Kraepelins werk een warm onthaal. Ziehen en Heilbronner onderschreven het belang van een klinische psychiatrie waarin de symptomen van geestesziekte bij een groot aantal individuele patiënten systematisch werden geobserveerd en geanalyseerd.⁹⁴ Leendert Bouman stelde bewonderend dat Kraepelin onomstotelijk had bewezen dat psychiaters hun vak ook op wetenschappelijk verantwoorde wijze konden beoefenen zonder in hersenen van dode patiënten te snijden.⁹⁵ Kraepelins methodiek kwam in het bijzonder tegemoet aan de noodzaak om de ziektegeschiedenissen van patiënten op een meer systematische en objectiverende manier op te tekenen.⁹⁶ En Jelgersma bedankte Kraepelin uitvoerig in zijn *Leerboek der psychiatrie* (1911): ‘Veel ben ik aan Kräpelin [sic] verschuldigd, wiens samenvattend talent door de geheele psychiatrische wereld thans begint erkend te worden.’⁹⁷

Niet alleen Kraepelins classificatiesysteem vormde een navolgenswaardig voorbeeld voor Nederlandse gestichtsartsen en universitaire psychiaters, ook diens inschakeling van de experimentele psychologie in de klinische psychiatrie kon in Nederland, met name onder de hoogleraren, op bijval rekenen. De grondlegger van de experimentele laboratoriumpsychologie, de Duitse filosoof en fysioloog Wilhelm 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, maar veeleer om de objectiveerbare en systematisch meetbare aspecten van de psychische uitingen van geestesziekte. Door middel van experimenteel onderzoek naar de motorische en reflexmatige reacties op nauwkeurig gecontroleerde zintuiglijke prikkels zouden mentale processen kwantitatief in kaart zijn te brengen.

4.3 DE INVLOED VAN DE PSYCHOLOGIE EN PSYCHOANALYSE

Psychologische benaderingen kregen in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw steeds meer aanhang in de Nederlandse academische psychiatrie. Met uitzondering van Winkler wisselden de hoogleraren het materialistische neurologische reductionisme in voor benaderingen waarin lichamelijke en geestelijke processen als eigenstandige en parallelle verschijnselen golden. Hierdoor kwam in de academische psychiatrie ruimte voor een beschouwingswijze waarin de psychische realiteit in de zin van de individuele voorstellings- en gevoelswereld niet slechts als een symptoom van een onderliggende lichamelijke ziekte, maar als een zelfstandig te onderzoeken object werd opgevat. Geestelijke verschijnselen waren meer dan een neveneffect van de werking van de hersenorganen en het zenuwstelsel.

Het is opmerkelijk dat de vier hoogleraren die rond 1900 aantraden in hun oraties aandacht vroegen voor de experimentele psychologie, die de filosoof Gerard Heymans in Nederland had geïntroduceerd. 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.⁹⁸ Voor de hoogleraren psychiatrie bood de psychologie niet alleen een nieuw wetenschappelijk fundament van hun vak, maar ook een mogelijkheid om hun beroepsdomein uit te breiden. Zij benadrukten dat kennis van de psychopathologie afhankelijk was van inzicht in normale psychische processen en omgekeerd, dat zij, als deskundigen bij uitstek met betrekking tot het onderscheid tussen een gezonde en een zieke geest, een bijdrage konden leveren aan de kennis van het normale psychische functioneren van de mens. In zowel

zijn zieke als gezonde toestand zou het menselijk bewustzijn het object van de wetenschappelijke psychiatrie vormen.

Jelgersma wijdde zijn oratie aan *Psychologie en pathologische psychologie* (1899), Ziehens inaugurele rede droeg de titel *Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie* (1900), Wiersma's voordracht ging over *Het psychologisch experiment in de psychiatrie* (1903) en Heilbronner sprak *Über die Aufgaben der klinischen Psychiatrie* (1904). Jelgersma betoogde dat de empiristische associatiepsychologie, aangevuld met Darwinistische inzichten, de nieuwe natuurwetenschappelijke basis van de psychiatrie moest vormen. De menselijke geest bestond volgens hem uit gefragmenteerde, veranderlijke en zowel bewuste als onbewuste mentale voorstellingen, die een strijd om het bestaan voerden.⁹⁹ Ziehen stelde dat de neurologische oriëntatie van de psychiatrie tot 'anatomische verkalking' had geleid. In de klinische praktijk ging het om psychische processen die alleen via reacties op zintuiglijke gewaarwordingen in de vorm van voorstellingen, ideeën-associaties en motorische bewegingen waren te onderzoeken. Psychologische experimenten als het meten van reactietijden en de waargenomen intensiteit van druk-, gehoor-, licht- of pijnprikkels boden psychiaters de mogelijkheid om hun diagnostische instrumentarium wetenschappelijk te onderbouwen en aan te scherpen.¹⁰⁰

Heilbronner noemde de experimentele psychologie, naast de interne geneeskunde en de pathologische anatomie, een belangrijke hulpwetenschap van de psychiatrie, aangezien de 'hogere', gecompliceerde levensprocessen waarmee psychiaters zich bezighielden, een meerdimensionale wetenschappelijke benadering vereisten.¹⁰¹ Wiersma ging nog een stap verder: hij vond dat 'elke psychiater psycholoog dient te zijn', aangezien normale en pathologische psychische verschijnselen aan dezelfde wetmatigheden onderhevig zouden zijn en met dezelfde wetenschappelijke methoden waren te onderzoeken.¹⁰² 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.¹⁰³ In Groningen deed Wiersma samen met Heymans experimenteel-psychologisch onderzoek naar de zintuiglijke waarneming en ook droeg hij bij aan de door Heymans ontwikkelde karaktertheorie, die hij als diagnostisch instrument hoopte te kunnen inzetten.¹⁰⁴ Voor zover is na te gaan was Wiersma met Leendert Bouman de enige hoogleraar die zelf psychologische experimenten uitvoerde. In hoeverre het meten van reactietijden als diagnostische procedure werd ingevoerd in de universitaire klinieken is onduidelijk. In voordrachten, publicaties, ziektegeschiedenissen en verslagen van bijeenkomsten is er in elk geval geen spoor van terug te vinden. Dit alles doet de vraag rijzen of de omarming van de experimentele psychologie door psychiaters grotendeels retoriek was ten behoeve van een nieuwe wetenschappelijke legitimatie van hun vak.¹⁰⁵

Behalve Jelgersma, Ziehen, Wiersma en Heilbronner toonden ook Winkler en Bouman belangstelling voor de psychologie. Al in zijn eerste oratie (1893) wees Winkler op het belang van de 'psychofysica'. Naast de hersenpathologie en neurologie was deze een van de peilers waarop de wetenschappelijke psychiatrie rustte. Toen Winkler opnieuw hoogleraar aan de Utrechtse universiteit werd, wijdde hij zijn oratie aan *De verhouding der psychologie tot de physiologie van het zenuwstelsel* (1915).¹⁰⁶ In zijn afscheidsrede *Over de 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 behoeftte, waaronder

de experimentele psychologie.¹⁰⁷ 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 metafysische en filosofisch geïnspireerde zielkunde. Hiermee riep Jelgersma de toorn op van de Leidse filosoof Gerardus Johannes 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 Bolland's 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.¹⁰⁸

Met name Bouman, die kennis had genomen van experimenteel psychologisch onderzoek, toonde ook 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, een 'bezielde' psychiatrie, op te bouwen. Zijn leerstoel was tot stand gekomen dank zij de samenwerking tussen de Vrije Universiteit en de door Lucas Lindeboom en andere orthodox-protestantse dominees beheerste Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders. Tegenover het positivistische principe dat geloof en wetenschap gescheiden moesten blijven - juist door de verwetenschappelijking van de psychiatrie werd een taakverdeling mogelijk tussen de psychiater, die het lichaam voor zijn rekening nam, en de geestelijke, die over de immateriële ziel ging - streefden Lindeboom en de zijnen naar een afstemming van de wetenschappelijke psychiatrie op het geloof ten behoeve van een specifiek gereformeerde opleiding in het vak. In feite was hun uitgangspunt dat wetenschap in dienst behoorde te staan van onwrikbare geloofswaarheden.¹⁰⁹

Bouman's opvattingen leken te passen in Lindeboom's opzet. In 1900 hield Bouman een voordracht voor de in 1896 opgerichte Christelijke Vereniging van Natuur- en Geneeskundigen over de verhouding tussen geloof en wetenschap. 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 de Italiaanse arts-criminoloog Cesare 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.¹¹⁰

Na zijn benoeming als hoogleraar kwam Bouman in zoverre tegemoet aan Lindeboom's ambities dat hij waardering toonde voor zielkundige benaderingen van geestesziekte en wees op het belang van begrip voor de belevingswereld van krankzinnigen. 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 dat geen recht deed aan de onstoffelijke ziel. Een psychologie zonder ziel was volgens Bouman 'geen psychologie in de ware zin des woords'.¹¹¹ Om wetenschappelijke kennis

van het bewustzijnsleven te verkrijgen was de introspectieve methode onontbeerlijk. Literatuur en poëzie alsook Wundts cultuurhistorische *Völkerpsychologie* boden belangrijke psychologische inzichten. Verder verwachtte Bouman veel van onderzoek naar slaap, droom en hypnose en daardoor raakte hij geboeid door Sigmund Freuds werk.

In zijn inaugurele rede *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie* (1907) benadrukte hij onder verwijzing naar Pierre Janet, de psychologen Wundt en G. Stanley Hall, alsook Freud en Carl Gustav Jung dat het zielsleven een eigen dynamiek onafhankelijk van het lichaam kende. 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, vooral ten aanzien van de grote betekenis die seksualiteit in de psychoanalyse kreeg, publiekelijk blijk gaf van waardering voor diens gedachtegoed.¹¹² Vijf jaar later ging hij in een bijdrage aan de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* uitgebreid in op het denken van Freud en zijn volgelingen, waarbij hij zich opnieuw waardierend daarover uitliet. De Freudianen hadden 'de psychologische richting weer op den voorgrond' geplaatst en de aandacht gevestigd op problemen 'waarmee men niet gewoon was zich ernstig bezig te houden, een begrijpen van het pathologische langs de zuivere psychische weg'.¹¹³

Tevens was Bouman een van de eerste Nederlandse psychiaters die zich lieten inspireren door de fenomenologische benadering van de Duitse psychiater en filosoof Karl 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, dat wil zeggen nauwkeurige beschrijving en begripvolle inleving. Het natuurwetenschappelijke causale verklaren schoot tekort als het om de wetenschap van de menselijke geest ging. De rectorale rede over *Psychische aktiviteit* die Bouman in 1916 uitsprak, droeg sterk het stempel van de fenomenologische beschouwingwijze.¹¹⁴ 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 het actieve, vormende vermogen van de menselijke geest en de persoonlijke autonomie. In navolging van Jaspers pleitte Bouman voor een psychiatrische praktijk waarin een invoelend begrijpen van het individuele zielenleven centraal stond. Tegelijkertijd bleef Bouman zijn geloofsgenoten voorhouden dat zij Freud dankbaar moesten zijn voor diens bijdrage aan een psychiatrie die aansloot bij hun beginselen.¹¹⁵

Verder was Bouman de eerste hoogleraar die, ten tijde van de Eerste Wereldoorlog, een psycholoog (Abraham Anton Grünbaum) in zijn kliniek aanstelde. Nog sterker dan Bouman zelf lieten zijn naaste collega's en assistenten, zoals de fysioloog Frederik Jacobus Johannes Buytendijk, de psycholoog J. van Essen en de artsen Johannes H. van der Hoop, Henricus Cornelius Rümke en Lammert 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 1910 sprake van een wending van een natuur- 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.¹¹⁶

4.3 DE INVLOED VAN DE PSYCHOLOGIE EN PSYCHOANALYSE

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 Willem Gerrit Sillevius Smit, 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. Ondanks zijn waardering voor de psychoanalyse en de fenomenologie was Bouman, medeoprichter van de Amsterdamse Neurologen Vereniging, 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.¹¹⁷ 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 van 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 de jaren tien herhaaldelijk tot wrijvingen met het bestuur van de Vereniging 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 op het terrein van onderwijs en beroepskeuze samenwerkte met wetenschappers van buiten de gereformeerde wereld. De oprichting van een aparte Gereformeerde Psychologische Studievereniging 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 Winkler op te volgen als hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Utrecht.¹¹⁸

Van groot belang voor de acceptatie van de psychoanalyse in 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.¹¹⁹ 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 Eugène Antoine 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.¹²⁰ In de jaren tachtig en negentig verrichtte hij als geneesheer van het gesticht Meerenberg pathologisch-anatomisch onderzoek naar de hersenen van gestorven patiënten en zocht hij als privaattoecent in de criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam naar anatomische afwijkingen bij misdadigers.¹²¹ 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 moest zijn. Krankzinnigen en misdadigers toonden volgens Jelgersma aan dat de mens niet vrij was; gedrag en bewustzijn waren gedetermineerd.¹²²

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, voornamelijk vrouwen die zich bepaalde gebeurtenissen in hun leven niet konden herinneren en die gekweld werden door angst, zonder te weten waarvoor. Met behulp van hypnose kwamen de herinneringen en daarmee de bron van de angsten, weer naar boven.¹²³ Zodoende 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 zenuwkwalen legde hij neer in zijn *Leerboek der Functioneële Neurosen* (1897). Twee jaar later verwees hij in zijn oratie over het belang van de psychologie voor de psychiatrie naar het werk van de Franse psychiater Pierre Janet over dissociatie en dubbel bewustzijn. Janet liet zien dat menselijk geest geen eenheid vormde en dat uiteenlopende mentale voorstellingen een strijd om het bestaan voerden, waarbij sommige bewust bleven en andere verdwenen naar het onbewuste. ‘Alles wat wij bewust denken of doen’, aldus Jelgersma, ‘is voortdurend onder invloed van geheel of gedeeltelijk onbewuste voorstellingen of waarnemingen.’¹²⁴ In de normale volwassen menselijk geest zouden de bewuste psychische voorstellingen de overhand hebben, terwijl geestesstoornissen erop duiden dat het onbewuste deel van de psyche grote invloed uitoefende op het doen en laten van de lijders. Dwanggedachten bijvoorbeeld deden zich vaak voor bij mensen wier bewuste geestesleven als gevolg van overspannenheid of een overgeërfd zwak zenuwgestel was verzwakt.¹²⁵ Tegelijkertijd hield hij vast aan de veronderstelling dat geestesstoornissen een lichamelijke basis hadden. Zolang fysieke oorzaken echter nauwelijks waren aangetoond, was de psychiater in de klinische praktijk aangewezen op waarneembare psychische verschijnselen en zouden psychiatrie en psychologie onverbrekkelijk met elkaar verbonden zijn.¹²⁶

Jelgersma was aanvankelijk sterk op de Franse psychiatrie georiënteerd, maar na het verschijnen van zijn driedelige *Leerboek der Psychiatrie* (1911-1912), waarin de biomedische benadering domineerde, ging hij zich 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. De analyse van zijn eigen droomleven 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. Dromen, die volgens Jelgersma vaak ‘het lijden van een menschenziel’ uitdrukten, zouden toegang bieden tot het onbewuste emotionele leven, het ongeweten geestesleven, waarin de seksualiteit zo’n belangrijke rol speelde.¹²⁷ Opmerkelijk is dat zijn contacten met psychotische patiënten en niet zozeer die met zenuwlijders Jelgersma’s belangstelling voor het Freudiaanse gedachtegoed voedden. Net als dromen zouden ook wanen, die voorheen als onsaamenhangend en betekenisloos golden, door middel van de psychoanalyse voor de psychiater toegankelijk

4.3 DE INVLOED VAN DE PSYCHOLOGIE EN PSYCHOANALYSE

en begrijpelijk worden. Naar aanleiding van een gevalsbeschrijving van hysterie schreef Jelgersma:

Het springt in 't oog welke klinische vergezichten door een dergelijke vondst geopend worden. Hier hebben wij hoogst waarschijnlijk een poort, waardoor wij binnengeleid worden in het mechanisme der psychosen, een terrein, dat tot nu toe geheel voor ons gesloten was.¹²⁸

Veel meer dan als therapie waardeerde hij de psychoanalyse als methode om door middel van gesprekken de belevingswereld van psychotici te doorgronden.¹²⁹ 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.¹³⁰

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 Leidse Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse, die zich minder exclusief en orthodox opstelde dan de Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse.¹³¹ 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 als een waardevolle verrijking van de psychiatrie en als ondersteuning van een psychologische benadering, maar de psychoanalyse kon volgens hem 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 keerde zich tegen het sektarisme waaraan de psychoanalytische beweging zich naar zijn mening schuldig maakte. 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 onderwijs in de neurologie 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 causaal verklaren, maar ook om 'het vaststellen van begrijpelijke relaties'. De psychiater diende niet alleen medicus, maar ook psycholoog te zijn.¹³²

De nauwe band tussen psychiatrie en neurologie en met name het materialistische reductionisme van Winkler raakten in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw omstreken. Dit bleek onder andere uit de conflicten die in 1915 ontstonden over Winklers opvolging als hoogleraar aan de Amsterdamse Gemeente 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 Bernard 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 gestichtswereld en de NVPN.

Op een vergadering van de NVPN in 1915 betoogde Cox, de geneesheer-directeur van de Willem Arntsz Hoeve die wel vaker een knuppel in het hoenderhok gooide, 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 dichterbij gebracht. Bovendien was het ‘causale denken’ volgens Cox een ‘inhumaan hulpmiddel.’ In plaats van ‘mécánicos der hersenen’ moest de gestichtsarts in de eerste plaats een ‘meevoelend’ ‘mensenkenner’ zijn en ruime aandacht schenken aan het gevoelsleven van zijn patiënten.

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 filosofie, 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.¹³³

Evenals Jelgersma achtte hij de psychoanalyse een belangrijk instrument om patiënten te begrijpen en psychologisch te behandelen.

De hoogleraren Jelgersma, Wiersma en 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 eind 1915 twee voormalige assistenten van Winkler, Johannes Karl August Wertheim Salomonson, die al sinds 1899 buitengewoon hoogleraar in de neurologie, elektrotherapie en radiologie was, en Klaas Herman Bouman 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.¹³⁴ Als universitaire wetenschap was de psychiatrie, net als de klinische praktijk in gestichten en klinieken, eclecticisch. Dat eclecticisme werd al in 1896, zoals we in hoofdstuk 3 hebben gezien, door de NVPN uitgedragen. In haar orgaan, de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, omschreven de redacteuren het domein van de psychiatrie aan de hand van negen aandachtsgebieden: neurologie, psychologie en psychofysica, therapie, criminele antropologie, opvoeding en hygiëne, anatomie

4.3 DE INVLOED VAN DE PSYCHOLOGIE EN PSYCHOANALYSE

en fysiologie, de microscopische anatomie, histologie en embryologie, en gerechtelijke geneeskunde. De veelvormigheid van de psychiatrie en de groeiende betekenis van de psychologie en de psychoanalyse daarin, was onder meer een gevolg van het feit dat de psychiatrische bemoeienis zich niet langer beperkte tot krankzinnigen, maar zich ook uitstreekte tot diverse zenuwpatiënten. Dit is het onderwerp van hoofdstuk 5.



5

HET SANATORIUM EN DE PARTICULIERE PRAKTIJK: DE ZORG VOOR ZENUWLIJDERS

De medische aandacht voor zenuwaandoeningen, waaronder neurasthenie, en een grotere maatschappelijke gevoeligheid voor deze kwalen brachten met zich mee dat sommige geneeskundigen en verplegenden zich vanaf de jaren 1880 op een nieuwe doelgroep richtten: zenuwlijders. Het ging hierbij om een divers samengestelde en niet duidelijk afgebakende groep van patiënten die in de zin der wet niet krankzinnig waren en derhalve niet thuis hoorden in het gesticht. Behalve lijders aan verschillende neurotische kwalen werden ook mensen met psychosomatische klachten, lichtere psychosen en neurologische aandoeningen tot de zenuwpatiënten gerekend. Dit brede scala aan psychische en somatische ziekteverschijnselen bood geneeskundigen die zich op psychiatrisch en neurologisch gebied specialiseerden de mogelijkheid om hun werkgebied buiten de krankzinnigengestichten uit te breiden, een nieuwe geneeskundige markt aan te boren en het medische karakter van hun vak alsmede het daaraan verbonden beroepsprestige te versterken. Er ontstonden speciale instellingen voor de behandeling van zenuwlijders: verpleegtehuizen, rust- en kuuroorden, sanatoria en andere therapeutische instellingen. Daarnaast konden deze patiënten terecht bij een groeiend aantal zenuwartsen met een particuliere praktijk.

Net als de psychiatrische bemoeienis met *dementia paralytica* in hoofdstuk 3 hebben wij die met neurasthenie, een vorm van zenuwlijden die rond de eeuwwisseling veel medische en daarnaast ook maatschappelijke aandacht kreeg, vanuit verschillende invalshoeken onderzocht. Ten eerste de psychiatrische discussies over de aard, etiologie en behandeling van neurasthenie. Ten tweede de psychiatrische praktijk: waar en hoe werden de lijders behandeld? Aan de hand van de dossiers van neurastheniepatiënten die tussen 1903 en 1920 waren opgenomen in het sanatorium Rhijngeest bij Leiden gaan wij na hoe de patiënten hun klachten zelf benoemden en beleefden en hoe geneeskundigen de klachten interpreterden en behandelden. Rhijngeest was het eerste openbare sanatorium in Nederland waar behalve draagkrachtige burgers ook onbemiddelde patiënten uit de lagere standen werden opgenomen. De verhouding tussen psychiatrische theorie en de praktijk laat zich illustreren aan de hand van Rhijngeest omdat de aan dit sanatorium verbonden hoogleraar psychiatrie Gerbrandus Jelgersma gold als de medische autoriteit in Nederland op het gebied van neurotische stoornissen. De derde invalshoek

is die van de maatschappelijke betekenis van neurasthenie en de vierde heeft betrekking op de vraag welke plaats dit ziektebeeld inneemt in de psychiatrische beroepsvorming en vorming van het psychiatrisch-neurologische werkveld.

5.1 NEURASTHENIE: DE ‘ZIEKTE DER MODERNITEIT’

Hoewel het begrip zenuwlijden uiteenlopende ziektebeelden omvatte ging de medische en maatschappelijke aandacht aan het eind van de negentiende eeuw in het bijzonder uit naar neurasthenie. Soms fungeerde deze diagnose min of meer als synoniem voor zenuwlijden in het algemeen. Evenals zenuwlijden laat neurasthenie, letterlijk zenuwzwakte, zich moeilijk omschrijven.¹ De betekenis die dit ziektebegrip kreeg, varieerde al naar gelang tijd, plaats en cultuur. Vaak diende neurasthenie als een containerbegrip voor diverse en diffuse moeilijkheden die niet pasten in de bestaande psychiatrische categorieën.² Tegenwoordig wordt de diagnose neurasthenie in de Westerse wereld niet meer gebruikt, in tegenstelling tot in landen als Japan en China.³ Vanaf de Eerste Wereldoorlog verdween het begrip geleidelijk aan uit de Westerse geneeskunde om plaats te maken voor diagnostische categorieën als depressie en (psycho)neurose.⁴ In de thans in de psychiatrie veel gebruikte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV, 1994) is sprake van ‘dysthymie’, die omschreven wordt als:

Depressieve stemmingsstoornis met gebrek aan interesse in de gewone dagelijkse dingen, langer dan twee jaar met tenminste twee van de volgende kenmerken: slechte eetlust of te veel eten, slapeloosheid of te veel slapen, geringe energie of vermoeidheid, gering gevoel van eigenwaarde, slechte concentratie of besluiteloosheid, gevoel van hopeloosheid. Syn. *depressieve neurose, neurotische depressie, neurasthenie* (verouderd).⁵

Enkele van deze verschijnselen zijn ook aan te treffen onder hedendaagse diagnostische categorieën als *chronic fatigue syndrome* en *burn-out*. Onder neurasthenie vielen destijds ook symptomen die vandaag de dag bekend staan als *repetitive strain injury*. Hoewel neurasthenie haar betekenis als diagnostische categorie heeft verloren, bestaan de klachten en symptomen die eronder vielen nog wel; het verschil is dat de medisch-psychiatrische benoeming en indeling ervan is veranderd. Wat de bovengenoemde hedendaagse ziektebeelden en de toenmalige neurasthenie met elkaar delen zijn niet alleen het ontbreken van aanwijsbare lichamelijke oorzaken en het idee dat deze kwalen derhalve niet goed afgrensbaar en verklaarbaar zijn, waardoor veel lijdens zich onbegrepen voelen, maar ook dat het om klachten gaat die zouden samenhangen met de moderne samenleving en volgens critici ‘modieuze aandoeningen’ zijn.⁶ Aan het eind van de negentiende eeuw gold neurasthenie als ‘ziekte der moderniteit’, die aanvankelijk vooral aan leden van de gegoede burgerij en intelligentsia werd toegeschreven, maar later in bredere lagen van de bevolking werd waargenomen.⁷

Afgezien van het ontbreken van een scherp omliggende diagnose bestaan er geen betrouwbare gegevens over de frequentie van zenuwkwalen in het algemeen en neurasthenie in het bijzonder. Aannemelijk is dat de waargenomen toename mede een gevolg was van een grotere medische en maatschappelijke aandacht en gevoeligheid voor de aandoeningen.⁸ In een deels kwantitatief onderzoek naar het voorkomen van neurosen in Nederland in de twintigste eeuw constateert Giel Hutschemaekers dat de wijd verbreide veronderstelling dat het aantal neurosen in de loop

5.1 NEURASTHENIE: DE 'ZIEKTE DER MODERNITEIT'

der tijd is toegenomen, ongegrond is. Dat als neurotische problemen bestempelde moeilijkheden als ziekte worden beschouwd, is een gevolg van de medische betekenisgeving en de groeiende invloed daarvan in de maatschappij, aldus Hutschemaekers. Neurosen worden gekenmerkt door de afwezigheid van een aanwijsbaar somatisch substraat en ze zijn een soort 'laatste redmiddel: als andere verklaringen niet voldoen, is er sprake van een neurose'.⁹ Volgens Hutschemaekers zijn neurosen geen ziekten, maar betekenisproblemen: aan de oorsprong liggen gevoelens en gedragingen die in een bepaalde context, zowel door de lijdens als de behandelaars als onvanzelfsprekend, hinderlijk, ongepast of als onmacht worden ervaren. Door de diagnose neurose te stellen maakt de arts er een benoembaar gezondheidsprobleem van, waardoor de lijder deels van zijn of haar verantwoordelijkheid wordt ontlast, zich de rol van patiënt kan aanmeten en in aanmerking komt voor behandeling.

Hoewel de term neurasthenie waarschijnlijk al langer bestond, kreeg het ziektebeeld in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw internationaal bredere bekendheid door het werk van de Amerikaanse zenuwarts en elektrotherapeut George M. Beard.¹⁰ Vanaf 1869 verschenen enkele publicaties van zijn hand waarin hij neurasthenie presenteerde als de meest voorkomende, maar minst besproken en onderzochte aandoening van zijn tijd. De belangrijkste reden daarvoor, zo schreef hij in *American Nervousness: Its Causes and Consequences* (1881), was het sterk subjectieve karakter van neurasthenische symptomen. Voor een leek of medische buitenstaander leken de uiteenlopende, zowel lichamelijke als geestelijke klachten en symptomen triviaal en in ziekenhuizen en krankzinnigengestichten kwamen deze patiënten niet voor. Specialistische medische deskundigheid en bovendien communicatieve vaardigheden waren volgens Beard vereist om het veelzijdige ziektebeeld te herkennen en te behandelen.¹¹

Zoals Beard uiteenzette in zijn *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia): Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment* (1880), konden tal van lichamelijke en psychische symptomen op neurasthenie wijzen: angst, wanhoop, slapeloosheid, gebrek aan concentratievermogen, voortdurende moeheid, hartkloppingen, migraine, spijsverteringsproblemen en impotentie.¹² Dergelijke klachten waren volgens hem 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 telegraaf en de periodieke pers), de toename van hoofdarbeid, de intellectuele activiteit van vrouwen en het verhoogde werktempo.¹³ De zenuwzwakte zou een typisch Amerikaanse kwaal zijn, een ziekte van de moderniteit. Het therapeutisch repertoire dat Beard aanbeval, bestond uit elektrotherapie, de rustkuur van de Amerikaanse arts S. Weir Mitchell, met afzondering, bedrust, een voedzaam dieet en massage, een verblijf in een sanatorium of kuuroord, liefst aan zee of in de bergen, en diverse vormen van psychotherapie.

Vanaf het begin van de jaren 1880 raakte Beards gedachtegoed in Europa verbreed.¹⁴ Met name in Duitsland sloeg het neurasthenieconcept al direct sterk aan.¹⁵ De Nederlandse receptie van neurasthenie voltrok zich wat trager en het lijkt erop dat het nieuwe ziektebeeld hier vanaf het midden van de jaren tachtig bekendheid kreeg, vooral onder invloed van vertaalde handleidingen en zelfhulpboeken van Duitse artsen.¹⁶ Toonaangevend was *De zenuwachtigheid* (1884) van de Duitse medicus Paul Julius Möbius. Volgens hem namen zenuwkwalen schrikbarend toe als gevolg van het materialisme in de moderne samenleving en de daarmee verband houdende teloorgang van godsdienst alsook het hoge levenstempo en het groeiende verschil

tussen rijk en arm.¹⁷ Het populariserende werk van de Amsterdamse arts Maximiliaan Juda, *Hoe moeten wij zenuwziekten en zenuwachtigheid voorkomen? Wat is er tegen te doen?*, leek als twee druppels water op Möbius' boek en hetzelfde gold voor het vertaalde zelfhulpboekje *Hoe bevrijd ik mij van mijne zenuwachtigheid? Kenteekenen, oorzaken en nieuwe raadgevingen, op geneeskundige gronden berustend, tot vlugge beoordeeling en zelfgenezing* van de Duitse arts Franz Schilling.¹⁸ Naast uit het Duits vertaalde publicaties over zenuwaandoeningen verschenen tal van handleidingen van Nederlandse auteurs, die zich vaak door Duitse voorbeelden lieten inspireren en die een moreel-opvoedkundige aanpak uitdroegen.¹⁹ De Nederlandse onderwijzer Hendrik Bosma bijvoorbeeld, die in zijn *Zenuwachtige kinderen: Medische, paedagogische en algemeene opmerkingen* hamerde op het belang van een goede opvoeding om zenuwachtigheid bij kinderen te voorkomen, verwees uitgebreid naar Möbius' boek. Ter voorkoming van neurasthenie werden ouders en onderwijzers geïnstrueerd om kinderen op te voeden tot deugden als zelfbeheersing, verantwoordelijkheids- en rechtvaardigheidsgevoel en plichtsbesef.²⁰ Daarbij moest het juiste evenwicht in het oog worden gehouden: zowel te weinig spanning en discipline als een te veel daaraan zou tot neurasthenie kunnen leiden.

De veronderstelling dat steeds meer mensen ten prooi vielen aan zenuwachtigheid en neurasthenie maakte deel uit van de cultuurkritische geluiden waarmee met name vertegenwoordigers van de behoudende liberale burgerij uiting gaven aan hun vrees voor de gevolgen van materiële vooruitgang en sociale en politieke democratisering. Deze aandoeningen vormden in hun ogen het tegendeel van burgerlijk-liberale deugden als zelfbeheersing, wilskracht en plichtsbesef. De verspreiding van zenuwkwalen wees op een verontrustende verzwakking van de eigen stand en de natie in het algemeen. In landen als Duitsland en Frankrijk was dit pessimisme, dat aldaar ook een sterke impuls kreeg van de degeneratietheorie, overigens nog sterker aanwezig dan in Nederland, maar ook hier bestond vrees voor nationaal verval en klonk de oproep tot regeneratie.²¹ Aan de andere kant werd het zenuwlijden door kritische groepen en aanhangers van de decadentie in het fin de siècle, vooral in de literatuur en beeldende kunst, gecultiveerd en was het een aangrijpingspunt om de burgerlijke moraal te persifleren en op de hak te nemen. In Nederland was met name de Beweging van Tachtig een exponent daarvan. In plaats van het burgerlijk-liberale adagium van gemeenschapszin en plichtsbesef hechtten kritische intellectuelen en kunstenaars aan individuele ontplooiing en emotionele expressie.²²

Dat althans het ontwikkelde deel der natie bekend moet zijn geweest met aandoeningen als nervositeit en neurasthenie blijkt uit het feit dat zij een plaats kregen in literaire fictie, met name in veel gelezen naturalistische romans van schrijvers als Louis Couperus, Lodewijk van Deyssel, Arnold Aletrino en Frederik Willem van Eeden. De vrouwelijke hoofdpersonen van Couperus' *Eline Vere* (1888), Van Deyssels *Een liefde* (1888), Aletrino's *Zuster Bertha* (1891) en Van Eedens *De koele meeren des doods: Geschiedenis van een zielsziekte* (1900) vertoonden symptomen van neurasthenie en hysterie en ook in Couperus' *De boeken der kleine zielen* (1901), waarin zelfs direct naar het *Leerboek der functioneele neurosen* (1897) van Jelgersma werd verwezen, en de naturalistische romans van Marcellus Emants zijn dergelijke ziektebeelden terug te vinden. De redactie van *De Tijdspiegel* schreef in 1900 over alle literaire aandacht voor 'pathologische gevallen':

het meerendeel der schrijvers verdiept zich in de fijne ontleding van het gemoedsleven en de gevoelsmotieven van de slachtoffers van overspanning en neurasthenie of put zich uit in de kunstige – dikwijls zeer gekunstelde

5.1 NEURASTHENIE: DE 'ZIEKTE DER MODERNITEIT'

beschrijving van alle mogelijke handelingen [...] van ontzenuwden en levensmoeden.²³

Aletrino en Van Eeden waren zelf arts en de laatste was ook betrokken bij de behandeling van zenuwkwalen.²⁴ Andere medici verwezen soms naar de mogelijk ziekmakende uitwerking van bepaalde literaire uitingen. Zo merkte Tellegen in de *Psychiatrische Bladen* op dat het lezen van de romans van de Franse naturalist Emile Zola een mogelijke oorzaak vormde van het ontstaan van psychische stoornissen.²⁵ In *De Gids* diagnostiseerde de arts Theodoor Swart Abrahamsz het werk en het gedrag van Eduard Douwes Dekker (Multatuli) postuum als neurasthenisch.²⁶

Lodewijk van Deyssel, pseudoniem voor Karl Joan Lodewijk Alberdingk Thijm en een voor-
aanstaand vertegenwoordiger van de Tachtigers, leed naar eigen zeggen aan neurasthenie en vereenzelvigde zich zelfs min of meer met de kwaal; hij karakteriseerde zichzelf als 'ik-neurasthenicus'. Van zijn 21ste tot zijn zestigste levensjaar ervoer hij perioden van groot lichamelijk en psychisch ongemak zoals hoofdpijnen, duizelingen, lusteloosheid, hartkloppingen, misselijkheid, angst en overspanning. Ook voelde de schrijver zich dan geplaagd door een voortdurende aandrang tot onanie. Hij betitelde zijn kwalen als 'zenuwlijden' en 'neurasthenie', zo blijkt uit zijn dagboeken en briefwisselingen met literaire vrienden en hij weet deze aan zijn gebrek aan zelfbeheersing en wilskracht, eigenschappen die hij nodig achtte om zijn vak uit te oefenen en literatuur te scheppen, maar ook om zijn masturbatiedrang te beteugelen. Om van zijn klachten af te komen, trok Van Deyssel zich terug in de Ardennen, verbleef hij in verschillende Duitse kuuroorden en sanatoria, en slikte hij het medicijn broomkali. Verder verdiepte hij zich in zelfhulpboekjes en stelde zich op de hoogte van de autosuggestieve methode van de Franse psychiater Émile Coué, de gezondheidsadviezen van de Duitse pastoor Sebastiaan Kneipp en de psychische geneeswijze van de artsen Albert Willem van Renterghem en Van Eeden, die in Amsterdam een psychotherapeutische praktijk voerden.²⁷

Van de voorgenomen psychische therapie door de bevriende Van Eeden kwam het echter niet. Van Deyssel voelde zich op de dag van de afspraak zo ellendig dat hij 'tegen een visite aan de Keizersgracht al te veel opzag: de wachtkamer met "mensen" die op een zekere manier met hun oogen kijken [...] verschrikkelijk!²⁸ Van Eeden adviseerde hem koudwaterbaden te nemen en koffie, vet, suiker en alcohol te laten staan, veel te rusten, overmatige lichamelijke inspanning te vermijden en een vast werkritme te ontwikkelen.²⁹ Over het nut van een medische behandeling had Van Deyssel zo zijn twijfels: 'Ik spreek er', zo schreef hij in 1892 aan Van Eeden, 'dunkt me, geen dokter, vind je wel? Die kan toch niets anders zeggen dan: rust, versterkende middelen, veel in de open lucht, niet opwinden, enz.'³⁰ Het leek hem beter zijn klachten van zich af te schrijven. Toch consulteerde hij twintig jaar later een psychiater, en wel Winkler, voor een 'vriendschappelijke gedachtewisseling' over zijn 'nevro-psychische aangelegenheden'. Hij sprak Winkler echter maar één keer; waarschijnlijk adviseerde deze hem een verblijf in een sanatorium.³¹ Van Deyssels neurasthenische klachten en de daarmee verband houdende voortdurende worsteling met zijn gebrek aan werkkraft en (seksuele) zelfbeheersing alsook zijn zelfverwijten en schuldgevoelens vertonen veel overeenkomsten met de moeilijkheden die andere neurasthenische patiënten ervoeren, zo zullen we verderop zien.³²

Vanaf 1884 grepen zenuwkwalen en meer in het bijzonder neurosen en neurasthenie aandacht in Nederlandse medische tijdschriften en monografieën.³³ Waarschijnlijk waren Van Renterghem en Van Eeden de artsen die, in hun praktijk voor psychische behandeling, de diagnose neurasthenie het meest frequent stelden en het grootste aantal lijdens zagen. Tussen 1887 en 1897 behan-

delden zij naar eigen zeggen zo'n 3.000 patiënten met allerlei psychosomatische en zenuwkwalen, van wie ongeveer 260 aan neurasthenie leden. Driekwart van de neurasthenici was man.³⁴

De visie van Nederlandse gestichtsartsen en psychiaters op neurasthenie verschilde niet wezenlijk van wat buitenlandse medici als Beard en Möbius daarover naar voren hadden gebracht. Evenals andere Nederlandse geneeskundigen schaarde Jelgersma, van 1894 tot 1899 geneesheer-directeur van het Arnhemse sanatorium de Vogel- en Plantentuin en met zijn *Leerboek der functionele neurosen* (1897) een autoriteit op het terrein van de zenuwkwalen, neurasthenie onder de zogenaamde functionele neurosen, dat wil zeggen zenuwaandoeningen waarbij zich geen aantoonbare lichamelijke stoornissen voordeden. Uiteenlopende klachten konden volgens hem op neurasthenie wijzen: aanhoudende vermoeidheid; maag- en darmklachten; spier- en hoofdpijn; tics en tremoren; seksuele moeilijkheden als een te sterke of juist te zwakke geslachtsdrift, nachtelijke polluties en masturbatie; intellectuele overspanning en een gebrek aan concentratievermogen, zelfbeheersing, wilskracht en besluitvaardigheid; ongegronde angstgevoelens, dwangvoorstellingen en fobieën als pleinvrees; prikkelbaarheid, verdriet, slapeloosheid (of juist slaapzucht) en slaapwandelen; en aanhoudende pijn of krampen in de spieren als gevolg van bepaalde werkzaamheden als het slijpen van diamanten, het draaien van sigaren, telegraferen en schrijven. Kortom, zoals Jelgersma in zijn *Leerboek* schreef: 'De lijst der samengestelde tallooze en afwisselende verschijnselen, die met meer of minder intensiteit zich bij die ongelukkige slachtoffers voordoen en die hunne familie en hun geneesheeren wanhopend maken, is onuitputtelijk.'³⁵

Ook de oorzaken waren volgens Jelgersma uitermate divers: behalve 'voorbeschikkende' factoren als een aangeboren verzwakt zenuwstelsel, met name als gevolg van degeneratie en andere, vooral met sekse samenhangende constitutionele eigenschappen konden ook de maatschappelijke positie en tijdens het leven optredende schadelijke invloeden als verdriet en oververmoeidheid ten grondslag liggen aan het ontstaan van neurasthenie. De kwaal kwam vooral voor onder mannen tussen twintig en vijftig jaar met een gezin en een werkkring die hoge eisen stelde aan hun verantwoordelijkheid en verstandelijke vermogens. Voor zover vrouwen aan neurasthenie ten prooi vielen, zou dat te wijten zijn aan hun 'natuurlijke' lichamelijke constitutie en de daarmee samenhangende gynaecologische problematiek, hun bijzonder gevoelige zenuwstelsel alsook aan overbelasting van hun intellectuele vermogens; vrouwelijke studenten, telegrafisten en onderwijzeressen in het bijzonder vormden risicogroepen.³⁶ De lichamelijke constitutie leek bij vrouwen zwaarder te wegen dan bij mannen en hetzelfde gold voor de maatschappelijke positie en omstandigheden bij mannen in vergelijking met vrouwen. Hutschemaekers oppert dat dit verschil samenhangt met de blik van artsen. Aan neurasthenie lijdende mannen (onder wie ook medici) vertoonden veel overeenkomsten met de sociale positie en arbeidsomstandigheden van geneeskundigen. Wellicht herkenden artsen de gevoelens van moeheid en onrust die de neurasthenische mannen parten speelden en schreven zij die klachten daarom sneller toe aan externe maatschappelijke druk, terwijl de medische blik zich bij gehuwde vrouwen veeleer op hun lichamelijke klachten richtte.³⁷

Opmerkelijk genoeg weerhield de veelzijdigheid van de symptomen en mogelijke oorzaken van neurasthenie Jelgersma er niet van om te beweren dat het om een duidelijk afgrensbaar stoornis ging: 'Etiologisch, zowel als symptomatisch behoort het tot de scherpst omschreven psychische ziekten.'³⁸ Hoewel zowel psychosen als neurosen volgens Jelgersma hersenziekten waren en derhalve vanuit zuiver natuurwetenschappelijk oogpunt geen onderscheid tussen de

5.1 NEURASTHENIE: DE 'ZIEKTE DER MODERNITEIT'

twee te maken was, zou er in de medische praktijk en ook maatschappelijk gezien wel een belangrijk verschil bestaan. Zenuwlijders vertoonden minder ernstige symptomen dan geesteszieken en in tegenstelling tot de meeste krankzinnigen waren zij zich bewust van hun stoornis en aanspreekbaar en vormden zij over het algemeen geen gevaar voor zichzelf of anderen.

Jelgersma vertolkte een in de medische wereld gangbare opvatting.³⁹ Het ziekte-inzicht van de patiënt, en daarmee nauw verbonden, het persoonlijke en subjectieve karakter van de klachten, golden als de cruciale onderscheidende kenmerken van neurasthenie (en ook andere zenuwkwalen zoals histerie). Volgens Bernard Hendrik Stephan, geneesheer-directeur van het Burgerziekenhuis te Amsterdam, moesten artsen oog hebben voor de ziektebeleving van neurasthenielijders en voor andere klinische 'feiten' die weliswaar observeerbaar, maar niet objectief meetbaar waren. Het 'proteusachtige' karakter van hun klachten zorgde ervoor dat deze patiënten zich op het ene moment doodziek en op het andere ogenblik gezond voelden. Zij zouden baat hebben bij een arts die behalve over psychologische en neurologische kennis ook over levenservaring, inlevingsvermogen en tact beschikte; een psychische ofwel suggestieve behandeling zou de meeste kans van slagen hebben. Stephan benadrukte dat het verkeerd was om hen weg te zetten als aandachttrekkers of hypochonders.⁴⁰

Jelgersma, die bij zijn collega's een neiging signaleerde om de klachten van zenuwlijders als 'onmogelijk' of 'onwaarschijnlijk' te beschouwen, sloot zich bij Stephan aan. Neurasthenische klachten waren 'echt' en het persoonlijk gevoelsleven van patiënten diende volgens Jelgersma het uitgangspunt te vormen voor een individuele behandeling op maat.⁴¹ Ook suggereerde hij dat veel artsen neurasthenie niet herkenden. Evenals Beard stelde Jelgersma dat voor de diagnose en behandeling van neurasthenie specialistische psychiatrische deskundigheid vereist was; dat was een reden te meer voor hem om voor onderwijs in de psychiatrie op de medische faculteiten te pleiten.⁴²

Terwijl de behandeling volgens geneeskundigen een individueel karakter moest hebben, wezen zij op brede maatschappelijke ontwikkelingen als de achterliggende oorzaak van de vermeende epidemische toename van neurasthenie. Er kon geen twijfel over bestaan dat de zich uitbreidende zenuwverzwakking samenhang met het moderne leven dat zich kenmerkte door gejaagdheid, onrust en een overmaat aan zintuiglijke indrukken. Al in 1884 beweerde Tellegen dat 'overdreven eischen en overmatig hoge behoeften' in de moderne maatschappij onvermijdelijk leidden tot meer geestes- en zenuwziekten.⁴³ In de inleiding van zijn leerboek beweerde Jelgersma dat het aantal lijders aan neurasthenie door de voortgang van de 'beschaving' en de daardoor verhoogde eisen die aan de geestelijke vermogens van mensen werden gesteld, ook in Nederland onrustbarend was toegenomen. Hun gevoelsleven en zenuwgestel zouden niet berekend zijn op de snelle wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. De discrepantie tussen biologische evolutie en revolutionaire maatschappelijke veranderingen zou vooral nadelig kunnen uitpakken voor mensen met moderne beroepen die veel van hun denken concentratievermogen vroegen, zoals ambtenaren, onderwijzers, zakenlieden, kunstenaars en studenten.⁴⁴ In een voor het algemene publiek bedoeld artikel wees ook Jan C.Th. Scheffer, geneesheer-directeur van het gesticht Endegeest en het sanatorium Rhijngest in Leiden, erop 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.⁴⁵

Er waren overigens ook artsen die, zoals Stephan en Jelgersma aangaven, vraagtekens plaatsten

bij neurasthenie als diagnostische categorie. Marcus Jacobus van Erp Taalman Kip, Jelgersma's opvolger als geneesheer-directeur van het Arnhemse sanatorium de Vogel en Plantentuin en auteur van het leerboek *De behandeling van functionele neurosen* (1912) betwijfelde het nut ervan. Volgens hem was het moeilijk om neurasthenie van hysterie en psychasthenie te onderscheiden. Al deze ziektebeelden, die hij onder de functionele neurosen schaarde, kenmerkten zich door uiteenlopende en sterk persoonsgebonden symptomen.⁴⁶ Terwijl Van Erp Taalman Kip het bestaan van de onder neurasthenie geschaarde klachten en de noodzaak om deze behandelen niet ontkende, noemde de Utrechtse psychiater Henri van der Hoeven bijna tien jaar later neurasthenie een 'uitvinding' van de medische stand die tot stand kwam onder invloed van de ongerustheid over de gevolgen van snelle maatschappelijke veranderingen. Bij neurasthenie ging het simpelweg om een tekort aan wilskracht, aan 'aanpakken en durven'. Hij concludeerde dat

neurasthenie *geen 'ziekte'* is en nog minder een vermoeidheidsziekte, maar gebrek aan durf en zelfvertrouwen. Men kan dat verhullen onder termen als 'psychotherapie' [...] of onder den naam 'psychoneurose', 'functionele' aandoeningen enz., zij is niet meer een ziekte dan de vrees van den beginneling om zijn fiets te bestijgen, of van den knaap om zijn tweeden sigaar te rooken als de eerste hem misselijk heeft gemaakt. [...] Voor velen is het inzicht in den circulus vitiosus waarin zij gevangen zitten (niet kunnen omdat ze niet durven en niet durven omdat ze niet kunnen) dan ook een openbaring, die hen verlost uit een gevangenschap die hun geheele wezen onwaardig was.⁴⁷

Afhankelijk van de aard en ernst van de klachten, huiselijke omstandigheden, maatschappelijke positie en financiële draagkracht konden neurasthenielijders die behandeling van hun kwaal wilden, vanaf het midden van de jaren tachtig in Nederland behalve bij vrijgevestigde zenuwartsen terecht in verpleegtehuizen, rust-, herstellings- en kuuroorden, geneeskundige sanatoria, inrichtingen voor fysieke therapie en geneeskundige badinrichtingen. In de periode 1884-1920 moeten er korter of langer veertig tot vijftig van deze, meestal kleinschalige en particuliere instellingen in Nederland hebben bestaan.⁴⁸ Zenuwpatiënten uit de hogere standen zochten soms ook behandeling in Duitsland, waar naast tal van kuuroorden zulke voorzieningen al vanaf de het midden van de negentiende eeuw bestonden.⁴⁹ Verpleeginrichtingen werden niet alleen opgezet en geëxploiteerd door medici, maar ook door verpleegsters die een alternatief zochten voor het gesticht.

Afgezien van enkele voorzieningen van protestants-christelijke en katholieke signatuur, waren de overige herstellingsoorden en de kleinere sanatoria neutraal. De voorzieningen waren geconcentreerd in het midden van het land in bosrijke omgevingen, 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. De oprichting van rusthuizen en badinrichtingen hield mede verband met het ontstaan van een markt voor georganiseerde vrijetijdsbesteding voor de beter gesitueerden.⁵⁰ Verder konden zenuwlijders ook terecht in universitaire psychiatrisch-neurologische klinieken en in algemene ziekenhuizen en poliklinieken waarin zenuwartsen werkzaam waren.⁵¹

In tegenstelling tot de krankzinnigengestichten was voor opname in de zenuwinstellingen geen rechterlijke machtiging nodig en vergoedde de gemeentelijke armenzorg het verblijf erin niet. Derhalve waren voorzieningen voor zenuwlijders alleen toegankelijk voor patiënten die de kosten van verpleging en behandeling zelf konden opbrengen of voor wie derden betaalden.

5.1 NEURASTHENIE: DE 'ZIEKTE DER MODERNITEIT'

Onbemiddelde zenuwlijders, voor zover de rechter voor hen geen machtiging voor opname in een gesticht afgaf omdat ze niet krankzinnig verklaard waren, bleven doorgaans verstoken van medische behandeling. Dat was een van de redenen waarom de NVP, de inspecteurs van het Staatstoezicht en de hoogleraren psychiatrie en neurologie de vereiste rechterlijke machtiging voor gestichtopname betreurden: ten behoeve van een effectieve en zo vroeg mogelijke behandeling van zowel geestes- als zenuwstoornissen zou het mogelijk moeten zijn om ook patiënten vrijwillig, om uitsluitend medische redenen, op te nemen, des te meer omdat geneeskundigen ervan uitgingen dat onbehandelde zenuwkwalen konden verergeren en ontaarden in krankzinnigheid. In 1908 stelde Schermers, sedert 1906 geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium in Zeist, dat sanatoria zeer nuttig waren 'zoowel om de opname in een gesticht te voorkomen als om het ontslag daaruit te vergemakkelijken'.⁵² Hiermee suggereerde hij dat sanatoria een belangrijke functie vervulden ten behoeve van de 'voorzorg' en 'nazorg' van krankzinnigen wier toestand niet zo slecht was dat gestichtopname noodzakelijk was of die het gesticht konden verlaten hoewel zij nog niet geheel hersteld waren.

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 universitaire psychiatrie en neurologie werden en de hoogleraren ijverden voor de inrichting van universitaire klinieken. 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 deze klinieken in de weg. Ten behoeve van onderwijs en onderzoek moest opname van zowel zenuwpatiënten als krankzinnigen zonder juridische formaliteiten mogelijk zijn. Zoals we in de hoofdstukken 3 en 4 hebben gezien, leidde dit in 1904 en 1916 tot aanpassingen van de Krankzinnigenwet in de vorm van de zogenaamde aanwijzing, waardoor achtereenvolgens universitaire klinieken zowel krankzinnigen als zenuwpatiënten konden opnemen en gestichten de mogelijkheid kregen om open afdelingen voor beide categorieën patiënten in te richten. Overigens konden zenuwlijders soms ook in algemene ziekenhuizen terecht: de in het Amsterdamse Burgerziekenhuis werkzame arts Stephan maakte in 1896 melding van goede resultaten, vooral bij vrouwelijke zenuwpatiënten, met de 'mestkuur' van Weir Mitchell.⁵³

Al voordat de aangewezen of open afdeling van gestichten werd ingevoerd, boden de diverse instellingen voor zenuwlijders niet alleen plaats aan deze patiënten, maar ook voor rustige 'krankzinnigen' uit de betere standen, voor wie geen krankzinnigverklaring en rechterlijke machtiging was aangevraagd. Of de diagnose zenuwziekte of krankzinnigheid gesteld werd, hing niet alleen af van het gedrag van de lijders maar ook van hun maatschappelijke positie en financiële mogelijkheden. Neurasthenie en andere vormen van zenuwziekte dienden soms als 'camouflagediagnose', dat wil zeggen dat krankzinnigen uit beter gesitueerde kringen voor zenuwpatiënten doorgingen om hen het stigma van een door de rechter bekrachtigde krankzinnigverklaring en vervolgens de vernederende gang naar het gesticht te besparen.⁵⁴ Jelgersma wees er dan ook op dat de diagnose 'psychotisch' niet per definitie betekende dat de patiënt onder dwang in een gesticht moest worden geplaatst. Als geestesziekte niet gepaard ging met gevaar voor zichzelf of anderen, was opname in een gesticht niet altijd nodig en vaak zelfs schadelijk. Vandaar dat hij de oprichting van klinieken en sanatoria, waar zowel zenuwzieken als krankzinnigen zonder storend gedrag op basis van vrijwilligheid terecht konden, toejuichte.⁵⁵ Overigens sloot dit alles niet uit dat patiënten vanuit een instelling voor zenuwzieken werden

overgeplaatst naar een gesticht. Van Deventer publiceerde in 1899 een gevalsbeschrijving van een aan ‘insania neurasthenica’ lijdende patiënt, die eerst werd opgenomen in een sanatorium voor zenuwzieken, maar drie jaar later als gevolg van zijn storende gedrag door middel van een rechterlijke machtiging naar een krankzinnigengesticht verhuisde.⁵⁶

In veel instellingen voor zenuwlijders werden overwegend somatische, maar deels waarschijnlijk ook in enigerlei vorm ‘psychische’ therapieën toegepast. De eerste bestonden uit behandelingen met elektriciteit (met zogenaamde ‘galvanische’ of ‘faradische’ stromen), diverse waterkuren (waaronder mineraalwaterbaden), massages, gymnastiek, rust- en dieetkuren, zoals de zogenaamde ‘mestkuur’ van de Amerikaanse arts Weir Mitchell. Ter bestrijding van pijn, onrust, angst of slapeloosheid kregen patiënten broomzouten, paraldehyde en soms opium of morfine voorgeschreven. De psychische behandelvormen bestonden uit gesprekken waarin patiënten hun hart konden luchten en de arts inzicht bood en hen opbeurde. Hierbij grepen geneeskundigen ook terug op de zedenkundige behandeling, die nu in een meer geïndividualiseerde vorm werd toegepast. Het draaide om morele beïnvloeding ter versterking van zelfbeheersing en wilskracht en de bevordering van een regelmatige en gedisciplineerde leefwijze. De in Nederland invloedrijke moreel-opvoedkundige aanpak sloot aan bij de preventieve benadering die medici als Jelgersma, Stephan en F.J. Soesman voorstonden. Zo pleitte de Haagse zenuwarts Soesman in zijn *Hygiëne van den geest: tucht als middel tegen zenuwzwakte* (1908) voor een ‘rationele geestelijke hygiëne’ om zenuwkwalen te voorkomen. Dergelijke aandoeningen waren een teken dat het ontbrak aan zelfcontrole, realiteitszin en wilskracht. Zelfkennis, dat wil zeggen inzicht in de eigen vermogens en een realistische afstemming van de persoonlijke ambities op de eisen die de moderne samenleving stelde, alsook tucht en lichamelijke discipline waren de sleutels tot een evenwichtige geestelijke gezondheid.⁵⁷

Over de meeste kleinere en particuliere instellingen voor zenuwlijders is weinig tot niets bekend wat betreft de samenstelling van hun patiëntenbestand, de achtergrond van hun patiënten en de aan hen toegekende diagnoses. Alleen over het sanatorium Boschrust in Apeldoorn, dat plaats bood aan tien tot twaalf patiënten, weten we iets meer dankzij de gepubliceerde rapportage van de geneesheer-directeur van deze instelling, P.F. Spaink, over de honderd patiënten die daarin in de jaren 1891-1896 waren verpleegd. Van de 58 neurastheniepatiënten waren meer dan driekwart mannen uit de middenklasse: zakenlieden, ambtenaren, onderwijzers, kantoor-klerken, studenten en militairen. Volgens Spaink hadden 74 van de honderd patiënten Boschrust hersteld verlaten.⁵⁸ Over de behandelingen die zij kregen gaf hij geen informatie.

Twee grotere sanatoria, die in 1903 tot stand kwamen en die elk plaats boden aan ongeveer honderd patiënten, vormden een uitzondering op de particulier-neutrale status van de meeste zenuwvoorzieningen. Het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist was een initiatief van de in 1900 opgerichte gereformeerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland.⁵⁹ Het Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngest te Oegstgeest, dat zich in de nabijheid van het in 1897 opgerichte gesticht Endegeest bevond, was een Leidse gemeentelijke instelling. Naar deze twee sanatoria is historisch onderzoek verricht. Daaruit komt in grote lijnen het volgende beeld naar voren.⁶⁰

Het Christelijk Sanatorium bood plaats aan bijna honderd ‘zenuwlijders zoowel uit den meer goegoden als uit den eenvoudigen burgerstand’ van protestants-christelijk Nederland. Met uitzondering van de eerste jaren bestond de meerderheid uit vrouwen.⁶¹ In Zeist kreeg ruim de helft van de patiënten vóór 1910 de diagnose neurasthenie: 64 procent van de mannen en bijna

5.1 NEURASTHENIE: DE 'ZIEKTE DER MODERNITEIT'

30 procent van de vrouwen. Daarna liep de frequentie van dit ziektebeeld geleidelijk terug tot ongeveer 25 procent in 1925 van alle opgenomen patiënten.⁶² Ook van de diagnoses hysterie – over een langere periode (1903-1985) bezien de meest voorkomende diagnose – en psychopathie liep de frequentie terug. Vanwege het ontbreken van een totaaloverzicht van de toegekende diagnoses, valt voor Zeist niet vast te stellen in hoeverre ook patiënten met (lichtere) psychosen of met 'organische' zenuwziekten in dit sanatorium terecht kwamen – zoals dat in Rhijngeest wél het geval was.

Met Rhijngeest ging Jelgersma's wens in vervulling dat sanatoriumverpleging ook binnen het bereik kwam van 'minder door fortuin begunstigde lijdens', zoals onderwijzers, ambtenaren en artiesten.⁶³ Aanvankelijk had Rhijngeest ruimte voor 74 tweede-klassepatiënten, onderverdeeld in een A- en B-afdeling voor patiënten met 'verschillende opvoeding en maatschappelijke positie', en negen eerste-klassepatiënten, die in een aparte villa waren ondergebracht.⁶⁴ Het sanatorium was een gemeentelijke instelling, maar onderhield vanaf 1908 ook een nauwe band met de Leidse Rijksuniversiteit: op kosten van het Rijk kwamen 20 bedden in de tweede klasse B voor het medisch onderwijs in de psychiatrie beschikbaar. Jelgersma benadrukte dat studenten niet alleen met krankzinnigen, maar ook met zenuwlijders in aanraking moesten komen. Een keer per week onderzocht hij rijkspatiënten in aanwezigheid van zijn studenten in de onderzoekskamer van Rhijngeest.⁶⁵ Deze 'rijksbedden' openden de mogelijkheid om ook onbemiddelde patiënten op te nemen. Voor verpleging op de overige bedden kwamen alleen zelfbetalende patiënten dan wel patiënten voor wie derden betaalden in aanmerking. Uit patiëntendossiers van Rhijngeest blijkt dat het met enige regelmaat voorkwam dat een dienstbode of onderwijzer(es) op kosten van respectievelijk haar werkgever of van een beroepsvereniging werd verpleegd.⁶⁶ Uit de vele aanvragen voor opname in afdeling 2B, waarvoor dankzij de rijkssubsidie voor de rijksbedden een lager dan normaal tarief kon worden gerekend, bleek volgens J. van der Kolk, vanaf 1906 geneesheer-directeur van Rhijngeest en Endegeest, hoe groot de behoefte was aan een goedkope verpleging van zenuwzieken. Tal van verzoeken om opname moesten wegens plaatsgebrek worden afgewezen.⁶⁷ De sociaal-economische en godsdienstige achtergrond van de patiënten in Rhijngeest vertoonde – mede dankzij de 'rijksbedden' en de goedkope tweede klasse B – meer variatie dan die van de patiënten in het Christelijk Sanatorium. Ook de diagnoses verschilden nogal.

Wat betreft hun ziekten waren de Rhijngeest-patiënten, onder wie vrouwen in de meerderheid waren, in de jaarverslagen van het sanatorium vanaf 1905 in drie groepen verdeeld.⁶⁸ Ten eerste lijdens aan functionele zenuwaandoeningen of 'neurotische stoornissen', die weer waren onderverdeeld in diagnostische categorieën als traumatische neurosen, neurasthenie, hysterie, psychasthenie en 'andere neurosen'. Ten tweede patiënten met ernstige neurologische stoornissen als multiple sclerose, dementia paralytica, tabes dorsalis, hersenvliesontsteking en epilepsie. En ten derde psychosen, zoals dementia praecox, melancholie, insania periodica, paranoia en 'andere psychosen'.⁶⁹ De jaarverslagen van Rhijngeest over de periode 1905-1919 wijzen uit dat de neurotische stoornissen tezamen slechts bij uitzondering meer dan de helft van het totale patiëntenbestand betroffen en dat daarnaast de psychosen en ook de organische zenuwziekten substantieel met gemiddeld ongeveer een derde en een vijfde waren vertegenwoordigd. Behalve in de jaren 1905-1907, toen de diagnose neurasthenie aanzienlijk frequenter voorkwam dan hysterie, nam hysterie vrijwel zonder uitzondering de eerste plaats in onder de neurotische stoornissen. 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 definitief inzette. Opvallend is ook dat artsen de diagnose neurasthenie in Rhijngeest, met uitzondering van 1905, frequenter aan vrouwen dan aan mannen toekenden: de sekseverdeling bedroeg gemiddeld 58 tegen 42 procent in de periode 1905-1919.⁷⁰ De sekseverdeling bij hysterie was daarentegen tamelijk constant, met vóór 1920 rond 80 procent vrouwen en daarna ongeveer 75 procent. Ook mannen werden dus met enige regelmaat als hysterisch gediagnostiseerd.

Officieel was het Sanatorium niet voor krankzinnigen – en evenmin voor lijdens aan besmettelijke ziekten als tuberculose – bedoeld. De publieksvoorlichting over Rhijngeest vermeerde angstvallig iedere associatie met krankzinnigheid. Zo presenteerde Scheffer, Van der Kolks voorganger als geneesheer-directeur, 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.⁷¹ Een prospectus van Rhijngeest uit halverwege de jaren twintig vermeldt dat het sanatorium was bestemd voor ‘lijders aan organische en functionele zenuwziekten’, en dat ‘krankzinnigen’ niet voor opname in aanmerking kwamen. In de prospectus was te lezen dat het op ‘het fraaie landgoed’ gelegen sanatorium van alle moderne gemakken, zoals elektriciteit en centrale verwarming, was voorzien en dat patiënten er rust en ontspanning konden vinden. Dat slechts een straatweg Rhijngeest scheidde van het krankzinnigengesticht Endegeest bleef onvermeld.⁷²

Dit alles nam niet weg dat psychotische patiënten toch in Rhijngeest terecht konden als hun gedrag rustig was en geen overlast gaf. In de jaarverslagen gaf Van der Kolk expliciet aan dat het gedrag van de patiënt belangrijker was als opnamecriterium dan de diagnose psychotisch of neurotisch op zichzelf. Tussen neurosen en psychosen was niet altijd een scherpe grens te trekken en de eerste kon in de tweede overgaan. Evenals Jelgersma maakte hij een onderscheid tussen het medische begrip psychotisch en de maatschappelijk-juridische definitie van krankzinnigheid. Sommige psychotische patiënten vertoonden geen gevaarlijk of lastig gedrag en waren niet van rechtswege krankzinnig verklaard. Van der Kolk verklaarde het aanzienlijk aantal psychoselijsers in Rhijngeest uit het feit dat ‘het odium, dat de verpleging in een krankzinnigengesticht nog altijd aankleeft, verreweg de meesten, zoo lang dit mogelijk is, het verblijf in het sanatorium voor hunne zieken doet verkiezen’.⁷³

Toch leverde het ‘vrij aanzienlijke’ aantal psychotici in Rhijngeest – in het jaarverslag over 1905 was sprake van een aandeel van ruim 40 procent op het totaal aantal patiënten – wel problemen op. Herhaaldelijk was het volgens Van der Kolk 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.’ Ook stelden collega’s onder druk van familieleden en 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’. Een mogelijk gevolg was dat pas na opname in Rhijngeest bleek dat een patiënt ‘voor zichzelf of voor anderen gevaarlijk of hinderlijk’ was. Dan moest hij of zij meestal worden overgeplaatst naar een krankzinnigengesticht.⁷⁴ In de jaren 1912-1920 viel dit lot jaarlijks gemiddeld 21 patiënten ten deel, waaronder ook enkele

5.1 NEURASTHENIE: DE ‘ZIEKTE DER MODERNITEIT’

lijders aan organische zenuwziekten en neurotische stoornissen. Ook werden, zo blijkt uit de jaarverslagen van Rhijngeest, sommige opnameverzoeken ten behoeve van psychotische patiënten vanwege de mogelijke overlast geweigerd; het ging gemiddeld om 31 per jaar op een gemiddeld aantal opnamen per jaar van 181.⁷⁵

Uit dossieronderzoek van Marijke Gijswijt-Hofstra komt naar voren dat veel Rhijngeest-patiënten zich zorgen maakten over de mogelijkheid dat zij als krankzinnig zouden worden gediagnostiseerd en het sanatorium zouden moeten verruilen voor het gesticht – dat de artsen, zoals een patiënt aan zijn ouders schreef, hem ‘naar de overkant [dat wil zeggen het gesticht Endegeest] brachten “waar een gekkenhuis is”’.⁷⁶ Tal van patiënten waren reeds elders, in sanatoria, kuuroorden, (universiteits)klinieken of in particuliere praktijken van zenuwartsen, in behandeling geweest voordat ze in Rhijngeest belandden en sommigen waren ook al eens in een krankzinnigengesticht opgenomen. Of geesteszieken in Rhijngeest konden verblijven, hing af van hun al dan niet hinderlijke of gevaarlijke gedrag.

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 accent op godsdienst en bezigheds- of arbeidstherapie – bid en werk was daar het devies.⁷⁷ De prospectus van Rhijngeest vermeldde een aantal geneeskundige behandelingen: ‘regeling der leefwijze en van het dieet, doelmatige verdeling van rust en lichaamsbeweging, psycho-therapie, toepassing van baden, inwikkelingen, afwrijvingen, elektrische behandeling, geneeskundige gymnastiek, rustkuren, enz.’⁷⁸ Rhijngeest onderscheidde zich vanaf de tweede helft van de jaren 1910 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. 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’. In de volgende paragraaf maken wij kennis met enkele van deze patiënten.

5.2 ‘DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN’:
NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST

Aan de hand van de statistische informatie in de jaarverslagen van Rhijngeest en een aantal geselecteerde dossiers van eerste en tweede klasse patiënten die tussen 1903 en 1920 in dit sanatorium waren opgenomen, schetsen wij in deze paragraaf een meer gedetailleerd beeld van lijders aan neurasthenie.⁷⁹ De tabellen in de jaarverslagen van Rhijngeest bieden informatie over de opnamen en ontslagen van patiënten per verpleegklasse en sekse met gegevens over hun leeftijd, burgerlijke staat, beroep of, in het geval van gehuwde vrouwen, hun aantal kinderen, genoten onderwijs, kerkelijke gezindheid, maatschappelijke positie, de oorzaken en duur van hun ziekte en de resultaten van de verpleging. Uit de jaarverslagen is op te maken dat de lijders aan neurasthenie van 1905 tot 1908 meer dan de helft van het totaal aantal neurotische patiënten uitmaakten. Toen vanaf 1908 de diagnose ‘psychasthenie’ in zwang raakte, nam het

aantal neurastheniepatiënten sterk af; hun aandeel schommelde in de daarop volgende zes jaar tussen 10 en 30 procent, piekte in 1915 tot bijna 70 procent om daarna weer scherp te dalen. Die stijging houdt voor een deel verband met de daling van het aantal hysterische patiënten in de tweede klasse, waardoor het aandeel van de neurasthenische patiënten op het totaal aantal neuroselijders groter werd.⁸⁰ Waarom het percentage neurastheniepatiënten in de jaren daarna weer omlaag ging is niet duidelijk, maar dit houdt waarschijnlijk verband met een veranderende diagnostiek en geleidelijk aan verdwijnen van de diagnose neurasthenie in de psychiatrie in het algemeen.

Opvallend is dat met uitzondering van de jaren 1905, 1907, 1916 en 1920 vrouwen de meerderheid vormden onder de neurasthenielijders, dit in tegenstelling tot de algemene veronderstelling onder artsen dat vooral mannen aan neurasthenie leden.⁸¹ Gemiddeld tweederde van de patiënten in het sanatorium was protestants, 40 procent was gehuwd, eveneens 40 procent was ongehuwd en van de rest is de burgerlijke staat niet vermeld. Het merendeel van hen was tussen dertig en vijftig jaar oud. De helft van hen had alleen een lagere schoolopleiding gevolgd en iets minder dan de helft had een middelbare opleiding genoten; een klein aandeel was hoger opgeleid. De helft was afkomstig uit de middenstand en een iets kleiner deel (gemiddeld rond 35 procent) uit de hogere burgerij. Met ongeveer 15 procent bleef de lagere klasse daar ver bij achter. Naast de sterke vertegenwoordiging van artsen, onderwijzers, kooplieden, fabrikanten, hogere ambtenaren, verpleegsters, studenten, dienstboden en arbeiders die licht handwerk verrichtten, valt het grote aantal gehuwde huisvrouwen onder de neurasthenielijders op. Naast gehuwde huisvrouwen waren ook ongehuwde, bijvoorbeeld als onderwijzeres of dienstmeisje werkende vrouwen opgenomen.

De tabellen in de jaarverslagen bevatten ook informatie over de ziekteoorzaken. Vooral factoren van geestelijke aard als langdurige neerslachtigheid en zorgen, maar ook het voorkomen van neurosen en psychosen bij de (voor)ouders, 'nerveuze' moeders en 'driftige' en/of drinkende vaders ('potator') – erfelijke belasting dus – zouden zenuwziekte veroorzaken. Verder werd naar lichamelijke oorzaken verwezen: ouderdom, een lichamenlijk trauma, chronische ziekte, besmetting met syfilis en verslaving aan alcohol, morfine of nicotine. De gegevens over de behandeling zijn schaarser in de jaarverslagen. Uit de vermelde informatie over de dagbesteding in Rhijngeest is op te maken dat een vorm van morele behandeling, zoals die al langer in krankzinnigengestichten werd toegepast, nog steeds in zwang was. In 1903 schreef geneesheer-directeur Scheffer dat zenuwlijders weliswaar rust nodig hadden, maar ook tot werkzaamheden moesten worden aangespoord: vrouwen naaiden en mannen werkten in de tuin of verrichtten timmerwerk. Ter ontspanning en vermaak waren boeken, grammofoon, biljart en tijdschriften aangeschaft en werden muziekuivoeringen, ijsfeesten en vieringen van allerlei aard georganiseerd.⁸²

De morele behandeling behelsde in Rhijngeest echter meer dan enkel arbeid, spelletjes, rust en regelmaat. Volgens de geneesheren hadden neurotische patiënten ook baat bij wat zij 'psychische pedagogiek' of 'moraalfilosofie' noemden. Uitgangspunt van daarvan was, zo schreef Van der Kolk, dat:

[...] de geneesheer moet trachten in vaak tijdrovende urenlange rustige gesprekken, getuigende van ene bijzondere toewijding aan zijne zieken, met grote dialectische vaardigheid, met veel gevatheid en een groot aantal variërende en slagvaardige argumenten, de hem toevertrouwde patiënten te overreden en te overtuigen van het ziekelijke en ongemotiveerde van hun klachten, dus er naar streven, hun ziekelijke mentaliteit te ver-

5.2 'DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN': NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST

anderen, enfin te komen tot [...] de re-educatie van het zieke individu. In hoeverre men daarin slaagt, hangt af van de eigenschappen van de behandelende geneesheren, van hun kundigheden en hun toewijding en niet in [sic] het minst van de ernst der afwijkingen, die zij hebben te bestrijden, waarvan sommige, vooral de oudere, zich hardnekkig tegen iedere beïnvloeding verzetten.⁸³

Deze heropvoeding van de patiënt hield niet op bij de poorten van het sanatorium. Uit de jaarverslagen is op te maken dat vanaf 1910 enkele artsen ontslagen patiënten voor eigen rekening (tussen twee en drie gulden per visite) poliklinisch behandelden. Sommige, vooral vrouwelijke, patiënten, aldus Van der Kolk, zouden de overgang naar de maatschappij niet zo abrupt kunnen maken en voor hen waren de vervolggesprekken met hun behandelend arts onontbeerlijk. Daarmee liep Rhijngest voorop in het aanbieden van extramurale 'nazorg', een vorm van hulpverlening die in de krankzinnigenzorg rond de Eerste Wereldoorlog ontstond en in de jaren twintig en dertig tot ontwikkeling kwam.⁸⁴

De verslagen en de hierin opgenomen tabellen geven geen antwoord op de vragen wat de diagnose neurasthenie in de praktijk inhield, welke klachten de lijdens hadden en hoe zij deze beleefden en uitten. De dossiers van de neurastheniepatiënten werpen hier wel licht op. Steekproefsgewijs hebben wij vijftien archiefdozen met elk circa vijftig dossiers doorgenomen en daarbij hebben wij niet alleen patiënten met de diagnose neurasthenie, maar ter vergelijking ook die met de diagnose psychasthenie en hysterie geselecteerd. Hierbij tekenen wij aan dat de diagnose vaak bestaat uit een combinatie van neurasthenie met een adjectief – bijvoorbeeld 'seksuele' of 'hereditaire neurasthenie' – of een andere diagnostische categorie, zoals 'neurasthenie met hypochondrische verschijnselen'. Ook komt in de dossiers naar voren dat artsen soms moeilijk een diagnose konden stellen omdat bepaalde klachten op zowel een neurotische als psychotische stoornis konden wijzen. Soms plaatsten artsen een vraagteken achter de genoteerde diagnose, vooral als ze twijfelden of de stoornis lichamelijk of 'functioneel' van aard was. Zo was de grens tussen enerzijds aandoeningen als *dementia paralytica*, een hersentumor en *dementia praecox* (schizofrenie) en anderzijds functionele zenuwkwalen in de klinische praktijk aan twijfel onderhevig. In een dossier uit 1910 staat bijvoorbeeld vermeld: 'diagnose: manisch-depressieve psychose: hypochondrie: hysterie' en in het dossier van een man die tussen 1903 en 1910 vijf keer in Rhijngest werd opgenomen, aanvankelijk 'neurasthenie', later 'manisch depressieve psychose' en tot slot 'mania querulans'.⁸⁵ Vanaf de jaren tien duiden artsen wat zij eerder als neurasthenie bestempelden ook aan met 'depressie'. Dossiers uit de jaren twintig, waarin vaak sprake was van 'depressie/neurasthenie', suggereren dat deze diagnostische labels als synoniem golden.

De rubrieken in het patiëntendossier bieden ruimte voor een omschrijving van de persoon en levensloop, de diagnosestelling, de beschrijving van houding en gedrag tijdens de opname, anamnese en de 'status praesens', waarin de resultaten van het lichamelijk onderzoek konden worden ingevuld en waarbij de aandacht uitging naar onder andere afwijkingen op het gebied van lichaamsbouw, de schedelmaten, peesreflexen, huidskleur, genitaliën, stoelgang en ademhaling. Afhankelijk van het gesprek met de patiënt of diens familieleden, opgetekend onder de kop korte levensloop, en de eerste indruk van de arts werd het lichamelijk onderzoek oppervlakkig – in veel dossiers is deze rubriek nauwelijks ingevuld – of uitgebreid uitgevoerd. Op basis van de volledigheid van de inhoud van de dossiers, dat wil zeggen de complete invulling van de diverse rubrieken, hebben wij dertig dossiers voor nadere analyse geselecteerd. De

meeste dossiers zijn met de hand geschreven door Abraham Hermanus Oort, van 1903 tot 1934 eerste geneesheer van Rhijngeest.⁸⁶

In verband met de vraag naar de psychiatrische, individuele en maatschappelijke betekenis van de neurastheniediagnose schenken wij naast de wijze waarop artsen patiënten tegemoet traden en behandelden, in het bijzonder aandacht aan de wijze waarop de lijders hun klachten verwoordden en beleefden. Met name de formulieren met daarop de aantekeningen van de geneesheer over het verloop van de ziekte verschaffen informatie over wat patiënten zelf voelden, dachten en doormaakten en de beoordeling daarvan door de arts. Voor zover de geneeskundige de opmerkingen van de patiënt zelf noteerde gebeurde dat, behoudens een enkel citaat, in samengevatte of geparafraseerde vorm. Enkele dossiers bieden verder zicht op de therapeutische trajecten die patiënten hadden doorlopen, hun keuze voor Rhijngeest, het dagelijks leven in het sanatorium en de opstelling en rol van hun familieleden.

Uit de dossiers komt naar voren dat lijders aan neurasthenie met alledaagse zorgen en levensproblemen kampten: zorgen van relationele, seksuele of financiële aard, zorgen om de kinderen, de eigen gezondheid of het werk en de angst om ziek te worden, te sterven of om alleen over te blijven. Deze zorgen en angsten kwamen vaak tot uiting in de vorm van psychosomatische klachten. Hoewel de patiënten in de dossiers meestal niet direct aan het woord kwamen en hun moeilijkheden op een specifieke en selectieve wijze door de arts, op basis van de al aanwezige medisch-psychiatrische kennis over neurasthenie, werden geïnterpreteerd, klinkt wel degelijk door dat zij een eigen visie hadden op hun problematiek en daarover spraken met de geneesheer.

Uit de dossiers van mannelijke neurastheniepatiënten blijkt dat hun klachten vaak verband hielden met moeilijkheden op het gebied van werk, studie en financiën. Zo schreef een 37-jarige inspecteur bij de politie zijn lusteloosheid, vermoeidheid, de verlammingen in zijn armen en benen en zijn neiging om in huilen uit te barsten toe aan 'toestanden bij de politie die onder zijn verantwoordelijkheid vallen [aan zijn] lastige chef [...] Hij is bang om standjes te krijgen van zijn chef.'⁸⁷ De arts die hij voor zijn opname in Rhijngeest had geconsulteerd, Arnold Aletrino, schreef in een brief aan Oort dat de angsten van de inspecteur ongegrond waren: Aletrino wist te melden dat de patiënt bij zijn meerderen juist zeer goed aangeschreven stond.

Een 21-jarige student uit een 'gezonde familie', die twee maanden in de tweede klasse van het sanatorium was opgenomen, meende dat zijn kwalen – 'te neergedrukt zijn, druk op het hoofd, hoofdpijn en gevoeligheid voor geluid en licht' – een gevolg waren van zijn drukke studie. Nadat hij zijn opleiding had afgebroken, waren de klachten verminderd.⁸⁸ Een andere student verklaarde eveneens dat zijn 'psychisch onvermogen' veroorzaakt werd door overbelasting: hij gaf aan dat hij 'chronisch overwerkt' was en 'niets meer begrijpen, niets onthouden' kon. Een zes weken durende opname in het sanatorium in Arnhem, waar hij tot sport en uitgaan was aangemoedigd, had niet gebaat en ook een poging van Winkler, die hij een jaar eerder had geconsulteerd, om hem weer aan het werk te krijgen, was mislukt. Na een verblijf van twee jaar in de eerste klasse afdeling van Rhijngeest, waar hij een behandeling met psychische therapie en elektrische massage van de buik onderging, werd de student licht verbeterd ontslagen.⁸⁹

Geldzorgen brachten ook neurasthenische klachten met zich mee, zo is uit de dossiers op te maken. In 1912 werd in Rhijngeest een 56-jarige weduwnaar opgenomen. Hij was directeur van een groot telegraafbedrijf en volgens zijn huisarts, die hem bij Rhijngeest aanmeldde, leed hij al jaren aan neurasthenie en was de kwaal verergerd na de dood van zijn vrouw. De patiënt

5.2 'DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN': NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST



Sanatorium voor zenuwlijders Rhijngeest in Oegstgeest. (Blok en Vijselaar 1998, p. 30)

tobde 'over financiën' en gaf aan dat de pijnen in zijn rug en flanken alsook zijn gedrukte stemming te wijten waren aan het 'te groote leven' en zijn 'hyperactiviteit'.⁹⁰

Een andere weduwnaar, 57 jaar en van beroep winkelier, kwam met een soortgelijk verhaal over te grote 'onverantwoorde' financiële uitgaven. In de kleine autobiografie die hij voor zijn opname in Rhijngeest schreef, is te lezen dat hij was 'geboren uit een burgerfamilie [...] we ontvingen een opvoeding evenredig onze stand [...] de levenswijze was goed, maar eenvoudig' – waarmee hij suggereerde dat zijn bestedingspatroon op gespannen voet stond met de protestantse burgerlijke moraal waarmee hij was opgegroeid en die spaarzaamheid, soberheid en deugdzaamheid voorschreef. De problemen waren al direct na zijn huwelijk begonnen. Zijn vrouw, hoewel 'goed ontwikkeld', had 'wat financieel beheer betreft een slecht voorbeeld gehad [...] op 't punt van financiën ontstond dan ook wel eens verschil van mening, maar daar ik zwak van karakter ben [...] moest ik steeds van mijne vrouw verliezen.' Door 'financiële vrees en tobberijen bevangen' liet de man zichzelf failliet verklaren, terwijl daartoe geen noodzaak bestond. Na de dood van zijn vrouw ging het verder bergafwaarts: 'nu en dan merkte ik dat er mensen waren die mij voor gek aanzagen, anderen die van mij trachtten te profiteren [...] de vrees kwam toen bij mij krankzinnig te worden.'⁹¹

Oort omschreef deze patiënt als 'een zeer spoedig aangedaan man, vriendelijk jegens ieder, zacht en bedaard, met inzicht in zijn toestand.' Uit de uitgebreide notities in het dossier blijkt dat Oort veel gesprekken met hem voerde. 'Elk gesprek over zijn toestand maant hem echter tot tranen [...]' De patiënt had volgens Oort een sterke neiging tot 'zonde-ideeën'. Hij zou

zichzelf ‘maanwijs en hoogmoedig’ noemen en weet de moeilijkheden aan zijn persoonlijkheid: ‘nietswaardige lammeling’, zo betitelde hij zichzelf: ‘was het mijn karakter niet geweest alles serieus en zwaar op te nemen, wellicht had ik mij er wel doorheen geslagen’. Niet alleen verweet hij zichzelf een slap karakter en slecht financieel beheer, hij meende ook dat hij een ‘slecht’ leven had geleid, waarbij hij de vrees uitsprak dat hij syfilis had opgelopen. Het was volgens hem zijn schuld dat zijn kinderen ‘eigenaardige gebreken’ vertoonden en ‘zich in het verderf lopen, zich overwerken en als schimmen in Amsterdam lopen.’ De psychische behandeling, faradisatie en de toediening van opium ten spijt, ging het steeds slechter met de man. In de daarop volgende negen jaar werd hij maar liefst vijf keer in Rhijngeest opgenomen en tot slot kwam hij in een krankzinnigengesticht terecht.⁹²

Schuldgevoelens en zelfverwijt vormen ook de rode draad in de ziektegeschiedenis van een 57-jarige man die in 1919 met de diagnose ‘depressieve toestand bij neurasthenie als gevolg van deprimerende emotie’ in de tweede klasse A werd opgenomen. Volgens deze protestantse rijksambtenaar waren het naast financiële zorgen, de gevolgen van de oorlog, de vrees voor de Spaanse griep en seksuele prikkelingen, vooral de zorgen over zijn aan dementia praecox lijddende jongste zoon die zijn zenuwkwaa in de hand gewerkt hadden. Zijn klachten bestonden uit bacterievrees, eindeloos getob, overgevoeligheid voor geluiden en slapeloosheid. Voor zijn opname in Rhijngeest was deze patiënt behandeld door Van Erp Taalman Kip in het sanatorium te Arnhem. Rhijngeest was volgens Van Erp Taalman Kip vanwege haar ligging ver van ‘de omgeving waar hij de heftige emotie heeft doorgemaakt’ geschikter voor de behandeling van deze man, die zowel in Arnhem als in Oegstgeest medicijnen (broomnatrium en veronal respectievelijk chloral) kreeg voorgeschreven. De patiënt ging gebukt onder schuldgevoelens. Als vader had hij gefaald: zijn zoon zou geestesziek zijn geworden ‘omdat hij deze te slap zou hebben opgevoed’. De geneesheer in Rhijngeest kon hem niet van deze gedachte afbrengen. Verder verweet de man zichzelf een tekort aan wilskracht waardoor hij zijn seksuele driften niet kon beheersen en telkens weer tot onanie verviel, reden om zich ‘weer dubbel minderwaardig’ te voelen. In de loop van zijn negen maanden durende verblijf in Rhijngeest kwam hij steeds met nieuwe zelfbeschuldigingen die allemaal draaiden om zijn gevoel van falen en ‘plicht verzaken’ en zijn vermeende gebrek aan wilskracht en verantwoordelijkheid.⁹³

Veel mannelijke lijdens aan neurasthenie, en ook hun artsen, verwezen naar seksuele driften, met name masturbatie en buitenechtelijke relaties, als een van de oorzaken van hun klachten. Bij een veertigjarige muzikant, die in de tweede klasse A werd opgenomen vanwege zijn duizelingen en hartkloppingen – ‘de noten begonnen voor zijn ogen te dansen’ –, speelden seksuele uitpattingen tezamen met de invloed van zijn verloofde, een hoofdrol. De arts benadrukte de seksuele oorsprong van de klachten: ‘patiënt heeft zich aan onanie overgegeven vanaf zijn 12^{de} jaar, in de laatste tijd doet patiënt dat niet zoveel meer daar hij zich naar vrouwen begaf met die [sic] doeleinde’. Dat laatste was voor de arts reden om naar mogelijke besmetting met syfilis of gonorrhoe te informeren.⁹⁴

Een 34-jarige bakker die in de tweede klasse B werd verpleegd, verweet zichzelf dat hij een buitenechtelijke relatie had waarbij hij gonorrhoe had opgelopen. Door deze ‘misstap’ voelde hij zich zowel psychisch als lichamelijk ernstig vermoeid en sliep hij slecht. Zijn bezorgdheid betrof niet zijn lichamelijke gezondheid, want van de gonorrhoe was hij ‘goed en vlug’ genezen, maar het probleem was ‘dat hij onzedelijk geweest’ was, dat hij ‘niet meer dezelfde geworden’ was en ‘de oude levenslust’ niet meer terug had gekregen. De wroeging verteerde hem: ‘geen

5.2 'DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN': NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST

uur is het uit zijn gedachten en had hij geen vrouw en kinderen, hij zou geen ogenblik meer willen leven'.⁹⁵

Andere mannen brachten hun neurasthenische klachten in verband met hun 'nachtelijke polluties' (natte dromen). Zo schreef een 'neurasthenicus met hypochondrische klachten' zijn kwaal toe aan:

polluties die hij wilde verhinderen door bij de ejaculatie de [... plasbuis] dicht te knijpen. Dit heeft patiënt eenmaal gedaan [...] had daar geen pijn bij, maar kreeg later pijn in lies en het scrotum, hij meende daar allerlei afwijkingen te ontdekken, een gevolg van zijn handeling [...] vervaardigde zich een suspensoir dat hem verlichting gaf.

Oort voegde 'met hypochondrische klachten' toe aan de diagnose, omdat de patiënt zijn ziekte inbeeldde: 'hij wil geopereerd worden aan zijn vermeend lijden', terwijl zijn klachten 'psychogeen' van aard waren.⁹⁶ Een andere patiënt, een 22-jarige ongehuwde meubelmaker, die soortgelijke klachten uitte – hij was moedeloos, lusteloos en slapeloos en kampte met masturbatie en polluties – leed volgens de arts aan 'seksuele neurasthenie'. Hij werd met medicijnen (broom en opium) alsook faradisatie behandeld.⁹⁷

Een ongehuwde kruidenier van 24 jaar, die verklaarde niet te masturberen, maar die wel last had van ongewenste zaadlozingen, kon, zo is in zijn dossier vermeld, 'deze verschijnselen' niet controleren: '[...] soms waren er aanleidingen voor: contact met een vrouw, erotische voorstellingen, schuren van zijn eigen klederen [...] Hij wekte het niet opzettelijk op'. De man was zeer ongerust en angstig omdat hij gehoord had dat er een verband bestond tussen polluties en krankzinnigheid. Het lijkt erop dat de geneesheer dit tegensprak, maar deze hield deze patiënt wel voor dat de polluties en zijn pijn in lendenen en buik met elkaar samenhangen. De behandeling bestond uit het geneesmiddel antinervina, lauwwarme baden en dagelijkse faradisatie, waarbij de ene elektrode in de lendenestreek en de andere in de maagstreek werd aangebracht. Na vijf maanden werd de kruidenier hersteld ontslagen.⁹⁸

Ook andere neurastheniepatiënten in Rhijngest gaven blijk van een grote angst voor de mogelijkheid dat zij aan krankzinnigheid leden. Over een 26-jarige fabrikant, die klaagde over voortdurende hartkloppingen en die vanwege zijn alcoholische vader en nerveuze moeder als lijder aan 'hereditaire neurasthenie' werd bestempeld, was in het dossier te lezen:

Hijzelf brengt dit [de hartkloppingen] in verband met onanie, waaraan hij zich echter niet bijzonder sterk schuldig schijnt gemaakt te hebben en der laatste tijd zich niet schuldig maakt. De laatste maanden werd zijn toestand nog erger [...] kreeg hij dwanggedachten, vrezende dat hij zijn familieleden 'iets' zou doen, had het gevoel of hij niet meer bestond, of hij geen familie meer had, of alles om hem heen leeg was, of hij op dons liep [...] en had angst dat hij krankzinnig zou worden.⁹⁹

Familieleden maakten tevens gewag van hun vrees dat patiënten wellicht krankzinnig waren. Zo schreef de neef van een ongehuwde 51-jarige vrouw, die na een poging tot zelfdoding in Rhijngest terecht kwam: 'Mijns inziens is zij, al is zij dikwijls driftig en dan ruw en grof, geen patiënt voor een krankzinnigengesticht en zou plaatsing daarin wel rust aan anderen geven, maar haar geen goed doen. Mij dunkt dat dit de oplossing niet kan zijn'.¹⁰⁰ Ook in andere dossiers zijn brieven van familieleden, huisartsen of andere geneeskundigen aan de medische staf van

Rhijngeest aan te treffen waarin werd benadrukt dat de op te nemen patiënt niet krankzinnig was: ‘de man is absoluut niet krankzinnig, zal geen suïcide gaan plegen’; ‘hij is niet krankzinnig, doch lijdt aan zwaarmoedigheid’ en ‘krankzinnigheid of een besmettelijke ziekte heeft hij niet’.¹⁰¹ Voor de geneesheren in Rhijngeest vormde niet zozeer de stoornis op zichzelf als wel het al dan niet rustige en handelbare gedrag van patiënten het criterium om hen wel of niet op te nemen.

Terwijl de bezorgdheid van gehuwde mannen met een gezin vaak draaide om financiële moeilijkheden, verwezen veel getrouwde vrouwen zonder beroep naar de zorg voor man en kinderen als oorzaak van hun neurasthenie. Zo vertelde een 74-jarige ‘moreel en intellectueel hoogstaande vrouw met 13 kinderen’, die in 1905 in de eerste klasse werd opgenomen, dat ze ‘doodmoe’ was en niet kon werken en slapen. Zij vreesde krankzinnig te worden. Haar ‘zenuwlijden’ zou naar eigen zeggen ontstaan zijn na de zorg en verpleging van haar vijf maanden eerder overleden man.¹⁰² Een 47-jarige vrouw ‘uit de kleine burgerstand’ was bang dat zij niet meer beter werd en dat haar kinderen iets overkwam. Zij vertelde dat haar man zeer opvliegerig, nerveus en bovendien ‘potator’ (alcoholist) was. Het sanatorium bood haar een rustige ambiance, ver weg van de problemen thuis.¹⁰³ Het lijkt erop dat meer in het algemeen vooral vrouwen met kinderen baat leken te hebben bij hun verblijf in Rhijngeest.¹⁰⁴

In de dossiers van veel jonge, ongehuwde vrouwen spelen seksuele ervaringen een belangrijke rol. Zo werd in 1903 een adolescente vrouw in de eerste klasse opgenomen met de diagnose ‘hereditaire neurasthenie (neiging tot paranoia) en enkele hysterische trekjes’. In de daarop volgende twaalf jaar volgden nog drie opnamen. Niet alleen sliep zij slecht, droomde zij veel en was zij onrustig, ook klaagde zij aanhoudend over de dwangbewegingen die zij zou moeten uitvoeren en vertoonde zij de neiging om ‘lelijke dwaze dingen te zeggen’. Naar eigen zeggen waren haar dwanggedachten ontstaan nadat zij op elfjarige leeftijd ‘onzedelijk aangeraakt’ was, waardoor ze heel angstig was geworden. Het ging iets beter met haar tot het moment dat zij, weer thuis, haar ouders toevalligerwijs copulerend aantrof: zij ‘kreeg daarna een onweerstaanbare dwang om vuile woorden uit te spreken, deed het nooit maar leefde in grote angst dat ze het zou doen.’ Die angst was nog verergerd sinds zij een keer in een kamer sliep, waarin slechts door een dunne wand van haar gescheiden, ook een haar onbekende man overnachtte. Door de jaren heen behandelde Oort deze patiënte op allerlei mogelijke manieren: met galvanische stromen en ‘franklinisatie’; met oefeningen ter verhoging van de beheersing van haar spieren; met warme baden voor het slapen; met overschrijfwerk; met gesprekken over haar overleden moeder en met rustgevende hypnose. In de periode voor haar laatste opname in Rhijngeest, toen ze in Amsterdam woonde en werkte, was zij in het Instituut Liébeault van Van Renterghem onder behandeling van diens compagnon Adriaan van der Chijs. Deze constateerde dat ‘het dure rumoerige, eenzame leven’ in Amsterdam niet geschikt was voor haar. Hij karakteriseerde haar als ‘een ongelukkige ziel, zoals zovelen die op de grens staan’.¹⁰⁵

Ook bij een ongehuwde 25-jarige vrouw werden ongewenste intimiteiten en de angst daarvoor als oorzaak van het zenuwlijden aangemerkt. Zij meende dat ‘wat haar vroeger overkomen is, haar hele leven verwoest heeft’, waarmee zij doelde op wat er jaren eerder tijdens een logeerpertij bij haar vriendin was voorgevallen. De man van de vriendin trachtte ‘intiem’ met haar te worden. Uit de notities van geneesheer Borgerhoff Mulder naar aanleiding van de gesprekken die hij met haar voerde, blijkt dat zij verdrietig en angstig was omdat zij geloofde dat iedereen vond ‘dat zij slecht is [...] men beschuldigt haar van onzedelijkheid in verband met

5.2 'DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN': NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST

wat vroeger gebeurd is [...] meent dat zij nooit meer [als hulp in de huishouding] in een gezin kan komen door haar verleden'. '[I]k twijfel aan alles, verschrikkelijk!', zo liet de vrouw aan Borgerhoff Mulder weten en deelde hem ook mee dat 'zelfverwijt haar hele ziekte is'. In zijn notities suggereerde Borgerhoff Mulder dat de vrouw 'allerlei kleine liefdesambities uit haar jeugd' koesterde, gevoelig was voor 'mannengezelschap', 'onaneert vanaf haar negende' en 'lijdt aan onanie'.¹⁰⁶

Opvallend is dat een andere ongehuwde patiënte met een soortgelijk levensverhaal – zenuwklachten als gevolg van een 'onaangenaam avontuur' – als hysterica werd aangeduid. Ook zij vertelde dat zij slecht sliep, angstig was en steeds weer aan de 'doorgestane emotie' moest terugdenken. Het verschil met de vorige patiënte, wier kwaal als neurasthenie te boek stond, was de opvatting van de arts dat de gebeurtenis niet 'echt' had plaatsgevonden: 'dit meisje waant zich het object van aanslagen op haar eerbaarheid en vergroot de associaties die zij heeft'.¹⁰⁷ Werkelijk gebeurd of niet: vrouwelijke neurastheniepatiënten voelden zich schuldig, beschaamd en vaak angstig als gevolg van gebeurtenissen die zowel door henzelf als door de arts als seksueel werden geduid.

In tegenstelling tot veel mannelijke patiënten brachten vrouwen masturbatie niet zelf te sprake. Terwijl mannen zelf masturbatie als oorzaak van neurasthenie opvoerden, was het bij vrouwen de arts die zelfbevredeiging tot onderdeel van het ziektebeeld maakte. Een ander verschil is dat bij mannen het gevaar van ongebeheerde seksualiteit van binnenuit kwam en vrouwen van buitenaf bedreigde. Dit verschil lag in het verlengde van de heersende burgerlijke moraal die veronderstelde dat seksuele driften bij mannen vanzelfsprekend waren en dat deze normaliter met behulp van wilskracht waren te beheersen, terwijl eerbare vrouwen gewoonlijk geen zelfstandige seksualiteit zouden kennen en daarvan ook een natuurlijke afkeer zouden bezitten. Seksuele ervaringen, zeker voor het huwelijk, stonden bij vrouwen op gespannen voet met het burgerlijke ideaal van de vrouw als een in wezen asexueel en zuiver wezen.

De dossiers maken duidelijk dat daarin het perspectief van de patiënten op hun problematiek en hun persoonlijk relaas – hoewel weergegeven door de arts – doorklinkt. Patiënten gaven uiting aan wat zij als probleem ervoeren, reflecteerden op hun kwaal en vroegen de arts daarbij om hulp. Hoewel de lijdens ook lichamelijke kwalen vertoonden, kwam neurasthenie in de dossiers vooral als psychologisch probleem naar voren. Dit sloot aan bij de psychiatrische veronderstelling dat neurasthenie een functionele neurose, een zenuwstoornis zonder aanwijsbare lichamelijke stoornissen was en dat de aanwezigheid van ziekte-inzicht het criterium was waardoor zenuwzwakte in het algemeen en neurasthenie in het bijzonder zich onderscheidde van krankzinnigheid. Artsen zagen de verhalen van patiënten niet louter als symptoom van de zenuwstoornis, maar namen de inhoud ervan serieus, terwijl zij ook het veronderstelde ziekte-inzicht beschouwden als de sleutel tot genezing. Dat blijkt uit het feit dat gesprekken tussen arts en patiënt een belangrijke plaats innamen in de behandeling. De diagnose neurasthenie was verder niet bepalend voor de andere therapeutische behandelmethoden die in Rhijngeest toepassing vonden. De behandeling werd afgestemd op de specifieke klachten van de individuele patiënten en niet zozeer op de diagnostische categorie. Klachten als hoofdpijn, angst- en slaapproblemen werden behandeld met medicijnen als antinervina, broomnatrium en paraldehyde, maag- en darmbezwaren met een dieet, en spier- en gewrichtspijnen met elektrische methoden als 'faradisatie', 'franklinisatie' en 'galvanisatie' en ook met andere 'fysische therapieën' als warme en koude baden. Al deze behandelwijzen hadden vooral herstel van het geestelijk en lichamelijk evenwicht tot doel.

Ook komt naar voren dat de diagnose van belang was voor patiënten en hun familieleden. Vooral de onder hen levende vrees om krankzinnig te worden of als zodanig bestempeld te worden en vervolgens even verderop in Endegeest te belanden, speelde hierbij een rol. De diagnose neurasthenie (en ook die van andere zenuwkwalen) kon patiënten behoeden voor gezichtsverlies en stigmatisering. Bovendien was de prognose van neurasthenie over het algemeen hoopgevender dan die van veel psychosen. Dat ook de geneesheren van Rhijngeest zich zeer van de gevoeligheid van dit onderscheid bewust waren, blijkt uit aantekeningen als 'zenuwachtig, maar intellectueel in orde' en 'zenuwachtig, maar overigens gezond'.¹⁰⁸

Verder blijkt dat de door patiënten aangedragen en door de geneesheer overgenomen oorzaken van neurasthenie vaak verband hielden met schuldgevoelens en zelfverwijten met betrekking tot een gebrek aan zelfbeheersing, verantwoordelijkheidsgevoel of plichtsbesef met betrekking tot werk, studie, gezin en seksualiteit. De angst om de zelfbeheersing te verliezen en om te falen uitte zich in een alom aanwezige angst, zowel bij patiënten als hun familieleden, om 'echt' krankzinnig te worden. Dat de neurasthenici te Rhijngeest hun stoornis ervoeren en verwoordden als een (dreigend) gebrek aan zelfbeheersing en verstand, lijkt samen te hangen met de toenmalige burgerlijke moraal, waarbij het (gevreesde) controleverlies bij vrouwen en mannen verschillende vormen aannam. Terwijl seksualiteit in de psychiatrische literatuur over neurasthenie niet op de voorgrond staat, komt uit de dossiers naar voren dat seksuele problematiek in Rhijngeest veel aandacht kreeg, zowel van patiënten als artsen en dat het daarbij steeds weer draaide om (gebrek aan) zelfbeheersing en controle.¹⁰⁹ Daarbij verschilde de betekenis van neurasthenie voor mannen en vrouwen. Bij mannen ging het om de worsteling met hun moeilijk bedwingbare seksuele driften, die zich uitten in masturbatie, buitenechtelijke relaties of prostitutiebezoek, en om de angst voor de mogelijke gevolgen hiervan (geslachtsziekte en krankzinnigheid), terwijl bij vrouwen de beangstigende herinnering aan schaamtevolle voorvallen centraal stond.¹¹⁰

Meer in het algemeen manifesteerden de neurasthenische klachten van de patiënten in Rhijngeest zich als innerlijke conflicten tussen henzelf en de heersende en door hen onderschreven burgerlijke en deels ook christelijke moraal. Hun onbehagen hing nauw samen met hun onvermogen om aan de kernwaarden van die moraal te voldoen: zelfcontrole, zelfdiscipline, wilskracht, plichtsbesef, karakter, het gezinsethos en reproductieve seksualiteit. De angst voor het verlies van deze waarden in het eigen persoonlijke leven vormde een cruciaal element in de betekenis die neurasthenie voor zowel de lijdens als de geneesheren had. Dezelfde waarden werden ook weerspiegeld in het doel van de behandeling: het herstel van evenwicht, zelfcontrole en wilskracht, kortom morele regeneratie. Neurasthenie zou kunnen worden gekarakteriseerd als het medische etiket dat artsen plakten op daadwerkelijk door mensen ervaren moeilijkheden, vooral met betrekking tot de spanning tussen innerlijke onzekerheid en bepaalde maatschappelijke normen. In deze zin kwam de psychiatrie tegemoet aan een in de samenleving levende vraag naar hulp.

De bemoeienis met neurasthenie, een ziektebeeld dat niet los kan worden gezien van bepaalde levens- en (burgerlijke) identiteitsproblemen, speelde ook een belangrijke rol in de uitbreiding van het psychiatrisch werkveld. Ten eerste bood de behandeling van neurasthenie en andere neurotische en psychosomatische kwalen sommige gestichtsartsen een uitweg uit het gesticht dat een slecht imago en weinig therapeutisch succes en toekomstperspectief bood. De zorg voor zenuwlijders bood zicht op statusverhoging want terwijl de gestichten overwegend

5.2 'DOOR VREES EN TOBBERIJEN BEVANGEN': NEURASTHENIE IN RHIJNGEEST

werden bevolkt door krankzinnigen uit de lagere klassen, verbleven in sanatoria en andere zenuwinstellingen alsook in de universitaire klinieken meer patiënten uit de middenklasse en hogere stand. Bovendien bestond de veronderstelling dat aan zenuwlijders in therapeutisch opzicht meer eer was te behalen: in tegenstelling tot veel chronische krankzinnigen zouden zij wel behandelbaar zijn, deels met nieuwe behandelmethoden als hydro- en elektrotherapie en psychische therapieën, die pas later in de gestichtspychiatrie werden ingevoerd. Dit bood niet alleen aan geneeskundigen meer perspectief, ook verplegenden gingen een grotere rol in de therapeutische behandeling spelen.¹¹¹

Ten tweede wezen geneeskundigen op de mogelijkheid en noodzaak om zenuwkwalen in het algemeen en neurasthenie in het bijzonder te voorkomen – deze stoornissen vormden volgens hen de voedingsbodem voor een toename van krankzinnigheid – en bepleitten zij een uitbreiding van hun vak in sociaalhygiënische richting.¹¹²

Ten derde vormden neurotische stoornissen de basis waarop in de psychiatrie naast het somatische een meer psychologisch duidings- en behandelperspectief tot ontwikkeling kwam – dit in het verlengde van een moreel-opvoedkundige benadering. De diagnose neurasthenie markeert samen met diagnoses als hysterie het begin van een toenemende psychiatrische aandacht voor het innerlijk van het individu. Zo kwam Jelgersma tot het inzicht dat stoornissen als neurasthenie geen baat hadden bij een (overwegend) somatische benadering. In tegenstelling tot zijn *Leerboek der functioneële neurosen* (1897) was in zijn *Leerboek der Psychiatrie* (1911-1912) geen sprake meer van erfelijkheid en degeneratie als causale factoren bij het ontstaan van neurosen. Neurotische stoornissen zouden een gevolg zijn van bepaalde sociale invloeden die op het individu inwerkten. Bij de neurasthenielijder ging het niet om een 'machine' met een defecte zenuwfunctie, maar was het van belang dat de arts begrip had voor het subjectieve, bezielende, voelende en denkende deel van de mens en zijn levensgeschiedenis.¹¹³ Psychiaters als Van Erp Taalman Kip en Leendert Bouman sloten zich bij Jelgersma aan.¹¹⁴ Het was niet toevallig dat Jelgersma en Bouman in Nederland tot de eerste pleitbezorgers van het werk van Freud behoorden. De psychologische benadering veronderstelde een geïndividualiseerde visie op het zelf, waarin het geheugen, zelfreflectie en het levensverhaal een belangrijke rol speelden.¹¹⁵ Deze psychologisering bracht met zich mee dat cultuurkritische aspecten van de neurastheniediagnose naar de achtergrond verdwenen en dat het ziektebeeld zelf geleidelijk aan plaats maakte voor de categorie psychoneurose, waaronder psychasthenie en depressie.¹¹⁶

De uitbreiding van het psychiatrisch beroepsdomein door middel van de zorg voor zenuwkwalen en de ontwikkeling van nieuwe, deels psychologische behandelwijzen kreeg niet alleen vorm in sanatoria, universitaire klinieken, neurologische afdelingen van algemene ziekenhuizen, poliklinieken en aanverwante instellingen, maar ook in een groeiend aantal particuliere psychiatrisch-neurologische praktijken. Steeds meer mensen met geestelijke en neurotische problemen – vooralsnog overwegend degenen die dat zelf konden bekostigen – vonden hun weg naar de zelfstandig gevestigde zenuwartsen en psychotherapeuten, onder wie aanhangers van Freuds psychoanalyse.

5.3 PARTICULIERE PRAKTIJKEN EN PSYCHOTHERAPIE

Zenuwlijders waren niet alleen aangewezen op intramurale voorzieningen als ze hun kwaal wilden laten behandelen. Zij konden ook terecht bij een stijgend 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. Jorisgasthuis in Delft begon Ramaer een particuliere praktijk voor geestes- en zenuwzieken, waarschijnlijk een van de eersten in zijn soort op dit terrein.¹¹⁷ Zoals we eerder hebben gezien, vormden de vrijgevestigde zenuwartsen na de universitaire psychiaters en neurologen vanaf omstreeks 1890 de snelst groeiende subgroep binnen het specialisme. Daarnaast hielden sommige gestichtsartsen en universitaire psychiaters er als nevenactiviteit een particuliere praktijk op na.¹¹⁸

Met name 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 grotendeels in beslag en beperkte hun medisch handelen zich vaak tot diagnostiek en classificatie. Het contact tussen geneesheer en patiënt was zeer beperkt. 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 bekostigen, 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 medici hielden ook spreekuur aan huis voor bij een ziekenfonds aangesloten patiënten 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.¹¹⁹

Evenals in sommige sanatoria kwamen in particuliere praktijken 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 neurosediatie 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 de patiënt, stond dat in dienst van de versterking van wilskracht en zelfbeheersing.¹²⁰ De artsen Van Renterghem en Van Eeden waren pioniers op dit gebied. Beiden waren geïnspireerd door de Franse artsen Ambroise-Auguste Liébeault en Hyppolite Bernheim, die hypnose en suggestie als geneeswijze hadden ontwikkeld.¹²¹ 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. Hun instituut was een van de eersten in zijn soort ter wereld.¹²²

5.3 PARTICULIERE PRAKTIJEN EN PSYCHOTHERAPIE

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 zijn neoromantische fascinatie voor het gevoels- en droomleven, de intuïtie en het onbewuste en zijn belangstelling voor het spiritisme.¹²³

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 Aletrino, bezochten hun praktijk om er lering uit te trekken.¹²⁴ Als medisch specialisten namen Van Renterghem en Van Eeden stelling tegen de toepassing van suggestie en hypnose door leken. In 1889 hield Van Eeden een voordracht over hypnose en suggestie 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 psychotherapie een noodzakelijk onderdeel van de geneeskunde uitmaakte.¹²⁵ De voordracht verscheen in de *Psychiatrische Bladen* en om deze behandeling nog bredere bekendheid in de medische wereld en daarbuiten te geven, publiceerde hij een jaar later een overzichtsartikel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en in 1892 een essay over psychotherapie in *De Nieuwe Gids*.¹²⁶ Van Renterghem had al eerder bredere bekendheid gegeven aan de behandeling door middel van hypnose.¹²⁷ De nadruk die Van Eeden en Van Renterghem legden op een uitsluitend medische 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 privaattoestant 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.¹²⁸

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 voor langere tijd in zijn woonhuis op.¹²⁹ De therapie volgens de methode-Liébeault die Van Eeden en hij aanvankelijk aanwendden ter behandeling van de eerste groep, was gericht op suggestieve beïnvloeding en overreding, maar deze behandelwijze bleek minder geschikt voor beter gesitueerde en welbespraakte patiënten.¹³⁰ Om deze cliënte te ontmoeten 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 het vertrouwelijke gesprek tussen behandelaar en patiënt in de beslotenheid van de spreekkamer. Van Eeden wees daarbij op de heilzame werking van het praten en een luisterend oor. De therapeut kon, zo stelde hij, 'beschaafde liederen' en 'hooger ontwikkelden' niet opdragen het medisch autoritaire gezag voetstoots te aanvaarden, zoals de suggestietherapie veronderstelde. Zij wilden hun gemoed uiten en begrijpen wat er met hen aan de hand was en hoe ze genezen konden worden. De behandelaar deed er volgens Van Eeden goed aan geen overwicht te gebruiken en de patiënt duidelijk te maken 'dat al de

aangewende middelen werkten door zijn eigen psyche, en dat ze alle te vervangen zijn door zijn eigen bewuste wil [...] geduld en hardnekkige oefening.¹³¹

In 1889 meldden Van Renterghem en Van Eeden dat van de meer dan 400 patiënten die zij 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.¹³² In hun jaarverslag over de periode 1889-1893, waarin zij ruim 1.000 patiënten hadden behandeld, vermeldden zij vergelijkbare cijfers.¹³³ 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 1.600 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 eenderde 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.¹³⁴

Terwijl Van Eeden zich in 1893 terugtrok uit het instituut om zich te wijden aan zijn literaire werk en sociaal-politieke activiteiten, ontwikkelde Van Renterghem zich tot een vooraanstaand psychotherapeut, die, geïnspireerd door Freud en 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 (Van der Chijs, Antonie Johan Westerman Holstijn en John Marius Rombouts) zette hij zijn praktijk tot het eind van de jaren twintig voort.¹³⁵

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 het in zijn visie onwetenschappelijke ‘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 [...]’¹³⁶ Slechts enkelen – Pieter Bierens de Haan en de psychoanalytici Johan H.W. van Ophuysen, J.E.G. van Emden en August Stärcke – afficheerden zich expliciet als psychotherapeut op de ledenlijst van de NVPN of in het *Geneeskundig Jaarboekje*.¹³⁷ Rond de Eerste Wereldoorlog verloor de hypnose- en suggestietherapie onder zenuwartsen terrein aan de psychoanalyse.¹³⁸ Deze twee behandelvormen stonden inmiddels op gespannen voet met elkaar: ten einde de wetenschappelijkheid en de eigenheid van zijn methode te onderstrepen, distantiëerden Freud en zijn volgelingen zich van alles wat herinnerde aan de suggestieve beïnvloeding in oudere psychische behandelvormen en ontdeden zij hun behandelpraktijk van alle externe invloeden die patiënten zouden kunnen afleiden van hun innerlijke roerselen.¹³⁹

In Nederland kon de psychoanalyse vrij vroeg op welwillende belangstelling van zenuwartsen rekenen. 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

5.3 PARTICULIERE PRAKTIJEN EN PSYCHOTHERAPIE



Wachtkamer van het Instituut Liébeault voor Psychotherapie van Albert Willem van Renterghem en Frederik van Eeden in Amsterdam. (Bulhof 1983, p. 40)

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.¹⁴⁰

De resolute afwijzing van Freuds theorie door de hoogleraren Winkler en Heilbronner – Winkler maakte gewag van ‘deze onrijpe vrucht der wetenschap’, die de medisch-biologische grondslag van de psychiatrie ondermijnde en zedelijke normvervaging in de hand werkte, en Heilbronners kwalificatie van de psychoanalyse luidde kortweg ‘zwijnerij’ – was echter niet representatief voor de receptie ervan door Nederlandse psychiaters en zenuwartsen.¹⁴¹ 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 diens werk, tijdens een discussie over de verklaring van histerie onder leiding van de Franse psychiater Pierre 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*.¹⁴² In de jaren daarvoor hadden de gebroeders August en Johan Stårcke, Van Renterghem en Leendert Bouman 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.¹⁴³

In 1912 wijdde de NVPN een speciale bijeenkomst aan de psychoanalyse, waarop August Stärcke en Leendert Bouman inleidingen verzorgden en verschillende artsen Freud en zijn methode loofden. Niet alleen Van Erp Taalman Kip, geneesheer-directeur van het Sanatorium voor Zenuwlijders in Arnhem, en Van Deventer, op dat moment inspecteur van het Staatstoezicht, maar ook meer neurologisch georiënteerde medici als Wertheim Salomonson, die assistent van Winkler was geweest, en C. van Valkenburg, onderdirecteur van het Centraal Instituut voor Hersenonderzoek, lieten zich in positieve zin over de psychoanalyse uit. Vanaf dat moment kregen Freuds leer en behandelmethode veelvuldig aandacht in de medische en psychiatrische vakbladen.¹⁴⁴ Zo vond in 1917 naar aanleiding van een artikel van Johannes 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.¹⁴⁵ 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*.¹⁴⁶

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 Ophuysen, 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 Leendert Bouman sloten ook Klaas Herman Bouman, sinds 1916 hoogleraar psychiatrie en neurologie aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit en Lammert van der Horst en Henricus Cornelius 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.¹⁴⁷

Overigens lieten nogal wat vooraanstaande Nederlandse psychoanalytici zich ook sterk door Jung beïnvloeden: Van Renterghem, Van der Hoop, Ophuysen en Van der Chijs ondergingen een leeraanlyse door Jung.

6

DE SAMENLEVING:
'PSYCHISCHE HYGIËNE'

Ondanks het streven van met name 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. Al in 1868 wees Voorhelm Schneevoegt in zijn inaugurele rede ter gelegenheid van zijn benoeming tot lector in de psychiatrie en neuropathologie aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre op de veelvormigheid van de psychiatrie. De psychiater moest niet alleen beschikken over kennis van de medische vakgebieden (de anatomie, de fysiologie, de embryologie, de frenologie, de geneesmiddelenleer en de hygiëne), maar ook ingevoerd zijn in de wijsbegeerte, de psychologie en de pedagogiek. Hij moest, aldus Voorhelm Schneevoegt,

een diepen blik kunnen werpen in hetgeen men 's menschen *hart* pleegt te noemen. Alle roerselen, die dat hart in beweging kunnen brengen, liefde en haat, hoop en vrees, in al hare schakeringen, alle togten, die daarin kunnen woelen, moet hij kennen of ze zich althans kunnen voorstellen in hunne kracht, in hunnen strijd, in hunne uitwerking op de geheele psychische en somatische openbaring van den mensch. [...] Daarom moet hij zich ook in alle maatschappelijke toestanden kunnen verplaatsen en de invloeden kunnen waardeeren, waaronder het individu leeft en gevormd is. Moet men dus van den eenen kant van hem verlangen dat hij het talent van individualiseren zoo ver mogelijk ontwikkelde; van den anderen kant mag hij niet vreemd zijn aan de sociale vraagstukken van den dag, aan de godsdienstige twistpunten, aan de politieke beroeringen, aan de mercantile, industriële en andere speculatiën; hare beteekenis moet hij kunnen afmeten, al behoort hij zelf ook er buiten, of nog liever er boven te staan. In de openbaring toch van den geest der massa's spreekt de geest van het individu vaak duidelijker tot ons. Door de juiste kennis van de magt, die de massa's in actie brengt, geraken wij vaak tot de juistere keuze van het gewigt, dat de reactie vordert om het verbroken evenwigt, de gestoorde harmonie in het individu weder te herstellen. In elk geval moet de Psychiater den geest zijner eeuw begrijpen, waaraan niemand zich geheel onttrekken kan en wiens eigenaardig cachet, meer of minder duidelijk afgedrukt, door alle tijdgenoten gedragen wordt.¹

In hoofdstuk 1 is al naar voren gekomen dat Voorhelm Schneevoegt, Ramaer en andere geneeskundigen die zich inzetten voor een vernieuwing van de krankzinnigenzorg ook betrokken

waren bij de hygiënistische beweging ter verbetering van de volksgezondheid en dat zij de nadruk legden op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de medische stand. Psychiaters en zenuwartsen geloofden dat de hygiënische benadering bij uitstek passend was voor hun vak. Aangezien krankzinnigheid vaak niet te genezen viel, was het streven naar preventie ervan des te belangrijker. Dit impliceerde dat de leefwijze van mensen en hun maatschappelijke omstandigheden onderdeel van het psychiatrisch werkveld werden. In paragraaf 1 gaan wij in op de ideeën van psychiaters, gestichtsgeneesheren en zenuwartsen over de sociaal-culturele oorzaken van geestesstoornissen en de wijze waarop deze zouden moeten worden aangepakt. Hun cultuurpessimisme ging vergezeld van optimisme omtrent de mogelijkheden om de verbreiding van krankzinnigheid tegen te gaan. Naast het hygiënisme in de somatische geneeskunde vormde de degeneratietheorie een belangrijke inspiratiebron voor de preventieve psychiatrie, die overigens vooralsnog slechts in beperkte mate tot praktische initiatieven leidde. In paragraaf 2 komt de psychiatrische bemoeienis met alcoholisme, in het bijzonder in de vorm van consultatiebureaus, aan de orde. Paragraaf 3 is gewijd aan de eerste initiatieven op het gebied van de sociaal-psychiatrische ondersteuning van krankzinnigen in de maatschappij, de voor- en nazorg.

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'

Met zijn brede invulling van de competentie 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 multicausale verklaringen voor het ontstaan van krankzinnigheid en zenuwstoornissen wezen geneeskundigen niet alleen biologische factoren aan, zoals erfelijkheid, vergiftigingen en overmatige consumptie van genotmiddelen. Zij ruimen 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, de verhevigde strijd om het bestaan, het jachtige en hectische levenstempo in de steden en de moderne vervoersmiddelen, die geest en zenuwgestel zouden overbelasten.²

De psychiatrische beschouwingen over de oorzaken van geestelijke en nerveuze stoornissen bevatten de nodige maatschappij- en cultuurkritiek. Economische en sociale vooruitgang zou gepaard gaan met een verlies aan geestelijke en morele kracht. Niet iedereen zou in staat zijn om zich aan de snel veranderende maatschappelijke omstandigheden aan te passen en te voldoen aan de hoge eisen die de moderne samenleving stelde. Sommige geneeskundigen beweerden dat het aantal krankzinnigen steeg naarmate de beschaving voortschreed. 'Hoe hoger de intellectuele en morele eisen zijn, die de strijd om het bestaan in de maatschappij meebrengt', zo schreef de Deventerse gestichtsgeneesheer L.S. Meijer in *De Gids*, hoe groter tegelijk het aantal dier personen, wier ongelukkige psychische aanleg hen tegen dien strijd niet opgewassen doet zijn en hen tot sociaal afwijkenden maakt'.³

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'

Veel artsen hamerden op het belang van zelfbeheersing, een ordelijke en evenwichtige levensstijl, matigheid, verantwoordelijkheids- en plichtsbefef en zedelijkheid als middelen om de verderfelijke invloeden vanuit de moderne samenleving af te weren. Op deze manier werden de principes van de morele behandeling 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 zijn dan genezen. Het hygiënisme, waarin het streven naar voorkoming van besmettelijke volksziekten als cholera, tyfus, pokken en tuberculose door middel van sanering en verbetering van de leefomstandigheden van de bevolking centraal stond, kon onder gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen op de nodige aanhang rekenen. Enkelen van hen, zoals Ramaer, Voorhelm Schneevoegt, Donkersloot, Van Geuns, Van Cappelle en Van Anandel, 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.⁴

De voor het merendeel met het liberalisme sympathiserende hygiënisten stelden dat een wetenschappelijk onderbouwde preventieve zorg voor de volksgezondheid een belangrijke bijdrage kon leveren aan de maatschappelijke vooruitgang, nationale regeneratie, economische voorspoed en sociale harmonie. Voorhelm Schneevoegt publiceerde in 1861 in *De Gids*, een belangrijke spreekbuis voor vernieuwingsgezinde artsen, waarvan hij redacteur was, 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 en zedelijke gezondheid van zowel het individu als het volk, zo benadrukte hij:

hoe zou het anders mogelijk zijn bij het nauw en onverbreekelijk verband tusschen het verstandelijk, zedelijk leven van het individu, ja, van geheele volkeren en hunne lichamelijke 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!⁵

Van Cappelle, in 1865 door minister van Binnenlandse Zaken Johan Rudolf Thorbecke benoemd tot het hoofd van de afdeling Medische Politie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en van 1875 tot 1889 inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, pleitte in *De Gids* voor systematisch statistisch medisch onderzoek, niet alleen naar de lichamelijke maar ook naar de geestelijke gezondheid van de bevolking. Zelf was hij in de jaren vijftig, zestig en zeventig nauw betrokken bij statistisch onderzoek naar het voorkomen van pokken, tyfus en cholera. Ook maakte hij gebruik van kwantitatieve gegevens over sche-

delvorm en lichaamsbouw om uitspraken te doen over de geestelijke eigenschappen van vrouwen, misdadigers en (mannelijke) genieën. Tevens publiceerde hij een populaire medische handleiding, *Leven en gezond zijn: Volksboek voor de school en het huisgezin* (1857) en was hij een van de auteurs van een handboek op het gebied van de hygiëne op scholen: *De gezondheidsvereischten van schoolgebouwen* (1861).⁶

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 organisatie van het leefmilieu, onvoldoende beschaving en een verkeerd of te passief overheidsbeleid.

Het liberale beginsel dat de staat zich zoveel 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 Thorbecke, schreef voor dat de rijksoverheid door middel van staatsexamens toezicht uitoefende op de medische bevoegdheid en voorzag in een Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid, belast met de advisering van de minister en gemeenten. Dit Geneeskundig Staatstoezicht was niet zoals het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigen-gestichten ondergebracht bij de afdeling Armwezen, maar bij de afdeling Medische Politie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. In lijn met Thorbecke's staatsleer, liet de regeling de uitvoering van de curatieve zorg over aan het particulier initiatief en delegerde zij de bevordering van de volksgezondheid aan de provincies en gemeenten, die zich aanvankelijk afwach- tend opstelden. De bevoegdheden van de inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht 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. Deels hing deze bestuurlijke terughoudendheid op het gebied van de volksgezondheid samen met het feit dat van grootschalige industrialisering en zeer snelle urbanisering in Nederland geen sprake was en dat de problemen niet zo nijpend waren als bijvoorbeeld in Engeland en in België.⁷ Het is opmerkelijk dat op het terrein van de krankzinnigenzorg veel eerder, in 1841, wetgeving en staatstoezicht tot stand waren gekomen en dat de overheidsbemoeienis zich hier, vanwege de juridische betrokkenheid bij de gestichtsopname en het verband met de handhaving van de openbare orde, krachtiger liet gelden dan op het gebied van de algemene gezondheidszorg.

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'

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.⁸ Wilhelmus Pieter Ruysch, lid van de Liberale Unie, van 1884 tot 1902 Inspecteur van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en vanaf 1884 eveneens 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 het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling op om jaarlijks publieke debatten te organiseren over vraagstukken op dit terrein. Deze organisatie, waarvan zowel bestuurlijke organen en maatschappelijke organisaties als individuen lid werden en 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.⁹

Naast de school-, fabrieks-, woning- en 'private' hygiëne kwam in het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* ook de 'psychische hygiëne' aan de orde. Terwijl meer en meer lichamelijke besmettelijke ziekten gestaag werden teruggedrongen, zo stelde Ruysch, vormde de schrikbarende toename van zenuw- en zielsziekten een steeds grotere maatschappelijke bedreiging en lag hier een belangrijke taak voor de 'hygiënist-psycholoog', zoals hij de deskundige op het terrein van de preventieve psychiatrie aanduidde.¹⁰ Enkele gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen sloten zich bij Ruysch' organisatie aan. Meer in het algemeen brachten artsen 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 Tellegen en Cox vroegen in de NVPN en de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* aandacht voor de noodzaak tot preventie in de maatschappij. Zo stelde Tellegen, die wij in de discussie over dementia paralytica en prostitutie al leerden kennen als een pleitbezorger van seksuele hygiëne en zelfbeheersing, dat de behandeling van krankzinnigheid niet alleen in het gesticht, maar ook in de maatschappij plaats diende te vinden.

De beginselen der krankzinnigheid te bespieden, de ziekte in hare eerste uitingen na te gaan is de gewichtigste taak van den praktizeerenden geneesheer; van zijn kennis en ervaring hangt het af, om, door de familie op de gevolgen indachtig te maken en, door het juiste oogenblik te kiezen, waarop den patiënt aan eene andere omgeving moet worden toevertrouwd, veel kwaad te voorkomen. Maar hij vermag meer. Wat van de cholera, van de pest en van zoovele infectieziekten geldt, is ook toepasselijk op de krankzinnigheid; de behandeling ligt voor een groot deel in de prophylaxe.¹¹

Cox wees er in dit verband op dat 'de psychiater reeds voor meer sociale vraagstukken gesteld [wordt] dan eenig ander medicus'.¹²

Gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen waren betrokken bij uiteenlopende maatschappelijke kwesties, zoals de arbeidsomstandigheden in fabrieken (bijvoorbeeld Van Andel), onderwijs en opvoeding en de inrichting van het onderwijs aan zwakzinnige kinderen (Pieter Bierens de Haan, F.J. Soesman, Tellegen, Winkler, Van Renterghem, E.H. Keuchenius en S.J.

Halbertsma)¹³, de alcoholismebestrijding (Ramaer, Ruysch, Tellegen, Spaink, Jan van Delden, J. Kat, Buringh Boekhoudt, A.N.J. Hanedoes van Almkerk, Van Erp Taalman Kip, Abraham Hermanus Oort, Leendert Bouman en Klaas Herman Bouman)¹⁴, misdaad, straf en reclassering (zie hoofdstuk 7), de opvang en tewerkstelling van krankzinnigen, zwakzinnigen en andere hulpbehoevendenden in de maatschappij (J.H. Schuurmans Stekhoven, Van der Scheer, Frederik Salomon Meijers, Klaas Herman Bouman en Cox), burgerschap (Soesman en Klaas Herman Bouman), de reglementering van de prostitutie (Donkersloot, Aletrino, Tellegen en Leendert Bouman), homoseksualiteit en andere seksuele perversies (Ramaer, Donkersloot, Van Deventer, Wellenbergh, Jelgersma, Wijsman, Wertheim Salomonson, Van Renterghem, Van Eeden, Spaink, Van Delden, Cowan, A. Couvée, D. de Snoo, J. Rutgers, Aletrino, Lucien von Römer)¹⁵ en vrouwenemancipatie (Winkler, Soesman, Rutgers en Tellegen)¹⁶. Met name Leendert Bouman speelde als voorzitter van de Middernachtzending in Amsterdam en lid van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Vereeniging tegen de Prostitutie een vooraanstaande en actieve rol in de protestants-christelijke zedelijkheidsbeweging.¹⁷

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 Morel en later verder uitgewerkt door onder anderen de psychiaters Moreau de Tours en Valentin Magnan.¹⁸ In deze sociaalbiologische 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 kern van de degeneratieleer; wat begon als een zenuwkwaaftje, slechte gewoonte, verslaving of geslachtsziekte kon zich bij de nakomelingen manifesteren in de vorm van geestesziekte, zwakzinnigheid of aangeboren misdadigheid. Met de aanname dat krankzinnigheid in veel gevallen het resultaat was een onomkeerbare erfelijke belasting – 'onafwendbare, toenemende achteruitgang, eindigende met vernietiging' in de woorden van de zenuwarts J.W. Deknatel – bood de degeneratietheorie een aannemelijke verklaring voor het grote aantal chronische lijdens in de gestichten en het kleine aantal patiënten dat genas.¹⁹ Op die manier werkte de degeneratieleer het therapeutisch pessimisme in de hand en konden geneeskundigen deze aangrijpen als legitimatie voor hun onmacht om krankzinnigheid te genezen.

Anderzijds vormde de veronderstelde degeneratieve overgang van lichtere geestes-, zenuwen gedragstoornissen naar zenuwziekte en vervolgens naar psychopathie en krankzinnigheid de basis voor een meer optimistisch perspectief. Door vroegtijdig in te grijpen bij lijdens aan minder ernstige aandoeningen en afwijkingen, die nog wel te verhelpen waren, zou erger kunnen worden voorkomen en zelfs regeneratie zijn te bewerkstelligen. Psychiaters en vooral gestichtsartsen moesten ervoor waken, zo stelde de Amsterdamse hoogleraar in de neurologie Wertheim Salomonson, dat zij 'in het woud alleen de groote holle stammen met hun dode takken [zagen], terwijl de overal ontkiemende jonge spruiten over het hoofd gezien werden.'²⁰ De degeneratietheorie onderstreepte zo de noodzaak van preventie door middel van psychiatrische bemoeienis met zowel zenuwkwalen als uiteenlopende als ongezonder, abnormaal, asociaal, immoreel of schadelijk beschouwde gedragingen, zoals seksuele perversie en losbandigheid, overmatige alcoholconsumptie, opstandigheid, lediggang en landloperij, en criminaliteit.²¹

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'

De degeneratietheorie kreeg vanaf het einde van de jaren tachtig steeds meer aanhang onder Nederlandse psychiaters.²² De toonaangevende hoogleraren Winkler en Jelgersma ruimden een belangrijke plaats in voor degeneratie in hun ziekteleer. Evenals Leendert Bouman probeerden zij het bestaan van het gedegeneerde zenuwstelsel te bewijzen met het verrichten van pathologisch-anatomisch onderzoek. Beiden onderscheidden aangeboren, degeneratieve psychosen en 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 psychosen voornamelijk waren aan te treffen in families die aan lager wal waren geraakt.²³

Het diagnostiseren en tegengaan van degeneratie achtte Winkler een van de hoofdtaken van de psychiatrie. Volgens hem was het 'overbekend, dat kinderen van psychisch zieke ouders dikwijls aan neurosen en zelfs aan organische degeneratieve processen van hersenen en ruggemerg lijdende zijn. Sedert Morel is dit door tal van waarnemers bevestigd.'²⁴ Ook kon er geen twijfel over bestaan dat de bescherming van de samenleving tegen 'onaangepaste' individuen tot de opgaven van psychiaters en neurologen behoorde: 'rust op de geneeskunde niet de plicht', zo stelde hij in 1893 in zijn oratie vanwege zijn benoeming tot hoogleraar in Utrecht, om dezen worm [degeneratie], die de schoonste vruchten onzer beschaving ten doode doemt, met alle wapenen die zij bezit te bestrijden?'²⁵ In 1920 wees Winkler op een vergadering van de NVPN nogmaals op de noodzaak van sociale hygiëne.

Betere waardeering der vernieling, door vergiften als lood, alcohol e.a. in het zenuwstelsel aangericht, maakt de neurologie tot de aangewezen raadvrouw der sociale hygiëne, roept wetten in het leven tot bescherming van hen die ermee omgaan, geeft wapenen in den strijd tegen alcohol-misbruik, doet consultatiebureaux ontstaan [...] en verhoogt het levensgeluk van anderen.²⁶

Geneeskundigen konden bijvoorbeeld, opperde Winkler, huwelijksadviezen aanbieden en mensen wijzen op het gevaar dat overspanning, alcoholgebruik, prostitutiebezoek en syfilis vormden voor de gezondheid van het nageslacht. Met zijn brede kennis van het menselijk gedrag kon de psychiater 'de brug vormen, waarlangs de geneesheer, al individualiseerend, de hand reikt aan sociologen, aan criminologen en aan allen, die op het groote veld der anthropologie werkzaam zijn'.²⁷ Vanuit het gezichtspunt van het gevaar van degeneratie voelde Winkler zich geroepen om zich over vrouwenemancipatie uit te spreken en keerde hij zich tegen studie door vrouwen. In een debat dat hij in 1898 voerde met de gynaecoloog Hector Treub en de (vrouwelijke) arts Catharina 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.²⁸ Dat nam overigens niet weg dat Winkler vrouwen als assistenten in zijn kliniek aanstelde en dat vrouwen bij hem promoveerden.²⁹

Winklers opvolger aan de Amsterdamse Gemeente Universiteit, Klaas Herman Bouman, wijdde zijn oratie, *Problemen van ontarding 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.³⁰ 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.³¹ Nederlandse artsen omarmden deze leer niet zonder voorbehoud. Deknatel bijvoorbeeld wees in 1895 met name op de vaagheid en meerduidigheid van het niet alleen in medische kring, maar ook in 'de geheele intellectuele wereld, [onder] kunstenaars en juristen vooral' populaire begrip degeneratie, waardoor de wetenschappelijke waarde ervan beperkt was.³² Het kon zowel betrekking hebben op diagnose, etiologie als prognose. Ook was de grens tussen ziekte en als variatie op te vatten afwijking niet scherp gesteld. Toch zijn de sporen van het degeneratiedenken tot in de jaren dertig en zelfs later in de Nederlandse psychiatrie terug te vinden.³³ Het vermeende gevaar van erfelijke 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 veeleer een rechtvaardiging voor de gangbare, en ook door de levenswetenschappelijke benadering onderbouwde multicausale verklaring van geestesstoornissen.³⁴ In de degeneratietheorie konden elementen van uiteenlopende psychiatrische benaderingen – de erfelijkheidsleer, de neurologische lokalisatie van krankzinnigheid in het zenuwstelsel, het levenswetenschappelijke model met zijn nadruk op het dynamische karakter van het leven in interactie met het leefmilieu, en het sociaal-hygiënisme – worden verenigd. Schadelijke materiële, morele en sociale invloeden zouden het zenuwstelsel kunnen aantasten en dit zou op zijn beurt de constitutionele voorwaarde vormen voor geestes- en zenuwstoornissen, die al dan niet onder invloed van kwalijke effecten vanuit de leefomgeving manifest konden worden. De vraag wat nu precies wat veroorzaakte en in welke volgorde, was in dit model voor verschillende interpretaties vatbaar. Het degeneratiedenken verschaftte gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen zo een overkoepelende theorie, die als natuurwetenschappelijk werd voorgesteld en die tegelijkertijd hun eclecticische praktijk dekte en de tegenstrijdigheden daarin min of meer verhulde.

Met een beroep op de biosociale degeneratieleer wezen artsen een breed palet aan sociaal-culturele misstanden en kwalijke gewoonten als oorzaak van geestesziekte aan. Zo beweerde de Utrechtse hoogleraar pathologie Willem Koster in 1893 dat de verontrustende toename van krankzinnigheid was te wijten aan allerlei schadelijke maatschappelijke omstandigheden en praktijken, zoals de wijde verspreiding van prostitutie en alcoholisme, de slechte voeding waar velen op aangewezen waren en de slechte werkomstandigheden. Dergelijke invloeden leidden tot een aantasting van het kiemplasma van individuen, waardoor het nageslacht 'ontaard' raakte.³⁵ Een vergelijkbare redenering volgde Herman Verkouteren, die in dit verband aandacht vroeg voor het gevaar van alcohol en roken, extreme armoede en rijkdom, slechte huisvesting,

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'



Klaas Herman Bouman tijdens een college aan de Gemeenteuniversiteit van Amsterdam. (De Waardt 2005, p. 102)

kinderverwaarlozing, minachting voor het huwelijk, een gebrekkige opvoeding en een overwaardering van intellectuele vermogens ten koste van morele vorming, met name in het moderne onderwijs.³⁶ Ook beweerden psychiaters en neurologen onder verwijzing naar de degeneratietheorie dat nu natuurwetenschappelijk was bewezen dat geestesstoornissen behalve individuele ook collectieve kwalen waren. Leendert Bouman maakte in dit verband gewag van het gevaar van 'psychische infectie': een erfelijke 'praedispositie' zou bepaalde individuen vatbaar maken voor een 'pathologische imitatie' van geestes- en zenuwstoornissen die in hun omgeving voorkwamen.³⁷ 'In het bereik der neuropathologie en psychiatrie gaat het *in den regel* op', aldus Wertheim Salomonson,

dat de ziekte van het individu tevens een symptoom is van een soort-ziekte. De lange reeks der zogenaamde 'degeneratieve toestanden' – de neurasthenie, de hysterie, het ziek zijn door dwangvoorstellingen [...] de erfelijke ruggemerg- en hersenziekten en zoo vele andere zijn behalve individuele ziekten, tevens even zoo vele bewijzen dat een soort of geslacht ziek is.³⁸

Hiermee vertolkten psychiaters en neurologen een breder levende ongerustheid onder de burgerij over het gevaar van sociale desintegratie en moreel verval van de samenleving. Vooral in conservatief-liberale kring heerste zorg over de ontwikkeling van de moderne, democratiserende massasamenleving. Deze bezorgdheid werd deels in biomedische metaforen verwoord: uit het gebrek aan karakter, deugdzaamheid en wilskracht van veel Nederlandse burgers en de toename van overspannenheid en zenuwaandoeningen zou blijken dat de moderne tijd en de gehele samenleving ziek waren.³⁹

Toen de Haagse zenuwarts F.J. Soesman in 1907 voor het Hygiënisch Genootschap in zijn woonplaats een lezing hield met de titel 'Hygiëne 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 levenseisen 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.

Het ontbrak veel burgers 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', 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 'streng discipline' en 'tucht en orde':

tucht gebaseerd op een gevoel van bescheidenheid, van ondergeschiktheid aan een hogere 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.

De moderne maatschappij, zo voegde Soesman daaraan toe, had vooral behoefte

aan individuen, 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.⁴⁰

In Soesmans betoog komt naar voren dat zijn invulling van de notie geestelijke hygiëne een brug vormde tussen het burgerlijke beschavingsoffensief en een nieuwe opvatting van verant-

6.1 'DODE TAKKEN EN JONGE SPRUITEN'

woordelijk en actief democratisch burgerschap in de moderne massasamenleving.⁴¹ Hij legde nadruk op zelfbeheersing, wilskracht, plichtsbefef, gemeenschapszin en het tegengaan van revolutionaire opstandigheid, maar riep Nederlanders ook op om actief bij te dragen aan de verbetering van zowel de eigen levensomstandigheden en maatschappelijke positie als de samenleving als geheel. 'Hofjesachtige' tevredenheid stond vooruitgang en emancipatie in de weg. 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 verder. Vooralsnog kwamen er echter weinig concrete initiatieven in deze richting van de grond, met uitzondering van psychiatrische activiteiten in Amsterdam op het gebied van de bestrijding van alcoholisme en de voor- en nazorg voor krankzinnigen in de maatschappij.

6.2 'EEN ANDER MENSCH WORDEN': HET CONSULTATIEBUREAU VOOR DRANKZUCHTIGEN

Al eerder hadden artsen in verschillende Europese landen gewezen op de schadelijke gevolgen van overmatig drinken voor de gezondheid en hadden zij 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 die aandacht vroegen voor de persoonlijkheidskenmerken van alcoholisten.⁴² Ook andere artsen noemden alcoholisme regelmatig als een frequent voorkomende oorzaak van geestesziekte. In zijn proefschrift *Over de psychosen ten gevolge van alcoholmisbruik* (1889) stelde Jan van Delden op basis van zijn onderzoek naar bijna 400 Amsterdamse alcoholisten die tussen 1880 en 1887 in een gesticht 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 voorgaande jaar in Meerenberg waren opgenomen, maar liefst 42 procent krankzinnig was geworden als gevolg van alcoholmisbruik.⁴³

Rond de eeuwwisseling brachten sommige artsen, zoals de Apeldoornse 'speciaal-arts voor zenuwziekten' Spaink, de invloedrijke verloskundige Treub, de medisch directeur van het alcoholistensanatorium Hoog-Hullen, A.N.J. Hanedoes van Almkerk, en Klaas Herman Bouman alcoholisme in verband met degeneratie. Enkelen van hen bepleitten een huwelijksverbod voor alcoholici: niet alleen zou hun drankzucht overerfelijk zijn, ook achtten zij het risico groot dat het nageslacht zou lijden aan geestesziekte en zwakzinnigheid.⁴⁴ Zo beschreef Spaink in 1892 uitgebreid hoe de alcoholist zowel de oorzaak als het resultaat vormde van erfelijke degeneratie. Volgens hem moesten ontaarde veeldrinkers verboden worden om te trouwen en zich voort te planten.⁴⁵ Degeneratie bleef tot de Tweede Wereldoorlog een belangrijk thema in medische beschouwingen over drankmisbruik.

Bouman, die vanaf 1909 leiding gaf aan een consultatiebureau voor alcoholisten, verzamelde systematisch gegevens over de patiënten, waaronder eventuele lichamelijke en geestelijke af-

wijkingen 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.⁴⁶ Toen hij de resultaten van zijn onderzoek onder 300 alcoholisten in 1912 voor het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap presenteerde, achtte hij het 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.⁴⁷

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 Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging voor Nederland en zijn koloniën, 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.⁴⁸ Ook in psychiatrische kring was niet iedereen overtuigd van het gevaar van alcohol. Terwijl psychiaters als Jelgersma, Leendert Bouman en Kat, eerste geneesheer van het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik, het streven van de drankbestrijdingsbeweging onderschreven en geheelonthouding voor alcoholisten de beste remedie achtten, was het nog aan het begin van de twintigste eeuw niet ongebruikelijk dat in krankzinnigengestichten zowel personeel als patiënten alcoholhoudende dranken zoals bier en wijn geserveerd kregen.⁴⁹

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, met name zelfbeheersing en volledige onthouding centraal.⁵⁰ 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 de sociale hygiëne 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. Ten einde een geneeskundig alternatief te bieden nam de Volksbond tegen Drankmisbruik onder voorzitterschap van Ruysch in 1891 het initiatief tot de oprichting van het eerste sanatorium voor drankzuchtigen, Hoog-Hullen bij Eelde, niet ver van Groningen. Rond de eeuwwisseling kwamen daar nog een vijftal sanatoria bij: een particulier (christelijk) Hospitium in Veendam, het protestantse sanatorium Villa Wilhelmina bij Breda (later in Beekbergen) van de Nederlandsche Vereeniging tot Christelijke verzorging van Drankzuchtigen, het eveneens protestantse Uniehuis voor vrouwelijke drankzuchtigen te Beek-

6.2 'EEN ANDER MENSCH WORDEN'

bergen van de Nederlandsche Christen Vrouwen Geheel-Onthouders Unie (later herdoopt in Henriëtte Hartsen-kliniek), het neutrale sanatorium voor alcoholisten en neurasthenici te Voorst, en het Rooms Katholieke sanatorium St. Gerlach te Heer van de Ariënsvereniging. 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.⁵¹

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. 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 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 Klaas Herman Bouman sloten wettelijk onderbouwde dwang niet uit om alcoholisten tot geheelonthouding te bewegen.⁵²

De NVPN stelde zich voorzichtiger op. Toen een gezamenlijke commissie van de NMG en de Nederlandsche Vereniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken onder leiding van Kat in 1905 pleitte voor verpleging van alle chronisch drankzuchtigen in speciale inrichtingen 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. Al eerder hebben we gezien dat onder psychiaters en gestichtsartsen ook bezwaren bestonden tegen de vereiste rechterlijke machtiging voor de opname van geesteszieken in krankzinnigengestichten. 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.⁵³ 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 Van Erp Taalman Kip. Elke inmenging van juridische of bestuurlijke autoriteiten in de verhouding tussen arts en patiënt had volgens hem een schadelijke 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 geneesheer-directeur van het sanatorium voor zenuwlijders De Vogel- en Plantentuin in Arnhem. 'Men maakt geen psychischen invloed door met dwang te beginnen' schreef hij. 'Laat dat toch duidelijk zijn en hier nog eens herhaald worden, want het is de kern van alles.'⁵⁴

Enkele jaren later bleken veel leden van de NVPN hier toch weer anders over te denken. De vereniging onderschreef een pleidooi van de Vereniging tot Bevordering van het Herstel van

Drankzuchtigen uit 1910 voor dwangbehandeling van drankzuchtigen, ook als zij niet krankzinnig of crimineel waren.⁵⁵ Ook nam de NVPN in 1913 met instemming kennis van een wetsontwerp voor de speciale behandeling 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 minvermogene drankverslaafden in sanatoria financieel dienen te ondersteunen.⁵⁶ De regering had enkele jaren daarvoor, in 1907, echter al laten blijken weinig te voelen voor zulke 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 in 1915 tot stand met de invoering van de voorwaardelijke veroordeling: rechters konden met de dreiging van een daadwerkelijke uitvoering van de opgelegde gevangenisstraf van drankzuchtige wetsovertreders 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.

Ten einde 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 toelieden 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 Klaas Herman 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 adviseren en 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 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 paedagoog, 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.⁵⁷

Met deze benadering distantieerden Bouman en Van der Woude zich uitdrukkelijk van de drankbestrijding in Duitsland, waarbij de politie een rol speelde. Politie dwang paste volgens hen niet bij het Nederlandse volkskarakter en zou het streven naar genezing van en wetenschappelijke kennis over alcoholisme alleen maar belemmeren. Desondanks schuwden ze een zekere mate van 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.'⁵⁸ 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 politieautoriteiten overeen dat een strafzaak of een eventuele veroordeling van overtreders van de drankwet konden worden opgeschort op voorwaarde dat zij zich onder behandeling van het bureau stelden en naar geheel-onthouding streefden. Als zij daarin slaagden dan was uiteindelijk sepot 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:

1^e 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 2^e 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.⁵⁹

Mede doordat 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 mid-

delen 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'.⁶⁰

Hoewel de toeloop niet overweldigend was – in het eerste jaar werden 96 cliënten in behandeling genomen en in de jaren tien varieerde het aantal nieuwe cliënten per jaar tussen 127 en 258 – bleek het bureau levensvatbaar.⁶¹ 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.⁶² Aanvankelijk hielden Bouman en Van der Woude hun spreekuren in de vrije avonden, 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.⁶³ 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.⁶⁴

Nadat het eerste consultatiebureau in Amsterdam zijn bestaansrecht had bewezen, gaf Ruysch er wijd en zijd bekendheid aan.⁶⁵ Al gauw kreeg een aantal 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 in Rotterdam en later ook in Arnhem kwamen ook nog protestants-christelijk bureaus van de grond. De aanpak van de confessionele bureaus verschilde niet wezenlijk van die van de neutrale instellingen. De benadering was overwegend een vorm van heropvoeding, waarbij in de confessionele instellingen ook een beroep werd gedaan op het godsdienstige besef. De meeste bureaus werkten met vrijwilligers en een zenuwarts die eens in de week in de avonden 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.⁶⁶

6.3 VOOR- EN NAZORG

Vanaf het midden van de negentiende eeuw werden er pogingen ondernomen om uit gestichten ontslagen krankzinnigen 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 ver-

6.3 VOOR- EN NAZORG

eniging voor dit doel liep op niets uit.⁶⁷ De oproep van politiecommissaris W. Hoogvliet in 1860 om een ‘Nederlandsch Genootschap tot Ondersteuning van behoeftige Krankzinnigen, en van Herstelden, die uit een Gesticht zijn ontslagen, doch onverzorgd zijn’ op te zetten, had evenmin resultaat.⁶⁸ 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 daadwerkelijke werkzaamheden en de reikwijdte van de patronaten is verder nauwelijks iets bekend.⁶⁹

Vanaf de Eerste Wereldoorlog kwamen er nieuwe initiatieven ten einde 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 artsen en lokale en provinciale bestuurders 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. 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 gesticht.

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 ‘luiëren, drinken en misdaad’. Dit patronaatswerk kon volgens hem het beste door particulier georganiseerde ‘bureaus’ onder leiding van geneeskundigen en onder staats-toezicht ‘op Hollandsche wijze’ worden uitgevoerd.⁷⁰ Wat hij met dit laatste precies bedoelde, legde Rosenstein niet uit – waarschijnlijk mocht het niet te veel kosten – en zijn voorstellen kregen vooralsnog geen praktische invulling. Twee jaar later pleitte ook Van Deventer voor meer psychiatrische bemoeienis met geesteszieken, ‘idioten en onnoozelen’ en ‘alle personen, die wegens hun abnormen geestestoestand behoefte hebben aan hulp, steun en leiding’ en die buiten de gestichten in gezinnen of in allerlei ‘liefdadige instellingen’ werden verpleegd. ‘In deze moet opvoedend worden te werk gegaan’, zo betoogde hij.

daarbij worde het nut van den arbeid voor den kranzinnige en geesteszieke op den voorgrond gesteld, zijne familie den weg gewezen den lijder aan te passen aan de maatschappij, hem te leeren zich zelfstandig te bewegen.⁷¹

Weer twee jaar later, in 1917, richtten de inspecteurs van het Staatstoezicht, J.H. 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 passend 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 IJpendam, die plaats bood aan ongeveer dertig patiënten. Vanwege een gebrek aan financiële middelen was deze vereniging geen lang leven beschoren: zij werd in 1924 opgeheven.⁷²

Overtuigd van het belang van deze bijzondere vorm van maatschappelijk werk, nam de Amsterdamse psychiater Frederik Salomon Meijers ook in 1917 het initiatief tot een nieuwe vereniging: de Centrale Vereeniging ter Behartiging der Maatschappelijke Belangen van Zenuwen Zielszieken. Meijers, eerder verbonden aan de psychiatrische universiteitskliniek Paviljoen III van het Wilhelminagasthuis en vanaf 1911 privaat-docent 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 krankzinnigenverklaringen op te stellen.⁷³ 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, terecht konden voor hulp en advies. Meijers hield dagelijks spreekuur en hij werd bijgestaan door twee administrateurs en twee verpleegsters, die zorg droegen voor het 'maatschappelijk werk'.⁷⁴

Op instigatie van de in 1919 aantredende directeur van de GG en GD, Louis Heijermans, werd Meijers hoofd van de nieuwe afdeling Geestes- en Zenuwzieken van de GG en GD. Zijn takenpakket werd uitgebreid met het toezicht op de zorg voor zogenaamde 'maatschappelijk ongeschikten'. Het ging hierbij om een divers samengestelde groep van verstandelijk en lichamelijke gehandicapten, zoals zwakzinnigen, doofstommen, blinden en 'toevallijders' (epileptici). 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 zelf, noch hunne verzorgers in staat zijn de volle kosten hunner verpleging te betalen.

In 1919 bestond deze groep volgens Meijers uit ruim 400 personen, een aantal dat in 1924 was toegenomen tot ongeveer 700, voor het merendeel zwakzinnigen en epileptici.⁷⁵ Wanneer familieleden of pleeggezinnen hen niet konden huisvesten of verzorgen, kwamen zij terecht in liefdegestichten, gasthuizen, krankzinnigengestichten of speciale instellingen voor zwakzinnigen en epileptici.

Met zijn consultatiebureau en psychiatrisch-neurologische GG en GD-afdeling stond Meijers, die er naast zijn sociaal-psychiatrische werkzaamheden een grote particuliere praktijk op naield, in Nederland aan de wieg van wat psychiatrische 'voorzorg' en 'nazorg' ging heten.⁷⁶ 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

6.3 VOOR- EN NAZORG



Frederik Salomon Meijers. (Collectie Cecile aan de Stegge, afkomstig van een kleindochter van Meijers.)

hulpverlening aan geesteszieken in de maatschappij. Daarnaast maakte het begrip ‘sociale psychiatrie’ vanaf eind jaren twintig opgang, maar de betekenis hiervan was minder duidelijk omljnd en breder dan die van voor- en nazorg: deze term had ook betrekking op wat onder anderen Ruysch en Soesman eerder als psychische en geestelijke hygiëne hadden aangeduid en wat vanaf medio jaren twintig ook geestelijke volksgezondheid ging heten.

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).⁷⁷ 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 uitbested, 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 GG en GD 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 terecht konden.⁷⁸

Met zijn Centrale Vereeniging, waarbij onder anderen de psychiaters Klaas Bouman, Cox en C.T. Kortenhorst alsmede twee autoriteiten op het gebied van de forensische psychiatrie, de gevangenisarts Synco van Mesdag en de rechtsgeleerde Willem Petrus Joseph 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 sociaal-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.⁷⁹ 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.⁸⁰ De

6 DE SAMENLEVING: 'PSYCHISCHE HYGIËNE'

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 J. Kat door de Vereniging 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.⁸¹

7

HET FORUM: KRANKZINNIGE
MISDADIGERS, MISDADIGE
KRANKZINNIGEN EN DE
GRENSGEVALLLEN

Zoals wij in hoofdstuk 1 hebben gezien, was in het eerste Nederlandse psychiatrische vakblad, het *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregte Geneeskunde en voor Psychiatrie* (1853-1855), zoals de titel onderstreepte, een prominente plaats ingeruimd voor de gerechtelijke geneeskunde. De redacteur, Ramaer, trachtte de psychiatrie onder de aandacht te brengen van juristen, met name 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 verdere streven naar een uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein in de richting van de strafrechtspleging leverde weinig resultaten op. Juristen zouden volgens Ramaer gestichtsgeneesheren in plaats van gewone gerechtelijk geneeskundigen moeten inschakelen als zij twijfelden aan de toerekeningsvatbaarheid van verdachten.¹ De toenmalige rechtsopvattingen en de strafrechtspraak in Nederland boden echter slechts in beperkte mate ruimte voor de inschakelijking van medici. Dit veranderde aan het eind van de negentiende eeuw.

In dit hoofdstuk laten wij zien hoe psychiaters, gestichtsgeneesheren en zenuwartsen met vallen en opstaan invloed verwierven in de rechtspraak. Allereerst behandelen wij de receptie in de Nederlandse psychiatrie van de ziektebeelden *insania moralis* (morele waanzin) en psychopathie alsook de Italiaanse en Franse criminele antropologie en de uit Duitsland afkomstige Nieuwe Richting in het strafrecht. In paragraaf 2 staat de wijze waarop psychiaters, met name Jelgersma en Winkler, een grotere psychiatrische inbreng in de rechtspleging bepleitten centraal. In paragraaf 3 maken wij duidelijk dat de forensische psychiatrie bepaalde praktische problemen opriep. Welke delinquenten kwamen op grond van welke geestesstoornissen in aanmerking voor bijzondere behandeling? Wat moest deze behandeling inhouden en waar diende deze plaats te vinden? Waar lag de grens tussen misdadigheid en krankzinnigheid en tussen volledige en gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid? Paragraaf 4 gaat over de discussies en meningsverschillen tussen en onder geneeskundigen en juristen over deze vraagstukken. In paragraaf 5 gaan wij nader in op een geruchtmakende strafrechtszaak waarbij psychiaters werden betrokken en waaruit bleek hoeveel weerstand psychiatrische bemoeienis met de rechtspleging kon oproepen. In de afsluitende paragraaf 6 bespreken wij enkele ontwikkelingen in

de strafrechtspleging in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw die bepalend waren voor de verdere ontwikkeling van de forensische psychiatrie.

7.1 MORELE WAANZIN EN PSYCHOPATHIE

De onder het Franse bewind 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 concrete 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 volgens het proportionaliteitsbeginsel af te stemmen op de ernst van de misdaad 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 ten tijde van het plegen van een strafbaar feit volkomen krankzinnig en derhalve volledig ontoerekeningsvatbaar waren, kwamen volgens artikel 64 van de *Code Pénal* in aanmerking voor ontslag van rechtsvervolging. Als een strafrechter daartoe besloot konden het Openbaar Ministerie of hun familieleden vervolgens, conform de bepalingen van de Krankzinnigenwet van 1841, 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 laatste decennium van de negentiende eeuw werd in de Nederlandse rechtspleging slechts in geringe mate beroep gedaan op medische deskundigheid om vast te stellen of verdachten geestesziek waren. Geneeskundigen 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. De Napoleontische *Code Pénal* onderscheidde geen gradaties tussen volledige verantwoordelijkheid en totale ontoerekenbaarheid en rechters hadden blijkbaar geen behoefte aan geneeskundige adviezen. Het oordeel over de toerekenbaarheid van misdadigers was een juridische en geen medische bevoegdheid. Ontslag van rechtsvervolging wegens krankzinnigheid kwam niet vaak voor.²

De gerechtelijke psychiatrie kwam in Nederland later tot ontwikkeling dan in met name Frankrijk en Groot-Brittannië, waar gestichtsartsen en psychiaters vanaf het midden van de negentiende eeuw enige invloed in het juridische domein verwierven en verdachten die met psychische stoornissen behept zouden zijn, wisten vrij te pleiten van strafvervolging. Aan de hand van nieuw gedefinieerde ziektebeelden als monomanie, insania moralis en psychopathie, die het gevoelsleven, de wilskracht 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.³

De term *moral insanity* was in 1835 gemunt door de Engelse arts en antropoloog James Cowles Prichard, die deze stoornis omschreef als

7.1 MORELE WAANZIN EN PSYCHOPATHIE

madness consisting in a morbid perversion of the natural feelings, affections, inclinations, temper, habits, moral dispositions, and natural impulses, without any remarkable disorder or defect of the intellect or knowing and reasoning faculties, and particularly without any insane illusion or hallucinations.⁴

Onder de diagnose *insania moralis* werd eind negentiende eeuw symptomatisch gedrag geschaard dat tegenwoordig in minder ernstige gevallen als asociaal zou worden aangeduid en in ernstiger gevallen als psychopathisch of in termen van een persoonlijkheidsstoornis. In een zakwoordenboek der geneeskunde uit 1977 staat *insania moralis* omschreven als: ‘zedelijke krankzinnigheid, niet vatbaar voor hogere gevoelens; z.o. asociaal, paranoia, psychopathie, psychose.’⁵ Vanaf 1900 nam psychopathie in toenemende mate de plaats in van *insania moralis*.

Met het ziektebegrip morele waanzin bouwde Prichard voort op de diagnostische categorie *manie sans délire* die de Franse arts Philippe Pinel aan het begin van de negentiende eeuw hanteerde om vormen van krankzinnigheid aan te duiden waarbij geen sprake was van waanvoorstellingen en alleen de wil en/of het gevoel gestoord was. Op basis van de veronderstelling dat de verschillende geestelijke vermogens – het verstand, het gevoel en de wil – onafhankelijk van elkaar konden functioneren en gestoord konden raken, introduceerde Pinels opvolger Jean-Étienne Esquirol de diagnose monomanie. Monomanie, gedeeltelijke krankzinnigheid, had betrekking op specifieke afwijkende gedragingen en emoties en vormde de gemeenschappelijke noemer van nieuwe psychiatrische ziektecategorieën als pyromanie (de onweerstaanbare neiging tot brandstichten), kleptomanie (stelen), moordmanie en erotomanie (seksuele perversie). Dergelijke diagnoses werden vooral gesteld door gestichtsartsen en psychiaters die optraden als getuige-deskundigen in strafrechtzaken. Zij betoogden dat verdachten die aan een vorm van monomanie zouden lijden deels geestelijk gestoord en derhalve deels ontoerekenbaar waren, ook al functioneerden hun verstandelijke vermogens normaal en kwamen zij op juristen en andere leken niet over als krankzinnig. Alleen deskundige artsen zouden dergelijke ziekelijke afwijkingen herkennen en kunnen uitmaken in hoeverre verdachten verantwoordelijk waren te stellen voor hun daden. Daarom was een vaste plaats voor psychiaters in de rechtsspraak geboden. Volgens de historicus Jan Goldstein gebruikten Franse *aliénistes* de monomaniediagnose min of meer gericht om hun beroepsdomein buiten de gestichten in het juridische domein uit te breiden.⁶ Hoewel de monomaniediagnose vanaf het midden van de negentiende eeuw in psychiatrische kring ter discussie kwam te staan – sommige medici achtten een strikte scheiding tussen gezonde en gestoorde verstandelijke, emotionele en wilsfuncties niet geloofwaardig – werkte het begrip door in de diagnosen *insania moralis* en psychopathie, die aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw een belangrijke rol speelden in de gerechtelijke psychiatrie en de nieuwe wetenschap van de criminele antropologie.

Met zijn *L'uomo delinquente* (1876) zette de Italiaanse gestichtsgeneesheer en later hoogleraar psychiatrie Cesare Lombroso de toon voor de crimineel-antropologische benadering van misdaad. Hij maakte een onderscheid tussen ‘gelegenheidsmisdadigers’, die door omstandigheden tot criminaliteit waren vervallen en ‘geboren misdadigers’, die behept waren met een aangeboren criminele aanleg. De laatste groep, die ongeveer veertig procent van alle criminelen zou omvatten, kenmerkte zich volgens Lombroso door bepaalde lichamelijke en geestelijke eigenschappen. Het ging hierbij om een vorm van atavisme, een terugval naar een ‘primitieve’ fase in de evolutie van de mensheid. Veel misdadigers zouden vanwege hun fysieke kenmerken, zoals een afwijkende vorm van hun schedel en gelaatstreken en een verzwakt zenuwstelsel

alsook het volledige gebrek aan moreel besef en zelfbeheersing veel weg hebben van onbeschaafde barbaren. Ook zouden zij veel overeenkomsten vertonen met kinderen, epileptici en aan insania moralis lijdende krankzinnigen. Aan de hand van dergelijke eigenschappen en gelijkenissen zouden artsen geboren criminelen al kunnen herkennen voordat zij een daad hadden gepleegd.⁷

Mede doordat de empirische bewijsvoering door middel van fysisch-antropologisch onderzoek te wensen overliet, ontstond naast de Italiaanse crimineel-antropologische school een Franse tegenstroming in de nieuwe wetenschap van de criminologie onder leiding van de psychiater Alexandre Lacassagne, 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 discussies tussen aanhangers van 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 milieubnadering in verschillende gradaties met elkaar worden gecombineerd. Bovendien waren de gemeenschappelijke uitgangspunten van de twee richtingen even belangrijk als de verschillen. 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. In de bestrijding van criminaliteit zou niet de misdaad op zichzelf, maar de persoonlijkheid van de misdadiger centraal moeten staan. Ten tweede baseerden beide zich op een medisch diagnose- en therapiemodel: misdaad was niet louter een moreel-juridische kwestie, maar veeleer een pathologisch verschijnsel, waarvoor op basis van 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.⁸

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 Frans 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 verbeterbare misdadigers beval hij heropvoeding aan en voor de recidiverende en onverbeterlijke criminelen was langdurige isolatie de passende oplossing. Terwijl in het klassieke strafrecht de proportionele vergelding van gepleegde misdaden voorop stond, gaf Von Liszt voorrang aan het streven naar preventie van crimineel 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 Gerardus Antonius van Hamel en de Belgische jurist Adolphe Prins richtte Von Liszt in 1889 de Internationale Kriminologische Vereniging op om de zogenaamde 'Nieuwe Richting' uit te dragen.

Naast de Utrechtse hoogleraar strafrecht David Simons was Van Hamel in Nederland de belangrijkste pleitbezorger van de Nieuwe Richting.⁹ Zij stonden een strafrechtspolitik 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 an-

7.1 MORELE WAANZIN EN PSYCHOPATHIE

dere beveiligingsmaatregelen worden afgestemd op de persoonlijke eigenschappen van diverse wetsovertreders en de grootte van het gevaar dat zij voor de gemeenschap vormden. De Nieuwe Richting vond weerklank omdat het bestaande klassieke 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 meer humane bejegening van misdadigers. De samenleving werd vergeleken met een organisme en misdadigers met ziektekiemen die opgespoord en onschadelijk gemaakt moesten worden. De beveiliging van de maatschappij stond voorop. Pas op de langere termijn zou de belangstelling voor het criminele individu vergezeld gaan met een milder strafklimaat.¹⁰

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 vanaf omstreeks 1880 groeiende psychiatrische aandacht voor *insania moralis*, in het Nederlands ook wel morele of zedelijke waanzin genoemd, beoordeelden zij immoreel, afwijkend en lastig gedrag in toenemende mate als symptomen van geestesstoornissen.¹¹ De eerste Nederlandse gevalbeschrijving met de diagnose *insania moralis* stamt uit 1879. Het ging om een door Ramaer op verzoek van de arrondissementsrechtbank in Den Haag opgesteld gerechtelijk-geneeskundig rapport over M.K.B., een verdachte van een poging tot moord. Deze had geprobeerd om de notaris W. met een pistoolschot om het leven te brengen, waarbij de kogel het doel miste en M.K.B. vervolgens zijn slachtoffer met de kolf van het pistool aan het hoofd verwondde. Volgens Ramaer en de hem assisterende gestichtsgeneesheer was de verdachte

een eenzellig persoon, die nooit met mensen buiten zijn gezin heeft omgegaan en eenmaal volwassen, over zijne huisgenooten den meester speelt, waaraan de toegevendheid van zijner zuster en de zwakheid zijner moeder voedsel geven; de prikkelbaarheid van zijn gemoed neemt na den dood zijner zuster toe en uit vrees voor zijn driftigen aard voorziet zijne moeder hem steeds ruim van geld, waardoor hij zijn snoeplust kan botvieren. Door zijne levenswijze menschenschuw geworden en te lui om te werken, verslaapt hij een deel van den dag om zich des nachts met lezen, rooken en snoepen te vermaken. Daar zijne ouders in zijne behoeften voorzien, voert hij deze levenswijze voort, tot dat hij door de verbouwing der huizen daarin gestoord wordt; hij ziet het huis, dat hij als zijn regtmatig erfdeel beschouwt en waarin hij meende zijn leven op dezelfde voor hem aangename wijze te zullen doorbrengen tegen zijn wil verbouwd en in handen van zijn broeder; hierdoor ontsteekt zijn toorn tegen dien broeder als de onmiddellijke en tegen den heer W. als middellijke oorzaak zijner teleurstellingen.¹²

De verdachte zou tot zijn criminele daad gekomen zijn onder invloed van ‘zedelijke krankzinnigheid’ oftewel een ‘ziekelijke stoornis van het zedelijke bewustzijn’ en hij kon derhalve niet volledig verantwoordelijk worden gesteld voor de hem ten laste gelegde strafbare feiten. De rechtbank volgde deze redenering echter niet en concludeerde

dat het gemoed en de morele eigenschappen van den beklagde wel is waar ten kwade zijn gewijzigd, maar dat bij hem de werkzaamheid van het verstand ongestoord is, en dat hij met oordeel, met bewustzijn en volkomene vrijheid heeft gehandeld toen hij zich op iemand, dien hij om eene voor hem geldige reden haat toedroeg, trachtte te wreken, toen hij niets meer van de wereld te wachten had en niets om zijn leven gaf.¹³

Voor Ramaer was het juridische oordeel onbegrijpelijk, temeer omdat er onder het publiek ook geen twijfel bestond over bestond dat M.K.B. geestelijk gestoord was.

Drie jaar later publiceerde Van Deventer in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een 'bijdrage tot de diagnostiek der insania moralis'.¹⁴ Hij omschreef de stoornis als een aangeboren, degeneratieve neurose die zich al in de vroege jeugd deed gelden, bijvoorbeeld in de vorm van excessief, leugenachtig en pervers gedrag, van luiheid en wreedheid, en van een gebrek aan schaamtegevoel en waarheidsliefde. In zijn *Handboek der krankzinnigenverpleging* (1897) ging Van Deventer opnieuw in op de symptomen van deze stoornis.

Bij deze ziekte ontbreken vooral de hogere, zedelijke, ethische en esthetische gevoelens, met name de altruïstische. De lijdens gevoelens geen liefde, vriendschap, medegevoel, schaamtegevoel, schuldgevoel. De gevoelens van lager orde zijn veelal evenzoo gering ontwikkeld; de lijdens vertoonen geen voorkeur, eten bijvoorbeeld het onsmakelijkste voedsel. Geleid door hunne lagere behoefte, maken zij zich dikwijls aan maatschappelijke handelingen schuldig, bijvoorbeeld aan perverse sexuele handelingen. Zij zijn lui, niet waarheidslievend. Wegens het ontbreken van gevoelsuitingen is het gelaat zonder veel uitdrukking. Het meereendeel dezer lijdens is van beperkte verstandelijke ontwikkeling.¹⁵

In de jaren 1880-1910 kreeg insania moralis regelmatig aandacht in zowel de medische tijdschriften (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen*) als in de juridische periodieken (*Tijdschrift voor Strafrecht* en *Handelingen van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*). De vraag of deze stoornis wel of niet gepaard ging met een aantasting van de verstandelijke vermogens, gaf aanleiding tot meningsverschillen onder geneeskundigen. Terwijl Tellegen, net als Van Deventer, meende dat morele waanzin zowel met als zonder 'intellectuele zwakte' voorkwam¹⁶, betoogde Donkersloot dat het om een in de hersenen gewortelde vorm van monomanie ging, dat wil zeggen, een gevoels- en wilsstoornis die het verstandelijke functioneren intact liet.

Een monomaan, ook wel een waanzinnige genoemd, die een 'idee fixe' heeft, is slechts getroubleerd op één punt in eener zijner voorstellingen, terwijl het *andere deel* zijner verstandelijke vermogens en zedelijke eigenschappen ongeschonden blijft.¹⁷

Jelgersma verkondigde een vergelijkbare opvatting. Weliswaar vertoonde de lijder aan insania moralis vaak schedelafwijkingen en andere lichamelijke degeneratietekenen, maar dat hoefde niet te betekenen dat zo iemand verstandelijk zwak begaafd, 'imbeciel', was. Het betrof een zielijke stoornis

waarvan het hoofdsymptoom, zoo niet het uitsluitende symptoom is een gebrekkige ontwikkeling der morele gevoelens, terwijl de andere psychische vermogens en vooral het intellect ongeschonden daarnaast voortbestaan.¹⁸

Crimineel, immoreel en onverantwoordelijk gedrag betekende niet automatisch dat de dader zijn verstand kwijt was, maar wel dat er, als het om een lijder aan insania moralis ging, sprake was van ontoerekenbaarheid.

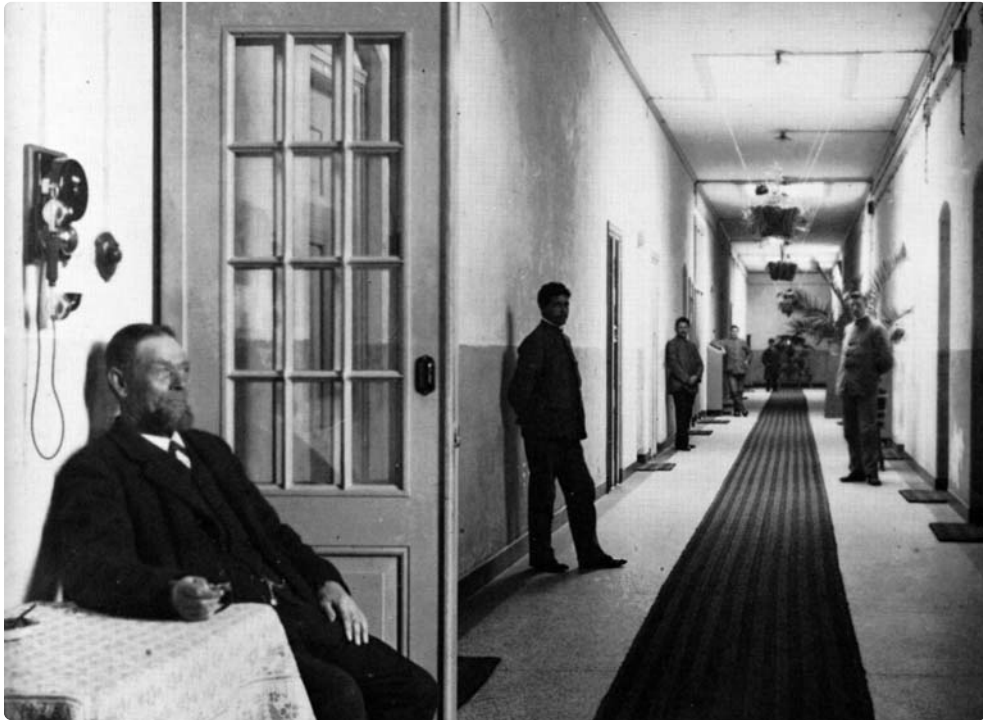
7.1 MORELE WAANZIN EN PSYCHOPATHIE

J.W.H. Wijsman daarentegen geloofde dat *insania moralis* per definitie gepaard ging met een gebrek aan verstand. In zijn diagnostisch handboek voor studenten, artsen en juristen betoogde hij dat niet alleen ethische defecten, schedelafwijkingen en andere lichamelijke degeneratietekenen, de aanwezigheid van perverse geslachtsneigingen en het slecht verdragen van alcohol, maar ook zwakzinnigheid deel uitmaakten van het ziektebeeld.¹⁹ Winkler leek zich bij Wijsman aan te sluiten toen hij in 1892 tijdens een bijeenkomst van de NVP over het verband tussen krankzinnigheid en misdaad naar aanleiding van een voordracht van Van Deventer opmerkte: 'Ik acht die geheele indeling in sphaeren [verstand, gevoelsleven en wil, JS/HO] een ongelukkig gekozen, en ik zie nooit iets van die alleen in "de sphaer van het gemoedsleven" verstoorden.' Daarom vond Winkler dat psychiaters de diagnose morele waanzin maar beter overboord konden zetten; het had volgens hem geen zin om 'een groote verzamelpak [aan te richten] van allen, die in hooge mate moreel gedepraveerd zijn en die voorts met een etiket te voorzien: zie hier de "moral insanity"'.²⁰

Een ander punt van discussie met betrekking tot *insania moralis* betrof de oorzaken. Over het algemeen waren psychiaters het erover eens dat veel symptomen van de stoornis, zoals alcoholisme, seksuele perversie en andere vormen van ongeremdheid alsook lichamelijke afwijkingen, wezen op erfelijke degeneratie, hoewel sommigen, zoals Wijsman, ook wezen op factoren als schadelijke invloeden tijdens de jeugd.²¹ De meesten vonden dat daarmee voldoende aannemelijk was gemaakt dat organische oorzaken een belangrijke rol speelden. De neurologisch georiënteerde Winkler echter achtte dit geen voldoende bewijs voor het veronderstelde medisch-biologische verband tussen *insania moralis* en misdadig gedrag. Weliswaar geloofde hij ook in de psychopathologische basis van misdaad en ander immoreel gedrag, maar het ontbrak nog aan de medisch-wetenschappelijke onderbouwing daarvan in de vorm van neurologisch en fysisch-antropologisch onderzoek naar de concrete lichamelijke afwijkingen.²² Zolang de diagnose *insania moralis* niet op die manier was geverifieerd, was voorzichtigheid geboden. Winkler waarschuwde zijn collega's voor de tendens om een psychiatrische diagnose te stellen louter op basis van ongewenst of ontoelaatbaar gedrag. 'In geen geval mag de definitie van krankzinnigheid berusten op de vergrijpen die de zieke kan plegen of gepleegd heeft tegen zichzelf, tegen de omgeving of tegen de openbare rust'.²³ Volgens Winkler gebruikten zijn collega's de diagnose *insania moralis* ook te lichtvaardig om uiteenlopende vormen van krankzinnigheid van een etiket te voorzien.

Hoe meer ziektegeschiedenissen ik doorlees, hoe meer bij mij de overtuiging opdringt, dat men bij alle 'moral insanity' de definitie kan omzetten in 'dezen of genen vorm van krankzinnigheid' (imbecilliteit, paranoia, etc. etc.) waarbij het moreele defect groot is.²⁴

In tegenstelling tot wat de beschouwingen en discussies over *insania moralis* en in het bijzonder de bovenstaande uitspraak van Winkler zouden kunnen suggereren, lijkt het erop dat medici deze diagnose in de praktijk niet vaak stelden. Uit het statistisch overzicht dat David Schermers in 1906 publiceerde van de diagnostische categorieën en hun frequentie in de Nederlandse krankzinnigengestichten gedurende het laatste kwart van de negentiende eeuw blijkt dat het naar zijn zeggen 'weinig populaire' ziektebeeld *insania moralis* tussen 1878-1897 bij 285 patiënten voorkwam, dat wil zeggen bij ongeveer één procent van het totaal aantal opgenomen krankzinnigen.²⁵ Zelfs in de patiëntendossiers van het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, waar



Versterkte afdeling Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik. (Cahn 1970, fotokatern)

de meeste gerechtelijk veroordeelde geestelijk gestoorden terechtwamen, werd deze diagnose zelden opgetekend.²⁶ De reden hiervoor zou kunnen zijn – en gestichtsartsen en psychiaters leken hier van uit te gaan – dat het merendeel van de mensen die aan deze ziekte zouden lijden, niet in krankzinnigengestichten, maar in gevangenissen en andere instellingen zoals tucht-scholen en werkinrichtingen terechtwamen, dit als gevolg van het feit dat medici geen of te weinig zeggenschap hadden in de rechtspraak.

7.2 DE GEBOREN MISDADIGER EN 'HET GIF DER IMMORALITEIT'

Gestimuleerd door de criminele antropologie en het werk van Lombroso in het bijzonder ijverden behalve de artsen P. Wellenbergh en Arnold Aletrino, vanaf 1899 privatdocent in de criminele antropologie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, met name Jelgersma, vanaf 1894 privatdocent in de criminele antropologie en gerechtelijke psychiatrie aan dezelfde universiteit, en Winkler – ondanks diens eerder vermelde kanttekeningen bij de diagnose insania moralis – in het laatste decennium van de negentiende eeuw voor uitbreiding van de psychiatrische competentie in de rechtspraak.²⁷ Evenals andere vooraanstaande psychiaters en gestichtsartsen verschaften zij soms advies aan rechtbanken.²⁸ De ondergeschikte en marginale

7.2 DE GEBOREN MISDADIGER EN 'HET GIF DER IMMORALITEIT'

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 gewenst. Aangezien rechters niet in staat waren een medische diagnose in juridische termen te vertalen, kwam deze taak toe aan psychiaters, aldus Jelgersma. Artsen dienden op basis van gelijkwaardigheid met juristen een belangrijke rol in de rechtspleging te spelen.

Verder pleitte Jelgersma voor psychiatrisch onderzoek bij alle verdachten, de aanstelling van psychiaters in gevangenissen en preventief geneeskundig ingrijpen: lijders aan insania moralis of psychopaten die (nog) geen misdaad hadden gepleegd zouden aan een psychiatrische dwangbehandeling moeten worden onderworpen. Op dit terrein had het collectieve belang prioriteit boven dat van het individu. Het beschermen van de samenleving was volgens Jelgersma één van de taken van de psychiatrische beroepsgroep waardoor deze zich van andere artsen onderscheidde.²⁹ In zijn hoedanigheid als forensisch adviseur van de rechtbank zag Jelgersma er dan ook geen bezwaar in om op basis van maatschappelijke in plaats van medische criteria tot een diagnose van krankzinnigheid te komen. In de conclusie van een van zijn gepubliceerde forensische rapporten is bijvoorbeeld te lezen:

Bovengenoemde verschijnselen samenvattende, blijkt patiënt te behooren tot de moreel imbecillen, tot de geboren misdadigers, die alleen daarom niet met den strafrechter in aanraking is gekomen, omdat de gelegenheidsoorzaak voor strafrechterlijke misdaad niet aanwezig was. Zijn verblijf in een gesticht voor krankzinnigen kan dan ook alleen op utiliteitsgronden worden gemotiveerd. Hij verdient slechts in zooverre krankzinnig genoemd te worden, als men dit op theoretische gronden van elk misdadige geboren en kan beweren. Bedenkt men echter, dat een dergelijk persoon in de maatschappij, zoowel voor zijne omgeving als voor zich zelf gevaarlijk kan zijn en dat inrichtingen waarin dergelijke personen in ons land verpleegd behoeven te worden, ontbreken, dan mag men op deze gronden zijn verblijf in een gesticht voor krankzinnigen nuttig en nodig achten.³⁰

Winkler stelde zich weliswaar terughoudender op, maar ook hij was van mening dat de beveiliging van de maatschappij tot de taken van de psychiater behoorde.³¹ In 1894 presenteerde Van Deventer op een vergadering van de NVPN het geval van een jongeman die met een beroep op zijn socialistische overtuigingen een welgestelde man op de stoep van een bordeel had verwond. Van Deventers opmerking dat het anarchisme 'minderwaardige' mensen een vrijbrief leek te geven voor misdaden, kon op instemming van Winkler rekenen. Deze voegde daaraan toe dat de justitiële autoriteiten te slap optraden tegen het groeiende gevaar dat een groot aantal 'minderwaardigen' vormde.³² Als hoogleraar in Amsterdam stelde hij tijdens een staking bij het gemeentelijke energiebedrijf zijn kliniek beschikbaar voor de politie om potentiële onruststokers zogenaamd onder medisch toezicht te stellen en zo voor de duur van de staking onschadelijk te maken. Jaren later maakte hij in een lezing voor Britse en Ierse artsen vol trots melding van zijn samenwerking met de autoriteiten in de beteugeling van de arbeiders: 'Nobody ever knew that it was not the need of medical treatment, but that of protection of the public that brought about their admission to the clinic.'³³

Weliswaar kregen maatschappelijke omstandigheden aandacht in Winklers en Jelgersma's beschouwingen over criminaliteit, maar de nadruk lag op de erfelijke aanleg: evenals krankzinnigheid zou immoreel gedrag vaak wijzen op degeneratie. *Insania moralis* behoorde volgens Jelgersma tot de zogenaamde degeneratiepsychosen,

juist die vormen van krankzinnigheid, waar de grootste stoornissen in de zedelijke eigenschappen van den mensch voorkomen, hierdoor naderen zij in hunne klinische verschijnselen zoozeer tot den misdadiger en versmelten daarmee in hunne overgangsgevallen geheel.³⁴

Het maakte niet uit of de betrokkenen wel of niet goed waren opgevoed of al dan niet van huis uit ethische normen hadden meegekregen; als hun erfelijke materiaal was beschadigd, was het gebrek aan zedelijk bewustzijn, plichtsbef en wilskracht onvermijdelijk. Bij dergelijke 'ongelukkigen', zo beaamde Winkler, bepaalde de aangeboren aanleg hun verdere miserabele levensloop.³⁵ Zijn eerste ervaringen als arts direct na zijn studietijd, in een verpauperde buurt in de binnenstad van Utrecht, hadden Winkler naar eigen zeggen bewust gemaakt 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, verlopen telgen uit adellijke geslachten, zoons of dochters uit intellectuele kringen waren daar terecht gekomen. 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.³⁶

Ook geloofden Winkler en Jelgersma dat geboren misdadigers zich door bijzondere anatomische kenmerken onderscheidde. Daadwerkelijk onderzoek op dit gebied was vrij schaars. Winkler, die pleitte voor een plaats van de criminele antropologie in het medisch-psychiatrisch onderwijs en onderzoek op de universiteit, was van mening dat Lombroso en diens volgelingen op dit punt in gebreke waren gebleven.³⁷ 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. Geïnspireerd door het werk van Lombroso mat Winkler hun schedelomtrek, voorhoofdsbreedte, de afstand tussen de uitstekende delen van de jukbeenderen, de lijn van het oor naar de kin en de lengte van de bovenkaak en bovendien bracht hij hun haargroei in kaart. De resultaten werden vergeleken met de bevindingen van drie andere artsen, P. Beerends, J.W. Deknatel en Winklers promovendus Jan Daniel van der Plaats, die soortgelijk onderzoek hadden uitgevoerd bij recruten en krankzinnigen (epileptici, lijdende aan paranoia en imbecielen).³⁸ Hoewel de vergelijkingen slechts geringe verschillen opleverden tussen enerzijds de misdadigers en krankzinnigen en anderzijds de normale doorsnede van de bevolking (de recruten), bevestigden de onderzoeken volgens Winkler de juistheid van Lombroso's ideeën. 'Afgezien van alle verdere pathologische schedeldeformiteiten, ontwikkelen

7.2 DE GEBOREN MISDADIGER EM 'HET GIF DER IMMORALITEIT'

zich de krankzinnigen [...] en de moordenaars op een bodem, die een andere is als die der gewone menschen.³⁹

Als metingen van de uitwendige lichaamskenmerken al resultaat opleverden, dan waren volgens Winkler ook nieuwe inzichten te verwachten van pathologisch-anatomisch onderzoek.⁴⁰ En als de juiste, wetenschappelijk gefundeerde diagnose was te stellen, kwam ook een passende behandeling naderbij. Dan zouden juristen het belang van psychiatrische expertise in de rechtspraak niet meer kunnen betwisten en zouden gestoorde delinquenten niet meer in de gevangenis, maar onder medische behandeling komen.⁴¹ Tegelijkertijd relativeerde Winkler de uitkomsten van het onderzoek en leek hij terug te schrikken voor praktische toepassing ervan. Dat geboren misdadigers aan bepaalde anatomische kenmerken te identificeren waren, betekende nog niet dat hiermee ook was bewezen dat zij een speciale mensensoort 'van atavistischen oorsprong' vormden. Ook was er volgens Winkler nog een lange weg te gaan voordat de resultaten van antropometrisch onderzoek echt bruikbaar zouden zijn: medici zouden het eerst eens moeten worden over de methoden van vergelijkend crimineel-antropologisch onderzoek en over de juiste interpretatie van de uitkomsten.⁴²

Ook Jelgersma kon zich in de Lombrosiaanse benadering vinden, met de kanttekeningen dat een misdadige aanleg eerst ontstond nadat meerdere 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. Hij repte in dit verband van het 'virus der immoraliteit', waaraan iedereen, net als in het geval van de tuberkelbacil, bloot zou kunnen staan. In Jelgersma's analogie stonden de tuberkelbacillen gelijk aan 'de schadelijk werkende uitwendige omstandigheden, de factor die voor het geval van den misdadiger door de tegenwoordige Fransche criminalistische school zo sterk wordt op den voorgrond geschoven.' Of iemand daadwerkelijk tuberculose kreeg, zou van de individuele constitutie afhangen: niet iedereen werd ziek. Zo was het ook met het virus der immoraliteit: besmetting was alleen mogelijk op een geschikte voedingsbodem: de inferieure geestesaanleg van de geboren misdadiger of zedelijk krankzinnige. Die aanleg, zo schreef Jelgersma, 'waarin het gif der immoraliteit op zulk eene wijze voortwoekert, dat er een misdadiger van beroep uit geboren wordt, dat is de misdadig geborene.'⁴³ Omgekeerd gold ook dat invloeden uit de omgeving bepaalden of de aangeboren immorele en misdadige neigingen zich al dan niet uitten in daden. Op basis van deze redenering pleitte Jelgersma op het derde crimineel-antropologisch congres in Brussel in 1892 voor een toenadering tussen de Italiaanse en Franse school.⁴⁴

Die toenadering vond in de daarop volgende jaren ook daadwerkelijk plaats, mede doordat langzamerhand bleek dat Lombroso's idee van het atavistische misdadigerstype niet werd onderbouwd door fysisch-antropologisch, laat staan anatomisch onderzoek – Winklers eerdere voorzichtige optimisme ten spijt. Begin jaren negentig werden in verschillende landen soortgelijke onderzoeken als dat van Winkler uitgevoerd. Deze leverden echter geen eenduidige bevindingen op. In *Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung* (1893) publiceerde de Duitse gevangenisarts Abraham Adolf Baer bijvoorbeeld de resultaten van een craniometrisch onderzoek op bijna duizend gevangenen, waarbij hij geen enkele van de door Lombroso vastgestelde degeneratieve kenmerken kon ontdekken. Ook de psychiaters J. Koch, Kraepelin en Eugen Bleuler uitten kritiek op het idee van de atavistische misdadiger, al bleven zij wel geloven in de geboren crimineel.⁴⁵

Weliswaar werd Lombroso op het vijfde criminologisch-antropologisch congres in 1901 te Amsterdam met eer overladen, maar in feite kreeg de benadering van zijn leerling Enrico Ferri steeds meer aanhang. Deze was opgeschoven in de richting van de Franse school. Niet alle misdadigers kenmerkten zich door anatomische afwijkingen, zo zette hij in Amsterdam uiteen, en de fysisch-antropologische benadering was niet voldoende om misdaad psychiatrisch te onderzoeken. Misdaad kwam voort uit een combinatie van persoonlijke eigenschappen en geografische, materiële en sociale milieufactoren. Hij sprak in dit verband van een ‘crimineele sociologie’.⁴⁶ Winkler betreunde deze ontwikkeling omdat hiermee het streven naar een natuurwetenschappelijk gefundeerde gerechtelijke psychiatrie, waarin werd gezocht naar de organische basis van criminele neigingen, geen voortzetting leek te vinden.⁴⁷ Jelgersma daarentegen was al eerder teruggekomen van het idee dat erfelijk belaste, aan *insania moralis* lijdende misdadigers altijd aan lichamelijke afwijkingen te herkennen waren. In zijn inaugurele voordracht vanwege zijn privaatschap aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam, die hij in 1894 uitsprak, merkte hij op dat:

Alle veranderingen, die Lombroso en zijne navolgers beschreven hebben en die bij misdadigers meer, dan bij normale mensen voorkomen, zijn steeds zeer wisselend; men kan nooit zeker zijn bij den misdadiger een of meerdere afwijkingen standvastig te vinden; bij den grootsten misdadiger kan elk anatomisch degeneratieteeken van Lombroso ontbreken.⁴⁸

Opmerkelijk genoeg schreef Jelgersma een jaar later dat de schedelmetingen door Winkler en Van der Plaats Lombroso’s theorie leken te bevestigen:

Zie daar de resultaten van dit onderzoek, welke ik geloof het recht te hebben verrassend te noemen [...] Winkler heeft de nieuwe gedachte gehad deze maten wetenschappelijk te laten uitwerken; hij heeft logisch de lijn doorgetrokken en wat hij gevonden heeft, is een bevestiging van de veel betwiste en weersproken resultaten van Lombroso.⁴⁹

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 Gerard Heymans samen met de hoogleraar psychiatrie Wiersma aan de Groningse universiteit en de jurist Willem Adriaan Bongers de grondslag legden.⁵⁰ Rond de eeuwwisseling ontwikkelden Heymans en Wiersma op basis van biografisch onderzoek en de zogenaamde temperamentenleer een classificatiesysteem van karaktertypen, dat schematisch werd 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.⁵¹ 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, Willem August Pannenburg, voor een

7.2 DE GEBOREN MISDADIGER EN 'HET GIF DER IMMORALITEIT'

doeltreffende 'criminele politiek' gericht op het onschadelijk maken van criminelen en de bemerking van hun voortplanting door middel van huwelijksverbod, isolering en castratie of sterilisatie.⁵²

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 die in 1922 hoogleraar criminologie en sociologie aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam zou worden.⁵³ Waar de criminele antropologie en de psychologische temperamentenleer de oorzaken van crimineel gedrag in de lichamelijke en psychische kenmerken van het individu zochten, wees Bonger op de invloed van de maatschappelijke leefomgeving, in het bijzonder van de sociaal-economische gevolgen 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 hun maatschappelijke leefomstandigheden vrijwel geen aandacht.⁵⁴

7.3 DE GRENSGEVALLEN: 'DE PLAAG HUNNER OMGEVING EN DE SCHRIK VAN ALLEN'

In het laatste decennium van de negentiende eeuw wonnen de Nieuwe Richting en de criminele antropologie aan invloed in de rechtspraak. 'Onze praktiseerende geneesheeren', zo merkte de arts Bernard Hendrik Stephan in 1889 op, moesten 'niet zelden adviezen uitbrengen, in gevallen waarin de distinctie tusschen misdaad en geestesstoornis niet altijd gemakkelijk te treffen is.'⁵⁵ In de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen* verschenen regelmatig gerechtelijk-psychiatrische gevalsbeschrijvingen.⁵⁶ Het aantal ontoerekeningsvatbaar verklaarde en van strafvervolgung ontslagen misdadigers dat in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik belandde, steeg van zestien in de jaren 1885-1890 naar 130 tussen 1900-1905. Het merendeel bestond uit mannen, behoorde tot de arbeidersklasse en was veroordeeld wegens diefstal, brandstichting, geweldpleging en ontucht met minderjarigen.⁵⁷ In de forensische rapporten die artsen over deze delinquenten opstelden, klonk de invloed van Lombroso's gedachtegoed duidelijk door, ook al plaatsten artsen soms kanttekeningen. Ook na het vijfde crimineel-antropologisch congres in 1901, toen de Lombrosiaanse benadering aan steeds meer kritiek bloot stond, besteedden psychiaters in hun rapporten nog veel aandacht aan de aanwezigheid van lichamelijke degeneratietekens.⁵⁸

De Krankzinnigenwet van 1884 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.⁵⁹ De strafrechtelijke categorie, waarvoor een gesloten afdeling met hoge muren, cellen en militaire bewaking was ingericht, groeide snel vanaf 1890. Het gesticht van Medemblik was ingericht voor 480 patiënten, maar aan het begin van de jaren negentig telde het al meer dan 500. Vooral de strafrechtelijke afdeling, waarin tussen 1884 en 1915 in totaal 823 geestesgestoorde gedetineerden en 654 ontoerekeningsvatbaar verklaarde delinquenten verbleven, kampte al gauw met overbevolking. Het strenge regime en de frequente toepassing van dwangmaatregelen konden niet verhinderen dat er zich voortdurend ordeproblemen en ontvluchtelingen voordeden. De opening in 1898 van het Rijksgesticht te Grave voor vrouwen, dat patiënten uit Medemblik overnam, verlichtte de capaciteitsproblemen enigszins.⁶⁰

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 artikel 37 van de wet kon alleen de wetsovertreder die wegens een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke storing zijner verstandelijke vermogens' volkomen ontoerekeningsvatbaar was verklaard, worden ontslagen van rechtsvervolging.⁶¹ Met de bevoegdheid om dergelijke delinquenten voor ten hoogste een jaar in een krankzinnigengesticht te plaatsen, kreeg de strafrechter een instrument in handen hen tijdelijk uit de maatschappij te verwijderen. In tegenstelling tot de *Code Pénal* had de strafrechter hiermee dezelfde bevoegdheid als de civiele rechter volgens de bepalingen van de Krankzinnigenwet.⁶² Het was echter niet noodzakelijk dat een arts de geestelijke gestoordheid van een verdachte vaststelde. Geestesziekte was evenmin nader gedefinieerd en de wet gaf evenmin uitsluitsel over de mate van gestoordheid die vereist zou zijn om een verdachte ontoerekeningsvatbaar te verklaren of een antwoord op de vraag of de 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner verstandelijke vermogens' synoniem was aan krankzinnigheid. Rechters bepaalden of medische expertise nodig was en in welke mate zij een psychiatrisch advies lieten meewegen in hun oordeel over de aansprakelijkheid van een verdachte. Getuige-deskundigen dienden zich verre te houden van de juridische competenties: zij waren niet bevoegd om nieuwe feiten of bewijzen in een rechtszaak in te brengen. De aanhangers van de gevestigde klassieke strafrechtsprincipes onder hen betwijfelden de relevantie van de psychiatrische inbreng.⁶³

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, zo redeneerden zij, ging het strikte juridische onderscheid tussen toerekenbaar en ontoerekenbaar voorbij aan de veel omvangrijkere categorie van de zogenaamde 'grensgevallen': wetsovertreders die weliswaar niet aan krankzinnigheid leden, maar wel behept waren met geestelijke stoornissen zoals *insania moralis* of psychopathie, waardoor het hen ontbrak aan besef van goed en kwaad. Zij zouden niet volledig maar gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn. Tussen gezondheid en ziekte bestonden geen scherpe grenzen, zo schreef de Amsterdamse psychiater en privaattoecent in de gerechtelijke psychiatrie Frederik Salomon 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.'⁶⁴ Deze min of meer verminderd toerekeningsvatbare 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 van wie het grootste deel zich weliswaar schuldig maakte aan relatief lichte vergrijpen, maar die vanwege hun vermeende ongeregelde en asociale leefwijze, zo stelde Wijsman, wel voortdurend voor maatschappelijke overlast zorgden: alcoholisten, bedelaars, landlopers, zakkenrollers, brandstichters, oplichters, souteneurs, zedendelinquenten en dergelijke.⁶⁵ Volgens Van Deventer waren 'deze lijders door hunne excessen in Venere en in Baccho, perverse neigingen, stelen, liegen, bedriegen, luiheid, wreedheid, vagabondeeren en totaal gebrek aan schaamtegevoel de plaag hunner omgeving en de schrik van allen.'⁶⁶ De vraag of zij in de eerste

7.3 DE GRENSEVALLEN: 'DE PLAAG HUNNER OMGEVING EN DE SCHRIK VAN ALLEN'

plaats crimineel dan wel gestoord waren en op welke manier ze het beste konden worden aanpakkt, riep veel discussie op in juridische en psychiatrische kringen. De groeiende aandacht voor de grensgevallen stimuleerde de ontwikkeling van de forensische psychiatrie.⁶⁷

Ten tweede wezen medici en ook juristen die de Nieuwe Richting aanhingen op de beperkte mogelijkheden om het gevaar dat gestoorde misdadigers vormden, te bezweren. Een meer effectieve misdaadbesteding en niet zozeer een individuele benadering ten behoeve van de medische behandeling van criminelen was hier hun belangrijkste argument. 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, zo redeneerden artsen, waren veel rechters terughoudend met ontslag van rechtsvervolgning wegens krankzinnigheid.⁶⁸ Met name gestichtsgeneesheren wezen erop dat de toch al overbevolkte gestichten als geneeskundige instellingen niet geschikt waren voor gedragsgestoorde en soms gewelddadige delinquenten: het ontbrak aan adequate begeleiding en behandeling. Naar schatting één à twee 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 (overwegend vrouwelijke) 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.⁶⁹

Het geval Frans Rosier deed in dit verband veel stof opwaaien en toonde volgens psychiaters en gestichtsartsen hoe nijpend de problematiek van de grensgevallen was. Deze habituele inbreker, ook wel 'Haarlemse Frans' genoemd, kreeg rond de eeuwwisseling met zijn gewelddadige vergrijpen en spectaculaire ontsnapping uit het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik publieke bekendheid. Hij zou zelfs onderwerp van een ballade zijn geweest.⁷⁰ Gevangenisdirecteuren en gestichtsgeneesheren zaten met Rosier in hun maag: hij was of leek te gestoord voor de gevangenis – de vraag was in hoeverre hij, door zijn voortdurende weigering om te eten, 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, waar hij na een veroordeling tot achttien jaar gevangenisstraf uiteindelijk terecht was gekomen en waar hij opnieuw voedsel weigerde, naar eigen zeggen omdat hij bang was voor vergiftiging.

Rosier was onderwerp van de eerste bijeenkomsten van het in 1907 opgerichte Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Uit de door Jelgersma gepresenteerde ziektegeschiedenis kwam naar voren dat in Rosiers familie frequent psychosen voorkwamen, dat hij als kind al lastig was en thuis slecht werd behandeld, in zijn jeugd voortdurend stal en niets op school leerde en vanaf zijn veertiende voortdurend in de gevangenis zat. De aanwezige juristen en artsen waren het met Jelgersma eens dat de man gestoord was – Jelgersma's diagnose luidde chronische paranoia –, maar op de vraag waar hij thuishoorde bleven ze het antwoord schuldig.⁷¹ Het was duidelijk dat artsen geen moeite hadden om criminelen als geestesziek te bestempelen, maar ook dat gestichtsgeneesheren figuren als Rosier liever niet opnamen, ook al vonden zij opsluiting in een gevangenis evenmin een passende oplossing.

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 klassieke juridische proportionaliteitsprincipe toeliet. Ook hier blijkt weer dat de geneeskundigen niet zozeer de belangen van delinquenten in hun hoedanigheid van geestesgestoorde patiënten, maar de collectieve veiligheid vooropstelden.

Het pleidooi voor de nieuwe psychiatrisch-penitentiaire 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 en onzedelijkheid, vooral homoseksuele contacten, tegen te gaan, deden zich in toenemende mate geestelijke problemen onder hen voor. 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. De gevolgen hiervan voor sommigen van hen traden steeds duidelijker aan het licht, aangezien na de invoering van de Krankzinnigenwet van 1884 geesteszieken in gevangnissen onder de Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten vielen. De inspecteurs troffen in gevangnissen, aldus Herman Franke in zijn studie over de geschiedenis van het Nederlandse gevangeniswezen,

voedsel 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.⁷²

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 gevangnissen naar verhouding een veel groter aantal mensen in krankzinnigengestichten werden opgenomen dan vanuit de maatschappij. Rond 1870 ging het om zes keer zoveel en rond de eeuwwisseling om maar liefst dertig keer zoveel opnamen.⁷³ De Deventerse gestichtsgeneesheer L.S. Meijer, die in 1899 twee artikelen over deze problematiek in *De Gids* publiceerde, beweerde dat de frequentie van geestesstoornissen in gevangnissen tien keer hoger lag dan in de samenleving; het ging om minstens één op de twintig gedetineerden. Het viel volgens hem niet te ontkennen dat de individuele cellulaire opsluiting hier in hoge mate debet aan was.⁷⁴ Volgens Meijer hoorden gestoorde misdadigers niet in een strafgevangenis, maar in een geneeskundige instelling thuis, maar hij signaleerde tegelijkertijd, net als veel van zijn collega's, dat de bestaande krankzinnigengestichten niet geschikt waren om deze patiënten op te nemen.

Twaalf jaar later signaleerde Johannes Casparie, geneesheer van de in 1880 geopende Bijzondere Strafgevangenis in 's-Hertogenbosch voor gedetineerden met geestelijke problemen, dat het aantal psychisch gestoorde in de gevangenis terechtkwam, als gevolg van de grotere invloed van de gerechtelijke psychiatrie afnam, maar dat nog altijd vijftien tot twintig procent van de gedetineerden aan zwakzinnigheid of geestesziekte leed – een nog veel hoger percentage

7.3 DE GRENSGEVALLEN: 'DE PLAAG HUNNER OMGEVING EN DE SCHRIK VAN ALLEN'

dan dat Meijer had genoemd – en eigenlijk niet in de gevangenis, maar in een gesticht thuis-hoorde.⁷⁵ In Groningen vroeg de arts Synco van Mesdag, vanaf 1900 verbonden aan de Rijks-werkinrichting 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.⁷⁶

Sommige artsen pleitten voor meer psychiatrisch toezicht in gevangnissen en de inrichting van psychiatrische gevangenisafdelingen voor observatie en diagnose aangezien rechters noch gevangenisdirecteuren, -bewaarders en -dokters deskundig waren op dit terrein en te vaak ten onrechte veronderstelden dat gedetineerden geestesziekte simuleerden ten einde uit de straf-inrichting weg te komen.⁷⁷ Aan het begin van de twintigste eeuw kwam er onder medici 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.⁷⁸ Casparie, die een streng regime voorstond voor 'psychisch minderwaardigen' en 'psychopathen' en waarschuwde voor simulanten, erkende tegelijkertijd dat de individuele 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.'⁷⁹ 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 nationale en internationale discussie rond de eeuwwisseling over de mogelijke oprichting van een *prison-asile*, een speciale inrichting voor krankzinnige misdadigers en gevaarlijke krankzinnigen, 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 (deels) ontoerekenbaar verklaarde verdachten, maar ook door gedetineerden met psychische stoornissen en gevaarlijke krankzinnigen. Deze problematiek kreeg veel aandacht op de internationale crimineel-antropologische congressen. De term *prison-asile* werd op een ervan, in 1893, geïntroduceerd.⁸⁰

Nadat Van Hamel, Winkler en Jelgersma zich op het tweede crimineel-antropologische congres in 1892 reeds hadden uitgesproken voor de oprichting van speciale penitentiaire gestichten, bepleitten zowel de NVPN en de inspecteurs van het Staattoezicht als een tweetal commissies van juristen en artsen, de ene in 1893 door de NMG en de andere in 1902 door de regering ingesteld, speciale maatregelen en inrichtingen of gestichtsafdelingen voor deze groepen, mede omdat het Medemblikse gesticht overbevolkt was en niet geheel aan de vereisten van een *prison-asile* zou voldoen.⁸¹ Ook werd vanuit de NVPN gepleit voor speciale 'observatiestations' voor verdachten van wie het vermoeden bestond dat zij geestelijk gestoord en verminderd toerekeningsvatbaar waren, en voor een uitbreiding van 'streng psychiatrisch toezicht' in gevangnissen en speciale instellingen waarin grensgevallen thuis zouden horen: rijkswerkinrichtingen, opvoedingsgestichten, tuchtscholen en gestichten voor epileptici en dronkzuchtigen.⁸² Over het algemeen neigden medici tot de opvatting dat niet het vonnis van de strafrechter, maar de door

hen vast te stellen mate van gevaarlijkheid en schadelijkheid zou moeten uitmaken wie in dergelijke instellingen thuishoorde.⁸³ In dit verband bepleitte Aletrino een speciale behandeling voor veroordeelde gestoorde criminelen. Zij zouden voor onbepaalde duur onder een streng pedagogisch gevangenisregime moeten worden geplaatst, waarbij zij ook psychologisch en psychopathologisch onderzoek dienden te ondergaan. De mate van verbetering waarvan de gedetineerden naar het oordeel van geneeskundigen blijk gaven, zou moeten bepalen hoe lang zij werden vastgehouden.⁸⁴ Aletrino's voorstel vertoont opmerkelijke overeenkomsten met de later, in 1928, ingevoerde psychopatenwetgeving, waardoor rechters gestoorde veroordeelden ter beschikking van de regering (TBR) konden stellen en onder dwang voor onbepaalde tijd in een 'psychopatenasyl' konden plaatsen.

Een nieuw *prison-asile* en de observatiestations kwamen er vooralsnog niet. Wel onderging het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik rond 1910 een verbouwing tot een exclusief gerechtelijk krankzinnigengesticht met 200 plaatsen. Traliewerk, verstevigde deuren, gepantserd glas en extra sloten moesten vluchten tegengaan, waardoor het gesticht in feite ging functioneren als *prison-asile*.⁸⁵ In 1918 werd deze instelling vervangen door een nieuw Rijkskrankzinnigengesticht te Woensel bij Eindhoven.⁸⁶ Zes jaar daarvoor was de functie van de Bijzondere Strafgedangenis in 's-Hertogenbosch overgenomen door een nieuwe, beter geoutilleerde straf-inrichting in Scheveningen, mede om tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan gerechtelijk-psychiatrisch onderzoek bij verdachten. In andere strafgevangenis en in andere strafgevangenis werden artsen met kennis van de psychiatrie aangesteld.⁸⁷

7.4 PROBLEMEN EN DILEMMA'S IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Zowel onder juristen als onder artsen bestonden uiteenlopende opvattingen over de verhouding tussen rechtspraak en psychiatrie. De gerechtelijke psychiatrie kwam niet voort uit een eensgezinde medische expansiedrang. Al in 1880 raakte Ramaer in conflict 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, zonder Ramaer daarvan in kennis te stellen, 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 vond dat dit te ver ging. Een dergelijke maatregel was volgens hem alleen gerechtvaardigd als een arts een direct verband tussen het strafbare feit en de krankzinnigheid van de dader kon aantonen. Voor Ramaer, die zich gepasseerd voelde, was dit verschil in oordeel blijkbaar zo principieel en zwaarwegend dat hij zijn lidmaatschap van de NVP opzegde, totdat het meningsverschil in 1882 werd bijgelegd en hij weer lid werd.⁸⁸

Het initiatief tot inschakeling van geneeskundigen in de rechtspraak 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, werd door sommige gestichtsartsen en psychiaters ervaren als uitnodiging om zich als gerechtelijk deskundige te profileren. Voor een deel schoof de rechterlijke macht een adviesrol toe aan de psychiatrie: sommige rechters die weifelden als ze over geestelijk gestoorde verdachten of getuigen moesten

7.4 PROBLEMEN EN DILEMMA'S IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

oordelen, neigden ertoe hun oordeel af te stemmen op een medische diagnose.⁸⁹ 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 betrouwbaarheid van getuigen in het geding was, maar tegelijkertijd wilden ze gestoorde en onhandelbare delinquenten liever niet in hun gestichten opnemen vanwege de overlast die ze veroorzaakten en omdat ze een smet op hun geneeskundige blazen dreigden te werpen. Mede daarom waren artsen niet altijd even eenduidig over de aanpak van de grensgevallen. Voor het gerecht neigden zij tot een medische diagnose en ook wilden zij zeggenschap over de gestoorde delinquenten, maar zodra dezen in een krankzinnigengesticht terecht kwamen, kreeg de gedachte de overhand dat zij daarin eigenlijk niet thuishoorden.

Een en ander bleek uit de talrijke reacties die de eerder genoemde NMG-commissie ontving naar aanleiding van een aan alle gestichten gestuurde vragenlijst, bedoeld om zicht te krijgen op het aantal opgenomen misdadige en gevaarlijke krankzinnigen. Aangezien de gestichtsgeeneesheren de begrippen misdadig en gevaarlijk verschillend invulden, kwam er geen duidelijkheid over de aantallen, maar zij lieten de gelegenheid niet voorbijgaan om naar voren te brengen dat een apart 'gesticht voor schadelijke en gevaarlijke krankzinnigen', de omschrijving waaraan zij de voorkeur gaven boven de term *prison-asile* (gevangenisgesticht), dringend gewenst was.⁹⁰ Door de aanwezigheid van deze uitermate lastige geestelijk gestoorde zou de eigenlijke functie van de gestichten, het verplegen – in toenemende mate door 'beschaafd' vrouwelijk personeel – en behandelen van geesteszieke patiënten, in het gedrang komen. Ook deed de aanwezigheid van agressieve en veroordeelde patiënten het toch al niet zo beste publieke imago van het gesticht geen goed.⁹¹ Al eerder had Jelgersma, in een beschouwing waarin hij vurig pleitte voor een sterke positie van psychiaters in de rechtspraak, onderstreept dat lijdens aan morele waanzin in de gestichten een gevaar voor de andere patiënten vormden:

De lijder aan *Insania moralis* is in een gesticht een gevaarlijk persoon, hij besmet zijne omgeving. Het geestelijk milieu in een gesticht voor krankzinnigen is een voedingsbodem, waarin de bacil der onzedelijkheid welig tiert. Het weerstandsvermogen van de geestelijk zieke, maar daarom nog niet immoreele menschen, is aanzienlijk minder dan de normale. De leugen, de luiheid, de laster vinden zoo gemakkelijk hun weg in invaliede geesten. [...] hoofdzaak voor ons psychiaters is maar, dat men de *insania moralis* buiten de gestichten houdt.⁹²

Jelgersma gaf toe dat hij als getuige-deskundige in de forensische praktijk soms in het midden liet waar een gestoorde crimineel ondergebracht moest worden en de beslissing aan de rechtbank overliet, hetgeen toch wel in tegenspraak was met het zelfbewustzijn waarmee hij een grote rol voor psychiaters in de rechtspraak opeiste.⁹³ Het grote voordeel van aparte instellingen voor gestoorde misdadigers en gevaarlijke krankzinnigen was, zo betoogden Jelgersma en S. Reeling Brouwer naar aanleiding van het onderzoek van de NMG-commissie,

dat onze gestichten zich verder in de goede richting kunnen ontwikkelen, dat aanvallen met messen enz. op het verplegend personeel en op medici niet meer zullen voorkomen en dat de andere patiënten den verderfelijken invloed van die weinigen niet meer zullen ondervinden. Het is in onzen tijd toch een anachronisme dat een melancholicus of een maniacus onder hetzelfde dak en in sommige gevallen in directe aanraking met een gevaarlijken lijder aan *insania moralis* of een gevaarlijken imbecil moet worden verpleegd [...] ⁹⁴

Ook Wijsman stelde in zijn psychiatrisch leerboek voor studenten, artsen en juristen dat lijdens aan *insania moralis* ‘door hun veeleischendheid, ongezeggenheid en verderfelijken, verpestenden invloed op hun medepatiënten een plaag voor de krankzinnigengestichten’ vormden.⁹⁵ Aan de andere kant bracht de Medemblikse gestichtsgeneesheer J. Kat naar voren dat de ‘grensgevallen’ zelf zich allerminst thuis voelden in het krankzinnigengesticht.

Men vergeet daarbij niet, dat deze lieden zich, met hun betrekkelijke goede intellect, in het krankzinnigengesticht, waar zij moeten verkeren met echte krankzinnigen, dikwijls misplaatst en ongelukkig voelen – ik kon hen in hun klachten daarover, in mijn hart dikwerf geen ongelijk geven!⁹⁶

Slechts een minderheid onder gestichtsgeneesheren, onder wie David Schermers, achtte een aparte instelling voor gestoorde delinquenten niet nodig en vond dat deze ook in een gewoon gesticht ‘onschadelijk’ waren te maken.⁹⁷ Dit was opmerkelijk in het licht van de schrille beoordelingen waarmee Schermers ‘zedelijk krankzinnigen’ omschreef als een ‘maatschappelijk misgewas, een atypisch mensch, een gedegeneerde, een excrement social of een monster, iets zoals een kwaadaardig gezwel of een parasiet’.⁹⁸

Een ander probleem was dat medici enerzijds suggereerden dat gestoorde criminelen therapeutisch te behandelen waren, maar dat zij daar anderzijds aan twijfelden en dat daar in de praktijk niet veel van terecht kwam.⁹⁹ De meeste geneeskundigen lieten zich niet duidelijk uit over de vraag of gestoorde criminelen te genezen of te verbeteren 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, zoals bijvoorbeeld Jelgersma openlijk erkende toen hij schreef: ‘De behandeling van den volwassen misdadig geborene en van den volwassen lijder aan *insania moralis* beperkt zich alleen tot eliminatie, tot onschadelijkmaking van het individu’.¹⁰⁰ In de gerechtelijke psychiatrie, aldus Jelgersma, ‘is het belang van den lijder, en in dit geval wordt de misdadiger hiermee gelijk gesteld, veel meer naar achteren verschoven [...] de verbeteringsresultaten [zijn] slechts zeer gering’.¹⁰¹

De psychiatrie bood geen echt alternatief voor gevangenisstraf: opname in een krankzinnigengesticht 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 wetsovertreders opleverden voor de samenleving een legitieme reden om ze onder een psychiatrisch regime te plaatsen als behandeling tegelijkertijd uit bleef? Het streven naar beveiliging van de maatschappij was in wezen een juridische en politieke aangelegenheid en strookte niet per definitie met de medische taak om zieke individuen te behandelen en over hun belangen te waken.

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 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 die hun medische kennis

7.4 PROBLEMEN EN DILEMMA'S IN DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE



Verpleger en twee patiënten tijdens de arbeidstherapie in Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik rond 1912.
(Cahn 1970, fotokatern)

en bevoegdheid te buiten gingen. Tegenover psychiaters als Jelgersma, die prioriteit gaven aan de beveiliging van de maatschappij boven de belangen van de individuele patiënt, wezen anderen, onder meer Van Deventer, Tellegen, A.F. Meyer, Reeling Brouwer, Cowan en Heilbronner erop dat artsen een eigen verantwoordelijkheid hadden: de geneeskundige zorg voor geesteszieken en deels geestelijk gestoorden.¹⁰²

Uitgerekend een vurig pleitbezorger van de criminele antropologie en gerechtelijke psychiatrie als Winkler, die net als Jelgersma meende dat psychiaters moesten bijdragen aan de beveiliging van de maatschappij, maande zijn collega's tot terughoudendheid als zij een forensisch advies uitbrachten. Weliswaar lag het op de weg van de geneeskundige om uitspraken te doen over 'de anatomie, physiologie, en ten deele ook de psychologie, eventueel ook de pathologie en de psychopathologie van den misdadiger', maar de stand van de psychiatrische wetenschap liet volgens hem nog niet toe dat artsen zich een oordeel konden aanmatigen over de mate van verantwoordelijkheid en schuld van geestelijke gestoorde verdachten.¹⁰³ Als zij dat wel deden, dan begaven ze zich op onbevoegd terrein: 'Alsof de geneesheer iets anders kan doen, dan den rechter inlichten over het bestaan van ziekte en de wijze waarop hij genezen kan.'¹⁰⁴ Vooral als het om grensgevallen ging, zogenaamde lijdens aan *insania moralis* – een diagnostische categorie waarbij Winkler vraagtekens plaatste – was hun oordeel in termen van gedeeltelijke gestoordheid dubieus. Het was dan ook niet terecht dat

Geneesheeren, die nooit misdadigers gezien hebben, behalve die, welke ten slotte in een krankzinnigengesticht verdwaalden, [...] de meest verwoede aanvallen doen op de beginselen van het hedendaagsche strafrecht, als waren zij de meest competente beoordeelaars daarvan.¹⁰⁵

In de forensische praktijk zouden medici zich vaak laten leiden door wat hen praktisch goed dunkte: als zij vonden dat een verdachte in het gesticht thuishoorde, dan verklaarden zij deze ontoerekeningsvatbaar, als zij de beklaagde liever in de gevangenis terecht zagen komen, luidde hun oordeel toerekenbaar en als zij twijfelden dan spraken ze van gedeeltelijke toerekenbaarheid. Winkler achtte meer medisch-wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in de gerechtelijke psychiatrie een absolute vereiste alvorens

in de toekomst de geneesheer met even groote zekerheid (zonder veroordeling of vonnis) de misdadige natuur leert diagnostiseeren als hij thans de hysterie of de epilepsie diagnostiseert. Daartoe is echter nog veel en boven alles objectieve arbeid noodig.¹⁰⁶

Artsen zouden zich ervoor moeten hoeden hun medische diagnose te vertalen in een pasklaar juridisch oordeel, zo luidde Winklers boodschap en andere psychiaters waren het daarmee eens. 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. Winklers kritiek aan het adres van zijn collega's werd in zekere zin bevestigd door het feit dat de psychiatrische rapportages een grote diversiteit vertoonden. Als er meerdere geneesheren waren ingeschakeld voor het uitbrengen een forensisch advies, kwam het vaak voor dat ze niet tot een eensluidend oordeel kwamen, vooral als het om niet-psychotische grensgevallen ging.¹⁰⁷

Tegenover de pretenties van psychiaters als Jelgersma, die de rechtspraak als een logische en veelbelovende uitbreiding van het psychiatrisch werkterrein beschouwde, wezen sommige collega's op de problemen en dilemma's die de gerechtelijke rol met zich meebracht en bepleitten zij enige voorzichtigheid.¹⁰⁸ 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 affaires als de Papendrechtse strafzaak deed hun maatschappelijke reputatie geen goed.¹⁰⁹

7.5 'SLAAT MIJ DAN MAAR DOOD': DE PAPENDRECHTSE STRAFZAAK

De zogenaamde Papendrechtse strafzaak, die door enkele betrokkenen wel is vergeleken met de Franse Dreyfuss-affaire tien jaar daarvoor, speelde zich af in de jaren 1907-1910. Het begon met de inbeslagname van een hengel wegens illegaal vissen en een gebroken ruit in het gemeentehuis van Papendrecht als gevolg van de poging van de hengelaar, de machinedrijver Jacob Kwakernaat, en zijn kameraad, de Papendrechtse sjouwer Hendrik Garsthagen, om het vistuig terug te krijgen. Kwakernaat werd in de nacht daarop gearresteerd en Garsthagen meldde zich een dag later uit zichzelf bij de politie op het gemeentehuis. Volgens zijn zeggen

7.5 'SLAAT MIJ DAN MAAR DOOD': DE PAPENDRECHTSE STRAFZAAK

werd hij daar, in het bijzijn van een toekijkende burgemeester, door twee veldwachters tot bloedens toe in zijn gezicht geslagen.

Garsthagen liet het er niet bij zitten en samen met zijn woedende vader riep hij de hulp in van de juridisch adviseur en kandidaat-notaris Jan van Elk. Deze stelde Garsthagens relaas van het gebeurde op schrift en adviseerde hem een klacht in te dienen bij de Officier van Justitie of, als dit, zoals spoedig bleek, geen resultaat opleverde, het verslag ter publicatie naar de krant te sturen. Zo verscheen onder kop 'Slaat mij dan maar dood' in september 1907 het volgende ingezonden stuk in de *Dordrechter Courant*:

Hoewel het te Papendrecht onder alle kringen der bevolking bekend is, dat geregeld mishandelingen van arrestanten door de politie in het gemeentehuis plaats vinden, kan het toch geen kwaad dat een dergelijk geval eens officieel ter kennis van het publiek wordt gebracht. Ook de Edelachtbare Heer Officier van Justitie zal er waarschijnlijk belang in stellen. De schrijver dezer regelen verwacht zelfs dat naar aanleiding hiervan een gestreng strafrechterlijk onderzoek niet zal uitblijven. Mocht het hieronder vermelde blijken slechts laster en leugen te zijn, dan verdient ondergeteekende hiervoor zeker eenige maanden gevangenisstraf, mocht integendeel blijken dat hij waarheid heeft geschreven, dan mag met grond verwacht worden dat streng recht gedaan zal worden over zijne beulen. Gisteren 9 september in den voormiddag, begaf hij zich vrijwillig naar het gemeentehuis, teneinde daar de noodige inlichtingen te gaan geven en zulks wel, omdat hem bekend was, dat hij door de politie verdacht werd van vernieling van een glasruit in het gemeentehuis, welke vernieling heeft plaatsgevonden op Zondagavond jl. De politie had reeds Zondagnacht en Maandagmorgen naar hem gezocht, maar hem niet kunnen vinden, daar hij zich schuil gehouden had. Ondergetekende gevoelde namelijk absoluut geen lust om stevig geboeid ten aanschouwe van de bevolking 'opgebracht' te worden. De ontvangst ten gemeentehuize was in één woord, beestachtig. Bijna onmiddellijk na zijn binnentreden, kreeg hij van den gemeenteveldwachter, genaamd de Meij, een geduchte stomp op zijn neus. Het bloed stroomde uit de toegebrachte wonde op den vloer. De Wel. Ed. Zeergel. Heer Dr. Brandts verklaart van de verwonding als volgt: 'dat H.G. door hem behandeld is wegens een sterk gezwollen neus, waarop zich in het midden een bloedblaar en eene ontveling bevonden.' Voornoemde veldwachter kwam met een handdoek opdagen en dreef de bestialiteit zóó ver, dat hij nota bene aan ondergetekende gelaste om zelf al het bloed van den vloer op te nemen. Deze groote handdoek was evenwel in lang niet voldoende om de hoeveelheid te verzwelgen. Een tweede handdoek moest er aan te pas komen, waarmede hij toen zelf de sporen van zijn misdrijf trachtte te verwijderen; blijkbaar vind hij zijn bevel aan ondergetekende bij nader inzien wel wat al te onbeschaamd. Neemt nu voorts in aanmerking dat de heeren hem vooraf zijn pet onder den neus hadden gehouden, om vast al wat bloed op te vangen en dat ook zijn kleeren van bloed doorweekt waren, dan voorzeker kan men veilig aannemen, dat ondergetekende op barbaarsche wijze mishandeld is. Gisteravond nog perste het bloed weder onder de aangebrachte pleister uit. Zowel de burgemeester die bij de mishandeling tegenwoordig was, als de gemeenteveldwachter De Meij voornoemd, alsmede de Rijksveldwachter Van den Berg verklaarde vlak in zijn gezicht, dat zij zeker wisten, dat ondergetekende de bewuste glasruit had vernield. Zij hielden zulks zóó hevig vol, dat ondergetekende ten slotte en ten einde raad maar uitriep, 'slaat mij dan maar dood'. De Rijksveldwachter Van den Berg heeft zelf den treurigen moed gehad ondergetekende, nadat hij reeds zoo hevig bloedend verwond was een paar extra stompen in het aangezicht toe te brengen. Ten slotte bekende een ander [waarschijnlijk Kwakernaat, JS/HO] de ruit vernield te hebben.¹⁰⁰

Naar aanleiding van deze publieke beschuldigingen aan hun adres deden de veldwachters De Meij en Van den Berg aangifte van smaad bij de Officier van Justitie. Nadat de burgemeester

en De Meij hadden verklaard dat Garsthagen loog, werd deze aangeklaagd en eind 1907 door de Dordse rechtbank tot twee maanden gevangenisstraf veroordeeld.¹¹¹ Tegenover het oordeel van de rechtbank dat hij opzettelijk en zonder noodzaak de reputatie van de veldwachters had geschaad, verweerde Garsthagen zich met het argument dat hij het algemene belang diende aangezien er meer klachten de ronde deden over de ‘fijne politie’ in Papendrecht. Waarschijnlijk weer op advies van Van Elk ging Garsthagen in hoger beroep, waarop het gerechtshof in Den Haag het vonnis van Dordse rechtbank vernietigde, maar tegelijkertijd tot een nieuwe, zwaardere veroordeling – vier maanden gevangenisstraf – kwam.¹¹² Daarop tekende Garsthagen cassatie aan, hetgeen ertoe leidde dat de Hoge Raad begin 1909 het vonnis van het Haagse gerechtshof vernietigde en de zaak doorverwees naar het gerechtshof in Den Bosch.¹¹³ Na het horen van 59 getuigen oordeelde ook dit hof dat Garsthagen zich schuldig had gemaakt aan smaad, waarvoor hem opnieuw twee maanden gevangenisstraf werd opgelegd.¹¹⁴ Garsthagen gaf echter nog steeds niet op en ging opnieuw in cassatie, waarop de Hoge Raad zijn zaak wegens vormfouten van het Bosche gerechtshof wederom doorverwees, nu naar het gerechtshof van Arnhem.¹¹⁵

Inmiddels had de zaak publieke aandacht gekregen. Er waren meer klachten over mishandelingen door de politie in Papendrecht naar buiten gekomen en de Tweede Kamer had de Minister van Justitie verzocht een nader onderzoek in te stellen. Het optreden van justitie riep vragen op omdat de aandacht uitsluitend uitging naar vermeende smaad aan het adres van de veldwachters zonder nader in te gaan op de vraag of de mishandeling van Garsthagen wel of niet daadwerkelijk had plaatsgevonden.¹¹⁶ Nadat zowel politieambtenaren als getuigen waren gehoord, besloot de Minister van Justitie dat twee zaken voor verder justitieel onderzoek in aanmerking kwamen, die van Garsthagen en die van een andere verdachte die de politie van mishandeling beschuldigde nadat ook hij bloedend het politiebureau te Papendrecht verlaten had.¹¹⁷

Door de publieke en in het bijzonder politieke aandacht voor de zaak en de aanpak door het Arnhemse gerechtshof ervan werden er veel meer mensen dan alleen Garsthagen en de veldwachters bij betrokken. Het gerechtshof hoorde maar liefst 73 getuigen, onder wie ook mensen die niets met de zaak Garsthagen te maken hadden, doch die wel beweerden ooit door de Papendrechtse politie te zijn mishandeld. Ook Van Elk, de huisarts Brandts, die Garsthagens verwondingen had behandeld, en de op de secretarie van het Papendrechtse gemeentehuis werkzame ambtenaar W.J. Le Grand, die Garsthagen met bloedend gezicht tussen de twee veldwachters had gezien, legden verklaringen af, alsook vijf medici, die allen verklaarden dat zij het waarschijnlijker achten dat Garsthagens wond veroorzaakt was door een val dan door mishandeling. De veldwachters en de burgemeester hielden vol zich nooit aan mishandelingen te hebben schuldig gemaakt; verwondingen van verdachten en arrestanten zouden door ongelukjes zijn veroorzaakt. De hoorzittingen waren voor de rechter-commissaris van het gerechtshof aanleiding om een psychiatrisch onderzoek te laten instellen naar de betrouwbaarheid van de getuigen. Daartoe werden drie vooraanstaande psychiaters aangezocht: 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 De Vogel- en Plantentuin te Arnhem.¹¹⁸

De rapportage van hun onderzoek, ‘De psychologie der Papendrechtse strafzaak’, die verscheen in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, werd ingeleid door een algemene beschou-

7.5 'SLAAT MIJ DAN MAAR DOOD': DE PAPENDRECHTSE STRAFZAAK

wing over het begrip betrouwbaarheid, waarbij de psychiaters een onderscheid maakten tussen verstandelijke en morele betrouwbaarheid. De eerste hing af van het intellectuele vermogen om de waarheid te spreken, terwijl het bij de tweede ging om de goede wil. Hoewel morele (on)betrouwbaarheid veel moeilijker psychiatrisch was vast te stellen en naar hun zeggen eigenlijk niet tot hun vakgebied behoorde, achtten de drie psychiaters zich op grond van hun psychologisch inzicht en klinische ervaring bevoegd om 'de aandacht te vestigen op de gemakelijkheid, waarmee de morele betrouwbaarheid, althans bij zeer veel personen, onder invloed van affectieve prikkels wordt verminderd' en op basis daarvan hun oordeel uit te spreken over het waarheidsgehalte van getuigenissen. Opmerkelijk met het oog op waar het in de strafzaak om ging en de verdere inhoud van het rapport, was het voorbeeld dat zij in de inleiding gaven:

Wanneer een groep van personen, die veel met de politie in strijd is geweest, daardoor onwillekeurig komt langs den weg van een solidariteitsgevoel tot een gezamenlijke stellingneming tegenover die politie en daardoor bij het bijwonen van een vechtpartij tusschen een politieman en een burger, vóór alles ziet welke handelingen de politieman tegen over den burger pleegt, omdat daardoor hun medelijden voor den laatste wordt opgewekt, daarentegen minder scherp waarneemt, wat tegelijk of misschien reeds te voren door den burger is verricht, en vooral dat minder goed in het geheugen bewaart, dan is dit een door een gevoel teweeggebrachte vermindering van intellectuele betrouwbaarheid. Zoodra echter het den getuigenden persoon bewust is, dat hij een kleinigheid weglaat, wordt het een morele onbetrouwbaarheid. Dat hier allerlei overgangen moeten voorkomen is duidelijk.¹¹⁹

De inleiding werd gevolgd door een korte toelichting op de onderzoeksmethode die de psychiaters volgden. Eerst hadden zij 33 personen aan een voorlopig onderzoek onderworpen. Het ging om mensen die in de Papendrechtse strafzaak 'op de voorgrond traden' en van wie zij op 'redelijke gronden' verwachtten dat zij zouden bijdragen tot meer inzicht. Onder hen bevonden zich de burgemeester, de veldwachters De Meij en Van den Berg, de huisarts Brandts, de ambtenaar Le Grand, de kandidaat-notaris Van Elk, de aangeklaagde Garsthagen, zijn kameraad Kwakernaat, met wie het allemaal begonnen was, alsook een aantal andere inwoners van Papendrecht en omstreken.¹²⁰ Vervolgens werden elf personen, bij wie de psychiaters naar aanleiding van hun oriënterende onderzoek afwijkingen constateerden, aan een diepgaander psychiatrisch-psychologisch onderzoek onderworpen. Opmerkelijk genoeg behoorden de burgemeester en de veldwachters niet tot deze groep, die geheel bestond uit getuigen die de beschuldigingen van mishandeling door de politie hadden geuit of ondersteund. Blijkbaar beschouwden de psychiaters alle personen die tegen Garsthagen getuigden als geestelijk gezond, waardoor verder onderzoek niet nodig zou zijn.

De meeste aandacht van de psychiaters kreeg Van Elk, in hun woorden 'de intellectuele dader van het smaadschrift als de oorzaak dus van dit geheele proces'.¹²¹ Volgens hen leed deze aan 'querulantenwaan', een soort paranoia waarbij de zieke zichzelf tegen beter weten in als slachtoffer van een rechterlijke dwaling beschouwde. In tegenstelling tot een normaal mens die uiteindelijk zou berusten in een vonnis, ontwikkelde de abnormale 'querulant' een ziekelijk wantrouwen jegens justitiële en overheidsautoriteiten, waarbij hij met zijn suggestieve invloed en verdraaiing van de feiten de sympathie van andere getuigen wist te winnen en de massa op-hitste.¹²²

Terwijl Van Elk als een geslepen, maar ziekelijke intrigant werd neergezet, diagnostiseerden de psychiaters Garsthagen als een lijder aan ‘imbecillitas’, waardoor hij in verstandelijk opzicht onbetrouwbaar zou zijn, zijn herinneringsvermogen tekortschoot en hij niet verantwoordelijk kon worden gesteld voor het ingezonden stuk in de *Dordrechter Courant*.¹²³ De belangrijke getuige Le Grand, die beweerde Garsthagen temidden van de veldwachters met bebloed gelaat gezien te hebben, kwam uit het onderzoek naar voren als zenuwlijder. De psychiaters stelden vast dat hij zeer nerveus en licht in zijn hoofd was, niet kon slapen door de perikelen rond de zaak en hartkloppingen had. Aangezien zijn getuigenis voor de rechtbank niet geheel consequent zou zijn, concludeerden de onderzoekers dat Le Grand er – onder invloed van zijn nervositeit – ‘maar op los praat’ en voortdurend ‘[v]erlegenheidsleugens’ debiteerde.¹²⁴ Dit alles wees op sterk verminderde intellectuele betrouwbaarheid.

Kwakernaat beschikte volgens de psychiaters over zijn volle verstand. Dat zou blijken uit het feit dat hij zich bereid toonde om zijn eerdere bewering dat hij, toen hij in het gevang van het gemeentehuis zat, Garsthagens stem had herkend terwijl die werd geslagen, ter discussie te stellen. Desondanks achtten de psychiaters hem moreel onbetrouwbaar vanwege zijn driftige, brutale en wantrouwende karakter en zijn grote vatbaarheid voor suggestie. Kwakernaat beweerde dat het onderzoek partijdig en corrupt was en daarom weigerde hij mee te werken aan een gehoorproef in het gemeentehuis. Ook wezen de psychiaters op het openlijke dedain voor het gezag dat Kwakernaat tentoonspreidde: ‘Opvallend is bij dezen man het totaal ontbreken van enig bewijs, dat hij gevoelt voor een ambtenaar te staan, die namens het gezag zijn werk doet, en aan dat gezag een zeker recht op ontzag ontleent.’¹²⁵ De huisarts Brandts was volgens het psychiatrisch rapport de enige onderzochte getuige die niet aan geestelijke stoornissen leed. Zijn eerdere getuigenis dat Garsthagens verwondingen door mishandeling waren veroorzaakt, bleek na een ‘zuiver medische gedachteswisseling’ met de drie psychiaters niet meer zo stellig, zoals hij zelf toegaf ‘dat wat hij had verklaard geen zuiver deskundig getuigenis was geweest, maar min of meer ook steunde op feiten, of voor feiten gehouden mededeelingen, langs andere weg dan door medisch onderzoek tot hem gekomen.’¹²⁶

In de conclusie van de drie psychiaters stond de rol van Van Elk in de Papendrechtse rechtszaak centraal:

De aan ons door den Rechter-Commissaris [...] gegeven opdracht was niet het onderzoek van een persoon, maar van een zaak. En toch kan onze samenvattende uitspraak omtrent dit onderzoek geheel overeenkomstig zijn aan die, welke gewoonlijk in foro van ons wordt gevraagd. De zaak, waar het om gaat, hebben wij gesignaleerd als één handeling zeer gecompliceerd, bestaande uit een reeks op elkaar volgende handelingen van eenvoudiger aard, maar ten slotte toch één samenhangend geheel, n.l. een strijd tegen de politie, tegen de justitie, in één woord tegen het gezag. En die handeling moge nu niet in juridischen zin zijn het gepleegde delict, dat aanleiding gaf tot deze zaak, van ons psychologisch standpunt is het die geheele strijd, dat groote complex van over jaren zich uitstrekkende handelingen, dat het voorwerp zijn moet van ons eindoordeel. En die strijd is gevoerd voortdurend en consequent door één persoon, lijdende aan een psychose. Met het vaststellen dat de zaak Garsthagen in engeren zin slechts een onderdeel is van een veel langeren rechtstrijd en dat deze rechtstrijd niets anders is dan de uiting van het chronische ziekteproces van één man, neemen wij ondergeteekenden aan de ons gegeven opdracht te hebben voldaan.¹²⁷

7.5 'SLAAT MIJ DAN MAAR DOOD': DE PAPENDRECHTSE STRAFZAAK

Terwijl de Advocaat-Generaal van het Arnhemse gerechtshof in zijn requisitoir uiting gaf aan zijn tevredenheid over het 'wetenschappelijke' rapport van Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip en de wens uitsprak dat de psychiatrische voorlichting vaker een rol ging spelen in de rechtspraak, was het onderzoek aanleiding tot felle kritiek van de advocaat van Garsthagen, Joost Adriaan van Hamel.¹²⁸ Deze hoogleraar in het strafrecht was opmerkelijk genoeg de zoon van de belangrijkste Nederlandse vertegenwoordiger van de Nieuwe Richting in het strafrecht, Gerardus Antonius van Hamel. Volgens Van Hamel junior was de inschakeling van de psychiaters door het Gerechtshof niets anders dan een poging om geloofwaardige klachten vanuit de bevolking over de Papendrechtse politie af te doen als uitingen van psychische gestoordheid en zo het lokale overheidsgezag buiten schot te houden.¹²⁹ 'Ziet hier dan mijn psychologie van de Papendrechtse strafzaak', zo verklaarde hij in zijn pleitrede:

een politie en burgemeester die misbruik maakten van hun macht; een justitie die tekort schoot; een bevolking die knetterde en zich tegen de verdrukking inzette. En voor deze psychologie van de Papendrechtse strafzaak, daar hebben wij geen querulanten voor nodig, daar hebben wij geen psychopathen voor nodig en daar hebben wij geen psychiaters voor nodig. Dat kunnen wij af met ons gewone gezonde verstand.¹³⁰

Van Hamels betoog was ook een aanval op de rol van de psychiatrie in de rechtspraak in het algemeen. Daarmee was volgens hem een aan de rechtsfilosofie vreemde en gekleurde wereldbeschouwing de rechtspraak binnengedrongen, een manier van kijken waardoor alles in het licht van ziekteverschijnselen kwam te staan en aan ieder mens wel een steekje los leek.¹³¹ De aan zelfoverschatting lijdende psychiaters verwarden ziekteleer met mensenkennis en rekten het begrip geestesstoornis op een onverantwoorde manier op. Hun optreden wees op de 'grijpgrage' strijd die zij voerden om hun status te verhogen:

Een jaar of vijf geleden heeft zij getracht zich meester te maken van de paedagogie, maar de paedagogen hebben zich daartegen verzet. Zij trachtte zich meester te maken van de theologie en de moraalphilosophie; die strijd wordt nog gevoerd. En thans wil zij mede oordeelen over rechtsbeginselen, over gevoelens van waarheid en recht [...]¹³²

Dit was des te erger omdat het psychiatrisch oordeel in het geheel niet wetenschappelijk was, aldus Van Hamel; het was gebaseerd op verkeerde opvattingen, misverstanden, gissingen, louter meningen en lichtvaardige conclusies. Derhalve was het niet verantwoord dat psychiaters hun nog onzekere kennis in de praktijk toepasten. De psychiater toonde zich hier als '*de allerslechtste mensenkenner*, die zich denken laat, indien men tenminste niet is de *slechtste* onderzoeker, die zich denken laat'.¹³³ Van Hamel verwees in dit verband naar de rede *De toekomstige eeuw der psychologie* van de psycholoog Heymans, waarin deze betoogde dat de jonge psychologie nog niet in staat was buiten het laboratorium te treden en mensen te beoordelen. De psychologie zou zich voorlopig moeten wijden aan wetenschappelijke experimenten en proeven en kon zich nog geen maatschappelijke rol aanmeten.

Van Hamel verweet de psychiaters dat zij in het geheel geen rekening hadden gehouden met de levensloop en sociale achtergrond van de door hen onderzochte getuigen. Zo hadden zij conclusies getrokken over hun verstandelijke vermogens op basis van vragen die sommigen vanwege hun tekort aan scholing en hun ongeletterdheid – Garsthagen bijvoorbeeld was an-

alfabeet – onmogelijk konden beantwoorden. Bovendien, zo merkte Van Hamel op, hadden de gebrekkige antwoorden van sommige getuigen op vragen meer te maken met hun terughoudendheid en onwennigheid in hun omgang met justitiële autoriteiten en hooggeleerde geneesheren dan met ondeugdelijke verstandelijke vermogens of kwade wil. Ook hekelde Van Hamel het optreden van het gerechtshof: het toonde meer belangstelling voor psychologische speculatie dan voor wat er daadwerkelijk was gebeurd. ‘Hoe kan een mensch spreken over den Papendrechtse strafzaak zonder dat eerst is vastgesteld of er door de politie is geslagen, ja dan neen!’¹³⁴ Aan het einde van zijn pleitrede verscheurde Van Hamel het psychiatrisch rapport, waarop de rechter hem geagiteerd sommeerde zich te matigen.

In een brochure met twee essays reageerden Jelgersma en Van Erp Taalman Kip op Van Hamels betoog. Jelgersma’s bijdrage aan deze brochure was emotioneel van toon. Volgens hem probeerde Van Hamel, die met zijn pleitrede veel publiciteit kreeg, publiekelijk stemming te maken tegen psychiaters.

*Zie mijnheer de verdediger, er is onder beschaafde menschen een grens, die men niet mag overschrijden en deze grens overschrijdt gij verre. Ik wil maar het minst lelijk aannemen, dat uw lust tot oratorie u ook hier weer een poets gespeeld heeft, maar die oratorie maakt u ongeschikt voor uw vak en maakt u gevaarlijk. Gij zijt zoo bekrompen, tenminste zoo doet gij het voorkomen, van niet te zien, dat een zelfde vraag aan verschillende personen gesteld niet dezelfde beteekenis heeft en tevens geeft gij kritiek op de algemeen aangenomen methode van het onderzoek naar imbecilliteit, vermeent gij dus beproefde methoden van onderzoek in een vak, waarvan gij geen tittel of jota weet, te kunnen verbeteren.*¹³⁵

Volgens Jelgersma was de juridische opleiding helaas nog van dien aard dat de afgestudeerde jurist niets wist van psychologie. De psychiater daarentegen was wel in staat om mensen psychologisch te beoordelen want,

*De psychologie is het fundament, waarop de leer der geestelijke ziekten is opgebouwd, evengoed als omgekeerd de psychopathologie de meest belangrijke bijdragen kan geven tot de kennis van den normalen geest. Het grijpt in elkaar, en het steunt het ander, het is een geheel.*¹³⁶

Juist vanwege de complexe grensgevallen onder de onderzochte getuigen, die op het publiek en de juristen normaal overkwamen, kon psychiatrische deskundigheid in de Papendrechtse rechtszaak niet worden gemist. Zonder die inbreng zou Van Elk nooit ontmaskerd zijn als aanstichter van de zaak. Dit alles was voor Jelgersma reden om, zoals hij al eerder had gedaan, voor te stellen dat psychiaters zitting namen in rechterlijke colleges.¹³⁷

Van Erp Taalman Kip vreesde dat de publicitaire commotie rond de Papendrechtse rechtszaak tot een terugslag voor de forensische psychiatrie zou leiden. En ook hij onderstreepte dat psychiaters op basis van hun natuurwetenschappelijke opleiding en klinische ervaring over het psychologisch inzicht beschikten waaraan het juristen ontbrak. Alleen psychiaters waren in bezit van de specifieke deskundigheid om de moeilijk af te bakenen grens tussen normaal en pathologisch te trekken. Voor Van Erp Taalman Kip was alle negatieve publiciteit over de rol van de psychiaters in de Papendrechtse rechtszaak geen reden tot bescheidenheid:

7.5 'SLAAT MIJ DAN MAAR DOOD': DE PAPENDRECHTSE STRAFZAAK

Laten wij medici dus den moed hebben, ons zelf te zijn en niet twijfelen, dat onze gewone nauwkeurigheid van onderzoek en voorzichtig afwegen der waarde van ons alle ten dienst staande gegevens, ons in foro met even groote waarschijnlijkheid een uitspraak – een diagnose – zullen mogelijk maken als in andere gevallen. Dat forensisch werk ons voor andere vragen plaatst dan onze praktijk, is geen reden daarvoor ons aan banden te laten leggen en ons andere methoden te doen opdringen dan die, welke ons in het algemeen betrouwbaar zijn gebleken.¹³⁸

Eind 1910 liep de Papendrechtse strafzaak met een sisser af. Het Arnhemse gerechtshof ontsloeg Garsthagen van verdere rechtsvervolging.¹³⁹ De argumentatie van het hof wekt de indruk dat het de kool en de geit wilde sparen. De rechter bevestigde de redenering van de psychiaters dat de affaire voortkwam uit het ziekelijke gedrag van de niet aangeklaagde querulant Van Elk, maar het nam hun diagnose dat Garsthagen ontoerekenbaar zou zijn niet over. Toch achtte het hof ontslag van rechtsvervolging gerechtvaardigd omdat de beschuldigde met het ingezonden stuk in de *Dordrechter Courant* in de veronderstelling verkeerde dat hij in het algemeen belang handelde.

Onder psychiaters, juristen en politici hield de rechtszaak de gemoederen nog geruime tijd bezig. Enkele psychiaters namen duidelijk afstand van de handelwijze van hun collega's Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip. Op de jaarvergadering van de Nederlandsche Juristen-Vereeniging stelde de Utrechtse hoogleraar psychiatrie Heilbronner dat psychiaters niet deskundiger dan juristen waren als het ging om de psychologische beoordeling van de betrouwbaarheid van getuigen; integendeel, juristen hadden meer alledaagse ervaring op dit terrein.¹⁴⁰ Op een bijeenkomst van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap in 1909 stelde J. van der Kolk, geneesheer-directeur van het gesticht Endegeest en het sanatorium Rhijngeest, dat een psychiater weliswaar kon vaststellen of iemand imbeciel of psychopaat was, maar dat hij zich diende te onthouden van een oordeel over het maatschappelijk handelen en de morele beweegredenen van dergelijke individuen; die taak moest voorbehouden blijven aan juristen. De conclusie van de drie psychiaters dat de Papendrechtse affaire haar oorsprong vond in het 'querulante' karakter van Van Elk was volgens Van der Kolk dan ook ontoelaatbaar.¹⁴¹

Ook Van Hamel senior uitte zich afkeurend over het forensisch-psychiatrisch rapport, zowel in zijn afscheidsrede als hoogleraar als in zijn hoedanigheid als liberaal kamerlid, ook al impliceerden zijn kritische kanttekeningen volgens hem niet het failliet van de gehele forensische psychiatrie.¹⁴² In de Tweede Kamer verklaarde Van Hamel: 'zooals het nu is toegepast, moet ik zeggen, dat het afschuwelijk is geweest. Ik kan daarvoor geen ander woord gebruiken. Het is geschied op een wijze die niet herhaald mag worden.'¹⁴³ Deels was dit volgens hem de fout van de justitiële autoriteiten omdat deze hun eigen bevoegdheden uit handen hadden gegeven. De rechter-commissaris had moeten besluiten tot een contraverhoor van de getuigen, hij had de getuigen moeten voorlichten dat het hen vrijstond wel of niet mee te werken aan het psychiatrisch onderzoek en hij had de vroegtijdige openbaarmaking van het rapport moeten verhinderen. De psychiatrie kon nuttig zijn voor de rechtspraak, maar alleen als een hulpwetenschap die met de grootste mogelijke voorzichtigheid en discretie gehanteerd werd.

In de Tweede Kamer was de Papendrechtse rechtszaak eind 1910 en eind 1911 onderwerp van debat, waarin sommige kamerleden blijk gaven van hun verontwaardiging over de rol van de psychiaters, terwijl andere deze billijkten.¹⁴⁴ Sociaal-democratische kamerleden grepen de affaire aan om het voor Garsthagen en het 'gewone volk' op te nemen en erop te wijzen dat er in

Nederland sprake was klassenjustitie. De Papendrechtse politie en burgemeester werden door dik en dun gesteund door justitie en de psychiatrisch deskundigen. Het kamerlid J.E.W. Duys zette vraagtekens bij de 'morele betrouwbaarheid' van de psychiaters zelf. Het kon niet anders dan dat de drie psychiaters hier onder één hoedje hadden gespeeld met het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht.¹⁴⁵ Om andere redenen oefenden ook confessionele kamerleden kritiek uit op de psychiatrie. Zij maakten zich niet zozeer zorgen over mogelijke klassenjustitie. Voor hen bewees de gang van zaken in de Papendrechtse rechtszaak dat de Nieuwe Richting in het strafrecht niet deugde. Als aan het geloof in het bestaan van de vrije wil en daarmee van schuld en zedelijke verantwoordelijkheid werd getornd, dan verdween God uit de rechtspraak.¹⁴⁶

Ook het katholieke kamerlid Baron A.I.M.J. van Wijnbergen sprak zich uit tegen de Nieuwe Richting en de pretenties van de psychiaters als uitingen van een ongewenste modernisering van het strafrecht. Tegelijkertijd wees hij erop dat het toch wel merkwaardig was dat de naar determinisme neigende Nieuwe Richting en forensische psychiatrie vooral steun kreeg van liberalen die zich overigens altijd opwierpen als de voorvechters van persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid. Het was een teken aan de wand dat ook liberalen – Van Wijnbergen verwees naar Van Hamel senior – bedenkingen gingen uiten over de rol van psychiaters in de rechtszaal. Liberale kamerleden lieten gemengde geluiden horen. Sommigen gaven te kennen dat de forensische psychiatrie door het onzorgvuldige optreden van zowel de juristen van het gerechtshof in Arnhem als van de drie psychiaters in diskrediet was geraakt en dat het vertrouwen in de rechtsorde mogelijk was geschaad.¹⁴⁷ De 'strijd om het forum' leek met de Papendrechtse strafzaak in het voordeel van de klassieke juristen beslist. De radicale liberaal en arts Hendrik Goeman Borgesius echter sprak de hoop uit dat psychiaters een rol in de rechtspraak bleven vervullen, ook al maande hij hen wel tot meer voorzichtigheid en bescheidenheid.¹⁴⁸

7.6 STRAFRECHTSHERVORMING EN DE OPMAAT TOT DE PSYCHOPATENWETTEN

De Papendrechtse rechtszaak deed het imago van de psychiatrie in de maatschappij en de politiek geen goed. De vaststelling van sociaal-democratische kamerleden dat het optreden van psychiaters in deze rechtszaak niets anders was dan een staaltje klassenjustitie, een opvatting die Van Hamel junior ook ventileerde en eveneens in de pers naar voren kwam, liet aan duidelijkheid niets te wensen over. Het forensische rapport van Van Deventer, Jelgersma en Van Erp Taalman Kip was tendentieus en daarin lieten zij zich kennen als bondgenoten van de rechters die keer op keer in het voordeel van de Papendrechtse burgemeester en politie hadden gevonnist. Het was een teken aan de wand dat andere psychiaters alsmede de voornaamste pleitbezorger van de Nieuwe Richting in het strafrecht, Van Hamel senior, afstand namen van de handelwijze van de drie psychiaters.

Hierboven is al naar voren gekomen dat psychiaters niet eensgezind en consequent waren wat betreft de invulling van hun forensische rol. Enerzijds benadrukten zij het medisch-wetenschappelijke aspect daarvan en wezen zij erop dat hun individualiserende beschouwingswijze wezenlijk van de juridische optiek verschilde en daarop een essentiële aanvulling en correctie vormde. Als het echter ging om de logische consequentie van een grotere psychiatrie-

7.6 STRAFRECHTSHERVORMING EN DE OPMAAT TOT DE PSYCHOPATENWETTEN

sche inbreng in de rechtspraak, namelijk een grotere medische verantwoordelijkheid voor de opvang, zorg en behandeling van geestelijk gestoorde wetsovertreders, dan stelden zij zich terughoudend op. De meeste gestichtsartsen waren krankzinnige misdadigers en misdadige krankzinnigen liever kwijt dan rijk. Dergelijke patiënten ondermijnden hun streven om hun vak op één lijn te stellen met de rest van de geneeskunde en om de gestichten het aanzicht van ziekenhuizen te geven. Psychiaters wilden zeggenschap over gevaarlijke en criminele krankzinnigen, maar daarbij stelden sommigen van hen zich niet zozeer als geneeskundigen, maar vooral als maatschappelijke ordebewakers op, zoals Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip zich ook lieten kennen in hun onderzoek naar de getuigen in de Papendrechtse strafzaak. Als hoeders van orde en gezag benadrukten zij vooral het gevaar dat deze gestoorde zouden vormen. Daarbij stelden zij de samenleving voor als een organisme dat tegen ziekteverwekkers beschermd moest worden. Hun taak zou zijn om gevaarlijk, schadelijk en immoreel gedrag in te dammen en te voorkomen. Oordelen over gezondheid en ziekte en die over normaal of gewenst en abnormaal of ongewenst gedrag waren hierbij niet meer te scheiden.

In de uitlatingen van psychiaters over de vermeende toename van criminaliteit, waarbij zij deze soms in verband brachten met opstandigheid, volksopruiming en politiek radicalisme, klonk duidelijk een breder onder de burgerij levende ongerustheid door met betrekking tot het gebrek aan zelfbeheersing en moreel besef onder de volksmassa. Sommige psychiaters, zoals Jelgersma, vonden in feite dat aan hen taken en bevoegdheden toekwamen die grotendeels waren voorbehouden aan de rechterlijke macht. Andere psychiaters keerden zich tegen een dergelijke uitbreiding van het psychiatrisch domein.¹⁴⁹ Ten eerste omdat zij – zoals Winkler bij nader inzien – vonden dat psychiaters (nog) niet over genoeg betrouwbare wetenschappelijke kennis beschikten wat betreft het verband tussen geestesgestoordheid en crimineel gedrag: het ging te ver om de criminele daad te reduceren tot louter een symptoom van geestesgestoordheid. Ten tweede omdat zij vasthielden aan een engere opvatting over hun medische taak (de behandeling van individuele patiënten) en de medische ethiek in hun ogen niet toeliet dat artsen oordeelden over juridische kwesties. Terwijl de ene psychiater er geen bezwaar in zag om in zijn forensische rol een medisch vonnis uit te spreken, vond de ander dat hij zich tot een medische diagnose diende te beperken en het vonnis aan juristen moest overlaten.

Ondanks de commotie naar aanleiding van de Papendrechtse rechtszaak, de fricties tussen juristen en medici, en de meningsverschillen tussen psychiaters 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.¹⁵⁰ Het uitgangspunt dat misdadig, antisociaal en immoreel gedrag in de persoonlijkheid van daders geworteld was en als symptoom van geestelijke gestoordheid was te beschouwen, bleef overeind en won zelfs geleidelijk aan betekenis. Hoewel de verdeeldheid tussen aanhangers van de klassieke strafrechtsbeginselen en de Nieuwe Richting de ontwikkeling van de gerechtelijke psychiatrie remde en deze omstrede 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 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 taanden.¹⁵¹ Twee jaar eerder was met de invoering van de in 1901 aangenomen Kinderwetten een belangrijke aanzet gegeven tot een gedifferentieerde benadering in de strafrechtspraak waarin rekening werd ge-

houden 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 minderjarige delinquenten. Daardoor verschoof het accent van bestraffing naar preventie door middel van ontzetting uit de ouderlijke macht en heropvoeding in tuchtscholen, opvoedingsgestichten en voogdijgezinnen.¹⁵²

Voor volwassen wetsovertreders werd in 1915 de voorwaardelijke veroordeling ingevoerd en kreeg de al sinds 1886 bestaande mogelijkheid om gedetineerden voorwaardelijk in vrijheid te stellen een bredere reikwijdte. 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.¹⁵³ De nieuwe strafrechtelijke maatregel werd al spoedig frequent toegepast: tussen 1916 en 1921 ging het jaarlijks om gemiddeld 2.300 veroordeelden.¹⁵⁴

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 en gevaarlijkheid.¹⁵⁵ Het streven om de verbeterbaar geachte wetsovertreders in de maatschappij te integreren ging 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 van 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 geestelijke stoornissen zouden vertonen, zoals moordenaars, brandstichters, oplichters, zedendelinquenten en vrouwen die strafbare feiten pleegden tijdens hun menstruatieperiode of zwangerschap.¹⁵⁶ 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. In dit pleidooi kwamen de oogmerken van de gerechtelijke psychiatrie en de sociale hygiëne samen.¹⁵⁷

Het sluitstuk van deze ontwikkelingen vormden de zogenaamde Psychopathenwetten, die het parlement in 1925 aannam en die in 1928 in werking traden. Deze 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 van een voorwaardelijk ontslag – onder psychiatrisch toezicht kwamen

7.6 STRAFRECHTSHERVORMING EN DE OPMAAT TOT DE PSYCHOPATENWETTEN

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. 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 juridische veroordeling en het klassieke 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.⁵⁸ Aan de andere kant zouden de met de Kinderwetten en de voorwaardelijke veroordeling verbonden aanpak in de strafrechtsspraak, gericht op heropvoeding en resocialisatie worden voortgezet.



S L O T B E S C H O U W I N G

In 1921 keek Leendert Bouman, voorzitter van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie en hoogleraar aan de Vrije Universiteit, ter gelegenheid van het vijftigjarig jubileum van de vereniging terug op een halve eeuw psychiatrie in Nederland, de periode die wij in dit boek hebben behandeld. 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, vooral als gevolg van de nieuwbouwgolf, sterk verbeterd. De zeggenschap van de gestichtsartsen daarin was versterkt en de omvang en kwaliteit van het verplegend personeel in de krankzinnigenzorg 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.'

Verder bracht Bouman naar voren dat de psychiatrie zich met succes op de universiteit had 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.

Bouman had ook nog kunnen wijzen op de uitbreiding van het psychiatrisch beroepsdoel. Het medisch specialisme psychiatrie was voortgekomen uit de institutionele krankzinnigenzorg, maar zijn werkveld was vanaf het eind van de negentiende eeuw buiten de muren van het gesticht uitgedijd. Al rond 1900 was een aanzienlijk aantal vakbeoefenaren werkzaam in voorzieningen voor zenuwzieken, in particuliere praktijken, in universiteitsklinieken, in de algemene gezondheidszorg en in de rechtspraak. Ook profileerden enkelen zich op het terrein van de geestelijke hygiëne, de preventie van geestesstoornissen in de samenleving als geheel. Nadat vlak voor de Eerste Wereldoorlog met de hulpverlening aan alcoholisten een bescheiden begin was gemaakt met concrete activiteiten op het gebied van de psychische hygiëne, waren ten tijde van de Eerste Wereldoorlog de eerste sociaal-psychiatrische initiatieven op het terrein

van de voor- en nazorg voor geesteszieken en zwakzinnigen in de maatschappij tot stand gekomen.

Mede door de voortdurend verschuivende grenzen van hun werkdomein was ook de inhoud van de psychiatrische beroepspraktijk uitgebreid. Terwijl de negentiende-eeuwse en deels ook de twintigste-eeuwse krankzinnigenzorg ondanks de geneeskundige pretenties voornamelijk bestond uit bewaken, bewaren en verplegen (de asiel- en zorgfunctie), gingen de gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen zich vanaf omstreeks 1870 in toenemende mate bezighouden met de beoordeling (diagnostiek en classificatie), behandeling (medische, verpleegkundige, farmacologische, psychotherapeutische, pedagogische en sociale interventies), het voorkómen van geestesstoornissen en het bevorderen van de geestelijke hygiëne in de samenleving.

KRANKZINNIGEN EN ZENUWLIJDERS

Ten tijde van de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie door een tiental gestichtsartsen bestond het psychiatrisch werkterrein uit niet meer dan krankzinnigenzorg in de gestichten. Daarin waren niet veel meer dan een twintigtal geneeskundigen werkzaam. Bovendien was de Nederlandse krankzinnigenzorg in medische ogen achterlijk vergeleken met die in de buurlanden. De geneeskundigen klaagden steen en been over de gebrekkige huisvesting in verouderde en krappe stadsgestichten, de geringe daadkracht van de overheid en betrokkenheid vanuit de maatschappij, hun gebrek aan bevoegdheden in de gestichten, de dominantie van regentenbesturen, het slechte personeel, waarover ze onvoldoende zeggenschap hadden, en de juridische bemoeienis met de opnamen van patiënten. Deze klachten stoelden deels op oprechte bekommernis met het lot van de krankzinnigen. Overigens konden soortgelijke klachten ook in de somatische gezondheidszorg worden gehoord.

Wel is het de vraag of de frequente beweringen van negentiende-eeuwse gestichtsgeneesheren en psychiaters dat de Nederlandse psychiatrie achterliep bij die in andere landen op een te rooskleurig beeld van de buitenlandse krankzinnigenzorg gebaseerd was: waarschijnlijk was er ook enige retorische overdrijving in het spel, bedoeld om de overheid en de burgerij tot grotere activiteit op dit gebied aan te zetten. De tamelijk late modernisering van de gestichten nam niet weg dat Nederland tezamen met Frankrijk en Engeland vroeg was met de invoering van wetgeving voor en de instelling van overheidstoezicht op de krankzinnigenzorg (vanaf 1841) alsook de publieke financiering van de krankzinnigenzorg door middel van de armenzorg onder verantwoordelijkheid van gemeentebesturen (vanaf 1854). Buitenlandse psychiaters gaven in hun reisverslagen juist hoog op van het Nederlandse gestichtswezen. De Zweedse psychiater Herman Bernhard Lundborg schreef na een studiereis langs Nederlandse openbare gestichten in 1904 bijvoorbeeld: 'Holland, a country where psychiatric care is at a high level'.² Het lijkt erop dat vergelijkingen met het buitenland vaak werden gebruikt om de noodzaak tot verbetering in eigen land te onderstrepen.

De door geneeskundigen nagestreefde verbetering van de institutionele krankzinnigenzorg vond gelijktijdig met en deels ook dankzij de uitbreiding van het psychiatrisch beroepsdomein plaats. De uitbreiding van het psychiatrisch werkveld vond het eerst, deels in nauwe verbondenheid met de neurologie, plaats op het terrein van de diverse, zowel functionele als somatische zenuwaandoeningen, waarvoor zowel intra- als extramurale voorzieningen kwamen. Aanvan-

kelijk bestond er een kloof, niet alleen in juridische, maar ook in sociale zin, tussen enerzijds de gestichten waartoe louter via een rechterlijke machtiging toegang werd verleend en anderzijds de sanatoria en andere instellingen voor zenuwlijders, de psychiatrische universiteitsklinieken, de ziekenhuisafdelingen en poliklinieken voor psychosomatische patiënten en zenuwzieken alsook de particuliere praktijken van zenuwartsen. Gestichtsoptname was formeel tot 1916 en in feite tot 1929, toen de gemeenten na een wijziging van de Armenwet de verplichting kregen opgelegd om vrijwillige opnamen om medische redenen in aangewezen afdelingen te bekostigen, alleen mogelijk met een rechterlijke machtiging. Daardoor werd de opneming in een gesticht vaak geassocieerd met handelingsonbekwaamheid, de ontzegging van fundamentele burgerrechten, ordehandhaving en opsluiting van gevaarlijke en lastige mensen.

De achtergrond van de door de Krankzinnigenwet voorgeschreven rechterlijke machtiging was dat de liberale rechtsstaat, die individuele burgers tegen willekeurige vrijheidsberoving diende te beschermen, grenzen stelde aan de mogelijkheid om mensen onder dwang in een gesticht op te nemen. Al voor de invoering van fundamentele democratische vrijheidsrechten in de grondwet van 1848 kwam in 1841 de eerste Krankzinnigenwet tot stand, waardoor de gestichtsoptname van krankzinnigen aan zowel een medische toetsing als aan rechtsregels werd onderworpen. Deze waren bedoeld om met inachtneming van de rechtsstaat effectieve opnameprocedures ten behoeve van een spoedige geneeskundige behandeling alsook de beveiliging van de openbare orde én de bescherming van burgerrechten mogelijk te maken. Dit alles bracht met zich mee dat krankzinnigen in gestichten en soms ook daarbuiten op grond van hun geestelijke onvermogen onder een bijzondere jurisdictie en (staats)toezicht kwamen te vallen en dat zij hun burgerlijke rechten voor de duur van de opname of soms zelfs langer verloren. Daarmee gold geestesziekte in feite als het tegendeel van burgerschap zoals dat op basis van de idealen van vrijheid en gelijkheid vanaf de Amerikaanse en Franse Revoluties invulling had gekregen.

De liberale contractmaatschappij veronderstelde het bestaan van autonome en rationele individuen die in staat en bereid waren hun economische en politieke rechten en belangen weloverwogen te behartigen en die van anderen te respecteren. In het verlichte en liberale mensbeeld betekende waanzin niet alleen een aantasting van het redelijke wezen van de mens, maar ook van diens maatschappelijke en politieke status als burger. Het liberalisme koppelde burgerschap behalve aan bezit aan redelijkheid, onafhankelijkheid, zelfbeschikking en verantwoordelijkheidsbesef – bij uitstek de kwaliteiten die geesteszieken moesten ontberen. Krankzinnigen konden in deze gedachtegang niet als volwaardige burgers in de maatschappij functioneren. Zij mochten volgens de liberale rechtsbeginselen echter evenmin louter bij wijze van orde- of strafmaatregel onder dwang uit de samenleving worden verwijderd en opgesloten. Met een medisch-humanitaire argumentatie bood de krankzinnigenwetgeving een oplossing voor dit dilemma: de internering van geestelijk gestoorden was in de rechtsstaat te legitimeren als zij voor hun eigen bestwil ter genezing in een gesticht werden verzorgd en behandeld. De medische diagnose werd zo onderdeel van de juridisch gereguleerde gestichtsoptname en de daarmee gepaard gaande opschorting van het burgerschap. Vandaar dat het verblijf in een gesticht ondanks de medische verklaring belast was met het stigma van opsluiting, onmondigheid en sociale uitsluiting.

Hier kwam nog bij dat het overgrote deel van de gestichtsbevolking afkomstig was uit de lagere standen en het merendeel ervan was aangewezen op de armenzorg. Ook dit droeg bij tot

de stigmatisering van de krankzinnigengestichten, die niet alleen afstraalde op de patiënten, maar ook op de geneeskundigen die in deze instellingen werkten. Afgezien van het feit dat medici de rechterlijke bemoeienis als een hindernis voor hun professionele onafhankelijkheid en therapeutische ambities beschouwden, ondermijnden de slechte beeldvorming van de gestichten in de maatschappij – zij golden eerder als detentieoord en opberginstellingen dan als ziekenhuizen – en de therapeutische onmacht van de gestichtsgeneesheren het sociale aanzien van het psychiatrisch beroep. Het isolement van de gestichten en de overheidsregulering van de krankzinnigenzorg op basis van de rechterlijke machtiging en de financiering door de armenzorg hadden overigens vanuit het perspectief van de beroepsvorming en medische specialisatie ook een voordeel: daardoor kon de psychiatrie als specialisme ongestoord en aanvankelijk eensgezind tot ontwikkeling komen, aangezien zij voor andere geneeskundigen geen concurrentie op de vrije medische markt vormden.

Voor de opname in instellingen voor zenuwlijders, de universiteitsklinieken en de algemene ziekenhuizen was geen rechterlijke bemoeienis vereist en de patiënten daarin vertoonden wat sociale herkomst betreft meer variëteit; een groot deel van hen, vooral degenen uit de midden- en hogere standen, bekostigde de verpleging zelf. Dit laatste gold a fortiori voor de particuliere praktijken. Naast de gemêleerde sociale samenstelling van dit patiëntenbestand vormden ook hun (be)handelbaarheid en aanspreekbaarheid voor psychiaters en zenuwartsen een gunstige basis voor de realisering van professionele ambities en de verbetering van hun imago als artsen. Wij hebben gezien dat al rond 1900 de helft en rond 1920 ongeveer 55 procent van de beroepsbeoefenaren buiten de krankzinnigengestichten werkzaam was. Er waren toen al drie verschillende psychiatrische beroepsprofielen en werkvelden te onderscheiden: naast de gestichtsartsen in de krankzinnigenzorg respectievelijk de universitaire psychiaters op het gebied van onderwijs en onderzoek en de zenuwartsen in de sanatoria en andere instellingen voor zenuwlijders, de particuliere praktijken en de algemene gezondheidszorg. Vertegenwoordigers van alle drie groepen waren actief op het terrein van de forensische psychiatrie en de psychische hygiëne.

Hun activiteiten op het gebied van de zorg voor zenuwlijders vormden voor geneeskundigen tevens een springplank om veranderingen in de krankzinnigenzorg te bewerkstelligen en de afstand tussen deze twee psychiatrische werkvelden te verkleinen. 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. Nadat in de laatste decennia van de negentiende eeuw tal van kleinschalige, particuliere voorzieningen als sanatoria, herstellings- en kuuroorden en rusthuizen en de eerste particuliere praktijken voor zelfbetalende patiënten tot stand waren gekomen, volgden begin twintigste eeuw enkele grootschaliger initiatieven met ten dele ook mogelijkheden voor opname van minvermogene patiënten, zoals in het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders te Zeist en in het Leidse Rhijngeest. Voor zenuwartsen lag hier een vanuit therapeutisch opzicht veelbelovend en verder ook lucratief werkterrein. Dat ontwikkelde zich aanvankelijk geheel los van de gestichten, maar later dankzij wijzigingen van de Krankzinnigenwet in 1904 en 1916, waardoor opname van zowel geesteszieken als zenuwlijders in dezelfde instelling en zonder een krankzinnigenverklaring en rechterlijke machtiging mogelijk werd, ook als onderdeel van de intramurale krankzinnigenzorg: eerst in psychiatrische universiteitsklinieken, vervolgens ook in gestichten die zich tot psychiatrische inrichting gingen ontwikkelen.

De sanatoria voor zenuwlijders zijn achteraf gezien te beschouwen als opmaat tot de in 1904 ten behoeve van de universitaire klinieken gecreëerde ‘aanwijzing’ en het in 1916 gerealiseerde instituut van de aan een krankzinnigengesticht verbonden ‘aangewezen afdeling’ – ook wel open of sanatoriumafdeling genoemd. In de aangewezen universitaire klinieken en afdelingen van gestichten konden rustige krankzinnigen en zenuwlijders op vrijwillige basis, om uitsluitend medische redenen en zonder rechterlijke machtiging worden opgenomen en verpleegd. De komst van de aangewezen kliniek en 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 noodzakelijke rechterlijke machtiging voor opname, hoewel deze voor een deel van de opnamen (de dwangopnamen) tot op de dag van vandaag wel vereist bleef.³

Daarnaast was de door geneeskundigen bepleite humanisering van de krankzinnigenzorg niet louter retoriek. Zo nam de sensibiliteit voor en de terughoudendheid ten aanzien van het gebruik van dwang in de krankzinnigenzorg vooral vanaf de invoering van de tweede Krankzinnigenwet en ook de verpleegkundige opleiding in de psychiatrie toe. Hoewel de in 1884 ingevoerde dwangmiddelenregistratie zowel de toepassing van lijfswang door middel van mechanische dwangmiddelen als de afzondering van patiënten omvatte, bleek van de registratie vooral een dempende werking uit te gaan op het gebruik van mechanische dwangmiddelen. Ook in de leerboeken voor de psychiatrische verpleging gold afzondering als een boven lijfswang te prefereren maatregel. De registratie van toegepaste mechanische dwangmiddelen, de alternatieven voor dwangtoepassing in de vorm van vasthouding en bed- en badverpleging, nieuwe vormen van afzondering en een betere scholing van het verplegend personeel door gestichtsartsen – het waren naast de invoering van de aangewezen inrichting en afdeling stuk voor stuk pogingen om een (verdere) humanisering van de krankzinnigenzorg tot stand te brengen. Tegelijkertijd bracht dit alles ook een vergroting van de medische bevoegdheden in de gestichten met zich mee. Een groeiend aantal opnamen vond zonder rechterlijke bemoeienis plaats, de dagelijkse leiding van de gestichten kwam in handen van medici onder leiding van een geneesheer-directeur, de verpleging werd uitgevoerd door medisch opgeleid en aan de artsen ondergeschikt personeel en de gehele organisatie van de gestichten werd meer op medische leest geschoeid.

De toenemende overheidsbemoeienis heeft hierbij in het voordeel van de geneeskundigen uitgekapt. De standaardisering van de regelgeving en financiering op het terrein van de krankzinnigenzorg, zoals die gestalte kreeg in de krankzinnigenwetten van 1841 en 1884 en waarbij de uitvoering van het staatstoezicht in handen kwam van geneeskundigen, leidde ertoe dat de invloed van lokale bestuurders, particuliere financiers en de kerken werd teruggedrongen en dat als wetenschappelijk en humanitair gepresenteerde medische richtlijnen terrein wonden. Wij hebben ook gezien dat in tegenstelling tot de Krankzinnigenwet van 1841 die van 1884 geen definitie van krankzinnigheid bevatte. De wetgever liet het antwoord op de vraag wat krankzinnigheid inhield over aan de beoordeling van geneeskundigen en rechters. In de praktijk betekende dit dat medici een bredere invulling aan krankzinnigheid konden geven – behalve verstandelijke ook emotionele en wilsstoornissen – en dat de grensafbakening tussen psychotische en zenuwaandoeningen vloeiender werd. Meer en meer gingen rechters bij de verlening van een machtiging voor gestichtopname af op de medische verklaring. Deze ontwikkeling bracht een verruiming van de mogelijkheden tot opname met zich mee en weerspiegelde de

psychiatrische opvatting dat een strikte afgrenzing tussen krankzinnigheid en zenuwziekte onmogelijk en ongewenst was, aangezien niet alle lijdens aan psychosen, laat staan zenuwpatiënten gebaat waren bij opname in een gesloten krankzinnigengesticht.

DE DYNAMIEK VAN THERAPEUTISCH OPTIMISME EN PESSIMISME

In verband met de gestage uitbreiding van het psychiatrische werkveld en daarmee ook de verruiming van de definitie van geestesstoornissen wijzen wij op een patroon dat de geschiedenis van de psychiatrie sinds het midden van de negentiende eeuw kenmerkt: de voortdurende afwisseling en ook het naast elkaar bestaan van therapeutisch optimisme, teleurstelling en pessimisme, en de daarmee gepaard gaande verschuiving in de psychiatrische aandacht van zwaardere en chronische naar lichtere en acute aandoeningen. Vanaf de invoering van de eerste Krankzinnigenwet in 1841 kwamen er geneeskundige gestichten naast de traditionele bewaarplaatsen voor onbehandelbare krankzinnigen. Gevaarlijk en hinderlijk gedrag voor de omgeving en vooral gebrek aan draagkracht van de naasten van krankzinnigen om de nodige zorg te verlenen was vanouds – en bleef tot in de twintigste eeuw – de belangrijkste reden voor gestichtsoptname. Tegelijkertijd ontstond de medische ambitie om van gestichten geneeskundige instellingen te maken, een streven dat aan het eind van de negentiende eeuw werd versterkt door de ontwikkeling van enkele curatieve behandelingen in algemene ziekenhuizen. Ook al was de psychiatrische problematiek in feite onlosmakelijk verbonden met onmaatschappelijkheid, armoede, invaliditeit en chronische ziekte, in de nieuwe medische benadering klonk de hoop door dat krankzinnigheid, althans voor een deel van de lijdens, een behandelbare en geneeslijke aandoening was.

In de loop van de tweede helft van de negentiende eeuw raakten de geneeskundige gestichten echter overbezet door grotendeels chronische patiënten. Wij hebben gezien dat de gestichten niet alleen werden bevolkt door psychotische patiënten, maar ook door lijdens aan ouderdomsdementie, zwakzinnigheid en neurologische aandoeningen. Gestichten waren grotendeels verpleeginrichtingen en het grote aantal chronische patiënten temperde de hoopvolle verwachtingen omtrent de genezing van geestesziekte. Het therapeutisch optimisme verschoof vanaf het midden van de jaren tachtig van de oude stadsgestichten naar nieuwe buitengestichten alsook van de gestichten naar andere voorzieningen voor grotendeels andere patiënten, zoals sanatoria, herstellingsoorden en particuliere praktijken voor zenuwpatiënten en lijdens aan lichtere psychosen en psychosomatische kwalen; universitaire klinieken voor met name acute en behandelbare geesteszieken en zenuwlijders; en sanatoria en consultatiebureaus voor alcoholisten die niet aan geestesstoornissen leden. Binnen de gestichten ontstond later met de invoering van de vrijwillige opname een differentiatie tussen gesloten gestichtsafdelingen en open afdelingen, die onder andere plaats moesten bieden aan om geneeskundige redenen opgenomen acute en behandelbare patiënten. En verder bood de degeneratietheorie zowel een wetenschappelijke legitimatie voor therapeutisch pessimisme ten aanzien van de gestichten als een stimulans voor de ontwikkeling van een nieuw psychiatrisch werkgebied: het streven naar preventie van krankzinnigheid door middel van de behandeling van minder ernstige aandoeningen als psychosomatische en zenuwkwalen alsook de bestrijding van vermeend schadelijk gedrag in de maatschappij, zoals overmatig drankgebruik, misdadigheid of seksuele uitpattingen.

Telkens weer werd vastgesteld dat bestaande voorzieningen niet voldeden om alle patiënten adequaat te behandelen en te genezen. Deze constatering leidde vrijwel nooit tot de conclusie dat de psychiatrie op zich zelf fundamenteel tekortschoot. Veeleer overheerste de verwachting dat nieuwe voorzieningen wel zouden slagen waar de bestaande hadden gefaald. De teleurstelling over het therapeutisch vermogen van de psychiatrie en de kritiek die sinds de negentiende eeuw regelmatig is uitgeoefend op haar zorginstellingen, hebben overwegend geleid tot een uitdijning van het psychiatrisch domein. Dit was niet zozeer een bedoelde en doelgerichte ontwikkeling als wel een onbedoeld gevolg van het streven naar vergroting van de therapeutische effectiviteit en het onderscheid dat deze ambitie vaak teweegbracht tussen moeilijk en beter behandelbare patiënten. Nieuwe vormen van zorg en behandeling, die doorgaans maar aan een beperkte groep ten goede kwamen, versterkten dit onderscheid vaak. Deze leidden er niet zelden toe dat de therapeutische inspanningen ten behoeve van mensen met lichtere stoornissen ten koste gingen van ernstiger en veelal chronisch geesteszieke patiënten en dat geneeskundigen tegelijkertijd nieuwe doelgroepen aanboorden. Het expanderende aanbod genereerde nieuwe vraag. Nieuwe instellingen en benaderingen brachten de ontginning en articulatie van nieuwe probleemvelden en een uitbreiding van de clientèle van de psychiatrie met zich mee. De grens van wat psychiaters en zenuwartsen noodzakelijk achtten om te behandelen, schoof hierbij voortdurend op, waardoor over het geheel genomen de zwaarte van de moeilijkheden waarop een groeiend aantal van hen zich richtte, afnam.

Deze ontwikkeling, die zich na 1920 in versterkte mate zou voortzetten, was deels gerelateerd aan de uiteenlopende sociale herkomst van patiënten. Terwijl de meeste patiënten in de gestichten armlastig waren, niet altijd aanspreekbaar waren en soms aan ernstige gedragsstoornissen leden, was de sociale achtergrond van de patiënten in instellingen voor zenuwlijders, universiteitsklinieken en particuliere praktijken gevarieerder en vertoonden zij veel minder lastig en meestal geen gevaarlijk gedrag. Bovendien waren zij over het algemeen aanspreekbaar en (be)handelbaar. Kortom, deze patiënten waren over het algemeen prettiger in de omgang en beantwoordden beter aan de therapeutische ambities van medici dan het merendeel van de krankzinnigen in de gestichten.⁴

HET FORUM EN DE GEESTELIJKE HYGIËNE: PSYCHIATRIE ALS ORDEHANDHAVING EN OPVOEDING

Naast de zorg voor zenuwlijders en psychosomatische patiënten in diverse instellingen en particuliere praktijken en de wetenschapsbeoefening op de universiteiten vormden misdaad en rechtspraak een nieuw terrein waarop psychiatriebeoefenaren hun vleugels uitsloegen. 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 geneeskundigen 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 en in hoeverre de zogenaamde grensgevallen onder een medisch dan wel strafrechtelijk regime moesten vallen. Mede door de groeiende invloed van de Nieuwe

Richting in de rechtsgeleerdheid en -praktijk waren het voor een deel ook juristen die psychiaters hier binnenhaalden.

Verder was het zo dat de forensische ambities van psychiaters op gespannen voet stonden met het streven om het gesticht het aanzien van een ziekenhuis te geven. Wij hebben gezien dat gestichtsgeneesheren niet stonden te springen om krankzinnige misdadigers en misdadige krankzinnigen alsook de niet krankzinnige, maar wel deels geestelijk gestoorde grensgevallen in de gestichten op te nemen omdat zij mogelijk gevaarlijk en moeilijk behandelbaar waren, de andere patiënten en verpleegsters overlast bezorgden en het toch al slechte maatschappelijke imago van de gestichten belastten. In psychiatrische kring werd daarom gepleit voor aparte en gesloten verpleeginstellingen voor psychopaten, die met de Rijkskrankzinnigengestichten in Medemblik, Grave en Woensel en later, vanaf het eind van de jaren twintig, met de psychopatenasielen voor ter beschikking van de regering gestelden (TBR) ook werden gerealiseerd. In feite illustreert deze ontwikkeling in de forensische psychiatrie in omgekeerde vorm het hierboven gesignaleerde verband tussen de psychiatrische domeinuitbreiding en de zwaarte en (on)behandelbaarheid van geestesstoornissen.⁵ Ondanks het omstreden karakter van de gerechtelijke psychiatrie, ook in de publieke opinie, valt te constateren dat deze in de eerste twee decennia van de twintigste eeuw wel terrein won, 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, zoals aan de hand van de forensische bemoeienis met de Papendrechtse strafzaak is geïllustreerd. Een nog bredere maatschappelijke rol ambiëerden sommigen van hen door middel van het preventiestreven, de sociale hygiëne. Net als in de forensische psychiatrie, de behandeling van zenuwkwalen als neurasthenie en de opleiding voor de psychiatrische verpleging, toonden zij zich op dit gebied als exponenten van het liberaal-burgerlijke normen en waardenpatroon: zelfbeheersing, redelijkheid, verantwoordelijkheids-, plichts- en ordebesef, matigheid, zelfredzaamheid, wilskracht, arbeidsethos, productiviteit, zedelijke verheffing en uitstel van directe behoeftebevrediging ten behoeve van verbetering op de langere termijn gaven de toon aan. Dit was niet nieuw: de morele behandeling was vanaf het begin geënt op dergelijke idealen.

Het hygiënistische streven in de psychiatrie lag grotendeels in het verlengde van het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in Nederland een sterk moreel en opvoedkundig karakter vertoonde en waarin cultuurpessimisme en maakbaarheidsoptimisme naast elkaar bestonden. Nederland was rijk aan kerkelijke en particuliere organisaties op charitatief terrein, die de leniging van materiële nood verbonden met geestelijke en zedelijke verheffing.⁶ In tegenstelling tot de meer etatistisch ingestelde psychiatrie in Frankrijk en Duitsland en de daarmee gepaard gaande bestuurlijke en juridische dwang, bleven de hygiënistische ambities van psychiaters en zenuwartsen hier vooralsnog grotendeels beperkt tot theorie en retoriek, met uitzondering van de bemoeienis met alcoholverslaving in consultatiebureaus alsook met de maatschappelijke ondersteuning van krankzinnigen in de maatschappij, de voor- en nazorg.⁷

Uitgedrukt in werkplekken en de omvang van instellingen was het sociaal-hygiënische werkterrein in de door ons behandelde periode niet erg omvangrijk – pas later, vanaf het eind van de jaren twintig zou het een gestage groei doormaken – maar om twee redenen was het nieuwe werkveld, 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 Klaas Herman 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'.⁸

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 de extramurale psychiatrie zou gaan varen. Deels gold dat ook voor de krankzinnigenzorg, waarin de psychiatrische verpleging immers ook in hoge mate pedagogische trekken kreeg, en voor de zorg voor zenuwlijders waar de eerste vormen van psychotherapie ook een moreel-pedagogisch karakter hadden. Hoewel de praktijk niet altijd de theorie of het ideaal weerspiegelde, 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 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 gebruik makend van de nodige druk en drang, de attitude van mensen zodanig te veranderen dat zij uit zichzelf op het goede pad zouden komen en blijven. Deze werkwijze gaf blijk van optimisme ten aanzien van de vorm- en verbeterbaarheid van mensen.

Ten derde droegen psychiaters en zenuwartsen in het kader van de bevordering van de psychische hygiëne en in het verlengde van het burgerlijk beschavingsoffensief, dat in de vorm van een zedelijk-pedagogisch ethos door zowel de confessionelen als de sociaal-democraten werd overgenomen, ook ideologische boodschappen uit met betrekking tot de positie van de mens in de moderne massamaatschappij. Psychiatrische diagnoses van de samenleving als geheel waren gebaseerd op bepaalde morele, levensbeschouwelijke en politieke waarden en in hun beschouwingen over psychische hygiëne klonken normen en idealen omtrent goed burgerschap door. Daarbij lag de nadruk vooralsnog op deugdzaamheid, gemeenschapszin, sociale aanpassing, productiviteit en verantwoordelijkheid, maar op de langere termijn zouden ook democratische waarden als individuele autonomie, zelfbepaling, zelfbewustzijn, mondigheid en emancipatie daarin een plaats krijgen.⁹

DE PSYCHIATRIE ALS GENEESKUNDE EN PSYCHOLOGIE

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 vestiging van de psychiatrie op de universiteiten was niet alleen belangrijk omdat hiermee de basis werd gelegd voor een specialistische opleiding. Ook zetten de hoogleraren, lectoren en privaatdocenten de toon voor de wetenschappelijke onderbouwing van het vak en gaven zij de aanzet tot een steeds grotere diversiteit wat betreft de verklaringsmodellen en behandelmethoden. De hoogleraren gingen al gauw de eerste viool in de NVPN spelen en zij bepaalden ook in hoge mate de discussies over de wijze waarop geestes- en zenuwziekten zouden zijn te verklaren en te behandelen.

Vanaf het begin van de negentiende eeuw was de psychiatrie grotendeels tot ontwikkeling gekomen aan de hand van de morele behandeling. Deze door Verlichtingsidealen geïnspireerde therapeutische methode was gebaseerd op zowel geneeskundige als religieuze en pedagogische oogmerken, waarbij ook de invloed van het leefmilieu een belangrijke rol werd toegeschreven. Wij hebben gezien dat gestichtsartsen deze behandelmethode naar zich toetrokken door de medische aspecten ervan te benadrukken of deze in medische zin te herinterpreteren. Daarnaast gingen sommigen van hen zich vanaf omstreeks 1850 naar het voorbeeld van de Duitse universitaire psychiatrie op de natuurwetenschappelijke, in het bijzonder de fysiologische geneeskunde oriënteren: de oorzaken van geestesziekte zouden in gestoorde lichaamsprocessen moeten worden gezocht.

In Nederland was Johannes Nicolaas Ramaer een belangrijke exponent van deze richting. Hij verwoordde een fysiologische benadering van geestesziekte, waarin de bestaande morele behandeling een plaats kreeg op basis van de gedachte dat het leefmilieu van invloed was op het lichamelijke, en daarmee ook het geestelijke functioneren van mensen. Overigens bleef het fysiologische model in de psychiatrie grotendeels theorie: voor zover er al laboratoriumonderzoek werd verricht, leverde dat geen resultaten op voor de zorg- en behandelpraktijk in de gestichten. Voor Ramaer en zijn geestverwanten vervulde de natuurwetenschappelijke oriëntatie in de eerste plaats een belangrijke retorische functie in de grensafbakening van het nieuwe vak psychiatrie. Zij distancierden zich van filosofische en godsdienstige bespiegelingen over geestesziekten en zetten zich af tegen ondeskundige bemoeienis met de krankzinnigenzorg vanuit de kerken alsook door regenten van charitatieve organisaties, niet-medische gestichtsbeheerders en lokale bestuurders.

Vanaf de jaren tachtig maakte de fysiologische optiek plaats voor een neurologische benadering: vooral aan de hand van pathologisch-anatomisch onderzoek trachtten medici geestestoornissen in de hersenen en het zenuwstelsel te lokaliseren. Hoewel dit soort onderzoek evenmin veel praktisch bruikbare kennis voor de verpleging en de behandeling van krankzinnigen opleverde, kreeg het een grotere verbreiding dan het laboratoriumonderzoek op basis van het fysiologische model: niet alleen in de universitaire klinieken, maar ook in veel gestichten ontleedden artsen de hersenen en het ruggenmerg van dode patiënten. De neurologische oriëntatie van de psychiatrie vervulde een belangrijke strategische rol in de verwetenschappelijking en de expansie van het psychiatrisch werkveld. Door middel van het samengaan met de neurologie verzekerden de universitaire psychiaters en de gestichtsartsen zich van een band met de rest van de (natuurwetenschappelijke) geneeskunde en een medisch-wetenschappelijke legitimatie van hun bemoeienis met zowel somatische als functionele zenuwziekten. De aanduiding zenuwarts voor geneeskundigen die zich in instellingen voor zenuwlijders, algemene ziekenhuizen, poliklinieken en particuliere praktijken op een breed scala aan psychosomatische aandoeningen richtten, weerspiegelde de alliantie tussen psychiatrie en neurologie en de daarmee gepaard gaande domeinuitbreiding van de psychiatrie.

Hoewel de neurologische oriëntatie tot ver in de twintigste eeuw van grote betekenis bleef voor de medische status van de psychiatrie en het pathologisch-anatomisch onderzoek voortzetting vond, werden er in psychiatrische kring al gauw vraagtekens geplaatst bij de relevantie ervan voor de verpleging van krankzinnigen en de behandeling van zenuwlijders. In de loop van de jaren negentig ging de psychiatrie zich op basis van het evolutionaire gedachtegoed in de biologie en de degeneratietheorie ook oriënteren op de bredere levenswetenschappelijke

werkwijze die in de gehele geneeskunde opgang maakte. Deze meer holistische benadering omvatte een multicausaal verklaringsmodel waarin werd verondersteld dat de wisselwerking van uiteenlopende biologische en sociale factoren aan het ontstaan en de verergering van geestes- en zenuwstoornissen ten grondslag lag.

Deze biosociale benadering sloot niet alleen beter aan bij de bestaande psychiatrische praktijk in de gestichten en inrichtingen voor zenuwlijders, waarin een multicausaal perspectief op geestes- en zenuwziekte overheerste en veel aandacht bestond voor de beschrijving van symptomen, de leefomstandigheden van patiënten en hun ziektegeschiedenissen, maar vervulde eveneens strategische functies in de psychiatrische beroepsvorming en de uitbreiding van het werkveld. Ten eerste gebruikten psychiaters en gestichtsartsen de biosociale optiek en in het bijzonder de degeneratietheorie als verklaring voor het feit dat zij er niet in slaagden om de meeste vormen van krankzinnigheid te genezen. Als de voortdurende wisselwerking tussen een gebrekkige erfelijke aanleg en schadelijke milieu-invloeden zo ver was voortgeschreden dat deze onomkeerbaar was, zouden artsen machteloos staan. Het kwam erop aan om eerder in te grijpen: therapeutische interventie zou vooral zinvol zijn als het degeneratieve proces nog ten goede was te keren. De psychiatrische bemoeienis met lichtere zenuwaandoeningen werd deels gelegitimeerd als preventieve strategie ten einde te voorkomen dat deze kwalen na verloop van tijd ontaardden in ernstige geestelijke en gedragsstoornissen. Verder vormde de biosociale optiek tezamen met de uit Frankrijk afkomstige degeneratietheorie en de uit Italië en Frankrijk overgenomen criminele antropologie de medische legitimering voor de bekommernis met de psychische hygiëne in de maatschappij en voor de forensische bemoeienis met misdaad en de strafrechtspleging.

Het door psychiaters nagestreefde medische model kende dus drie verschillende gedaantes: een fysiologische, een anatomisch-neurologische en een meer holistisch levenswetenschappelijke of biosociale optiek. Dat deze verschillende perspectieven en een meer praktisch-empirische klinische aanpak naast elkaar konden bestaan, hebben wij laten zien aan de hand van de psychiatrische bemoeienis met *dementia paralytica* in de gestichtspraktijk, in het neurologisch-anatomische onderzoek en op het terrein van de psychische hygiëne. De psychiatrische betekenisgeving van deze aandoening varieerde al naar gelang de context waarin geneeskundigen zich ermee bezighielden. De drie verschillende medische invalshoeken hebben verder op therapeutisch gebied nauwelijks tot concrete resultaten geleid.

Vanaf omstreeks 1900 won de psychologie aan invloed in de Nederlandse universitaire psychiatrie en daarna ook in de krankzinnigenzorg. Ook deze deed zich in drie verschillende verschijningsvormen gelden: de experimentele psychologie, de fenomenologische psychologie en de psychoanalyse. Net als de levenswetenschappelijke optiek stond het pleidooi voor de inschakeling van de experimentele psychologie in dienst van het streven om de klinische praktijk in de psychiatrie beter te laten aansluiten bij de natuurwetenschappelijke pretenties van vooral de universitaire beroepsbeoefenaren. Naar het voorbeeld van de door Emil Kraepelin ontwikkelde statistische methodiek en aandacht voor het verloop van geestesziekten konden psychiaters en gestichtsartsen hun ziekteclassificatie en de registratie van ziektegeschiedenissen min of meer objectiveren en standaardiseren. Deels was het pleidooi voor de toepassing van de experimentele psychologie retoriek; wij hebben geen aanwijzingen gevonden dat psychologische experimenten werden ingevoerd ten behoeve van diagnostiek en behandeling. Wel hebben wij aan de hand van uitlatingen van toonaangevende psychiaters en de behandeling van lijdens

aan dementia paralytica in het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven in Deventer vastgesteld dat Kraepelins ziekteclassificatie en systematisering van de casuïstiek in de vorm van voorge-drukte ziektegeschiedenisformulieren in de klinische praktijk toepassing vonden.

Opvallend in de ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie is de snel toenemende invloed van een psychologiserende optiek in de eerste decennia van de twintigste eeuw. In tegenstelling tot de Duitse universitaire psychiatrie, die voor de Nederlandse academische psychiaters het grote voorbeeld vormde en die overwegend vasthield aan het natuurwetenschappelijke model, toonden Nederlandse gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen een grote mate van openheid voor psychologische en in het bijzonder psychoanalytische duidingen van geestes- en zenuw-ziekten.¹⁰ Juist het gebrek aan concrete resultaten van het pathologisch-anatomische en fysio-logische laboratoriumonderzoek voor de behandeling van geestesziekte in de klinische praktijk alsook de toenemende bemoeienis van zenuwartsen met functionele zenuwaandoeningen rie-pen een reactie op in de vorm van benaderingen waarin de werking van de menselijke geest onafhankelijk van die van het lichaam werd geduid.

De eveneens uit de Duitstalige landen geïmporteerde psychoanalyse en fenomenologische benaderingen hadden met hun nadruk op interpretatieve methoden een sterk geestesweten-schappelijk karakter. In deze stromingen ontstond systematische belangstelling voor de sub-jectieve ‘binnenkant’ van geestesstoornissen en werd de individuele beleving aangrijpingspunt voor nieuwe pedagogische en psychotherapeutische behandelingen. Behalve aan de chaotische gedragingen schonken medici nu ook aandacht aan de inhoud van het verwarde denk- en ge-voelsleven 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 ob-jectiverende methode. De veranderende sociale achtergrond van de clientèle van zenuwartsen – vooral in de instellingen voor zenuwlijders en de particuliere praktijken groeide het aandeel van uit de midden- en hogere standen afkomstige patiënten – speelde hierbij ook een rol. Deze zelf betalende en mondige zenuwpatiënten konden meer individuele aandacht van de arts ver-wachten en eisen dan de op kosten van de armenzorg in gestichten verpleegde krankzinnigen uit de lagere klassen. Verder bood de integratie van de psychologie in de psychiatrie de be-roepsbeoefenaren een nieuwe mogelijkheid om hun competentiegebied uit te breiden: de psy-chopathologie zou licht kunnen werpen op het normale psychische functioneren van de mens en omgekeerd.

Opmerkelijk hierbij is de belangrijke rol die Albert Willem van Renterghem en Frederik van Eeden met hun psychotherapeutische praktijk in Amsterdam en de gereformeerde hoogleraar Leendert Bouman en zijn leerlingen aan de Vrije Universiteit speelden. Van Renterghem en Van Eeden vervulden een sleutelrol in de transformatie van de uit Frankrijk geïmporteerde en aan hypnose en suggestie ontleende psychotherapeutische methode naar de op zelfinzicht ge-baseerde gesprekstherapieën in het algemeen en de psychoanalyse in het bijzonder. Bouman en zijn navolgers zouden met hun fenomenologische blik een grote invloed uitoefenen op de verdere ontwikkeling van de Nederlandse universitaire psychiatrie, met name wat betreft de filosofisch-antropologische inslag daarvan. Daarnaast was Gerbrandus 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.

ECLECTICISME EN CONTINUÏTEIT

De opmars van de inlevende, psychologiserende optiek ging niet ten koste van andere benaderingen. Met uitzondering van figuren als Cornelis Winkler, die ondanks zijn erkenning van de tekortkomingen ervan hardnekkig vasthield aan het biomedische model, waren Nederlandse psychiaters geen scherpslijpers: zowel de universitaire psychiatrie als de psychiatriebeoefening en krankzinnigenzorg in het algemeen kenmerkten zich in ons land vanaf het begin door een grote mate van pragmatisme en eclecticisme. Jelgersma was een van de psychiaters die de veelzijdigheid van de psychiatrie belichaamde. Hij maakte naam met neurologisch-anatomisch onderzoek naar krankzinnigheid én de psychotherapeutische behandeling van zenuwstoornissen; hij was protagonist van zowel de criminele antropologie als de psychoanalyse; hij was pleitbezorger van de psychiatrie als natuur- en geesteswetenschap en hij profileerde zich als wetenschapper en als cultuurcriticus. In het algemeen bleef de biomedische aanpak naast de psychologische, opvoedkundige en sociaal-culturele optiek bestaan – al was het maar omdat psychiaters, gestichtsgeneesheren en zenuwartsen onder geen beding de medische status van hun vak op het spel wilden zetten.

In dit verband wijzen wij er ook op dat ondanks de diverse naast elkaar bestaande en deels elkaar afwisselende medische, psychologische en sociaal-culturele modellen, die deels een retorische en strategische functie vervulden, er in de psychiatrische praktijk sprake was van een onderstroom die een grote mate van continuïteit vertoonde. Die werd gekenmerkt door observatie en beschrijving van de uiterlijke symptomen van geestes- en zenuwziekten alsook door een individualiserende verklaring waarin biologische, psychologische, morele en sociale factoren naast en door elkaar voorkwamen. In de klinische praktijk was het niet mogelijk om krankzinnigheid en andere geestelijke of zenuwstoornissen los te zien van de zieke mens in al zijn biologische, sociale, psychologische en culturele facetten. Deze veelzijdigheid was juist het aspect dat de in feite multidisciplinaire psychiatrie onderscheidde van de rest van de geneeskunde en dat haar status als apart specialisme legitimeerde. Een reductionistische biomedische benadering zou de psychiatrie ondergeschikt aan de neurologie of interne geneeskunde hebben gemaakt en haar bestaan als zelfstandig specialisme in gevaar hebben gebracht. Verder zien wij in therapeutisch opzicht een grote mate van continuïteit in de vorm van diverse opvoedkundige benaderingen en, in de gestichten, arbeidsverschaffing, als afleiding, disciplineren of therapie dan wel uit economische noodzaak.

De ambitie om aansluiting te vinden bij de natuurwetenschappelijke en somatische geneeskunde bleek steeds weer uit te pakken als keurslijf, dat geen oplossingen bood voor de problemen die geneeskundigen in de klinische praktijk ervoeren in de omgang met krankzinnigen en zenuwpatiënten. Als het om het biologisch determinisme ging, dat in de tweede helft van de negentiende eeuw in het kielzog van Darwins evolutieleer en de natuurwetenschappelijke geneeskunde veld had gewonnen, stelden Nederlandse psychiatriebeoefenaren zich over het geheel genomen vrij gereserveerd op. Winkler, die zich als neurologisch wetenschapper distantieerde van de praktijk van de krankzinnigenzorg, was de uitzondering die de regel bevestigde. Voor een deel hing deze terughoudendheid samen met de invloed van de confessionelen, die zich deels apart organiseerden op psychiatrisch gebied.

De verzuiling drukte vanaf het eind van de negentiende eeuw een stempel op de Nederlandse krankzinnigenzorg. Omgekeerd kreeg de verzuiling mede gestalte dóór de krankzinnigenzorg.

Bij de bouw van krankzinnigengestichten namen de gereformeerden het voortouw, spoedig daarop gevolgd door de katholieken, terwijl het Nederlands-Hervormde en joodse aandeel relatief bescheiden bleef. Het levensbeschouwelijke karakter van een deel van de Nederlandse psychiatrie bleek voorts uit de grote aandacht van gestichtsartsen voor de inhoudelijke invulling van de psychiatrische verpleging. De confessionele profilering kreeg vooral gestalte in de opleidingen, leerboeken en tijdschriften voor het verplegend personeel, waarin omgangsregels en normen omtrent al dan niet acceptabel gedrag een belangrijke plaats innamen. De verzuiling in de psychiatrie heeft de inhoudelijke diversiteit ervan bevorderd en er ook toe bijgedragen dat de psychologische en moreel-opvoedkundige oriëntaties zich in de Nederlandse psychiatriebeoefening wortelden. Overigens komt in de gereformeerde en katholieke psychiatrie ook naar voren dat schermutselingen tussen enerzijds geneeskundigen en anderzijds theologen, geestelijken en religieuze congregaties aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw nog niet tot het verleden behoorden. Zelfs de gelovige Leendert Bouman, die een psychiatrie trachtte te ontwikkelen in het verlengde van de gereformeerde beginselen, kwam in conflict met theologen.

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.¹¹ Het argument waarmee de Minister van Justitie ten tijde van de invoering van de eerste Krankzinnigenwet de voor gestichtsoptneming noodzakelijke rechterlijke machtiging erdoor drukte en deze in de wet van 1884 werd gehandhaafd, namelijk de bescherming van burgerlijke vrijheden, bleef een belangrijke overweging om terughoudendheid te betrachten als het om dwang en drang ging. Voor Nederlandse geneeskundigen speelde voorts ook de medische ethiek, de verantwoordelijkheid voor en vertrouwensband met individuele patiënten, hierbij een belangrijke rol. Voor met name confessionele gestichtsartsen en psychiaters gold verder dat zij enige afstand bewaarden ten aanzien van het biologisch determinisme en materialisme, omdat deze niet verenigbaar waren met de plaats die de geest en de vrije wil in het christelijk mensbeeld innamen en omdat zij rekening moesten houden met de kerkelijke invloed in de gereformeerde en katholieke gestichten en andere psychiatrische instellingen. Juist vanuit confessionele hoek kwam ook kritiek op de eugenetische tendensen die zich na de Eerste Wereldoorlog in het voorbeeldland Duitsland voordeden.¹²

Het contrast tussen Nederland en Duitsland werd aan het begin van de twintigste eeuw en in het bijzonder tijdens de Eerste Wereldoorlog alleen nog maar vergroot. Tot in de twintigste eeuw vervulde de gestichtspsychiatrie twee functies: een medisch-humanitaire (verzorging, bescherming en behandeling), waarbij het belang van de individuele patiënt (en diens naasten) voorop stond, en een sociaal-politieke (segregatie), waarbij het erom ging de naaste omgeving en de samenleving te vrijwaren van overlast en/of gevaar. Terwijl in de Duitse krankzinnigenzorg en psychiatrie de sociaal-politieke oogmerken de medisch-humanitaire doelstellingen verdrongen, bleef in Nederland een zeker evenwicht gehandhaafd. Hoewel pleidooien voor een zekere dwang en drang in de eerste hygiënistische en sociaal-psychiatrische initiatieven in Nederland zeker niet ontbraken, werden zij toch sterker bepaald door het idee van opvoedkundige verbeterbaarheid op individueel niveau en op vrijwillige basis. In Duitsland daarentegen stonden sociaal-hygiënische en -psychiatrische maatregelen overwegend in dienst van de bescher-

ming van de openbare orde en de collectieve preventie van geestesstoornissen, waarbij het sociaal-darwinistische en eugenetische gedachtegoed steeds meer de toon ging aangeven. 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. Als gevolg van de Eerste Wereldoorlog verslechterden de levensomstandigheden van de patiënten in de Duitse krankzinnigengestichten zodanig dat velen honger leden en stierven. De Eerste Wereldoorlog beroerde de Nederlandse krankzinnigengestichten daarentegen nauwelijks. Wel moest 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, was nauwelijks sprake.¹³ Wat in Nederland in verband hiermee ook ontbrak was de invloed van de militaire psychiatrie die in andere landen, en weer met name in Duitsland, een sterk disciplinerend karakter vertoonde.¹⁴

PSYCHIATRIE IN DE MODERNISERENDE SAMENLEVING

Het zal duidelijk zijn dat de Nederlandse psychiatriebeoefenaren niet louter op eigen kracht hun vak tot ontplooiing brachten. Anno 1920 waren de door Ramaer in 1871 ter gelegenheid van de oprichting van de NVP geformuleerde ambities – zoals de vestiging van de psychiatrie op de universiteiten ter bevordering van haar wetenschappelijke status, de inrichting van een academische opleiding, de versterking van de positie van medici in de gestichten, de medicalisering en humanisering van de krankzinnigenzorg en een verbetering van het maatschappelijk aanzien ervan – geheel of deels gerealiseerd. De inspanningen van de NVP(N) en van toonaangevende psychiaters als Ramaer, Winkler, Jelgersma en Jacob van Deventer hebben hier ongetwijfeld toe bijgedragen, maar de professionele ruimte en bevoegdheden van gestichtsgeneesheren, psychiaters en zenuwartsen werden mede bepaald door die van andere (beroeps)groepen als gestichtsbeheerders, regenten van liefdadigheidsorganisaties, bestuurders, geestelijken en juristen. De psychiatrische beroepsgroep en -vereniging waren ook afhankelijk van de maatschappelijke omstandigheden en het optreden van de overheid.

Vanaf de jaren zeventig van de negentiende eeuw kwam Nederland in de greep van verandering en vooruitgang: de industrialisering kwam op gang, de geografische en sociale mobiliteit nam toe, steeds meer mensen gingen in steden wonen, er ontstond een *civil society* op nationale schaal, de levensomstandigheden en volksgezondheid verbeterden, de overheid begon actiever in te grijpen in de samenleving en de sociale en politieke emancipatie van tot dan toe van politiek burgerschap uitgesloten groepen als arbeiders, katholieken, orthodoxe protestanten en vrouwen nam een aanvang. Het was tegen de achtergrond van de sociaal-politieke modernisering en het ontstaan van een grootschalige massasamenleving dat gestichtsgeneesheren uit het isolement van het krankzinnigengesticht traden en hun beroepsdomein trachtten uit te breiden.

Van groot belang was dat Nederland welvarender werd, waardoor er meer geld beschikbaar kwam voor psychiatrische zorg en de institutionele krankzinnigenzorg in vergelijking met en-

kele buurlanden een inhaalslag kon maken. De economische conjunctuur vond haar weerslag in de sterk groeiende capaciteit van de intramurale psychiatrie, het stijgende aantal opgenomen patiënten en het verbeterende zorgpeil. De grotere welvaart vertaalde zich niet alleen in meer financiële middelen van zowel overheidswege als maatschappelijke organisaties ten behoeve van de krankzinnigen- en zwakzinnigenzorg, waardoor het uitdijende zorgaanbod de vraag naar institutionele hulp stimuleerde, maar ook in het ontstaan van een vrije medische markt waarop zelfbetalende patiënten met uiteenlopende kwalen de hulp inriepen van in sanatoria en andere rust-, verpleeg- en kuuroorden alsook in particuliere praktijken werkzame zenuwartsen. Deze geneeskundigen kwamen deels tegemoet aan in de maatschappij levende noden en reacties op maatschappelijke veranderingen. Geneeskundigen en veel van deze patiënten deelden bepaalde (burgerlijke) normen en waarden, zoals naar voren komt in de dossiers van de lijdens aan neurasthenie in het sanatorium Rhijngeest. Veel neurasthenische klachten kunnen worden gezien als uitingen van een geïnternaliseerd onbehagen met betrekking tot de zich snel veranderende maatschappij en de behandelingen van psychiaters en zenuwartsen als pogingen om die zorgen en spanningen op een geïndividualiseerd niveau te verhelpen, waarbij aan de burgerlijke cultuur ontleende morele richtlijnen de leidraad vormden.

Een tweede belangrijke factor was het toenemende sociale activisme vanuit particuliere, met name confessionele kringen en de groeiende overheidsinterventie in de maatschappij. Gecombineerd met de economische groei werd daardoor de bouw golf in het krankzinnigenwezen in de jaren 1884-1914 en een verdriedubbeling van zijn capaciteit mogelijk en kwam ook een toenemend aantal andere psychiatrische instellingen, zoals sanatoria en universitaire klinieken, tot stand. 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 vervoersmogelijkheden, het vermogen van de gemeentelijke armenzorg om de kosten te dragen alsook aanvullende overheidssubsidies rekenen op een voortdurende toestroom van patiënten. Ook was er, zeker na de totstandkoming van een verpleegopleiding, sprake van een toenemende bereidheid van min of meer geschoolde 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 toenomen sociale bewustzijn en activisme. Ook kon zij profiteren van de groeiende overheidsbemoediging met het maatschappelijke leven, waarmee de sociaal-liberalen een begin maakten en die door confessionelen gedomineerde regeringen voortzetten.

PSYCHIATRIE TUSSEN SOCIALE DISCIPLINERING EN DEMOCRATISERING

Op basis van onze beschrijving van de ambities, de ideeën en de activiteiten van de psychiatrische beroepsgroep en de maatschappelijke omstandigheden die zijn ontwikkeling bepaalden, concluderen wij dat gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen moeilijk kunnen worden gezien als op macht en status beluste geneeskundigen die krankzinnigen en andere lijdens of afwijkende individuen onderwierpen aan een medisch regime. Weliswaar ontbrak het niet aan

de ambitie om het beroepsdomein uit te breiden, onder meer door bepaalde afwijkende gedragingen in termen van geestesstoornis te benoemen en nieuwe therapeutische instellingen op te zetten, en slaagden zij hierin ook voor een deel, maar dit was niet louter het gevolg van medisch imperialisme. Een betrekking als gestichtsgeneesheer bracht geen prestige, gewin of macht met zich mee: de salarissen lagen op een relatief laag peil, de arbeidsomstandigheden waren zwaar en soms onaangenaam en het maatschappelijk aanzien van de gestichten was slecht. Het argument van gestichtsartsen dat een versterking van de geneeskundige invloed in de krankzinnigenzorg gelijktijdig een meer humane behandeling van de patiënten garandeerde, was niet slechts retoriek ten behoeve van hun professionele belang. Hun streven was ook ingegeven door vertrouwen in wetenschappelijke vooruitgang en door behandeloptimisme. Hoewel zij hun therapeutische pretenties niet konden waarmaken, heeft de medicalisering van de gestichten wel geleid tot een verbetering van de huisvesting, de hygiënische omstandigheden, de leefsituatie en de behandeling van de patiënten door het verplegend personeel.¹⁵

Dat de vergroting van de medische invloed in de gestichten gelijk opging met de verbetering van de zorg bleek vooral vanaf 1890, toen de NVP en daarna ook de gereformeerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland besloten dat het 'oppassend' personeel een opleiding in krankzinnigenverpleging diende te volgen. De psychiaters en gestichtsartsen bepaalden zelf de inhoud van die opleiding, namen de examens af en maakten de verplegenden grotendeels aan hen ondergeschikt. Zo drukten de geneeskundigen via de verpleging ook hun stempel op het dagelijks leven in de gestichten. De veranderende inhoudelijke oriëntatie van de psychiatrie, waarbij naast de biomedische optiek een meer psychologische en pedagogische aanpak terrein won, is duidelijk af te lezen aan de talrijke herziene edities van door psychiaters geschreven handboeken voor psychiatrisch verpleegkundigen.¹⁶ Een opmerkelijk gevolg van het bestaan van een aparte psychiatrisch-verpleegkundige opleiding en beroepsgroep, waarbij Nederland internationaal gezien een uitzondering vormde, was het grote aandeel van mannen daarin, zowel getalsmatig als wat betreft hun invloed op de inhoud van het vak, die met name tot uitdrukking kwam in de aan invloed winnende sociaal-pedagogische invalshoek.

Het is niet zo dat gestichtsartsen streefden naar steeds meer en grotere krankzinnigengestichten waardoor zij steeds grotere zeggenschap over steeds meer krankzinnigen zouden krijgen. Als ze dat al hadden nagestreefd – waarvoor geen aanwijzingen zijn – dan stelden de vereiste rechterlijke machtiging, de noodzakelijke en beperkte financiële middelen van overheidswege en de wensen van krankzinnigen en hun familieleden omtrent opname en ontslag, grenzen aan een dergelijke ambitie. Gestichtsartsen waren er niet op uit om patiënten zo lang mogelijk vast te houden in gestichten en van een 'grote opsluiting' was geen sprake. De institutionalisering van krankzinnigen nam in Nederland minder massale vormen aan dan in sommige andere landen. De overbevolking en het grote aantal chronische patiënten in de gestichten werd door geneeskundigen ervaren als een hindernis voor het realiseren van hun therapeutische ambities.

Bovendien vormde de psychiatrische beroepsgroep niet altijd een eenheid. Hierboven is nog eens benadrukt dat de inhoudelijke invulling van het vak met verschillende biomedische en psychologische oriëntaties alsook moreel-opvoedkundige en sociaal-culturele benaderingen steeds meer uiteenliep. Wij hebben ook gezien dat er wat betreft de grenzen van het beroepsdomein onder psychiaters, zenuwartsen en gestichtsartsen verschillende opvattingen leefden, met name als het ging om de bevoegdheden op het gebied van de forensische psychiatrie, de

invulling van het psychiatrisch onderwijs, de definitie van krankzinnigheid en van ziektebeelden als *insania moralis* en *neurasthenie*, de urgentie van de bestrijding van alcoholisme en de noodzaak en wenselijkheid van de toepassing van dwang binnen en buiten gestichten. De interne verdeeldheid tussen enerzijds zenuwartsen en universitaire psychiaters en anderzijds gestichtsartsen bleek uit de discussies over de specifieke problemen en belangenbehartiging van de gestichtsgeneesheren, die in 1919 een aparte vereniging oprichtten. Een ander geschilpunt betrof de verhouding tussen wetenschappelijkheid en praktische toepassing: met name Winkler deed zich steeds weer gelden als de natuurwetenschapper die zich distantieerde van de praktische krankzinnigenzorg en bepaalde maatschappelijke toepassingen van psychiatrische kennis, zoals op forensisch gebied.

Verder bestonden binnen de beroepsgroep meningsverschillen over de verhouding tussen de rol van geneeskundigen als behandelaars van individuele patiënten op vrijwillige basis en het streven van sommige beroepsbeoefenaren naar een maatschappelijke rol als hygiënist en ordebewaker, waarbij het gebruik van een zekere mate van sociale en juridische dwang welhaast onvermijdelijk was. In dat opzicht ontbrak het de beroepsgroep niet aan zelfkritiek. Winkler bijvoorbeeld riep zijn collega's regelmatig tot de orde als zij in zijn ogen de wetenschappelijke maatstaven van hun vak uit het oog verloren, bijvoorbeeld op het gebied van de forensische psychiatrie. Vooral de gestichtsgeneesheer Willem H. Cox oefende felle kritiek uit op geslotenheid van het krankzinnigenwezen, de rol die geneeskundigen daarin volgens hem als ordebezoekers speelden en hun gebrek aan inleving ten opzichte van de patiënten. Zijn opmerking dat hij een krankzinnig familielid liever niet aan een gesticht zou toevertrouwen, loog er niet om. Wat betreft de onomwondenheid van zijn kritiek was Cox vrij uitzonderlijk, maar hij was zeker niet de enige beroepsbeoefenaar die regelmatig kanttekeningen plaatste bij het reilen en zeilen in psychiatrische instellingen en de wijze waarop het vak werd uitgeoefend. Tot slot gaven de psychiatriebeoefenaren al vanaf het eind van de negentiende eeuw op zeer uiteenlopende wijze invulling aan hun vak. Waar natuurwetenschappelijk georiënteerde psychiaters als Ramaer en Winkler zich expliciet afzetten tegen godsdienst, filosofie en de geesteswetenschappelijke psychologie, betoogden bijvoorbeeld Gustaaf Eduard Voorhelm-Schneevoogt en Cox dat psychiaters weliswaar medici waren, maar dat zij ook over psychologisch en sociaal inzicht en een brede wijsgerige en culturele bagage moesten beschikken.

De veelvormigheid van de psychiatrie stond een consistente en effectieve belangenbehartiging in de weg. De beroepsbeoefenaren waren onderling vaak te verdeeld om eensgezind voor hun beroepsbelangen op te komen. Als belangenvereniging was de NVP(N) geen krachtige organisatie, temeer omdat de toonaangevende geneeskundigen daarin, vooral de hoogleraren en de inspecteurs van het Staatstoezicht, overwegend op persoonlijk gezag en op ad hoc basis met overheidsinstanties overlegden en zij niet altijd eensluidende opvattingen verkondigden.¹⁷ Daar kwam nog bij dat sommige beroepsbeoefenaren van mening waren dat de medische ethiek beperkingen oplegde aan de expansie van het werkveld en de toepassing van (juridische) dwang. De mate van dwang die geneeskundigen konden uitoefenen op patiënten varieerde al naar gelang de institutionele context. Gestichtsartsen in krankzinnigengestichten met overwegend armlastige patiënten die met een rechterlijke machtiging waren opgenomen konden zich in dit opzicht veel meer veroorloven dan zenuwartsen in sanatoria, rust- en kuuroorden en particuliere praktijken met hun grote aandeel aan beter gesitueerde en zelfbetalende patiënten die op vrijwillige basis geneeskundige hulp zochten.

Hierboven is reeds opgemerkt dat het professionele ethos van de psychiatrie was doordeesemd van burgerlijk-liberale waarden. Gestichtsartsen, psychiaters en zenuwartsen bewogen zich in het spanningsveld tussen de druk in de moderniserende samenleving om afwijkend gedrag aan controle en normalisering te onderwerpen en de medische opdracht om individuele noden te lenigen. Het vak psychiatrie kwam tot ontplooiing tussen de polen van humanisering en sociale disciplineren en van sociale integratie en segregatie. Door middel van diagnose, verpleging en behandeling vervulde de psychiatrie een medisch-humanitaire functie waarbij het belang van de individuele patiënt en diens naasten voorop diende te staan. Daarnaast kreeg de psychiatrie ook een sociaal-politieke taak aangereikt of trachtten de beroepsbeoefenaren deze te verwerven: hierbij ging het erom de samenleving te vrijwaren van overlast, gevaar of schade. Revisionistische geschiedschrijvers van de psychiatrie hebben, mede onder invloed van het werk van Michel Foucault, benadrukt dat de medisch-humanitaire oogmerken ondergeschikt werden gemaakt aan de sociaal-politieke doelstellingen. Daarbij is het opvallend dat de sociaal-politieke kant van de menswetenschappen in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder meestal in termen van onderdrukking en disciplineren wordt geduid.¹⁸ Op basis van ons onderzoek naar het ontstaan van de Nederlandse psychiatrie komen wij tot een andere afweging.

Ten eerste was het in Nederland niet zo dat het medisch-humanitaire aspect van de psychiatrie moest wijken voor sociaal-politieke oogmerken; in de beroepsgroep als geheel bleven zij min of meer in evenwicht doordat individuele beroepsbeoefenaren verschillende accenten legden. Tegenover een Jelgersma met zijn vergaande aanspraken op forensisch gebied bijvoorbeeld, stonden tal van collega's die tot terughoudendheid maanden en terwijl de ene psychiater pleitte voor juridische dwangmaatregelen om alcoholisten te kunnen behandelen, benadrukte de andere dat medische behandeling altijd op vrijwilligheid gebaseerd moest zijn. En als de psychiatrische beroepsgroep dat al eensgezind had bepleit, dan nog zou de over het algemeen terughoudende Nederlandse overheid niet genegen zijn geweest om op medisch gebied bestuurlijke en juridische dwang mogelijk te maken.

Ten tweede getuigt het van eenzijdigheid om de maatschappelijke functie van de psychiatrie uitsluitend als onderdrukkend of disciplinerend te beschouwen. Hoewel sociale beheersing, gedragsregulering en normalisering zeker ook onderdeel van de werking van de psychiatrie zijn en daarvan in dit boek ook tal van voorbeelden zijn gegeven, geldt voor de Nederlandse situatie dat haar sociaal-politieke rol ook een andere kant had. Tegen de achtergrond van de modernisering van ons land weerspiegelde de ontwikkeling van de psychiatrie, met haar nadruk op rationaliteit, wetenschappelijkheid, professionele deskundigheid, sociaal activisme, maatschappelijke vooruitgang, burgerdeugd, zorgzaamheid, zelfbewustzijn en zelfinzicht, ook de op gang komende sociale en politieke democratisering.

Tot ver in de negentiende eeuw waren het nog grotendeels uiterlijke kenmerken waaraan staatsburgers als kiesgerechtigden moesten voldoen – bezit, economische onafhankelijkheid, het behoren tot het mannelijk geslacht en het betalen van belasting. Vanaf het eind van de negentiende eeuw, toen het kiesrecht stap voor stap werd uitgebreid, en de opkomende sociale interventiestaat de tegenstelling tussen formele politieke rechten en de sociaal-economische ongelijkheid verzachtte en de uiterlijke criteria aan belang inboetten, ging het daarentegen steeds meer om de juiste mentaliteit en attitude, om het afleggen van verantwoording met betrekking tot het eigen gedrag en de drijfveren daarachter. In de traditionele standenmaatschap-

NABESCHOUWING

pij, waarin het volk door middel van hiërarchische verhoudingen en dwang van buitenaf op zijn plaats werd gehouden, was de innerlijke gezindheid van de individuele onderdanen van ondergeschikt belang.

De deels politiek gemotiveerde aandacht voor het innerlijk van mensen won aan betekenis naarmate de democratisering voortschreed. Juist in een democratiserende maatschappij, waarin onderschikking, dwang en geweld steeds meer naar de achtergrond verdwenen om plaats te maken voor vrijwillige instemming met en actieve deelname aan het sociaal-politieke bestel, werden de mentaliteit, motivatie en geestelijke vermogens van burgers belangrijker. Vanuit de optiek van de elites vereiste de politieke en sociale democratisering een 'inwendige zending' ten einde de massa op te voeden tot een verantwoordelijke uitoefening van rechten en het nakomen van verplichtingen. Zelfbeheersing en plichtsbewustzijn moesten een ordelijk publiek leven in vrijheid, zonder dwang van bovenaf, en loyaliteit aan het democratisch bestel garanderen. Een democratische orde en *civil society* konden immers alleen bestaan en in stand blijven als individuen hun vrijheden en rechten op een verantwoorde en beheerste manier gebruikten. Daarbij kwam het aan op internalisering van burgerlijk-democratische waarden en persoonlijkheidsvorming. Terwijl Foucault en zijn navolgers het streven naar zelfkennis en zelfbeheersing opvatten als de kern van een onstuitbare en alomvattende disciplinerende en aan psychiaters en aanverwante 'psydeskundigen' daarin een sleutelrol toeschrijven, zouden wij dat streven en het aandeel van de psychiatrie daarin ook met sociale egalisering en democratisering in verband willen brengen, ontwikkelingen die in de revisionistische en de Foucaultiaanse optiek onvoldoende recht worden gedaan.

TABELLEN

Tabel 1. Aantallen gestichten en opgenomen krankzinnigen in Nederland 1825-1884¹

<i>Jaar</i>	<i>geneeskundige gestichten</i>	<i>bewaarplaatsen</i>	<i>Aantal patiënten</i>
1825		?	700
1838		?	800
1842		3 ¹	722
1850	11	6	1233
1863	11	2	2610
1872	12	1	3663
1884	14		4771

TABELLEN

Tabel 2. Ledental Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) 1871-1920²

<i>Jaartal</i>	<i>Gewoon</i>	<i>Honorair</i>	<i>Totaal</i>
1871	13	0	13
1872	24	1	25
1875	38	3	41
1884	47	9	56
1885	48	11	59
1886	53	10	63
1887	55	13	68
1888	57	13	70
1889	66	15	81
1890	69	17	86
1891	72	17	89
1892	82	21	103
1893	86	20	106
1894	82	19	101
1895	86	20	106
1896	85	19	104
1897	85	34	119
1898	101	38	139
1899	107	38	145
1900	118	37	155
1901	119	38	157
1902	123	37	160
1903	127	32	159
1904	136	32	168
1905	137	31	168
1906	148	29	177
1907	161	29	190
1908	157	28	185
1909	168	28	196
1910	173	27	200
1911	181	25	206
1912	182	24	206
1913	180	25	205
1914	182	24	206
1915	181	19	200
1916	180	19	199
1917	184	17	201
1918	192	17	209
1919	198	18	216
1920	204	16	220

TABELLEN

Tabel 3. Werkplekken en beroepsomschrijving gewone leden Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) 1871-1920 in absolute aantallen³

Peiljaar	1871	1887	1896	1906	1914	1920
Aantal gewone leden	13	55	85	148	182	204
<i>Omschrijving werkplek en/of beroep/functie</i>						
Intramuraal met Rechterlijke Machtiging						
Krankzinnigeninrichting:						
Gestichtsgeneesheer of						
Geneesheer-Directeur	12	33	43	62	81	73
Intramuraal zonder Rechterlijke Machtiging						
Sanatorium of Inrichting voor Zenuwlijders						
Geneesheer of Geneesheer-Directeur)	-	-	3	11	11	13
Inrichting voor epileptici:						
Geneesheer	-	-	-	-	-	3
Algemeen ziekenhuis:						
Geneesheer of arts	-	-	-	-	-	2
Extramuraal⁴						
'Arts' of geen nadere aanduiding						
'Consuleerend'/'Speciaal' arts in zenuw en zielsziekten, zenuwarts, psychotherapeut of electrotherapeut	-	8	21	29	38	54
Universiteit Onderzoek						
Universiteit, universiteitskliniek:						
Hoogleraar, lector, privaatdocent of assistent in opleiding						
	1	5	6	10	10	17
Buitenacademische						
Onderzoekscentra (Centraal Instituut Hersenonderzoek)	-	-	-	-	2	2
Overheid						
Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten						
	-	2	2	2	2	2
Geneeskundig Staatstoezicht						
	-	3	1	2	2	-
Officier van gezondheid						
	-	1	2	10	10	8
Gevangenis/Tuchtchool/Leger						
	-	1	-	-	3	2

TABELLEN

Tabel 4. Percentuele stijging van het aantal leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (en Neurologie) en het percentuele aandeel van hun werkplekken 1871-1920

	1871	1887	1896	1906	1914	1920
Stijging aantal gewone leden ten opzichte van het vorige peiljaar (Absolute aantal gewone leden)	0 (13)	323 (55)	54 (85)	74 (148)	22 (182)	12 (204)
<i>Percentuele aandeel van hun werkplekken:</i>						
Intramuraal met Rechterlijke Machtiging	92	60	51	42	44,5	36
Intramuraal zonder Rechterlijke Machtiging	0	0	3,5	7,5	6	8,8
Extramuraal	0	18	35	35	33,5	37
Universiteit/Onderzoeksinstelling	8	9	7	7	6,5	9,3
Anders	0	13	3,5	8,5	9,5	9,3

TABELLEN

Tabel 5. Op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzame artsen, 1900⁵

	I. TOTAAL LANDELIJK			II. GROTE PLAATSEN		
	n ⁶ (%)	jaren arts	% lidm NVPN	n	spec ⁷ (%) ⁸	eigen prakt. (%)
Totaal	107 (100)	14,7	75	40	23 (58)	24 (60)
w.v. vrouw	0 (0)					
Intramurale GGZ						
* krankz.gestichten	54 (50)	15,0	83	9	3 (33)	2 (22)
* sanatoria, inr zenuw zkt	14 (13)	15,5	67	3	3 (100)	3 (100)
* overige	8 (8)	12,2	38	1	0	
Totaal	75 (70)	14,9	74	13	6 (46)	5 (38)
Univ. klinieken						
* staf	3 (3)	15,5	100	3	0 (0)	3 (100)
* assistenten in opleiding	3 (3)	1,9	67	3	0 (0)	0 (0)
Totaal	6 (6)					
Poliklinieken/ziekenhuizen						
* zelfst poli's	3 (3)	9,5	100	3	3 (100)	3 (100)
* poli's ziekenhuis	4 (4)	10,2	100	2	1 (50)	1 (50)
* staf ziekenhuis	1 (1)	16,5	0	1	0 (0)	0 (0)
Totaal	7 (7)	13,5	83	5	4 (80)	4 (80)
Eigen praktijk						
W.v. exclusief ⁹	16 (15)					
Overige	4 (4)					
Onbekend	4					

TABELLEN

Tabel 6. Op psychiatrisch-neurologisch terrein werkzame artsen, 1920¹⁰

	I. TOTAAL LANDELIJK				II. GROTE PLAATSEN		
	1900	1920 (%)	n jaar lid	% lid NVPN	n	spec (%)	eigen prakt (%)
Totaal	107	220	16,8	78	134	91 (68)	74 (55)
w.v. vrouwen	0	12 (5)	7,5	67			
Intramurale GGZ							
* gestichten, psych. intr.	54	96 (44)	15,3	84	29	20 (69)	12 (41)
* intr/sanatoria znw.zktn	14	26 (12)	21,1	85	16	15 (94)	11 (69)
* overige	8	19 (9)	20,7	50	9	6 (67)	5 (56)
Totaal	75	137 (62)	17,6	79	52	37 (71)	26 (50)
Univ.klinieken							
* staf	3	19 (9)	15,2	95	18	11 (61)	8 (44)
* assistenten in opl.	3	13 (6)	2,2	54		(0)	-
Totaal	6	32 (15)					
Poliklinieken/ziekenhuizen							
* zelfst poli's	3	16 (7)	15,5	75	16	13 (81)	12 (75)
* poli's zkhn	4	7 (3)	17,7	100	7	7 (100)	7 (100)
* staf ziekenhuizen	1	5 (2)	21,7	100	5	5 (100)	4 (80)
Totaal	7	27 (12)	17,2	89	27	24 (89)	23 (85)
Ambulante GGZ							
		3 (1)	22,2	100	3	3 (100)	3 (100)
Eigen praktijk							
w.v. exclusief ¹¹	24	74 (34)	19,5	88			
	16	39 (18)					
Overige							
	4	4 (2)					
Onbekend							
	4	7					

TABELLEN

Tabel 7. Combinaties van psychiatrisch-neurologische werkplekken 1920¹²

	Tot.	Exclusief (%)	Tevens werkzaam in:				
			IGGZ (%)	univ (%)	AGZ (%)	Amb. (%)	EP ¹³ (%)
Intramurale GGZ	137	108 (79)	XX	3 (2)	8 (6)	0 (0)	26 [52](50)
Universiteitsklin.	32	19 (59)	3 (9)	XX	3 (9)	1 (3)	8 [29] (28)
Poli's, ziekenh.	27	2 (7)	8 (31)	3 (11)	XX	0 (0)	23 [27] (85)
Ambulante GGZ	3	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	XX	3 [3] (100)
Eigen praktijk	74	22 (29)	26 (34)	8 (11)	23 (30)	3 (4)	XX

TABELLEN

Tabel 8. Vergelijking psychiatrisch-neurologische werkplekken 1900-1920¹⁴

	1900	1920
	n (%)	n (%)
Totaal	107	220
Krankzinnigengesticht / Psychiatrische inrichting	54 (50)	96 (44)
Overige intramuraal	22 (21)	45 (20)
Totaal exclusief dubbeltellingen	75 (70)	137 (62)
Universiteitsklinieken	6 (6)	32 (15)
Algemene gezondheidszorg (poliklinieken, ziekenhuizen)	7 (7)	27 (12)
Totaal exclusief dubbeltellingen	13 (12)	56 (25)
Ambulante psychiatrie	0 (0)	3 (1)
Eigen praktijk	24 (22)	74 (34)
Overige/onbekend	8 (8)	11 (5)

TABELLEN

Tabel 9. Chronologisch overzicht van de krankzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁵

Jaar oprichting (erkenning geneesk. Gesticht) – opheffing	Naam inrichting	Plaats	Capaciteit (b=bedden, p=patiënten)	Aangewezen (open) afdeling	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V); aanwezige klasse(n)
1442 (1848)	Reinier van Arkel (1885: buitengesticht Voorburg te Vught)	Den Bosch	1884: 624 p 1915: 434 p 1935: 527 b		Semi-publiek: Godshuizen, gemeente	M/V III
1461 (1841)	Willem Arntsz Huis (1911: buitengesticht W.A. Hoeve te Den Dolder)	Utrecht	1884: 429 p 1915: 766 p (incl. W.A.Hoeve) 1935: 444 b	Zie W.A. Hoeve	Semi-publiek: gemeente	M/V I, II, III
1581 (1841)	St. Elisabeths Gasthuis (1878: buitengesticht Brinkgreven)	Deventer	1884: 246 p 1915: 511 p (incl. Brinkgreven) 1935: 200 b	1958 of eerder	Semi-publiek: gemeente	M/V I, II, III
1599 (1861)-1909	Gesticht aan de Hoogstraat; per 1896 Doorgangshuis (zie verder Maasoord, Deltaziekenhuis)	Rotterdam	1884: 222 p 1896: 50 p 1897: 12 p		Gemeente	M/V I, II, III
1607 (1888)-1909	Gesticht aan het Slijkeinde (zie vanaf 1900 Rosenburg)	Den Haag	1884: 188 p 1909: 570 p (incl. Rosenburg)		Semi-publiek: gemeente	M/V I, II, III
1625 (1841)	Krankzinnigengesticht het Oude en Nieuwe Gasthuis (1900: buitengesticht Groot Graffel te Warnsveld)	Zutphen	1884: 478 p 1915: 903 p (incl. Groot Graffel) 1935: 954 p (incl. Groot Graffel)	1932 of eerder	Semi-publiek: gemeente	M/V I, II., III
1677 (1855)	St. Joris Gasthuis (1894: buitengesticht Vrijenban; KB 1902: samen één gesticht)	Delft	1884: 317 p 1915: 479 p 1935: 811 b		Semi-publiek: gemeente	M/V III
1760 (1853)-1898	Krankzinnigengesticht Dordrecht	Dordrecht	1884: 224 p 1897: 193 p 1898: 170 p		Semi-publiek: gemeente	M/V III
1822 (1885)	Huize Padua	Boekel	1884: 73 p 1915: 157 p 1935: 391 p	1916	Particulier: Broeders Penitenten	M II, III

TABELLEN

Tabel 9. Chronologisch overzicht van de krankzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁵

Jaar oprichting (erkenning geneesk. Gesticht) – opheffing	Naam inrichting	Plaats	Capaciteit (b=bedden, p=patiënten)	Aangewezen (open) afdeling	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V); aanwezige klasse(n)
1843 -1973	Calvariënberg (voorheen Zinnelooshuis; zie verder Vijverdal)	Maastricht	1884: 74 p 1915: 59 p 1935: 52 p	1958	Semi-publiek: gemeente	M/V III
1845 -1921	Nederlandsch Israëlitisch krankzinnigengesticht (zie ook Apeldoornsche Bosch (1909))	Amsterdam	1884: 151 p 1915: 124 p		Particulier: joods	M/V III
1849	Meerenberg (vanaf 2 december 1918 Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort) 1888: Meerenberg II	Bloemendaal/ Santpoort	1884: 922 p 1915: 1376 p 1935: 1517 b	1919	Provincie Noord-Holland	M/V I, II, III
1851	Gesticht aan de Academiestraat (1930: buitengesticht Groot Lankum)	Franeker	1884: 222 p 1915: 326 p 1935: 508 b	1935	Gemeente	M/V III
1870	Coudewater	Rosmalen	1884: 603 p 1915: 538 p 1935: 608 p	1928 De Loofert (vrouwen)	Particulier: RK signatuur	M/V vanaf 1918 V I, II, III, IV
1878; nieuwbouw 1894	Brinkgreven: buitengesticht St. Elisabeths Gasthuis	Deventer	1935: 444 b	1918	Semi-publiek: gemeente (buitengesticht)	M/V II, III
1884-1923	Rijkskrankzinnigengesticht (zie verder Provinciaal Ziekenhuis Medemblik)	Medemblik	1885: 119 p 1886: 380 p 1915: 192 p		Rijk	M/V III
1885	Voorburg: buitengesticht Reinier van Arkel te Den Bosch	Vught	1886: 382 p 1915: 1004 p 1935: 1118 b	1932	Semi-publiek: gemeente (buitengesticht)	M/V I, II, III, IV

TABELLEN

Tabel 9. Chronologisch overzicht van de krankzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁵

Jaar oprichting (erkenning geneesk. Gesticht) – opheffing	Naam inrichting	Plaats	Capaciteit (b=bedden, p=patiënten)	Aangewezen (open) afdeling	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V); aanwezige klasse(n)
1886	Veldwijk	Ermelo	1887: 61 p 1915: 579 p 1935: 582 bedden + 70 gezinsverpleging	1932 of eerder Rustoord	Particulier: Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen (en Zenuw-lijdens) in Nederland	M/V I, II, III
1887-1895	Gesticht aan de Nieuwe Gracht	Haarlem	1887: 10 p 1895: 20 p		Particulier: neutraal	V gegoede stand
1892	Bloemendaal	Loosduinen	1893: 97 p 1915: 548 p 1935: 834 b (Ockenburg; 107 b)	1930 Ockenburg	Particulier: Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen (en Zenuw-lijdens) in Nederland	M/V III
1895	Dennenoord	Zuidlaren	1896: 54 p 1915: 562 p 1935: 843 bedden + 25 gezinsverpleging	1933 Noorder Sanatorium (1935)	Particulier: Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen (en Zenuwlijders) in Nederland	M/V III
1895-1902	Villa Ruimzicht	Ede	1895: 12 p 1902: 17 p		Particulier: neutraal	V Gegoede stand
1896-1903	Noorderhaven	Groningen	1898: 5 p 1903: 3 p		Particulier: neutraal	M/V
1897	Endegeest	Oegstgeest	1898: 238 p 1915: 542 p 1935: 525 b	1948	Gemeente Leiden	M/V III
1898-1973	R.K.G.-R.P.I.	Grave	1899: 20 p 1915: 95 p 1935: 112 b	na 1936	Rijk	V III

TABELLEN

Tabel 9. Chronologisch overzicht van de krankzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁵

Jaar oprichting (erkenning geneesk. Gesticht) – opheffing	Naam inrichting	Plaats	Capaciteit (b=bedden, p=patiënten)	Aangewezen (open) afdeling	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V); aanwezige klasse(n)
1898-1938	Veldzicht	Gorssel	1899: 4 p 1915: 9 p 1935: 28 b excl. Den Oldenhof,	c. 1884 Den Oldenhof (dus begonnen als sanatorium)	Particulier: neutraal	V I
1900	Oud-Rosenburg (zie eerder: Gesticht aan het Slijkeinde te Den Haag)	Loosduinen	Tot 1910 telling incl. Gesticht aan het Slijkeinde 1910: 352 p 1935: 475 b (Ramaerkliniek: 100 b)	1926 Ramaerkliniek	Semi-publiek: gemeente Den Haag	M/V I, II, III
1900	Het Groot Graffel: buitengesticht van O. en N. Gasthuis te Zutphen	Warnsveld	Telling samen met O. en N. Gasthuis: 1901: 494 p 1902: 658 p	1932	Semi-publiek: gemeente (buitengesticht)	M/V III
1905-1910	(Tijd.) Gesticht aan de Zwanenburgwal (zie verder Duin en Bosch)	Amsterdam	1906: 127 p 1909: 139 p		Provincie Noord-Holland	V
1907	Wolfheze	Wolfheze	1908: 57 p 1915: 532 p 1935: 591 b + 8 gezinsverpleging	1935 Sanatorium Kliniek Neder- Veluwe	Particulier: Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuw-lijders in Nederland	M/V III
1907	St. Servatius	Venray	1910: 573 p 1915: 611 p 1935: 781 b	1933 St. Antonius, St. Aloysius	Particulier: Broeders van Liefde	M III
1908	St. Anna	Venray	1910: 211 p 1915: 594 p 1935: 690 b	1933 St. Pieter, Terhagen, Notre Dame, St. Eugène	Particulier: Zusters van Liefde	V I, II, III, IV

TABELLEN

Tabel 9. Chronologisch overzicht van de krankzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁵

Jaar oprichting (erkenning geneesk. Gesticht) – opheffing	Naam inrichting	Plaats	Capaciteit (b=bedden, p=patiënten)	Aangewezen (open) afdeling	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V); aanwezige klasse(n)
1909-1943	Het Apeldoornsche Bosch (zie tot en met 1 december 1921 ook Nederlandsch Israëlitische krankzinnigengesticht te Amsterdam)	Apeldoorn	1910: 235 p 1915: 314 p 1935: 638 b	1924 Rustoord Hannah (V), Benjamin (kinderen)	Particulier: joods	M/V I, II, III
1909	Maasoord (vanaf 1958 Deltaziekenhuis)	Poortugaal	1910: 396 p 1915: 750 p 1935: 958 b	1917	Gemeente Rotterdam	M/V III
1909	Vrederust	Bergen op Zoom	1910: 161 p 1915: 407 p 1935: 716 b + 30 gezinsverpleging	1931	Particulier: Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Zeeland	M/V III
1909	Duin en Bosch	Bakkum, gemeente Castricum	1910: 407 p 1915: 731 p 1935: 865 b	na 1936	Provincie Noord-Holland	M/V III
1911	Willem Arntsz Hoeve: buitengesticht W.A. Huis te Utrecht	Den Dolder	1912: 534 b 1915: 766 p (incl. W.A. Huis) 1935: 902 b	1932	Semi-publiek: gemeente en provincie (buitengesticht)	M/V I, II, III
1914	St. Bavo	Noord-wijkerhout	1915: 100 p 1935: 700 b	na 1936	Particulier: Broeders van Liefde	M III
1918	R.K.G.-R.P.I.	Woensel/Eindhoven	1918: 457 p 1935: 1032 b		Rijk	M/V III

TABELLEN

Tabel 10. Chronologisch overzicht van de zwakzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁶

Jaar oprichting-opheffing	Naam gesticht of inrichting	Plaats	Capaciteit (b= bedden, p=patiënten)	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V), leeftijd
1857-1919	Gesticht voor minderjarige idioten	Den Haag	1867: 40 p 1884: 58 p	Particulier: Ds. C.F. van Koetsveld	M/V, minderjarige idioten
1863-1907	St.Antonius-gesticht	Rotterdam	1887: 26 p 1894: max.8 p 1907: 2 p	Particulier: Vereeniging van Dienstmaagden des Heeren, later St.Antonius Vereeniging (RK)	V alle leeftijden en jongens tot 12 jaar, idioten en epileptici
1887	Johannes Stichting	Nieuw-veen	1935: 300 b	Particulier: Johannes Stichting (protestants-christelijk)	M/V, hulpbehoevenden boven 18 jaar
1891	's Heerenloo	Ermelo	1891:20 p 1892: 69 p 1936: 471 p	Particulier: Vereeniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen (gereformeerd)	M/V; na 1911 M, zwakzinnige kinderen
1895	Bethesda	Wagen-borgen	1896: 17 p 1900: 43 p 1915: 56 p	Particulier: Vereeniging tot Christelijke Liefdadigheid (TCL)	M/V, jeugdige en volwassen idioten
1897-1902	Het Hooge Huis	Oss	1898: 10 p 1902: 20 p	Particulier: Vereeniging H. Vincentius a Paulo (RK)	M, idiote jongens
1904	Huize Assisië	Udenhout	1905: 47 p 1910: 147 p 1936: 390 p	Particulier: Congregatie der Broeders Penitenten	M, zwakzinnige minderjarigen, 5 -15 jaar
1907	Boldershof	Druten	1908: 31 p 1910: 63 p 1936: 299 p	Particulier: Dochteren	V, idiote meisjes
1907	Huize St. Joseph	Heel	[1979: 378 b]	Particulier: Congregatie der Broeders van de H. Joseph	M, zwakzinnigen en ouden van dagen

TABELLEN

Tabel 10. Chronologisch overzicht van de zwakzinnigengestichten in Nederland tot 1920¹⁶

Jaar oprichting- opheffing	Naam gesticht of inrichting**	Plaats	Capaciteit (b= bedden, p=patiënten)	Beheersvorm en signatuur	Verpleging van mannelijke en/of vrouwelijke patiënten (M/V), leeftijd
1907	Huize St. Anna	Heel	[1979: 751 b]	Particulier: Congregatie van de Kleine Zusters van de H. Joseph	V, vanaf jaren '30 alleen zwakzinnigen
1911	Lozenoord	Ermelo	1912: 67 p 1915:108 p 1936: 282 p	Particulier: Vereeniging tot opvoeding en verpleging van geesteszwakke kinderen (gereformeerd)	V, Meisjes
1912	Voorgeest (afdeling van Endegeest)	Oegstgeest	1912: 138 p 1936: c.170 p	Gemeente Leiden	M/V, jongens en meisjes

TABELLEN

Tabel 11. Chronologisch overzicht van de sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland tot 1920¹⁷

Jaar oprichting-opheffing (b=bedden, p=patiënten)	Naam sanatorium e.d.	Plaats	Capaciteit	Beheersvorm en signatuur	Sekse patiënten	Klasse
1849 tot na 1935	Geneeskundige badinrichting 'Bethesda'	Laag-Soeren		Particulier: neutraal	M/V	
c.1884-1938	Den Oldenhof, herstellingsoord voor zenuwlijderessen	Gorssel	klein	Particulier: neutraal	V	
c. 1884 (niet vermeld in Gids 1935)	Christiania en Desideria, tehuis voor zenuwlijderessen (na 1910 neurologische kliniek)	Scheveningen Parkweg 4,6,8		Particulier: neutraal	V	
1887	Waternegeesinrichting (na c. 1890 Bad-Hotel met vn. pensionfunctie)	Baarn	c. 60 b	Particulier: neutraal	M/V	
1888-1894	Rustoord, paviljoen voor zenuwlijders	Ermelo (Veldwijk)		Particulier: gereformeerd	M/V	I, II
1891-eind jaren 1960	Boschrust, sanatorium voor zenuwpatiënten	Apeldoorn, Loolaan	klein 1965: 45 b	Particulier: neutraal	M/V	
1892-1981 (1981 fusie met Psychiatrisch Centrum Jan Wier te Tilburg)	Overdonk, sanatorium voor zenuwlijders e.a.	Dongen		Particulier: Broeders v. O.L.V. van Lourdes	M	I, II, III
1894-? (niet vermeld in Gids 1935)	Sanatorium voor zenuwlijders Vogel- en Plantentuin	Arnhem		Particulier: neutraal	M/V	
1894-? (niet vermeld in Van Andel, GJ 1901, Gids 1935)	Physiatische inrichting Natura Sanat	Scheveningen		Particulier: neutraal	M/V	
1896-1903	Villa's Home en Maria Ottolina, voor zenuwlijderessen	Ede		Particulier: neutraal	V	
1898 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Salem en Pella, sanatorium voor zenuwlijders 1898: 7 p	Scheveningen Duinweg 1		Particulier: neutraal	M/V	I, II

TABELLEN

Tabel 11. Chronologisch overzicht van de sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland tot 1920¹⁷

Jaar oprichting-opheffing (b=bedden, p=patiënten)	Naam sanatorium e.d.	Plaats	Capaciteit	Beheersvorm en signatuur	Sekse patiënten	Klasse
1898 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Drie paviljoens voor zenuw- en geesteszieken	Soest	1898: 7 p	Particulier: neutraal	M/V	
1898 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Rustoord, herstellingsoord voor overspannen krankzinnigenverpleegsters	Voorthuizen	1898: 8	Particulier: neutraal	V	
1899-1908	Veldzicht en Bornia	Driebergen		Particulier: neutraal	?	
1900	Herstellingsoord voor Onderwijzers	Lunteren	33 patiënten-kamers	Particulier: neutraal; Bond van Nederlandsche Onderwijzers	M/V	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Bella Vista, Home voor zenuwpatiënten en rustbehoevenden	Arnhem, Velperweg		Particulier: neutraal	M/V	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	De Leemkolk, herstellingsoord voor pleegzusters van de Wilhelmina-vereeniging	Driebergen		Particulier: neutraal	V	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa 'Ingenetta', herstellingsoord voor o.a. zenuwlijders	Ede		Particulier: neutraal	M/V	Burgerstand
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Paviljoen voor zenuwlijderessen	Den Haag Prinse Vinkenpark 5		Particulier: neutraal	V	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa St. Antoine voor mannelijke zenuwlijders	Den Haag, Parkweg 12		Particulier: neutraal	M	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Mascotte voor mannelijke zenuwlijders	Den Haag Belgisch Park 3, 4		Particulier: neutraal	M	
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Manpadshoek, paviljoen voor zenuwzieken	Haarlem		Particulier: neutraal	V?	

TABELLEN

Tabel 11. Chronologisch overzicht van de sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland tot 1920¹⁷

Jaar oprichting-opheffing (b=bedden, p=patiënten)	Naam sanatorium e.d.	Plaats	Capaciteit	Beheersvorm en signatuur	Sekse patiënten	Klasse
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Huize Meteren, inrichting voor dames lijdende aan zenuwen of andere rustbehoevende kwalen	Meteren		Particulier: neutraal	V	I, II
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Bato's wijk, sanatorium voor zenuwlijders	Oosterbeek		Particulier: neutraal	M/V	
1901-1904? (zie 1904 Sanatorium Berkenoord; niet vermeld in Gids 1935) St. Annalaan 31	Paviljoen voor zenuwziekten	Nijmegen		Particulier: neutraal		
1901 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Inrichting voor zenuwpatiënten en herstellenden	Rotterdam, Vijverlaan		Particulier: neutraal	M/V	
1901 of eerder – na 1935	Villa Ons Genoegen voor verpleging van zwakzinnigen en zenuwlijders	Drempt bij Doesburg Rijksweg D 58	1935: 15 p	Particulier: neutraal	M/V	
1903	Sanatorium voor zenuwlijders Rhijngest (1950: Jelgersma-kliniek)	Oegstgeest	c. 90 p, inclusief 20 rijksbedden vanaf 1908	Gemeente Leiden	M/V	I, IIA, IIB
1903	Christelijk Sanatorium voor zenuwlijders (1951: erkend als aangewezen inrichting; 1959: erkend als psychiatrische inrichting)	Zeist	1935: ruim 90 b 1965: 195 b	Particulier: gereformeerd	M/V	I, II, III
1904-jaren 1970	Sanatorium Berkenoord (zie 1901 Paviljoen voor Zenuwziekten) 1935: 25	Nijmegen Graafscheweg 296 1965: 35 b		Particulier: neutraal	M/V	

TABELLEN

Tabel 11. Chronologisch overzicht van de sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland tot 1920¹⁷

Jaar oprichting-opheffing (b=bedden, p=patiënten)	Naam sanatorium e.d.	Plaats	Capaciteit	Beheersvorm en signatuur	Sekse patiënten	Klasse
1905 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Sanatorium Dennenoord	Doorn		Particulier: neutraal	M/V	
1905 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Rust- en herstellingsoord voor rust-behoevenden, herstellenden en zenuwzwakken	Oosterbeek		Particulier: neutraal	M/V	
1905 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Dolfijn	Scheveningen		Particulier: neutraal	M/V	
1905 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Wageningsche Berg, Christelijke inrichting tot verpleging van zenuwzieken en rustbehoevenden	Wageningen		Particulier: protestants-christelijk	M/V	
1905 (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Sitio, vermoedelijk zenuwinrichting	Doorn		Particulier: neutraal	M/V	
1907 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Eerma, herstellingsoord voor zenuwzwakken en rust-behoevenden	De Bilt		Particulier: neutraal	M/V	
?	Villa Jagtlust, herstellingsoord voor zenuwlijders	De Bilt		Particulier: neutraal	M/V	
1907 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Sanatorium Middenbosch	Doorn		Particulier: neutraal	M/V	
1907 of eerder (niet vermeld in Gids 1935)	Villa Meine Heimath voor o.a. zenuwzieken	Driebergen, Breutlaan		Particulier: neutraal	M/V	
1908 of later	Buitengoed De Decanije	Vorden		Overheid: neutraal; Herstellingsoord Vereniging 1835-1905 van de Hollandsche IJzeren Spoorweg Maatschappij	?	
1909 of later	Buitengoed Villandry	Nijmegen		Overheid: neutraal; Vereniging tot Stichting en Exploitatie van een Herstellingsoord voor Spoorwegpersoneel	?	

TABELLEN

Tabel 11. Chronologisch overzicht van de sanatoria en herstellingsoorden voor zenuwlijders in Nederland tot 1920¹⁷

Jaar oprichting-opheffing (b=bedden, p=patiënten)	Naam sanatorium e.d.	Plaats	Capaciteit	Beheersvorm en signatuur	Sekse patiënten	Klasse
c. 1910-1913	Villa Belle Vue, rusthuis voor o.a. zenuwzieken	Nijmegen		Particulier: neutraal	M/V	
c. 1911 (niet vermeld in Gids 1935)	Groot Somerzorg	Bloemendaal		Particulier: neutraal	M/V	
c.1912-na 1935	Villa Gemelli, rustoord	Blaricum Torenlaan 22		Particulier: neutraal	M/V	
c. 1915	Herstellingsoord voor Rustbehoevende Ambtenaren in Rijksdienst	Bennekom		Rijk; Vereniging HORA, Herstellings- oord voor Rust- behoevende Ambtenaren	?	
1920	Herstellingsoord Dennenoord voor Handels- en kantoor- bedienden, enzovoort	Ossendrecht		Particulier: neutraal; Nederlandsche Vereniging tot het oprichten en instand- houden van Herstellings- oorden voor Handels- en Kantoorbedienden, Handelsreizigers en Handelsagenten	?	

TABELLEN

Tabel 12. Aantal in krankzinnigengestichten opgenomen patiënten in Nederland, 1884-1920¹⁸

Jaar	Patiënten aanwezig per 1 jan	Opgenomen Totaal	Overgeplaatst vanuit ander gesticht in Nederland	Afgevoerd Totaal	Hersteld	Niet hersteld	Overleden
1884	4700	1127	102	1057	393	139	423
1885	4843	1749	483	1463	386	135	459
1886	5129	1395	140	1158	360	125	533
1887	5366	1436	107	1112	384	112	509
1888	5690	1565	168	1381	474	229	510
1889	5874	1769	295	1564	462	201	606
1890	6079	1500	134	1564	445	153	602
1891	6246	1514	107	1297	426	192	572
1892	6463	1765	287	1616	512	205	612
1893	6612	1583	121	1428	572	215	520
1894	6767	1928	398	1746	533	212	603
1895	6949	1934	363	1775	567	178	667
1896	7109	1947	310	1731	592	210	619
1897	7325	2146	394	1749	595	182	578
1898	7722	2111	453	1915	612	218	632
1899	7918	2084	414	1863	584	227	638
1900	8139	2145	366	1969	628	295	680
1901	8306	2470	620	2169	619	253	677
1902	8617	2349	360	2008	640	211	797
1903	8959	2155	233	1984	708	296	747
1904	9129	2141	256	1934	647	331	700
1905	9336	2497	369	2741	715	874	783
1906	9592	2414	321	2031	649	268	793
1907	9975	2984	800	2571	713	281	777
1908	10388	3161	752	2638	700	368	818
1909	10920	4290	1591	3452	731	300	830
1910	11746	3630	839	2970	855	315	961
1911	12390	3364	481	2843	921	368	1073
1912	12903	3226	353	2634	863	447	971
1913	13488	3336	439	2828	874	437	1078
1914	13975	4520	763	3205	884	427	1131
1915	14510	3912	750	3409	1003	417	1212
1916	15013	3626	442	3287	1050	374	1369
1917	15352	3901	493	3689	996	420	1738
1918	15564	5018	1533	5166	1038	447	2127
1919	15413	4768	704	4287	1310	553	1635
1920	15894	4750	612	4275	1474	676	1431

TABELLEN

Tabel 13. Persoons- en diagnostische gegevens dementia paralytica dossiers St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven te Deventer 1870-1914

Dossier	Opname	Leeftijd bij opname	Ontslag Dood	Burgerlijke staat	Verblijfsduur in gesticht	Beroep
1302	1870	46	1872	Gehuwd	2	Gepensioneerd
2052	1884	48	1884	Gehuwd	<1	Gepensioneerd militair
402	1886	57	1888	Gehuwd	2	Huisvrouw
486	1889	48	1889	Onbekend	<1	Onbekend
692	1894	44	1896	Verlaten	2	Onbekend
1031	1897	42	1900	Gehuwd	3	Arbeider
1437	1903	52	1903	Gehuwd	<1	Bakker
1521	1903	42	1904	Gehuwd	1	Kantoorboekhouder
1622	1904	34	1909	Gehuwd	5	Fabrieksarbeider
1657	1905	45	1907	Gehuwd	2	Arbeider/gepensioneerd militair
1680	1905	45	1908	Gehuwd	3	Werktuigbouwkundige
1709	1905	42	1906	Gehuwd	1	Koopman
1809	1906	43	1907	Gehuwd	1	Geen
2082	1910	58	1910	Gehuwd	<1	Slagersknecht
2249	1912	38	1915	Gehuwd	3	Werkman
2299	1913	48	1913	Gehuwd	<1	Zonder beroep
2379	1913	46	1913	Weduwnaar	<1	Herbergier
2422	1913	56	1915	Gehuwd	2	Smid
2482	1914	34	1914	Gehuwd	<1	Onbekend
2499	1914	39	1914	Gehuwd	<1	Fabrikant

Dossier	Klasse	Godsdienst	Diagnose	Op inlichtingenformulier vermelde oorzaak
1302	3 ^c	Prot.	Algem. Paralyse	Niet ingevuld.
2052	Bet. Zelf	N.H.	Dementia paral.	Ruzie met baas.
402	3 ^c	Geref.	Dementia paral.	Hypochondrisch, verdriet van vertrek kinderen uit huis.
486	?	?	Paralyse	Niet ingevuld.
692	3 ^c	R.K.	Paralyse generalis	Kon niet scheiden van zijn vrouw.
1031	3 ^c	N.H.	Dementia paral.	Onbekend. In dossier: 'Ontkent lues'.
1437	3 ^c gem.	N.H.	Dementia paral.	'waarschijnlijk drankzucht en lues'.
1521	?	N.H.	Dementia paral.	'van lues niets bekend; nimmer misbruik van sterke drank. Zeer kalm geleefd.'
1622	3 ^c	N.H.	Paralyse	Onbekend.
1657		N.H.	Dementia paral.	'vroeger abusos spirituosorum.'
1680	?	Luthers	Dementia paral.	Niet aan te geven.
1709	3 ^c	N.H.	Dementia paral.	Zwerven, te veel sterke drank.
1809	3 ^c	N.H.	Dementia paral.	'onaangenaamheden met chef'.
2082	?	N.H.	Dementia paral.	Lues. Geregeld sterke drank
2249	?	R.K.	D. paranoide / paralytica?	Niet ingevuld. In dossier: 'echtelijke ontrouw'.
2299	3 ^c	N.H.	Dementia paral.	'Vermoedelijk lues'.
2379	?	N.H.	Dementia paral.	'Zeer druk leven'. In dossier: 'ontkent lues'.
2422	3 ^c	R.K.	Tabo paralyse	Niet ingevuld. Echter: eega lues cerebro spinalis.
2482	?	?	Dementia paral.	Dementia paralytica. In dossier: Wasserman+
2499	?	Geen	Dementia paral.	Dementia paralytica. In dossier: Wasserman+

TABELLEN

Tabel 14. Persoons- en diagnostische gegevens diverse dossiers St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven 1870-1914

Dossier	Opname/ seks	Leeftijd bij opname	Ontslag sterven	Huwelijkse staat	Jaren in inrichting	Beroep
1719	1879 m	60	1879	Gehuwd	0 overleden	Arbeider
1839	1881 m	52	1881	Gehuwd	0 hersteld	Bakker
1962	1883 m	45	1903	?	20 overleden	?
2042	1884 m	23	1902	?	8 overgeplaatst	arbeider
969	1897 v	53	1901	Gehuwd	4 niet hersteld	zonder
1149	1899m	33	1905	Gehuwd	6 overleden	Slager
1682	1905m	20	1905	Gehuwd	0 hersteld	Winkelbediende
2137	1910 v	30	1911	?	0 niet hersteld	?
2170	1911 m	?	1911	?	0 hersteld	?
2389	1913 m	23	1918	Weduwnaar	5 overleden	?

Dossier	Klasse	Godsdienst	Diagnose	Oorzaak op inlichtingenformulier
1719	3 ^c	?	?	Operaties aan het oog.
1839	?	N.H.	Hallucinaties /Wanen	Gekwetst eergevoel
1962	?	?	Gedrukte gemoeds- stemming	Inlichtingenformulier afwezig
2042	?	?	Zwaarmoedig	Inlichtingenformulier afwezig
969	?	N.H.	Vecordia hallucinaties	Onbekend
1149	?	N.H.	Secundaire dementie	Onbekend.
1682	?	?	Dementia praecox ?	Drank, toevallen vanaf zijn 19 ^e
2137	?	?	Moral insanity	Onbekend
2170	?	?	Neurasthenie	Heredititeit
2389	?	?	Dementia epileptica	Inlichtingenformulier afwezig

TABELLEN

Tabel 15. Aantal in Rhijngeest opgenomen patiënten met neurotische stoornissen en het aandeel van de lijdens aan neurasthenie, 1905-1920

Jaar	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Totaal neurosen in absolute aantallen																
	71	94	75	80	90	76	67	72	59	74	85	110	106	96	108	57
Aandeel neurasthenie in procenten																
	59,2	67	53,3	25	16,6	11,8	10	18	28,8	18,9	68,5	25,5	17,9	26	21,3	38,6
Waarvan:																
%Mannen	54,8	34,9	50	35	40	22,2	33,3	38,5	29,4	35,7	37,5	71,4	26,3	36	43,5	68,2
%Vrouwen	45,2	65,1	50	65	60	77,8	66,7	61,5	70,6	64,3	62,5	28,6	73,7	64	56,5	31,8

TABELLEN

Tabel 16. Persoons- en opnamegegevens neurastheniepatiënten sanatorium Rhijngeest, 1903-1920

Dossier	Sekse	Opname	Leeftijd bij opname	Ontslag / sterven	Verblijfsduur in sanatorium
656	M	1905	27	2 x opname	13 mnd
121	M	1903	37	Hersteld	2 mnd
610	V	1907	51	Hersteld	11 dg.
453	M	1906	21	Hersteld	2 mnd
181	M	1904	23	Licht verbeterd	1 wk
1687	M	1912	56	?	6 jr
1295	M	1903	57	5 x opname	> 5 jr
3127	M	1919	57	Onveranderd	9 mnd
493	M	1906	41	Hersteld	4 mnd
123	M	1903	34	Verbeterd	1 mnd
4500	M	1907	21	Onveranderd	2 mnd
56	M	1903	22	?	4 mnd
314	M	1905	24	Hersteld	5 mnd
570	M	1907	26	Hersteld	4 dg
2004	M	1914	38	Onveranderd	6 mnd
1970	V	1912	25	Onveranderd	1 jr. 9 mnd
2329	V	1903	24	Verbeterd	2 jr
197	M	1904	25	Onveranderd	7 dg.
499	V	1906	30	Hersteld	3 mnd
547	M	1906	27	Hersteld	4 mnd
1729	V	1910	30	3 x opname	2 jr. 3mnd
2554	M	1916	70	Hersteld	5 mnd
3179	M	1919	52	Hersteld	6 mnd
3126	M	1919	42	Hersteld	2 mnd
3331	V	1905	74	Verbeterd	5 mnd
2696	V	1917	48	Verbeterd	4 mnd
810	M	1907	28	Verbeterd	5 mnd
2128	M	1915	30	Verbeterd	< 2 mnd
2497	V	1917	20	Verbeterd	1 mnd
1257	M	1903	?	5 x opname	> 4 jr.

TABELLEN

Tabel 17. Burgerlijke staat en diagnostische gegevens neurastheniepatiënten Rhijneest 1903-1920

Dossier	Beroep	Huwelijkse staat	Klasse	Diagnose	Oorzaak volgens patiënt of familie
656	ambtenaar	Ongehuwd	1	N met diabetes / melancholie	?
121	Politie-inspecteur	Gehuwd	1	Hystero-N	Lastige chef
610	geen	Ongehuwd	1	Hereditaire N	In jeugd
453	student	Ongehuwd	1	N	Drukke studie
181	student	Ongehuwd	1	N (psychisch onvermogen)	Chronisch overwerkt
1687	Directeur telegrafie	weduwnaar	2a	N /reumatismus tuberculoses	?
1295	winkelier	weduwnaar	?	Preseniele melancholie bij neurasthenisch-melancholische aanleg.	Zorgen door vrouw en haar financiële uitgaven
3127	rijksconsulent	Gehuwd	2a	Depressieve toestand bij Neurasthenie	Schrik slecht nieuws over zoon
493	muzikant	Ongehuwd	2a	Neurasthenie	Seksuele uitpattingen
123	bakker	Gehuwd	2b	Neurasthenie	?
4500	student	Ongehuwd	?	N met hypochondrische klachten	Bang voor Seksuele stoornissen
56	meubelmaker	Ongehuwd	2a	Seksuele N	?
314	kruidenier	Ongehuwd	?	Neurasthenie	Minderwaardigheidsgevoel door grote neus
570	machiefabrikant	Ongehuwd	?	Hereditaire N	Onanie
2004	arbeider	Ongehuwd	2	melancholie	?
1970	geen	ongehuwd		Neurasthenie	Ongewenste intimiteit
2329	geen	ongehuwd		Hereditaire N (neiging tot paranoia)	?
197	onderwijzer	Ongehuwd		Neurasthenie, depressie en maagbezwaren	?
499	Doet huishouden	gehuwd	1	Neurasthenie	?
547	kantoorbediende	ongehuwd		Neurasthenie	Onanie / huiselijke sfeer
1729	verpleegster	ongehuwd	1	Psychasthenie /N en excentriek karakter	Mislukte verloving
2554	politieagent	gehuwd	2b	Neurasthenie	?
3179	Directie post	ongehuwd	2a	Neurastheniemet tics	?
3126	politieagent	gehuwd	2a	Neurasthenie	
3331	Geen	weduwe	1	Neurasthenie	Zorg en verpleging man
2696	Geen	gehuwd		Neurasthenie, depressie	?
810	Journalist	Gehuwd	1	Psychasthenie	?
2128	Arts	Gehuwd	1	Neurasthenie	Dood moeder, Mobilisatie in leger, familie-problemen
2497	dienstbode	ongehuwd	2a	Hysterie	Onaangenaam avontuur
1257	Werknemer groot-handelsbedrijf	gehuwd	?	Neurasthenie, manisch depressieve psychose, mania querulans	?

NOTEN

INLEIDING

- 1 Interview van Jessica Slijkhuis met L. van Dijk, 1 april 2004.
- 2 Interview van Jessica Slijkhuis met J. van Os, 4 maart 2004.
- 3 Uitspraak van W. Buis in Van 't Hof 1996, 85 en Milders 2004, 67-69.
- 4 Van Tilburg 1996, 13 en mondelinge uitspraak van F. Koerselman, voorzitter van de NVP-commissie 'Herziening profielschets' op de voorjaarsvergadering van de NVP op 31 maart 2004.
- 5 Uitspraak van Detlev Petry op een bijeenkomst van Studium Generale, Maastricht University, op 13 oktober 2009.
- 6 Watson 1998.
- 7 Zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 248-249, 446-452, 748-758, 1035-1041; vergelijk Verwey 1976.
- 8 Bos 1972, 20.
- 9 Trimbos 1972, 10.
- 10 Van 't Hof 1996, 89.
- 11 Schnabel 1992, 20-21, 26; vergelijk Schnabel 1985, 159 en 1995, 40.
- 12 Van Tilburg 1996, 5.
- 13 Scull 1975; 1976 en 1984; Mellet 1981; Shortt 1983; Donnelly 1991; Nye 1984; Goldstein 1987; Dowbiggin 1991; Kaufmann 1995; Roelcke 1999; Engstrom 2003; Oosterhuis 2003. Wat betreft Nederland zijn wel studies verschenen over de geschiedenis van de universitaire psychiatrie (De Waardt 2005) en de psychiatrische, neurologische en psychotherapeutische beroepsvorming in de twintigste eeuw, vooral in de tweede helft daarvan (Abma en Weijers 2005; Frederiks, Bruyn en Eling 2002; Oosterhuis en Wolters 1998; Schnabel 1982; Hutschemaekers, Van de Heuvel en Jacobs 1992; Brunenberg, Rondez en Hutschemaekers 1998; Hutschemakers en Neijmeijer 1998; De Swaan 1978).
- 14 Foucault 1961; Szasz 1971 en 1972; Castel 1976; Castel, Castel en Lovell 1982; Scull 1979; 1989; 1991a; 1991b; 1993 en 1999; Rothman 1971; Dörner 1969 en 1994.
- 15 Een uitzondering vormt Binneveld 1985 over de negentiende-eeuwse krankzinnigenzorg en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008 over de twintigste-eeuwse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.
- 16 Voor historiografische overzichten zie Buist en Hoekstra 1981; Van Belzen en Vijselaar 1991 en 1994; Oosterhuis 1999; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001a en 2001b; vergelijk Huisman 2005. Voorts verdient met name het historisch-sociologisch onderzoek naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg van enkele door Norbert Elias geïnspireerde sociologen vermelding. Zie bijvoorbeeld Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979; De Swaan, Van Gelderen en Kense 1979 en Brinkgreve 1984.
- 17 Vijselaar 1981.
- 18 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008.
- 19 Recente voorbeelden zijn Stone 1997 en De Kroon 1999.
- 20 Shorter 1997 en 1998.
- 21 De Goei en Blok 1998 en Oosterhuis 1999.

NOTEN

- 22 Micale en Porter 1994; vergelijk Bynum, Porter en Shepherd 1985-1988, Scull 1989 en 1991b; Still en Velody 1992; Watson 1998; zie ook Oosterhuis 1999 en 2000.
- 23 Van Dantzig en De Swaan 1978; De Swaan 1984, 11; vergelijk Rosenberg en Golden 1992.
- 24 Gieryn 1983 en 1999; vergelijk Boon en De Vries 1989; Dehue 1990; De Wilde 1992; Derksen 1999; Van Hilvoorde 2002.
- 25 De term *boundary-work* is gemunt door de wetenschapssocioloog Thomas Gieryn. Zie Gieryn 1983 en 1999.
- 26 Zie bijvoorbeeld Conze en Kocka 1985; Fee en Porter 1992; Freidson 1975; Frevert 1984; Houwaart 1991; Huerkamp 1985; Siegrist 1988; Burrage en Torstendahl 1990; MacClelland 1991; Napoli 1981; Rose 1985; Sarfatti-Larson 1977; Starr 1992; Stichweh 1984; Wachelder 1992; Warner 1986; Abbott 1988; Veldkamp en Van Drunen 1988; Dehue 1990; Brown 1992; Van Strien 1993; Derksen 1999; Capshew 1999.
- 13 Verwey 1980; Roelcke 1999, 49-68.
- 14 Engstrom 2003; Oosterhuis 2000, 77-112; Verwey 1980, 126-127, 135, 141, 151-155; Widdershoven-Heerding 2000, 30.
- 15 Freeman 2005, 121.
- 16 Goldstein 1987, 348-369; Dowbiggin 1991.
- 17 Dowbiggin 1991, 54-73.
- 18 Roelcke 1999, 81.
- 19 Over de degeneratietheorie en haar invloed zie Dowbiggin 1991; Gilman en Chamberlain 1985; Huertas 1992, 1993a, 1993b en 1993c; Nye 1984; Oosterhuis 2000, 100-113; Pick 1989; Tollebeek, Vanpaemel en Wils 2003.
- 20 Shorter 1997, 53-64.
- 21 Zie bijvoorbeeld Binneveld 1985.
- 22 Scull 1979 en 1993; vergelijk Dörner 1994.
- 23 Dörner 1969; Castel 1976; Nye 1984; Goldstein 1987; Dowbiggin 1991; Blasius 1986 en 1994; vergelijk Scull 1991.
- 24 Hetzelfde gold ook voor andere landen en deels ook voor de twintigste eeuw. Zie Bartlett en Wright 1999; Guarnieri 2005; Vijselaar 2010.
- 25 Porter 1991, 33.
- 26 Shorter 1997, 1-4.
- 27 Binneveld 1985, 113; vergelijk Scull 1979 en Finszsch en Jütte 1996.
- 28 Bartlett en Wright 1999 en Guarnieri 2005.
- 29 Engstrom 2003, 51-87.
- 30 Engstrom 2003; Goldstein 1987, 322-377.
- 31 Shorter 1990; 1992, 216-217; 1997, 113-144; Oosterhuis 2000, 91-94, 118-125.
- 32 Van der Esch 1975-1980, II: 3.
- 33 Besluit van den 12den Februarij 1814, no. 25, houdende voorschriften betreffende 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 van 1814*.
- 34 Van der Esch 1975-1980, I: 12; Mooy 1964, 12.
- 35 Van der Esch 1975-1980, I: 79. Een telling in 1838 leverde ruim 1.900 krankzinnigen op, van wie meer dan 800 in instellingen waren ondergebracht. (De Graaf 1991, 86)
- 36 Van der Esch 1975-1980, I: 12-15; Binneveld en Van Lieburg 1979, 15-21; Binneveld 1985, 44-73.
- 37 Van Geuns 1888, 179. Over Schroeder van der Kolk zie Van der Esch 1954.
- 38 *Redevoering over de verwaarlozing der vereischte zorg ter leniging van het ongelukkige lot der krankzinnigen en ter genezing derzelve in ons vaderland*, geciteerd in Mooy 1964, 14.

HOOFDSTUK 1

- 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 'deinstitutionalisering' van de psychiatrische zorg wel als de Derde Psychiatrische Revolutie aangemerkt. (Zie Castel, Castel en Lovell 1982)
- 2 Foucault 1961.
- 3 Parry-Jones 1972; Scull 1979; Donnelly 1983; Shorter 1997; Porter 2002. Voor een kritische terugblik op het werk van Foucault zie Still en Velody 1992 en Micale en Porter 1994.
- 4 Dörner 1969; Porter 1991; Kaufmann 1995; Roelcke 1999; Gaudet en Swain 1999.
- 5 Dörner 1969; Castel 1976; Blasius 1984; Kaufmann 1995; Gaudet en Swain 1999.
- 6 Goldstein 1987. Over de rol van Pinel en de mythevorming daarover: Weiner 1994.
- 7 Scull 1979 en 1993; vergelijk Freeman 2005.
- 8 Everts 1852.
- 9 Shorter 1997, 17.
- 10 Zie Castel 1976 en Donnelly 1983.
- 11 Scull 1979, 183-185; Goldstein 1987, 64-117; Binneveld 1985, 32-34. Vergelijk Scull 1975 en 1976.
- 12 Scull 1979; Vandermeersch 1984; Goldstein 1987.

NOTEN

- 39 Vijselaar 1985b.
- 40 Van der Esch 1975-1980, I: 16.
- 41 Geciteerd in Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving' wet van 1841, artikel 1.
- 42 Jones 1993, 36-37; Goldstein 1987, 297-307.
- 43 Van der Esch 1975-1980, I: 19.
- 44 Binneveld 1985, 52-54.
- 45 Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving'.
- 46 Querido 1939, niet-gepagineerde bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving'.
- 47 Van der Esch 1975-1980, I: 17; Mooy 1964, 15.
- 48 Van Geuns 1888, 90-144; Prestwich 2003. De Franse krankzinnigenwet bevatte overigens ook bepalingen omtrent dwangopnames van krankzinnigen die een gevaar voor zichzelf of de maatschappij vormden. Daarvoor was het fiat van de prefect van het desbetreffende departement of, in spoedeisende gevallen, de burgemeester vereist. Ook dienden gestichtsgeneesheren bij vrijwillige opnames op verzoek van de patiënt zelf of diens familie hun diagnose van krankzinnigheid te laten autoriseren door de prefect. (Goldstein 1987, 256-296; Porter en Wright 2003)
- 49 Zie Vijselaar 1985b, 280-281.
- 50 Binneveld 1985, 67-70.
- 51 Scheltema 1841, 300-301; Voorhelm Schneevoogt, 1841, 299-330; vergelijk Ramaer 1876a.
- 52 Vijselaar 1983.
- 53 Van der Esch 1949, 12-13; Rombouts 1949, 139.
- 54 Geciteerd in Vijselaar 1983, 652; vergelijk Schuurmans Stekhoven 1922, 38-65.
- 55 Geciteerd in Schuurmans Stekhoven 1922, 63.
- 56 Geciteerd in Vijselaar 1997a, 15.
- 57 Geciteerd in Van der Esch 1975-1980, I: 23.
- 58 Vijselaar 1983, 655-656.
- 59 Donkersloot 1870a, 3.
- 60 Van der Esch 1975-1980, I: 22-23.
- 61 De Graaf en Beumer 1991, 41; Van der Esch 1975-1980, I: 21-30.
- 62 Zie Vijselaar 1997a en 1997b, 49-51.
- 63 Zie Van Heemstra 1951; Jongmans 1971 en 1985; Van der Esch 1975-1980, I: 45, 80-81.
- 64 Van der Esch 1975-1980, I: 42-45.
- 65 Binneveld 1985, 74-102.
- 66 Van der Esch 1975-1980, I: 33-42; vergelijk De Goei en Vijselaar 1988.
- 67 Van der Esch 1975-1980, III: 77.
- 68 Van der Esch 1975-1980, I: 26.
- 69 Van der Esch 1975-1980, I: 23; Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut 2003, 13.
- 70 Zie tabel 1.
- 71 Van Cappelle 1883, 5-13.
- 72 Donkersloot 1870a, 3.
- 73 Schuurmans Stekhoven 1922, 176-177.
- 74 Vijselaar 1997a, 28-32.
- 75 Binneveld 1985, 68; vergelijk Binneveld en Van Lieburg 1978.
- 76 Everts 1882, 58.
- 77 Everts 1882, 63.
- 78 Cowan 1888, 198-199.
- 79 Van der Esch 1975-1980, I: 24, 51.
- 80 De betiteling stamt van Wilhelm Pieter Ruysch en Arnoldus Hugo van Andel, Ramaers opvolgers als inspecteur van het Staattoezicht. (Vijselaar 1995, 29). De informatie over Ramaers loopbaan is grotendeels ontleend aan Vijselaar 1995 en Van Vondelen 1986. Zie ook Ariëns Kappers 1917.
- 81 Vijselaar 1995, 3; Widdershoven-Heerding 2000, 57; Ter Meulen 1988, 30, 128; vergelijk Ter Meulen en Widdershoven-Heerding 1985.
- 82 Houwaart 1991, 34-39; Wachelder 1992, 94, 120; Widdershoven-Heerding 2000, 56-58.
- 83 Ramaer 1854a, 5.
- 84 Verwey 1980, 180-194; Widdershoven-Heerding 2000, 49-51.
- 85 Ramaer 1846, 70.
- 86 Ramaer 1855b, 154.
- 87 Ramaer 1855b, 156.
- 88 Ramaer 1855b, 156.
- 89 Geciteerd in Van Vondelen 1986, 181.
- 90 Van der Esch 1975, I: 80.
- 91 Ramaer 1854a, 3; vergelijk Van der Esch 1975, II: 98-99; Van Vondelen 1986, 20-30.
- 92 Geciteerd in Van Vondelen 1986, 161.
- 93 Geciteerd in Van Vondelen 1986, 4.
- 94 Slangen 1994, 66-70.
- 95 Vijselaar 1995, 9-11. De term psychiater werd pas later gangbaar. Tot in de twintigste eeuw werden medici die in de krankzinnigenzorg werkzaam waren meestal aangeduid als gestichtsgeneesheer of -arts.
- 96 Ramaer 1854a, 1.
- 97 Ramaer 1855a, 217.
- 98 Ramaer, 1854a, 1.
- 99 Ramaer 1854a, 9.
- 100 Zie bijvoorbeeld Ramaer 1854b en 1854c.
- 101 Ramaer 1854a, 6.
- 102 Ramaer 1845a.
- 103 Ramaer 1882b.
- 104 Van Vondelen 1986, 99-100.
- 105 Geciteerd in Van Vondelen 1986, 99-100.
- 106 Vijselaar 1995, 6.

NOTEN

- 107 Houwaart 1991, 89.
- 108 Wachelder 1992, 81-143.
- 109 Houwaart 1991, 84-94; Vijselaar 1997a, 30-32.
- 110 Ramaer 1845b en 1848; Aerts 1997, 177-180, 218.
- 111 Voorhelm Schneevooft 1848, 402.
- 112 Geciteerd in Querido 1966, 56. Vergelijk Binneveld 1985, 56, 70.
- 113 Van Vondelen 1986, 101.
- 114 Ramaer 1848, 16-17.
- 115 Volgens de Wet Uitoefening Geneeskunst (1865) was de aanduiding arts voorbehouden aan geneeskundigen die een wetenschappelijke opleiding hadden genoten en met goed gevolg een staatsexamen (vanaf 1921 universitair examen) in de natuur- en geneeskunde hadden afgelegd. Aangezien de bestaande klinische scholen niet aan de wettelijke eisen konden voldoen, gingen uitsluitend de universitaire medische faculteiten de opleiding tot arts verzorgen. De wet stelde de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst strafbaar, een verbod dat in de praktijk vaak werd overtreden. (De Bijl 2000; vergelijk De Blécourt en Van Vegchel 1993 en De Blécourt 1999) Over de wet van 1872 zie hoofdstuk 6, paragraaf 1.
- 116 Houwaart 1991, 90-96, 294-295.
- 117 Houwaart 1991, 235, 243, 379; Mooij 1993, 45; Koenders 1996; Noordam 1996; Van der Stel 1995. Zie verder hoofdstuk 2.
- 118 Ramaer 1845a, 116.
- 119 Zie hoofdstuk 2, paragrafen 2 en 3 en hoofdstuk 5, paragraaf 3.
- 10 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.
- 11 Te Velde 1992 en 1996; Hoekstra 2005.
- 12 Schuurisma 2000, 80; vergelijk De Regt 1984.
- 13 De Regt 1984, 33, 244-246; De Rooy 2002, 104; Van den Brink, Brinkgreve en Heerma van Voss 2001, 1; Dudink 1997; Boterman en De Rooy 1999; Stuurman 1991; Krul 1991; Van Sas 1991; Van Vree 1991; Hoekstra 2005; Bank en Van Buuren 2000.
- 14 De Beus 1989; Stuurman 1991 en 1992; De Haan 1993; Dudink 1997; Boterman en De Rooy 1999.
- 15 Achtereenvolgens de arbeidswet (1889), veiligheidswet (1895), ongevallenwet, gezondheidswet, leerplichtwet, kindervetten en woningwet (1901), wet op arbeidscontract (1907), de zedelijkheidswetten (1911), de nieuwe armenwet (1912), de invaliditeits-, ouderdoms- en ziekte wetten voor werknemers (1913 en 1918), de werkloosheidsverzekeringwet (1917) en de arbeidsduurwet (1919).
- 16 Kruithof en De Rooy 1987; Roebroek en Hertogh 1998; Van den Berg 2001, 37-38; Schuurisma 2000, 223, 225; Hoogenboom 2003.
- 17 De Rooy 2002, 141; vergelijk Boterman en De Rooy 1999, 53; Van den Brink 1996, 519; Schuurisma 2000, 268.
- 18 De Rooy 2002, 147; Schuurisma 2000, 40; vergelijk Hekma 1987; Mooij 1993; Kerkhoff 1994.
- 19 Nijenhuis 1981; De Regt 1984; Kruithof en De Rooy 1987; De Graaf 1989; Koenders 1996; Karsten 1986; Krul 1989; De Haan 2002 en 2003; De Rooy 2002, 109.
- 20 De Regt 1984.
- 21 Romme 1978, 242.
- 22 Neij 1989, 16, 42, 291; Leeuwen 1999, 173.
- 23 Van der Stel 1995, 141-153; 157-177.
- 24 Noordam 1996; Koenders 1996; vergelijk De Bruijn 1979; Hekma 1987; Mooij 1993; Kapteyn 1980; Stuurman 1983; Top 1988.
- 25 Oosterhuis 1992, 26-34 en 1997, 563-565; Koenders 1996, 149-259; Noordam 1996 en 2001; Te Velde 1996; Schuurisma 2000, 89-98; Hoekstra 2005.
- 26 Karsten 1986, 12-13; Te Velde 1996; Schuurisma 2000, 81; De Rooy 2002, 39, 172-176; Hoekstra 2005.
- 27 Naast de oprichters Ramaer, Van Andel en Lammerts van Bueren waren op de oprichtingsvergadering aanwezig: B.H. Everts en C.J. van Persijn (de geneesheer-directeur en tweede geneesheer van Meerenberg), E.C.C. van Lennep (eerste geneesheer van het St. Elisabethgasthuis te Deventer) en de geneesheer-directeuren E.A.P. van

HOOFDSTUK 2

- 1 Hemerijck, Simonis en Lehning 1992; Van Gunsteren 1992; Te Velde en Aerts 1998; De Haan 2002.
- 2 Bax 1988; De Beus, Van Doorn en Lehning 1989; Knippenberg en De Pater 1990; Stuurman 1991; Van den Brink 1996; Bosmans 1988, 402.
- 3 De Regt 1984, 18; vergelijk Horlings 2001, 232.
- 4 De Regt 1984, 18.
- 5 De Regt 1984, 24.
- 6 Smits 1999.
- 7 Smits 1999; De Rooy 2002, 125-126; Van der Stel 1995, 128-129, 138; Houwaart 1991, 289-290; Verdoorn 1981; Van Poppel 2001.
- 8 Knippenberg en De Pater 1990; Bax 1988, 112; Van den Brink 1996; Te Velde 1998, 193.
- 9 Stuurman 1983; Van Rooden 1996; Bax 1988; Schuurisma 2000, 192; Knippenberg en Van der Wusten 2001.

NOTEN

- den Bogaert (Coudewater), A. van der Swalme (Delft) en J.P.Th. van der Lith (Utrecht; tevens buitengewoon hoogleraar geneeskunde, gespecialiseerd in de psychiatrie, aan de universiteit aldaar). Eveneens aanwezig was V. Möller, geneesheer van het gesticht voor Israëlitische krankzinnigen te Amsterdam - naast Van Persijn de enige 'gewone' gestichtsarts die was uitgenodigd. Behalve medeoprichter Donkersloot konden C.W. Eikendal van 'het gesticht voor minderjarige idioten' te Den Haag en J. Brouwer Starck van het gesticht voor krankzinnigen aldaar niet aanwezig zijn. Deze drie geneesheren werden wel lid. Twee niet bij naam genoemde geneesheren, uit de gestichten van Maastricht en Rotterdam, werden geen lid. (Ramaer 1876b.)
- 28 Ramaer 1876b, 16.
- 29 Ramaer 1876b, 7-8. Het is overigens de vraag welke Nederlandse artsen Ramaer op het oog had. In Nederland werd indertijd namelijk nauwelijks wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de psychiatrie verricht. De enige Nederlandse geneeskundigen die zich op de universiteiten hiermee bezighielden, waren academici waarmee Ramaer via het NMG contact had: Schroeder van der Kolk, vanaf 1831 tot 1862 hoogleraar fysiologie en pathologie aan de universiteit van Utrecht; Van der Lith, buitengewoon hoogleraar psychiatrie in Utrecht van 1867 tot 1879, en Voorhelm Schneevoogt, die vanaf 1851 tot zijn dood in 1871 als buitengewoon hoogleraar en lector neuropathologie en psychiatrie aan het Amsterdamse Athenaeum Illustre was verbonden. Overigens kunnen ook bij Ramaers suggestie dat de psychiatrie achterliep bij de geneeskunde vraagtekens worden geplaatst. In het midden van de negentiende eeuw had de geneeskunde deels met vergelijkbare problemen te kampen. Zie Klijn 2010, 76-79, 88-93, 108-109.
- 30 Ramaer 1876b, 11, 13.
- 31 Ramaer 1876b, 11-12.
- 32 Zie hoofdstuk 1, paragraaf 3.
- 33 Ramaer 1876b, 14.
- 34 Zie hoofdstuk 1, paragraaf 2.
- 35 Zie hoofdstuk 1, paragraaf 3.
- 36 Vijselaar 1995, 18.
- 37 Beumer 1991, 42.
- 38 Zie Redactie *Medisch Contact* 1972.
- 39 Juch 1997, 23, 370.
- 40 Mooij 1999, 279-281; De Bijl 2000, 41-42; vergelijk Juch 1996.
- 41 Juch 1997, 26, 337-344.
- 42 Juch 1997, 26, 32-33. Zie over de ontwikkeling van de universitaire psychiatrie hoofdstuk 4.
- 43 Bouman 1921; Sillevius Smitt en Jansen 1971, 5.
- 44 Al deze onderwerpen zullen uitgebreid in de hoofdstukken 3 tot en met 7 aan de orde komen.
- 45 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1882, 88. Zie ook Van der Lith 1876; Everts 1876; Donkersloot 1876; Ramaer 1876a, 1876c en 1882b; Van Cappelle 1876.
- 46 Knippenberg en De Pater 1990.
- 47 Van der Hagen 1896, x; zie ook Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1896.
- 48 Donkersloot, Van Cappelle en Wellenbergh 1883, 2-3.
- 49 Hoe hoog de oplage was van de *Psychiatrische Bladen* hebben wij niet kunnen achterhalen. Wel stond in artikel 25 van het reglement vermeld dat elk lid kosteloos een exemplaar van het tijdschrift zou ontvangen (*Psychiatrische Bladen* 1 (1883), 23)
- 50 *Psychiatrische Bladen* 14 (1896), 86-87.
- 51 In 1877 en 1882 verschenen de ledenlijsten van de NVP in de *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie*. Vervolgens werden de ledenlijsten vanaf 1884 een maal per jaar gepubliceerd in de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen*. Zie tabel 2 en Van Drunen 2004, 18.
- 52 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1896.
- 53 Van Drunen 2004, 13.
- 54 Zoals tabel 2 laat zien nam het ledental in dat jaar op papier toe met 16. Vier artsen hadden het jaar eerder hun lidmaatschap opgezegd.
- 55 Abma en Weijers 2005, 39, 53, 95.
- 56 Zie volgende paragraaf.
- 57 Shorter 1998, 29.
- 58 Voorhelm Schneevoogt 1868, 169.
- 59 Manicus 1876, 145.
- 60 Everts 1876.
- 61 *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2 (1876-1881), 127; zie ook hoofdstuk 7, paragraaf 4.
- 62 Donkersloot 1882b, 150; Donders 1884, 141.
- 63 Dit nam niet weg dat de psychiatrie en neurologie hun positie op de universiteiten versterkten. Terwijl het tussen 1871 en 1887 om een klein aantal buitengewone hoogleraren, lectoren en privaatchoortdocenten ging, deels aangesteld op belendende medische terreinen, telde de NVPN in 1914 zeven hoogleraren, van wie vijf een leerstoel in de psychiatrie en neurologie bezetten. (Zie verder hoofdstuk 4) Enkele hoogleraren in de geneeskunde waren lid van de NVPN zonder dat

NOTEN

- zij een leerstoel psychiatrie en/of neurologie bezetten.
- 64 Van Drunen 2004, 15, 19.
- 65 Van Drunen 2004, 13, 18.
- 66 Van Drunen 2004, 13-14, 18-19.
- 67 Over de invoering van het Medisch Specialisten Register zie Van Drunen 2004, 24-25 en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 248-249.
- 68 Zie verder hoofdstuk 4.
- 69 Van Drunen 2004, 17.
- 70 Dit onderzoek is verricht in het kader van het NWO-onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche* en de resultaten ervan zijn weergegeven in een ongepubliceerd rapport (Van Drunen 2004) en in Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 67-70, 246-250, 446-447, 747-752, 1033-1035. De in deze paragraaf vermelde kwantitatieve gegevens en de analyse daarvan alsook de tabellen 5 tot en met 8 zijn ontleend aan Van Drunens onderzoeksrapport.
- 71 Hierbij moet worden aangetekend dat de *Geneeskundige Jaarboekjes* met betrekking tot 1900 alleen informatie verschaffen over particuliere artspraktijken in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Groningen en Leiden. Met betrekking tot 1920 bieden ze ook gegevens over 26 andere (middel)grote plaatsen.
- 72 Van Drunen 2004, 12-13, 16-18; zie tabel 5 en 6.
- 73 Van Drunen 2004, 13, 17.
- 74 Van Drunen 2004, 12, 16; zie tabel 5, 6 en 8.
- 75 Van Drunen 2004, 13-14, 18; Abma en Weijers 2005, 39, 95.
- 76 Terwijl particuliere praktijken voornamelijk, maar niet geheel, waren gericht op patiënten die zelf de kosten konden opbrengen van een consult of een behandeling, waren de poliklinieken toegankelijk voor on- en minvermogende patiënten. (Van Drunen 2004, 20; vergelijk Juch 1997, 202-211, 287-301; Van der Velden 1993)
- 77 Van Drunen 2004, 9, 12, 13, 16, 18-20; zie tabel 7 en vergelijk Juch 1997, 84. Aangezien de gegevens over vrijgevestigde gespecialiseerde artsen in de *Geneeskundige Jaarboekjes* zich in 1900 beperken tot Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Groningen en Leiden en in 1920 tot de 32 grootste plaatsen, is het aannemelijk dat hun aantal hoger lag dan 24 respectievelijk 74. Op de ledenlijsten van de NVPN in de jaren 1896, 1906 en 1914 staan respectievelijk 29, 52 en 61 geneeskundigen met een particuliere praktijk, ongeveer een derde van het totale aantal leden, vermeld.
- 78 Van Drunen 2004, 14, 19.
- 79 Van Drunen 2004, 12, 16, 19.
- 80 Van Drunen 2004, 14, 19.
- 81 Van Drunen 2004, 15, 19.
- 82 Zie tabel 8, waarbij moet worden bedacht dat een aanmerkelijk aantal beroepsbeoefenaren meerdere werkplekken bezetten en dubbel geteld zijn (zie tabel 7).
- 83 Van Drunen 2004, 20.
- 84 Van Drunen 2004, 17-18. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de informatie in de *Geneeskundige Jaarboekjes* over de vermelding door artsen van hun specialisatie niet helemaal volledig en enigszins vertekend is omdat in 1900 alleen van zes grote steden en in 1920 van in totaal 32 plaatsen gegevens van individuele artsen zijn opgenomen. Als de vergelijking beperkt blijft tot de zes steden, dan is er sprake van een stijging van 18 tot 56, een ruime verdrievoudiging. Overigens hield de ontwikkeling van het psychiatrisch-neurologisch beroep min of meer gelijke tred met de sterke groei van medische specialismen in het algemeen.
- 85 Van Deventer et al. 1904, 549.
- 86 Van Deventer 1903; Van Deventer et al. 1904; Bouman [L.] 1906b.
- 87 Van der Esch, 1975, I: 51.
- 88 Van der Esch, 1975, I: 46; Kerkhoven 1996, 45.
- 89 Binneveld en Wolf 1985, 53-62; Bakker 2002, 23-24.
- 90 Redactie *Psychiatrische Bladen* 6 (1888), 152.
- 91 Tellegen 1895a en 1895b; Haver Droeze 1895; Zie ook Bambang Oetomo 1970, 44-45; Pouw s.a. [1982].
- 92 Stuten-te Gempt 1892; zie ook Van Eijk-Osterholt en Böhenkamp 1983.
- 93 Tellegen 1891b, 138.
- 94 Tellegen 1884, 45.
- 95 Donkersloot 1882a.
- 96 Van Drunen 2004, 14; Abma en Weijers 2005, 46; zie ook tabel 5.
- 97 Van Deventer 1903, 192.
- 98 Schermers 1904b.
- 99 Bouman [L.] 1906b, 208, 210-211.
- 100 Bouman [L.] 1906b, 211.
- 101 Van Deventer et al. 1909.
- 102 Van Deventer et al. 1909, 423. Van Drunen komt voor het jaar 1900 tot een gemiddelde ratio van één gestichtsarts op elke 151 patiënten, terwijl A. Poslavsky (1961) stelt dat dit aan het begin van de twintigste eeuw één op 200 bedroeg. (Van Drunen 2004, 14; Poslavsky 1961, 76-77; vergelijk Bambang Oetomo 1970, 41-43)
- 103 Van Deventer 1905.
- 104 Van Deventer et al. 1909, 429.

NOTEN

- 105 Van der Scheer 1916, 531, 533.
- 106 Piebenga 1969, 379.
- 107 Piebenga 1969, 380.
- 108 Schnabel 1982, 70; Van Drunen 2004, 18; Abma en Weijers 2005, 47-50.
- 109 Piebenga 1969, 380.
- 110 Stuurman 1920a en 1920b.
- 111 Stuurman 1920b, 417.
- 112 Stuurman 1920b, 414.
- 113 Piebenga 1969, 382.

HOOFDSTUK 3

- 1 Everts 1876 en 1882.
- 2 Ramaer 1882a; Vijselaar 1995, 21-22.
- 3 Van der Esch 1975-1980, I: 44.
- 4 Van der Esch 1975-1980, III: 67-70. Al eerder, in 1859 en 1864, hadden Schroeder van der Kolk, Voorhelm Schneevoogt en Feith – tevergeefs – voorstellen gedaan om de Krankzinnigenwet van 1841 te herzien. (Van der Esch 1975-1980, III: 68; Mooy 1964, 22)
- 5 Donkersloot 1870a, iii.
- 6 Van Geuns 1888 en Querido 1939; vergelijk Prestwich 2003; Goldstein 1987, 256-296; Wright 1998.
- 7 Donkersloot 1882a.
- 8 Wet van den 27sten April 1884, tot regeling van het Staattoezicht op krankzinnigen 1884; Besluiten behorende bij de Wet van 27 April 1884. Met tussentijdse wijzigingen bleef de wet van 1884 van kracht tot 1994, toen de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen werd ingevoerd. Over de geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving zie Querido 1939; Van der Esch 1975-1980; Van Geuns 1888; Mooy 1964; Legemaate 1985 en 1991; Van de Klippe 1997; Vijselaar 1985a; De Graaf en Beumer 1991; Lucieer 2005. Onze weergave van de inhoud van de wet is ontleend aan de wetstekst zoals die is opgenomen in Querido 1939, bijlage 'Overzicht van de ontwikkeling der Nederlandsche wetgeving', wet van 1884.
- 9 Zie Querido 1939, 94 en Legemaate 1985, 127.
- 10 Geciteerd in Querido 1939, 93.
- 11 Mooy 1964, 19.
- 12 Geciteerd in Carp et al. 1956, 202.
- 13 Querido 1939, 277. Een soortgelijke formulering zou ook in het Wetboek van Strafrecht van 1886 worden opgenomen. Zie daarover verder hoofdstuk 7, paragraaf 3.
- 14 Cowan 1884, 303.
- 15 Van Andel 1896, 132; vergelijk Schuurmans Stekhoven 1915, 556. Zie ook Mans 1998, 161-163. In de Memorie van Toelichting op de Krankzinnigenwet van 1884 werd idiotie als een vorm krankzinnigheid opgevat die onder het Staattoezicht viel. Tegelijkertijd drong de Memorie aan op een gescheiden verpleging van krankzinnigen en vooral minderjarige zwakzinnigen. (Van der Esch 1975-1980, III: 45)
- 16 Tellegen 1884, 8-9; vergelijk ook Wellenbergh 1883.
- 17 Tellegen 1884, 13-14.
- 18 Tellegen 1884, 44.
- 19 Zie hierover verder hoofdstuk 5, paragraaf 1.
- 20 Jelgersma 1890a, 88.
- 21 Jelgersma 1897a.
- 22 Jelgersma 1890a, 86.
- 23 Stuten-te Gempt 1892; Luyten 1885 en 1899; Melster 1902; Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp 1983; vergelijk Querido 1939, 78-82; Van Belzen 2004; Blok 2000 en 2004, 16-18. Ook in het buitenland publiceerden patiënten eind negentiende eeuw over hun slechte ervaringen in krankzinnigengestichten. (Schmiedebach 1996; Goldberg 2002 en 2003; Grob 1994, 129-138; Dowbiggin 1991, 76-93)
- 24 Van Deventer 1892b, 234; Schermers 1908, 4 en zie de uitspraken van Le Rütte in 1904, geciteerd in Legemaate 1991, 46.
- 25 Van Andel 1896, 131.
- 26 Wijsman 1899, 182.
- 27 Jelgersma 1897c, 186-188.
- 28 Jelgersma 1897a, 2.
- 29 Redactioneel *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1897, 374.
- 30 Zie verder hoofdstuk 5, paragraaf 1.
- 31 Zie verder hoofdstuk 4, paragraaf 1.
- 32 Zie hierover Legemaate 1991, 44-47.
- 33 Schuurmans Stekhoven 1915 en 1916; vergelijk De Ridder 1984.
- 34 Vijselaar 1995, 23-24.
- 35 Tellegen 1890a, 135-136.
- 36 Van der Esch 1975-1980, III: 71.
- 37 Querido 1939, 83, 94.
- 38 Jelgersma 1890a, 103, 105.
- 39 Luyten 1885, 72; vergelijk Luyten 1899.
- 40 Van Cappelle 1883, 7.
- 41 Tellegen 1890b; vergelijk Tellegen 1891a; Cox et al. 1892.
- 42 Donkersloot 1870a, 59.
- 43 Zie onder meer Meijer 1909 en Jacobi 1913.
- 44 Cox 1915, 469-470.
- 45 Cox 1917, 53.

NOTEN

- 46 Cox 1917, 54, 59. De cursivering is van Cox.
- 47 Cox 1915, 481.
- 48 Zie Binneveld 1985 en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 70-110. De laatste kenschets is van Marijke Gijswijt-Hofstra afkomstig.
- 49 Zie tabel 12; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1401-1406; 1435-1436; Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut 2003, 13. Vier nieuwe 'buitengestichten' van oude stadsgestichten zijn hierbij als aparte instellingen gerekend. (Zie tabel 9) Een viertal kleinere instellingen die in de periode 1884-1920 werden geopend en weer gesloten en ook de eveneens onder het Staatstoezicht vallende aparte 'idiotengestichten' (zie tabel 10) zijn niet meegeteld. Hetzelfde geldt voor psychiatrisch-neurologische zorg- en behandelinstellingen die niet onder het Staatstoezicht vielen en waarvoor geen gerechtelijke machtiging vereist was: psychiatrisch-neurologische universiteitsklinieken (zie hoofdstuk 4), voorzieningen voor zenuwlijders (zie hoofdstuk 5 en tabel 11) en voor epileptici en alcoholisten (zie hoofdstuk 6).
- 50 De Rooy 2002, 79; zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 1.
- 51 Voor een gedetailleerd overzicht van oude en nieuwe krankzinnigengestichten zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 87-110 en tabel 9.
- 52 Vanaf 1906 Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland genaamd, nadat in 1900 was overgegaan tot oprichting van een aparte Vereniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland. (Lindeboom en Van Lieburg 1984, 70-72 en Van Bergen 2005, 119-171)
- 53 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 23-36, 49, 91-108. Van Belzen 1989, 134-139; Van Bergen 2005, 121, 119-139; Gorisse 1997, 12-17, 26. Daarnaast richtte de vereniging een universiteitskliniek en een sanatorium voor zenuwlijders op. (Zie hoofdstuk 4, paragraaf 1 en hoofdstuk 5, paragraaf 1)
- 54 Billekens et al. 2005; [Sint Bavo] 1965.
- 55 Fuks-Mansfeld en Sunier 1997, 21-29.
- 56 Cahn 1970; Van der Esch 1970 en verder hoofdstuk 7, paragraaf 3.
- 57 Danner 1997, 74-89 en Van Kleffens 1959.
- 58 Binneveld en Wolf 1985; Hogenstijn 1987, 70; Slangen 1994; Van der Esch 1975-1980, I: 81; Van der Word 1961, 365; Dankers en Van der Linden 1996.
- 59 Blok en Vijselaar 1998; Van der Esch 1975-1980, I: 81; Bakker, Blok en Vijselaar 1999.
- 60 Drogendijk 1975, 47; Houwaart 1996 en Mens 2003, 93-95.
- 61 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 44-50.
- 62 Schermers 1901; Van Deventer, Van Dale en Vos 1902a en 1902b; Van Dale 1901; Van Deventer 1902a en 1902b; Vos 1904; Van der Esch 1971-1972; Melchior 1915, 433; De Graaf 2007, 47, 65.
- 63 Kerkhoven 1996, 101-102, 111-112; Mens 2003, 91-95.
- 64 Lindeboom en Van Lieburg 1984, 50.
- 65 Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2005, 26; Van der Esch 1975-1980, I: 81. Vergelijk Grob 1994; Braslow 1997; Scull 1993; Walter 1996, 27.
- 66 Schermers 1922, 26-27.
- 67 Zie Ramaer en Van Cappelle 1887, 169, 184; Ruysch 1891, 202; Cox et al. 1892, 222-224.
- 68 Van Deventer 1916; Vijselaar 1993b; Van der Esch 1975-1980, III: 44-45, 50-51; Weijers en Tonkens 1999; Jak 1988 en 1993; Kluit 1992; Mans 1998, 200; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1413-1414; Klijn 1995; Hakker 1997. Zie verder tabel 10.
- 69 Weijers en Tonkens 1999, 367.
- 70 Mans 1998, 166.
- 71 Van Andel 1901 en verder hoofdstuk 6, paragraaf 2.
- 72 Van Deventer 1916 en Schermers 1908.
- 73 Zie tabel 9.
- 74 Coffin 2005; Freeman 2005; Walter 1996, 77-78.
- 75 Binneveld 1982, 117; vergelijk Binneveld 1985, 156 en Kerkhoven 1996, 100.
- 76 Van der Esch 1975-1980, I: 81.
- 77 De Wit 1991, 9, 12; Bakker en Van der Velden 2004a, bijlage 1. Zie ook Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932, I: 157; Gijswijt-Hofstra 2002; Bakker en Van der Velden 2004b.
- 78 Bakker en Van der Velden 2004a, 13, 16-19 en 2004b, 1032-1035.
- 79 De Graaf 2007, 53-54 Schuurmans Stekhoven 1922, 204; tabel XVI.
- 80 Bestuur Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie 1894; Breukink 1913.
- 81 Vijselaar 1998d, 125-129.
- 82 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1435-1436; Van Cappelle 1883; Koster 1891 en 1893; Schermers 1904a, 1906a en 1913; Meijer 1909, 415; Cox 1910a; Schuurmans Stekhoven 1910; Boschma 1997a, 119-120.
- 83 Schermers 1904a, 1906b, 1909 en 1913; Schuurmans Stekhoven 1910; Cox 1910b. Volgens Cox schommelde het percentage 'herstelden' ten opzichte van de 'overgeblevenen' in de periode 1864-1902 tussen 30 en 40 procent.
- 84 Tellegen 1891a; Van Deventer 1892a; Meijer 1909.
- 85 Van Cappelle 1883.
- 86 Schermers 1906a, 1048.
- 87 Koster 1893, 305.

NOTEN

- 88 Schermers 1913, 600-601.
- 89 Schuurmans Stekhoven 1910, 446.
- 90 Binneveld 1985, 195; zie ook Staal 1987.
- 91 Binneveld 1985, 106; Walter 1996, 73-75.
- 92 Foucault 1961; Scull 1979, 1993 en 1999, 295; Porter en Wright 2003, 16; Castel 1976; Blasius 1984; Dörner 1969 en 1994.
- 93 Vijselaar 2005 en 2010.
- 94 Schuurmans Stekhoven 1910, 447; vergelijk Schuurmans Stekhoven 1914, 288.
- 95 Schermers 1904a, 1906a, 1913 en 1922; Van den Bergh 1922; Kraus 1933.
- 96 Schermers 1906a, 1046-1047.
- 97 Schermers 1906a, 1050-1051.
- 98 Kraus 1933, 18; zie ook Vijselaar 2005 en 2010.
- 99 Kraus 1933, 17.
- 100 Kraus 1933, 22-27.
- 101 Kraus 1933, 106-107.
- 102 De Wit 1991; Bakker en Van der Velden 2004a en 2004b.
- 103 Schermers 1911, 378.
- 104 Van der Esch 1975, I: 59.
- 105 Schuurmans Stekhoven 1922, tabel VIII. Voor een uitgebreidere analyse zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 113-115. De omzetting van de toenmalige diagnostische categorieën in de hedendaagse indeling is ontleend aan Vijselaar 2010; vergelijk Vijselaar 2005.
- 106 Borgesius en Brunenberg 1999, 15-16.
- 107 Schermers 1906a, 1054.
- 108 Tellegen 1891b.
- 109 Mens 2003, 93; Houwaart 1996.
- 110 Boschma 1997a, 94-95.
- 111 Boschma 1997a, 97 en 2003, 65-70; zie ook Brosius 1891.
- 112 Boschma 2003, 69; Vijselaar 2010.
- 113 Van der Kolk 1916, 477; vergelijk Vijselaar 1998b, 50-51.
- 114 Zie bijvoorbeeld Le Rütte 1902.
- 115 Kat 1909; Vijselaar 1982, 78-83.
- 116 Vijselaar 1982, 88-96.
- 117 Schnabel 1995, 20.
- 118 Boschma 2003, 62; Vijselaar 2005.
- 119 Zie over het leven in krankzinnigengestichten rond 1900 bijvoorbeeld Vijselaar 1982 en Van Belzen 2004, hoofdstuk 2.
- 120 Zie Le Rütte 1909; Vijselaar 1998b, 51-54; Lindeboom en Van Lieburg 1984, 156; Boschma 1997a, 99-102; Boschma 2003, 67-73; De Jong 1997.
- 121 Zie Van de Klippe 1997, 30-37.
- 122 Van de Klippe 1997, 36-37.
- 123 Zie Aan de Stegge 2005.
- 124 Le Rütte 1905a; Van de Klippe 1997, 33; Vijselaar 2010; vergelijk Van Deventer 1892b, 245.
- 125 Le Rütte 1905b, 55; Lindeboom en Van Lieburg 1984, 154; Aan de Stegge 2005, 348-349; Van Deventer 1892b, 232-251; Van Deventer 1896c, 19-23; Van Deventer en Warmolts 1899, 377-382; Vijselaar 2010.
- 126 Van der Esch 1975, I: 45-49; Donkersloot 1876; vergelijk Donkersloot 1865.
- 127 Everts 1882.
- 128 Geciteerd in Cowan 1888, 205.
- 129 Cowan 1888, 200. Dit alles nam niet weg dat er ook uitzonderingen waren en dat geneesheren blijk gaven van hun waardering voor sommige verplegenden. Zie bijvoorbeeld n.n. 1892; Van Deventer 1896b.
- 130 Dossier 2644, Meerenberg, Provinciaal Archief Noord-Holland.
- 131 Stuten-te Gempt 1892, 10-11.
- 132 Melster 1902.
- 133 Van Deventer 1903, 191.
- 134 Van Delden 1897, 85.
- 135 Over het ontstaan van het psychiatrisch verpleegberoep in Nederland zie Boschma 1997a, 1997b en 2003; Aan de Stegge 2001a, 2004, 2005 en 2012.
- 136 Winkler 1893a, 7; vergelijk Vergadering der Psychiatrische Vereeniging te Utrecht op 25 November 1891 1892, 79.
- 137 Wiegman 1996 en 1998.
- 138 Zie Bakker 2002, 23-28; Boschma 2003, 167-174.
- 139 Van Deventer 1888; Winkler 1893a, 10.
- 140 Wiegman 1996, 296-299; Boschma 2003, 75.
- 141 Ramaer 1886, 372-373.
- 142 Tellegen 1890c, 146.
- 143 Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890, 232. Cursivering in het origineel.
- 144 Van Deventer 1892b; Van Deventer, Ruysch en Tellegen 1890; Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1897; Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904; Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904b.
- 145 Boschma 2003, 188; Aan de Stegge 2012, paragraaf 5.2 en Bijlage 10.
- 146 Van Deventer 1892b, 250, cursivering in het origineel; vergelijk Van Deventer 1888.
- 147 Cox 1898a, 242; 1898b, 461-462; zie ook Cox 1903.
- 148 Schermers 1898a, 517-518.
- 149 Van Walsem 1906; Boschma 1997b, 119.
- 150 Kat 1904, 81.
- 151 Boschma 2003, 199-204.

NOTEN

- 152 Boschma 2003, 160-162; Kerkhoven 1996, 133.
- 153 Binneveld en Wolf 1985, 62-65.
- 154 Zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.
- 155 Zie Aan de Stegge 2005 en 2012, paragraaf 2.3 en 2.4; vergelijk Nolan 1993; Pedroletti 2004; Svedberg 2005.
- 156 Extract uit de Notulen der Vergadering van woensdag 29 Juni, des namiddags te 1.30 ure, het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam 1898.
- 157 Van Deventer 1888, 21.
- 158 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904b; Aan de Stegge 2012, hoofdstuk 4.
- 159 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 en analyse van de leerboeken Aan de Stegge 2005.
- 160 Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1897; Aan de Stegge 2012, hoofdstuk 4.
- 161 Boschma 1997b, Appendix 25; 2003, 230-232; Aan de Stegge 2012, Bijlage 12, 13 en 14. Het diploma krankzinnigenverpleging bood de mogelijkheid om met een aanvullende opleiding het examen in de ziekenverpleging af te leggen. Daarnaast konden vrouwen ook in toenemende mate werk vinden in het onderwijs en bijvoorbeeld in de telegrafie en telefonie.
- 162 Boschma 2003, 230-232; 1997b, Appendix 23 en 24; Poslavsky 1961, 76-77; Aan de Stegge 2012, paragraaf 5.3 en Bijlage 12 en 13.
- 163 Van Deventer et al. 1909, 422.
- 164 Schermers 1913, 594. Zie ook Vijselaar 2005 en 2010.
- 165 Ramaer 1887, 315.
- 166 Schermers 1909; Cox 1910a.
- 167 Zie bijvoorbeeld Schermers 1906b, 57.
- 168 Schuurmans Stekhoven 1910.
- 169 Van den Berg en Meijer 1994, 63. Ter verheldering van specialistische medische en psychiatrische termen is in deze paragraaf gebruik gemaakt van twee medische woordenboeken: Van den Berg en Meijer 1994 en Coelho en Kloosterhuis 1986.
- 170 Shorter 1997, 57, 82.
- 171 Zie Van der Kolk 1906, 190; Tellegen 1883, 211; Buringh Boekhoudt 1894, 201. Over de begripsvorming in de toenmalige Nederlandse psychiatrie zie Blok 1995.
- 172 Quérel 1990, 140-141, 162-163.
- 173 Jelgersma 1911, 127-157.
- 174 Voorhoeve 1951, 21-22.
- 175 Bouman [K.H.] 1919 en 1924; Van den Belt 1997; Voorhoeve 1951; Tolsma 1935; Quérel 1990, 325; Mooij 1993, 145-146.
- 176 Zie bijvoorbeeld Tellegen 1883 en 1885.
- 177 Zie Mendel 1880; Tellegen 1883 en Oosterhuis 2000, 109.
- 178 Shorter 1997, 53-59; vergelijk Fokker 1861 en Rissik 1866.
- 179 Quérel 1990, 61; Abbott 1987, 50-51; Engstrom 2003, 107-110; Binneveld en Wolf 1985, 35.
- 180 Vergelijk Rosenberg en Golden 1992.
- 181 Zo kwamen wij de diagnose dementia paralytica enkele keren tegen in dossiers van het sanatorium Rhijngeest. Zie verder hoofdstuk 5, paragraaf 2; vergelijk Shorter 1998, 69-70.
- 182 Blok 1995, 15.
- 183 Winkler 1885, 19.
- 184 Jelgersma 1911, 165.
- 185 Zie Hogenstijn 1987 en Vijselaar 1993a.
- 186 Zie tabel 13. De dossiers van het stads- en buitengesticht van Deventer worden bewaard door Adhesie GGZ Midden-Overijssel. In onze verwijzingen vermelden wij naast de dossiernummers ook de jaren waarin de betreffende patiënten waren opgenomen.
- 187 Zie tabel 14.
- 188 Blok 1995, 15-16.
- 189 Zie voor onderzoek op basis van patiëntendossiers uit Nederlandse psychiatrische inrichtingen en sanatoria voor zenuwlijders: Vijselaar 2005, 2007a, 2007b en 2010; Gijswijt-Hofstra 2004; Hutschemaekers 1990, 1993a en 1993b. Zie voorts het recente dossieronderzoek over Engelse en Japanse psychiatrische inrichtingen in de negentiende en twintigste eeuw: Andrews 1998; Suzuki 2003a, 2003b, 2005 en 2006.
- 190 Dossier 2052 (1884).
- 191 Dossier 1302 (1870-1872).
- 192 Dossier 486 (1889).
- 193 Dossier 1302 (1870-1872).
- 194 Dossier 486 (1889).
- 195 Dossier 402 (1886-1888).
- 196 Dossier 2052 (1884). Met het prinsesje bedoelde hij waarschijnlijk de in 1880 geboren kroonprinses Wilhelmina.
- 197 Dossier 1719 (1879).
- 198 Dossier 1839 (1881).
- 199 Dossier 1962 (1883-1903).
- 200 Dossier 2042 (1884-1902).
- 201 Dossier 486 (1889) en 402 (1886-1888).
- 202 Dossier 1962 (1883-1903).
- 203 Dossier 969 (1897-1901).
- 204 Dossier 1149 (1899-1905).

NOTEN

- 205 Zie tabel 13.
- 206 Dossier 402 (1886-1888).
- 207 Dossier 692 (1894-1896).
- 208 Dossier 2052 (1884).
- 209 Hogenstijn 1987, 78.
- 210 Dossier 1622 (1904-1909).
- 211 Zie dossiers 969 (1897-1901) en 2137 (1910-1911).
- 212 Dossier 1521 (1903).
- 213 Dossier 1680 (1905-1908).
- 214 Hogenstijn 1987, 70-77; Roosjen 1993, 27; Vijselaar 1993a, 10-11.
- 215 Le Rütte 1902, 1905a, 1909 en 1912; Roosjen 1993, 21, 36.
- 216 Zie dossiers 1622 (1904-1909) en 1709 (1905-1906); Roosjen 1993, 21-25.
- 217 Dossier 692 (1894-1896).
- 218 Dossier 1031 (1897-1900).
- 219 Dossier 2082 (1910).
- 220 Dossier 2299 (1913).
- 221 Dossier 2299 (1913).
- 222 Dossiers 1031 (1897-1900), 1437 (1903), 1521 (1903-1904), 1622 (1904-1909), 1657 (1905-1907), 1680 (1905-1908), 1809 (1906-1907), 2249 (1912-1915), 2482 (1914).
- 223 Dossier 1622 (1904-1909).
- 224 Dossier 1437 (1903).
- 225 Dossiers 1657 (1905-1907), 1031 (1897-1900) en 1437 (1903).
- 226 Dossiers 1437 (1903), 1680 (1905-1908) en 1809 (1906-1907).
- 227 Dossiers 2299 (1914) en 2482 (1914).
- 228 Dossiers 1521 (1903-1904), 2482 (1914), 1809 (1906-1907), 2299 (1913), 2422 (1913-1915) en 2170 (1911).
- 229 Dossier 2137 (1910-1911).
- 230 Dossier 2042 (1884-1902).
- 231 Dossier 2170 (1911).
- 232 Over de invloed van Kraepelin in de Nederlandse psychiatrie zie verder hoofdstuk 4, paragraaf 2.
- 233 Dossiers 1719 (1879), 1839 (1881), 1962 (1883-1903), 2042 (1884-1902), 969 (1897-1901), 1149 (1899-1905), 1682 (1905), 2137 (1910-1911), 2170 (1911) en 2389 (1913-1918).
- 234 Dossier 1682 (1905).
- 235 Zie bijvoorbeeld dossier 2082 (1910).
- 236 Dossier 1031 (1897-1900). In drie van de veertien dossiers die na 1897 werden opgesteld, achtten artsen de oorzaak onbekend of werd daarover niets vermeld. Dossiers 1622 (1904-1909), 1680 (1905-1907) en 2249 (1912-1915).
- 237 Dossier 1437 (1903). Vergelijk dossiers 1521 (1903-1904) en 2422 (1913-1915).
- 238 Dossier 2482 (1914) en 2499 (1914).
- 239 Meeus 1908, 415.
- 240 Zie Winkler en Wellenberg 1886; Jelgersma 1886 en 1888; Van Deventer en Benders 1898 en Van Deventer en Muller 1911.
- 241 Zie bijvoorbeeld Winkler 1885, 19 en Jelgersma 1899, 28.
- 242 Hulst 1900 en 1902; Van der Kolk 1906 en 1908; Janssens en Mees 1907; Jelgersma 1906a; Janssens en Dikshoorn 1909. Vergelijk Vijselaar 1998a, 24.
- 243 Deenik 1911, 515; vergelijk Bouman [L.] 1904 en 1906a. De voormalige geneesheer-directeur van Bloemendaal, Leendert Bouman, was sinds 1907 hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.
- 244 Wijsman 1896, 88.
- 245 Van Deventer 1897, 81.
- 246 Dat veranderde pas na de introductie van de Wassermann-test in 1906 waarmee het verband met syfilis was aangetoond. Zie bijvoorbeeld Klein 1909; Hilbers 1911; Drossaers 1916; Sormani 1913; Meijers en Schnitzler 1916; Bouman [K.H.] 1919, 1924 en 1929.
- 247 Buringh Boekhoudt 1894, 201.
- 248 Meeus 1908, 420.
- 249 Vergelijk Oosterhuis 2000, 90; Shorter 1998, 84-94.
- 250 Zie Blok 1995 en Quétel 1992.
- 251 Fournier 1879 en Mendel 1880; vergelijk Quétel 1992, 160-162, 299.
- 252 Bambang Oetomo 1970, 19-20.
- 253 Over het multicausale denken en de invloed van de degeneratietheorie in de psychiatrie zie verder hoofdstuk 4, paragraaf 2 en hoofdstuk 6, paragraaf 1.
- 254 Voorhelm Schneevogt 1860; Kerbert 1876.
- 255 Brosius 1883, 94 en 1884; Tellegen 1883 en 1885; Van der Swalme 1883; Donkersloot 1884; Halbertsma 1884; Westening 1884 en 1885; Van Cappelle 1885; Winkler en Wellenberg 1886; Coert 1887; Zacher 1893; Muskens 1897; Bouman [L.] 1902; Muller 1911.
- 256 Tellegen 1883.
- 257 Van der Swalme 1883; vergelijk Van Cappelle 1885.
- 258 Westening 1884.
- 259 Tellegen 1885.
- 260 Tellegen 1883, 205.
- 261 Tellegen 1883, 204-205.
- 262 Tellegen 1883, 217.
- 263 Van Cappelle 1885, 202-203.
- 264 Van Cappelle 1885, 201.
- 265 Tellegen 1895c, 90.
- 266 Fournier 1894.
- 267 Wertheim Salomonson 1894.
- 268 Jelgersma 1895b.
- 269 Oosterhuis 2000, 91.

NOTEN

- 270 Wijsman 1896, 85.
 271 Van Deventer 1897, 81.
 272 Van Deventer 1898; vergelijk Scholtens 1900.
 273 Jelgersma 1911, 173.
 274 Cox 1907.
 275 Bouman [L.] en Brouwer 1924, 345.
 276 Zie verder hoofdstuk 6.
 277 Mooij 1993, 30-34, 63; Hekma 1987, 149-164.
 278 Geciteerd in Mooij 1993, 62; vergelijk Pierson 1902 en Aletrino 1901.
 279 Mooij 1993b, 44-55; Koenders 1996, 47-94; over de zedelijkheidsbeweging zie ook Noordam 1996.
 280 Tellegen 1895c, 90 en 107.
 281 Winkler 1893b, 21-22; Treub 1900.
 282 Zie Quétel 1990, 61; Abbott 1987, 50-51; Engstrom 2003, 107-110; Binneveld en Wolf 1985, 35.
- HOOFDSTUK 4**
- 1 Winkler 1930, 6.
 2 Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; Rooijmans 1998, 6; De Waardt 2005, 49-68, 279.
 3 Vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, te Baarn, den 19 Juli 1884 1884, 149-150.
 4 *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1* (1876), 38.
 5 Van der Esch 1975-1980, III: 89; De Waardt 2005, 68.
 6 Winkler 1896b, 8; De Waardt 2005, 68.
 7 Donders 1884.
 8 Van der Esch 1975-1989, III: 89; De Waardt 2005, 279.
 9 Winkler-Junius 1947, 37.
 10 Eerder waren Ramaer, Tellegen en D. de Snoo, arts in Meerenberg, gepolst. De faculteit Geneeskunde wees Ramaer vanwege zijn leeftijd en gebrek aan onderwijservaring af en de twee andere kandidaten trokken zich terug, waarschijnlijk vanwege het ontbreken van klinische faciliteiten ten behoeve van de observatie van patiënten door studenten. (De Waardt 2005, 67-69)
 11 Winkler 1896b, 12.
 12 Winkler 1896b, 12-13; vergelijk De Waardt 2005, 68-70, 77-86.
 13 Winkler 1885.
 14 Winkler-Junius 1947, 70.
 15 Winkler 1896b, 13.
 16 Winkler-Junius 1947, 68; zie ook Bouman [L.] 1926.
 17 Tellegen 1890d, 173-175.
 18 Winkler 1896b, 12-14.
 19 Vergadering der Ned[erlandsche] Ver[eeniging] voor Psych[iatrie]. Gehouden 18 Juni 1890 te Haarlem 1890.
 20 Winkler, Jelgersma en Van Deventer 1891; Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 24 Juni 1891 1891b; vergelijk Bruyn en Koehler 2002, 16.
 21 Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 24 Juni 1891 1891b; De Psychiatrie in de Tweede Kamer (1892); De Psychiatrie in de Eerste Kamer (1892).
 22 Over de eerste leerstoelen psychiatrie en neurologie: Van der Esch 1975-1980, III: 88-89; Rooijmans 1998, 1-48; Bruyn en Koehler 2002; Eling en Koehler 2002; De Waardt 2005, 77-102, 143; Van Bergen 2005, 139-171.
 23 Bouman [L.] 1921, 317-318.
 24 De Waardt 2005, 109-111. Zie voor het aantal medici en studenten geneeskundigen in de periode 1849-1923: Droogleeve Fortuyn 1924; Van der Velden 1996, 217.
 25 Studenten die colleges psychiatrie en neurologie volgden, moesten 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)
 26 De zesde leerstoel psychiatrie en neurologie, die in 1945 aan de in 1923 opgerichte Katholieke Universiteit Nijmegen, tot stand kwam, valt buiten het bestek van deze studie.
 27 Rooijmans 1998, 11.
 28 Spaink 1895.
 29 Winkler-Junius 1947, 77
 30 Winkler 1896b, 16.
 31 Psychiatrisch Onderwijs 1894, 312.
 32 De Waardt 2005, 86-87, 278; zie ook Klijn 2010, 123-126. Vanaf de jaren zeventig uitten diverse medische hoogleraren klachten over trage besluitvorming omtrent de financiële en organisatorische problemen die het klinisch onderwijs aan de Utrechtse universiteit parten speelde, iets wat overigens ook bij de andere universiteiten het geval was.
 33 Van Lieburg 1992, 16.
 34 Winkler 1896b, 20.
 35 Winkler 1896c en 1898; De Waardt 2005, 87.
 36 Mooij 1999, 298; vergelijk Van den Berg 1989.
 37 Winkler-Junius 1947, 108.
 38 Heilbronner 1913; Winkler 1930, 19; Winkler-Junius 1947, 106-109; De Waardt 2005, 87; Klijn 2010, 138-139.
 39 Mansholt 1916; Van der Esch 1980, III, 90; Rooijmans 1998, 14; Eling en Koehler 2002.
 40 Zie voor een overzicht: Van der Esch 1975-1980, III: 88-92.
 41 Vijselaar 1998a; Rooijmans 1998, passim.

NOTEN

- 42 Van der Esch 1975-1980, III: 91-92.
- 43 Zie over Jelgersma's opvattingen hierover verder hoofdstuk 3, paragraaf 1.
- 44 Van der Esch 1975-1980, III: 89-91; zie ook Mooij 1999.
- 45 Zie hoofdstuk 3, paragraaf 1.
- 46 Postma 1984, 331-353; Wieringa et al. 1960.
- 47 Rooijmans 1998, 68-93.
- 48 Zie over de *Somatiker* en ook de *Psychiker* hoofdstuk 1, paragraaf 1.
- 49 Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 32-38; De Waardt 2005, 53-55, 67-68.
- 50 Voorhelm Schneevoogt 1851; De Waardt 2005, 65-67.
- 51 Vergelijk Verwey 1980.
- 52 Bambang Oetomo 1970, 19-20; Van der Esch 1975-1980, I: 51-52.
- 53 Redactie 1878, 597-598.
- 54 Ramaer 1851, 3.
- 55 Ramaer 1848.
- 56 Ramaer 1851, 19, 22.
- 57 Ramaer 1846, 7; cursivering door Ramaer.
- 58 Widdershoven-Heerding 2000, 67.
- 59 Ramaer 1852, 24.
- 60 Ramaer 1852, 21-22.
- 61 Ramaer 1882a.
- 62 Ter Meulen 1988, 135.
- 63 Ramaer 1857, 113; vergelijk Wachelder 1992, 119.
- 64 Ramaer 1882a.
- 65 Van Andel 1867, 87-90; Ter Meulen 1988; Ter Meulen en Widdershoven-Heerding 1985; Widdershoven-Heerding 2000, 80.
- 66 Van Andel 1865, 307-308.
- 67 Donkersloot 1870a, 34.
- 68 Tellegen 1884, 9.
- 69 Winkler-Junius 1947; De Waardt 2005, 77-103; Abma en Weijers 2005, 32.
- 70 Winkler 1885, 13.
- 71 Over de geschiedenis van de neurologie in Nederland: Frederiks, Bruyn en Eling 2002.
- 72 Winkler-Junius 1947, 115, 147, 155; Van Erp Taalman Kip 1924, 22; Carp 1942, 115-124; Van Belzen 1994 en 1998.
- 73 Koehler 2002, 393.
- 74 Winkler 1909; Bruyn en Koehler 2002; Mooij 1999, 365, 377.
- 75 De psychiatrische bemoeienis met deze stoornissen staat centraal in hoofdstuk 5.
- 76 Bynum 1994; Widdershoven-Heerding, 2000, 79-80.
- 77 Zie hoofdstuk 3, paragraaf 5.
- 78 Winkler-Junius 1947, 145; vergelijk Winkler 1912.
- 79 Ramaer 1887; Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 24 Juni 1891 1891a.
- 80 Ramaer 1887.
- 81 Winkler 1890, 579.
- 82 Winkler-Junius 1947, 155.
- 83 Van Delden 1897, 71; Van Deventer 1897, 87; Schermers 1898b, 191-196.
- 84 Bouman en Muskens 1908; Muskens 1903.
- 85 Hermans 2003.
- 86 Widdershoven-Heerding 2000, 81-82.
- 87 Widdershoven-Heerding 2000, 87, 95, 103-106.
- 88 Van Deventer 1897.
- 89 Winkler 1897, 271.
- 90 Winkler 1893b, 9, 21-22; zie ook Van Deventer 1888.
- 91 Over Kraepelin zie Shorter 1997, 100-109 en Engstrom 2003, 121-146.
- 92 De eerste editie van de Amerikaanse DSM verscheen in de jaren vijftig en vanaf de derde editie (1980) kreeg deze internationale invloed.
- 93 Zie Van Erp Taalman Kip 1899b, 509 en 1899a; Meeus 1908, 423.
- 94 Ziehen 1900, 22; Heilbronner 1904.
- 95 Bouman [L.] 1907, 14.
- 96 Bouman [L.] 1900.
- 97 Jelgersma 1911, 6.
- 98 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. Over de geschiedenis van de psychologie in Nederland zie Veldkamp en Van Druenen 1988; Dehue 1990; Van Strien 1993; Derksen 1999.
- 99 Jelgersma 1899.
- 100 Ziehen 1900, 4; vergelijk Ziehen 1901.
- 101 Heilbronner 1904, 18-19.
- 102 Wiersma 1903, 22.
- 103 Wiersma 1915.
- 104 De Waardt 2005, 92-97.
- 105 Wel zijn er aanwijzingen dat in het sanatorium Rhijngest de psychische toestand van patiënten werd onderzocht met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten die betrekking hadden op de beleving van tijd, ruimte en mensen in de omgeving. (Janssens en Dikshoorn 1909)
- 106 Winkler 1915; zie ook Winkler 1910.
- 107 Winkler 1925; Winkler-Junius 1947, 155.
- 108 Jelgersma 1906b; Otterspeer 1995, 239, 361-366.

NOTEN

- 109 Van Bergen 2005, 130-143.
 110 Van Bergen 2005, 95-97, 117.
 111 Bouman [L.] 1907, 28.
 112 Bulhof 1983, 156-158.
 113 Bouman [L.] 1912, 347.
 114 Bouman [L.] 1916, 10, 13, 25-32; zie ook Bouwman [L.] 1915b; vergelijk Mooy 1988, 36-38.
 115 Van Belzen 1994.
 116 Dehue 1990, 115-124; Van Strien 1993, 61-63, 151; De Waardt 2005, 99-101; vergelijk Van Belzen en Ter Meulen 1988.
 117 Bouman [L.] 1924.
 118 Van Belzen 1994; Van Bergen 2005, 173-251; vergelijk Kuilman 1980.
 119 Jelgersma 1914.
 120 Carp 1942, 15-17.
 121 Van Erp Taalman Kip 1924, 322.
 122 Jelgersma 1895c.
 123 Jelgersma 1897a, 17.
 124 Jelgersma 1899, 18.
 125 Jelgersma 1899, 7-9.
 126 Bulhof 1983, 127-134; vergelijk Rooijmans 1998, 9-41.
 127 Jelgersma 1914, 32; vergelijk Jelgersma 1916.
 128 Jelgersma 1915, ix.
 129 Rooijmans 1998, 26, 36.
 130 Carp 1942, 73; Bulhof 1983, 134-143.
 131 Vijselaar 1998c, 66-77. Over de invloed van de psychoanalyse in de Nederlandse psychiatrie zie verder hoofdstuk 5, paragraaf 3.
 132 Jelgersma 1919; Carp 1942, 81; Rooijmans 1998, 36-37; De Waardt 2005, 91.
 133 Cox 1915, 472-474, 479.
 134 De Waardt 2005, 104-108; vergelijk Abma en Weijers 2005, 61.
- 8 Gijswijt-Hofstra 2001b, 282.
 9 Hutschemaekers 1990, 237; vergelijk Hutschemaekers 1993b.
 10 Over Beard zie Gosling 1987.
 11 Beard 1881, 1-7, 133-134.
 12 Beard 1880.
 13 Beard 1881, iv.
 14 Voor internationale vergelijkingen zie Gijswijt-Hofstra en Porter 2001; vergelijk Radkau 1998, Oppenheim 1991, Shorter 1992.
 15 Radkau 1998 en 2001; Shorter 1992 en 1997, 113-144; Gijswijt-Hofstra 2001a; Kaufmann 2001; Roelcke 2001; Schmiedebach 2001.
 16 Zie onder andere: Mantegazza en Donkersloot 1888; Schneckenberg 1890; Dornblüth 1903; Krafft-Ebing 1903; Ebbard 1905; Zbinden 1907; Hoppe 1909 en Schilling 1900. Over neurasthenie in Nederland zie verder: Vijselaar 2001, 246; Gijswijt-Hofstra 2001b; Vos 2007.
 17 Möbius en Ter Kuile 1884, 82.
 18 Juda 1905; Schilling 1900.
 19 Holland 1879; Donkersloot 1881; Hulst 1884; Beth 1900; Bosma 1903; Soesman 1904 en 1908; Juda 1905; Voorhoeve 1905; Noorduyn 1912; Utinga 1919; Anonymous 1920.
 20 Bosma 1903, 81. Over de aandacht van pedagogen en artsen voor neurotische stoornissen bij kinderen zie verder Bakker 2001.
 21 Radkau 1998; Nye 1984 en 1993; Gilman en Chamberlain 1985; Pick 1989; Te Velde 1989 en 1992, 56-62, 78-82; Vijselaar 2001.
 22 Anbeek 1982; Fontijn 1983; Bastet 1989; Kemperink 1988, 1993 en 1995; Van Buuren 1991; Kossmann 1984, 241-250; Van Vree 1991; Bel 1993; Fluitsma 2000; Kluin en Van Meel 2000.
 23 Geciteerd in Bel 1993, 288. Over de kruisbestuiving tussen enerzijds literatoren en kunstenaars en anderzijds de psychiatrie en psychologie zie verder Sass 1992; Micale 2004.
 24 Wentges 1976.
 25 Tellegen 1883, 204-205.
 26 Swart Abrahamsz 1888a, 1-65 en 1888b.
 27 Gesprek met H.G.M. Prick, 10 november 2000; Prick 1977, 1997 en 2003; Van Deyssel 1929, 1962, 1978, 1979, 1980, 1982 en 1990; Van Deyssel en Ising 1965, 1966 en 1968; Van Deyssel en Van Eeden 1981; Van Deyssel en Verwey 1981, 1985 en 1986; Gijswijt-Hofstra 2001b, 291-294.
 28 Van Deyssel en Van Eeden 1981, 112-113; Prick 2003, 823.
 29 Van Deyssel 1962, 201.
 30 Van Deyssel en Van Eeden 1981, 182-183.

HOOFDSTUK 5

- 1 Zie Vijselaar 2001; Gijswijt-Hofstra 2001b.
 2 Zie Gijswijt-Hofstra en Porter 2001.
 3 Lutz 2001, 67.
 4 Gijswijt-Hofstra 2001a, 1; Hutschemaekers 1990 en 1993b, 88.
 5 Van den Berg en Meijer 1994, 75.
 6 Zoals recentelijk whiplash, *repetitive strain injury*, het vermoeidheidssyndroom, psychotrauma, de meervoudige persoonlijkheidsstoornis, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), anorexia en boulimia nervosa, *body dysmorphic disorder* en automutilatie. (Hermans en Schmidt 1996; Showalter 1997; Slijkhuis 1998 en 2001)
 7 Gijswijt-Hofstra 2001a.

NOTEN

- 31 Prick 2003, 823-824; Gesprek met H.G.M. Prick, 10 november 2000.
- 32 Zie ook Everts 1915 en Eckhardt 2000.
- 33 Zie onder andere Tellegen 1884; Huet 1886; Brosius 1886; Hanlo 1886; Swart Abrahamsz 1888a, 1888b en 1889; Van Renterghem en Van Eeden 1889 en 1894; Wijsman 1891 en 1899; Jacobs 1893; Van Deventer 1894a, 1894b, 1896a en 1899; Spaink 1896; Stephan 1896; Jelgersma 1896b, 1897a, 1897b, 1897c, 1898, 1911 en 1912; Van Renterghem 1898a; Cox 1902; Van Erp Taalman Kip 1904 en 1912; Breukink 1905; Scheffer 1905 en 1906; Betz 1911; Rijpperda Wierdsma 1913; Bromberg 1917; Bolten 1921. Ook in homeopathische kring bestond enige aandacht voor neurasthenie: V.Z., et al. 1899; Gorter 1900; J.V. 1901; Z. 1901a en 1901b; Voorhoeve 1901 en 1905.
- 34 Van Renterghem en Van Eeden 1889 en 1894; Van Renterghem 1898a.
- 35 Jelgersma 1897a, 216.
- 36 Jelgersma 1897a, 18-29; vergelijk Oppenheim 1991, 142-153 en Radkau 1998, 216.
- 37 Hutschemaekers 1993b, 87, 92.
- 38 Jelgersma 1897a, 175-176.
- 39 Zie bijvoorbeeld Spaink 1895, 35-41; Wijsman 1891 en 1899.
- 40 Stephan 1896, 13, 40.
- 41 Jelgersma 1897b, 66-67.
- 42 Jelgersma 1897a, 3.
- 43 Tellegen 1884, 25, 35.
- 44 Jelgersma 1897a, 3, 18-30; vergelijk Jelgersma 1907b.
- 45 Scheffer 1905.
- 46 Van Erp Taalman Kip 1912, 4-5.
- 47 Van der Hoeven 1921, 43-44, 46, cursief in origineel.
- 48 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1417-1421 en tabel 11; Van Andel 1901; Huddleston Slater s.a. [1935]; vergelijk Vijselaar 2001, 246; Kerkhoven en Vijselaar 1993.
- 49 Shorter 1990.
- 50 Vijselaar 2001, 250.
- 51 Zie hoofdstuk 2, paragraaf 3.
- 52 Schermers 1908, 14, 17.
- 53 Stephan 1896; vergelijk Hanlo 1886; Brosius 1886 en 1887.
- 54 Jelgersma 1909; zie ook Kerkhoven en Vijselaar 1993 en vergelijk Radkau 1997, 32, 128; Oppenheim 1991, 107; Shorter 1992, 216-217; Shorter 1997, 113.
- 55 Jelgersma 1897a, 185-188; Jelgersma 1909.
- 56 Van Deventer 1899.
- 57 Soesman 1908, 46-57.
- 58 Spaink 1896.
- 59 Schermers 1908; Lindeboom en Van Lieburg 1984; Hutschemaekers en Hrachovec 1993.
- 60 Gijswijt-Hofstra 2004 en 2008; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 169-179; Hutschemaekers en Hrachovec 1993; Hutschemaekers 1990 en 1993b. Zie verder paragraaf 2 van dit hoofdstuk.
- 61 Hutschemaekers 1993b, 84-85. Hutschemaekers baseert zich op een steekproef van 929 dossiers uit de periode 1903-1985 van niet-psychotische patiënten.
- 62 Hutschemaekers 1993b, 86-88.
- 63 Jelgersma 1897a, 188-189.
- 64 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1905.*
- 65 Jelgersma 1897a, 3-4 en 1897b; Rooijmans 1998, 21, 34; *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1908.*
- 66 Scheffer 1905; Gijswijt-Hofstra 2004.
- 67 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1907; Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1909.*
- 68 *Verslag van den toestand der gemeente Leiden over het jaar 1905*, IIa: 20; Gijswijt-Hofstra 2004 en 2008, 78.
- 69 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1905.*
- 70 Zie tabel 15. Vergelijk Gijswijt-Hofstra 2001a, 23-24; 2001b, 299-300; 2008, 78.
- 71 Scheffer 1905.
- 72 *'Rhijngeest'. Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest.*
- 73 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1908; vergelijk Jelgersma 1897b en 1897a, 2.*
- 74 *Verslag gemeente Leiden 1905*, IIa: 21-22; *Verslag gemeente Leiden 1906*, IIa: 20.
- 75 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 174.
- 76 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 169-179, citaat op 176; zie verder Gijswijt-Hofstra 2004 en 2008.
- 77 Hrachovec 1993.
- 78 *'Rhijngeest'. Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest.*
- 79 De jaarverslagen van Rhijngeest maken deel uit van de Leidse gemeenteverlagen in het Gemeentearchief. De alfabetisch geordende patiëntendossiers van Rhijngeest worden bewaard in het Gemeentearchief Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum. In onze verwijzingen naar de dossiers is hun nummer en

NOTEN

- het jaar van opname van de betreffende patiënt vermeld.
- 80 Zie tabel 15. Wij hebben verder geen verklaring voor deze sterke fluctuaties.
- 81 Vergelijk Gijswijt-Hofstra 2001a, 23-24 en 2008.
- 82 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1903; Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1910.*
- 83 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1910, 33.*
- 84 *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1910, 33.* Zie verder hoofdstuk 6, paragraaf 3.
- 85 Dossiers 1729 (1910) en 1295 (1903).
- 86 Rooijmans 1998, 21-24. Enkele dossiers zijn opgetekend door H.W. Borgerhoff Mulder die sinds 1908 werkzaam was in Rhijngeest en Oort in 1934 opvolgde. De eindverantwoordelijkheid voor Rhijngeest berustte bij de geneesheer-directeur van Endegeest en Rhijngeest Van der Kolk.
- 87 Dossier 121 (1903).
- 88 Dossier 453 (1906).
- 89 Dossier 181 (1904).
- 90 Dossier 1687 (1912).
- 91 Dossier 1295 (1903).
- 92 Dossier 1295 (1903).
- 93 Dossier 3127 (1919).
- 94 Dossier 493 (1906).
- 95 Dossier 123 (1903).
- 96 Dossier 4500 (1907).
- 97 Dossier 56 (1903).
- 98 Dossier 314 (1905).
- 99 Dossier 570 (1907).
- 100 Dossier 610 (1907).
- 101 Dossiers 1295 (1903); 197 (1904); 121 (1903).
- 102 Dossier 3331 (1905).
- 103 Dossier 2696 (1917).
- 104 Gijswijt-Hofstra 2008.
- 105 Dossier 2329 (1903).
- 106 Dossier 1970 (1912).
- 107 Dossier 2497 (1917).
- 108 Dossiers 3126 (1919); 1295 (1903).
- 109 Vergelijk Radkau 1997, 144-147.
- 110 Voor de verschillen en overeenkomsten tussen mannelijke en vrouwelijke neurasthenieëlijders zie ook Gijswijt-Hofstra 2008, 89-90.
- 111 Aan de Stegge 2004.
- 112 Zie hierover verder hoofdstuk 6.
- 113 Jelgersma 1911 en 1912; vergelijk Jelgersma 1909, 4 en 1919, 5-27.
- 114 Van Erp Taalman Kip 1912; Bouman [L.] 1915a.
- 115 Zie Hacking 1995 en Oosterhuis 2000.
- 116 Zie Bouman [L.] 1915b en Bouman [L.] en Brouwer 1922.
- 117 Vijselaar 1995, 13-14.
- 118 Zie hoofdstuk 2, paragrafen 3 en 4.
- 119 Van Drunen 2004, 20; vergelijk Niemandland 1948, 165-173.
- 120 De Waal 1992, hoofdstukken 1 en 2.
- 121 Bernheim 1891; Reeling Brouwer 1900; vergelijk Laurence en Perry 1988 en Gauld 1992.
- 122 Schwencke 1980; Brinkgreve 1979; Shorter 1997, 138-139.
- 123 Van Eeden 1890; Bulhof 1983, 58, 62; Fontijn 1990, 237; vergelijk Fontijn 1983.
- 124 Fontijn 1990, 230-243; Van Eeden 1890.
- 125 Van Eeden 1890.
- 126 Van Eeden 1892; vergelijk Fontijn 1990, 230-243.
- 127 Van Renterghem 1887a en 1887b; Bernheim en Van Renterghem 1891; zie ook Van Renterghem 1898b.
- 128 De Jong 1888.
- 129 Gijswijt-Hofstra 2001b, 290.
- 130 Bulhof 1983, 74; Brinkgreve 1984, 49-50.
- 131 Van Eeden 1892, 305-306, 309; vergelijk Van Renterghem 1900, 1904 en 1907 en Van Renterghem en Hoffman 1908.
- 132 Van Renterghem en Van Eeden 1889.
- 133 Van Renterghem en Van Eeden 1894; vergelijk Fontijn 1990, 239-243.
- 134 Van Renterghem 1898a, 537.
- 135 Bulhof 1983, 109; Schwencke 1980; Van der Chijs 1916; Van Renterghem 1924/1927.
- 136 Winkler-Junius 1947, 64-65; vergelijk Winkler 1903.
- 137 Van Drunen 2004, 18.
- 138 Over de toepassing van hypnose in Nederland zie Viëtor 1992.
- 139 De Swaan 1977; Gomperts 2002.
- 140 Zie Stroeken 1997; vergelijk Bulhof 1983, 226; Brinkgreve 1984, 41, 73.
- 141 Winkler 1917, 26; Van Valkenburg 1912, 669. Tegenover collega's en in zijn memoires uitte Winkler zich evenwel genuanceerder. Zo sprak hij waardering uit voor 'Freud's geloof in de causaliteit van alle psychisch gebeuren' en 'het vernuft waarmee het psychologisch stelsel was uitgewerkt'. (Winkler-Junius 1947, 146-147)
- 142 Bouman [K.H.] en Muskens 1908.
- 143 Brinkgreve 1984, 54-60, 70.
- 144 Zie bijvoorbeeld Van Valkenburg 1912 en Stärcke 1912. Zie ook Brinkgreve 1984, 57-58; Bulhof 1984, 225-226.

NOTEN

- 145 Van der Hoop 1917.
- 146 Van Renterghem 1913. Zie ook Van der Chijs 1914 en Freud 1918. Van Renterghem introduceerde ook in het Nederlands vertaalde seksuologische werken van Auguste Forel (*Het sexueele vraagstuk*, 1907) en Henry Havelock Ellis (*De psychologie der sexen*, 1915). (Noordman 1989, 152-153)
- 147 Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1922.
- ## HOOFDSTUK 6
- 1 Voorhelm Schneevoogt 1868, 169.
- 2 Donkersloot 1881; Hulst 1884; Möbius en Ter Kuile 1884; Wijsman 1891; Jelgersma 1897a en 1907b; Soesman 1904 en 1908. Zie voor de discussies over de vermeende toename van geestes- en zenuwstoornissen ook hoofdstuk 3, paragraaf 1 en 5 en hoofdstuk 5, paragraaf 1.
- 3 Meijer 1899b, 435.
- 4 Over de hygiënistische beweging in Nederland zie Houwaart 1991.
- 5 Voorhelm Schneevoogt 1861, 510, 553-555.
- 6 Houwaart 1991, 329; Aerts 1997, 219.
- 7 Houwaart 1991, 321-322.
- 8 Mooij 1999, 269-278.
- 9 Houwaart 1991, 293-294; Rigter 1992, 33-37.
- 10 Ruysch 1906, 330.
- 11 Tellegen 1884, 9.
- 12 Cox 1907, 12.
- 13 Bierens de Haan 1899 en 1912; Soesman 1904 en 1911; Winkler, Schuyten en Van Renterghem 1902.
- 14 Spaink 1889; Ruysch, Van Walsem en Bijl 1896; Tellegen 1896-1897; Kat 1898, 1910 en 1911; Van Erp Taalman Kip 1905; Oort 1909 en 1914; Bouman [K.H.] 1910; Buringh Boekhoudt 1919a en 1919b.
- 15 Spaink 1893; De Snoo 1894; Rutgers 1894, Aletrino 1897; Couvée en Werheim Salomonson 1901.
- 16 Treub en Winkler 1898; Rutgers 1899; Soesman 1905.
- 17 Hekma 1987, 149-174; 183-201; Houwaart 1991, 341; Koenders 1996, 65, 86, 175-185; Bosch 1994, 143-146; De Waardt 2005, 83-85; Oosterhuis 2007, 139-147.
- 18 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, Vanpaemel en Wils 2003. Zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 1.
- 19 Deknatel 1895, 270.
- 20 Wertheim Salomonson 1903, 714.
- 21 Buringh Boekhoudt 1898.
- 22 Over de invloed van de degeneratietheorie in Nederland zie Mommers 1992.
- 23 De Waardt 2005, 78-80, 81-82, 90, 115-116.
- 24 Winkler 1885, 13.
- 25 Winkler 1893, 29-30.
- 26 Wetenschappelijke Vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, gehouden te Amsterdam op dinsdag 20 en woensdag 21 april 1920 in de Collegekamer voor neurologie van het Binnengasthuis 1921, 353-354.
- 27 Winkler 1893, 9.
- 28 Treub en Winkler 1898; Bosch 1994, 143-146; Winkler-Junius 1947, 99.
- 29 De Waardt 2005, 83-85.
- 30 Bouman 1916; vergelijk De Waardt 2005, 106, 122-123.
- 31 Dowbiggin 1991; Nye 1984; Gilman en Chamberlain 1985; Pick 1989; Hermans 2003; Tollebeek, Vanpaemel en Wils 2003. Voor een vergelijking tussen Nederland en België zie Nys et al. 2002. Vergelijk Noordman 1989, 28-29.
- 32 Deknatel 1895, 265.
- 33 Voor de doorwerking op de langere termijn zie bijvoorbeeld Carp en Fortanier 1928; Rümke 1963 en Kraft 1968.
- 34 Zie hoofdstuk 4, paragraaf 2; vergelijk Oosterhuis 2000, 100-112.
- 35 Koster 1893.
- 36 Verkouteren 1911.
- 37 Bouman [L.] 1898, 387.
- 38 Wertheim Salomonson 1903, 716.
- 39 Te Velde 1989, 1992, 29-32, 1993; vergelijk Nys et al. 2002.
- 40 Soesman 1908, 15, 30, 38-40, 42.
- 41 Over het verband tussen psychiatrie, geestelijke volksgezondheid en democratisch burgerschap zie verder Oosterhuis 2007.
- 42 Ramaer 1852; vergelijk Van der Stel 1995, 115; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 223.
- 43 Van der Stel 1995, 200.
- 44 Van der Stel 1995, 199-201; Snelders, Meijman en Pieters 2007, 221-225.
- 45 Van der Stel 1995, 199-200.
- 46 Bouman en Van der Woude 1910, 331.
- 47 Bouman 1912; Van der Stel 1995, 215-218.
- 48 Van der Stel 1995, 197-198.
- 49 Van der Stel 1995, 202, 229.
- 50 Van der Stel 1995, 189, 256-264.
- 51 Van der Stel 1995, 189-194.
- 52 Van der Stel 1995, 191, 256, 258, 264.
- 53 De Bruyn et al. 1906, 262.
- 54 Van Erp Taalman Kip 1907, 165.

NOTEN

- 55 Van Deventer et al. 1911.
- 56 Memorie 1913.
- 57 Bouman en Van der Woude 1910, 335-336; cursivering in het origineel.
- 58 Bouman en Van der Woude 1910, 338.
- 59 Bouman en Van der Woude 1910, 340.
- 60 Van der Stel 1995, 227.
- 61 Bouman en Van der Woude 1910, 344 en Kat 1941, 457-458.
- 62 Bakker en Van der Velden 2004a, 52.
- 63 Bouman 1912.
- 64 Kat 1941; Van der Stel 1995, 217-218.
- 65 Van der Stel 1995, 205.
- 66 Van der Stel 1995, 243-245; Blok 2007, 153-164.
- 67 De Smit 1970, 15-16.
- 68 Esser 1970-1971, 12.
- 69 De Smit 1970, 16; Romme 1978, 241; Bakker, De Goei en Vijselaar 1994, 8-9.
- 70 Rosenstein 1913, 272, 274, 276.
- 71 Van Deventer 1915, 254, 262, 264.
- 72 Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 1932, 81; De Smit 1970, 18-19.
- 73 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 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)
- 74 Meijers 1924, 124. In 1924 meldde Meijers dat het aantal bezoekers van het consultatiebureau 'de laatste jaren' schommelde tussen de 3.000 en 4.000, maar het is niet duidelijk of hij hiermee het aantal per jaar bedoelde of het totale aantal gedurende de voorgaande jaren. (Meijers 1924, 124)
- 75 Meijers 1924, 120-123; citaat op 120.
- 76 Querido 1980, 121-128.
- 77 Bouman [K.H.], Gewin en Herderschée 1917; Brants 2004.
- 78 Hermans 2001; Brants 2004.
- 79 Zie Kraft 1963, 7; Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid 1936.
- 80 Abma en Weijers 2005, 50.
- 81 Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 356-375.
- 1995, 9-11 en Van der Esch 1975-1980, I: 48.
- 2 Tammenoms Bakker 1957, 161; De Ridder 1991, 36-38; Weijers 1995, 61; 1996, 191; 2003; Koenraad 1995, 112; Van Ruller 1991; Weijers en Koenraad 2007, 8.
- 3 Over de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in Frankrijk en Engeland: Walker en McCabe 1973; Foucault 1978; Smith 1981; Goldstein 1987; Harris 1989; in België: Velle 2002; De Smaele 2002; in Duitsland: Güse en Schmacke 1976, deel 2; vergelijk Weijers en Koenraad 2007, 4-11.
- 4 Geciteerd in Walker en McCabe 1973, 208.
- 5 Coêlho en Kloosterhuis 1977, 345.
- 6 Goldstein 1987, 152-189; vergelijk Berrios en Porter 1995, 633.
- 7 Over Lombroso zie Gibson 2002; Hahn Rafter 1995; Schwegmann 1993. Over Lombroso's invloed en de criminele antropologie in diverse Europese landen: Verplaetse 2002, 301-363; Van Ginneken 1988; Draaisma 1995, 49-73; Pick 1989, 109-154; Nye 1984, 97-131; Velle 2002.
- 8 Van Weringh 1986; Becker en Wetzell 2006; Mucchielli 2006; Kaluszynski 2006.
- 9 Zie Van Hamel 1880.
- 10 De Ridder 1987 en 1991, 36; Franke 1990, 484; Weijers 1996, 192; Dankers en Van der Linden 1996, 169-171; Mooy 1991 en 1998, 81; Kelk 2007, 79-81.
- 11 Draaisma 1995.
- 12 Ramaer 1879, 15.
- 13 Ramaer 1879, 16.
- 14 Van Deventer 1882.
- 15 Van Deventer 1897, 77; vergelijk Van Deventer 1892c.
- 16 Tellegen 1890c, 125-133.
- 17 Donkersloot 1880, 127-128.
- 18 Jelgersma 1891, 167.
- 19 Wijsman 1891, 46.
- 20 Van Deventer 1892c, 97.
- 21 Wijsman 1891, 46.
- 22 Winkler 1895, 133.
- 23 Winkler 1885, 15.
- 24 Van Deventer 1892c, 97.
- 25 Schermers 1906b.
- 26 De Ridder 1991, 43; Pouw 1985, 22.
- 27 Wellenbergh 1886a; Aletrino 1898 en 1899; Jelgersma 1894.
- 28 Winkler deed dat in de jaren 1897-1910 bij de rechtbank te Amsterdam en Utrecht. Jelgersma was in 1896 adviseur bij de rechtbank te Arnhem, Leendert Bouman in 1909 bij de rechtbank van Amsterdam, Wiersma van 1915 tot 1920 bij de rechtbank te Winschoten, Le Rütte, geneesheer-directeur van Brinkgreven, in de jaren 1906-1910 bij

HOOFDSTUK 7

- 1 Ramaer 1854b, 1854c, 1876c en 1880; vergelijk Donkersloot 1870a; Kerbert 1875. Zie ook Vijselaar

NOTEN

- de rechtbank in Almelo, de leger- en gevangenisarts Deknatel van 1907 tot 1917 bij de Bredase en Haagse rechtbank en Van Deventer van 1889 tot 1910 bij de rechtbank van Amsterdam. (Pouw 1985, 16-20)
- 29 Jelgersma 1891, 185; 1894, 7-10; 1899, 25-28; vergelijk Draaisma 1995.
- 30 Jelgersma 1891, 179-180.
- 31 Winkler 1895, 118-119.
- 32 Van Deventer 1894a, 40; vergelijk Van Deventer 1895.
- 33 Geciteerd in De Waardt 2005, 82.
- 34 Jelgersma 1894, 21.
- 35 Winkler 1895, 132.
- 36 Winkler-Junius 1947, 31.
- 37 Winkler-Junius 1947, 74.
- 38 Van der Plaats 1895; Winkler 1895; Beerends 1896; zie verder Draaisma 1995, 49-73.
- 39 Van der Plaats 1896.
- 40 Draaisma 1995, 65.
- 41 Winkler-Junius 1947, 82-83.
- 42 Winkler 1895, 132-133; vergelijk Schermers 1902.
- 43 Jelgersma 1894, 19.
- 44 Carp 1942, 35-36; Winkler-Junius 1947, 75; Franke 1990, 456-457.
- 45 Draaisma 1995, 71; Verplaetse 2002, 317.
- 46 Soesman 1901, 7-9, 101-102.
- 47 Winkler-Junius 1947, 101-102.
- 48 Jelgersma 1894, 20.
- 49 Jelgersma 1895a, 707.
- 50 Van Weringh 1986, 43-72; Franke 1990, 577-579; vergelijk De Roos 1914.
- 51 De biografische methode werd toegepast in promotieonderzoek door J.V. van Dijck 1905; Pannenburg 1912; De Graaf 1914. Over het onderzoek van de 'Groningse School' zie Nagel 1966.
- 52 Noordman 1989, 69-71.
- 53 Bongers 1922.
- 54 Pouw 1985, 12.
- 55 Stephan 1889, 565.
- 56 Van Andel en Groskamp 1883; Van Persijn 1884; Van Deventer 1886, 1892c; Wellenberg 1886b, 1892; Westening en Tellegen 1888; Couvée en Wellenberg 1889; Ankersmit en Van Deventer 1891; Van Kleef en Rusland 1892; Drie gerechtelijk-geneeskundige rapporten 1893; Ruland 1893; Van der Swalme en Cowan 1894; Bijl en Le Nobel 1897; Winkler en Jacobi 1898; Demmers 1898; Tellegen, Van der Hagen en Jelgersma 1898; Van Walsem 1900; Hulshof Pol 1900; Van der Hagen 1901; Le Rütte en De Vlieggen 1902; Couvée en Winkler 1903; Huet en Van Deventer 1903; Gerechtelijk-Geneeskundige rapporten 1904; Wertheim Salomonson en Muskens 1904; Scholtens 1904 en 1905; Ziegeler en Huet 1904 en 1906; Timmer en Huet 1904; Van der Kolk 1918.
- 57 Pouw 1985, 13, 15, 21-23. Franke 1990, 437.
- 58 Ramaer 1880; Pouw 1985, 12; Koenraadt en Pouw 1987, 57.
- 59 Voorwaarden voor de opnemings- en verpleging van krankzinnigen voor rekening van gemeentebesturen in het Rijksgesticht te *Medemblik*, volgens Koninklijk Besluit van 22 September 1884 1885.
- 60 Pouw 1985, 3-4; 15; Koenraadt en Pouw 1987, 58; Franke 1990, 190-191, 436-437; Koenraadt 1995, 113; Weijers 2003, 80.
- 61 Weijers 2003, 8. Dezelfde formulering kwam in de tweede Krankzinnigenwet voor met betrekking tot de opname van ontoerekenbaar verklaarde delinquenten in een krankzinnigengesticht.
- 62 Weijers en Koenraadt 2007, 11-12.
- 63 De Ridder 1991, 37-38.
- 64 Meijers 1913, 11; vergelijk Reeling Brouwer 1902a en De Roos 1914.
- 65 Wijsman 1891, 219.
- 66 Van Deventer 1882, 693.
- 67 Weijers 2003, 10; Weijers en Koenraadt 2007, 12-16, 21-24.
- 68 Pouw 1985, 13.
- 69 Van Andel 1878; De Ridder 1987, 340 en 1991, 45.
- 70 Cahn 1970, 6.
- 71 Jelgersma 1907a.
- 72 Franke 1990, 419.
- 73 Franke 1990, 409, zie ook 337, 379.
- 74 Meijer 1899a, 393-396, 404 en 1899b, 458-459.
- 75 Casparie 1911, 18.
- 76 <http://www.mesdagkliniek.nl>, geraadpleegd op 6 maart 2006.
- 77 Meijer 1899a en 1899b; Franke 1990, 411-414.
- 78 Franke 1990, 403-404, 416-418, 423-427, 449, 500.
- 79 Casparie 1911, 4, 17, 21.
- 80 Franke 1990, 302-303, 437.
- 81 Commissie Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst 1895; Schermers 1899; vergelijk Winkler 1896a.
- 82 Jelgersma et al. 1905, 498-499; Jelgersma et al. 1902; Koenraadt 1995, 114-117.
- 83 Commissie Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst 1895.
- 84 Aletrino 1904; vergelijk Aletrino 1906.
- 85 Cahn 1970, 58-63; Pouw 1985, 4.
- 86 Van der Esch 1970.

NOTEN

- 87 Weijers 2003, 14.
- 88 Vijselaar 1995, 18-19.
- 89 De Vries 1984; Pouw 1985, 10-11; De Ridder 1991.
- 90 Al in 1878 had Van Andel in een artikel over de vraag waar krankzinnige misdadigers verpleegd moesten worden twee categorieën onderscheiden: krankzinnige misdadigers, dat wil zeggen delinquenten die na hun veroordeling in de gevangenis geestesstoornissen gingen vertonen, en misdadige krankzinnigen, geesteszieken die wegens een misdaad vervolgd werden. (Van Andel 1878) Andere psychiaters hanteerden echter andere definities. De commissie hanteerde de benaming 'crimineel krankzinnigen', waarmee zij alle geestelijk gestoorden bedoelden die schadelijk en gevaarlijk gedrag vertoonden.
- 91 Commissie Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst 1895.
- 92 Jelgersma 1891, 177, 185.
- 93 Jelgersma 1891, 179-180.
- 94 Jelgersma 1902, 517; Reeling Brouwer 1902b, 449; vergelijk Wellenbergh 1902.
- 95 Wijsman, 1891, 45 en 1896, 124-126.
- 96 Geciteerd in Pouw 1985, 6; zie ook Meijer 1899b, 437-438.
- 97 Commissie Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst 1895, 1009; Reeling Brouwer 1902a, 131-132.
- 98 Schermers 1896, 8.
- 99 De Ridder 1987, 339.
- 100 Jelgersma 1891, 185.
- 101 Jelgersma 1896a, 17.
- 102 Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 25 Juni 1891 1891, 226-229; Van Deventer 1882, 693 en 1890, 130; Meyer 1900; Reeling Brouwer 1902b; Heilbronner 1911.
- 103 Winkler 1895, 115.
- 104 Winkler 1896b, 11.
- 105 Winkler 1895, 113.
- 106 Winkler 1895, 134.
- 107 Pouw 1985, 10-11; Weijers 2003, 11-12.
- 108 Weijers 2003, 13; Weijers en Koenraadt 2007, 20-21.
- 109 Franke 1990, 436.
- 110 *Dordrechter Courant*, 11-09-1907. Zie ook Uiterwijk 1911a; Uiterwijk 1911b en Janse de Jonge 1982.
- 111 Rechtbank Dordrecht, 20 december 1907, *Weekblad van het Recht* 8654, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 112 Gerechtshof Den Haag, 5 maart 1908, *Weekblad van het Recht* 8654, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 113 Hoge Raad, 25 januari 1909, *Weekblad van het Recht* 8809, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 114 Gerechtshof Den Bosch 14 april 1909, *Weekblad van het Recht* 8829, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 115 Hoge Raad, 28 juni 1909, *Weekblad van het Recht* 8868, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 116 *Weekblad van het Recht* 8776, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 117 *Weekblad van het Recht* 8764, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 118 Uiterwijk 1911b, 119.
- 119 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 504.
- 120 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 505.
- 121 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 505.
- 122 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 518.
- 123 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 534.
- 124 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 539.
- 125 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 546.
- 126 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 535.
- 127 Jelgersma, Van Deventer en Van Erp Taalman Kip 1910, 577-578.
- 128 Openbaar Ministerie 1911.
- 129 Van Hamel 1911, 37.
- 130 Van Hamel 1911, 43.
- 131 Van Hamel 1911, 45.
- 132 Van Hamel 1911, 46.
- 133 Van Hamel 1911, 52 (cursief in origineel).
- 134 Van Hamel 1911, 54.
- 135 Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911, 24.
- 136 Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911, 48.
- 137 Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911, 63.
- 138 Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911, 127-128.
- 139 Hof Arnhem, 29 november 1910, *Weekblad van het Recht* 9099, aangehaald in Janse de Jonge 1982.
- 140 Heilbronner 1911.
- 141 Van der Kolk 1909.
- 142 Geciteerd in Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911, 10.
- 143 *Handelingen der Tweede Kamer* 1910/1911, 931.
- 144 *Handelingen der Tweede Kamer* 1908/1909, 707; 721; 723; 736; 1910/1911, 925-957, 988-1000, Bijlage A, IV, 14,9; 15, 30; 1911/ 1912, 815-838; 1911/1912, 815-838, Bijlage A, IV, 12/8: 13, 25.
- 145 *Handelingen der Tweede Kamer* 1910/1911, 951.
- 146 Vergelijk Gewin 1910.
- 147 *Handelingen der Tweede Kamer* 1910/1911, 927, 938.

NOTEN

- 148 *Handelingen der Tweede Kamer 1910/1911*, 945.
- 149 In 1932 terugblikkend op de ambities die sommige psychiaters rond de eeuwwisseling op forensisch gebied koesterden sprak Wiersma van 'überpsychiatisierung'. (Wiersma 1932)
- 150 Pouw 1985, 10-11; De Ridder 1991; Weijers 2003, 12.
- 151 Meijer 1900; Van Walsem 1900; Wellenbergh 1906; Cox 1909 en 1918; Simons en Rosenstein 1908; Slingenbergh 1909; Van der Kolk 1909; Gewin 1910; Van Erp Taalman Kip 1911; Geuns 1911 en 1917; Heilbronner 1911; Kohlbrugge 1919. Zie ook Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap 1957.
- 152 Postma 1914; Nijnatten 1986, 30-31; Franke 1990, 502-503.
- 153 Franke 1990, 576; Van der Stel 1995, 219-224.
- 154 Franke 1990, 530.
- 155 Meijers 1913, 32; vergelijk De Roos 1914, 31.
- 156 De psychopathen-wetten 1911; De psychopathenwetten 1913; Zwangerschap en toerekenbaarheid 1910; De Ridder en De Vries 1984.
- 157 Van Deventer, Sissingh en Postma 1915.
- 158 De Ridder en De Vries 1984, 79; Haffmans 1984, 8; vergelijk Kortenhorst 1929.
- grond in de psychiatrie. Zie Dowbiggin 1997.
- 12 Schermers 1921-1922.
- 13 Binneveld 1995 en 2001; Shephard 2002.
- 14 Lerner 2003; Leese 2002; Riedesser en Verderber 1985 en 1996; Shephard 2000; Roudebush 2001; Hermans en Schmidt 1996.
- 15 Vergelijk Shorter 1998, 19-29.
- 16 Aan de Stegge 2005 en 2012, hoofdstuk 3.
- 17 Abma en Weijers 2005, 17.
- 18 Zie Foucault 1961, 1975 en 1976; vergelijk Dörner 1969 en Gaudet en Swain 1980.

TABELLEN

NABESCHOUWING

- 1 Bouman 1921, 308.
- 2 Svedberg 2005, 359-378.
- 3 In de loop van de twintigste eeuw liep het aantal (dwang)opnamen met rechterlijke machtiging geleidelijk terug tot rond vijftien procent. (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 1104)
- 4 De Ridder 1984; Hamers 1987, 36-38; Van der Stel 1995, 454; Vijselaar 1997c; Miller 1986.
- 5 Dit gold in mindere mate ook voor de institutionele zorg voor zwakzinnigen: vanaf het eind van de negentiende eeuw kwamen een aantal aparte voorzieningen voor jeugdige 'idioten' en 'imbecielen' tot stand, waarin artsen een bescheidener rol speelden dan in de krankzinnigengestichten. (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 98-100)
- 6 Neij 1989, 39; Huetting 1989, 42-43, 125; Couwenberg 1989, 199; De Haan en Duyvendak 2002, 34.
- 7 Vergelijk Nye 1984; Dowbiggin 1991; Blasius 1994; Roelcke 1999; Schmiedebach en Priebe 2004.
- 8 Geciteerd in Van der Stel 1995, 218.
- 9 De Goei 2001; Oosterhuis 2007.
- 10 Vergelijk Engstrom 2003 en Roelcke 2005.
- 11 Weindling 1989; Schmiedebach en Priebe 2002; Roelcke 2005. Ook in Noord-Amerika, Scandinavië en Zwitserland kreeg de eugenetica voet aan de grond in de psychiatrie. Zie Dowbiggin 1997.
- 1 Van der Esch 1975, I: 22-23, 81. Tot 1842 was nog geen onderscheid aangebracht tussen geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen.
- 2 In de *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* zijn over de periode 1871-1882 enkel ledenlijsten gepubliceerd over 1871, 1872 en 1875. In 1883 is evenmin een ledenlijst verschenen. Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie 1884-1896; Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1897-1903; Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie 1904a-1920.
- 3 Inclusief dubbelstellingen van leden met meerdere werkplekken of beroepsfuncties.
- 4 Het gaat hier om werkplekken van artsen die volgens de ledenlijst niet (of niet voltijds) werkzaam waren in gestichten, sanatoria, inrichtingen voor zenuwlijders of epileptici en algemene ziekenhuizen.
- 5 Ontleend aan Van Drunen 2004, 12.
- 6 Opgegeven aantallen betreffen in alle gevallen personen. Als gevolg van dubbelfuncties kunnen subtotaal lager zijn dan de optelsom van de afzonderlijke voorzieningen.
- 7 Vermelding in Jaarboekje als specialist of halfspecialist.
- 8 Percentage van totaal aantal zenuwartsen gevestigd in betreffende 'grote plaatsen'.
- 9 Exclusief: alleen eigen praktijk, of uitsluitend in combinatie met (zelfstandige of ziekenhuis-) polikliniek.
- 10 Ontleend aan Van Drunen 2004, 16. Opgegeven aantallen betreffen in alle gevallen personen. Als gevolg van dubbelfuncties kunnen subtotaal lager zijn dan de optelsom van de afzonderlijke voorzieningen.
- 11 Exclusief: alleen eigen praktijk, of uitsluitend in

- combinatie met (zelfstandige of ziekenhuis-)poli-
kliniek.
- 12 Ontleend aan Van Drunen 2004, 16.
 - 13 Tussen haakjes het totaal aantal zenuwartsen
gevestigd in de betreffende plaatsen. Percentages
zijn gerelateerd aan dit totaal.
 - 14 Ontleend aan Van Drunen 2004, 50.
 - 15 Deze tabel is opgesteld door Marijke Gijswijt-
Hofstra en is gebaseerd op gegevens uit: Inspectie
van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en
Krankzinnigengestichten 1932; Inspectie van het
Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinni-
gengestichten 1938, 126-145; Huddleston Slater s.a.
[1935]; Van der Esch 1975-1980, III.
 - 16 Deze tabel is opgesteld door Marijke Gijswijt-
Hofstra en is gebaseerd op gegevens uit: Van der
Esch 1975-1980, III; Van Andel 1901; Schuurmans
Stekhoven 1922; Huddleston Slater s.a. [1935];
Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke
Volksgezondheid 1936.
 - 17 Deze tabel is opgesteld door Marijke Gijswijt-
Hofstra en is gebaseerd op gegevens uit: Van Andel
1901; *Geneeskundig Jaarboekje* 1901; Huddleston
Slater s.a. [1935]; Kerhoven en Vijselaar 1993; Vos
2007a en 2007b.
 - 18 Deze tabel is opgesteld door Marijke Gijswijt-
Hofstra en is gebaseerd op gegevens uit:
Schuurmans Stekhoven 1922, 166-169, tabel V;
Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen
en Krankzinnigengestichten 1932, 172-201. Het gaat
hier om gestichten zoals bedoeld in artikel 7 van de
Krankzinnigenwet van 1884, met inbegrip van de
gestichten voor zwakzinnigen.

BRONNEN

ARCHIEVEN – PERIODIEKEN – BIBLIOGRAFIE

Archieven

Handelingen der Tweede Kamer 1908/1909 - 1910/1911. Geraadpleegd in de Universiteitsbibliotheek Maastricht.

Jaarverslagen Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest (1903-1920), Gemeentearchief Leiden.

Patiëntendossiers van het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven, Archief Adhesie GGZ Midden Overijssel.

Patiëntendossiers van het Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest, Gemeentearchief Leiden en Archief Leids Universitair Medisch Centrum.

Patiëntendossiers Meerenberg, Provinciaal Archief Noord-Holland.

Periodieken

De Gids (1837-1914).

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (1857-1920).

Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1871-1882).

Psychiatrische Bladen (1883-1896).

Psychiatrische en Neurologische Bladen (1897-1920).

Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling (1899-1902); *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Hygiënische Bladen* (1903-1904) en *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* (1905-1920).

Bibliografie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abma, R. en I. Weijers (2005). *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Aerts, R. (1997). *De letterheren. Liberale cultuur in de negentiende eeuw. Het tijdschrift De Gids*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Aerts, R. en H. te Velde (red.) (1998). *De stijl van de burger. Over Nederlandse burgerlijke cultuur vanaf de middeleeuwen*. Kampen: Kok Agora.
- Aletrino, A. (1897). Over Uranisme en het laatste boek van Raffalovich. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 351-352.
- Aletrino, A. (1898). *Twee opstellen over crimineele anthropologie*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Aletrino, A. (1899). *Over ontoerekenbaarheid*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Aletrino, A. (1901). *Over eenige oorzaken der prostitutie*. Amsterdam: Tierie & Kruyt Boekverkoopers.
- Aletrino, A. (1904). *Handleiding bij de studie der crimineele anthropologie*. Amsterdam: Tierie.
- Aletrino, A. (1906). *Is celstraf nog langer geoorloofd en gewenscht?* Amsterdam, Leipzig: Maas & Van Suchtelen.
- Anbeek, T. (1982). *De naturalistische roman in Nederland*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Andel, A.H. van (1865). Wetenschappelijke mededeelingen: Eene proeve van eene juistere classificatie der Psychosen. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 8, 307-311.
- Andel, A.H. van (1867). Wetenschappelijke Mededeelingen: De neuropathologische beschouwingwijze der psychosen. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 9, 87-90.
- Andel, A.H. van (1878). Waar moeten de krankzinnige misdadigers verpleegd worden? *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 20, 43-45.
- Andel, A.H. van (1882). Ueber die Anwendung von mechanischen Zwangsmitteln in der Psychiatrie. *Handelingen der Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie* 2, 211-236.
- Andel, A.H. van (1896). Definitie van krankzinnigheid. *Psychiatrische Bladen* 14, 124-134.
- Andel, A.H. van (1901). *Les établissements pour le traitement des maladies mentales et des affections nerveuses des Pays-Bas, des colonies Néerlandaises et de la Belgique en 1900*. Leiden, Antwerpen: Van Doesburgh, De Nederlandsche Boekhandel.
- Andel, A.H. van en H.A. Groskamp (1883). Gerechtig-Zielkundig verslag betreffende den van poging tot moord verdachten J.M. *Psychiatrische Bladen* 1, 161-174.
- Andrews, J. (1998). Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century. *Social History of Medicine* 11/2, 255-281.
- Ankersmit, P. en J. van Deventer (1891). Een forensisch geval van zedelijke krankzinnigheid. *Psychiatrische Bladen* 9, 90-114.
- Anonymous (1920). Hoe wij onze zenuwen kunnen kalm houden. *De Hollandsche Revue* 25, 686-688.
- Ariëns Kappers, C.U. (1917). Johannes Nicolaas Ramaer. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 21, 185-191.
- Bakker, C.Th. (2002). Een eigen stichting. In C.Th. Bakker en L. de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord* (pp. 17-54). Amsterdam: SUN.
- Bakker, C.Th., G. Blok en J. Vijselaar (1999). *Delta. Negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas*. Utrecht: Martijs.
- Bakker, C.Th. en H. van der Velden (2004a). *Geld en gekte. Verkenningen in de financiering van de GGZ in de twintigste eeuw*. Ongepubliceerd onderzoeksrapport. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bakker, C.Th. en H. van der Velden (2004b). Vestzak-broekzak in Noord-Holland. Provinciale financiering van zorg voor krankzinnigen en geesteszieken in het interbellum. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 59, 1030-1042.
- Bakker, H., L. de Goei en J. Vijselaar (1994). *Thuis opgenomen. Uit de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Nederland*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Bakker, N. (2001). A Harmless Disease. Children and Neurasthenia in the Netherlands. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 309-327). Amsterdam,

BIBLIOGRAFIE

- New York (NY): Rodopi.
- Bambang Oetomo, R. (1970). *Van asyl tot revalidatiecentrum. De opkomst en doorwerking van de resocialiseringsgedachte in Nederlandse psychiatrische inrichtingen*. Groningen: Wolters-Noordhoff; Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO.
- Bank, J. en M. van Buuren (red.) (2000). *1900. Hoogtij van de burgerlijke cultuur*. Den Haag: Sdu.
- Bartlett, P. en D. Wright (red.) (1999). *Outside the Walls of the Asylum. The History of Care in the Community 1750-2000*. Londen: Athlone Press.
- Bastet, F. (1989). *Louis Couperus. Een biografie*. Amsterdam: Querido.
- Bax, E.H. (1988). *Modernization and cleavage in Dutch society. A study of long term economic and social change*. Groningen: proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Beard, G.M. (1881). *American Nervousness. Its Causes and Consequences*. New York: Putnam.
- Beard, G.M. (1880). *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia): Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*. Londen: Lewis.
- Becker, P. en R.F. Wetzell (red.) (2006). *Criminals and their Scientists. The History of Criminology in International Perspective*. Cambridge etc.: Cambridge University Press.
- Beerends, P. (1896). *Eenige schedelmaten van recruta's, moordenaars, paranoïsten, epileptici en imbecillen, onderling vergeleken*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Bel, J. (1993). *Nederlandse literatuur in het fin-de-siècle. Een receptie-historisch overzicht van het proza tussen 1885 en 1900*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Belt, H. van der (1997). *Spirochaetes serology and salvarsan. Ludwik Fleck and the construction of medical knowledge about syphilis*. Wageningen: Universiteit van Wageningen.
- Belzen, J.A. van (1989). *Psychopathologie en religie. Ideeën, behandeling en verzorging in de gereformeerde psychiatrie, 1880-1940*. Kampen: Kok.
- Belzen, J.A. van (1994). Leendert Bouman en de gereformeerde psychiatrie. In J.A. van Belzen, *Portretten en landschappen. Tekeningen uit de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie* (pp. 50-69). Baarn: Ambo.
- Belzen, J.A. van (1998). 'Searching for the soul': religious factors in Leendert Bouman's development of a 'psychological psychiatry'. *History of Psychiatry* 9, 303-333.
- Belzen, J.A. van (2004). *Religie, melancholie en zelf. Een historische en psychologische studie over een psychiatrisch ego-document uit de negentiende eeuw*. Kampen: Kok.
- Belzen, J.A. van en R.H.J. ter Meulen (1988). In de ban van de ziel. L. Bouman en het ontstaan van de 'psychologische' psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 255-269.
- Belzen, J.A. van en J. Vijselaar (1991). The historiography of Dutch psychiatry and mental health care. *History of Psychiatry* 2, 281-288.
- Belzen, J.A. van en J. Vijselaar (1994). 'Een bloeiende historiografie in gevaar.' Over de geschiedschrijving van de Nederlandse psychiatrie. In J.A. van Belzen, *Portretten en landschappen. Tekeningen uit de geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie* (pp. 134-146). Baarn: Ambo.
- Berg, H. van den en B. Meijer (1994, 2^e druk) *Zakwoordenboek van de psychiatrie*. Amsterdam: Elsevier; Arnhem: Koninklijke PBNA.
- Berg, J.Th.J. van den (2001). De grote lijn in de Nederlandse politiek van de twintigste eeuw. In C. van Eijl, L. Heerma van Voss en P. de Rooy (red.), *Sociaal Nederland. Contouren van de twintigste eeuw* (pp. 35-44). Amsterdam: Aksant.
- Berg, L. van der (1989). *Rijp voor paviljoen III. Krankzinnig in Amsterdam vanaf 1565*. Amsterdam: Stolk.
- Bergen, L. van (2005). *Van Genezen in Geloof tot Geloof in Genezen. De medische faculteit van de Vrije Universiteit 1880-2000*. Diemen: Veen Magazines.
- Bergh, J.C. van den (1922). *Bijdrage tot de kennis van gestichtspatiënten*. Utrecht: L.E. Bosch en Zoon.
- Bernheim H.M. en A.W van Renterghem (1891). *Hypnotisme, suggestie, psychotherapie. Academische voorlezingen door Dr. Bernheim*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Berrios, G.E. en R. Porter (red.) (1995). *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. Londen: The Athlone Press.
- Besluiten behorende bij de Wet van 27 April 1884 (1884). *Psychiatrische Bladen* 2, 168-173.
- Bestuur Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1894). Brief aan Minister van Binnenlandse Zaken d.d. 16 december 1893. *Psychiatrische Bladen* 12, 40-41.

BRONNEN

- Beth, G.H. (1900). Een neurasthenicus zonder het te weten. *De Tijdspiegel* 57/1, 184-197.
- Betz, W.A. (1911). De classificatie der functioneele neurosen en psychosen volgens een natuurlijk stelsel. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 57-94.
- Beumer, F.J.A. (1991). Psychiatrie en inspectie. In A.C. de Graaf en F.J.A. Beumer (red.), *Van oppertoezicht naar Staatstoezicht: 150 jaar krankzinnigenwetgeving en de inspectie 1841-1991* (pp. 35-55). Zevenhuizen: Peter's Pen.
- Beus, J.W. de (1989). Oorsprong en wederkeer van de liberalen. In J.W. de Beus, J.A.A. van Doorn en P.B. Lehning, *De ideologische driehoek. Nederlandse politiek in historisch perspectief* (pp. 61-111). Meppel: Boom.
- Beus, J.W. de, J.A.A. van Doorn en P.B. Lehning (1989). *De ideologische driehoek. Nederlandse politiek in historisch perspectief*. Meppel: Boom.
- Bierens de Haan, P. (1899). *Het vraagstuk der beteekenis van hypnose en suggestie voor de opvoeding*. Amsterdam: S.L. van Looy.
- Bierens de Haan, P. (1912). *Beginselen van opvoeding*. Baarn: Hollandia-drukkerij.
- Bijl, C. en A.J.M. le Nobel (1897). Gerechtiglijk-geneeskundige expertise. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 144-154.
- Bijl, N.P.Y.M. de (2000). *Toelating tot het beroepsmatig verrichten van geneeskundige handelingen. Bescherming en keuzevrijheid van de patiënt*. Utrecht: Juridische Bibliotheek Universiteit Utrecht, Koninklijke Vermande.
- Billekens, A.-J. et al. (2005). *100 jaar psychiatrie in Venray. Geschiedenis van de psychiatrische instellingen Sint Anna en Sint Servatius*. Zutphen: Walburg Pers.
- Binneveld, J.M.W. (1982). De ontwikkeling van de institutionele zorg voor krankzinnigen in Nederland in de negentiende eeuw. In J.M.W. Binneveld et al., *Een psychiatrisch verleden. Uit de geschiedenis van de psychiatrie* (pp. 94-119). Baarn: Ambo.
- Binneveld, J.M.W. (1985). *Filantropie, repressie en medische zorg. Geschiedenis van de inrichtingspsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Binneveld, H. (1995). *Om de geest van Jan Soldaat. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Binneveld, H. (2001). Nederland en de oorlogsneurosen. In H. Binneveld et al. (red.), *Leven naast de catastrofe. Nederland tijdens de Eerste Wereldoorlog* (pp. 37-49). Hilversum: Verloren.
- Binneveld, J.M.W. en M. J. van Lieburg (1978). De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 10, 517-534.
- Binneveld, J.M.W. en M.J. van Lieburg (1979). *Psychiatric reform in the Netherlands in the 19th century*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Binneveld, H. en R. Wolf. (1985). *Een Huis Met Vele Woningen. 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg 1885-1985*. Vught: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Voorburg.
- Blasius, D. (1984). Confinement and reform: The asylum in Germany before 1860. In P. Spierenburg (red.), *The emergence of carceral institutions: prisons, galleys and lunatic asylums 1550-1900* (pp. 148-164). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Blasius, D. (1986). *Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Blasius, D. (1994). 'Einfache Seelenstörung'. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Blécourt, W. de (1999). *Het Amazonenleger. Irreguliere genezeressen in Nederland 1850-1930*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Blécourt, W. de en G. van Vegchel (red.) (1993). *De medische markt*. Themanummer *Focaal. Tijdschrift voor antropologie* 21.
- Blok, G. (1995). *Hersenverweking in Nederland. Het psychiatrisch vertoog over dementia paralytica 1844-1930*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie, Universiteit van Amsterdam.
- Blok, G. (2000). De stem van de kritische patiënt. De geschiedenis van de psychiatrie in ego-documenten. *Psy. Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg* 4/11, 37-39.
- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Blok, G. (2007). Van 'zedelijke verheffing' tot 'harm reduction'. Verslavingszorg in Arnhem en Nijmegen, 1900-2000. In J. Vijselaar et al., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 152-

BIBLIOGRAFIE

- 191). Utrecht: Matrijs.
- Blok, G. en J. Vijselaar (1998). *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997*. Nijmegen: SUN.
- Bolten, G.C. (1917). Casuïstische mededeelingen. Dr. G.C. Bolten over 'juvenile dementia paralytica'. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 61/I, 378-387.
- Bolten, H. (1921). *De betekenis van het sympathische zenuwstelsel voor het ontstaan der neurosen*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Bonger, W.A. (1922). *Over de evolutie van moraliteit. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt aan de gemeentelijke universiteit te Amsterdam op 12 juni 1922*. Amsterdam: N.V. Boekhandel en uitgeverij Maatschappij ontwikkeling.
- Boon, L. en G. de Vries (red.) (1989). *Wetenschapstheorie. De empirische wending*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Borgesius, E. en W. Brunenberg (1999). *Behoeft aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bos, B. (1972). 'De psychiater moet politiek actief worden'. In G. de Bruijn (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken* (pp. 15-24). Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Bosch, M. (1994). *Het geslacht van de wetenschap. Vrouwen en hoger onderwijs in Nederland 1878-1948*. Amsterdam: Sua.
- Boschma, G. (1997a). Naar een professionele psychiatrie (1884-1918). In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (pp. 91-121). Hilversum: Verloren.
- Boschma, G. (1997b). *Creating Nursing Care for the Mentally Ill: Mental Health Nursing in Dutch Asylums, 1890-1920*. Onuitgegeven proefschrift, University of Philadelphia.
- Boschma, G. (2003). *The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums, 1890-1920*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bosma, H. (1903). *Zenuwachtige kinderen. Medische, paedagogische en algemeene opmerkingen*. Almelo: W. Hilarius Wzn.
- Bosmans, J. (1988). Het maatschappelijk-politieke leven in Nederland 1918-1940. In *Geschiedenis van het moderne Nederland. Politieke, economische en sociale ontwikkelingen* (pp. 398-443, 562-608). Houten: De Haan.
- Boterman, F. en P. de Rooy (1999). *Op de grens van twee culturen. Nederland en Duitsland in het Fin de Siècle*. Amsterdam: Balans.
- Bouman, K.H. (1910). Psychosen bij dronkaards. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 18-41.
- Bouman, K.H. (1912). Nieuwe cijfers over alcohol, criminaliteit en psychosen, uit gegevens van het Medisch Consultatie Bureau voor Alcoholisme te Amsterdam. *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap* 14.
- Bouman, K.H. (1916). *Problemen van ontaarding en begaafdheid. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt aan de gemeentelijke universiteit te Amsterdam*. Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Bouman, K.H. (1919). De behandeling van lues en paralus van het centrale zenuwstelsel. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 23, *Bijblad Neurotherapie*, 59-63.
- Bouman, K.H. (1924). De koortsbehandeling bij Dementia Paralytica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 28, 421-434.
- Bouman, K.H. (1929). Is de dementia paralytica te genezen? *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 70/IV, 4596-4605.
- Bouman, K.H. en L. Muskens (1908). Verslag van het Eerste Internationaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie en Krankzinnigenverpleging, te Amsterdam, van 2 tot 7 september 1907. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12, 24-44.
- Bouman, K.H. en T.W. van der Woude (1910). Het Medisch Consultatie-Bureau voor Alcoholisme te Amsterdam. *Wegwijzer. Maandschrift voor geheel-onthouding* 13, 321-352.
- Bouman, K.H., J. Gewin en D. Herderschée (1917). *Rapport van de Commissie tot het bestudeeren van het vraagstuk der 'After Care' (maatschappelijke zorg), ingesteld door het bestuur der Vereeniging voor spraakgebrekkige en achterlijke kinderen te Amsterdam*. Amsterdam: s.n.
- Bouman, L. (1898). Psychische Infectie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 379-394.
- Bouman, L. (1900). Het onderzoek en de ziektegeschiedenissen van krankzinnigen. *Psychiatrische en Neurolo-*

BRONNEN

- gische Bladen* 4, 161-189.
- Bouman, L. (1902). Lues cerebri met eigenaardige verschijnselen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 87-100.
- Bouman, L. (1904). Das relative Gewicht der Grosshirnwindungen von 25 an Dementia Paralytica verstorbenen Patienten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 399-405.
- Bouman, L. (1906a). Ruggemergsveranderingen bij progressieve paralyse. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 114-124.
- Bouman, L. (1906b). De commissie voor de vakbelangen en de positie der geneesheeren verbonden aan de krankzinnigengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 208-216.
- Bouman, L. (1907). *De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie. Rede bij de aanvaarding van het hooglersambt aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, den 27en september 1907 uitgesproken door Dr. L. Bouman*. Kampen: J.H. Kok.
- Bouman, L. (1912). De Psycho-Analyse van Freud. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16, 346-364.
- Bouman, L. (1915a). De beginverschijnselen der organische zenuwziekten. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 59/II, 1401-1416.
- Bouman, L. (1915b). De betekenis van de nieuwere psychologie voor de psychopathologie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 141-161.
- Bouman, L. (1916). *Psychische Aktiviteit. Rede gehouden bij de overdracht van het rectoraat der vrije Universiteit den 20sten oktober 1916*. Amsterdam, F. van Rossen.
- Bouman, L. (1921). De eerste vijftig jaren der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie. Rede uitgesproken bij het gouden feest der Vereeniging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 25, 301-320.
- Bouman, L. (1924). *Psychiatrie en neurologie. Rede uitgesproken ter gelegenheid van den Dies Natalis der vrije Universiteit*. Haarlem, De Erven F. Bohn.
- Bouman, L. (1926). Winkler's academische loopbaan. *Psychiatrische en Neurologische bladen* 30, 126-141.
- Bouman, L. en B. Brouwer (1922). *Leerboek der zenuwziekten. Algemeen gedeelte*. Haarlem: de Erven F. Bohn.
- Bouman, L. en B. Brouwer (1924). *Leerboek der zenuwziekten. Specieele leer*. Haarlem: de Erven F. Bohn.
- Brants, L. (2004). *Leiding moeten zij hebben. Geschiedenis van de sociaal pedagogische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland tussen 1900 en 1945*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant.
- Braslow, J. (1997). *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley: University of California Press.
- Breukink, H. (1905). Over vermoeieniscurven bij gezonden en bij lijders aan neurosen en psychosen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 43-52.
- Breukink, H. (1913). Over de ongunstige ligging van enkele Buitengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 299-307.
- Brink, C.G. van den, C. Brinkgreve en L. Heerma van Voss (2001). Verworven gelijkheid en gevoelde verschillen. Contouren van de sociale eeuw. In C. van Eijl, L. Heerma van Voss en P. de Rooy (red.), *Sociaal Nederland. Contouren van de twintigste eeuw* (pp. 1-12). Amsterdam: Aksant.
- Brink, G. van den (1996). *De grote overgang. Een lokaal onderzoek naar de modernisering van het bestaan. Woensel 1670-1920*. Nijmegen: SUN.
- Brinkgreve, C. (1979). Het eerste Nederlandse instituut voor psychotherapie. *Vrij Nederland* 17 februari, 20-25.
- Brinkgreve, C. (1984). *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd*. Amsterdam: Uitgeverij De Arbeiderspers.
- Brinkgreve, C., J.H. Onland en A. de Swaan (1979). *Sociologie van de psychotherapie I. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht, Antwerpen: Het Spectrum.
- Bromberg, R. (1917). Sexueele neurasthenie. *Medisch Weekblad* 24/32, 513-520.
- Brosius, S. (1883). Het begin der dementia paralytica. *Psychiatrische Bladen* 1, 92-103.
- Brosius, S. (1884). Over het begin der dementia paralytica. *Psychiatrische Bladen* 2, 236-245.
- Brosius, S. (1886). Weir Mitchell's systeem bij de behandeling van neurosen. *Psychiatrische Bladen* 4, 215-222.
- Brosius, S. (1887). S. Weir Mitchell's systeem bij de behandeling van neurosen. *Psychiatrische Bladen* 5, 97-106.
- Brosius, S. (1891). Over het te bed liggen der krankzinnigen. *Psychiatrische Bladen* 9, 36-41.
- Brown, J. (1992). *The Definition of a Profession. The Authority of Metaphor in the History of Intelligence Testing, 1890-1930*. Princeton (NJ): Princeton University Press.

BIBLIOGRAFIE

- Bruijn, J. de (1979). *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*. Amsterdam: Van Gennep.
- Brunenberg, W., M. Rondez en G. Hutschemakers (1998). *De psychiater gevolgd: een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en de eigen praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bruyn, G.W. en P.J. Koehler (2002). The Development of Neurology in the Netherlands. In J.A.M. Frederiks, G. W. Bruyn en P. Eling (red.), *History of Neurology in the Netherlands* (pp. 14-24). Amsterdam: Boom.
- Bruyn, L.L.M. de et al. (1906). Rapport der Commissie der 'Nederl. Vereen. Voor Psychiatrie en Neurologie' tot onderzoek der wenschelijkheid van gedwongen verpleging van drankzuchtigen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 257-263.
- Buist, G. en W. Hoekstra (1981). Psychiatrie en geschiedenis, een nieuw terrein van historisch onderzoek. *Groniek* 71, 1-3.
- Bulhof, I.N. (1983). *Freud en Nederland. De interpretatie en invloed van zijn ideeën*. Baarn: Ambo.
- Buringh Boekhoudt, H. (1894). De herkenning van dementia paralytica. *Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium voor de praktijk* 1/VIII, 201-225.
- Buringh Boekhoudt, H. (1898). De indeeling der psychische degeneratie-teekens. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 328-337.
- Buringh Boekhoudt, H. (1919a). *Het alcoholvraagstuk: handleiding*. Utrecht: Bosch & zoon en A.J. van der Weijde.
- Buringh Boekhoudt, H. (1919b). *Schets van het alcoholvraagstuk*. Utrecht: s.n.
- Burrage, M. en R. Torstendahl (red.) (1990). *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. Londen: Sage.
- Buuren, M. van (1991). Een barst waardoor het kwaad de ziel binnendringt. Hysterie en literatuur in de 19e eeuw. *De Revisor* 6, 30-48.
- Bynum, W.F. (1994). *Science and the Practice of medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Bynum, W.F., R. Porter en M. Shepherd (red.) (1985-1988). *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry* (drie delen) Londen: Tavistock.
- Cahn, L.A. (1970). *Medemblik. Een episode in de Nederlandse psychiatrie 1884-1967*. Castricum: Provinciaal Ziekenhuis Duin en Bosch.
- Cappelle, H. van (1876). Psychiatrisch onderwijs aan de Universiteiten. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 171-172.
- Cappelle, H. van (1883). Het toenemen der bevolking van de krankzinnigen-gestichten in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 1, 6-13.
- Cappelle, H. van (1885). Het voorkomen van paralysis cerebri in de krankzinnigengestichten in Nederland in verband met de beroepen der opgenomenen. *Psychiatrische Bladen* 2, 201-206.
- Capshew, J.H. (1999). *Psychologists on the March. Science, Practice and Professional Identity in America, 1929-1969*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carp, E.A.D.E. (1942). *Jelgersma. Leven en werken van een verdienstelijk Nederlander*. Lochem: De Tijdstroom.
- Carp, E. et al. (red.) (1956). *Gerechtelijke psychiatrie*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Carp, E.A.D.E. en A.H. Fortanier (1928). Over degeneratiepsychosen. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 72, 5596-5605.
- Casparie, J. (1911). *Ervaringen uit de bijzondere strafgevangenis te 's-Hertogenbosch*. Baarn: Hollandia Drukkerij.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Parijs: Minuit.
- Castel, R., F. Castel en A. Lovell (1982). *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press.
- Chijs, A.W. van der (1914). Inleiding tot de grondbegrippen en techniek der psycho-analyse. *Uit zenuw- en zieleleven. Uitkomsten van psychologisch onderzoek* III/8, 3-48.
- Chijs, A.W. van der (1916). Dr. A.W. van Renterghem. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, 279-291.
- Coelho, M.B en G. Kloosterhuis (1977/1986, 22^e druk) *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Amsterdam: Elsevier.
- Coert, W. (1887). Dementia paralytica op hoogen leeftijd. *Psychiatrische Bladen* 5, 93-97.
- Coffin, J.-C. (2005). 'Misery' and 'Revolution': The Organisation of French Psychiatry, 1900-1980. In M. Gijs-wijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 225-247). Amsterdam: Amsterdam University Press.

BRONNEN

- Commissie Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (1895). Rapport van de commissie belast met de beantwoording der vraag: 'Of zogenaamde prisons-asiles voor Nederland wenschelijk worden geacht?' *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 39/I, 998-1014.
- Conze W. en J. Kocka (red.) (1985). *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Couvée, A. en P. Wellenbergh (1889). Een geval van paranoia voor het gerecht. Gerechtelijk-geneeskundig Rapport. *Psychiatrische Bladen* 7, 177-209.
- Couvée, A. en J.K.A. Wertheim Salomonson (1901). Een geval van Homosexualiteit. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 5, 7-45.
- Couvée, A. en C. Winkler (1903). Gerechtelijke Geneeskundige expertise. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 179-186.
- Couwenberg, S.W. (1989). Culturele identiteit. In S.W. Couwenberg (red.), *Op de grens van twee eeuwen. Positie en perspectief van Nederland in het zicht van het jaar 2000* (pp. 189-211). Kampen: Kok Agora.
- Cowan, F.M. (1884). De nieuwe wet op de krankzinnigen. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 28/I, 297-303.
- Cowan, F.M. (1888). De psychiatrische literatuur in Nederland gedurende 1887. *Psychiatrische Bladen* 6, 197-215.
- Cox, W.H. (1898a). De Verpleegsters-kwestie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 234-242.
- Cox, W.H. (1898b). Over de aequivalentie van man en vrouw. Eene biologische benadering. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 442-462.
- Cox, W.H. (1902). Eenige gevallen van sexueele neuro-psychose. (Eene beschouwing over meerwaardige voorstellingen). *Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium voor de praktijk* 9, 27-55.
- Cox, W.H. (1903). De algemeene ontwikkeling der candidaten voor het diploma der Ned. Ver. v. Psychiatrie en Neurologie, met eenige opmerkingen over het lager onderwijs. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 273-284.
- Cox, W.H. (1907). Degeneratie. (Eene copulativogene correlatiestoornis). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11, 9-85.
- Cox, W.H. (1909). Is toerekeningsvatbaarheid een juridisch begrip? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 357-387.
- Cox, W.H. (1910a). Nog eens de kosten onzer krankzinnigenverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 230-244.
- Cox, W.H. (1910b). Opnieuw cijfers. Eene toelichting en verbetering. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 319-322.
- Cox, W.H. (1915). Psychiatrie contra wet. Rede gehouden in de Algemene Vergadering van de Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie op 24 Juni 1915 te Den Dolder. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 467-483.
- Cox, W.H. (1917). Idealen in de Krankzinnigenverzorging, mede in verband met het Instituut Schuurmans Stekhoven. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 21, 53-70.
- Cox, W.H. (1918). Signifiek en toerekeningsvatbaarheid. *Tijdschrift voor Strafrecht* 29, 217-288.
- Cox, W.H. et al. (1892). Rapport in zake de eischen die bij de oprichting van een krankzinnigengesticht aanbeveling verdienen. *Psychiatrische Bladen* 10, 219-231.
- Dale, J.H.A. van (1901). Veldwijk's Gezinsverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 5, 189-194.
- Dankers, J. en J. van der Linden (1996). *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoevenkliniek en Dennendal*. Amsterdam, Meppel: Boom.
- Danner, H. (1997). Een provinciale zorg. De provinciale bemoeienis met de plaatsruimte in gestichten, 1884-1940. In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (pp. 74-90). Hilversum: Verloren.
- Dantzig, A. van en A. de Swaan (1978). De behoefte aan psychotherapie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 33, 768-779.
- De Psychiatrie in de Eerste Kamer. (1892). *Psychiatrische Bladen* 10, 117-119.
- De Psychiatrie in de Tweede Kamer. (1892). *Psychiatrische Bladen* 10, 112-117.
- De Psychopathen-wetten (1911). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 588-604.
- De Psychopathenwetten (1913). Voorbreiding eener bespreking der psychopathenwetten in de Huishoudelijke

BIBLIOGRAFIE

- Vergadering der Neder[andsche] Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 593-612.
- Deenik, A. (1911). De genese van het paralytisch insult. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 510-524.
- Dehue, T. (1990). *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985*. Amsterdam: Van Gennep.
- Deknatel, J.W. (1895). Psychische degeneratie. *Geneeskundige bladen uit kliniek en laboratorium* 2, 265-284.
- Delden, B. van (1897). *Onze krankzinnigen en hunne verpleging*. Utrecht: C.H.E. Breijer.
- Demmers, L.A. (1898). Een psychiatrisch-forensisch geval van Epilepsie larvée. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 345-364.
- Derksen, M. (1999). *Iedereen doet aan psychologie. Retorica en demarcatie in de Nederlandse psychologie*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Deventer, J. van (1882). Bijdrage tot de diagnostiek der insania moralis. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 26, 693-706.
- Deventer, J. van (1886). Transitorische psychosen na drankgebruik en de medico-legale beoordeeling van dezen toestand. *Psychiatrische Bladen* 4, 157-187.
- Deventer, J. van (1888). Eenige opmerkingen over de psychische behandeling van krankzinnigen. *Psychiatrische Bladen* 6, 20-28.
- Deventer, J. van (1890). Over de grondvormen der psycho-pathologie, meer in het bijzonder de zedelijke krankzinnigheid. (Auto-referaat). *Psychiatrische Bladen* 8, 125-130.
- Deventer, J. van (1892a). Rapport in zake de eischen die bij de oprichting van een krankzinnigengesticht aanbeveling verdienen. *Psychiatrische Bladen* 10, 219-231.
- Deventer, J. van (1892b). Eenige beschouwingen over Krankzinnigenverpleging. *Psychiatrische Bladen* 10, 232-251.
- Deventer, J. van (1892c). Een gemoedsmisdadiger voor het forum. Psychologisch nader toegelicht en Discussie. *Psychiatrische Bladen* 10, 7-75; 96-99.
- Deventer, J. van (1894a). Bijdrage tot de kennis der 'neurasthenische verwardheid'. *Psychiatrische Bladen* 12, 32-40.
- Deventer, J. van (1894b). Een geval van sexueele neurasthenie. *Psychiatrische Bladen* 12, 91-105.
- Deventer, J. van (1895). Een paranoïatische minderwaardigheidstype. *Psychiatrische Bladen* 13, 42-61.
- Deventer, J. van (1896a). Bijdrage tot de leer van den waanzin op neurasthenischen bodem. In *Feestbundel uitgegeven dor de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ter eere van haar 25-jarig bestaan*. 's-Hertogenbosch: C.N. Teulings.
- Deventer, J. van (1896b). In memoriam voor Zuster Constance Thönissen *Maandblad voor Ziekenverpleging* 7/2, 19.
- Deventer, J. van (1896c). Isoleeren of niet isoleeren? *Psychiatrische Bladen* 14, 19-23.
- Deventer, J. van (1897). *Handboek der krankzinnigenverpleging*. Amsterdam: Van Heteren.
- Deventer, J. van (1898). Bijdrage tot de aetiologie der dementia paralytica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 10-19.
- Deventer, J. van (1899). Bijdrage tot het begrip der insania neurasthenica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 487-492.
- Deventer, J. van (1902a). Gezinsverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 273-284.
- Deventer, J. van (1902b). Het eerste Internationaal Congres voor krankzinnigenverpleging voornamelijk gezinsverpleging van 1-7 September gehouden te Antwerpen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 473-491.
- Deventer, J. van (1903). Onze vakbelangen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 191-192.
- Deventer, J. van (1905). De organisatie der krankzinnigengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 9, 412-420.
- Deventer, J. van (1915). Regeling van het toezicht op de geesteszieken buiten krankzinnigen- en idiotengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 250-269.
- Deventer, J. van (1916). Bijdrage tot de ontwikkeling der idioten- en zwakzinnigenzorg in Nederland. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, 90-147.
- Deventer, J. van et al. (1904). Rapport van de Commissie in zake vakbelangen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 546-551.

BRONNEN

- Deventer, J. van et al. (1909). Rapport van de Commissie, belast met het onderzoek naar de positie van de geneesheeren aan de krankzinnigengestichten in Nederland. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 418-434.
- Deventer, J. van et al. (1911). *Rapport van de commissie van onderzoek in zake drankzuchtigenverpleging*. 's-Gravenhage: Vereeniging tot Bevordering van het herstel van drankzuchtigen.
- Deventer, J. van en A.M. Benders (1898). Twee gevallen van dementia paralytica, na de inwerking van een trauma capitis op den leeftijd respectievelijk van 9 en 11 jaar opgetreden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 118-121.
- Deventer, J. van, J.H.A. van Dale en W. Vos (1902a). Over gezinsverpleging van krankzinnigen, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 240-272.
- Deventer, J. van, J.H.A. van Dale en W. Vos (1902b). *Over gezinsverpleging van krankzinnigen. Rapport uitgebracht aan de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie*. Amsterdam: G. van Rossen.
- Deventer, J. van en F. Muller (1911). Een geval van paralyse met innervatorische apraxie en apractische aphagie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 164-184.
- Deventer, J. van, W.P. Ruysch en A.O.H. Tellegen (1890). Rapport in zake de verbetering van het verplegend personeel in de Nederlandsche krankzinnigen-gestichten. *Psychiatrische Bladen* 8, 222-236.
- Deventer, J. van, C.H. Sissingh en H. Postma (1915). Eene algemeene psychopathenwet als preventieve maatregel tegen anti-sociale handelingen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 484-491.
- Deventer J. van en W. Warmolts (1899). De ziekenkamer voor den krankzinnige. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 377-393.
- Deyszel, L. van (1929). Coué. *De nieuwe Gids* 92, 213-214, 420-421.
- Deyszel, L. van (1962). *Gedenkschriften*. (Voor de eerste maal volledig naar het handschrift uitgegeven, ingeleid en van aantekeningen voorzien door H.G.M. Prick.) Zwolle: Tjeenk Willink.
- Deyszel, L. van (1978). *Uit de schrijfcassette van Lodewijk van Deyszel*. (Ontnomen, ingeleid en van aantekeningen voorzien door H.G.M. Prick). Amsterdam: Athenaeum.
- Deyszel, L. van (1979). *De scheldkритieken*. (Met een voorwoord en voorzien van aantekeningen, bezorgd door H.G.M. Prick). Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Deyszel, L. van (1980). Tegen de hitte en den schrijfkrimp in. Papieren van levensbeheer uit de zomer van 1891. *Maatstaf* 28/8-9, 1-28.
- Deyszel, L. van (1982). *Het leven van Frank Rozelaar*. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff.
- Deyszel, L. van (1990). *Badplaats-schetsen: fragmenten uit een 'Humoreske'*. Baarn: De Prom.
- Deyszel, L. van en A.J. Ising (1965). De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Arnold Ising jr. 1883-1904. *Achter het boek. Tijdschrift-uitgave van letterkundige documenten* 4, 1-208.
- Deyszel, L. van en A.J. Ising (1966). De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Arnold Ising jr. 1883-1904. *Achter het boek. Tijdschrift-uitgave van letterkundige documenten* 5, 213-356.
- Deyszel, L. van en A. J. Ising (1968). *De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Arnold Ising jr. 1883-1904*. 's-Gravenhage: Nederlands Letterkundig Museum en Documentatiecentrum.
- Deyszel, L. van en F. van Eeden (1981) *De briefwisseling tussen Frederik van Eeden en Lodewijk van Deyszel*. (Bezorgd en toegelicht door H.W. Tricht en H.G.M. Prick). 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff.
- Deyszel, L. van en A. Verwey (1981). *De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Albert Verwey*. (Met een woord vooraf en voorzien van aantekeningen, bezorgd door H.G.M. Prick) Deel I: april 1884-september 1894. 's -Gravenhage: Nederlands Letterkundig Museum en Documentatiecentrum.
- Deyszel, L. van en A. Verwey (1985). *De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Albert Verwey*. (Met een woord vooraf en voorzien van aantekeningen, bezorgd door H.G.M. Prick) Deel II: september 1894-april 1898. 's-Gravenhage: Nederlands Letterkundig Museum en Documentatiecentrum.
- Deyszel, L. van en A. Verwey (1986). *De briefwisseling tussen Lodewijk van Deyszel en Albert Verwey*. (Met een woord vooraf en voorzien van aantekeningen, bezorgd door H.G.M. Prick) Deel III: april 1898-januari 1905. 's-Gravenhage, Nederlands Letterkundig Museum en Documentatiecentrum.
- Dijck, J.V. van (1905). *Bijdragen tot de psychologie van den misdadiger*. Groningen: Van der Klei.
- Donders, F.C. (1884). De inrichting van het psychiatrisch onderwijs aan de universiteiten, gelezen in de vergadering van 19 juni 1884. Bespreking der stellingen betreffende het psychiatrisch onderwijs. *Psychiatrische Bladen* 2, 133-142, 147-153.
- Donkersloot, N.B. (1865). *Raadgevingen aan oppassers en bedienden in krankzinnigen-gestichten*. Dordrecht:

BIBLIOGRAFIE

- Drukkerij van het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen.
- Donkersloot, N.B. (1870a). *De krankzinnige tegenover de wet en de maatschappij*. Dordrecht: P.K. Braat.
- Donkersloot, N.B. (1870b). Bibliographisch Album. Psychiatrische Aantekeningen op het ontwerp van wet tot vaststelling van een wetboek van strafrecht. Door J.N. Ramaer. *De Gids* 44/4, 227-261.
- Donkersloot, N.B. (1876). De kwestie der dienstboden. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 101-103.
- Donkersloot, N.B. (1880). *De toerekenbaarheid in strafzaken*. S.l.: s.n.
- Donkersloot, N.B. (1881). *De krankzinnigheid: haar wezen, oorzaken, verschijnselen en voorbehoeding, in populairere vorm geschetst*. Amsterdam: Centen.
- Donkersloot, N.B. (1882a). Over de humaniteit in krankzinnigengestichten. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 104-131.
- Donkersloot, N.B. (1882b). Twintigste vergadering gehouden te Hilversum den 1 juni 1881. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 149-155.
- Donkersloot, N.B. (1884). Bijdrage tot de statistiek der dementia paralytica in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 2, 55-56.
- Donkersloot, N.B., H. van Cappelle en P. Wellenbergh (1883). Inleiding. *Psychiatrische Bladen* 1, 1-4.
- Donnelly, M. (1983). *Managing the Mind. A Study of Medical Psychology in Early Nineteenth Century Britain*. Londen, New York: Tavistock.
- Donnelly, M. (1991). The making of English psychiatry and the 'institutional question'. *History of the Human Sciences* 4/2, 283-290.
- Dornblüth, O. (1903). *Hoe verkrijgt men gezonde zenuwen?* Utrecht: W. Honig.
- Dörner, K. (1969). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Dörner, K. (1994). Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. *Leviathan* 22, 367-390.
- Dowbiggin, I. (1991). *Inheriting Madness. Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*. Berkeley: University of California Press.
- Dowbiggin, I. (1997). *Keeping America Sane: Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*. Ithaca, Londen: Cornell University Press.
- Draaisma, D. (1995). De Hollandse schedelmeters. Lombroso in Nederland. *Feit en fictie* 2, 50-73.
- Drie gerechtelijk-geneeskundige Rapporten (1893). *Psychiatrische Bladen* 11, 193-212.
- Drogendijk, C.A. (1975). *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland. Een onderzoek naar de organisatie, structuur en het functioneren van 43 protestants-christelijke algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Elinkwijk.
- Droogleever Fortuyn H.J.W. (1924). Statistiek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. In *Gedenboek der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bij haar vijf- en zeventig jarig bestaan den leden aangeboden 8 juli 1924* (pp. 179-189). Amsterdam: Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst.
- Drossaers, J. G. (1916). Casuïstische mededeelingen. Het verloop van een geval van dementia paralytica onder antiluetische behandeling. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57/I, 679-688.
- Drunen, P. van (2004). *Van gestichtsarts tot psychiater. Contouren van een beroepsgroep in ontwikkeling, 1900-2000*. Amsterdam: ongepubliceerd onderzoeksrapport.
- Dudink, S. (1997). *Deugdzaam liberalisme. Sociaal-liberalisme in Nederland 1870-1901*. Amsterdam: IISG.
- Ebbard, R.J. (1905). *Zelf-suggestie als radicaal geneesmiddel voor alle soort zenuwziekten. Moderne psychotherapie*. Rotterdam: Meindert Boogaardt Jun.
- Eckhardt, P. (2000). *Neurasthenie-patiënten in Nederland, 1890-1900*. Ongepubliceerd werkstuk, Historisch Seminarium, Universiteit van Amsterdam.
- Eeden, F. van (1890). Hypnose en suggestie. *Psychiatrische Bladen* 8, 6-22.
- Eeden, F. van (1892). Het beginsel der psychotherapie. *De nieuwe Gids* 7, 296-320.
- Eijk-Osterholt, C. van en K. Bökenkamp (1983). *Wartaal van een gek. Het schokkende verhaal van Johanna Stuten-te Gempt*. Den Haag: Kruseman.
- Eling, P. en P.J. Koehler (2002). Academic Chairs. In J.A.M. Frederiks, G.W. Bruyn en P. Eling (red.), *History of*

BRONNEN

- Neurology in the Netherlands* (pp. 25-36). Amsterdam: Boom.
- Elzevier Dom, N.F. (1900). Bijdrage tot de kennis der aetiologie der dementia paralytica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 135-149.
- Engstrom, E.J. (2003). *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Ithaca, Londen: Cornell University Press.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1899a). Kraepelin's classificatie der psychosen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 237-258.
- Erp Taalman Kip, M. J. van (1899b). Psychiatrie en geneeskunde. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 499-522.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1904). De diagnose der neurasthenie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 43-52.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1905). *De invloed van den alcohol op onze geestvermogens*. Amersfoort: Slothouwer.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1907). In hoeverre is dwangverpleging van dronkzuchtigen gewenscht? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11, 149-166.
- Erp Taalman Kip, M. J. van (1911). Eenige stellingen over de beteekenis van den psychiater voor de strafrechtzaak. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 536-552.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1912). *De behandeling van functioneele neurosen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1924). G. Jelgersma. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 28, 319-329.
- Esch, P. van der (1949). *Johannes van Duuren*. Overdruk uit *Folia psychiatrica neurologica et neurochirurgica neerlandica* 52. S.l.:s.n.
- Esch, P. van der (1954). *J.L.C. Schroeder van der Kolk (1797-1862). Leven en werken*. Amsterdam: s.n.
- Esch, P. van der (1970). *Rijks Krankzinnigengesticht Woensel, Rijks Psychiatrische Inrichting Eindhoven 1918-1968*. 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- Esch, P. van der (1971-1972). *Beileroord 1922-1972. Vijftig jaar gezinsverpleging*. S.l.: s.n.
- Esch, P. van der (1975-1980). *Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen*. (Drie delen) Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Esser, P.H. (1970-1971). *Sociale Psychiatrie*. (Twee delen) Kampen: Kok.
- Everts, B.H. (1852). *Mededeelingen en beschouwingen over het krankzinnigen-wezen in Engeland*. S.l.: s.n.
- Everts, B.H. (1876). Voorstel tot verbetering der betrekkingen van de geneesheren der gestichten voor krankzinnigen. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 74-95.
- Everts, B.H. (1882). Eenige beschouwingen over de Nederlandsche gestichten voor krankzinnigen. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 44-66.
- Everts, J. (1915). De achtste dag. (Uit de geschriften van een neurasthenicus). *De Gids* 79, 322-356.
- Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1897). Rapport der Examen-Commissie van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie over de jaren 1895 en 1896. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 344-350.
- Examen-Commissie Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1904). Rapport der Examen-Commissie der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie over het tijdvak 1 April 1903-1 Maart 1904. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 448-453.
- Extract uit de Notulen der Vergadering van Woensdag 29 juni 1898, des namiddags te 1.30 ure, het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam (1898). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 293-295.
- Fee, E. en D. Porter (1992). Public health, preventive medicine and professionalization: England and America in the nineteenth century. In A. Wear (red.), *Medicine in Society. Historical Essays*. (pp. 249-275). Cambridge: Cambridge University Press.
- Finzsch, N. en R. Jütte (red.) (1996). *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fluitsma, J. (2000). *Zenuwziekte van Zola tot Maeterlinck. Neurasthenie in de naturalistische, de mystieke en de tendensroman in het fin de siècle van de negentiende eeuw*. Ongepubliceerd werkstuk, Historisch Seminarium, Universiteit van Amsterdam.
- Fokker, A.A. (1861). De syphilis in de Nederlanden. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 5, 451-472.

BIBLIOGRAFIE

- Fontijn, J. (1983). *Leven in extase. Opstellen over mystiek en muziek, literatuur en decadentie rond 1900*. Amsterdam: Querido.
- Fontijn, J. (1990). *Tweespalt. Het leven van Frederik van Eeden tot 1901*. Amsterdam: Querido.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique. Civilisations d'hier et d'aujourd'hui*. Parijs: Plon.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Parijs, Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*. Parijs, Gallimard.
- Foucault, M. (1978). About the concept of the 'Dangerous Individual' in 19th century legal psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 1, 1-18.
- Fournier, A. (1879). *La syphilis du cerveau. Lecons cliniques*. Parijs: Masson.
- Fournier, A. (1894). *Les affections parasymphilitiques*. Parijs: Rueff.
- Franke, H. (1990). *Twee eeuwen gevangen. Misdaad en straf in Nederland*. Utrecht: Het Spectrum.
- Frederiks, J.A.M., G.W. Bruyn en P. Eling (red.) (2002). *History of Neurology in the Netherlands*. Amsterdam: Boom.
- Freeman, H. (2005). Psychiatry and the State in Britain. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 116-140). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Freidson, E. (1975). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dood, Mead & Company.
- Freud, S. (1918). *Inleiding tot de studie der psychoanalyse. Academische voorlezingsen van Prof. dr. Sigm. Freud. Hoogleraar universiteit te Weenen*. Uit het Duitsch vertaald en met een voorwoord voorzien door Dr. A.W. van Renterghem. Amsterdam: Maatschappij voor goede en goedkoopere lectuur.
- Frevert, U. (1984). *Krankheit als politisches Problem 1770-1880*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fuks-Mansfeld, R.G. en A. Sunier (red.) (1997). *Wie in tranen zaait ... Geschiedenis van de joodse geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Gaudet, M. en G. Swain (1999). *Madness and Democracy. The Modern Psychiatric Universe*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
- Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gerechtig-geneeskundige rapporten (1904). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 59-73.
- Geuns, S.J.M. van (1888). *De wetgeving van het Staattoezicht op de krankzinnigen*. Leiden: S.C. van Doesburgh.
- Geuns, S.J.M. van (1911). Over den invloed, die aan den psychiater in strafzaken behoort te worden toegekend. *Handelingen der Nederlandsche Juristen-Vereeniging 41/1*, 79-162.
- Geuns, S.J.M. van (1917). De positie en het terrein van den psychiater in strafzaken. *Psychiatrisch-Juridisch gezelschap. Bijeenkomst van 08-12-1917*, 1-14.
- Gewin, B. (1910). Strafrecht en de z.g.n. 'Nieuwe Richting'. *Christendom en Maatschappij* 3, 5-32.
- Gibson, M. (2002). *Cesare Lombroso and the Origins of Biological Criminology*. Westpoint (CT): Praeger.
- Gieryn, T.F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science. *American Sociological Review* 48, 781-795.
- Gieryn, T.F. (1999). *Cultural Boundaries of Science. Credibility on the Line*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2001a). Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 1-30). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2001b). In Search of Dutch Neurasthenics from the 1880s to the early-1920s. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 279-308). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2002). Dutch Approaches to Problems of Illness and Poverty between the Golden Age and the *Fin de Siècle*. In O.P. Grell, A. Cunningham en R. Jütte (red.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe* (pp. 259-276). Aldershot: Ashgate.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2004). Form, Function and Content of Patient Records: The Case of Sanatorium Rhijngeest from 1903 until 1940. Ongepubliceerd paper *Anglo-Dutch-German Workshop Illness Narratives*, Stuttgart,

BRONNEN

- 7-10 juli.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2008). Dutch Neurasthenics Revisited: The Case of Rhijngeest from 1903 until 1914. In W. de Blécourt (red.), *Sisters of Subversion. Histories of Women, Tales of Gender. A Festschrift* (pp. 76-90). Amsterdam: AMB.
- Gijswijt-Hofstra, M.F. en H. Oosterhuis (2001a). Psychiatrische geschiedenissen. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 116, 162-197.
- Gijswijt-Hofstra, M.F. en H. Oosterhuis (2001b). Leeswijzer voor het psychiatrisch verleden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 56, 627-643.
- Gijswijt-Hofstra, M.F. en H. Oosterhuis. (2005). Introduction: Comparing National Cultures of Psychiatry. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century* (pp. 9-32).
- Gijswijt-Hofstra, M. en R. Porter (red.) (2001). *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War*. Amsterdam, New York: Rodopi.
- Gilman, S.L. en E. Chamberlain (red.) (1985). *Degeneration. The Dark Side of Progress*. New York: Columbia University Press.
- Ginneken, J. van (1988). Het hardnekkige misverstand rond Lombroso. *Psychologie* 2/2, 40-43.
- Goei, L. de (2001). *De psychohygiënisten. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland 1924-1970*. Nijmegen: SUN.
- Goei, L. de en G. Blok (1998). Boze geschiedenis, boze historici. Over 'A history of Psychiatry' van Edward Shorter. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 53, 3-12.
- Goei, L. de en J. Vijselaar (red.) (1988). *Het ongelukkig lot der krankzinnigen. Aspecten van de praktische zorg voor krankzinnigen in de negentiende eeuw*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Goldberg, A. (2002). The Mellage Trial and the Politics of the Insane in Wilhelmine Germany. *Journal of Modern History* 74, 1-32.
- Goldberg, A. (2003). A Reinvented Public: 'Lunatics' Rights' and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In E.J. Engstrom en V. Roelcke (red.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum* (pp. 189-217). Mainz, Bazel: Schwabe Verlag.
- Goldstein, J. E. (1987). *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gomperts, W. (2002). Is de psychoanalyse veranderd? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 57, 451-472.
- Gorisse, J.J.A.M. (1997). *Van idealen en mensenwerk. Van Zeeuwse inrichting tot West-Brabants psychiatrisch ziekenhuis Vrederust 1904-1997*. Halsteren: Stichting Christelijk Psychiatrisch Ziekenhuis Vrederust.
- Gorter, A. (1900). De natuurgeneeswijze en Eykmans psychiatrische inrichting 'natura sanat'. *Vragen van den dag: maandschrift voor Nederland en kolonieën* 15, 37-50.
- Gosling, F.G. (1987). *Before Freud. Neurasthenia and the American Medical Community 1870-1910*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press.
- Graaf, A.C. de (1991). Tellingen, statistieken, registers en onderzoek, vroeger en nu. In A.C. de Graaf en F.J.A. Beumer (red.), *Van oppertoezicht naar Staatstoezicht: 150 jaar krankzinnigenwetgeving en de inspectie 1841-1991* (pp. 83-103). Zevenhuizen: Peter's Pen.
- Graaf, A.C. de en F.J.A. Beumer (red.) (1991). *Van oppertoezicht naar Staatstoezicht: 150 jaar krankzinnigenwetgeving en de inspectie 1841-1991*. Zevenhuizen: Peter's Pen.
- Graaf, H.T., de (1914). *Karakter en behandeling van veroordeelden wegens landloperij en bedelarij. Met een inleiding over temperament en karakter*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Graaf, L. de (2007). De zorg voor behoeftige krankzinnigen in Tiel, 1900-1940. In J. Vijselaar et al., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 42-73). Utrecht: Matrijs.
- Graaf, W.A.W. de (1989). *De zaaitijd bij uitnemendheid. Jeugd en puberteit in Nederland 1900-1940*. Leiden: Academisch Boeken Centrum.
- Grob, G.N. (1994). *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*. Cambridge (Mass), London: Harvard University Press.
- Guarnieri, P. (2005). Family Care and Welfare Policies in Italy before Fascism. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century* (pp. 312-328). Amsterdam: Amsterdam University Press.

BIBLIOGRAFIE

- Gunsteren, H. van (1992). Vier concepties van burgerschap. In J.B.D. Simonis, A.C. Hemerijck en P.B. Lehning (red.), *De staat van de burger. Beschouwingen over hedendaags burgerschap. Beleid en Maatschappij Jaarboek 1991* (pp. 44-61). Meppel: Boom.
- Güse, H.G. en N. Schmacke. (1976). *Psychiatrie zwischen bürgerliche Revolution und Faschismus*. Kronberg: Athenäum.
- Haan, I. de (1993). *Zelfbestuur en staatsbeheer. Het politieke debat over burgerschap en rechtsstaat in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Haan, I. de (2002). Burgerschap, sociale stratificatie en politieke uitsluiting in de negentiende eeuw. In J. Kloek en K. Tilmans (red.), *Burger. Een geschiedenis van het begrip 'burger' in de Nederlanden van de Middeleeuwen tot de 21^e eeuw* (pp. 231-275). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Haan, I. de (2003). Vigorous, Pure and Vulnerable: Child Health and Citizenship in the Netherlands Since the End of the Nineteenth Century. In M. Gijswijt-Hofstra en H. Marland (red.), *Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century* (pp. 31-60). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Haan, I. de en J.W. Duyvendak (red.) (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS) 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.
- Hacking, I. (1997). *Rewriting the self. Histories from the Renaissance to the present*. Londen, New York: Routledge.
- Haffmans, C. (1984). *Terbeschikking gesteld. Geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*. Arnhem: Gouda Quint bv.
- Hagen, J.C. van der (1896). Redactioneel. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, x.
- Hagen, J.C. van der (1901). Een ongewoon psychiatrisch-forensisch geval. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 5, 79-83.
- Hahn Rafter, N. (1997). *Creating Born Criminals*. Urbana (IL): University of Illinois Press.
- Hakker, A.A. (1997). *Vereniging Johannes Stichting 1887-1990. Meer dan een eeuw christelijke zorgverlening*. Utrecht: Matrijs.
- Halbertsma, S.J. (1884). Ziektegevallen van dementia paralytica. *Psychiatrische Bladen* 2, 218-226.
- Hamel, G.A. van (1880). *De grenzen der heerschappij van het strafrecht. Rede bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt aan de universiteit te Amsterdam op den 24sten september 1880*. Amsterdam: P.N. van Kampen & Zoon.
- Hamel, J.A. van (1911). Pleidooi van den verdediger Mr. J.A. van Hamel. In *De Papendrechtse strafzaak gediend hebbende voor het gerechtshof te Arnhem in november 1910. Overzicht en Verslag der Pleitredenen gehouden in de strafzaak van het Openbaar Ministerie contra H. Garsthaagen* (pp. 21-69). Haarlem: H.D. Tjeenk Willink & zoon.
- Hamers, H. (1987). *De GGZ als systeem in wankel evenwicht. De geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid*. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg.
- Hanlo, J. (1886). Bespreking van 'De Weir-Mitchell-Playfairsche behandelingsmethode der neurasthenie'. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 30/I, 595-596.
- Harris, R. (1989). *Murders and Madness. Medicine, Law, and Society in the fin de siècle*. Oxford: Oxford University Press.
- Haver Droeze, D. (1895). Redenen die mij geleid hebben mijn eervol ontslag te verzoeken als 2^{de} geneesheer aan het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Dordrecht. *Psychiatrische Bladen* 13, 140-141.
- Heemstra, M.J. van (1951). *Honderdjarig bestaan van de psychiatrische inrichting te Franeker 1851-1951. Een tehuis voor zenuwzieken in Friesland*. Leeuwarden: Jongbloed.
- Heilbronner, K. (1904). *Ueber die Aufgaben der klinischen Psychiatrie. Oeffentliche Antrittsrede gehalten bei der Uebernahme der ord. Professor an der Universität Utrecht am 18 Januar 1904*. Utrecht: C.H.E. Breijer.
- Heilbronner, K. (1911). Over den invloed, die aan den psychiater in strafzaken behoort te worden toegekend. *Handelingen der Nederlandsche Juristen-Vereeniging* 41/I, 1-78.
- Heilbronner, K. (1913). *De psychiatrisch-neurologische kliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht*. Utrecht: s.n.
- Hekma, G. (1987). *Homoseksualiteit, een medische reputatie. De uitdoktering van de homoseksueel in negentiende-eeuws Nederland*. Amsterdam: Sua.
- Hemerijck, A.C., J.B.D. Simonis en P.B. Lehning (1992). De herontdekte burger. In J.B.D. Simonis, A.C. Heme-

BRONNEN

- rijck en P.B. Lehning (red.), *De staat van de burger. Beschouwingen over hedendaags burgerschap* (pp. 9-24). Meppel: Boom.
- Hermans, C.A.M. (2003). *De dwaaltocht van het sociaal-darwinisme: vroege sociale interpretaties van Charles Darwins theorie van natuurlijke selectie, 1859-1918*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Hermans, H. (2001). 'Geplaagd en onbegrepen'. De arbeidspositie van de 'geestelijk onvolwaarden' in het interbellum. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 56, 659-675.
- Hermans, H. en S. Schmidt (1996). De traumatische neurose. Een sociaal-historische verkenning. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 23, 525-550.
- Hilbers, J.J. P. (1911). Vaccine en serumtherapie bij dementia paralytica en tabes. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 418-427.
- Hilvoorde, I. van (2002). *Grenswachters van de pedagogiek: demarcatie en disciplinevorming in de ontwikkeling van de Nederlandse academische pedagogiek (1900-1970)*. Baarn: HBV uitgevers.
- Hoekstra, H. (2005). *Het hart van de natie. Morele verantwoording en politieke verandering in Nederland 1870-1919*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hoeven, H. van der (1921). Neurasthenie. *Nederlandsch maandschrift voor geneeskunde* 2, 35-46.
- Hof, S. van 't (1996). 'Een ambt, hoog en subtiel ...'. *Psychiaters over psychiatrie 1971-1996*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Hogenstijn, C.M. (1987). *Sint Elisabethsgasthuis en Brinkgreven. Geschiedenis van de psychiatrische ziekenhuizen te Deventer*. Deventer: Arko boeken.
- Holland, J. (1879). *Nette mensen*. Deventer: W. Hulscher G.J. Zn.
- Hoogenboom, M. (2003). *Standenstrijd en zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland (ca 1880-1940)*. Amsterdam: Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Hoop, J. van der (1917). De psychoanalytische methode. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 61/II, 458-479.
- Hoppe (1909). Hoe behoeden wij onze kinderen voor nervositeit. *De vrouw. Weekblad voor de vrouw in en buiten het gezin* 16, 170-173.
- Horlings, E. (2001). Werkgelegenheid en economische modernisering. De structuur van de beroepsbevolking 1807-1909. In J.G.S.J. van Maarseveen en P.K. Doorn (red.), *Nederland een eeuw geleden geteld. Een terugblik op de samenleving rond 1900* (pp. 227-248). Amsterdam: Stichting beheer IISG.
- Houwaart, E.S. (1991). *De hygiënist. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Houwaart, E. (1996). De ontwikkeling van het ziekenhuis in de moderne tijd. In M.S.C. Bakker et al., *Techniek als cultuurverschijnsel. Casusboek* (pp. 239-355). Heerlen: Open Universiteit.
- Hrachovec, C. (1993). Ora et labora. De fysische behandeling van zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist van 1903 tot 1940. In G. Hutschemaekers en C. Hrachovec (red.), *Heer en heelmeeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het christelijk sanatorium te Zeist* (pp. 138-154). Nijmegen: SUN.
- Huddleston Slater, B. (s.a. [1935]). *Gids Nederlandsche sanatoria en herstellingsoorden*. Den Haag: Ten Hagen.
- Huerkamp, C. (1985). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preussens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Huertas, R. (1992). Madness and degeneration I. From 'fallen angel' to mentally ill. *History of Psychiatry* 3, 391-411.
- Huertas, R. (1993a). Madness and degeneration II. Alcoholism and degeneration. *History of Psychiatry* 4, 1-21.
- Huertas, R. (1993b). Madness and degeneration III. Degeneration and Criminality. *History of psychiatry* 4, 141-158.
- Huertas, R. (1993c). Madness and degeneration IV. The man of genius. *History of Psychiatry* 4, 301-319.
- Huet, W.G. (1886). Over functioneele neurosen. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 30/III, 53-70.
- Huet, W.G. en J. van Deventer (1903). Gerechtelijk geneeskundig verslag. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 239-244.
- Hueting, E. (1989). *De permanente herstructurering van het welzijnswerk. Voortgang zonder samenhang II*. Zutphen: De Walburg Pers.
- Huisman, F. (2005). From Exploration to Synthesis. Making New Sense of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and*

BIBLIOGRAFIE

- Mental Health Care in the Twentieth Century* (pp. 405-423). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hulshof Pol, D.J. (1900). Een viervoudige moord gepleegd in een epileptische droomtoestand. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 150-160.
- Hulst, D. (1884). *Leefregels voor Zenuwlijders*. Haarlem: Vonk.
- Hulst, J.P. (1900). Een geval van infantiele progressieve paralyse. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 100-113.
- Hulst, J.P. (1902). Een geval van dementia paralytica als paranoia hallucinatoria debuteerend. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 25-34.
- Hutschemaekers, G. (1990). *Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G. (1993a). Hysteria in The Netherlands. Dutch patient files on hysteria between 1900 and 1985. In L. de Goei en J. Vijselaar (red.), *Proceedings of the 1st European Congress on the History of Psychiatry and Mental Health Care* (pp. 144-155). Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Hutschemaekers, G. (1993b). Variaties in C-groot. De identiteit van het Sanatorium becijferd. In G. Hutschemaekers en C. Hrachovec (red.), *Heer en heelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (pp. 81-98). Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G., H. van de Heuvel en C. Jacobs (1992). *Beroep: psychiater. Een enquête onder psychiaters in Nederland*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Hutschemaekers, G. en C. Hrachovec (red.) (1993). *Heer en heelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist*. Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G. en L. Neijmeijer (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht, Houten: Trimbos-instituut, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten (1932). *XXVste verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten over de jaren 1915-1929*. (Bewerkt door J.H. Schuurmans Stekhoven) 's-Gravenhage: Algemeene Landsdrukkerij.
- Inspectie van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten (1938). *Verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten over de jaren 1932-1936*. 's-Gravenhage: Algemeene Landsdrukkerij.
- J.V. (1901). Neurasthenie. *Homoeopathisch maandblad* 12, 267-270.
- Jacobi, J.W. (1913). De kosten onzer krankzinnigenverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 285-298.
- Jacobs, J.K. (1893). Bijdrage tot onze kennis van de Neurasthenia Cerebralis. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlands-Indië* 32, 693-725.
- Jak, Th. (1988). *Armen van geest. Hoofdstukken uit de geschiedenis van de Nederlandse zwakzinnigenzorg*. Amsterdam: Jacob van Campen.
- Jak, Th. (1993). *Huizen van Barmhartigheid. Zorg voor zwakzinnigen in Nederland in de tweede helft van de negentiende eeuw, met bijzondere aandacht voor 's-Heeren Loo*. Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo.
- Janse de Jonge, J.A. (1982). 'Slaat mij dan maar dood!' De Papendrechtse strafzaak. *Recht en Kritiek* 8, 61-81.
- Janssens, G. en R. A. Mees (1907). Een geval van progressieve juveniele demetie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11, 209-222.
- Janssens, G. en J.G. Dikshoorn (1909). Histologisch onderzoek van een geval van paralyse, atypisch, naar de localisatie en atypisch naar de kwaliteit van het proces. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 387-401.
- Jelgersma, G. (1886) Idiote en dementia paralytica. Pathologisch-anatomische bijdrage. *Psychiatrische Bladen* 4, 92-122.
- Jelgersma, G. (1888). Nieuwere onderzoekingen over dementia paralytica. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 24, 301-305.
- Jelgersma, G. (1890a). De bepalingen der wet op het Staatstoezicht over Krankzinnigen, die de opneming in de gestichten regelen. *Psychiatrische Bladen* 8, 83-106.
- Jelgersma, G. (1891). Over insania moralis. *Psychiatrische Bladen* 9, 166-186.
- Jelgersma, G. (1894). *De beoefening der Crimineele Anthropologie en gerechtelijke psychiatrie aan de universiteit*. Utrecht: J.L. Beijers.

BRONNEN

- Jelgersma, G. (1895a). Boekbespreking van: Prof. Winkler en Dr. J.D. v.d. Plaats, Iets over Crimineele Anthropologie. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 39/ II, 704-708.
- Jelgersma, G. (1895b). Recensie van Fournier. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 39/III, 1088-1089.
- Jelgersma, G. (1895c). De ontkenning der moraal. *De Nieuwe Gids* I, 56-82.
- Jelgersma, G. (1896a). De medicus tegenover de vraag der toerekenbaarheid. *Psychiatrische Bladen* 14, 14-19.
- Jelgersma, G. (1896b). Gedachtenvlucht bij neurasthenie. *Psychiatrische Bladen* 14, 72-76.
- Jelgersma, G. (1897a). *Leerboek der functioneele neurosen*. Amsterdam: Scheltema en Holkema.
- Jelgersma, G. (1897b). Boekbeschouwing over neurasthenie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 66-67.
- Jelgersma, G. (1897c). Zenuw-Inrichtingen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 185-191.
- Jelgersma, G. (1898). *Pathologie en therapie der neurasthenie*. Amsterdam: s.n.
- Jelgersma, G. (1899). *Psychologie en pathologische psychologie. Rede bij de aanvaarding van het hoogeleeraarsambt aan de Rijksuniversiteit Leiden, op 20 september 1899 uitgesproken door Dr. G. Jelgersma*. Leiden: S.C. Van Doesburgh.
- Jelgersma, G. (1902). Ingezonden. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 43, 517.
- Jelgersma, G. (1906a). Over de histopathologische veranderingen van het zenuwstelsel bij Dementia Paralytica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 105-113.
- Jelgersma, G. (1906b). *Open brief aan Prof. G.J.P.J. Bolland*. Leiden: Van der Hoek.
- Jelgersma, G. (1907a). Het geval Frans Rosier. *Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Bijeenkomst van 23-3-1907*, 1-19.
- Jelgersma, G. (1907b). Die Zivilisation als prädisponierende Ursache für nervöse Krankheiten. *Medizinische Klinik* 3/49, 1479-1482.
- Jelgersma, G. (1909). Wat is een psychose? *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 53/II, 1-11.
- Jelgersma, G. (1911). *Leerboek der Psychiatrie. Eerste deel specieel gedeelte*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Jelgersma, G. (1912). *Leerboek der Psychiatrie. Tweede deel specieel gedeelte*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Jelgersma, G. (1914). *Ongeweten geestesleven. Rede uitgesproken op den 339sten verjaardag der Leidsche hoogeschool op 9 februari 1914*. Leiden: S.C. van Doesburgh.
- Jelgersma, G. (1915). *Een geval van hysterie. Psychoanalytisch behandeld*. Leiden: S.C. van Doesburgh.
- Jelgersma, G. (1916). Psycho-analytische bijdrage tot de theorie over het gevoelsleven. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, 453-467.
- Jelgersma, G. (1919). *De plaats der psychiatrie in de rij der medische wetenschappen. Voordracht ter opening der psychiatrische colleges in den cursus 1919-1920*. Leiden: S.C. Van Doesburgh.
- Jelgersma, G. et al. (1902). Rapport van de Commissie van Prae-Advies omtrent de vraag, op welke wijze in eventuele moeilijkheden bij de plaatsing van gevaarlijke krankzinnigen kan worden voorzien. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 285-306.
- Jelgersma, G. et al. (1905). Rapport van de Commissie der 'Ned. Vereen. voor Psychiatrie en Neurologie' betreffende het Rapport der Staatscommissie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 9, 475-499.
- Jelgersma, G., J. van Deventer en M.J. van Erp Taalman Kip (1910). Psychiatrisch-psychologisch onderzoek in de zaak van het O.M. contra H. Garsthagen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 497-578.
- Jelgersma, G. en M.J. van Erp Taalman Kip (1911). *De Papendrechtse strafzaak en de psychiater. Twee opstellen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Jones, K. (1993). *Asylums and After. A Revised History of the Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1990s*. Londen, Atlantic Highlands (NJ): Athlone Press.
- Jong, A. de (1888). Over den invloed der hypnose op psychische en nerveuze stoornissen. *Psychiatrische Bladen* 6, 191-197.
- Jong, J.M. de (1997). Badverpleging als psychiatrische therapie (1900-1950). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141, 1487-1491.
- Jongmans, J.W.M. (1971). *Psychiatrisch Ziekenhuis Coudewater 1870-1970. Medisch-historisch verslag*. Rosmalen: s.n.
- Jongmans, J.W.M. (1985). *De Zusters van Coudewater. Geschiedenis van de Zusters van Barmhartigheid te Rosmalen 1870-1985*. Rosmalen: P.Z. 'Coudewater'.
- Juch, A. (1996). De positie van de medisch-specialisten in Nederland (1890-1920). *Gewina* 19/4, 231-245.
- Juch, A. (1997). *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Publishing.

BIBLIOGRAFIE

- Juda, M. (1905) *Hoe moeten wij zenuwziekten en zenuwachtigheid voorkomen? Wat is er tegen te doen?* Amsterdam: Meulenhoff.
- Kaluszynski, M. (2006). The International Congresses of Criminal Anthropology: Shaping the French and International Criminological Movement, 1886-1914. In P. Becker en R.F. Wetzell (red.), *Criminals and Their Scientists. The History of Criminology in International Perspective* (pp. 301-316). Cambridge etc.: Cambridge University Press.
- Kapteyn, P. (1980). *Taboe, macht en moraal in Nederland*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Karsten, S. (1986). *Op het breukvlak van opvoeding en politiek. Een studie naar socialistische volksonderwijzers rond de eeuwwisseling*. Amsterdam: Sua.
- Kat, J. (1898). *De vrouw en de alcohol*. S.l.: De Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Sterken Drink.
- Kat, J. (1904). Reorganisatie van het verplegend personeel in de Rijkskrankzinnigengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 73-83.
- Kat, J. (1909). Over de geregelde geldelijke belooning van den arbeid der verpleegden in krankzinnigengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 249-260.
- Kat, J. (1910). *Eenige feiten betreffende het alcoholisme gezien uit hygiënisch standpunt*. Dordrecht: Nederlandse Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging.
- Kat, J. (1911). *Het alcoholvraagstuk: een hygiënisch vraagstuk van de eerste orde*. Amsterdam: overdruk uit de *Wegwijzer, tijdschrift voor de studie van het Alcoholvraagstuk*. S.l.: s.n.
- Kat, W. (1941). Het Medisch Consultatie-Bureau voor Alcoholisme te Amsterdam. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 45, 455-465.
- Kaufmann, D. (1995). *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die 'Erfindung' der Psychiatrie in Deutschland 1770-1850*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kaufmann, D. (2001). Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality, and the Demands of Nature. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter, red., *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 161-176). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Kelk, C. (2007). Honderd jaar debat over (straf)recht en psychiatrie. In F. Koenraadt, C. Kelk en J. Vijselaar (red.), *Tussen behandeling en straf. Rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw* (pp. 75-134). Deventer: Kluwer.
- Kemperink, M.G. (1988). *Van observatie tot extase. Sensitivistisch proza rond 1900*. Utrecht, Antwerpen: Veen uitgevers.
- Kemperink, M.G. (1993). Medische theorieën in de Nederlandse naturalistische roman. *De negentiende eeuw* 17, 115-171.
- Kemperink, M.G. (1995). Hysterie in de Nederlandse roman van het fin de siècle. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 139/ 43, 2194-2198.
- Kerbert, J. J. (1875). Krankzinnigheid en misdaad, beschouwd in het licht der geneeskundige wetenschap. *De Tijdspiegel* 31, 109-127.
- Kerbert, J.J. (1876). Dr. Burlureaux' werkje over Paralysis generalis. *Handelingen der Nederlandse Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 204.
- Kerkhoff, A.H.M. (1994). *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten*. Bussum: Coutinho.
- Kerkhoven, A. (1996). *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland*. Zwolle: Waanders.
- Kerkhoven, A. en J. Vijselaar (1993). De zorg voor zenuwlijders rond 1900. In G. Hutschemaekers en C. Hrachovec (red.), *Heer en heelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het christelijk sanatorium te Zeist* (pp. 27-59). Nijmegen: SUN.
- Kleef, van en Rusland (1892). Een gerechtelijk-geneeskundig Rapport. *Psychiatrische Bladen* 10, 100-112.
- Kleffens, P. van (red.) (1959). *Het provinciaal ziekenhuis Duin en Bosch. Gedenkschrift uitgegeven ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan*. Haarlem: Joh. Enschede en zonen.
- Klein, H. (1909) Over de reactie van Wassermann. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 316-326.
- Klijn, A. (1995). *Tussen caritas en psychiatrie. Lotgevallen van zwakzinnigen in Limburg 1879-1952*. Hilversum: Verloren.
- Klijn, A. (2010). *Verlangen naar verbetering. 375 jaar academische geneeskunde in Utrecht*. Amsterdam: Boom.

BRONNEN

- Klippe, H. van de (1997). *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname. Een juridische beschouwing*. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- Kluin, A. en A.-M. van Meel (2000). *Een zenuwslappende moderne tijd. Een onderzoek naar zenuwziekten in tijdschriften van 1873 tot WO I*. Ongepubliceerde scriptie. Historisch Seminarium, Universiteit van Amsterdam.
- Kluit, F. (1992). *Herlevend verleden: het verhaal over 100 jaar zorg voor verstandelijk gehandicapte mensen op 's Heerenloo-Lozenoord 1891-1991*. Ermelo: 's Heerenloo-Lozenoord.
- Knippenberg, H. en B. de Pater (1990). *De eenwording van Nederland. Schaalvergroting en integratie sinds 1800*. Nijmegen: SUN.
- Knippenberg, H. en H. van der Wusten (2001). De zuilen, hun lokale manifestaties en hun restanten in vergelijkend perspectief. In C. van Eijl, L. Heerma van Voss en P. de Rooy (red.), *Sociaal Nederland. Contouren van de twintigste eeuw* (pp. 129-150). Amsterdam: Aksant.
- Koehler, P.J. (2002). C. Winkler 1855-1941. In J.A.M. Frederiks, G.W. Bruyn en P. Eling (red.), *History of Neurology in the Netherlands* (pp. 393-401). Amsterdam: Boom.
- Koenders, P. (1996). *Tussen christelijk réveil en seksuele revolutie. Bestrijding van zedeloosheid in Nederland, met nadruk op de repressie van homoseksualiteit*. Leiden: Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
- Koenraad, F. (1995). Historische wortels en recente ontwikkelingen. In A.W.M. Mooij, F. Koenraad en J.M.J. Lommen van Alphen (red.), *De persoon van de verdachte. De rapportage pro justitia vanuit het Pieter Baan Centrum* (pp. 111-137). Arnhem: Gouda Quint.
- Koenraad, F. en A.T. Pouw (1987). Verborgten in Medemblik. Gerechtelijk-geneeskundige rapportages over krankzinnige en misdadige vrouwen rond de eeuwwisseling. *Tijdschrift voor Criminologie* 29/23, 53-72.
- Kohlbrugge, J. (1919). Het zieleleven van den misdadiger: een maatschappelijk vraagstuk. *Grensgebied van het recht I/1*, 4-24.
- Kolk, J. van der (1906). De differentiaaldiagnose der Dementia paralytica met de zgn. alcoholische Pseudo-paralyse. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 189-205.
- Kolk, J. van der (1908). Een geval van tumor cerebri, gedurende het leven gehouden voor een snel verloopenden vorm van dementia paralytica. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12, 9-23.
- Kolk, J. van der (1909). Voldoet de wijze waarop heden in foro criminali wordt voorzien in psychiatrische voorlichting van den rechter aan de eischen die men daaraan stellen mag, en zoo niet, hoe kan daarin verbetering worden aangebracht? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 525-537.
- Kolk, J. van der (1916). Over bedbehandeling in de krankzinnigengestichten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, 477-487.
- Kolk, J. van der (1918). Psychiatrische werkzaamheid in dienst der Justitie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 22, 437-446.
- Kossmann, E.H. (1984). *De lage landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België*. Amsterdam, Brussel: Elsevier.
- Kortenhorst, C.T. (1929). De uitvoering der psychopathenwetten. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 33, 161-180.
- Koster, W. (1891). Verontrustende cijfers. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 27/II, 231-235.
- Koster, W. (1893). De toeneming der krankzinnigheid. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 29/II, 293-311.
- Krafft-Ebing, R. von (1903). *Gezonde en zieke zenuwen*. Amsterdam: C. Bredée.
- Kraft, T.B. (1963). *De jeugdpsychiatrische diensten in Nederland. Een sociaal psychiatrische studie*. Utrecht: Erven J. Bijleveld.
- Kraft, T.B. (1968). Achtergronden en doelstelling van het interdisciplinair genootschap voor biologische psychiatrie. *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband*, 177-189.
- Kraus, G. (1933). *Krankzinnigheid in Nederland. Een sociaal-psychiatrische studie*. Groningen, Den Haag, Batavia: Wolters.
- Kroon, J. de (1999). *Omzien naar de psyche. Een kritisch-historische benadering van de psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Kruithof, B. en P. de Rooy (1987). Liefde en plichtsbefef. De kinderbescherming in Nederland rond 1900. *Sociologisch Tijdschrift* 13, 637-668.
- Krul, W.E. (1989). Volksoepvoeding, nationalisme en cultuur. Nederlandse denkbeelden over massa-educatie in het Interbellum. *Comenius* 9, 386-394.

BIBLIOGRAFIE

- Krul, W.E. (1991). Nederland in het fin-de-siècle. De stijl van een beschaving. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 106, 581-594.
- Kuilman, M. (1980). Geschiedenis van de psychiatrie aan de Vrije Universiteit. In M. van Os en W.J. Wieringa (red.), *Wetenschap en rekenschap 1880-1980. Een eeuw wetenschapsbeoefening en wetenschapsbeschouwing aan de Vrije Universiteit* (pp. 156-183). Kampen: Kok, Vrije Universiteit.
- Laurence, J.R. en C. Perry (1988). *Hypnosis, Will, and Memory*. New York: The Guilford Press.
- Leese, P. (2002). *Shell Shock. Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*. Londen: Macmillan.
- Leeuwen, M.H.D. (1999). Armenzorg en charitas, ca. 1800-2000. Een historische erfenis. In R. van der Bie en P. Dehing (red.), *Nationaal goed. Feiten en cijfers over onze samenleving 1800-1999* (pp. 159-176). Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Legemaate, J. (1985). Een overzicht van de voorstellen tot wijziging van de krankzinnigenwet van 1884. In J. Vjzelaar (red.), *Honderd jaar krankzinnigheid. Geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland* (pp. 127-139). Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Legemaate, J. (1991). *De rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Lerner, P. (2003). *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*. Ithaca, Londen: Cornell University Press.
- Lieburg, M.J. (1992). 'Een nuttig en ten sterkste verlangd wordend hospitaal'. *De geschiedenis van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (1817-1992)*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Lindeboom, G.A. en M.J. van Lieburg (red.) (1984). *Gedenkboek van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken 1884-1984*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Lith, J.P.T., van der (1876). Wetgeving op het krankzinnigenwezen. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 61-62.
- Lucieer, J. (2005). *Inzicht in het Staatstoezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 1841-2005*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Lutz, T. (2001). Varieties of Medical Experience: Doctors and Patients, Psyche and Soma in America. In M. Gijs-wijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 51-76). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Luyten, A. (1885). *Zijne opsluiting gedurende dertien maanden in het krankzinnigengesticht te Zutphen*. Maassluis: Van Wieringa.
- Luyten, A. (1899). *Verzameling der 'Vervolgen' op de 'Beschrijving' zijner opsluiting gedurende 13 maanden in het krankzinnigengesticht te Zutphen*. Maassluis: Van Wieringa.
- MacClelland, C.E. (1991). *The German Experience of Professionalization. Modern Learned Professions and Their Organizations from the Early Nineteenth Century to the Hitler Era*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Manicus, J. F. (1876). Bijdrage over de psychiatrie te Berlijn. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 135-148.
- Mans, I. (1998). *Zin der zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam: Prometheus.
- Mansholt, W.P. (1916). De psychiatrisch-neurologische kliniek te Groningen. *Het ziekenhuis* 7/6, 47-53.
- Mantegazza, P. en N.B. Donkersloot (1888). *Onze nerveuze eeuw*. 's-Gravenhage: W.P. van Stockum & Zoon.
- Meeus, F. (1908). Over 'Dementia' en hare waarde in de hedendaagsche Psychiatrie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12, 413-429.
- Meijer, L.S. (1899a). Psychiatrische beschouwingen omtrent de gevangenis en hare bewoners. *De Gids* 63, 391-411.
- Meijer, L.S. (1899b). Staatszorg voor krankzinnige gevangenen. *De Gids* 63, 435-466.
- Meijer, L.S. (1900). De psychiatrische expert en de toerekenbaarheid. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 351-356.
- Meijer, L.S. (1909). De kosten onzer tegenwoordige krankzinnigenverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 402-417.
- Meijers, F.S. (1913). *Feiten en beschouwingen op het gebied der crimineele anthropologie en psychiatrie*. Baarn: Hollandia.

BRONNEN

- Meijers, F.S. (1924). De zorg voor de zenuw- en geesteszieken en maatschappelijk ongeschikten. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 2, 120-125.
- Meijers, F.S. en J.G. Schnitzler (1916). Ingezonden. De salvarsaanbehandeling bij tabes en dementia paralytica. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57/I, 328-330.
- Melchior, F.A. (1915). Is gezinsverpleging van krankzinnigen in Nederland mogelijk en wenschelijk? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 426-450.
- Mellet, D.J. (1981). Bureaucracy and Mental Illness: The Commissioners in Lunacy 1845-1890. *Medical History* 25, 221-250.
- Melster, E.J.A. (1902). *Mishandelingen ondervonden in het 'Oude en Nieuwe Gasthuis, Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen' te Zutphen*. Enschede: M.J. van der Loeff.
- Memorie (1913). Naar aanleiding van de conclusiën van het verzoekschrift der Vereeniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen aan H.M. de Koningin d.d. 22 Februari 1912. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 621-623.
- Mendel, E. (1880). *Die Progressive Paralyse der Irren*. Berlijn: Hirschwald.
- Mens, N. (2003). *De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis*. Wormer: Immerc bv.
- Meulen, R.H.J. ter (1988). J.N. Ramaer (1817-1887) en de fysiologische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 127-138.
- Meulen, R.H.J. ter en T. Widdershoven-Heerding (1985). Het fysiologisch ziektebegrip in de vroege Nederlandse psychiatrie. In D. de Moulin (red.), *Kracht en Stof. De introductie van moderne natuurwetenschappelijke denkwijzen in de geneeskunde, zoals blijkt uit Nederlandse medische vakbladen, 1840-1870* (pp. 110-120). Amsterdam: Rodopi.
- Micale, M.S. (2004). *The Mind of Modernism. Medicine, Psychology, and the Cultural Arts in Europe and America, 1840-1940*. Stanford: Stanford University Press.
- Micale, M.S. en R. Porter (red.) (1994). *Discovering the History of Psychiatry*. New York etc.: Oxford University Press.
- Milders, C.F.A. (2004). De twee zielen van de psychiater: ervaring en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2, 67-69.
- Miller, P. (1986). Critiques of psychiatry and critical sociology of madness. In P. Miller en N. Rose (red.), *The Power of Psychiatry* (pp. 12-42). Cambridge: Polity Press.
- Möbius, P.J. en C.P. ter Kuile (1884). *De zenuwachtigheid*. Groningen: Noordhoff & Smit.
- Mommers, L. (1992). *Over de aangeboren inferioriteit van de krankzinnige. De degeneratiethese in de theorie en praktijk van de Nederlandse psychiatrie 1880-1920*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie Universiteit Nijmegen.
- Mooij, A. (1993). *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1990*. Amsterdam: Boom.
- Mooij, A. (1999). *De polsslag van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam, Antwerpen: De Arbeiderspers.
- Mooy, A.M. (1964). *De krankzinnigenwet van 1884*. Deventer, Antwerpen: Kluwer.
- Mooy, A.W.M. (1988). *De psychische realiteit. Over psychiatrie als wetenschap*. Meppel: Boom.
- Mooy, A.W.M. (1991). De forensische psychiatrie en haar geschiedenis. In F. Koenraadt (red.), *Ziek of schuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie* (pp. 5-19). Arnhem, Amsterdam: Gouda Quint, Rodopi.
- Mooy, A.W.M. (1998). *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*. Amsterdam, Meppel: Boom.
- Mucchielli, L. (2006). Criminology, Hygienism, and Eugenics in France, 1870-1914: The Medical Debates on the Elimination of 'Incorrigible'. In P. Becker en R.F. Wetzell (red.), *Criminals and Their Scientists. The History of Criminology in International Perspective* (pp. 207-229). Cambridge etc.: Cambridge University Press.
- Muller, F. (1911). Een geval van paralyse met innervatorische apraxie en apractische aphagie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 164-184.
- Muskens, L.J.J. (1897). Over Syphilitische Spinaalparalyse. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 328-337.
- Muskens, L. (1903). Omtrent de scheiding van psychiatrie en neurologie als leervakken. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 44/II, 647-652.

BIBLIOGRAFIE

- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1884). *Psychiatrische Bladen* 2, 1-4.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1885). *Psychiatrische Bladen* 3, 1-4.
- Naamlijst der leden van de Psychiatrische Vereeniging (1886). *Psychiatrische Bladen* 4, 3-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1887). *Psychiatrische Bladen* 5, 1-4.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1888). *Psychiatrische Bladen* 6, 1-4.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1889). *Psychiatrische Bladen* 7, 1-5.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1890). *Psychiatrische Bladen* 8, 1-5.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1891). *Psychiatrische Bladen* 9, 1-5.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1892). *Psychiatrische Bladen* 10, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1893). *Psychiatrische Bladen* 11, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1894). *Psychiatrische Bladen* 12, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1895). *Psychiatrische Bladen* 13, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1896). *Psychiatrische Bladen* 14, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1897). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 1, 93-97.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1898). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1899). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1900). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1901). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 5, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1902). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 1-6.
- Naamlijst der leden van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1903). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 1-6.
- Nagel, W.H. (1966). De Groningse school. *Nederlands Tijdschrift voor Criminologie* 8, 81-93, 122-134.
- Napoli, D.S. (1981). *Architects of Adjustment. The History of the Psychological Profession in the United States*. Port Washington (NY): Kennikat Press.
- Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (2003). *Bevolkingsatlas van Nederland. Demografische ontwikkelingen van 1850 tot heden*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar.
- Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid (1936). *Gids betreffende de Geestelijke Volksgezondheid (Psychische Hygiëne) in Nederland*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1882). Brief aan de Minister van Binnenlandsche Zaken. Bijlage Zeventiende vergadering, oktober 1879. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 88.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (1896). *Feestbundel uitgegeven door de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ter eere van haar 25-jarig bestaan*. 's-Hertogenbosch: C.N.Teulings.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1904a). Naamlijst der leden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 1-6.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1904b). Inlichtingen en wenken voor de Examens, af te nemen vanwege de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 810-839.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1905). Naamlijst der eereleden en der gewone leden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 9, 1-6.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1906). Naamlijst der eereleden en der gewone leden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 1-6.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1907). Naamlijst der eereleden en der gewone leden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11, 1-7.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1908). Naamlijst der eereleden en der gewone leden. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12, 1-7.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1909). Naamlijst der eereleden en der gewone leden.

BRONNEN

- Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 1-7.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1910). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1910. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 1-7.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1911). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1911. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15, 1-8.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1912). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1912. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16, 1-8.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1913). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1913. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 1-8.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1914). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1914. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 18, i-viii.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1915). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1915. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, i-viii.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1916). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1916. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, i-viii.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1917). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1917. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 21, i-vii.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1918). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1918. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 22, i-x.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1919). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in 1919. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 23, i-viii.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1920). Naamlijst der eereleden en der gewone leden in januari 1920. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 24, i-x.
- Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (1922). Feestvergadering ter herdenking van het 50-jarig bestaan der Vereeniging op Donderdag 17 November 1921 in het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 27, 95-99.
- Neij, R. (1989). *De organisatie van het maatschappelijk werk. Voortgang zonder samenhang* I. Zutphen: De Walburg Pers.
- Niemandland, N. (1948). *Arbeid. Uit het leven van een zenuwarts*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Nijenhuis, H. (1981). *Volksopvoeding tussen elite en massa. Een geschiedenis van de volwasseneneducatie in Nederland*. Amsterdam, Meppel: Boom.
- Nijnatten, C.H.C.J. (1986). *Moeder justitia en haar kinderen. De ontwikkeling van het psycho-juridisch complex in de kinderbescherming*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- n.n. (1892). Everdina Jansen. *Maandblad voor Ziekenverpleging* 3/4, 90-92.
- Nolan, P. (1993). *A History of Mental Health Nursing*. Londen: Chapman & Hall.
- Noordam, D.J. (1996). Getuigen, reddend en bestrijden. De ontwikkeling van een ideologie op het terrein van de zedelijkheid, 1811-1911. *Theoretische Geschiedenis* 23, 494-518.
- Noordam, D.J. (2001). Een morele natie. Gezin en huishouden op het breukvlak van twee eeuwen. In J.G.S.J. van Maarseveen en P.K. Doorn (red.), *Nederland een eeuw geleden geteld. Een terugblik op de samenleving rond 1900* (pp. 89-112). Amsterdam: Stichting beheer IISG.
- Noordman, J. (1989). *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*. Nijmegen: SUN.
- Noorduyn, J.P.F.A. (1912). *De nerveusiteit van het kind*. Baarn: Hollandia-Drukkerij.
- Nye, R.A. (1984). *Crime, Madness, and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
- Nye, R.A. (1993). *Masculinity and Male Codes of Honor Modern France*. New York etc.: Oxford University Press.
- Nys, L. et al. (red.) (2002). *De zieke natie. Over medicalisering van de samenleving 1860-1914*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Oort, A.H. (1909). *Über den Einfluss des Alkoholgenusses der Eltern und Ahnen auf die Kinder*. Langensalza: Beyer.
- Oort, A.H. (1914). *Over den alkohol en zijne werking op het menschelijk lichaam*. Amsterdam: Maatschappij voor Goede en Goedkoope Lectuur.
- Oosterhuis, H. (1992). *Homoseksualiteit in katholiek Nederland. Een sociale geschiedenis 1900-1970*. Amsterdam: Sua.

BIBLIOGRAFIE

- Oosterhuis, H. (1997). Preutsheid noch hedonisme. *De Gids* 160, 562-575.
- Oosterhuis, H. (1999). De historicus als therapeut. *Psychologie en maatschappij* 23/3, 284-290.
- Oosterhuis, H. (2000). *Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*. Chicago, Londen: The University of Chicago Press.
- Oosterhuis, H. (2003). Extending the Boundaries of Psychiatry. The Professional Strategies of Richard von Krafft-Ebing. In E. Engstrom en V. Roelcke (red.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum* (pp. 153-167). Basel: Schwabe.
- Oosterhuis, H. (2007). Psychiatrie, geestelijke gezondheid en burgerschap (1870-2006). In C. Kelk, F. Koenraadt en J. Vijselaar (red.). *Tussen behandeling en straf. Rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw. Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap. Nieuwe Reeks* 10, 135-188. S.l.: Kluwer.
- Oosterhuis, H. en M. Gijswijt-Hofstra (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. (Drie delen) Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oosterhuis, H. en S. Wolters (1998). The Changing Professional Identity of the Dutch Psychiatrist, 1960-1997. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands* (pp. 203-220). Amsterdam, Atlanta: Rodopi.
- Openbaar Ministerie (1911). Het requisitoir. In *De Papendrechtse strafzaak gediend hebbende voor het gerechtshof te Arnhem in november 1910. Overzicht en Verslag der Pleitredenen gehouden in de strafzaak van het Openbaar Ministerie contra H. Garsthaagen* (pp. 12-20). Haarlem: H.D. Tjeenk Willink & zoon.
- Oppenheim, J. (1991). *Shattered Nerves. Doctors, Patients and Depression in Victorian England*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Otterspeer, W. (1995). *Bolland. Een biografie*. S.l.: Uitgeverij Areopagus.
- Pannenburg, W.A. (1912). *Bijdrage tot de psychologie van den misdadiger, in 't bijzonder van den brandstichter*. Groningen: De Waal.
- Parry-Jones, W. (1972). *The Trade in Lunacy. A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*. Londen etc.: Routledge & Kegan Paul.
- Pedroletti, J. (2004). *La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école Cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)*. Genève: George éditeurs.
- Persijn, van (1886). Gerechtelijk-geneeskundig geval. Superarbitrium in de zaak van Dirk v. K. ... *Psychiatrische Bladen* 4, 60-75.
- Pick, D. (1989). *Faces of Degeneration. A European Disorder 1848-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Piebenga, P.J. (1969). 1919-1969: een halve eeuw Nederlandse vereniging van gestichtsartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 11, 379-393.
- Pierson, H. (1902). *Openbare brief aan Dr. A. Aletrino. Naar aanleiding van diens brochure: Over eenige oorzaken der prostitutie*. Amsterdam: Tierie & Kruyt Boekverkopers.
- Plaats, J.D. van der (1895). Berekeningen over de metingen van Prof. C. Winkler aan de hoofden van omstreeks 50 moordenaars en 50 recruten. *Geneeskundige Bladen uit laboratorium en kliniek voor de praktijk* 2/5-6, 141-159.
- Plaats, J.D. van der (1896). Berekeningen over de metingen aan de hoofden van gewone mensen, misdadigers en krankzinnigen. *Feestbundel uitgegeven door de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ter eere van haar 25-jarig bestaan*. 's-Hertogenbosch: C.N. Teulings.
- Poppel, F.W.A. van (2001). De groei van de Nederlandse bevolking in de afgelopen eeuw. In J.G.S.J. van Maarseeven en P.K. Doorn (red.), *Nederland een eeuw geleden geteld. Een terugblik op de samenleving rond 1900* (pp. 65-87). Amsterdam: Stichting beheer IISG.
- Porter, R. (1991). *De zin van de waanzin. Een sociale geschiedenis*. Amsterdam, Antwerpen: Veen.
- Porter, R. (2002). *Madness. A Brief History*. Oxford: Oxford University Press.
- Porter, R. en D. Wright (red.) (2003). *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Poslavsky, A. (1961). Opkomst en bloei van de psychiatrie. In L.J. Hut et al., *De Willem Arntsz Stichting 1461-1961* (pp. 41-123). Utrecht: N.V.A. Oosthoek's Uitgeversmaatschappij.

BRONNEN

- Postma, H. (1914). De zorg voor het misdeelde en misdadige kind. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 18, 183-191.
- Postma, J.U. (1984). Valeriuskliniek. In G.A. Lindeboom en M.J. van Lieburg (red.), *Gedenkboek van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken 1884-1984* (pp. 331-353). Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Pouw, A. (s.a. [1982]). Het geneeskundig gesticht te Dordrecht 1854-1898. In C. Brinkgreve et al., *Voor gek gehouden. Beelden uit de geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Nederland* (pp. 53-60). Haarlem: Frans Halmmuseum.
- Pouw, A.T. (1985). *Historisch onderzoek naar de voorlichting van de rechtbank*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Willem Pompe instituut voor strafrechtswetenschappen.
- Prestwich, P.E. (2003). Family strategies and medical power: 'voluntary' committal in a Parisian asylum, 1876-1914. In R. Porter en D. Wright (red.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965* (pp.79-99). Cambridge: Cambridge University Press.
- Prick, H.G.M. (1977). *De Adriaantjes. Een onderzoek naar wording en achtergronden van Van Deysse's Kind-Leven*. Amsterdam: Athenaeum, Polak & Van Genneep.
- Prick, H.G.M. (1997). *In de zekerheid van eigen heerlijkheid. Het leven van Lodewijk van Deysse tot 1890*. Amsterdam: Athenaeum, Polak & Van Genneep.
- Prick, H.G.M. (2003). *Een vreemdeling op de wegen. Het leven van Lodewijk van Deysse vanaf 1890*. Amsterdam: Athenaeum, Polak & Van Genneep.
- Psychiatrisch Onderwijs (1894). *Psychiatrische Bladen* 12, 311-323.
- Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap (1957). *Gedenkboek 1907-1957*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Querido, A. (1939). *Krankzinnigenrecht*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Querido, A. (1966). *Het Wilhelmina Gasthuis. Geschiedenis en voorgeschiedenis*. Lochem: De Tijdstroom.
- Querido, A. (1980). *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten*. Lochem: De Tijdstroom.
- Quétel, C. (1990). *History of Syphilis*. Cambridge: Polity Press.
- Radkau, J. (1998). *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*. München, Wenen: Carl Hanser Verlag.
- Radkau, J. (2001). The Neurasthenic Experience in Imperial Germany: Expeditions into Patient Records and Side-looks upon General History. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 199-218). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Ramaer, J.N. (1845a). Geneeskundige stand en controle. *Bijdragen tot Geneeskundige Staatsregeling III*, 91-119.
- Ramaer, J.N. (1845b). Over het voorgevoel bij den mensch, in wakenden toestand, slaap, droom, magnetischen toestand, in terugkeer der geestvermogens der krankzinnigen kort voor den dood, en over het voorgevoel bij het dier door S.P. Scheltema. *De Gids* 9, 857-875, 927-945.
- Ramaer, J.N. (1846). *Een woord aan nietgeneeskundigen over krankzinnigheid en krankzinnigenbehandeling; in twee voorlezingen, uitgesproken in het genootschap ter beoefening van natuurkundige wetenschappen te Zutphen en met aantekeningen uitgegeven*. Rotterdam: H.A. Kramers.
- Ramaer, J.N. (1848). De wetenschap der natuur. *De Gids* 12, 1-35.
- Ramaer, J.N. (1851). De geneeskunde als stellige wetenschap. *Tijdschrift der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst* 2, 3-30.
- Ramaer, J.N. (1852). *Dronkenschap en krankzinnigheid; eene voorlezing*. Tiel: Campagne
- Ramaer, J.N. (1854a). Inleiding van den tweeden jaargang. *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregeltelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* 1, 1-8.
- Ramaer, J.N. (1854b). De uitoefening der geregeltelijke geneeskunde, zoo al zij is voorgesteld in de ontwerpen van wet, door de Staatscommissie aan Z.E. den minister van Binnenlandsche Zaken ingediend. *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregeltelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* 1, 9-17.
- Ramaer, J.N. (1854c). Geregeltelijk Geneeskundig verslag over een zeldzaam geval van kindermoord door A. Toulmouche. *Tijdschrift voor de Geregeltelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* 1, 307-385.
- Ramaer, J.N. (1855a). Opmerkingen en aantekeningen bij het bezoek van eenige Duitsche krankzinnigen-gestichten. *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregeltelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie* 2, 206-229.

BIBLIOGRAFIE

- Ramaer, J.N. (1855b). Verslag aan Heeren Gedeputeerde Staten der provincie Gelderland over het provinciaal Krankzinnigenhuis te Zutphen, gedurende het eerste decennium (1842-1851) van zijn bestaan. *Nederlandsch Tijdschrift voor de Geregte GENEESKUNDE en voor Psychiatrie* 2, 143-184.
- Ramaer, J.N. (1857). Brieven over de behandeling van krankzinnigen voor hunne plaatsing in de gestichten. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde I/II*, 113-123.
- Ramaer, J.N. (1876a). Beschouwing over de gebreken van de wet van 29 mei 1841. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 201-203.
- Ramaer, J.N. (1876b). Eerste vergadering te Utrecht op 17 november 1871. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 1, 5-16.
- Ramaer, J.N. (1876c). Slechte toestand der geregte GENEESKUNDE in ons land. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie I*, 139-147.
- Ramaer, J.N. (1879). Geregte GENEESKUNDIG verslag betreffende den van poging tot moord verdachten M...K...B... *Weekblad van het nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde I/2*, 1-28.
- Ramaer, J.N. (1880). *Psychiatrische aantekeningen op het ontwerp van Wet tot vaststelling van een wetboek van Strafrecht*. 's-Gravenhage: Stenberg.
- Ramaer, J.N. (1882a). Over den tegenwoordigen toestand der Psychiatrie. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 61-66.
- Ramaer, J.N. (1882b). Ueber die Pflichten des Staates in Bezug auf die Geisteskranken. *Handelingen der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie* 2, 257-270.
- Ramaer, J.N. (1886). De ontwikkeling van het krankzinnigengesticht in deze eeuw. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 30 /II, 365-389.
- Ramaer, J.N. (1887). Verslag aan de Nederl. Psychiatrische Vereeniging. *Psychiatrische Bladen* 5, 257-353.
- Ramaer, J.N. en H. van Cappelle (1887). Verslag van de Inspecteurs voor het Staattoezicht op krankzinnigen over 1885. *Psychiatrische Bladen* 5, 157-188.
- Redactie. (1878). Over den tegenwoordigen toestand der psychiatrie. Redactioneel verslag naar aanleiding van Ramaers' toespraak in de Psychiatrische sectie der Duitsche Natuur- en Geneeskundigen September 1878 te Cassel. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 23, 597-600.
- Redactie *Medisch Contact* (1972). 40 jaar Specialisten Registratie Commissie. *Medisch Contact* 27, 221-225.
- Redactioneel *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (1897). *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 41/II, 373-375.
- Reeling Brouwer, S. (1900). De psychische geneeswijze naar de school van Liébeault en hare techniek. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 10-21.
- Reeling Brouwer, S. (1902a). De actueele kwestie der Grensgevallen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 127-151.
- Reeling Brouwer, S. (1902b). Ingezonden. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 46, 449.
- Regt, A. de (1984). *Arbeidersgezinnen en beschavingsarbeid. Ontwikkelingen in Nederland 1870-1940. Een historisch-sociologische studie*. Meppel, Amsterdam: Boom.
- Renterghem, A.W. van (1887a). *De hypnotisme en zijne toepassing in de geneeskunde*. Amsterdam: De Nieuwe Gids.
- Renterghem, A.W. van (1887b). *Hypnotisme en suggestie in de geneeskundige praktijk: voorlezing gehouden op het eerste Nederlandsch Natuur- en geneeskundig Congres in Amsterdam op Vrijdag 30 September 1887*. Amsterdam: Versluys.
- Renterghem, A.W. van (1898a). Bericht omtrent de resultaten, verkregen in de Amsterdamsche Kliniek voor Psychotherapie gedurende het tijdvak: 1893-1897. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 529-537.
- Renterghem, A.W. van (1898b). *Liébeault en zijne school*. Amsterdam: Van Rossen.
- Renterghem, A.W. van (1900). *Rapport sur l'évolution de la psychothérapie en Hollande*. Amsterdam: s.n.
- Renterghem, A.W. van (1904). *Kort begrip der psychische geneeswijze. Voordracht gehouden op uitnodiging van het bestuur van 'Ons Huis Buiten de Muiderpoort' op maandag 28 November 1904 in Amsterdam*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Renterghem, A.W. van (1907). *La psychothérapie dans ses différents modes: communication présentée au congrès*. Amsterdam: Van Rossen.
- Renterghem, A.W. van (1913). *Freud en zijne School. Nieuwe banen der psychologie*. Baarn: Hollandia.

BRONNEN

- Renterghem, A.W. van (1924/1927). *Autobiografie van Albert Willem van Renterghem* (2 delen). S.l.: s.n.
- Renterghem, A.W. van en A.C.A. Hoffman (1908). *Hypnotisme in de geneeskunde*. Baarn: Hollandia-drukkerij.
- Renterghem, A.W. van en F. van Eeden (1889). *Clinique de psycho-thérapie suggestive, fondée à Amsterdam le 15 Août 1887 et dirigée par les docteurs A.W. van Renterghem et F. van Eeden. Compte rendu des résultats obtenus pendant la première période 1887-1889*. Brussel: A. Manceaux.
- Renterghem, A.W. van en F. van Eeden (1894). *Psycho-thérapie. Communications statistiques, observations cliniques nouvelles. Compte-rendu des résultats obtenus dans la Clinique de psycho-thérapie suggestive d'Amsterdam, pendant la deuxième période 1889-1893*. Parijs: Société d'Éditions Scientifiques.
- 'Rhinjgeest'. *Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest* (s.a. [tussen 1924 en 1927]). S.l.: s.n.. [Bibliotheek Gemeentearchief Leiden].
- Ridder, D. de (1984). Psychiatrie tussen asiel en behandelingsinstituut. De geschiedenis van de behandelbaarheid. *Psychologie & Maatschappij* 8, 382-399.
- Ridder, D. de (1987). Diagnose als vonnis. De taal van de psychiater in het strafrecht 1890-1910. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 329-342.
- Ridder, D. de (1991). Voorlichting van de psychiater aan de strafrechter rond de eeuwwisseling: diagnose of vonnis. In F. Koenraadt (red.), *Ziek of schuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie* (pp. 35-48). Arnhem, Amsterdam: Gouda Quint, Rodopi.
- Ridder, D. de en C. de Vries (1984). De psychopathenwetten, achtergronden en beleid 1910-1940. *Recht en kritiek* 10, 63-79.
- Riedesser, P. en A. Verderber (1985). *Aufrüstung der Seelen. Militärpsychiatrie und Militärpsychologie in Deutschland und Amerika*. Freiburg: Dresam Verlag.
- Riedesser, P. en A. Verderber (1996). *Maschinengewehre hinter der Front. Zur Geschichte der deutschen Militär-Psychiatrie*. Frankfurt: Fischer.
- Rigter, R.B.M. (1992). *Met raad en daad: de geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rijpperda Wierdsma, A. (1913). *Moeilijkheden bij het beoordeelen van nerveuse toestanden*. Baarn: Hollandia Drukkerij.
- Rissik, G.H. (1866). *Leerboek der constitutionele syphilis voor doctoren en studenten in de geneeskunde. Naar het Hoogduitsch van Hermann Zeuissl*. Dordrecht: P.K. Braat.
- Roebroek, J.M. en M. Hertogh (1998). 'De beschavende invloed des tijds': twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland. Den Haag: Sdu.
- Roelcke, V. (1999). *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter, 1790-1914*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Roelcke, V. (2001). Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880-1914. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 177-198). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Roelcke, V. (2005). Continuities or Ruptures? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth-Century German Psychiatry and Mental Health Care. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 162-182). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Rombouts, J.M. (1949). De geest van Johannes van Duuren. In J.M. Rombouts (red.), *Een eeuw krankzinnigenverpleging. Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort* (pp. 139-173). Santpoort: Provinciaal Ziekenhuis Santpoort.
- Romme, M.A.J. (red.) (1978). *Voorzieningen in de Geestelijke Gezondheidszorg. Een gids voor consument en hulpverlener*. Alphen aan den Rijn, Brussel: Samson Uitgeverij.
- Rooden, P. van (1996). *Religieuze regimes. Over godsdienst en maatschappij in Nederland 1570-1990*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Rooijmans, H.G.M. (1998). *99 jaar tussen wal en schip. Geschiedenis van de Leidse Universitaire Psychiatrie (1899-1998)*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roos, J.R.B. de (1914). *Oorzaken der Criminaliteit, Methodiek en Classificatie van Misdadigers*. Baarn: Hollandia.
- Rooijen, K. (1993). Werken aan genezing. Het therapeutisch klimaat in Brinkgreven tussen 1892 en 1940. In J.

BIBLIOGRAFIE

- Vijsselaar (red.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (pp. 19-39). Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Rooy, P. de (2002). *Republiek van rivaliteiten. Nederland sinds 1813*. Amsterdam: Mets en Schilt.
- Rose, N. (1985). *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Rosenberg, C. en J. Golden (red.) (1992). *Framing Disease. Studies in cultural history*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Rosenstein, P.H. (1913). Het Patronaat over zielszieken. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 17, 272-276.
- Rothman, D.J. (1971). *The Discovery of the Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston (Mass.), Toronto: Little, Brown and Company.
- Roubesh, M. (2001). A Battle of Nerves. Hysteria and Its Treatments in France during World War I. In M.S. Micale en P. Lerner (red.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (pp. 253-279). New York: Cambridge University Press.
- Ruland (1893). Vijf gevallen van exhibitionisme voor de Arrondissements-rechtbank te Maastricht. *Psychiatrische Bladen* 11, 242-258.
- Ruller, S. van (1991). De territoriumstrijd tussen juristen en psychiaters in de negentiende eeuw. In F. Koenraadt (red.), *Ziek of schuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie* (pp. 23-33). Arnhem, Amsterdam: Gouda Quint, Rodopi.
- Rümke, H.C. (1963). On the Concept 'Degenerative'. *Psychiatria, Neurologia et Neurochirurgia* 66, 423-427.
- Rutgers, J. (1894). Over de aetiologie van de perverse geslachtsdrift. *Psychiatrische Bladen* 12, 183-186.
- Rutgers, J. (1899). Mag men beweren dat de intellectuele aanleg der vrouw geringer is dan die van de man? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 45-55.
- Rütte, J.L.C.G. le (1902). Landbouw in verband met de krankzinnigenverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 151-159.
- Rütte, J.L.C.G. le (1905a). Hydrotherapie bij onrustige krankzinnigen. *Maandblad voor ziekenverpleging* 15, 255-256.
- Rütte, J.L.C.G. le (1905b). Rapport omtrent het isoleervraagstuk. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 9, 43-56.
- Rütte, J.L.C.G. le (1909). De badbehandeling in krankzinnigengestichten. *Maandblad voor ziekenverpleging* 19, 544-550.
- Rütte, J.L.C.G. le (1912). Het ziekenbed. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16, 588-594.
- Rütte, J.L.C.G. le en De Vlieger (1902). Onderzoek van A.E.H.C., geboren 26 Sept. 1868 te Wolfenbüttel (Pruisen), gehuwd, metselaar, beschuldigd van meerdere diefstallen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 425-436.
- Rütte, J.L.C.G. le en De Vlieger (1903). Onderzoek van H.A.K. te Eibergen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 7, 232-239.
- Ruysch, W.P. (1891). De huisvesting onzer krankzinnigen. *Eigen Haard* 17, 199-203.
- Ruysch, W.P. (1906). Geestesleven en Gezondheidsleer. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 8, 329-334
- Ruysch, W.P., G.C. van Walsum en C. Bijl (1896). Rapport in zake vragen naar het alcoholgebruik door krankzinnigen en zenuwlijders. *Psychiatrische Bladen* 14, 89-92.
- Sarfatti-Larson, M. (1977). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Sas, N.C.F. van (1991). Fin de siècle als nieuw begin. Nationalisme in Nederland rond 1900. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 106, 595-609.
- Sass, L.A. (1992). *Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*. Cambridge (Mas.), Londen: Harvard University Press.
- Scheer, W.M. van der (1916). De sociale positie der geneesheeren verbonden aan krankzinnigengestichten in Nederland. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 20, 530-534.
- Scheffer, J.C.T. (1905). Het sanatorium voor zenuwlijders 'Rhijngeest' te Oegstgeest nabij Leiden. *Eigen haard: geïllustreerd volkstijdschrift* 31/11-12, 168-171; 180-183.
- Scheffer, J.C.T. (1906). *Voorlezingen over de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen*. Haarlem: De Erven F. Bohn.

BRONNEN

- Scheltema, S.P. (1841). Bedenkingen tegen de scheiding der geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen voor krankzinnigen, aangenomen bij het Wetsontwerp van 1840, door G.E.V. Schneevoogt, Doctor aan het Buitengasthuis te Amsterdam. *De Gids* 5, 299-303.
- Schermers, D. (1896). *De leer van Lombroso. Voordracht gehouden in de Algemeene Vergadering der Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders te Groningen, 26 september 1895*. Heusden: Gezelle Meerburg.
- Schermers, D. (1898a). Ons verpleeg-personeel. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 514-528.
- Schermers, D. (1898b). *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen*. Leiden: D. Donner.
- Schermers, D. (1899). De verzorging van misdadige krankzinnigen en van krankzinnige misdadigers. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 43/II, 545-556.
- Schermers, D. (1901). Gezinsverpleging. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 5, 93-94.
- Schermers, D. (1902). Eenige anthropologische maten bij krankzinnigen en niet krankzinnigen onderling vergeleken. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 411-425.
- Schermers, D. (1904a). De loop der bevolking in de Nederlandsche krankzinnigengestichten gedurende de tweede helft der negentiende eeuw. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40/II, 1070-1079.
- Schermers, D. (1904b). Rapport van de Commissie in zake de vakbelangen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 546-551.
- Schermers, D. (1906a). Enkele bijzonderheden omtrent de krankzinnigen, die van 1875 tot 1900 in de Nederlandsche gestichten werden verpleegd. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 42/II, 1042-1068.
- Schermers, D. (1906b). Eenige statistische beschouwingen over de psychosen in de Nederlandsche krankzinnigengestichten gedurende de jaren 1875-1900. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 15-59.
- Schermers, D. (1908). *De beteekenis van een Sanatorium voor Zenuwlijders*. Hilversum: J.H. Witzel.
- Schermers, D. (1909). Is de kans van geneezing in een krankzinnigengesticht thans grooter dan vroeger? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13, 167-175.
- Schermers, D. (1911). *Handleiding bij het verplegen van krankzinnigen en zenuwlijders*. Leiden: D. Donner.
- Schermers, D. (1913). De toeneming van het aantal krankzinnigen in ons land. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57, 589-601.
- Schermers, D. (1921-1922). Afmaken? *Refájah. Christelijk Maandblad voor Ziekenverpleging* 21, 100-112.
- Schermers, D. (1922). Een belangrijke enquête. *Refájah. Christelijk Maandblad voor Ziekenverpleging* 22, 26-27.
- Schilling, F. (1900). *Hoe bevrijd ik mij van mijne zenuwachtigheid? Kenteekenen, oorzaken en nieuwe raadgevingen, op geneeskundige gronden berustend, tot vlugge beoordeling en zelfgeneezing*. Den Haag: C. Bredee.
- Schmiedebach, H.-P. (1996). Eine 'antipsychiatrische Bewegung' um die Jahrhundertwende. In M. Dinges (red.), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca.1870-ca.1933)* (pp. 127-159). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Schmiedebach, H.-P. (2001). The Public's View of Neurasthenia in Germany: Looking for a New Rhythm of Life. In M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War* (pp. 219-238). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Schmiedebach, H.-P. en S. Priebe (2002). Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models. *Medical History* 48, 449-472.
- Schnabel, P. (1982). *De psychiater in beeld. Een onderzoek in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Schnabel, P. (1985). De zin van de zorg voor ziel en zaligheid. De geestelijke gezondheidszorg in verandering. *Gezondheid en samenleving* 6, 152-160.
- Schnabel, P. (1992). *Het recht om niet gestoord te worden. Naar een nieuwe sociologie van de psychiatrie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Schnabel, P. (1995). *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.
- Schneckenberg, E. (1890). *De zenuwachtigheid of zenuwzwakte en hare behandeling zonder geneesmiddelen*. Amsterdam: Seyffardt's Boekhandel.
- Schnitzler, J.G. (1915). *Krankzinnigen en hun verpleging*. Amsterdam: J.H. de Bussy.
- Scholtens, J. (1900). Hereditaire belasting en progressieve paralyse. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 52-62.

BIBLIOGRAFIE

- Scholtens, J. (1904). Gerechtig-geneeskundige Expertise. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 427-432.
- Scholtens, J. (1905). Gerechtigke geneeskundige expertise. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 9, 255-262.
- Schuurmans Stekhoven, J.H. (1910). Voorloopig algemeen overzicht der beweging in de Nederlandsche krankzinnigengestichten over het jaar 1909. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 444-454.
- Schuurmans Stekhoven, J.H. (1914). Voorloopig algemeen overzicht over 1913. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 18, 286-290.
- Schuurmans Stekhoven, J.H. (1915). Huize Padua te Boekel. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 19, 554-566.
- Schuurmans Stekhoven, J.H. (1916). Een nieuw instituut. *Maandblad voor het krankzinnigenwezen* 1, 6, 17 en 39.
- Schuurmans Stekhoven, J.H. (1922). *Ontwikkeling van het krankzinnigenwezen in Nederland 1813-1914*. 's-Gravenhage: Algemeene Landsdrukkerij.
- Schuursma, R. (2000). *Jaren van opgang. Nederland 1900-1930*. S.l.: Balans.
- Schwegman, M. (1993). 'Ieder ding op zijn eigen plaats'. Cesare Lombroso's visuele geschiedenis van de mens. *Kennis en Methode* 17, 12-29.
- Schwencke, G. (1980). Nog enkele wetenswaardigheden over het eerste psychotherapeutische instituut. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 22, 211-212.
- Scull, A. (1975). From Madness to Mental Illness. Medical Men as Moral Entrepreneurs. *European Journal of Sociology* 16, 219-261.
- Scull, A. (1976). Mad-Doctors and Magistrates: English Psychiatry's Struggle for Professional Autonomy in the Nineteenth Century. *European Journal of Sociology* 17, 279-305.
- Scull, A. (1979). *Museums of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England*. Londen: St. Martin's Press; Harmondsworth: Penguin.
- Scull, A. (1984). A Brilliant Career? John Conolly and Victorian Psychiatry. *Victorian Studies* 27, 203-235.
- Scull, A. T. (1989). *Social Order/Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. Londen: Routledge.
- Scull, A. (1991a). Psychiatry and social control in the nineteenth and twentieth centuries. *History of Psychiatry* 2, 149-169.
- Scull, A. (1991b). Psychiatry and its historians. *History of Psychiatry* 2, 239-250.
- Scull, A.T. (1993). *The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain 1700-1900*. New Haven, London: Yale University Press.
- Scull, A. (1999). Rethinking the history of asylumdom. In J. Melling en B. Forsythe (red.), *Insanity, Institutions and Society, 1800-1914* (pp. 295-315). Londen, New York: Routledge.
- Shephard, B. (2000). *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*. Londen: Jonathan Cape.
- Shorter, E. (1990). Private Clinics in Central Europe 1850-1933. *Social History of Medicine* 3, 159-195.
- Shorter, E. (1992). *From Paralysis to Fatigue. The History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: Free Press.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York etc.: John Wiley & Sons.
- Shorter, E. (1998). *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac*. Amsterdam: Ambo.
- Shortt, S.E.D. (1983). Physicians, science and status. Issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century. *Medical History* 27, 51-68.
- Showalter, E. (1997). *Hystories. Hysterical Epidemics and Modern Culture*. New York: Columbia University Press.
- Siegrist, H. (red.) (1988). *Bürgerliche Berufe. Zur Sozialgeschichte der freien und akademischen Berufe im internationalen Vergleich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sillevis Smitt, W.G. en J.J. Jansen (1971). Honderdjarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. In W.G. Sillevis Smitt, F.C. Stam en A. Biemond (red.), *Feestbundel ter gelegenheid van het 100 jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie* (pp. 3-15). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie.
- Simons, D. en P.H. Rosenstein (1908). De omvang van de taak van den psychiater in strafzaken. *Psychiatrisch-juridisch gezelschap. Bijeenkomst 30-5-1908*, 1-14.
- [Sint Bavo] (1965). *Rond de koepel van Sint Bavo 1914-1964. Gedenkboek ter gelegenheid van het gouden jubileum van de psychiatrische inrichting Sint Bavo te Noordwijkerhout van de Broeders van Liefde*. Utrecht, Nijmegen: Dekker en Van de Vegt N.V.

BRONNEN

- Slangen, J. (1994). *Van Koningsplein naar Lazarusklap. Fragmenten uit de geschiedenis van het Psychiatrisch Centrum Joris te Delft (1394-1994)*. Delft: Eburon.
- Slijkhuis, J. (1998). De Nederlandse discussie over de meervoudige persoonlijkheidsstoornis. *Psychologie & Maatschappij* 22, 330-342.
- Slijkhuis, J. (2001). Blikken op vermoeidheid en overspanning. Een vooruitblik. *Psychologie & Maatschappij* 25, 98-109.
- Slingenberg, J. (1909). Op welke wijze moeten de psychiaters zich de gegevens verschaffen, die zij behoeven voor het uitbrengen van hun deskundig rapport aan justitie? *Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Bijeenkomst 6-03-1909*.
- Smaele, H. de (2002). Medische pathologie en juridische logica. Het politieke debat over de hervorming van het strafrecht. In L. Nys et al. (red.), *De zieke natie. Over medicalisering van de samenleving 1860-1914* (pp. 356-369). Groningen: Historische Uitgeverij.
- Smit, N.W. de (1970). *Psychiater en maatschappij. Uitgangspunten voor een sociale psychiatrie*. Haarlem: Bohn.
- Smith, R. (1981). *Trial by Medicine. Insanity and Responsibility in Victorian Trials*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Smits, J.P. (1999). Economische ontwikkeling, 1800-1995. In R. van der Bie en P. Dehing (red.), *Nationaal goed. Feiten en cijfers over onze samenleving 1800-1999* (pp. 15-33). Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Snelders, S., F.J. Meijman en T. Pieters (2007). Heredity and Alcoholism in the Medical Sphere. *Medical History* 51, 219-236.
- Snoo, D. de (1894). Drie gevallen van aangeboren 'Conträre Sexual-Empfindung' onderling vergeleken. *Psychiatrische Bladen* 12, 114-137, 186-199, 288-300.
- Soesman, F. J. (1901). *De crimineele sociologie: naar voordrachten gehouden door Enrico Ferri*. Amsterdam: Campagne.
- Soesman, F. J. (1904). *De geestelijke draagkracht der jeugd: voor Hollandsche ouders, voogden en onderwijzers*. 's-Gravenhage: s.n.
- Soesman, F.J. (1905). *De moderne vrouwenbeweging van psychologisch-philosophisch standpunt bezien*. 's-Gravenhage: Van Stockum.
- Soesman, F.J. (1908). *Hygiëne van den Geest. Tucht als middel tegen Zenuwzwakte. Rede in verkorten vorm uitgesproken in de Openbare Vergadering van het Hygienisch Genootschap te 's-Gravenhage op 8 Januari 1907*. 's-Gravenhage: W.P. Van Stockum en zoon.
- Soesman, F.J. (1911). *School en sport*. Amsterdam: Versluys.
- Sormani, B. P. (1913). De aarde van den luetischen index bij lues en paralues. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57/I, 1711-1737.
- Spaink, P.F. ([1889]). *Ueber die Einwirkung reinen Alkohols auf den Organismus und insbesondere auf das peripherische Nervensystem*. S.l.: s.n.
- Spaink, P.F. (1893). Bijdrage tot de casuïstiek der urningen. *Psychiatrische Bladen* 11, 143-165.
- Spaink, P.F. (1895). Casuïstische bijdrage voor de wenschelijkheid van Psychiatrische Klinieken. *Psychiatrische Bladen* 13, 35-41.
- Spaink, P.F. (1896). De eerste honderd gevallen der neurologische kliniek te Apeldoorn. *Psychiatrische Bladen* 14, 203-210.
- Staal, A. (1987). *Het falen van de krankzinnigengestichten? Enkele factoren in de groei van de gestichtsbevolking van Nederland 1841-1936*. Doctoraal scriptie geschiedenis, Universiteit van Amsterdam.
- Stärcke, A. (1912). Psycho-Analyse van theoretisch standpunt. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16, 365-469.
- Starr, P. (1992). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Stegge, G.J.C. aan de (2001a). Verpleegkundigen opleiden voor de psychiatrie. Debat en beleid in Nederland gedurende de twintigste eeuw. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 56, 691-708.
- Stegge, G.J.C. aan de (2001b). Neurasthenie en haar gunstige gevolgen voor verplegenden. *Psychologie & Maatschappij* 25, 110-119.
- Stegge, G.J.C. aan de (2004). Honderd-twintig jaar psychiatrische verpleegopleiding in Nederland. *Gewina* 27, 78-99.
- Stegge, C. aan de (2005). Changing Attitudes towards 'Non-Restraint' in Dutch Psychiatric Nursing, 1897-1994. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the*

BIBLIOGRAFIE

- Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 331-358). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Stegge G.J.C. aan de (2012). *Gekkenwerk. De ontwikkeling van het beroep 'psychiatrisch verpleegkundige' in Nederland, 1830-1980*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Stel, J.C. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland. Een historisch-sociologische studie*. Hilversum: Verloren.
- Stephan, B.H. (1889). Boekaankondiging. L'homme criminel par Cesare Lombroso. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 25, 563-567.
- Stephan, B.H. (1896). *De behandeling van sommige vormen van zenuwlijden met mestkuren*. Amsterdam: W. Versluys.
- Stichweh, R. (1984). *Zur Entstehung des modernen Systems wissenschaftlicher Disziplinen: Physik in Deutschland, 1740-1890*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Still, A. en I. Velody (red.) (1992). *Rewriting the History of Madness. Studies in Foucault's Histoire de la folie*. Londen: Routledge.
- Stone, M.H. (1997). *Healing the Mind. A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*. New York, Londen: Norton.
- Srien, P.J. van (1993). *Nederlandse psychologen en hun publiek. Een contextuele geschiedenis*. Assen: Van Gocum.
- Stroeken, H. (1997). *Freud in Nederland. Een eeuw psychoanalyse*. Amsterdam: Boom.
- Stuten-te Gempt, J. (1892). *Mijne ervaringen in het krankzinnigengesticht te 's-Gravenhage, Slijkeinde no. 2*. 's-Gravenhage: J. Hoekstra.
- Stuurman, F.J. (1920a). De gestichtsartsen en de rechtspositie der ambtenaren. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 24, 109-114.
- Stuurman, F.J. (1920b). De positie van den geneesheer in het gesticht. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 24, 411-425.
- Stuurman, S. (1983). *Verzuiling, kapitalisme en patriërchaat. Aspecten van de ontwikkeling van de moderne staat in Nederland*. Nijmegen: SUN.
- Stuurman, S. (1991). Het einde van de produktieve deugd. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 106, 610-624.
- Stuurman, S. (1992). *Wacht op onze daden. Het liberalisme en de vernieuwing van de Nederlandse staat*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Suzuki, A. (2003a). A Brain Hospital in Tokyo and Its Private and Public Patients, 1926-1945. *History of Psychiatry* 14, 337-360.
- Suzuki, A. (2003b). The State, Family, and the Insane in Japan, 1900-1945. In R. Porter en D. Wright (red.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965* (pp. 193-225). Cambridge: Cambridge University Press.
- Suzuki, A. (2005). Were Asylums Men's Places? Male Excess in the Asylum Population in Japan in the Early Twentieth Century. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 295-311). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Suzuki, A. (2006). *Madness at Home: The Psychiatrist, the Patient, and the Family in England 1820-1860*. Berkeley, Los Angeles, Londen: University of California Press.
- Svedberg, G. (2005). Nurses in Swedish Psychiatric Care. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 359-378). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Swaan, A. de (1977). Over de sociogenese van de psychoanalytische setting. *De Gids* 140, 297-322.
- Swaan, A. de (1978). Beroepsvorming in de psychotherapie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 33, 67-82.
- Swaan, A. de (1984). *Het medisch regiem*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Swaan, A. de, R. van Gelderen en V. Kense (1979). *Sociologie van de psychotherapie 2. Het spreekuur als opgave*. Utrecht, Antwerpen: Het Spectrum.
- Swalme, A. van der (1883). Discussie over de dementia paralytica, vooral in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 1, 218-225.
- Swalme, A. van der en F.M. Cowan (1894). Gerechtig-geneeskundige expertise in zake Machiel L. ..., beschuldigd van moord. *Psychiatrische Bladen* 12, 166-182.

BRONNEN

- Swart Abrahamsz, Th. (1888a). Eduard Douwes Dekker (Multatuli). Eene ziektegeschiedenis. *De Gids* 51, 1-75.
- Swart Abrahamsz, Th. (1888b). *Eduard Douwes Dekker (Multatuli). Een ziektegeschiedenis*. Amsterdam, Tj. Van Holkema.
- Swart Abrahamsz, Th. (1889). Neurasthenie en psychose. *De Tijdspiegel* 46/3, 35-48.
- Szasz, T.S. (1971). *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Szasz, T.S. (1972). *The Myth of Mental Illness*. Londen etc.: Granada.
- Tammenoms Bakker, S.P. (1957). De praktijk van de forensische psychiatrie. *Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap. Gedenkboek 1907-1957* (pp. 157-183). Amsterdam: F. van Rossen.
- Tellegen, A.O.H. (1883). Discussie over de dementia paralytica, vooral in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 1, 193-225.
- Tellegen, A.O.H. (1884). Eenige beschouwingen over krankzinnigheid, hare oorzaken en hare behandeling. *Psychiatrische Bladen* 2, 5-46.
- Tellegen, A.O.H. (1885). Nog eens de dementia paralytica in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 3, 121-140.
- Tellegen, A.O.H. (1890a). Over de krankzinnigenverpleging in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 8, 1890, 134-148.
- Tellegen, A.O.H. (1890b). Het verleden, het heden en de toekomst der Krankzinnigenverpleging in Nederland. *Psychiatrische Bladen* 8, 189-196.
- Tellegen, A.O.H. (1890c). Over de krankzinnigenverpleging in Nederland. Voordracht en discussie. *Psychiatrische Bladen* 8, 125-147.
- Tellegen, A.O.H. (1890d). De discussie over het psychiatrisch onderwijs in de Algemene Vergadering der Maatschappij voor Geneeskunde. *Psychiatrische Bladen* 8, 170-176.
- Tellegen, A.O.H. (1891a). Bespreking over 'De grootte der gestichten'. *Psychiatrische Bladen* 9, 30-35.
- Tellegen, A.O.H. (1891b). Het ontwerp voor het plan van een nieuw Krankzinnigengesticht te Deventer, het Bestuur aangeboden door de geneesheeren met commentaar van W.H. Cox, 2den geneesheer. *Psychiatrische Bladen* 9, 134-138.
- Tellegen, A.O.H. (1895a). Het Gesticht te Dordrecht. *Psychiatrische Bladen* 13, 78-79.
- Tellegen, A.O.H. (1895b). De Dordrechtse Gestichtsquaestie. *Psychiatrische Bladen* 13, 177-182.
- Tellegen, A.O.H. (1895c). Het vraagstuk der geslachtelijke onthouding. *Psychiatrische Bladen* 13, 81-109.
- Tellegen, A.O.H. (1896-1897). Gebruik en misbruik van alcoholhoudende dranken. *Sint-Willibrordus Vereeniging ter verspreiding van goedkope katholieke volkslectuur* 1/8.
- Tellegen, A.O.H., J. van der Hagen en G. Jelgersma (1898). Een gerechtelijk geneeskundig rapport. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 463-473.
- Tilburg, W. van (1996). *Profielschets psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Timmer en W.G. Huët (1904). Gerechtelijk Rapport. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 528-533.
- Tollebeek, J., G. Vanpaemel en K. Wils (2003). *Degeneratie in België, 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Tolsma, R.J. (1935). *Malaria-behandeling bij dementia paralytica*. Amsterdam: Gemeente Universiteit Amsterdam.
- Top, W. (1988). *Fijn en frisch. Seksuele voorlichting onder Gereformeerden 1900-1965*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Travaglino, P.H.M. (1910). *Leidraad bij de voorbereiding tot het examen in krankzinnigenverpleging*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Traub, H. (1900). Huwelijk en ziekte. *Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium voor de praktijk* 7, 29-48.
- Traub, H. en C. Winkler (1898). *De vrouw en de studie*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Trimbos, K. (1972). Een gistende psychiatrie. In G. de Bruijn (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken* (pp. 7-13). Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Uiterwijk, C. (1911a). Zakelijk overzicht van de Papendrechtse strafzaak. In *De Papendrechtse strafzaak gediend hebbende voor het gerechtshof te Arnhem in november 1910. Overzicht en Verslag der Pleitredenen gehouden in de strafzaak van het Openbaar Ministerie contra H. Garsthagen* (pp. 5-11). Haarlem: H.D. Tjeenk Willink & zoon.
- Uiterwijk, C. (1911b). De Papendrechtse strafzaak. *Tijdschrift voor Strafrecht* 25, 110-131.
- Utinga, P. van (1919). *Het zenuwlopende van de onderwijzersarbeid*. Baarn: Hollandia-Drukkerij.
- Valkenburg, C.T. van (1912). Notulen van de Wetenschappelijke Vergadering der Nederlandsche Vereeniging

BIBLIOGRAFIE

- voor Psychiatrie en Neurologie, op Woensdag 3 Juli 1912, des morgens 9.15, in het Pharmakologisch Laboratorium der Rijksuniversiteit te Utrecht. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16, 665-673.
- Vandermeersch, P. (red.) (1984). *Psychiatrie, godsdienst en gezag. De ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma*. Leuven, Amersfoort: Acco.
- Velde, H. te (1989). 'In onze verslaptentijd met weeke hoofden'. Neurasthenie, fin de siècle en liberaal Nederland. *De Gids* 152, 14-24.
- Velde, H. te (1992). *Gemeenschapszin en Plichtsbesef. Liberalisme en Nationalisme in Nederland, 1870-1918*. Den Haag: Sdu.
- Velde, H. te (1993). How high did the Dutch fly? Remarks on stereotypes of burger mentality. In A. Galema, B. Henkes en H. te Velde (red.), *Images of the Nation. Different Meanings of Dutchness 1870-1940* (pp. 59-79). Amsterdam, Atlanta: Rodopi.
- Velde, H. te (1996). Zedelijkheid als ethiek en seksueel fatsoen. De geschiedenis van een Nederlands begrip. In R. Aerts en K. van Berkel (red.), *De Pijn van Prometheus. Essays over cultuurkritiek en cultuurpessimisme* (pp. 198-218). Groningen: Historische Uitgeverij.
- Velde, H. te (1998). Herenstijl en burgerzin. Nederlandse burgerlijke cultuur in de negentiende eeuw. In R. Aerts en H. te Velde (red.), *De stijl van de burger. Over Nederlandse burgerlijke cultuur vanaf de middeleeuwen* (pp. 157-185). Kampen: Kok Agora.
- Velde, H. te en R. Aerts (1998). Inleiding. In R. Aerts en H. te Velde (red.), *De stijl van de burger. Over Nederlandse burgerlijke cultuur vanaf de middeleeuwen* (pp. 9-27). Kampen: Kok Agora.
- Velden, H. van der (1993). *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*. Amsterdam: Stichting beheer IISG.
- Velden, H. van der (1996). Overvloed en schaarste. De verspreiding van geneeskundige hulp in Nederland in de negentiende eeuw. *Gewina* 19/4, 210-230.
- Veldkamp, T.A. en P. van Drunen (1988). *Psychologie als professie. 50 jaar Nederlands Instituut van Psychologen*. Assen, Maastricht: Van Gorcum.
- Velle, K. (2002). De misdaad als kwaal. Het succes van de criminele antropologie. In L. Nys et al. (red.), *De zieke natie. Over medicalisering van de samenleving 1860-1914* (pp. 332-355). Groningen: Historische Uitgeverij.
- Verdoorn, J.A. (1981). *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19^e eeuw*. Nijmegen: SUN.
- Vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, te Baarn, den 19 Juli 1884. (1884). Bespreking der stellingen betreffende het Psychiatrisch Onderwijs. *Psychiatrische Bladen* 2, 145-153.
- Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 24 Juni 1891. (1891a). Rapport der Commissie in zake de internationale classificatie der Psychosen. *Psychiatrische Bladen* 9, 218-223.
- Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 24 Juni 1891. (1891b). Rapport in zake het Psychiatrisch Onderwijs. Discussiën. *Psychiatrische Bladen* 9, 223-225.
- Vergadering der Psychiatrische Vereeniging op 25 Juni 1891. (1891). Discussiën over insania moralis en over de leer der temperamenten. *Psychiatrische Bladen* 9, 226-230.
- Vergadering der Psychiatrische Vereeniging te Utrecht op 25 November 1891. (1892). Discussie over de Reporten in zake de verbetering van het verplegend personeel in de Nederlandsche gestichten voor krankzinnigen. *Psychiatrische Bladen* 10, 79-86.
- Vergadering der Ned[erlandsche] Ver[eeniging] voor Psych[iatrie]. Gehouden 18 Juni 1890 te Haarlem. (1890). Psychiatrisch Onderwijs. *Psychiatrische Bladen* 8, 158-163.
- Verkouteren, H. (1911). *De oorzaken van degeneratie*. Baarn: Hollandia.
- Verplaetse (2002). *Het morele brein: een geschiedenis over de plaats van onze moraal in onze hersenen*. Antwerpen: Garant.
- Verwey, G. (1976). De relatie van filosofie en psychiatrie in de 20^e eeuw. *Wijzgerig perspectief op maatschappij en wetenschap* 16, 378-399.
- Verwey, G. (1980). *Psychiatrie tussen antropologie en natuurwetenschap: een historische studie over het zelfbegrip van de Duitse psychiatrie, van ca. 1820 tot ca. 1870*. Meppel: Krips Repro.
- Viëtor, W.P.J. (1992). Hypnose in Nederland 1920-1970. In J. Vijselaar, *Sluimer en trance. Twee eeuwen dierlijk magnetisme en hypnose* (pp. 67-79). Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Vijselaar, J. (1981). Bronnen voor de geschiedenis van de psychiatrie in Nederland. Een duistere poel. *Groniek* 71, 11-15.

BRONNEN

- Vijselaar, J. (1982). *Krankzinnigengesticht. Psychiatrische inrichtingen in Nederland, 1880-1910*. Haarlem: Fibula-Van Dishoeck.
- Vijselaar, J. (1983). Een eerste inspectie. Over de Inspectie in de negentiende eeuw. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 38, 650-665.
- Vijselaar, J. (red.) (1985a). *Honderd jaar krankzinnigheid. Geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Vijselaar, J. (1985b). Schroeder van der Kolk en de Krankzinnigenwet van 1841: oude wetgeving in een nieuw licht. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 40, 271-285.
- Vijselaar, J. (1993a). *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Vijselaar, J. (red.) (1993b). *Over onnozelen en idioten. Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in Nederland*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
- Vijselaar, J. (1995). 'Neerlands eersten psychiater': Dr. J.N. Ramaer, 1817-1887. Amsterdam: Duphar, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Vijselaar, J. (1997a). Een enkele reis Meerenberg (1800-1849). In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849-1994* (pp. 13-40). Hilversum: Verloren.
- Vijselaar, J. (1997b). Zeden, zelfbeheersing en genezing (1849-1884). In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849-1994* (pp. 41-91). Hilversum: Verloren.
- Vijselaar, J. (1997c). Epiloog. In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849-1994* (pp. 268-281). Hilversum: Verloren.
- Vijselaar, J. (1998a). Endegeest, Rhijngheest, Vorgeest. In G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (pp. 13-35). Nijmegen: SUN.
- Vijselaar, J. (1998b). Rust en onrust, 1897-1927. In G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (pp. 37-59). Nijmegen: SUN.
- Vijselaar, J. (1998c). Geest, lichaam en gemeenschap 1928-1940. In G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (pp. 62-101). Nijmegen: SUN.
- Vijselaar, J. (1998d). Patiënten in Endegeest, 1897-1939. In G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (pp. 110-129). Nijmegen: SUN.
- Vijselaar, J. (2001). Neurasthenia in the Netherlands. In M. Gijswijt-Hofstra en Roy Porter (red.), *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War* (pp. 239-255). Amsterdam, New York: Rodopi.
- Vijselaar, J. (2005). Out and In: The Family and the Asylum. Patterns of Admission and Discharge in Three Dutch Psychiatric Hospitals 1890-1950. In M. Gijswijt-Hofstra et al. (red.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (pp. 277-294). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vijselaar, J. (2007a). Een regio en zijn geestelijke gezondheidszorg, 1900-2000. In J. Vijselaar et al., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 14-41). Utrecht: Matrijs.
- Vijselaar, J. (2007b). 'De ander tot vrijheid wekken'. De psychiatrische inrichting Wolfheze onder het directoraat van Hendrik van der Drift, 1950-1975. In J. Vijselaar et al., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 192-223). Utrecht: Matrijs.
- Vijselaar, J. (2010). *Het gesticht. Enkele reis of retour*. Amsterdam: Boom.
- Vondelen, J.H.P.M. van (1986). *Een heldere geest tussen krankzinnigen. Johannes Nicolaas Ramaer als geneesheer van het Provinciaal Krankzinnigengesticht te Zutphen 1842-1863. Een bijdrage tot zijn biografie*. Utrecht: Scriptie Rijksuniversiteit Utrecht.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1841). Bedenkingen tegen de scheiding der geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen van krankzinnigen. *De Gids* 5, 299-330.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1848). Het openbare krankzinnigenwezen vooral met betrekking tot ons land. *De Gids* 12, 401-436.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1851). *De physiologische éénheid van ligchaam en ziel. Inwijdings-rede gehouden bij de aanvaarding van het buitengewoon hoogleeraarsambt in de geneeskunde aan het Doorlichtig Athenaeum*

BIBLIOGRAFIE

- der stad Amsterdam, den 16den Junij 1851.* Amsterdam: Atheneum der stad Amsterdam.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1860). Paralysis progressiva maniacorum. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 4, 300-301.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1861). Hygieine. *De Gids* 25, 508-555.
- Voorhelm Schneevoogt, G.E. (1868). Over den ontwikkelingsgang en den omvang der hedendaagsche psychiatrie, alsmede over de mate van psychiatrische kennis, die tegenwoordig van alle geneeskundigen gevorderd moet worden. Openingsrede, gehouden bij de hervatting der lessen over psychiatrie en neuro-pathologie aan het Athenaeum Illustre te Amsterdam, op den zosten januarij 1868. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 4/2, 159-174.
- Voorhoeve, H.C. (1951). *De jacht op de bleke microbe. De geschiedenis van de syphilis.* Amsterdam: N.V. Amsterdamsche Boek- en Courantmaatschappij.
- Voorhoeve, J. (1901). Neurasthenie. *Homoeopathisch Maandblad* 12/10, 267-270.
- Voorhoeve, J. (1905). *Zenuwzwakte, hare voorkoming en behandeling.* Zwolle: La Rivière & Voorhoeve.
- Voorwaarden voor de opnemng en verpleging van krankzinnigen voor rekening van gemeentebesturen in het Rijksgesticht te Medemblik, volgens Koninklijk Besluit van 22 September 1884 (1885). *Psychiatrische Bladen* 3, 44-46.
- Vos, J. (2007). Herstellingsoord Lunteren. Van zenuwziekte tot psychosociale problematiek. In J. Vijselaar et al., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 94-129). Utrecht: Matrij.
- Vos, W. (1904). Een en ander over de ontwikkeling der Gezinsverpleging van geesteszieken in Nederland en in 't bijzonder te Grave. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 533-545.
- Vree, F. van (1991). De stad van het betere leven. Cultuur en samenleving in Nederland rond 1900. *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 106, 641-651.
- Vries, C. de (1984). *Enige aspecten van de 'Nieuwe Richting' in de strafrechtswetenschap in Nederland 1890-1910.* Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- V.Z., et al. (1899). Neurasthenie. *Homoeopathisch maandblad* 10, 267-271.
- Waal, W.J. de (1992). *De geschiedenis van de psychotherapie in Nederland.* 's-Hertogenbosch: De Nijvere Haas.
- Waardt, H. de (2005). *Mending Minds. A Cultural History of Dutch Academic Psychiatry.* Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Wachelder, J. (1992). *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteiten in de negentiende eeuw.* Hilversum: Verloren.
- Walker, N.D. en MacCabe, S. (1973). *Crime and Insanity in England.* Edinburgh: University Press.
- Walsem, G.C. van (1900). Het materiaal der forensisch-psychiatrische expertisen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4, 29-36.
- Walsem, G.C. van (1906). Gehuwde verplegers? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 265-276.
- Walter, B. (1996). *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime.* Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Watson, W. (1998). Psychiatry as craft. *History of Psychiatry* 9, 355-381.
- Warner, J.H. (1986). *The Therapeutic Perspective. Medical Practice, Knowledge, and Identity in America 1820-1885.* Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Wedman, H. (1998). Hoeden en petten. Socialisme en burgerlijke cultuur in Nederland. In R. Aerts en H. te Velde (red.), *De stijl van de burger. Over Nederlandse burgerlijke cultuur vanaf de middeleeuwen* (pp. 218-245). Kampen: Kok Agora.
- Weijers, I. (1995). Slecht en gek. Spanningsvelden in de behandeling van gestoorde delinquenten. In R. Abma et al., *Het verlangen naar openheid. Over de psychologisering van het alledaagse* (pp. 57-68). Amsterdam: De Balie.
- Weijers, I. (1996). De misdadiger. Toerekeningsvatbaarheid en behandeling. In J. Jansz en P. van Drunen (red.), *Met zachte hand. Opkomst en verbreiding van het psychologisch perspectief* (pp. 187-204). Utrecht: Lemma.
- Weijers, I. (2003). *De psychiater in het strafrecht.* Ongepubliceerd manuscript.
- Weijers, I. en F. Koenraadt (2007). Toenemende vraag naar expertise - een eeuw forensische psychiatrie en psychologie. In F. Koenraadt, C. Kelk en J. Vijselaar (red.), *Tussen behandeling en straf. Rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw* (pp. 1-74). Deventer: Kluwer.

BRONNEN

- Weijers, I. en E. Tonkens (1999). Christianization of the Soul: Religious Traditions in the Care of People with Learning Disabilities in the Netherlands in the Nineteenth Century. *Social History of Medicine* 12, 351-369
- Weindling, P. (1989). *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weiner, D.B. (1994). 'Le geste de Pinel': The History of a Psychiatric Myth. In M.S. Micale en R. Porter (red.), *Discovering the History of Psychiatry* (pp. 232-247). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Wellenbergh, P. (1883). Half-krankzinnigen. *Psychiatrische Bladen* 1, 155-158.
- Wellenbergh, P. (1886a). Over classificatie van misdadigers. *Psychiatrische Bladen* 4, 76-84.
- Wellenbergh, P. (1886b). Een 12-jarige moordenares, Proces-Schneider. *Psychiatrische Bladen* 4, 235-248.
- Wellenbergh, P. (1892). Mishandeling en belediging door in een affect geraakten zwakzinnige. Epileptisch karakter. Gerechtelijk-geneeskundig geval. *Psychiatrische Bladen* 10, 252-260.
- Wellenbergh, P. (1902). De zorg voor gevaarlijke krankzinnigen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6, 112-127.
- Wellenbergh, P. (1906). Bijdrage tot de quaestie der strafrechterlijke behandeling der psychopathisch-minderwaardigen. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 438-448.
- Wentges, R.T.R. (1976). De psychiater Frederik van Eeden. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 120, 927-934.
- Weringh, J. van (1886). *De afstand tot de horizon. Verwachtingen en werkelijkheid in de Nederlandse criminologie*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Wertheim Salomonson, J.K.A. (1894). Boekaankondiging. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 38/II, 1106-1107.
- Wertheim Salomonson, J.K.A. (1903). Iets over ontarding. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 47/II, 709-720.
- Wertheim Salomonson, J.K.A. en L. Muskens (1904). Pro Justitia. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 210-229.
- Westening, W.F. (1884). Ziektegevallen van dementia paralytica. *Psychiatrische Bladen* 2, 142-144.
- Westening, W.F. (1885). Vier gevallen van paralysis progressiva. *Psychiatrische Bladen* 3, 206-207.
- Westening, W.F. en A.O.H. Tellegen (1888). Gerechtelijk-geneeskundig rapport naar aanleiding van een geval van brandstichting. *Psychiatrische Bladen* 6, 140-149.
- Wet van den 27sten April 1884, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen (1884). *Psychiatrische Bladen* 2, 107-131.
- Wetenschappelijke Vergadering der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, gehouden te Amsterdam op dinsdag 20 en woensdag 21 april 1920 in de Collegekamer voor neurologie van het Binnengasthuis. (1921). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 35, 353-354.
- Widdershoven-Heerding, I. (2000). *Geneeskunde als wetenschap. Wetenschapsidealen in de Nederlandse geneeskunde van 1840 tot 1970*. Maastricht: Datawyse.
- Wiegman, N. (1996). 'Gij completeert zijn arbeid'. Over de professionalisering van het verpleegkundig beroep (1880-1925). *Tijdschrift voor de Geschiedenis van de Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek (Gewina)* 19, 296-312.
- Wiegman, N. (1998). 'De verpleegster zij in de eerste plaats vrouw van karakter'. Ziekenverpleging als vrouwenzaak (1898-1998). In R. van Daalen en M. Gijswijt-Hofstra (red.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw* (pp. 125-140). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wieringa, W.J. et al. (1960). *Een halve eeuw arbeid op psychiatrisch-neurologisch terrein, 1910-1960*. Wageningen: Zomer en Keuning.
- Wiersma, E.D. (1903). *Het psychologisch experiment in de psychiatrie. Rede, gehouden bij de aanvaarding van het hoogleraarsambt in de geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, op zaterdag 4 juli 1903*. Groningen: J.B. Wolters.
- Wiersma, E. D. (1915). *Geestesafwijkingen in het licht der psychologie. Rede uitgesproken bij de overdracht van het rectoraat der Rijksuniversiteit Groningen, den 20sten September 1915*. Groningen: Wolters.
- Wiersma, E. (1932). Psychiater en misdadiger. *De Gids* 95, 350-381.
- Wijsman, J.W.H. (1891). *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.

BIBLIOGRAFIE

- Wijsman, J.W.H. (1896). *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Wijsman, J.W.H. (1899). Wie is uit een maatschappelijk oogpunt, krankzinnig? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3, 179-182.
- Wilde, R. de (1992). *Discipline en legende. De identiteit van de sociologie in Duitsland en de Verenigde Staten 1870-1930*. Amsterdam: Van Gennep.
- Winkler, C. (1885). De psychopathologie als hersenpathologie te midden der klinische wetenschappen. Redevoering uitgesproken bij het openen zijner lessen over Psychiatrie op den 5den October 1885, in de Grootte Zaal van het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht. Bijvoegsel voor *Psychiatrische Bladen* 3, 1-24.
- Winkler, C. (1890). De beteekenis der psychiatrie voor den practiseerenden geneesheer. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 34/I, 577-586.
- Winkler, C. (1893a). *De Ziekenverpleegster. Haar Opleiding, Haar Taak en Haar Toekomst*. Utrecht: P.H. Reyers.
- Winkler, C. (1893b). *De beteekenis van het onderwijs in de psychiatrie voor de geneeskunde. Redevoering bij de aanvaarding van het hoogleeraarsambt aan de Rijks-Universiteit te Utrecht den 20sten september 1893 uitgesproken*. Utrecht: J.L. Beijers.
- Winkler, C. (1895). Iets over crimineele anthropologie. *Geneeskundige Bladen uit laboratorium en Kliniek voor de praktijk* 2/5-6, 112-137.
- Winkler, C. (1896a). De oprichting van een prison-asile bij Medemblik. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40/II, 615-617.
- Winkler, C. (1896b). *Het onderwijs in psychiatrie in Nederland gedurende de laatste vijftientig jaren*. Haarlem: Bohn.
- Winkler, C. (1896c). *Over de doelmatige beweging in de Natuur. Redevoering bij de aanvaarding van het Hoogleeraarsambt aan de Universiteit te Amsterdam den 5den October 1896 uitgesproken*. Utrecht: J.L. Beijers.
- Winkler, C. (1897). De onderzoekingen van Dr. Edouard Toulouse over Emile Zola. *De Gids* 35, 270-280.
- Winkler, C. (1898). Kan de vorming van lectoraten, om het aan de drie Rijksuniversiteiten verwaarloosde onderwijs in de psychiatrie goed maken. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 295-308.
- Winkler, C. (1903). *Hypnose en suggestie als hulpmiddelen bij de opvoeding van kinderen (Mededeelingen van de Nederlandsche Bond tot Kinderbescherming 7)*. S.l.: s.n.
- Winkler, C. (1909). *Over de beteekenis van instituten voor hersenonderzoek*. Amsterdam: Centraal Instituut voor Hersenonderzoek.
- Winkler, C. (1910). *De plaats der psychologie en de paedagogiek*. S.l.: s.n.
- Winkler, C. (1912). *De relatieve waarde van het localisatieprincipe. Een bijdrage tot de ontwikkeling der geneeskunde in het einde der 19e en in het begin der 20e eeuw*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Winkler, C. (1915). *De verhouding der psychologie tot de physiologie van het zenuwstelsel. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het Hoogleeraarsambt aan de Rijks-Universiteit te Utrecht, op maandag 1 februari 1915*. Utrecht: J. Van Druten.
- Winkler, C. (1917). Het stelsel van Prof. Sigmund Freud. *Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium voor de praktijk* 19/VIII, 1-31.
- Winkler, C. (1925). *De toekomst der psychiatrie. Afscheidsles gegeven op zaterdag 20 juni 1925 bij het neerleggen van zijn ambt als hoogleeraar in de psychiatrie en neurologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Winkler, C. (1930). Over het verleden van het onderwijs neurologie en psychiatrie aan de Gemeentelijke Instellingen van H.O. van Amsterdam. Voordracht gehouden bij de opening van het nieuwe Neurologische Instituut in het Wilhelmina-gasthuis op 28 september 1929. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 43, 1-10.
- Winkler, C. en P. Wellenberg (1886). Bijdrage tot de casuïstiek der dementia paralytica. *Psychiatrische Bladen* 4, 34-59.
- Winkler, C., A.O.H. Tellegen en G. Jelgersma (1891). Rapport in zake het Psychiatrisch onderwijs. *Psychiatrische Bladen* 9, 151-163.
- Winkler, C. en J.W. Jacobi (1898). Een gerechtelijk onderzoek naar de geestestoestand van een lijder aan 'hereditaire ataxie' benevens een overzicht over de litteratuur dezer aandoening. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2, 36-43.

BRONNEN

- Winkler, C., M.C. Schuyten en A.W. van Renterghem (1902). *Hypnose en suggestie als hulpmiddelen bij de opvoeding van kinderen, ter bestrijding van verkeerde neigingen of hebbelijkheden of van slechte karaktervorming*. Rotterdam: Wyt.
- Winkler-Junius, E. (1947). *Herinneringen van Cornelis Winkler 1855-1941*. Arnhem: Van Loghum Slaterus.
- Wit, J. de (1991). *Hoe provinciaal is de GGZ? Formele en informele betrokkenheid van de provinciale overheden bij de GGZ, 1884-1991*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Woord, B. van der (1961). De plaats van de Stichting in het sociaal-economisch leven. In L.J. Hut et al., *De Willem Arntsz Stichting 1461-1961* (pp. 249-430). Utrecht: N.V.A. Oosthoek's Uitgeversmaatschappij.
- Wright, D. (1998). The certification of insanity in nineteenth-century England and Wales. *History of Psychiatry* 9, 267-290.
- Z. (1901a). Neurasthenie. *Homoepathisch Maandblad* 12/1, 199.
- Z. (1901b). Neurasthenie. *Homoepathisch Maandblad* 12/3, 215.
- Zacher (1893). Twee gevallen van delirium acutum bij dementia paralytica tengevolge van een smeerkuur. *Psychiatrische Bladen* 11, 69-80.
- Zbinden, H. (1907). *Raadgevingen aan zenuwlijders*. Amsterdam: F. van Rossen.
- Ziegeler en W.G. Huet (1904). Gerechtelijk Rapport. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8, 523-528.
- Ziegeler en W.G. Huet (1906). Gerechtelijk-Geneeskundige Expertise. *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10, 129-154.
- Ziehen, T. (1900). *Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie. Rede gehalten bei dem Antritt der ord. Professur für Psychiatrie an der Universität Utrecht am 10. Oktober 1900 von Prof. Dr. Th. Ziehen*. Jena: Gustav Fischer.
- Ziehen, T. (1901). Het algemeen verband tusschen hersenen en zieleven. *De Gids* 75, 296-339.
- Zwangerschap en toerekenbaarheid (1910). *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 14, 437-444.

P E R S O N E N R E G I S T E R

- Abbott, Andrew 20-21
 Alberdingk Thijm, Karl Joan Lodewijk 162-163
 Aletrino, Arnold 162-163, 174, 183, 192, 214, 224
 Alzheimer, Alois 143
 Andel, Arnoldus Hugo van 54, 64, 67, 89, 91, 140,
 142, 189, 191, 289-290, 306
 Ariëns Kappers, Cornelius Ubbo 144
- Baer, Abraham Adolf 217
 Battie, William 27
 Bayle, Antoine Laurent 112
 Beard, George M. 161, 164-165
 Beelaerts van Blokland, G.J.Th. 84
 Beerends, P. 216
 Bentham, Jeremy 28
 Berg, van den 229, 231
 Bernheim, Hyppolite M. 182
 Bierens de Haan, Pieter 74, 184, 191
 Binneveld, Hans 96, 98
 Blasius, Dirk 34-35
 Bleuler, Eugen 217
 Boer, P. de 205
 Bogaert, E.A.P. van den 290-291
 Bolland, Gerardus Johannes 151
 Bonger, Willem Adriaan 218-219
 Borgerhoff Mulder, H.W. 178-179, 302
 Bosch Kemper, Jeltje de 106
 Bosma, Hendrik 162
 Bouman, Klaas Herman 144, 146, 156, 186, 192-194,
 197, 200-202, 249
 Bouman, Leendert 79, 123-124, 128, 130, 136, 143,
 149-153, 156, 181, 185-186, 192, 195, 198, 241, 252, 254,
 297, 304
- Brandts, Dr. 229-232
 Brouwer, Bernard 156
 Brouwer Starck, J. 291
 Buis, W. 287
 Buringh Boekhoudt, Hommo 137, 192
 Buytendijk, Frederik Jacobus Johannes 152
- Cappelle, H. van 54, 67, 69, 84-85, 91, 97, 125-126,
 132, 140, 189
 Carp, Eugène Antoine 153
 Casparie, Johannes 222-223
 Castel, Robert 16, 34-35
 Charcot, Jean Martin 143
 Chiarugi, Vincenzo 27
 Chijs, Adriaan W. van der 91, 178, 184, 186
 Conolly, John 29
 Coué, Émile 163
 Couperus, Louis 162
 Couvée, A. 192
 Cowan, F.M. 46, 77, 87, 89, 105, 192, 227
 Cox, Willem H. 92-93, 101, 107, 111, 119, 128-129, 156,
 191-192, 258
- Dante 123, 130
 Darwin, Charles 146, 253
 Deenik, A. 123
 Deknatel, J.W. 192, 216, 305
 Delden, B. van 105, 110
 Delden, Jan van 137, 192, 197
 Delprat, C.G. 132
 Descartes, René 32
 Deventer, Jacob van 67, 78-79, 89, 101, 106-110, 123-
 124, 127, 130, 133-135, 147, 183, 186, 192, 203, 212, 215,

PESONENREGISTER

- 220, 227, 230, 233, 235-237, 255, 305
 Deyssel, Lodewijk van (Karl Joan Lodewijk Alberdingk Thijm) 162-163
 Dijck, J.V. van 305
 Dijk, L. van 287
 Donato 183
 Donders, Franciscus Cornelis 53, 71, 132-133, 140
 Donkersloot, Nicolaas Bernhard 43, 45, 54-55, 64, 67, 69, 71, 78, 84-85, 91, 140, 142, 189, 192, 212, 291
 Dörner, Klaus 16, 34-35
 Douwes Dekker, Eduard (Multatuli) 163
 Dowbiggin, Ian Robert 35
 Drunen, Peter van 73, 75, 292
 Duuren, Johannes van 42
 Duys, J.E.W. 236
- Eeden, Frederik Willem van 162-163, 182-184, 192, 252
 Eikendal, C.W. 291
 Elias, Norbert 287
 Elk, Jan van 229-232, 234-235
 Emants, Marcellus 162
 Emden, J.E.G. van 184, 186
 Erb, Wilhelm 143
 Erp Taalman Kip, Marcus Jacobus van 166, 176, 181, 186, 192, 199, 230, 233-237
 Esquirol, Jean-Etienne Dominique 27
 Essen, J. van 152
 Everts, B.H. 46, 54, 67, 71, 83, 104
- Falret, Jules P. 146
 Feith, C.J. 38-43, 293
 Ferri, Enrico 218
 Flechsig, Paul 33
 Forel, Auguste 70, 302
 Foucault, Michel 16, 18, 26, 34, 44, 98, 259-260, 288
 Foudraïne, Jan 11
 Fournier, Alfred 125-127
 Franke, Herman 222
 Freud, Sigmund 9, 152-155, 181, 184-186, 302
- Garsthagen, Hendrik 228-233, 235
 George III (koning van Groot-Brittannië) 28
 Geuns, Jan van 53-54, 67, 189
 Gieryn, T.F. 288
 Gijswijt-Hofstra, Marijke 171, 308
 Goeman Borgesius, Hendrik 236
 Goldstein, Jan E. 35, 209
 Griesinger, Wilhelm 32-33, 36-37, 47, 140
 Grünbaum, Abraham Anton 152
 Guislain, Joseph 38
- Halbertsma, S.J. 191-192
 Hamel, Gerardus Antonius van 210, 223, 233, 235-237
 Hamel, Joost Adriaan van 233-234, 236
 Hanedoes van Almkerk, A.N.J. 192, 197
 Havelock Ellis, Henry 303
 Heije, Jan Pieter 53
 Heijermans, Louis 204
 Heilbronner, Karl 137, 143, 149-150, 185, 227, 235, 237
 Heinroth, Johann Christian August 32
 Heldring, Otto Gerhard 62
 Helmholtz, Hermann 47
 Heymans, Gerard 149-150, 218, 233
 Hirschl, Josef Adolf 217
 Hitzig, Eduard 33
 Hoeven, Henri van der 166
 Hof, Sonja van 't 12
 Hoffmann, E. 112
 Hoogvliet, W. 209
 Hoop, Johannes H. van der 152, 186
 Horn, Ernst 29
 Horst, Lammert van der 152, 186
 Hutschemaekers, Giel 160-161, 164
- Jacobi, Maximilian 32
 Janet, Pierre 152, 154, 185
 Jaspers, Karl 152
 Jelgersma, Gerbrandus 67, 88-89, 91, 114, 123-124, 128, 134-135, 138-139, 143, 149-151, 153-156, 159, 162, 164-170, 181, 192-193, 198, 207, 212, 214-218, 221, 223, 225-228, 230, 233-237, 252-253, 255, 259, 299, 304
 Jong, A. de 132, 183
 Juch, Alice 67
 Juda, Maximiliaan 162
 Julius Ceasar 120
 Jung, Carl Gustav 152, 184-186
- Kahn, René 11-12
 Kat, J. 108, 192, 198-199, 206, 226
 Keuchenius, E.H. 191
 Kneipp, Sebastiaan 163
 Koch, J. 217
 Koerselman, F. 287
 Kolk, J. van der 102, 169-170, 172-173, 235, 302
 Kortenhorst, C.T. 205
 Koster, Willem 98, 194
 Kraepelin, Emil 70, 121-123, 129, 143, 148-149, 217, 251-252, 297, 299
 Krafft-Ebing, Richard von 34, 126-127, 143, 146
 Kuhn, C.N. 132
 Kuyper, Abraham 94, 108
 Kwakernaat, Jacob 228-, 231-232

PESONENREGISTER

- Lacassagne, Alexandre 210
 Lamarck, Jean-Baptiste 33, 146-147
 Lammerts van Bueren, Regnerus 64, 67, 290
 Le Grand, W.J. 230-232
 Lennep, E.C.C. 116, 290
 Liébeault, Ambroise-Auguste 70, 182-183
 Lindeboom, Lucas 94, 151, 153
 Liszt, Franz von 210
 Lith, J.P.T., van der 53-54, 67, 132, 139-140, 291
 Locke, John 26
 Lombroso, Cesare 33, 70, 151, 209, 214, 216-219, 226, 304
 Lundborg, Herman Bernard 242
 Luyten, Anthonius 91
- Maanen, Cornelis Felix 41
 Magnan, Valentin 192
 Manicus, J.F. 71
 Maudsley, Henry 34
 Meeus, F. 123
 Meij de 229-231
 Meijer, L.S. 118, 188, 222-223
 Meijers, Frederik Salomon, 204-205, 220
 Melster, E.J.A. 105
 Mendel, Emanuel 125
 Mesdag, Synco van 205, 223
 Meyer, A.F. 186, 227
 Meynert, Theodor 33, 134
 Möbius, Paul Julius 161-162, 164
 Möller, V. 291
 Morel, Benedict August 33, 146, 192-193
 Moreau de Tours, Jacques-Baptiste 33, 192
 Muskens, Louis Jacob Jozef 146
- Neisser, Clemens 101
 Noguchi, H. 112
 Nye, Robert 34-35
 Nordau, Max 34
- Obersteiner, Heinrich 134, 143
 Oort, Abraham Hermanus 174-175, 177-178, 192, 302
 Ophuysen, Johan H.W. 184, 186
 Oppenheim, P. 143
 Os, J. van 287
- Pannenberg, Willem August 218
 Persijn, C.J. van 105, 290-291
 Petry, Detlev 287
 Pierson, Hendrik 62, 129
 Pinel, Philippe 27, 31, 38, 146, 209, 288
 Pinto, A.A. de 84
 Plaats, Jan Daniel van der 216, 218
- Pompe, Willem Petrus Joseph 205
 Poslavsky, A. 292
 Prichard, James Cowles 208-209
 Prins, Adolphe 210
- Ramaer, Johannes Nicolaas 22, 25, 46-57, 64-67, 69, 71, 77-78, 83-85, 101, 106, 111, 125, 131-132, 134, 140-142, 145-146, 148, 182, 187, 189, 192, 202, 207, 211-212, 224, 250, 255, 258, 289-291, 298
 Reeling Brouwer, S. 225, 227
 Reil, Johann Christian 29
 Renterghem, Albert Willem van 74, 163, 178, 182-186, 191-192, 252, 303
 Reynvaan, Anna 106
 Rombouts, John Marius 184
 Römer, Lucien von 192
 Rosenstein, P.H. 203-204
 Rosier, Frans (Haarlemse Frans) 221
 Rothman, David J. 16
 Rümke, Henricus Cornelius 152, 186
 Rutgers, J. 192
 Rütte, Jean L.C.G.A. le 89, 119, 129, 304
 Ruysch, Wilhelmus Pieter 107, 191-192, 198-199, 205, 289
- Schaudin, F. 112
 Scheer, Willem Matthias van der 80, 203
 Scheffer, Jan C.Th. 165, 170, 172
 Scheltema, S.P. 42
 Schermers, David 89, 95, 97-98, 107-108, 111, 167, 213, 226
 Schilling, Franz 162
 Schroeder van der Kolk, Jacobus Lodewijk
 Coenraad 38-44, 47-48, 53-54, 83, 131, 139-140, 142, 146, 288, 291, 293
 Schuurmans Stekhoven, J.H. 90, 98-99, 111, 203
 Scull, Andrew 16, 34
 Shorter, Edward 17-18, 34
 Sillevius Smit, Willem Gerrit 153
 Simons, David 210, 237
 Snoo, D. de 192, 298
 Soesman, F. J. 168, 191-192, 196-197, 205
 Spaink, P.F. 168, 192, 197
 Stanley Hall, G. 152
 Stärcke, August 184-186
 Stärcke, Johan 185-186
 Stelling, Antonia Wilhelmina 106
 Stephan, Bernard Hendrik 165, 167-168, 219
 Stuten-te Gempt, Johanna 77, 105
 Stuurman, F.J. 81
 Swaan, Abram de 19
 Swalme, Abraham van der 125, 291

PESONENREGISTER

- Swart Abrahamsz, Theodoor 163
 Szasz, Thomas S. 16
- Tellegen, Antonius Otto Hermannus 67, 77-78, 88-91, 107, 125-126, 129, 135, 140, 143, 163, 165, 191-192, 212, 227, 298
 Tex, G.M. den 200
 Thorbecke, Johan Rudolf 189-190
 Treub, Hector 129, 193, 197
 Trimbos, Cees 11
 Tuke, Samuel 28
 Tuke, William 28
 Tussenbroek, Catharina van 193
- Valkenburg, C. van 156, 186
 Varenkamp, J.H. 202
 Verkouteren, Herman 194
 Vijselaar, Joost 99
 Virchow, Rudolf 47
 Voorhelm Schneevoogt, Gustaaf Eduard 42, 53-54, 71, 125, 132, 139-140, 142, 187-189, 258, 291, 293
- Wagner-Jauregg, Julius von 112, 134, 143
 Walsem, Gerard Christaan van 108
 Wassermann, August Paul von 112
- Weir Mitchell, S. 161, 167-168
 Wellenbergh, Pieter 69, 124, 192, 214
 Wernicke, Karl 33
 Wertheim Salomonson, Johannes Karel August 127, 156, 186, 192, 195
 Westening, W.F. 125
 Westerman Holstijn, Antonie Johan 184
 Westphal, Carl von 33
 Wiersma, Enno Dirk 135, 137, 143, 150, 156, 218, 304, 307
 Wijnbergen, A.I.M.J. 236
 Wijsman, J.W.H. 89, 123, 127, 192, 213, 220, 226
 Wilhelmina (kroonprinses) 296
 Willem I (koning der Nederlanden) 38
 Willis, Francis 28
 Winkler, Cornelis 67, 106, 109, 113, 123, 129-130, 133-137, 143-144, 146-151, 153, 156, 163, 174, 184-186, 191, 193, 207, 213-218, 223, 227-228, 237, 253, 255, 258, 302, 304
 Woude, T.H. van der 200-202
 Wundt, Wilhelm 149, 152
- Ziehen, Theodor 137, 143, 149-150
 Zola, Emile 126, 163

ZAKENREGISTER

- Academisch Statuut (1921) 135, 241, 299
 Adhesie GGZ Midden-Overijssel 15, 296
 Alkmaar 74
 Almelo 305
 Amsterdam 74, 131-134, 139, 144, 166, 176, 178, 182,
 197-198, 200, 202-206, 210, 215, 218, 252, 292, 304-
 305
 Amsterdamsche Neurologen Vereeniging 153
 Ancien Régime 27
 Antwerpen 145
 Apeldoorn 74, 206
 Apeldoornsche Bosch, (Apeldoorn) 94, 206
 Ariënsfonds 202
 Ariënsvereeniging 199
 Armenwet (1854) 38, 62, 96-97, 243
 Arnhem 74, 166, 174, 176, 186, 202, 230, 236, 304
 Artsen-Geheel-Onthouders-Vereeniging voor
 Nederland en zijn koloniën 198
 Association of Medical Officers of Asylums and
 Hospitals for the Insane 31
 Association of Medical Superintendants of
 American Institutions for the Insane 31
 Atheneum Illustre (Amsterdam) 71, 132, 187, 291

 Baden 52
 Beekbergen 198-199
 België 29, 41, 43, 85, 96, 190, 194, 303-304
 Berlijn 71, 143
 Bethlem (Londen) 26
 Beweging van Tachtig 162-163
 Bicêtre (Parijs) 27
 Bijzondere Strafgewangenis ('s-Hertogenbosch)
 222-224

 Bloemendaal 43
 Bloemendaal (Loosduinen) 79, 97, 123, 136, 297
 Boschrust (Apeldoorn) 168
 Braincommission 144
 Breda 202, 305
 Brinkgreven (Deventer) 15, 101, 114, 118-119, 122,
 252, 304
 Bronbeek (Arnhem) 46
 Brussel 210, 217
 Buitengasthuis (Amsterdam) 38, 42, 106, 127, 132,
 137
 Buitengewoon Lager Onderwijs (BLO) 205
 Burgerlijk Wetboek (1838) 41
 Burgerziekenhuis (Amsterdam) 165, 167

 Calvariënberg (Maastricht) 43
 Cellebroederenhuis (Nijmegen) 42
 Centraal Instituut voor Hersenonderzoek 144, 156,
 186
 Centrale Vereeniging ter Behartiging der
 Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en
 Zielzieken 204-205
 Charité-ziekenhuis (Berlijn) 29
 China 160
 Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders (Zeist)
 97, 136, 167-169, 171, 244
 Christelijke Vereeniging van Natuur- en
 Geneeskundigen 151
 Code Civil 37
 Code Pénal 208, 220
 Consultatiebureau voor Drankzuchtigen
 (Amsterdam) 74, 200-202, 249
 Consultatiebureau voor Joodse Zenuw- en

ZAKENREGISTER

- Zielszieken (Amsterdam) 206
 Consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszieken (GG en GD Amsterdam) 74, 204
 Coudewater (Rosmalen) 43, 126, 291
- Delft 51, 74, 76, 203, 291
 Den Bosch 74, 202, 230
 Den Haag 51, 74, 95, 123, 166, 183, 202, 211, 230, 291-292, 305
 Denemarken 29, 85
 Derde Psychiatrische Revolutie 288
 Deventer 15, 38, 74, 130, 202, 296
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie 31
 Diaconesseninrichting (Utrecht) 134
 Dordrecht 64, 74, 77, 105, 203
 Drenthe 45
 Dreyfuss-affaire 228
 Duin en Bosch (Castricum) 95
 Duitse Natuur- en Geneeskundigen 140
 Duitsland 15-16, 25, 29, 31-32, 35-37, 43, 46, 96, 98, 135, 137, 140, 143, 148, 152, 161-162, 166, 194, 202, 207, 248-249, 254-255, 304
- Eerste Psychiatrische Revolutie 25
 Eerste Wereldoorlog 58, 61, 63, 80, 112, 152, 160, 173, 184, 203, 241, 254-255
 Eindhoven 224
 Endegeest (Oegstgeest) 99, 103, 123, 138, 155, 165, 168-169, 180, 235, 302
 Engeland 29-31, 40, 85, 96, 98, 190, 242, 304
 Enschede 74
 Europa 43, 113, 137, 161
- Franeke 43, 51, 64, 76, 203
 Frankrijk 15-16, 25-27, 29-33, 35, 37, 41, 45-46, 52, 85, 96, 98, 129, 135, 162, 192, 194, 208, 242, 248-249, 251-252, 304
 Franse Revolutie 25
- Geel (België) 36
 Gelderland 45, 50
 Gemeente Universiteit Amsterdam 132, 135, 137, 139, 146, 156, 186, 204, 214, 218-219
 Gemeentearchief Leiden 301
 Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD, Amsterdam) 200, 204-205, 304
 Geneeskundige Staatsregeling (1865) 55, 190
 Geneeskundig Staattoezicht op de Volksgezondheid 190-191
 Genève 210
- Gereformeerde Psychologische Studievereeniging 153
 Gesellschaft von Deutschen Irrenärzten 31
 Gesticht aan het Slijkende (Den Haag) 77
 Gezondheidsraad 191
 Gezondheidswet (1901) 304
 Goes 183
 Gooi 66
 Groningen 45, 47, 74, 132, 135, 137, 139, 150, 198, 202, 223, 292
 Groningse School 218, 305
 Groot-Brittannië 15-16, 25, 27-30, 33, 46, 95, 98, 109, 208, 249
- Haarlem 166, 202
 Halle 137
 Heidelberg 134, 143, 148
 Heil und Pflege Anstalt (Illenau) 134
 Helmond 202
 Henriëtte Hartsen-kliniek 199
 's-Hertogenbosch 37
 Hessen 52
 Hilversum 202
 Hoge Raad 84, 230
 Hoog-Hullen (Eelde) 198, 202
 Hygiënisch Genootschap (Den Haag) 196
- Ierland 109
 Indië 116-117
 Italië 194, 251
 Instituut Liébeault 178, 182
 Instituut voor Epilepsie (Amsterdam) 156
 Internationaal Congres voor Geneeskunde (Moskou, 1897) 127
 Internationaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie en Krankzinnigenverpleging (Amsterdam, 1907) 185
 Internationale Kriminalistische Verein 210
 Internationale Psychoanalytische Vereniging 186
 Inwendige Zending 60
- Japan 118, 120, 160
- Katholieke Universiteit Nijmegen 298
 Keulen 210
 Kinderwetten (1901) 237-239, 248
 Koninklijke Academie van Wetenschappen 144
 Krankzinnigenwet (België, 1850) 41
 Krankzinnigenwet (Frankrijk, 1838) 41, 289
 Krankzinnigenwet (Nederland, 1841) 39-45, 50, 56, 65, 67-68, 84, 92, 243, 245-246, 254, 293

ZAKENREGISTER

- Krankzinnigenwet (Nederland, 1884) 68, 84-90, 93, 97, 115, 138-139, 167, 219-220, 222, 244-245, 305
- Leiden 15, 74, 88, 95, 132, 138, 159, 165, 202-203, 252, 292
- Leids Universitair Medisch Centrum 301
- Leidsche Vereniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse 155
- Leeuwarden 216
- Liberale Unie 191
- Limburg 45
- Maastricht 291
- Maatschappij tot Nut van 't Algemeen 60, 202
- Marburg 210
- Medemblik 86, 219
- Medisch Specialisten Register 72
- Medische Politie 189-191
- Meerenberg (Santpoort) 29, 43-46, 55, 76, 78, 80, 83, 91, 94-95, 98, 101, 104-105, 108, 154, 197, 290, 298
- Menschlievend Besluit (1818) 38
- Middernachtzending 192
- Ministerie van Arbeid 81
- Ministerie van Binnenlandse Zaken 38-40, 43, 56, 66, 68, 77, 80-81, 84, 132, 135, 137, 189-191, 203
- Ministerie van Justitie 77, 216, 230, 238, 254
- München 47, 143
- Nassau 52
- Nationaal Museum voor Psychiatrie Het Dolhuys (Haarlem) 16
- Nederland 13, 15, 17, 25, 29-30, 37, 39, 44-47, 51-54, 57-59, 62-65, 67, 69, 71-72, 78-79, 85, 91, 95-96, 98, 109, 113-114, 117, 125, 129, 143, 152, 159-160, 162, 166, 168, 181, 184, 186, 190, 194, 204, 208, 210, 219, 236, 242, 248, 250, 254-257, 259, 287, 302-303
- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv, Utrecht) 16
- Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling 191, 198
- Nederlandsch Genootschap tot Ondersteuning van behoeftige Krankzinnigen, en van Herstelden, die uit een Gesticht zijn ontslagen, doch onverzorgd zijn 203
- Nederlandsch Genootschap tot Zedelijke Verbetering der Gevangenen 201
- Nederlandsch Israëlitisch krankzinnigengesticht (Amsterdam) 43
- Nederlandsch Oogheekkundig Gezelschap 67
- Nederlandsch Wetenschappelijk Humanitair Komitee (NWHK) 63
- Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging 109
- Nederlandsche Christen Vrouwen Geheel-Onthouders Unie 199
- Nederlandsche Gynaecologische Vereniging 67
- Nederlandsche Juristen-Vereeniging 235
- Nederlandsche Keel- Neus- en Oorheelkundige Vereniging 67
- Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG) 53-55, 57, 64, 67, 72-73, 106, 134-135, 189, 199, 223, 225, 291
- Nederlandsche Middernachtzending Vereniging 128-129
- Nederlandsche Orthopaedische Vereniging 67
- Nederlandsche Vereniging tegen de Prostitutie 128-129, 192
- Nederlandsche Vereniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken 199
- Nederlandsche Vereniging tot Christelijke verzorging van Drankzuchtigen 198
- Nederlandsche Vereniging van Dermatologen 67
- Nederlandsche Vereniging van Gestichtsartsen (NVGA) 80-81
- Nederlandsche Vereniging van Tuberculoseartsen 67
- Nederlandsche Vereniging voor Electrologie en Röntgenologie 67
- Nederlandsche Vereniging voor Paediatrie 67
- Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie (NVP) 10, 13-14, 53, 56-57, 64-73, 76-78, 81, 83-85, 90-91, 94, 101, 106-107, 111, 126, 131-132, 135, 141-145, 167, 183, 213, 224, 242, 255, 257-258
- Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) 14, 22, 69-74, 76-81, 92, 101, 104, 108-110, 153, 156, 184-186, 191, 199-200, 205, 215, 223, 238, 241, 249, 255, 258, 291-292
- Nederlandsche Vereniging voor Psychoanalyse 155, 186
- Nederlandsche Verplegers Vakvereniging 108
- Nederlandsche Vrouwenbond tot Verhooging van het Zedelijk Bewustzijn 128
- Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) 17
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) 9, 11-13, 287
- Nieuw-Malthusiaansche Bond (NMB) 63
- Nieuwe Richting 207, 210-211, 219-222, 224, 226, 236-237, 239, 247-248
- Nijmegen 74, 166, 202
- Noord-Amerika 113, 307
- Noord-Holland 43, 45, 52, 94, 99, 203
- Noorwegen 85

ZAKENREGISTER

- Oegstgeest 138, 176
 Oldenburg 52
 Oostenrijk 32, 143
 Oude en Nieuwe Gasthuis (Zutphen) 42, 48, 50, 64-65, 77
- Papendrecht 228-231
 Papendrechtse strafzaak 23, 228, 231-237, 248
 Parijs 47, 210
 Paviljoen III (Wilhelminagasthuis) 137-139, 204
 Pest-en Dolhuis (Rotterdam) 44
 Polikliniek voor Vallende Ziekten (Amsterdam) 74
 Provinciaal Ziekenhuis Santpoort 80
 Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap 198, 202, 221, 235, 237
 Pruisen 45, 98
 Psychiker 32, 48, 140
 Psychopathenwetten (1925) 200, 236, 238
- Reinier van Arkel ('s-Hertogenbosch) 94, 125
 Retreat (York) 28
 Réveil 60, 128
 Rijkskrankzinnigengesticht (Grave) 94, 219, 248
 Rijkskrankzinnigengesticht (Medemblik) 94, 108, 137, 198, 213, 219, 221, 223-224, 248
 Rijkskrankzinnigengesticht (Woensel) 94, 224, 248
 Rijksuniversiteit Groningen 218
 Rijksuniversiteit Leiden 123, 135, 169
 Rijksuniversiteit Utrecht 132-135, 153
 Rijkswerkinrichting Veenhuizen 223
 Rockefeller-instituut (New York) 112
 Rome 210
 Rosmalen 76
 Rotterdam 74, 95, 202, 221, 291-292
 Rusland 118
- Salpêtrière (Parijs) 27
 Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest (Oegstgeest) 15, 88, 138-139, 159, 165, 168-180, 235, 244, 256, 299, 301-302
 Santpoort 51, 76
 Scandinavië 307
 Scheveningen 224
 Société médico-psychologique 31
 Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten 44, 46, 53, 66, 76, 79, 84-87, 89-91, 94, 97-100, 104, 107, 109-111, 113, 132, 137-139, 167, 186, 189-191, 199, 203, 222-223, 230, 245, 258, 289, 294
 Staten Generaal 84
 Sociale Questie 60
 Somatiker 32, 139-140
- St. Elisabethsgasthuis (Deventer) 15, 42, 114-115, 117, 119, 122-123, 252, 290
 St. Gerlach (Heer) 199
 St. Joris Gasthuis (Delft) 51, 125, 182
- Theologische Hogeschool (Kampen) 94
 Tilburg 202
 Trimbos-instituut (Utrecht) 16-17
 Turijn 210
 Tweede Kamer 132, 136, 230, 235
 Tweede Psychiatrische Revolutie 288
 Tweede Wereldoorlog 197
 Tübingen 47
- Uniehuis voor vrouwelijke drankzuchtigen (Beekbergen) 198
 Universiteit van Amsterdam 17, 154
 Universiteit Maastricht 17
 Universiteit Utrecht 17, 38, 132, 186, 291, 298
 Utrecht 37, 45, 47, 74, 76, 131-132, 134, 137, 143, 202-203, 216, 291-292, 304
 Utrechtse Heuvelrug 166
- Valeriuskliniek (Amsterdam) 138-139, 153
 Valeriuskring 152
 Veendam 198
 Veenhuizen 137
 Veldwijk (Ermelo) 95, 108
 Veluwe 166
 Venlo 202
 Vereniging Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht 206
 Vereniging Het Witte Kruis 106
 Vereniging tot bevordering van de verpleging van katholieke drankzuchtigen in Nederland (dr. Ariënsfonds) 202
 Vereniging tot Bevordering van het Herstel van Drankzuchtigen 199-200, 202
 Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland 94, 108-109, 136, 151, 153, 257
 Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland 294
 Vereniging tot Christelijke Verzorging van Zenuwlijders in Nederland 168, 294
 Vereniging tot Instandhouding van het Consultatiebureau voor Alcoholisten 202
 Vereniging van Maatschappelijk Werk bij Zenuwlijden en Krankzinnigheid 203-204
 Verenigd Koninkrijk 135
 Verenigde Staten 16, 30-31, 95, 194
 Verlichting 26-27, 250

- Villa Wilhelmina (Breda/Beekbergen) 198
Vogel- en Plantentuin (Arnhem) 88, 154, 164, 166,
199, 230
Volksbond tegen Drankmisbruik 198, 200
Voorburg (Vught) 77, 94-95, 99
Voorst 199
Vrije Universiteit (Amsterdam) 79, 136, 138, 151, 153,
186, 241, 252, 297-298
Vught 77
- Welgelegen (Ipendam) 204
Wenen 47, 143
West-Europa 30
Wetboek van Strafrecht (1886) 222, 224, 293
Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische
Ziekenhuizen 293
Wet op het Hoger Onderwijs (1876) 132
Wet tot Voorziening tegen Besmettelijke Ziekten
(1872) 55, 190
- Wet Uitoefening Geneeskunst (1865) 55, 131, 290
Wilhelminagasthuis (Amsterdam) 137, 139, 156, 204
Willem Arntsz Hoeve (Den Dolder) 156
Willem Arntsz Huis (Utrecht) 42, 64, 76, 111, 132,
136
Willem Arntsz Stichting 38
Winschoten 64, 202, 304
Wolfheze (Arnhem) 99
- Zaandam 202
Zeeland 45
Zeist 168-169, 171, 202
Zinneooshuis (Maastricht) 42
Zuid-Holland 99
Zutphen 38, 50-51, 53, 74, 91, 105, 202
Zwitserland 43, 52, 109, 143, 307
Zwolle 202



OVER DE AUTEURS

Harry Oosterhuis studeerde van 1976 tot 1983 geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen en promoveerde in 1992 in de Sociale Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam. Sinds 1992 is hij als universitair docent geschiedenis verbonden aan de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht en tevens is hij lid van het Hui- zinga Instituut, onderzoeksschool voor cultuurgeschiedenis. Van 1999 tot 2007 coördineerde hij samen met Marijke Gijswijt-Hofstra het onderzoeksproject ‘De gestoorde psyche: Theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw’ over de twintigste-eeuwse geschiedenis van de psy- chiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Behalve op het terrein van de geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg doet hij historisch onderzoek op het gebied van seksualiteit en gender, gezondheid en burgerschap, en fietsen.

Jessica Slijkhuis studeerde in 1997 af in Cultuur- en Wetenschapsstudies. Voor haar doctoraal- scriptie ‘De Nederlandse discussie over de meervoudige persoonlijkheidsstoornis. MPS in his- torisch-sociologisch perspectief’ ontving zij de Frederik van Eeden Stichting Scriptieprijs 1998 en de Studenten Scriptieprijs Universiteit Maastricht 1998. Van 1998 tot en met 2006 was zij als Assistent in Opleiding en toegevoegd docent verbonden aan de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen te Maastricht. Daarnaast was zij van 1998 tot 2001 actief als eind- redacteur van het tijdschrift *Psychologie en Maatschappij*. Vanaf 2006 is zij sociaal entrepreneur en ontwerpt en realiseert zij ontmoetingen met impact. (Zie www.koraalconsulting.nl)

