

'Door Vrees en Tobberijen Bevangen'

Citation for published version (APA):

Oosterhuis, H., & Slijkhuis, J. (2012). 'Door Vrees en Tobberijen Bevangen': Neurasthenie als Genderspecifieke Beschavingsziekte. *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 125(1), 21-33.
<https://doi.org/10.5117/TVGESCH2012.1.SLIJ>

Document status and date:

Published: 01/01/2012

DOI:

[10.5117/TVGESCH2012.1.SLIJ](https://doi.org/10.5117/TVGESCH2012.1.SLIJ)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

‘Door vrees en tobberijen bevangen’. Neurasthenie als genderspecifieke beschavingsziekte

Jessica Slijkhuis en Harry Oosterhuis

Rond 1900 bestond er zowel in de medische wereld als in de maatschappij veel aandacht voor de zenuwkwaal neurasthenie. Op basis van publicaties van psychiaters en zenuwartsen en van patiëntendossiers van het Sanatorium Rhijngeest bij Leiden wordt ingegaan op de betekennissen die zowel medici als patiënten aan deze aandoening gaven. Deze betekennissen werden niet alleen bepaald door het medische perspectief, maar ook door sociaal-culturele factoren en de gangbare seksenormen.

Aan het eind van de negentiende eeuw breidde het domein van de psychiatrie zich uit. Dit medisch specialisme was tot ontwikkeling gekomen in krankzinnigengestichten, maar vanaf de jaren tachtig gingen psychiaters en zenuwartsen zich ook bezighouden met zenuwlijders, een divers samengestelde groep van patiënten die niet aan ernstige geestesstoornissen leden en niet thuis hoorden in een gesticht. Behalve lijders aan verschillende neurotische kwalen werden ook mensen met psychosomatische klachten en neurologische aandoeningen tot de zenuwpatiënten gerekend. Dit brede scala aan psychische en lichamelijke ziekteverschijnselen bood geneeskundigen die zich op psychiatrisch en neurologisch gebied specialiseerden de mogelijkheid om hun werkgebied buiten de gestichten uit te breiden en een nieuwe markt aan te boren. Er ontstonden speciale instellingen voor de behandeling van zenuwlijders zoals rust- en kuuroorden en sanatoria. Daarnaast konden deze patiënten terecht bij een groeiend aantal zenuwartsen met een particuliere praktijk. De zorg voor zenuwlijders bood psychiaters zicht op statusverhoging want terwijl de gestichten overwegend werden bevolkt door gedwongen opgenomen krankzinnigen uit de lagere klassen en deze instellingen derhalve een slecht imago hadden, verbleven in sanatoria en kuuroorden meer patiënten uit de hogere standen. Bovendien veronderstelden medici dat aan zenuwlijders in therapeutisch opzicht meer eer was te behalen: in tegenstelling tot de chronische krankzinnigen die de gestichten bevolkten, zouden zij wel te genezen zijn.

Voor de zenuwkwaal die neurasthenie (letterlijk: zenuwzwakte) heette, kreeg rond de eeuwwisseling veel medische en maatschappelijke aandacht. Dit artikel gaat over de betekennissen die artsen en patiënten aan deze ziekte gaven. Zonder de lichamelijke en geestelijke realiteit van neurasthenie te ontkennen, stellen wij dat die betekennissen grotendeels sociaal-cultureel van aard waren en dat deze een genderspecifieke invulling kregen. De bronnen waarop wij ons baseren, bestaan uit medische beschouwingen over neurasthenie en patiëntendossiers. Eerst gaan wij kort in op de toenmalige medische visie op de aard, de oorzaken en de behandeling van neurasthenie. Vervolgens beschrijven wij aan de hand van dossiers van neurastheniepatiënten die tussen 1903 en 1920 waren opgenomen in het sanatorium Rhijngeest bij Leiden, hoe zij hun klachten zelf beleefden en hoe geneeskundigen deze interpreteerden en behandelden. In de conclusie zetten wij uiteen wat de sociaal-culturele en daarmee verbonden seksespecifieke betekenis van deze ziekte was.

Neurasthenie: de ‘ziekte der moderniteit’

Evenals zenuwlijden in het algemeen liet neurasthenie zich moeilijk definiëren en afgrenzen. Vaak diende neurasthenie als een containerbegrip voor diverse moeilijkheden die niet pasten in de bestaande psychiatrische categorieën.¹ Tegenwoordig is het begrip neurasthenie niet meer gangbaar, maar de klachten en symptomen die eronder vielen bestaan onder andere benamingen en categorieën nog wel in de psychiatrische diagnostiek. Vanaf de Eerste Wereldoorlog verdween het begrip geleidelijk aan uit de geneeskunde om plaats te maken voor ziektebeelden als depressie en (psycho)neurose.² Onder neurasthenie vielen ook symptomen die nu worden geassocieerd met het chronisch vermoeidheidsyndroom, *burn-out* en *repetitive strain injury* (RSI). Wat deze 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 medisch verklaarbaar zijn, maar ook de opvatting dat het om voorbijgaande aandoeningen gaat waarin bepaalde problemen van de moderne samenleving weerspiegeld worden.³ Neurasthenie gold aan het eind van de negentiende eeuw 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.

Mede door het ontbreken van een scherp omlinjende diagnose bestaan er geen betrouwbare gegevens over de frequentie van neurasthenie. Aannemelijk is dat de waargenomen toename rond 1900 mede een gevolg was van een grotere medische en maatschappelijke aandacht voor de aandoening.⁴ Hoewel de term neurasthenie waarschijnlijk al langer bestond, kreeg het ziektebeeld in de laatste twee decennia van de negentiende eeuw bredere bekendheid door publicaties van de Amerikaanse zenuwarts George M. Beard.⁵ Hij beweerde dat tal van lichamelijke en psychische klachten op neurasthenie konden wijzen: angst, wanhoop, slapeloosheid, gebrek aan concentratievermogen, voortdurende moeheid, hartkloppingen, migraine, spijsverteringsproblemen en impotentie. Deze 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 voortplantingsorganen. Die overbelasting zou weer te wijten zijn aan de druk van de moderne samenleving: het hectische stadsleven, de snelle vervoers- en communicatiemiddelen, de toename van hoofdarbeid, de intellectuele activiteit van vrouwen en het verhoogde werktempo. Het therapeutisch repertoire dat Beard aanbeval, bestond uit elektrotherapie, afzondering en (bed)rust, een voedzaam dieet, massage, een verblijf in een sanatorium of kuuroord, en psychotherapie.

Vanaf het begin van de jaren 1880 raakte Beards gedachtegoed in Europa verbreed.⁶ In Nederland kreeg het nieuwe ziektebeeld bekendheid onder invloed van de verspreiding van tal van populariserende, deels uit het Duits vertaalde medische handleidingen, zelfhulpboeken en moreel-opvoedkundige traktaten over zenuwkwalen.⁷ Het idee dat deze aandoeningen steeds meer voorkwamen, 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. Zenuwziektes vormden in hun ogen het tegendeel van burgerlijk-liberale deugden als zelfbeheersing, wilskracht en plichtsbesef en ze ondermijnden de eigen stand en de natie in het algemeen. In landen als Duitsland en Frankrijk was dit pessimisme, dat daar 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.⁸ 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 bood het een mogelijkheid om de burgerlijke moraal te persifleren en op de hak te nemen. In plaats van het burgerlijk-liberale adagium van gemeenschapszin en plichtsbesef hechtten kritische intellectuelen en kunstenaars aan individuele emotionele expressie.⁹

Vanaf 1884 kregen zenuwkwalen in het algemeen en neurasthenie in het bijzonder aandacht in Nederlandse professionele medische publicaties.¹⁰ Toonaangevend in ons land waren de beschouwingen van Gerbrandus Jelgersma, van 1894 tot 1899 geneesheer-directeur van een sanatorium in Arnhem en vanaf 1899 hoogleraar psychiatrie aan de Leidse universiteit. Met zijn *Leerboek der functionele neurosen* (1897) gold hij als autoriteit op het terrein van de zenuwkwalen. Evenals andere geneeskundigen schaarde Jelgersma 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.¹¹ Ook de oorzaken liepen volgens Jelgersma zeer uiteen: behalve constitutionele factoren als een verzwakt zenuwstelsel, vooral als gevolg van erfelijke degeneratie, 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.¹² 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 vormden risicogroepen.¹³

Meer in het algemeen lieten medici lichamelijke oorzaken bij vrouwen zwaarder wegen dan bij mannen; bij de laatsten lag de nadruk op hun maatschappelijke positie en omstandigheden. Dit verschil heeft wellicht te maken met de blik van de geneeskundige beroepsgroep, die destijds vrijwel uitsluitend uit mannen bestond. De sociale positie en arbeidsomstandigheden van aan neurasthenie lijdende mannen (onder wie ook medici) vertoonden veel overeenkomsten met die van artsen. Wellicht konden artsen zich inleven in de gevoelens van moeheid en spanning die de neurasthenische mannen parten speelden en schreven zij die klachten daarom sneller toe aan externe maatschappelijke druk, terwijl de medische blik zich bij vrouwen eerder op hun lichamelijke klachten richtte en deze in sterkere mate werden geïndividualiseerd.¹⁴ Maar of het nu om mannelijke of vrouwelijke patiënten ging, over het algemeen wezen psychiaters op brede maatschappelijke ontwikkelingen als de achterliggende oorzaak van de sterke toename van neurasthenie die zij waarnamen. Er kon geen twijfel over bestaan dat deze samenhang met het moderne

leven dat zich kenmerkte door gejaagdheid, een overmaat aan zintuiglijke prikkelingen, hoge eisen met betrekking tot de geestelijke vermogens, overspannen ambities en toenemende competitie en gewinzucht. Het gevoelsleven en zenuwgestel van de mens zouden niet berekend zijn op de snelle wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. De discrepantie tussen biologische evolutie en snelle maatschappelijke veranderingen zou vooral nadelig kunnen uitpakken voor mensen met moderne beroepen die veel van hun denk- en concentratievermogen vroegen, zoals ambtenaren, onderwijzers, zakenlieden, kunstenaars en studenten.¹⁵

Niet alleen Jelgersma, maar ook andere medici benadrukten dat er in de medische praktijk en ook maatschappelijk gezien een belangrijk onderscheid bestond tussen krankzinnigheid (psychotische stoornissen) en zenuwaandoeningen als neurasthenie.¹⁶ Niet alleen vertoonden zenuwlijders minder ernstige symptomen en vormden zij geen gevaar voor zichzelf of anderen, in tegenstelling tot de meeste krankzinnigen waren zij zich ook bewust van hun stoornis en daarop aanspreekbaar. Het ziekte-inzicht van de patiënt en het subjectieve karakter van diens klachten golden als de cruciale onderscheidende kenmerken van neurasthenie. Terwijl er voor de opname in een krankzinnigengesticht wettelijk een krankzinnigenverklaring en een rechterlijke machtiging waren vereist ten einde de patiënt tegen zichzelf en/of de samenleving tegen storend en gevaarlijk gedrag te beschermen en de verpleging van armlastige krankzinnigen door de gemeentelijke armenzorg werd bekostigd, golden deze voorwaarden niet voor de verpleging en behandeling van zenuwlijders. Voor hen waren andere medische voorzieningen nodig, waar artsen behalve over wetenschappelijke kennis ook over inlevingsvermogen en tact beschikten en naast somatische ook meer psychische behandelingen konden bieden.

Afhankelijk van de aard en ernst van de klachten alsook maatschappelijke positie en financiële draagkracht konden neurasthenielijders die behandeling van hun kwaal wilden, vanaf het midden van de jaren 1880 behalve bij vrijgevestigde zenuwartsen terecht in verpleegtehuizen, rust-, herstellings- en kuuroorden, geneeskundige sanatoria en badinrichtingen en, vanaf de eeuwwisseling, ook in universitaire psychiatrisch-neurologische klinieken en in algemene ziekenhuizen en poliklinieken waarin zenuwartsen werkzaam waren.¹⁷ In deze instellingen werden overwegend somatische behandelingen toegepast (met elektriciteit, diverse waterkuren, massages, gymnastiek, rust- en dieetkuren en medicijnen), maar ook allerlei vormen van ‘psychische’ therapieën (gesprekken waarin patiënten hun hart konden luchten en de arts inzicht bood en hen opbeurde). Daarbij draaide het om morele beïnvloeding ter versterking van zelfbeheersing en wilskracht en de bevordering van een regelmatige en gedisciplineerde leefwijze. Deze moreelopvoedkundige aanpak sloot aan bij de preventieve benadering die sommige medici voorstonden. Zo pleitte de Haagse zenuwarts F.J. 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 discipline waren de sleutels tot een evenwichtige geestelijke gezondheid.¹⁸

Neurasthenie in Rhijngeest

Een van de grotere instellingen waar zenuwpatiënten terechtkonden was het in 1903 opgerichte Sanatorium voor Zenuwlijders Rhijngeest te Oegstgeest, dat zich in de nabijheid van het krankzinnigengesticht Endegeest bevond. 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.¹⁹ Aanvankelijk bood Rhijngeest ruimte aan 74 tweede klassepatiënten en negen eerste klassepatiënten.²⁰ Het sanatorium was een gemeentelijke instelling, maar onderhield vanaf 1908 ook een nauwe band met de Leidse Rijksuniversiteit waar Jelgersma hoogleraar was: op kosten van het Rijk kwamen twintig bedden in de tweede klasse voor het onderwijs in de psychiatrie en neurologie beschikbaar. Een keer per week onderzocht Jelgersma rijkspatiënten in aanwezigheid van zijn studenten in de onderzoekskamer van Rhijngeest.²¹ Deze 'rijksbedden' maakten het mogelijk om ook onbemiddelde patiënten op te nemen. Voor de overige bedden kwamen alleen zelfbetalende patiënten in aanmerking. Naast aan neurasthenie en andere neurotische stoornissen zoals hysterie en psychasthenie lijdende patiënten werden in Rhijngeest ook lijdens aan organische neurologische stoornissen (bijvoorbeeld multiple sclerose, paralyse en epilepsie) en lichte psychosen opgenomen.²²

De publieksvoorlichting over Rhijngeest vermeldde angstvallig iedere associatie met een krankzinnigengesticht. Zo vermeldde een prospectus dat het sanatorium was bedoeld voor 'lijdens aan organische en functionele zenuwziekten' en dat 'krankzinnigen' niet voor opname in aanmerking kwamen. Verder was er te lezen dat het op 'het fraaie landgoed' gelegen sanatorium was voorzien van alle moderne gemakken, zoals elektriciteit en centrale verwarming, dat patiënten er rust en ontspanning konden vinden en dat diverse geneeskundige behandelingen werden geboden: 'regeling der leefwijze en van het dieet, doelmatige verdeeling van rust en lichaamsbeweging, psychotherapie, toepassing van baden, inwikkelingen, afwrijvingen, elektrische behandeling, geneeskundige gymnastiek, rustkuren, enz.' Dat slechts een straatweg Rhijngeest scheidde van het krankzinnigengesticht Endegeest bleef onvermeld.²³ Dit alles nam niet weg dat psychotische patiënten soms toch in Rhijngeest terecht konden als zij zich rustig hielden. Uit de jaarverslagen van het sanatorium is op te maken dat het gedrag van de patiënt belangrijker was als opnamecriterium dan de diagnose op zichzelf. Het voordeel van verpleging in een sanatorium was dat hieraan niet het stigma van een dwangopname in een gesticht kleefde – iets wat vooral de 'betere' standen zoveel mogelijk probeerden te vermijden.²⁴

Aan de hand van 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, maken wij nader kennis met de neurasthenielijders.²⁵ De jaarverslagen van Rhijngeest bieden cijfermatige 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 lijdens aan neurasthenie van 1905 tot 1908 meer dan de helft van het totale 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. Wij hebben geen verklaring voor de sterke fluctuaties tot 1916, maar het sterk afnemende percentage neurastheniepatiënten in de jaren daarna houdt waarschijnlijk verband met een veranderende diagnostiek en het geleidelijk aan verdwijnen van de diagnose neurasthenie in de psychiatrie in het algemeen.

Opvallend is dat vrouwen de meerderheid vormden onder de neurasthenielijders (gemiddeld 58 tegen 42 procent), dit in tegenstelling tot de algemene veronderstelling onder artsen dat vooral mannen aan neurasthenie leden.²⁶ Gemiddeld tweederde van deze 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 deel was hoger opgeleid. Vergeleken met de Nederlandse bevolking als geheel was de arbeidersklasse onder- en de middenstand oververtegenwoordigd. Naast de sterke vertegenwoordiging van artsen, onderwijzers, kooplieden, fabrikanten, ambtenaren, verpleegsters, studenten, dienstboden en arbeiders die licht handwerk verrichtten, valt het grote aantal gehuwde huisvrouwen onder de neurasthenielijders op. Naast deze categorie waren ook veel ongehuwde, bijvoorbeeld als onderwijzeres of dienstmeisje werkende, vrouwen opgenomen.

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, in het bijzonder 'nerveuze' moeders en 'driftige' en alcoholische vaders zouden zenuwziekte veroorzaken. Verder werd naar lichamelijke oorzaken verwezen: ouderdom, een ongeval, chronische ziekte, besmetting met syfilis en verslaving aan alcohol en morfine. De gegevens over de behandeling zijn schaarser in de jaarverslagen. Uit de vermelde informatie over de dagbesteding in Rhijngeest is op te maken dat deze kenmerken vertoonden van de al eerder in krankzinnigengestichten ontwikkelde zedenkundige of morele behandeling. In 1903 schreef geneesheer-directeur Jan C.Th. 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 beschikbaar en werden muziekkuitvoering en vieringen van allerlei aard georganiseerd.²⁷ De zedenkundige behandeling behelste 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 'moraal filosofie' noemden: door middel van gesprekken en suggestie probeerden zij de lijders tot attitude- en gedragsverandering te bewegen.²⁸ Volgens de jaaroverzichten verliet het merendeel van de patiënten het sanatorium binnen een half jaar en was ruim de helft van hen 'hersteld' dan wel in meer of mindere mate 'verbeterd'. De behandeling werd vanaf 1910 soms buiten het sanatorium voortgezet in de vorm van poliklinische 'nazorg'. Vooral vrouwelijke patiënten, aldus J. van der Kolk, die Scheffer in 1906 opvolgde als geneesheer-directeur, zouden de overgang naar de maatschappij niet zo abrupt kunnen maken en voor hen waren de vervolggesperkken met hun behandelend arts onontbeerlijk.²⁹

Neurasthenie in de patiëntendossiers

De jaarverslagen 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. Patiëntendossiers werpen hier wel licht op. Hierbij tekenen wij aan dat hun informatiegehalte sterk wisselt al naar gelang de duur van de verpleging en de intensiteit van de behandeling. Aangezien dergelijke dossiers zijn opgetekend door artsen, zijn zij uiteraard sterk gekleurd door de medische optiek, zoals beschreven in het eerste deel van dit artikel. Steekproefsgewijs hebben wij vijftien archiefdozen met elk circa vijftig dossiers doorgenomen en patiënten met de diagnose neurasthenie geselecteerd. Vaak bestaat de diagnose uit een combinatie van neurasthenie met een adjectief – bijvoorbeeld ‘seksuele’ of ‘hereditaire neurasthenie’ – of een andere diagnostische categorie, zoals ‘neurasthenie met hypochondrische verschijnselen’ of met ‘depressie’. 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 presens’, 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.

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 zijn met de hand geschreven door Abraham Hermanus Oort, van 1903 tot 1934 eerste geneesheer van Rhijngeest, en door H.W. Borgerhoff Mulder die sinds 1908 werkzaam was in Rhijngeest.³⁰ In het kader van de vraag naar de betekenisgeving aan neurasthenie schenken wij naast de wijze waarop artsen patiënten tegemoet traden en behandelden, in het bijzonder aandacht aan de wijze waarop de lijdens hun klachten verwoordden en beleefden. Vooral de formulieren met daarop de aantekeningen van de geneesheer over het verloop van de ziekte verschaffen informatie over wat patiënten zelf dachten en voelden. Voor zover de arts de opmerkingen van de patiënt noteerde gebeurde dat, behoudens een enkel citaat, in samengevatte of geparafraseerde vorm. Hoewel de patiënten in de dossiers dus meestal niet direct aan het woord kwamen en hun moeilijkheden op een specifieke en selectieve wijze door de arts werden geïnterpreteerd, klinkt wel degelijk door dat zij een eigen visie hadden op hun problematiek en daarover spraken met de geneesheer.

Uit de dossiers komt naar voren dat lijdens aan neurasthenie behalve met psychosomatische klachten vooral met alledaagse levensproblemen kampten: zorgen van relationele, seksuele of financiële aard, om de kinderen, de eigen gezondheid of het werk. De klachten van mannelijke neurastheniepatiënten hielden vaak verband met moeilijkheden op het gebied van werk, studie en financiën. Zo schreef een 37-jarige politie-inspecteur zijn lusteloosheid, vermoeidheid, verlammingen in zijn armen en benen en 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.’³¹ 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 hij 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 zware studie. Nadat hij zijn opleiding had afgebroken, waren de klachten verminderd.³² 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 een sanatorium in Arnhem, waar hij tot sport en uitgaan was aangemoedigd, had niet gebaat. 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.³³

Geldzorgen brachten ook neurasthenische klachten met zich mee. In 1912 werd in Rhijngeest een 56-jarige weduwnaar, directeur van een groot telegraafbedrijf, opgenomen. Volgens zijn huisarts, die hem naar Rhijngeest verwees, leed hij al jaren aan neurasthenie en was de kwaal na de dood van zijn vrouw verergerd. De patiënt 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’.³⁴ 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. 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.’³⁵ 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 gesprekken, elektrotherapie 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.³⁶

Schuldgevoelens en zelfverwijten vormen ook de rode draad in de ziektegeschiedenis van een 57-jarige protestantse rijksambtenaar die in 1919 met de diagnose ‘depressieve toestand bij neurasthenie als gevolg van deprimerende emotie’ in

de tweede klasse werd opgenomen. Volgens hem waren het naast financiële moeilijkheden, de gevolgen van de oorlog, de vrees voor de Spaanse griep en seksuele prikkelingen, vooral de zorgen over zijn aan dementia praecox (schizofrenie) lijdende jongste zoon die zijn zenuwlijden in de hand gewerkt hadden. Zijn klachten bestonden uit bacterievrees, eindeloos getob, overgevoeligheid voor geluiden en slapeloosheid, waarvoor hij rustgevendende medicijnen 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.³⁷

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 werd opgenomen vanwege zijn duizelingen en hartkloppingen – ‘de noten begonnen voor zijn ogen te dansen’ –, speelden seksuele uitpattingen een hoofdrol, zoals de arts benadrukte: ‘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’. Dat laatste was voor de arts reden om naar mogelijke besmetting met syfilis of gonorrhoe te informeren.³⁸

Een 34-jarige bakker die in de tweede klasse 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 uur is het uit zijn gedachten en had hij geen vrouw en kinderen, hij zou geen ogenblik meer willen leven’.³⁹

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 [...], maar kreeg later pijn in lies en het scrotum, hij meende daar allerlei afwijkingen te ontdekken, een gevolg van zijn handeling [...]’ 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.⁴⁰ 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) en elektriciteit behandeld.⁴¹

Een ongehuwde kruidenier van 24 jaar, die verklaarde niet te masturberen, maar die wel last had van ongewenste zaadlosingen, kon, zo is in zijn dossier vermeld, ‘deze verschijnselen’ niet controleren. ‘[S]oms waren er aanleidingen voor: contact met een vrouw, erotische voorstellingen, schuren van zijn eigen klederen [...]’. Hij wekte het niet

opzettelijk op'. De jongeman 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 de patiënt wel voor dat de polluties en zijn pijn in lendenen en buik met elkaar samenhingen. De behandeling bestond uit medicijnen, lauwwarme baden en dagelijkse elektrotherapie, waarbij de ene elektrode in de lendenestreek en de andere in de maagstreek werd aangebracht. Na vijf maanden werd de kruidenier hersteld ontslagen.⁴²

Ook andere neurastheniepatiënten gaven blijk van een grote angst voor de mogelijkheid dat zij aan krankzinnigheid leden. Over een 26-jarige machinefabrikant, 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.*⁴³

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 Rhijngeest 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.'⁴⁴ Ook in andere dossiers zijn brieven van familieleden, huisartsen of andere geneeskundigen aan de medische staf van Rhijngeest aan te treffen waarin deze benadrukken 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'; 'krankzinnigheid of een besmettelijke ziekte heeft hij niet'.⁴⁵

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.⁴⁶ 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 alcoholische man zeer opvliegend en nerveus was. Het sanatorium bood haar een rustige ambiance, ver weg van de problemen thuis.⁴⁷

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 elektriciteit; 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 onder behandeling bij een vrijgevestigde zenuwarts. Deze karakteriseerde haar als ‘een ongelukkige ziel, zoals zovelen die op de grens staan’ en voegde daaraan toe dat ‘het dure rumoerige, eenzame leven’ in Amsterdam niet geschikt was voor haar.⁴⁸

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’: tijdens een logeerpartij bij haar vriendin had diens man getracht ‘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 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 zij voegde daaraan toe dat ‘zelfverwijt haar hele ziekte is’. De dokter noteerde dat de vrouw ‘allerlei kleine liefdesambities uit haar jeugd’ koesterde, gevoelig was voor ‘mannengezelschap’, ‘onaneert vanaf haar negende’ en ‘lijdt aan onanie’.⁴⁹

Opvallend is dat een andere ongehuwde patiënte met een soortgelijk verhaal – zenuwklachten als gevolg van een ‘onaangenaam avontuur’ – behalve als neurasthenielijder ook 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 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.’⁵⁰ Werkelijk gebeurd of niet: vrouwelijke neurastheniepatiënten voelden zich schuldig, beschaamd en 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 masturbatie zelf als oorzaak van neurasthenie opvoerden, was het bij vrouwen de arts die zelfbevrediging tot onderdeel van het ziektebeeld maakte. Een ander verschil is dat bij mannen het gevaar van onbeheerste 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 hebben. Seksuele ervaringen, zeker voor het huwelijk, stonden bij vrouwen op gespannen voet met het burgerlijke ideaal van de vrouw als een in wezen asexueel wezen.

Conclusie

Uit de door ons bestudeerde patiëntendossiers komt duidelijk naar voren 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 somatische stoornissen was en dat de aanwezigheid van ziekte-inzicht gold als het criterium voor het onderscheid tussen neurasthenie en krankzinnigheid. Artsen zagen de verhalen van patiënten niet louter als symptoom van de zenuwstoornis, maar namen de inhoud ervan serieus, terwijl zij het 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. Klachten als hoofdpijn, angst- en slaapproblemen werden behandeld met medicijnen, maag- en darmbezwaren met een dieet, en spier- en gewrichtspijnen met elektriciteit en andere ‘fysische therapieën’ als warme en koude baden. Al deze behandelwijzen hadden vooral herstel van het geestelijk en lichamelijk evenwicht tot doel. Hierbij blijkt dat de psychiatrische betekenisgeving in de dossiers in het verlengde ligt van de visie die medici in hun publicaties naar voren brachten en waarin verlies van zelfbeheersing, mede onder invloed van maatschappelijke druk, centraal staat.

Ook wordt duidelijk dat de diagnose neurasthenie 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 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’.⁵¹

Verder komt naar voren 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 en plichtsbesef op het gebied van werk, studie, gezin en seksualiteit. De angst om de zelfbeheersing te verliezen en te falen uitte zich in een alom aanwezige angst, zowel bij patiënten als hun familieleden, om ‘echt’ krankzinnig te worden. Dat de neurasthenielijders 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 toenmalige psychiatrische publicaties over neurasthenie niet op de voorgrond staat, komt uit de

dossiers naar voren dat seksuele problematiek in Rhijngeest zowel van patiënten als artsen veel aandacht kreeg. 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. Onze bevinding dat de seksuele problematiek bij beide seksen een belangrijke speelde, staat overigens op gespannen voet met eerdere studies over neurasthenie waarin wordt beweerd dat artsen bij vrouwen de nadruk legden op individuele en lichamelijke oorzaken en bij mannen op maatschappelijke druk.

Meer in het algemeen manifesteerden de 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 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 was 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.

¹ Zie M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter eds., *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War* (Amsterdam/New York 2001).

² M. Gijswijt-Hofstra, 'Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War' in Gijswijt-Hofstra en Porter, *Cultures of Neurasthenia*, 1; G. Hutschemaekers, *Neurosen in Nederland. Vijftientig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen* (Nijmegen 1990); G. Hutschemaekers, 'Variaties in C-groot. De identiteit van het Sanatorium becijferd' in: G. Hutschemaekers en C. Hrachovec eds., *Heer en heelmeeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (Nijmegen 1993) 88.

³ Zie H. Hermans en S. Schmidt, 'De traumatische neurose. Een sociaal-historische verkenning', *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 23 (1996) 525-550; E. Showalter, *Hystories. Hysterical Epidemics and Modern Culture* (New York 1997); J. Slijkhuis, 'De Nederlandse discussie over de meervoudige persoonlijkheidsstoornis', *Psychologie & Maatschappij* 22 (1998) 330-342; J. Slijkhuis, 'Blikken op vermoeidheid en overspanning. Een vooruitblik', *Psychologie & Maatschappij* 25 (2001) 98-109.

⁴ M. Gijswijt-Hofstra, 'In Search of Dutch Neurasthenics from the 1880s to the early-1920s' in: Gijswijt-Hofstra en Porter, *Cultures of Neurasthenia*, 282; Hutschemaekers, *Neurosen in Nederland*, 237.

⁵ G.M Beard, *American Nervousness. Its Causes and Consequences* (New York 1881); G.M. Beard, *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*. Londen 1880). Over Beard zie: F.G. Gosling, *Before Freud. Neurasthenia and the American Medical Community 1870-1910* (Urbana/Chicago 1987).

⁶ Voor internationale vergelijkingen zie: Gijswijt-Hofstra en Porter, *Cultures of Neurasthenia*; zie ook J. Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* (München/Wenen 1998); J. Oppenheim, *Shattered Nerves. Doctors, Patients and Depression in Victorian England* (New York/Oxford 1991); E. Shorter, *From Paralysis to Fatigue. The History of Psychosomatic Illness in the Modern Era* (New York 1992).

⁷ Zie bijvoorbeeld: N.B. Donkersloot, *De krankzinnigheid: haar wezen, oorzaken, verschijnselen en voorbehoeding, in populair vorm geschetst* (Amsterdam 1881); D. Hulst, *Leeffregels voor Zenuwlijders*

(Haarlem 1884); P.J. Möbius en C.P. ter Kuile, *De zenuwachtigheid* (Groningen 1884); P. Mantegazza en N.B. Donkersloot, *Onze nerveuze eeuw* ('s-Gravenhage 1888); E. Schneckenberg, *De zenuwachtigheid of zenuwzwakte en hare behandeling zonder geneesmiddelen* (Amsterdam 1890); F. Schilling, *Hoe bevrijd ik mij van mijne zenuwachtigheid? Kenteekenen, oorzaken en nieuwe raadgevingen, op geneeskundige gronden berustend, tot vlugge beoordeling en zelfgenezing* (Den Haag 1900); O. Dornblüth, *Hoe verkrijgt men gezonde zenuwen?* (Utrecht 1903); R. von Krafft-Ebing, *Gezonde en zieke zenuwen* (Amsterdam 1903); F.J. Soesman, *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 1908); M. Juda, *Hoe moeten wij zenuwziekten en zenuwachtigheid voorkomen? Wat is er tegen te doen?* (Amsterdam 1905); J. Voorhoeve, *Zenuwzwakte, hare voorkoming en behandeling* (Zwolle 1905); H. Zbinden, *Raadgevingen aan zenuwlijders* (Amsterdam 1907).

⁸ Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität*; R.A. Nye, *Crime, Madness, and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline* (Princeton NJ, 1984); S.L. Gilman en E. Chamberlain eds., *Degeneration. The Dark Side of Progress* (New York 1985); D. Pick, *Faces of Degeneration. A European Disorder 1848-1918* (Cambridge 1989); H. te Velde, "In onze verslaptent tijd met weeke hoofden". Neurasthenie, fin de siècle en liberaal Nederland', *De Gids* 152 (1989) 14-24; H. te Velde, Gemeenschapszin en Plichtsbefef. Liberalisme en Nationalisme in Nederland, 1870-1918 (Den Haag 1992) 56-62, 78-82; J. Vijselaar, 'Neurasthenia in the Netherlands', in: Gijswijt-Hofstra en Porter, *Cultures of Neurasthenia*, 239-255; L. Nys e.a. eds., *De zieke natie. Over medicalisering van de samenleving 1860-1914* (Groningen 2002).

⁹ J. Fontijn, *Leven in extase. Opstellen over mystiek en muziek, literatuur en decadentie rond 1900* (Amsterdam 1983); M.G. Kemperink, *Van observatie tot extase. Sensitivistisch proza rond 1900* (Utrecht/Antwerpen 1988); M.G. Kemperink, 'Medische theorieën in de Nederlandse naturalistische roman', *De negentiende eeuw* 17 (1993) 115-171; M.G. Kemperink, 'Hysterie in de Nederlandse roman van het fin de siècle', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 139 (1995) 2194-2198.

¹⁰ Zie onder andere: A.O.H. Tellegen, 'Eenige beschouwingen over krankzinnigheid, hare oorzaken en hare behandeling', *Psychiatrische Bladen* 2 (1884) 5-46; W.G. Huet, 'Over functioneele neurosen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 30/III (1886) 53-70; A.W. van Renterghem en F. van Eeden, *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 1889); A.W. van Renterghem en F. van Eeden, *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 1894); J.W.H. Wijsman, *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen* (Amsterdam 1891); J. van Deventer, 'Bijdrage tot de leer van den waanzin op neurasthenischen bodem' in: *Feestbundel uitgegeven door de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie ter eere van haar 25-jarig bestaan* ('s-Hertogenbosch 1896); J. van Deventer, 'Bijdrage tot het begrip der insania neurasthenica', *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3 (1899) 487-492; G. Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*. (Amsterdam 1897); G. Jelgersma, *Pathologie en therapie der neurasthenie* (Amsterdam 1898); G. Jelgersma, 'Die Zivilisation als prädisponierende Ursache für nervöse Krankheiten', *Medizische Klinik*, 3 (1907) 1479-1482; G. Jelgersma, *Leerboek der Psychiatrie* (2 delen) (Amsterdam 1911 en 1912); M.J. van Erp Taalman Kip, 'De diagnose der neurasthenie', *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8 (1904) 43-52; M.J. van Erp Taalman Kip, *De behandeling van functioneele neurosen* (Amsterdam 1912); J.C.T. Scheffer, *Voorlezingen over de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen* (Haarlem 1906).

¹¹ Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 216.

¹² De in zenuwkwalen gespecialiseerde artsen Albert Willem van Renterghem en Frederik van Eeden die in hun Amsterdamse particuliere praktijk tussen 1887 en 1897 ongeveer 260 neurastheniepatiënten behandelden, beweerden dat driekwart van hen uit mannen bestond. Van Renterghem en Van Eeden, *Clinique de psycho-thérapie suggestive*; Van Renterghem en Van Eeden, *Psycho-thérapie*; A.W. van Renterghem, 'Bericht omtrent de resultaten, verkregen in de Amsterdamsche Kliniek voor Psychotherapie gedurende het tijdvak: 1893-1897', *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2 (1898) 529-537.

¹³ Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 18-29.

¹⁴ Hutschmaekers, 'Variaties in C-groot', 87, 92. Een dergelijk onderscheid naar sekse heeft Micalè ook gesignaleerd bij hysteriepatiënten. M.S. Micalè, *Approaching Hysteria. Disease and Its Interpretations* (Princeton 1995).

- ¹⁵ Tellegen, 'Eenige beschouwingen over krankzinnigheid, hare oorzaken en hare behandeling', 25, 35; Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 3, 18-30; Jelgersma, 'Die Zivilisation als prädisponierende Ursache für nervöse Krankheiten'; J.C.T. Scheffer, 'Het sanatorium voor zenuwlijders "Rhijngeest" te Oegstgeest nabij Leiden', *Eigen haard: geïllustreerd volkstijdschrift* 31 (1905) 168-171; 180-183.
- ¹⁶ Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 175-176; zie ook: P.F. Spaik, 'Casuïstische bijdrage voor de wenschelijkheid van Psychiatrische Klinieken', *Psychiatrische Bladen* 13 (1895) 35-41; Wijsman, *Voorlezingen over psychiatrie*; J.W.H. Wijsman, 'Wie is uit een maatschappelijk oogpunt, krankzinnig?' *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 3 (1899) 179-182; B.H. Stephan, *De behandeling van sommige vormen van zenuwlijden met mestkuren* (Amsterdam 1896) 13, 40.
- ¹⁷ H. Oosterhuis en M. Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. (Drie delen) (Houten 2008) 1417-1421 en tabel 11; A.H. van Andel, *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 1901); B. Huddleston Slater, *Gids Nederlandsche sanatoria en herstellingsoorden* (Den Haag 1935). Vergelijk: Vijselaar, 'Neurasthenia in the Netherlands', 246, 250; A. Kerkhoven en J. Vijselaar, 'De zorg voor zenuwlijders rond 1900' in: Hutschemaekers en Hrachovec, *Heer en heelmesters*, 27-59.
- ¹⁸ Soesman, *Hygiëne van den Geest*, 46-57.
- ¹⁹ Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 188-189.
- ²⁰ *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1905*, Gemeentearchief Leiden.
- ²¹ Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 3-4; H.G.M. Rooijmans, *99 jaar tussen wal en schip. Geschiedenis van de Leidse Universitaire Psychiatrie (1899-1998)* (Houten 1998) 21, 34; *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1908*, Gemeentearchief Leiden.
- ²² *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1905*, Gemeentearchief Leiden. Het lijkt erop dat psychasthenie een andere diagnostische term was voor het ziektebeeld neurasthenie, met dien verstande dat bij psychasthenie de nadruk meer exclusief op de psychische symptomen lag en de zenuwkwalen naar de achtergrond verdwenen. De term psychasthenie maakte later plaats voor de nu meer gangbare term psychoneurose.
- ²³ 'Rhijngeest'. *Sanatorium voor Zenuwzieken van de Gemeente Leiden te Oegstgeest* [zonder paginering], Bibliotheek Gemeentearchief Leiden. Vergelijk: Scheffer, 'Het sanatorium voor zenuwlijders "Rhijngeest" te Oegstgeest nabij Leiden'.
- ²⁴ *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1908*, Gemeentearchief Leiden. Vergelijk: Jelgersma, *Leerboek der functioneele neurosen*, 2.
- ²⁵ 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 het jaar van opname van de betreffende patiënt vermeld.
- ²⁶ Vergelijk: Gijswijt-Hofstra, 'Introduction', 23-24; Gijswijt-Hofstra, 'In Search of Dutch Neurasthenics', 299-300; M. Gijswijt-Hofstra, 'Dutch Neurasthenics Revisited: The Case of Rhijngeest from 1903 until 1914', in: W. de Blécourt ed., *Sisters of Subversion. Histories of Women, Tales of Gender. A Festschrift* (Amsterdam 2008) 78.
- ²⁷ *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1903*, Gemeentearchief Leiden; *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1910*, Gemeentearchief Leiden.
- ²⁸ *Verslag omtrent de toestand van het Sanatorium voor Zenuwlijders 'Rhijngeest' gedurende het jaar 1910*, 33.
- ²⁹ Ibidem.
- ³⁰ Rooijmans, *99 jaar tussen wal en schip*, 21-24.
- ³¹ Dossier 121 (1903).
- ³² Dossier 453 (1906).
- ³³ Dossier 181 (1904).
- ³⁴ Dossier 1687 (1912).
- ³⁵ Dossier 1295 (1903).
- ³⁶ Dossier 1295 (1903).
- ³⁷ Dossier 3127 (1919).

³⁸ Dossier 493 (1906).

³⁹ Dossier 123 (1903).

⁴⁰ Dossier 4500 (1907).

⁴¹ Dossier 56 (1903).

⁴² Dossier 314 (1905).

⁴³ Dossier 570 (1907).

⁴⁴ Dossier 610 (1907).

⁴⁵ Dossier 1295 (1903); dossier 197 (1904); dossier 121 (1903).

⁴⁶ Dossier 3331 (1905).

⁴⁷ Dossier 2696 (1917). Gijswijt-Hofstra stelt vast dat meer in het algemeen vooral vrouwen met kinderen baat leken te hebben bij hun verblijf in Rhijngeest. Gijswijt-Hofstra, 'Dutch Neurasthenics Revisited'.

⁴⁸ Dossier 2329 (1903).

⁴⁹ Dossier 1970 (1912).

⁵⁰ Dossier 2497 (1917).

⁵¹ Dossier 3126 (1919); dossier 1295 (1903).