

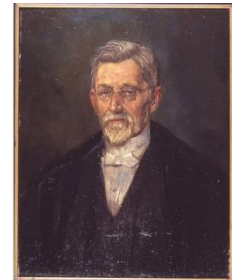
Tijdlijn NVvP- Uitwerking 1921-1930

1) 1921 - 50 jaar NVvP(N)

Hoe stond het ervoor met de psychiatrie na 50 jaar NVvP(N)? Drie vooraanstaande leden bogen zich ter gelegenheid van de 50^{ste} verjaardag over deze vraag: voorzitter L. Bouman, C. Winkler en G. Jelgersma (hun redes zijn terug te vinden in Psychiatrische en Neurologische Bladen nr. 25, opgeslagen in het nationaal archief te Den Haag, samen met het [resterende archief van de NVvP](#)).

Winkler beschreef de voortgang in de neurologie, Bouman vroeg zich af of het *'huwelijk tussen psychiatrie en neurologie, na zoovele jaren gelukkige vereeniging'* ontbonden moest worden. Jelgersma verwoordde het brede perspectief op de psychiatrie, een verbreding die, zoals in vorige afleveringen beschreven, na de eeuwwisseling voltrok zowel in de theorievorming als in de klinische en academische praktijken, en bijvoorbeeld in Amerika onder Meyer's concept van psychobiologie werd geïntegreerd.

Zoals veel vakgenoten huldigde [Jelgersma](#) ook een breed, doch kritisch perspectief: in zijn oratie *Ongeweten Geestesleven* gaf hij blijk open te staan voor psychoanalytische perspectieven, maar tegelijk was de psychiatrie wat hem betreft stevig geworteld in het medisch-natuurwetenschappelijk perspectief. Hij stelde echter vast dat eenvoudige lokalisatie van hersenziekten verworpen was, en psychose niet tot veranderingen in het celbeeld herleid konden worden.



Experimentele psychologie kon van dienst zijn in het kader van descriptieve psychopathologie, maar ook hier was hij helder over de reikwijdte daarvan: de menselijke geest was te complex om hiertoe gereduceerd te worden, en voor adequate beschrijving was -in de geest van Jaspers- nodig *'sich einzufühlen'* in de geest van de ander. Jelgersma benadrukte het belang van geesteswetenschappen als partner van natuurwetenschappen voor een vollediger perspectief op de psychiatrie.

De theoretische verbreding weerspiegelde zich, ook in de jaren twintig, in een geleidelijk verbreding van het psychiatrische werkveld, met name in de eerste extramurale behandelingen. Waar aan het begin van de eeuw de verdeling tussen 'krankzinnigen' en 'zenuwlijders' mede vanwege wetgeving ook een institutionele scheiding inhield tussen enerzijds gestichten en anderzijds sanatoria, academische klinieken en de spaarzame private praktijken (voor welgestelden), werden onder invloed van economische noodzaak, de aanhoudende overbevolking in de gestichten, en psychohygiënistische ideeën de eerste stappen naar extramurale zorg voor geestesziekte genomen: de ontwikkeling van de sociale psychiatrie begon.

Ondertussen waren er blijvende zorgen over de groei van krankzinnigheid zélf: ondanks het 'grote bouwen' dat al in de negentiende eeuw was begonnen en ook in het derde decennium voortgezet werd, bleef er sprake van overbevolking in de gestichten. Logisch dat gedacht werd aan preventie en extramurale hulp, maar de gevoelde druk leidde ook tot wat Valenstein *'great and desperate cures'* noemde, en leverde steun op voor eugenetische theorie. De praktijk in Nederland, zo zal blijken, was echter anders dan in bijv. de VS en Duitsland.

Toevallig markeerde 1921 ook in Amerika de naamsverandering van de American Medico-Psychological Association naar de American Psychiatric Association. In zijn presidentiële rede van 1922 juichte Barrett deze wijziging toe als het markeren van een verbreding van het interessegebied van de psychiatrie en van de betrokkenheid op de geest binnen medische relaties. Hiermee zou de psychiatrie zich een plaats hebben verworven als een tak van de geneeskunde (zie verderop bij 1922).

1921 was ook het jaar waarin het Academisch Statuut de eerste wettelijke erkenning bracht van enkele medische specialismen. Dit betekende dat o.a. psychopathologie een plaats kreeg in het medisch curriculum.

Voor de liefhebbers van harde data hier nog wat cijfers:

In 1920 had de NVVPN 220 leden waarvan;

- 137 intramuraal werkten in krankzinnigengestichten (96), santoria e.d. (26), overig (19),
- 32 intramuraal in universiteitsklinieken (waarvan 19 staf en 13 aio),
- 27 poliklinisch (16 zelfstandige poli's, 7 ziekenhuispoli's en 5 stafleden),
- 74 in zelfstandige praktijken (waarvan 39 exclusief in de eigen praktijk)
- 3 in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Het totaal aantal verpleegden in krankzinnigengestichten op 1 januari 1921 bedroeg 16.369, op een totale bevolking van 6.921.000 mensen.

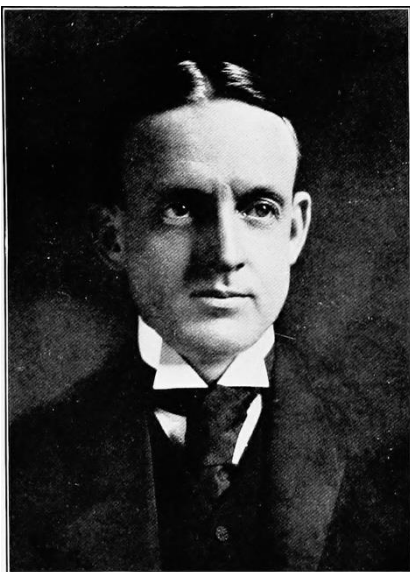
2) 1922 - *The Broadened Interests of psychiatry*: over positieve en negatieve medicalisering

Heden ten dage draagt de term medicalisering een negatieve connotatie: zaken die we eigenlijk zelf zouden moeten opvangen samen met onze naasten, of met hulp uit andere domeinen zoals de sociale, worden ten onrechte in het medische domein getrokken, met negatieve uitkomsten: minder veerkracht, meer uitgaven, meer stigma.

Waar de randen van de psychiatrie zouden moeten liggen is een *'perennial problem'* die niet alleen te maken heeft met onze opvattingen over wat stoornissen zijn en hoe ze veroorzaakt worden, maar met normatieve keuzes over hoe we er het beste mee kunnen omgaan, wie dat het beste kan doen, en wat we daarvoor over hebben. De term medicalisering zelf is eigenlijk neutraal en verwijst simpelweg naar het sociale proces waarbij bepaalde fenomenen tot het medische terrein worden gerekend.

De presidentiële rede van Albert Barrett (Am J Psych, juli 1922) is een voorbeeld van een positieve opvatting over medicalisering: het bereik van de psychiatrie is toegenomen, en dat is volgens Barrett goed zowel voor de behandelperspectieven van krankzinnigen als voor de samenleving als geheel, die op vele terreinen profijt kan hebben van de nieuwe inzichten vanuit de psychiatrie. [De rede is hier terug te lezen.](#)

Barrett schrijft o.a. dat rechtbanken en scholen psychiatrische methoden toepassen om met hun problemen om te gaan, en dat ook de problemen van naties en rassen, zaken van oorlog en vrede, besproken worden in termen van psychiatrische maten. Het publieke bewustzijn van (het belang van) psychologie was, vooral door de populariteit van Freud's werken, in een paar decennia enorm toegenomen, wat ook de weg plaveide voor alternatieve psychologische perspectieven zoals het behaviorisme.



De professie, zo schrijft Barrett, voelt zich eindelijk begrepen, en voelt tegelijk een diepe verantwoordelijkheid om zijn expertise in te zetten voor deze problemen: *"We cannot avoid the feeling that we should take a leading part in whatever pertains to problems of mental health with the purpose of improving existing conditions and lessening future dangers."*

Maar de medicalisering gaat niet alleen over de toepassing van psychiatrische inzichten, geestesziekte zélf is verbreed: *"Psychiatric problems are no longer limited to the formal psychoses and mental disorder that heretofore have been the main interest of the psychiatrist either in institutional work or private practice. They embrace all those tangible and intelligible factors that are impairing normal mental health and character and in their influences are disturbing the smooth course of social progress."*

De ambities en idealen voor sociale vooruitgang zijn tastbaar in dit stuk, en geven een indruk vanuit welk perspectief gedacht kan worden in termen van positieve medicalisering, als de kennis en expertise op terreinen wordt ingezet waar dit niet eerder gebeurde. Tegelijk treedt er dus ook in de fenomenen zelf een fundamentele verandering op als ze binnen het domein worden getrokken: ze worden medische problemen, met alle implicaties van dien. Controverses daarover zouden een paar decennia later uitbreken, nu werd de psychiatrische expansie met optimisme begroet.

Groei en differentiatie vonden ook plaats rond de NVvPN: eerder markeerden we al de oprichting van het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, in 1919 richtten 6 gestichtsartsen de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen (NVGZ) op, gericht op belangenbehartiging (een terrein waarop de vereniging zich tot dan toe terughoudend had opgesteld).

Deze nieuwe vereniging bleef nauw verbonden aan de NVvPN. In de loop van de jaren twintig kwamen er weer nieuwe vertakkingen bij. Voorzitter Bouman vond dit een logische en natuurlijke ontwikkeling, maar waakte ervoor om de integriteit van de vereniging te bewaken.

Al met al lijkt het beeld op die van een jonge boom die aan het vertakken en ontluiken is, maar het onzeker is of de stam (en de wortels) al die vertakkingen wel kunnen dragen, zeker als er storm opsteekt. En die zat er wel aan te komen, in de vorm van economische tegenspoed.

3) 1922 - *The Kingdom of Evils*

Geschiedenis research lijkt soms op een boswandeling: het loont soms om zijpadjes in te slaan. Tijdens het rondscharrelen in de geschiedenis van de Amerikaanse Mental Hygiene Movement stuitte ik op [Elmer Southard](#), neuropsychiater, hoogleraar aan Harvard Medical School, president van de AMPA (voorloper van de APA), en directeur van de Boston Psychopathic Hospital vanaf 1912 tot aan zijn dood in 1920.



Hij schreef ook, samen met de maatschappelijk werker Mary Jarrett, een monumentale studie naar de sociale oorzaken van psychiatrische aandoeningen: *The Kingdom of Evils: Psychiatric Social Work Presented in One Hundred Case Histories, Together with a Classification of Social Divisions of Evil*.

Deze klassieker was volgens Menninger, die een recensie schreef in het julinummer van de *American Journal of Insanity* (tegenwoordig de AJP), hét moderne tekstboek van sociologie, 'het kind van de masculiene wetenschap (psychiatrie) en de feminiene kunst (Sociaal Werk)'.

Leven, volgens Southard betekent voortdurend aanpassen aan innerlijke en uitwendige relaties. Psychologen en sociologen bestuderen deze terreinen, maar vergeten hun *onderlinge* relaties. Niemand kan die beter bestuderen dan de psychiater, volgens Southard, omdat die in zijn observatie van het individu elke factor relevant voor gebrek aan aanpassing meeweegt en aan het licht brengt. Van het levensfalen kunnen we leren: gezondheid uit ziekte, het goede uit het kwade: *bonum ex nocentibus*. Met andere woorden: juist door ons te verdiepen in pathologie van geest en ziel leren we hoe we gezond en goed kunnen leven.

In samenwerking met sociaal werkers wijdde Southard zich aan het uitroeien van het kwaad in de maatschappij, en in dit boek leveren honderd casusbesprekingen uit het Boston Psychopathic Hospital bewijs voor zijn stelling. Er wordt veel aandacht besteed aan de rol van sociaal werk in de rehabilitatie van patiënten. Hij classificeerde in het boek zowel psychiatrische aandoeningen, de terreinen waarop sociaal werk actief was (sociaal, publiek en individueel) en het kwaad, in vijf vormen (Morbi, Errores, Vitia, Litigia en Penuriae, overeenkomend met medisch, pedagogisch, moreel, legaal en economisch).

Het is een fascinerend werk en u kunt het [gewoon online lezen](#). Mocht u liever trek hebben in iets korters, werp dan een blik op een zeer actueel artikel van Southard, "*The Mind Twist and Brain Spot Hypotheses in Psychopathology and Neuropathology*", een zeer vroeg voorbeeld van een echt psychiatrie & filosofie artikel, waarin philosophy of mind in stelling wordt gebracht om een academisch psychiatrisch debat, geraamd in reductionistische termen, te verhelderen. [Aanrader!](#)

4) 1925 - William White gekozen tot president van de American Psychiatric Association.

Bij de bespreking van Jaspers in [de vorige aflevering](#) merkten we al op dat ook de wetenschappelijke basis van de psychiatrie verbreed was, in natuur- én geesteswetenschap. Dit bleek o.a. uit het feit dat ter gelegenheid van het vijftigjarige bestaan van de vereniging Freud en Jaspers tot erelid werden benoemd (met enige discussie, maar toch een grote meerderheid voor Freud). Zelfs dé vertegenwoordiger van de neurologische richting, Winkler, stemde voor. Dit toont weer dat er binnen de geschiedenis van de vereniging vaker sprake is geweest van een brede, gevarieerde set perspectieven op psychiatrische problemen dan van één (reductionistische) visie. Pluralisme is in onze geschiedenis eerder regel dan uitzondering.

Ondertussen in Amerika was het de vraag wélke Freud gevolgd moest worden. De oorlog zette Freud aan het denken: zijn libidineuze theorie kon geen adequate verklaring geven voor de schaal van de vernietiging die had plaatsgevonden. Wat was deze oorlogszuchtige zelf? Hij ging twifelen aan zijn eerste principe, die van de lust, een essentieel element van zijn psychoseksuele theorie. In 1920 publiceerde hij *Beyond the Pleasure Principle*, waarna de hele psychoanalyse op zijn grondvesten trilde.

Tijdens in bijeenkomst van de IPA in Den Haag sprak hij over dromen, en stelde dat er een klasse dromen was die niet voortkwam uit wensvervulling, maar op basis van trauma. Dit leidde hem naar [Gustav Fechner's](#) idee dat de psyche niet alleen plezier wil ervaren en pijn wil voorkomen, maar ook behoefte heeft aan stabiliteit. De herbeleving van trauma was daarin een poging om innerlijke stabiliteit te verwerven (niet zo ver verwijderd van hedendaagse opvattingen daarover). De onbewuste behoefte om te herhalen kon zich ook voordoen in persoonlijke relaties, schreef Freud, en de driften streefden uiteindelijk innerlijke vrede na: het Nirvana principe. De meest volledige vorm van vrede kwam via de dood, en zo postuleerde hij een nieuwe drift: Thanatos, doodsdrijf.

De oude Freud, die zo stringent adherentie aan zijn eerdere theorie had bewaakt, was zelf ketter geworden. Hij gaf zijn onzekerheid toe: *"In no region of psychology were we groping more in the dark."* Met zijn verklaring van bescheidenheid en ontvankelijkheid voor aanpassing van zijn theorie in het licht van nieuwe empirische feiten, toonde hij zich wetenschapper en onderstreepte de provisorische natuur van wetenschappelijke kennis. Maar een twijfelende profeet zaait twijfel en onzekerheid bij zijn volgers. Zo waarschuwde Hitschmann:

"Beware... when the great God lets loose a thinker on this planet. Then all things are at risk. It is as when a conflagration has broken out in a great city, and no man know what is safe, or where it will end. There is not a piece of science but its flank may be overturned tomorrow."



In de jaren twintig was er in Nederland minder sprake van een tegenstelling tussen psychiaters en psychoanalytici dan van controverse tussen psychoanalytici onderling. Binnen de NVPA ontwikkelden zich een orthodoxe vleugel onder leiding van J.W.H. van Ophuijsen, en een liberale vleugel, vertegenwoordigd door A.J. Westerman Holstijn. Het debat richtte zich op de juiste uitleg van Freud, het belang van leeranalyse, en de vraag of ook niet-medici psychoanalyticus konden worden.

In 1930 richtten twee zenuwartsen (van der Hoop en van der Waals) de Nederlandsche Vereeniging voor Psychotherapie op, die alleen 'zenuwartsen die de psychotherapie beoefenen' als lid toelieten. De bredere oriëntatie van deze vereniging leidde weer tot de oprichting van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychologie in 1927. Pogingen tot samenwerking tussen deze NVP en de NVvPN in de jaren dertig hadden nauwelijks resultaat.



Zowel binnen als buiten de psychiatrie was de populariteit van de psychoanalyse groter in de VS dan in de meeste Europese landen. Leuk weetje: de almachtige filmbaas Samuel Goldwyn zeilde in 1924 naar Wenen om Freud over te halen (voor de som van \$100.000) om filmscripts te schrijven. Immers wie zou een beter liefdesverhaal kunnen schrijven dan Freud? Freud weigerde hem te ontvangen. In 1925 werd de psychoanalyticus William White gekozen tot president van de APA. Psychoanalytici zouden deze positie domineren tot in de jaren zeventig.

Afbeelding William White



5) 1924 - Psychohygiëne en de eerste sociale psychiatrie

Volgens de Goei ([dit proefschrift](#)) is de enorme uitbreiding van de zorg voor de psyche buiten de muren van het gesticht en de 'psychologisering' van onze samenleving en taalgebruik voor een groot deel toe te schrijven aan de beweging voor psychische hygiëne of geestelijke volksgezondheid, de Nederlandse variant van de Amerikaanse [Mental Hygiene Movement](#). We zullen in volgende afleveringen stilstaan bij belangrijke figuren als Arie Querido en Kees Trimbos.



Op zaterdagmiddag 31 mei 1924 vond de oprichtingsvergadering plaats van de Nederlandsche Vereeniging ter bevordering der Geestelijke Volksgezondheid. De voorzitter was hoogleraar K.H. Bouman. Bouman legde ter gelegenheid uit wat de noodzaak was van deze vereniging.

“De reserve aan geestelijke volkskracht is niet onbeperkt; er worden groote eischen gesteld aan hen, die de beschaving op peil moeten houden en ook aan de werkkraft van ons ras... Het aantal geestelijk onevenwichtigen en invaliden neemt toe en het steeds toenemen van deze minder goede elementen zal op den duur de draagkracht der valide bevolking te boven gaan. Daartegen moet gewaakt worden. Dit gevaar moet onder oogen worden gezien.”

De vereniging wilden zich richten op twee gebieden: 'prophylaxe' (preventie) en de 'psychologisch-psychiatrische en sociale therapie van geestelijk abnormalen', waarbij bij beide onderscheid werd gemaakt tussen kinderen of jeugdigen en volwassenen. Bij kinderen richtte men zich op opvoedingsproblemen, problemen rond seksualiteit en beroepskeuze, en problemen die samenhangen met de invloed van kunst, sport en spel.

Bij volwassenen ging het om seksualiteit, huwelijksproblemen en alcoholisme. Daarnaast werden problemen benoemd die samenhangen met 'intellectuele defecten', en probleemgroepen als psychopatische, criminele en epileptische kinderen en jeugdigen, en bij volwassenen de zenuwlijders en zielszieken, geestelijk defecten en invaliden. Hun werkterrein zou aldus ook de zwakzinnigenzorg, de psychopatenzorg, verpleeginrichtingen en het maatschappelijk werk omvatten. De geestelijke hygiëne moest op gelijke voet staan met de lichamelijke hygiëne, en de aandacht moest gaan naar voorkomen, genezen en beschermen, maar ook naar de ontwikkeling naar wetenschappelijke kennis hieromtrent.

Naast secties voor geestelijk normalen en abnormalen wilde men een derde sectie '*Erfelijkheid en Eugenetica*'. Die sectie zou zich gaan richten op verhogen van '*het verantwoordelijkheidsbesef van het individu ten opzichte van het nakomelingschap*'.

De Goei merkt op dat de psychohygiëne-beweging in Nederland minder in het teken stond van (cultuur)pessimisme dan in andere landen. Hier was er, mede vanwege de toenemende politieke invloed van links-liberalen, confessionele en socialisten, sprake van vernieuwingsdrang in het publieke domein, waarbij armoede, ziekte en gebrek minder gezien werden (volgens klassiek liberale opvattingen) als individuele dan als sociale problemen. Zorgen over modernisering, neurasthenie, zenuwlijders en het degeneratie denken gingen dus hand in hand met optimisme over mogelijkheden van psychohygiëne.

Het psychohygiënisch initiatief kende ook een economische dimensie: aan het begin van de jaren twintig begon de economie te haperen. Ondertussen waren de kosten van de gestichten, en hun aantal, jaar op jaar gestegen, zonder dat de totale last van krankzinnigheid en zenuwziekte leek af te nemen, integendeel.

Op economische factoren in de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in dit decennium zullen we verderop ingaan n.a.v. de beurskrach van 1929. De ideeën van de psychohygiënisten sloten aan bij de logische wens, die al veel langer bestond maar door wetgeving werd bemoeilijkt, om extramurale preventieve, voor- en nazorg te bieden. De eerdergenoemde wetswijziging die aangewezen afdelingen en sanatoria mogelijk maakte en opname zonder rechtelijke machtiging, betekende al een stap in die richting, en na de eeuwwisseling waren ook consultatiebureaus geopend (in 1905 door Bouman in Amsterdam voor alcoholisten als eerste).

Meijers werd vanaf 1917 aangesteld als psychiatrisch-neurologisch adviseur bij de GG&GD van Amsterdam waar hij dagelijks spreekuur hield voor 'zenuw- en zielszieken en maatschappelijk ongeschikten'. In 1924 richtte hij een landelijke vereniging op voor consultatiebureaus: de Centrale Vereeniging. Ook gestichten gingen zich via de oprichting van 'buitendiensten' richten op vervroegd ontslag.

6) 1926 - De actievere therapie

Volgens Vos vond er in het interbellum een 'therapeutische opleving' plaats, op 3 gebieden: somatische therapie, psychotherapie en de zogenaamde 'actievere therapie'. Verderop zullen we op de eerste twee ingaan, die toen en nu de nodige controversiële aspecten bevatten, maar eerst zetten we de tegenwoordig minder bekende actievere therapie in het zonnetje.

De 'Aktivere Krankenbehandlung' was oorspronkelijk in 1924 door de Duitse gestichtsarts H. Simon, geneesheer-directeur van het gesticht in Gütersloh, ontwikkeld voor onrustige patiënten. Middels zinvolle en aangename bezigheden zouden deze patiënten tot orde, rust en een zeker verantwoordelijkheids- gevoel worden geconditioneerd.

De therapie was erop gericht het gezonde deel van de persoonlijkheid van de patiënt te activeren, door hem in te schakelen bij allerlei nuttige werkzaamheden in de inrichting, en had daarmee een pedagogisch aspect (met echo's van de zedenkundige behandeling van een eeuw tevoren). Deze aanpak was een reactie op het tot dan toe vigerende bed- en badverpleging, dat rond de eeuwwisseling in de gestichten ging domineren, en tot gevolg had dat in veel inrichtingen meer dan de helft van de patiënten min of meer permanent in bed verbleef.

In zijn boek *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (1929) leverde Simon scherpe kritiek op dit passief makende zorgconcept. In de [derde aflevering](#) van de Tijdschrift zagen we al hoe de rustkuur onheilspellend beschreven werd in *The Yellow Wallpaper* (1892), maar ook Virginia Woolf putte uit eigen ervaringen toen ze in Mrs. Dalloway de brute psychiater [Sir William Bradshaw](#) opvoerde, die alle oppressieve krachten van de bourgeoisie vertegenwoordigde (en gebaseerd was op de prominente elite-psychiater [Sir George Savage](#), die haar gedurende 10 jaar af en aan behandelde):

"You invoke proportion; order rest in bed; rest in solitude; silence and rest; rest without friends, without books, without messages; six months' rest; until a man who went in weighing seven stone six comes out weighing twelve."



De praktijk van opname in een Nederlands gesticht werd in 1929 in een autobiografisch roman geschetst: *Krankzinnigen* van Fré Dommissie (beschreven in *Verward van Geest*). De roman werd goed ontvangen, vanwege de afstandelijke stijl en de rauwe eerlijkheid die Dommissie hanteerde. Illustratief is de beschrijving van de op de ogenschijnlijk ontmoedigende fasering van het behandelproces: om voor ontslag in aanmerking te komen diende men zich drie maanden 'rustig en medewerkend' te gedragen in de ziekenzaal, maar bij onrust volgde terugplaatsing naar de 'achterzaal' en begon het aftellen opnieuw:

"Achterzaal, ziekenzaal, ziekenzaal, achterzaal, en toch telkens weer de hoop, dat dit nu wel de laatste keer zou zijn, dat ik nu voor het laatst op de achterzaal gelegen had en van de ziekenzaal uit naar de dagzaal zou mogen en van de dagzaal uit naar huis."

Meer over Fré Dommissie vindt u [hier](#). Zij was de eerste voormalige patiënte in Nederland die zich o.a. met publicaties inzette voor wat we nu destigmatisering noemen, waarbij ze ook over het voetlicht bracht hoezeer het succes van behandeling en verpleging afhankelijk was van de houding en inzet van verplegers en artsen.

In een reactie op een recensie schreef zij dat haar boek niet bedoeld was als aanklacht tegen de inrichtingspsychiatrie, maar als een poging om de kloof tussen normale en abnormale mensen te dichten. De ontwikkeling van de actievere therapie stemde haar hoopvol.

In 1926 introduceerde W.M. van der Scheer, de enige hoogleraar met een loopbaan in de inrichtingspsychiatrie, de actievere therapie in Nederland. Van der Scheer was van 1916 tot 1919 inspecteur voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten, vervolgens geneesheer-directeur van Duin en Bosch te Castricum en van 1923 tot 1927 voorzitter van de NVvPN.



Net als K.H. Bouman zag hij geestesziekte vooral als biologisch gedetermineerd maar sociale omstandigheden als van grote betekenis voor de wijze waarop deze tot uiting kwamen en de mate waarin ze leidden tot disfunctioneren. Bouman en van der Scheer onderscheidden zich daarnaast allebei in de toepassing van somatische therapieën, respectievelijk de malariakuur en de insulinecomakuur. Over deze en andere '[great and desperate cures](#)' komen we nog te spreken.

De actievere therapie werd in de verpleegkundige opleiding onderwezen (de auteurs van de leerboeken waren gestichtsartsen) als een methode om dwangmiddelen en isolering te voorkomen. De praktijk vroeg veel inzet en tact: juist de langdurig zieke, onrustige patiënten dienden op zinvolle en aangename wijze te worden beziggehouden met arbeid en ontspanning. Basale behavioristische principes van beloning en straf werden toegepast. Anders dan bij de zedenkundige behandeling was er niet sprake van hiërarchische, autoritaire verhoudingen, en was de rol van godsdienst en onderwijs kleiner.

In het nog steeds verzuilende landschap van de gestichtspsychiatrie stonden de gereformeerde gestichten kritischer tegenover de actievere therapie en zijn zakelijk behaviorisme. Zou dit niet ten koste gaan van het empathisch contact, zoals door o.a. Bouman en Jelgersma gepropageerd? Veel verplegenden, zoals blijkt uit onderzoek van Aan de Stegge, waren zeer te spreken over de nieuwe aanpak: activering en de toekenning van verantwoordelijkheden bleek een gunstige, therapeutische uitwerking te hebben (proefschrift [aan de Stegge](#)).

Het contrast tussen de idealen van de actievere therapie om dwang te reduceren, en werken als die van Woolf, waarin de arts geassocieerd wordt met onderdrukking, vormt een illustratie van een spanningsveld dat tot op heden voortduurt.

7) 1926 - Erfelijkheid bij de mens en eugenetiek

Eén van de vertakkingen van de psychohygiëne was de theorie van de eugenetica, die streeft naar verbetering van de genetische samenstelling van een populatie. In de vorige aflevering werd al verwezen naar de rol van eugenetica bij sterilisaties bij psychiatrische patiënten in de VS, vooral in Californië. Maar ook in Europese landen als Frankrijk, Zweden, Noorwegen en Zwitserland werden alcoholici, epileptici, zwakzinnigen en armen gesteriliseerd.



Fitter families wedstrijd in Kansas

In Nederland werden nooit wetten aangenomen die de sterilisatie van deze groepen goedkeurden. Wel waren er pleitbezorgers van de eugenetica, onder anderen bij de eerdergenoemde NVGV. De arts Marianne van Herwerden was in Nederland de meest uitgesproken pleitbezorger van eugenetica. Ze had in 1920 een beurs ontvangen om door de VS een studiereis te maken, en raakte daar overtuigd van het nut van eugenetica. Ze publiceerde haar ideeën in medische tijdschriften en bracht in 1926 het boek *'Erfelijkheid bij de mens en eugenetiek'* uit. Daarin pleit ze voor het gescheiden huisvesten van mannelijke en vrouwelijke zwakzinnigen. Er was geen sprake van een pleidooi tegen rassenvermenging.

In Nederland kreeg de eugenetica nooit echt voet aan de grond. Visser en Schellekens verklaren dit in *'De genetische manipulatie'* door de versnippering van de beweging, het feit dat het achterliep op internationale ontwikkelingen (waardoor er inmiddels genoeg kritiek was opgekomen) en vanwege krachtige oppositie vanuit de Katholieke kerk tegen maatregelen die de voortplanting beperkten.

Meer lezen over eugenetica in Nederland?

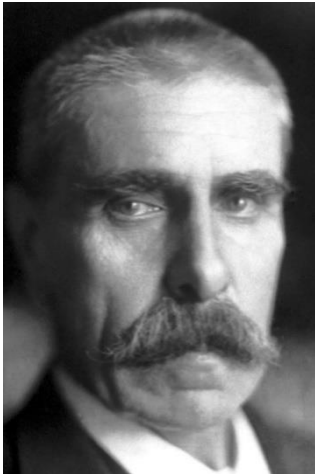
- Huub Schellekens en Rob Visser, 'De genetische manipulatie', 1987.
- Jan Noordman, 'Om de kwaliteit van het nageslacht'. Eugenetica in Nederland 1900-1950,' proefschrift, 1989. Recensie [hier](#).



*Marianne van Herwerden
door onbekende fotograaf
Het Utrechts Archief*

8) 1927 - Nobelprijs voor Wagner Jauregg

Julius Wagner-Jauregg, die we eerder al tegenkwamen bij de bespreking van shellshock in de Eerste Wereldoorlog, was de eerste psychiater die de Nobelprijs ontving, voor zijn toepassing van de malariakuur bij de behandeling van dementia paralytica. Sindsdien is die eer aan één andere psychiater te beurt gevallen, E. Kandel voor zijn onderzoek rond de fysiologische basis van het geheugen in neuronen. Soms wordt ook de naam van A.E. Moniz (1949) genoemd voor de lobotomie behandeling, maar Moniz was neuroloog (weliswaar in een tijd dat deze professies het terrein van de psychiatrie veel meer deelden dan nu). [Lees hier de speech](#) die Julius Wagner-Jauregg gaf bij de uitreiking.



Toen Wagner-Jauregg als assistent in een psychiatrische kliniek werkte in Wenen in 1883 merkte hij op dat de mentale staat van een patiënt die een aanval van erysipelas onderging, verbeterde nadat de koorts afzakte. Hij bracht deze in verband met andere berichten van verbetering bij patiënten met 'algemene parese' als ze behandeld werden met zelf die koorts veroorzaakte.

Hij concludeerde dat koorts zelf een therapeutisch effect had, en begon manieren te onderzoeken om koorts te induceren bij psychiatrische patiënten. Hij inoculeerde ze met vaccins van TBC en tyfus, en infecteerde ze met erysipelas. Hij rapporteerde enig succes en speculeerde dat malariakoorts mogelijk therapeutisch zou kunnen zijn bij algemene parese (neurosyfilis).

Tijdens de Eerste Wereldoorlog werd een shellshock patiënt met koorts t.g.v. malaria aan hem gepresenteerd, wat hij als een teken van lotsbestemming opvatte. Met diens bloed infecteerde hij 9 anderen, en noteerde vervolgens dat 6 van de negen substantieel verbeterden. Later meldde hij dat na 4 jaar, 3 van deze patiënten gewoon aan het werk waren: de ziekte was een halt toegeroepen.

Wagner-Jauregg zette na de oorlog de malariabehandeling voort, gebruik makend van tertiaire malaria, een relatief milde vorm die met quinine beheerst kan worden. Hij rapporteerde een genezingspercentage van 44%. In een latere studie onderzocht hij patiënten met een positieve Wasserman-test maar zonder symptomen, die hij met Neo-salvarsan samen met de malariakuur behandelde, waaruit een succespercentage van meer dan 80% voortkwam.



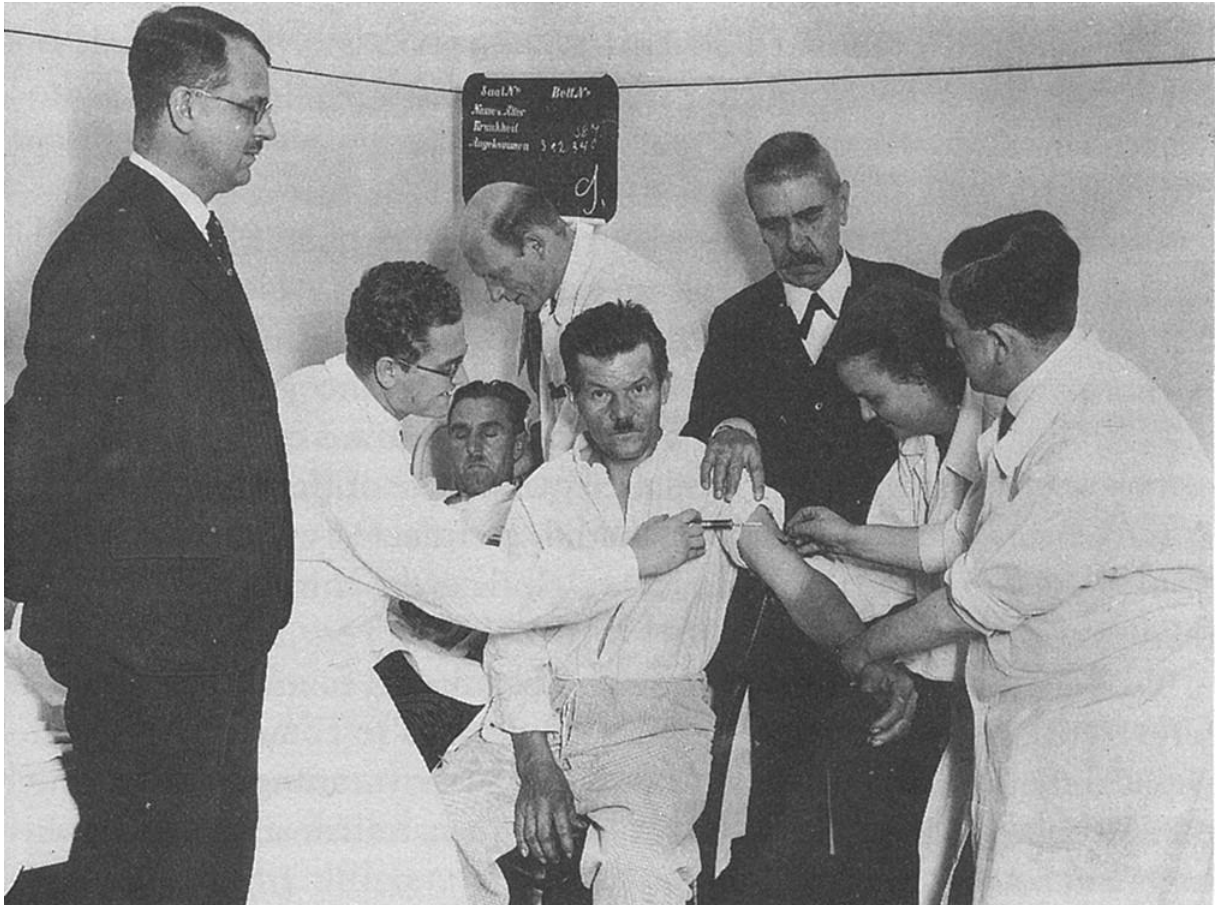
Begrijpelijkerwijs was de interesse in deze behandeling groot, en de Nobelprijs een erkenning van het belang en de belofte die gezien werd in deze behandeling. In de jaren dertig en veertig werd de malariabehandeling breed toegepast in Europa en de VS, maar de effectiviteit bleek nogal tegen te vallen in de praktijk. Nadat duidelijk werd dat als er een therapeutisch effect was, deze niet zozeer aan de malaria te danken was maar aan de koorts, werden methoden bedacht om de lichaamstemperatuur te verhogen, zoals hete baden, radiothermie, diathermie en infrarood kabinetten.

In Nederland publiceerde A. Gans, in het Bijblad Neurotherapie* een artikel over zijn toepassing van de malariakuur in Santpoort. De malariakuur en de somnifeenslaapkuur voor schizofrenie namen in de jaren twintig een hoge vlucht, om in de jaren dertig te worden uitgebreid met de insulinecomakuur (M. Sakel, Berlijn 1933), de cardiazolshocktherapie (L. von Meduna Hongarije 1934) en de elektroconvulsietherapie (U. Cerlutti en L. Bini, Italië 1938).

* het verenigingsblad van de in 1919 mede door Winkler opgerichte Nederlandsche Vereniging voor Wetenschappelijk Onderzoek der Therapie van Zenuw- en Zielsiekten, die als bijlage bij het NVvPN-huisblad *Psychiatrische en Neurologische Bladen* werd gevoegd.

Bekijk [hier een korte clip](#) van Julius Wagner-Jauregg en zijn vrouw Anna die een wandeling maken buiten hun hotel, nadat ze in Stockholm waren aangekomen voor de ceremonie van de Nobelprijsuitreiking op 10 december 1927.

Photo Julius Wagner-Jauregg from the Nobel Foundation archive



Wagner Jauregg past malariatherapie toe

9) 1929 - Zwarte Dinsdag en daarna: geld en de ggz

Tot nu toe hebben we in de tijdlijn weinig aandacht besteed aan economische factoren, terwijl iedereen die wel eens een dagelijks productielijst met DBC-codes heeft moeten aanleveren het belang van financiering en de ggz kent. Bij onze geschiedschrijving (en in wat we lezen) neigen we als professionals naar 'internalistische' perspectieven: we beschrijven onze geschiedenis van binnenuit, door aandacht te besteden aan belangrijke figuren, hun daden en theorieën (door historici aangeduid als 'great man history') en welke stappen we als beroepsgroep genomen hebben om de (psychiatrische) wereld te verbeteren.

Om een completer beeld te krijgen hebben we natuurlijk ook goede kennis nodig van sociale, politieke, culturele en economische context, en een 'externalistisch' perspectief op het domein én onze professie. Historisch-economische analyses zoals het proefschrift van Catharina Bakker "[Geld voor GGZ: De financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk \(1884-1984\)](#)" leveren een vracht aan inzichten op. Wat kunnen we leren over het derde decennium van de twintigste eeuw?



Hoe werd psychiatrische zorg anno 1921 vergoed? De financiering van de krankzinnigenzorg was via de Armenwet van 1854 geregeld, samen met de Eerste Krankzinnigenwet van 1841 vormde dit de basis voor de krankzinnigenzorg. In erkende gestichten mochten alleen krankzinnigen worden verpleegd, en andersom mochten in andere dan erkende geneeskundige gestichten niet meer dan twee krankzinnigen verblijven.

De provincies moesten volgens de Krankzinnigenwet garanties scheppen voor de verpleging van armlastige krankzinnigen. Zij verstrekten samen met het rijk ook een bijdragen in de verpleegkosten van krankzinnigen. De Armenwet hield direct verband met de Grondwet van 1848, die een liberale inslag kende met een nadruk op lokaal bestuur, behalve bij bovenlokale belangen.



Volgens Thorbecke vormde de armenzorg zo'n overstijgend, publiek belang. Echter het kabinet van Thorbecke viel en werd vervangen door een kabinet van conservatieve Nederlands-hervormden, die terugkeerde naar de filantropische opvatting dat de armenzorg géén overheidstaak was, maar een zaak van de kerkelijke armbesturen. De worsteling van o.a. Schroeder van der Kolk om de macht in het gesticht en de aanzet tot de vorming van de NVvP hielden direct verband met deze ontwikkeling. Toch was er wel een uitzondering gemaakt binnen de Armenwet, betreffende de financiering van de krankzinnigenverpleging: deze werd centraal geregeld, en de gemeenten kregen een verplichting tot betaling opgelegd.

Economische voorspoed betekende dat in de Tweede Krankzinnigenwet iets meer aandacht was voor kwaliteit van zorg, tevens werd de verplichting van provincies nadrukkelijker vastgesteld (al ging de discussie in de Kamer rond particulier versus staatsverantwoordelijkheid niet zonder slag of stoot). De economische omstandigheden boden ruimte voor '*het grote bouwen*' van de gestichten, maar desondanks bleef sprake van capaciteitsproblemen. Rond dezelfde tijd groeide de aandacht voor de '*zenuwlijders*', die niet in krankzinnigengestichten thuishoorden, maar voor wie -behalve de private klinieken voor welgestelden- weinig aanbod was.

De logische oplossing voor de overvolle klinieken was verplaatsing van als ongeneeslijk opgevatte groepen, met name de verstandelijk beperkten; wettelijke beperkingen bemoeilijkten dit. De

ontwikkeling van universitaire klinieken versterkte de roep om wetsaanpassing om ook buiten rechtelijke machtiging om andere doelgroepen te kunnen behandelen, zowel ambulante als klinische.

Een wetswijziging in 1904 maakte het mogelijk om krankzinnigen en zenuwlijders samen te verplegen in aangewezen inrichtingen (zoals universiteitsklinieken, en een wetswijziging in de Krankzinnigenwet in 1916 maakte vrijwillige opname in een aangewezen afdeling mogelijk; vanaf toen werd een gesticht met een aangewezen afdeling een psychiatrische inrichting genoemd. De Armenwet van 1912 was echter niet van toepassing op patiënten in aangewezen afdelingen, waardoor die financiering onzeker was (sommige gemeenten betaalden deze, maar veel patiënten die eigenlijk vrijwillig hadden kunnen worden opgenomen kwamen vanwege financiële redenen alsnog via een rechtelijke machtiging in het gesticht terecht).

Pas in 1929 werd voor deze groep een financiële regeling getroffen via wijziging van de Armenwet: de gemeenten werden verplicht ook de kosten van verpleging van armlastige patiënten te dragen die zonder machtiging werden verpleegd in een aangewezen of open afdeling. Het aantal open afdelingen nam vervolgens een grote vlucht: tussen 1916 en 1929 werden slechts negen afdelingen geopend, tussen 1929 en 1936 -ondanks een economische crisis- 16.

Sinds de oorlog was er na de periode van hyperinflatie tot 1923 sprake van rust gevolgd door hoogconjunctuur vanaf 1925. De beurskrach van 25 oktober leek aanvankelijk de Nederlandse economie weinig te beroeren, maar geleidelijk aan kreeg het bedrijfsleven het moeilijk en steeg het aantal werklozen, waardoor gemeenten minder inkomsten en meer uitgaven hadden. Gelet op de hoge kosten voor gestichtsverpleging vormde deze ontwikkeling een nieuwe stimulans voor de psychohygiëne en de beweging voor geestelijke volksgezondheid.

Schilderij Thorbecke

Johan Heinrich Neuman

Rijksmuseum Amsterdam

10) 1930 - Bouman maakt zich zorgen over versnippering

Het zal u bij het voorafgaande misschien zijn gaan duizelen vanwege het groot aantal Vereenigingen dat het licht zag in de jaren twintig. Tijdens de algemene vergadering van de NVvPN van 1930 hield voorzitter K.H. Bouman zijn rede over de toekomst van de vereniging. De *'toenemende belangstelling in de wetenschap der psycho-pathologie in ruimsten zin'* had geleid tot deze aanwas van verenigingen die hetzelfde, maar meer nauw begrensde, doel nastreefden als de NVvPN.

Hij wees erop dat de vereniging onvoldoende ruimte geboden had aan deze verschillende richtingen, maar desalniettemin vormde ze nog steeds het enige lichaam dat alle Nederlandse psychiaters, neurologen, gestichtsartsen en psychotherapeuten verenigde. Wetenschappelijke vooruitgang leidde onvermijdelijk tot differentiatie en specialisatie, waardoor niemand het gehele vakgebied kon overzien, maar de samenwerking en communicatie tussen de verschillende interessegebieden moest worden verbeterd om versnippering te voorkomen.



Bouman benadrukte het belang van de inzet van psychiaters bij allerlei maatschappelijke problemen en de noodzaak om samen te werken met pedagogen, sociologen en sociaal werkers. Er moest ook gemeenschappelijk worden opgetreden tegenover wetgevers en bestuurders. Bouman draaide er niet omheen in zijn toespraak: hij waarschuwde voor een 'exodus' uit de vereniging, een 'uittocht ten gevolge van broedertwist en ontevredenheid'. Termen als desintegratie en proces van ontbinding kwamen voorbij.

De kracht van de vereniging bleek echter wel tegen een stootje te kunnen: tussen 1919 en 1940 liep het ledental op van 200 naar 281, al nam het percentage leden onder psychiaters af van 77 naar 66 procent. Daarbij waren er veel leden met dubbele lidmaatschappen, niet in het minst Bouman zelf, die lid was van de verenigingen voor psychoanalyse, neurotherapie en psychotherapie, de Amsterdamse neurologen, het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap en de NNGV.

De uitdaging om de boel een beetje bij elkaar te houden bleef: twee weken na zijn toespraak kondigde het lid A. Hutter, geneesheer aan het gereformeerde gesticht Dennenoord, de oprichting aan van de Vereeniging van Christelijke Psychiaters.

Resteert de vraag: als Freud in Nederland geboren was, was zijn driftmodel wellicht aangevuld met [*Bouleutai*](#), de drift om te vergaderen?