

Tijdlijn NVvP - Uitwerking 1931 - 1940

1) 1931 - Oprichting Prophylaxefonds

De Ziektewet van 1930 vormde het sluitstuk van een reeks sociale verzekeringswetten, waarvan de Ongevallenwet van 1901 de eerste was, een uitkomst van de toenemende invloed van sociaal-democratische partijen in Nederland t.o.v. het negentiende-eeuwse liberalisme en (religieus) conservatisme. In 1931 werd het Prophylaxefonds opgericht, met als doel te voorkomen dat werknemers ziek werden en zo de kosten van de Ziektewet te beheersen.

Het fonds werd gefinancierd door de Raden van Arbeid en bedrijfsverenigingen die erkend waren in het kader van de Ziektewet, met een jaarlijks te bepalen afdracht. Een commissie onder leiding van L. Lietaert Peerbolte (directeur-generaal van Volksgezondheid en Sociale Zaken) moest adviseren over de besteding van het geld, ook ten behoeve van de 'geestelijke volksgezondheid'. De commissie stuurde tot dit doel aan op de vorming van een federatie van bestaande stromingen en initiatieven, zoals de NVGV, die zich op dit terrein hadden begeven. In deze tijd viel de krankzinnigenzorg nog onder de Armenwet, en er ontstonden al snel principiële fricties over de relatie tussen krankzinnigenzorg en geestelijke volksgezondheid.

Lietaert Peerbolte wilde geestelijke volksgezondheid en psychopathologie scheiden, omdat de laatste onder de afdeling Armenzorg viel. In zijn ogen was geestelijke volksgezondheid vooral preventie, en daarmee vooral op het kind gericht. Psychiaters Bouman en Meijers maakten bezwaar, net als de NVvPN, vanuit het standpunt dat de krankzinnigen zorg bij Volksgezondheid hoorde, een standpunt dat breed werd gedeeld behalve bij de afdeling Armwezen van Binnenlandse Zaken. In deze interdepartementale strijd kozen de inspecteurs uiteindelijk voor een scheiding tussen een zelfstandige krankzinnigenzorg, inclusief voor- en nazorg voor volwassenen, en een geestelijke gezondheidszorg voor kinderen.

De consultatiebureaus voor kinderen (Medisch Opvoedkundig Bureaus of MOB's) wilden elke associatie met de krankzinnigenzorg en de 'gestichtsartsen van de oude stempel' vermijden. De kloof tussen krankzinnigenzorg enerzijds en (geestelijke) volksgezondheid anderzijds werd in de loop van de jaren dertig alleen groter.

De crisismoments waarbij gestichten financieel nog kraker kwamen te staan werkten die scheiding verder in de hand, naast de verzuiling en de politieke machtsstrijd. Sommige provincies maakten plannen om gelden bestemd voor de krankzinnigenzorg over te hevelen naar geestelijke volksgezondheid, iets waartegen besturen en inspecteurs bezwaar maakten. Tegelijk zag de NVvPN integratie met volksgezondheid als een mogelijkheid het imago van de psychiatrie te verbeteren en pleitte aanhoudend voor onderbrenging daarin, wat zich uiteindelijk pas in 1946 voltrok.



2) 1932 - De NVvPN stelt de Commissie Samenwerking en Initiatief in

Groei, differentiatie en diversificatie kenmerkten de ontwikkeling van de NVvPN in de jaren twintig, en deze ontwikkeling zette door in de jaren dertig, zij het in een context van economische neergang en bezuinigingen in de zorg. In [de vorige aflevering](#) somden we al enige vertakkende en verwante (sub)verenigingen op, nu kwamen daar ook geloofsgebonden verenigingen bij zoals de Vereeniging van Christelijke Psychiaters (1930). In 1931 kwam daar de 'Club van Psychiaters en Neurologen van de drie Noordelijke Provinciën' bij.

De vertakkingen volgden de lijnen van wetenschappelijke ontwikkelingen, belangenbehartiging, maatschappelijke organisatie van zorg, en geloof. Het bestuur maakte zich grote zorgen over de dreigende versnippering en stelde meerdere commissies in om deze het hoofd te bieden, onder andere de CSI. Trouw aan haar fundamenten probeerde de vereniging de cohesie te bewaren via wetenschappelijke bijeenkomsten en publicaties, en gezamenlijke vergaderingen. Het bestuur zond brieven aan NVvPN-leden die tegelijk lid waren van andere verenigingen (wat veel voorkwam) met aansporingen om het verenigingsverband hechter te maken.

Maar de druk op differentiatie kwam ook van ontwikkelingen in de praktijk, die ervoor zorgden dat de vereniging, die traditioneel weinig aandacht besteedde aan belangenbehartiging en dit in de recente jaren had overgelaten aan specifiek daartoe opgerichte verenigingen als de NVGA (gestichtsartsen), dit toch moest oppakken, om meer afsplitsingen te voorkomen.

De bezuinigingen ten gevolge van de economische crisis en het in werking treden van de Ziektewet in 1930 samen met een verschuiving in de medische praktijk van particuliere naar ziekenfondspatiënten maakten een aanpassing van het tarievenstelsel steeds noodzakelijker. Tot aan 1936 hadden neurologen en psychiaters een aparte plaats gehad in het tariefstelsel, omdat bepaalde verrichtingen niet nauwkeurig te omschrijven waren. In het nieuwe voorstel dat de Specialisten-Commissie van de NMG deed aan de Rijksverzekeringsbank in 1936 was deze uitzonderingspositie verwijderd. De NVvPN tekende protest aan bij de Specialisten-Commissie, en het bestuurslid van Erp Taalman Kip merkte op dat de vereniging te weinig deed voor de belangen van de 'practici', de vrijgevestigde psychiaters. Hij stelde voor om een permanente commissie voor de maatschappelijke belangen van 'specialisten-practici' samen te stellen, en aldus geschiedde, waarmee een aparte vereniging van vrijgevestigden werd voorkomen.

Ondertussen groeiden de praktijken in de krankzinnigengestichten, de zelfstandige praktijk, en de universiteitsklinieken geleidelijk uit elkaar. Waar de eersten (nog steeds, ondanks protesten van de vereniging, gefinancierd vanuit de Armenzorg) zich richtten op de ernstige complexe problemen, de tweede meer op psychotherapie en sociale psychiatrie, legden de derden zich meer op acute problematiek en neurosen toe.

Ook in academische zin was er verwijdering en specialisatie: er kwamen aparte leerstoelen voor neurologie en voor psychiatrie bij, en de discussie over het al dan niet splitsen van de vakken kwam sterk naar voren nadat het Academisch Statuut van 1921 formeel het bestaan van medisch specialismen erkende, en de NMG een Specialisten Registratie Commissie in het leven riep die de opleidingseisen van verschillende disciplines moest vaststellen en de oprichting van een Medisch Specialisten Register moest voorbereiden.

Na een lange discussie inclusief ledenpeilingen over de vraag in hoeverre psychiatrie en neurologie als aparte vakken moesten worden aangeboden, kwam men uit op de uitkomst, dat men tot zenuwarts opgeleid werd, in twee varianten: zenuwarts-psychiater en zenuwarts-neuroloog. Verbonden, wederom, door de materie van de zenuwen.

BERICHTEN.

Wetten, Besluiten, Officiële verslagen, enz..

Het Academisch Statuut.

Bij Koninklijk besluit van den 15den Juni 1921 (Staatsblad no. 800) is vastgesteld het z.g. nieuwe Academisch Statuut, waarbij de in de artikelen 131, 137 en 141 der Hooger-Onderwijswet bedoelde examens en promotiën zijn gewijzigd en nader vastgesteld. Hieraan moge ontleend worden, wat daarin betrekking heeft op de examens in de geneeskunde. De bepalingen omtrent de vereischten van de af te leggen examens zijn opgenomen in art. 4 van het besluit, dat weer verdeeld is in verschillende rubrieken en paragrafen. Rubriek III handelt over de examens ter verkrijging van het doctoraat in de geneeskunde en is verdeeld in drie afdelingen te weten : A. *De artsstudie*, B. *De tandartsstudie* en C. *De vrije studierichting in de geneeskunde*.

A. *Artsstudie*. § 12. Het candidaatsexamen omvat: 1. natuurkunde; 2. scheikunde; 3. biologie; 4. ontleedkunde; 5. physiologie; 6. algemeene ziektekunde.

§ 13. Het candidaatsexamen wordt afgelegd in twee gedeelten, waarvan het eerste gedeelte de vakken omvat, genoemd onder 1, 2, en 3, het tweede gedeelte de vakken, genoemd onder 4, 5 en 6.

§ 14. Het doctoraal examen omvat: 1. ziektekundige ontleedkunde; 2. gezondheidsleer; 3. pharmacologie; 4. bijzondere ziektekunde en therapie; 5. psychopathologie; 6. algemeene heilkunde; 7. verloskunde.

§ 15. Het doctoraal examen wordt afgelegd in twee gedeelten, waarvan het

3) 1933 - Manfred Sakel experimenteert met insuline shocktherapie

In de jaren twintig en dertig gingen optimisme over en experimenteren met somatische behandelingen hand in hand. In eerdere afleveringen stonden we al stil bij [de chirurgische behandelingen van Cotton](#) en de [malariakuur van Wagner-Jauregg](#). De combinatie van wanhoop bij patiënten en hun naasten, de persoonlijke, sociale en economische last van de nog steeds overvolle gestichten, en de ambities van psychiaters om hun vak op een hoger, medisch, niveau te tillen, droegen bij aan de ontwikkeling van behandelingen die wij nu als zeer controversieel of inhumain zien.

De stem van patiënten lijkt nauwelijks te horen te zijn geweest. Scull verwoordt het als volgt (in *Madness in Civilization*): *“Morally, socially and physically removed from the ranks of humankind, locked up in institutions impervious to the gaze of outsiders, deprived of their status as moral actors, and presumed by virtue of their mental state to lack the capacity to make informed choices for themselves, patients were mostly unable to resist those who controlled their very existence, though some managed to do so.”*

Nadat hij in 1933 verhuisd was van Berlijn naar Wenen, werd Manfred Sakel (1900-1957) hoofd van een afdeling voor de behandeling van schizofrene patiënten, en begon te experimenteren met wat hij insuline shock therapie noemde. In zijn publicaties claimde hij 70% remissie. Optimisme over de insulinekuur verspreidde zich snel, en tijdens een bijeenkomst van de Zwitserse Vereniging voor Psychiatrie waren er vanuit meer dan twintig landen gunstige verslagen over de behandeling met insuline. Sakel beschreef de kuur aldus:

“Het bestaat in wezen uit het luxeren van achtereenvolgende dagelijkse schokken met zeer hoge doseringen insuline; deze leiden soms tot epileptische insuluten, maar vaker tot somnolentie of coma, vergezeld van fors zweten – een klinisch beeld dat anders verontrustend zou zijn... Als we echter erbij stilstaan dat de patiënten die bij ons komen voor behandeling doorgaans als zeer ziek of verloren worden beschouwd, denk ik dat er goede redenen zijn om een behandeling, hoe gevaarlijk ook, te proberen die enig hoop op succes belooft.”



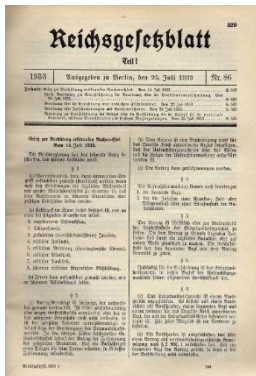
Ondanks het overlijden van 2 tot 5 procent van de behandelde patiënten werd de insulinekuur een populaire behandeling, echter omdat het ook personeelsintensief was – patiënten moesten nauwkeurig gemonitord worden – bleef de toepassing ervan beperkt tot een kleine minderheid van de patiënten. Gecontroleerde studies zouden later uitwijzen dat de insulinekuur ineffectief was, zie hiervoor ‘The Insulin Myth’, van Bourne in *The Lancet* 1953. Desondanks bleef de kuur op sommige plaatsen nog toegepast worden tot in de jaren zestig. Over de toepassing van insulineshocktherapie in Den Haag schreven van Mensvoort, Blok en Blom [dit fraaie artikel](#).



In de jaren dertig werden vervolgens andere vormen van shocktherapie bedacht. De Hongaarse psychiater Ladislav Meduna experimenteerde met methoden om convulsies uit te lokken bij patiënten, vanuit de gedachte dat schizofrenie en epilepsie niet samen konden voorkomen. Na pogingen met kamfer olie en strychnine koos hij voor de stimulant metrazol. Bijwerkingen van deze behandeling bevatten extreme angst, fracturen, luxaties, hersentrauma, cardiale schade en soms overlijden. Al snel vonden de Italianen Cerletti en Bini een minder schadelijk alternatief: electroconvulsieve therapie (waarover later meer).

4) 1933 - Duits Parlement neemt *das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* aan.

Binnen de psychohygiëne beweging waren er van meet af aan twee stromingen, die in de jaren dertig steeds meer op gespannen voet stonden: de sociale psychiatrie en de eugenetica. Waar de eerste zich primair richtte op psychiatrische voor- en nazorg voor krankzinnigen (onder andere via de buitengestichten, consultatiebureaus en medisch opvoedkundig bureaus), was de eugenetica erop gericht de voortplanting van specifieke groepen te voorkomen. De maatschappelijke en professionele zorgen om een epidemie van kwetsbare, mentaal 'ongeschikte' personen die de draagkracht van het volk als geheel zouden overwoekeren vormden samen met erfelijkheidstheorie en de echo's van de oude degeneratieleer een gevaarlijke cocktail.



Dit besef was er indertijd al: de beweging voor eugenetica kreeg een zeer wisselende ontvangst (in Nederland was er vanuit psychiaters vooral theoretische interesse maar kreeg het nooit voet aan de grond). Psychiaters als Kraepelin, Bleuler en vooral Auguste Forel stonden achter de eugenetische theorie. Vanaf de twintiger jaren was de eugenetica beweging het sterkst in Californië (zie vorige aflevering). Maatregelen varieerden van het afzonderen van de 'mentally unfit' en 'feeble-minded' in gestichten, het verbieden van huwelijken tot vrijwillige en involuntaire sterilisatie. In 1934 publiceerde het *Journal of the American Medical Association* een uitvoerig verslag van de Duitse wet en de verwachte voordelen.

Reichsgesetzblatt, 25 juli 1933

[\(klik hier voor vergroting\)](#)

Zowel binnen als buiten de psychiatrie waren er ook bezwaren tegen deze praktijken. Interessant is om een contemporair historisch perspectief te lezen van Alfred Deutsch in zijn boek uit 1937 *The Mentally Ill in America*. Deutsch beschrijft hierin de theorie en praktijk van eugenetische sterilisatie, maar ook de argumenten voor en tegen deze praktijk. Interessant is een passage waarin de tegenargumenten worden genoemd:

"In summarizing some of the principal objections to sterilization as applied to the mentally defective, we may immediately dismiss those based on religious or moral grounds, since they are founded on faith rather than on reason, and are therefore removed from the realm of logical debate."

Hieruit blijkt dat Deutsch een onderscheid maakt tussen (waardenvrije) wetenschappelijke argumenten en morele, en zich beperkt tot de laatste. Maar die liegen er dan ook niet om.

"The scientific objections are far more formidable, particularly in the light of recent findings in genetics. We have not, as yet, sufficient scientific knowledge of hereditary factors in mental defect to warrant the application of eugenic sterilization to any appreciable extent. It is estimated that 89 per cent of inheritable mental defect is transmitted through normal carriers. Should all the feeble-minded be sterilized at once, it would reduce the number in the next generation only by about 11 per cent. The hope of sterilization enthusiasts that this measure would result in the immediate wholesale elimination of the condition from the human stock has no scientific basis."

De leiders van de Duitse sterilisatie beweging ontleenden hun wetgeving naar eigen zeggen aan zorgvuldige studie van het Californische experiment. De wet van 1933 verplichtte artsen om erfelijke ziekten van hun patiënten te registreren. Meer dan 200 'erfelijke gezondheidsrechtbanken' werden opgericht, die tussen 1934 en 1939 meer dan 400.000 sterilisaties autoriseerden, met als rechtvaardiging het label 'mentaal ziek'.

5) 1933 - Psychoanalyse onder de nazi's

De opkomst van het nazisme betekende het einde van de psychoanalyse in Duitsland en het begin van een uittocht van vluchtelingen, vooral naar het oosten van de VS (en vooral New York) en in mindere mate Engeland (Londen). Een opeenvolging van noodlottige gebeurtenissen aan het begin van 1933 wierp een schaduw over Europa: Hitler eiste het kanselierschap op en kreeg op 30 januari zijn zin.

De brand [in de Reichstag van 27 februari](#) buitte hij uit door paniek te zaaien over een immanente Communistische revolutie, waarop president Hindenburg noodverordeningen tekende die burgerrechten opschortte. De Communistische Partij werd verboden, en op maar 23 werd Hitler dictator van Duitsland. De psychoanalytische beweging stond direct onder grote druk, zeker de Marxist Wilhelm Reich, die snel naar Wenen vluchtte. Anna Freud vroeg aan Ernest Jones om Reich uit de IPA te zetten, om het risico te verkleinen, maar Jones weigerde.



Tijdens het Internationale Psychoanalytische Congres in Luzern werd stilgestaan bij de actuele situatie van het veld: de psychoanalyse had zich, niet in het minst door de veranderingen in Freud's eigen denken, ontwikkeld van een Freudiaanse cultuur naar een bredere, psychoanalytische cultuur waarin onder andere de egopsychologie onderdak vonden (meer over de geschiedenis van de IPA vindt u [hier](#)).

De Britse analytica Brierley benadrukte dat de indrukwekkende groei van het laatste decennium had geleid tot veel nieuwe hypothesen zonder theoretische synthese of integratie. Oude en nieuwe concepten werden naast elkaar en overlappend gebruikt. Het debat hierover werd echter tot stilstand gebracht door de existentiële dreiging vanuit Duitsland. Het Berlijnse Instituut was weliswaar nog open, maar de meeste leden waren gevlucht.

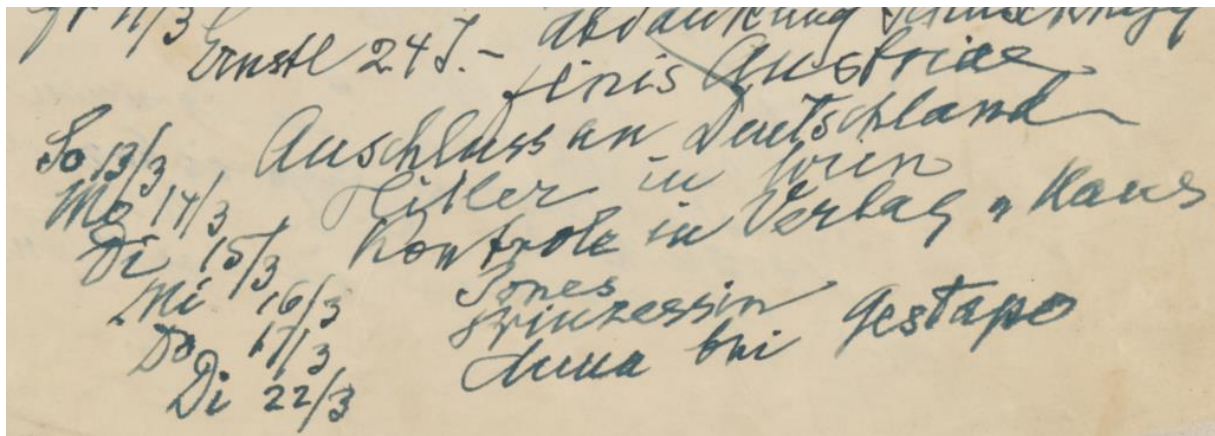
De nazi's verdreven alle Joodse artsen uit Berlijnse ziekenhuizen, behalve het Joods Hospitaal. Joodse leden van het Berlijns Psychoanalytisch Instituut werden verzocht ontslag te nemen. Simmel, een leider van socialistische artsen in Berlijn, was gearresteerd. Franz Alexander en anderen waren geëmigreerd naar Amerika, en Reich was op de vlucht, dakloos en zonder papieren. De grote innovator Ferenczi was in 1933 overleden.

In Luzern werd Reich het lidmaatschap van de IPA ontnomen, vooral op instigatie van Anna Freud, vanwege het prioriteren van revolutionaire communistische ideeën boven psychoanalytische. Jones medewerking hieraan was onderdeel van een poging om psychoanalyse te depolitiseren en zo te overleven. De onzekerheid over hun toekomst in Europa werd verder gevoed door de opstelling van Jung, die in december 1933 in het Zentralblatt für Psychotherapie pleitte voor een raciale psychologie die een onderscheid maakte tussen Duitsers en Joden.

In hetzelfde nummer schreef M. Göring, lid van de Nazi Partij en neef van Hermann, dat verwacht werd dat alle psychotherapeuten *Mein Kampf* aan serieuze wetenschappelijke studie moesten onderwerpen. Psychoanalytische werken werden verbannen en verbrand. De bedreigingen voor de psychoanalytische werden in andere Europese landen, vooral Oostenrijk, eveneens gevoeld. Ook Weense artsen vluchtten naar Amerika.

Sigmund Freud schreef in 1933 naar zijn neef Sam, met de mededeling dat hij vastberaden was het tot het einde vol te houden in Wenen. Misschien, zo hoopte hij, zou niet al te slecht aflopen. Vanaf 1936 kreeg hij toenemend te kampen met een recidief van de mondkanker die al in 1923 voor het eerst bij hem geconstateerd was. In februari 1938 schreef Anna Freud aan Jones dat Wenen in een paniektoestand was, maar dat zij daar niet in meegingen. Haar vader maakte in de weken daarna korte aantekeningen in zijn dagboek.

- 13 Maart: Anschluss met Duitsland.
- 14/3 Hitler in Wenen.
- 15/3 Huiszoeking en inname van zijn paspoort.
- 22/3 Anna bij Gestapo.



Dagboek Freud - 1938

Met behulp van forse diplomatieke steun lukte het Freud om toestemming te krijgen om naar Londen te vertrekken met zijn gezin, huishoudelijke hulp en persoonlijke arts op 4 juni 1938. Ruim een jaar later, drie weken na het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog, overleed Freud. Vier van Freud's zussen, die geen visum hadden kunnen bemachtigen en in Oostenrijk waren gebleven, werden naar Theresienstadt overgebracht, waar één overleed. De overige drie werden naar Treblinka afgevoerd en in de gaskamers omgebracht.

De emigratie van psychoanalytische leverde nieuwe dynamiek en uitdagingen op in de ontvangende landen, niet in het minst in Amerika, waar de Europese analytici hun Amerikaanse collega's als intellectueel inferieur beschouwden. Deze interne spanningen vielen echter in het niet bij de verschrikkingen die de wereld opwachtten vanaf 1939.

6) 1934 - Het ongelukkige leven van Charles de Vere Beauclerk

Tot nu toe hebben we nauwelijks aandacht besteed aan de private behandeling van krankzinnigheid, die voornamelijk voorbehouden was aan welgestelden. Rijke families deden er alles aan om te voorkomen dat hun familieleden in staatsgestichten terechtkwamen. De sporen van lijden door waanzin zijn echter hier ook goed te traceren.

Een voorbeeld is het leven van Charles de Vere Beauclerk, van adellijke afkomst (zijn formele titelatuur was [Earl of Burford en Hereditary Grand Falconer of England](#)) en petekind van koningin Victoria. Het grootste deel van zijn jeugd bracht hij door op het familielandgoed Bestwood bij Nottingham. Zijn moeder overleed toen hij 18 maanden oud was, en zijn opvoeding was, conform de Victoriaanse traditie, geprivilegieerd maar koud.

Charles ging conform zijn stand naar Eton, waar hij echter al na drie jaar door zijn tutor, die hem omschreef als een vreemd, lastig te beïnvloeden kind, werd weggestuurd op de leeftijd van 16 jaar. Charles was verlegen en solitair, maar ook sportief, een uitstekend ruiter, en werd door een vriend als 'fearless' omschreven.

Na een reis naar Nieuw-Zeeland en Australië keerde hij rond zijn 23^{ste} terug in matige gezondheid, met koortsaanvallen. Hij ging denken dat zijn ouders hem wilden vergiftigen, en samenspannen met de artsen die hem behandelden. Hij schreef eindeloze brieven naar advocaten en probeerde tevergeefs rechtszaken te entameren. Ondertussen werd hij solitair en somber. Hij maakte schulden en belandde voor de rechtbank, waarop zijn vader aanbood zijn schulden af te betalen onder de voorwaarde dat Charles als aide-de-camp met Lord Elgin naar India zou meereizen.



Aldaar liep hij dysenterie op, leed opnieuw aan koortsaanvallen en keerde na een half jaar terug. Nu wilde hij een zaak tegen zijn vader aanspannen wegen haarverlies. Een paar maanden na het overlijden van zijn vader ging hij fors bewapend aan boord van diens boot en bedreigde de kapitein met een revolver, terwijl hij diens bemanning aanspoorde om de wapens op te pakken tegen samenzweerders.

Hij werd opgepakt en overgebracht naar een privaat gesticht, het [Ticehurst House](#) Hospital, onder een zogenaamde 'Chancery Order'. Vanaf zijn 28^{ste} bracht hij 36 jaar door in dit gesticht, afgeschermd van de buitenwereld, in een omgeving die een Victoriaans landgoed nabootste, en verzorgd door een staf die ook moest voorkomen dat hij ontsnapte.



Ticehurst, Sussex, c.1828-29

Voor de buitenwacht bleef hij onderdeel van het gezin, de lokale krant beschreef hem enige jaren na zijn opname als een *'eligible, albeit reticent bachelor who preferred the deck of a rolling yacht to all the gaieties of town.'* Men wist niet beter dan dat hij de wereld over reisde in zijn plezierjacht.

Charles zelf, opgesloten in zijn gouden kooi, bleef obsessief brieven schrijven aan de Masters of Lunacy, de Board of Control, en de Secretary of State over zijn situatie. Hij overleed in 1934, 64 jaar oud. Zelfs bij zijn overlijden bleken de media niet op de hoogte van zijn situatie en meldden dat hij zich eerder teruggetrokken had op een van zijn landgoederen. Zijn zus gaf het volgende commentaar: *"Details of the Duke's death are not being disclosed. He had been a great invalid for some years, and that is all I can say."*

7) 1935 - Psychochirurgie

Egas Moniz (1874-1955), een Portugese neuroloog die in de jaren twintig de eerste cerebrale angiogram ontwikkelde, meende dat krankzinnigheid voortkwam uit abnormale neurale verbindingen in de frontale cortex. Hij beschreef een 'fixatie der synapsen' dat leidde tot dominante obsessieve ideeën. Moniz had het werk van fysiologen Fulton en Jacobsen gelezen, die meldten dat verwijdering van de frontale lobi van chimpansees ze rustiger en meewerkender maakte, en had veranderingen in karakter en persoonlijkheid geobserveerd bij soldaten met schade aan de frontale lobi.

Zijn hypothese dat het chirurgisch verwijderen van witte stof vezels uit de frontale lobi testte hij in 1935 bij een groep van 20 patiënten, als eerste bij een 63-jarige vrouw met depressie, angst, paranoia en hallucinaties. Een psychiater rapporteerde twee maanden later dat ze kalmer, minder paranoïde, en goed georiënteerd was. De eerste uitkomsten van Moniz leken positief: zeven patiënten genezen, zeven verbeterd, en zes onveranderd. De psychiater die patiënten naar Moniz verwezen had, Sobral Cid, protesteerde en schreef dat de patiënten die de operatie ondergaan hadden ernstig beschadigd waren en niet verbeterd. Hij weigerde andere patiënten naar Moniz te verwijzen.

Desondanks volgde snel een publicatie in 1936 waarin Moniz de prefrontale leukotomie als simpel, veilig, en potentieel effectief beschreef bij sommige vormen van psychische stoornis.

Walter Freeman, neuroloog in Washington, was onder de indruk van de resultaten en later dat jaar voerde hij samen met zijn collega James Watts de eerste leukotomie uit bij een patiënt met schizofrenie. Ze omschreven hun behandeling als de standaard of 'precisie' lobotomie, maar waren onzeker over hoeveel hersenweefsel ze moesten beschadigen: te weinig en de patiënt zou krankzinnig blijven, teveel en de patiënt zou nergens meer toe in staat zijn, of overlijden. Hun oplossing was om door te gaan tot de patiënt tekenen van desoriëntatie vertoonde. Daarom werd de ingreep onder lokale verdoving verricht: Watts sneed, terwijl Freeman een serie vragen stelde en de antwoorden noteerde.



Freeman demonstreert transorbitale lobotomie

De neurochirurgen verklaarden hun behandeling tot een groot succes, een verlossing voor het chronische lijden van de patiënten, wegwijnend en verwaarloosd in het gesticht. Maar veel collega's waren niet overtuigd, en bij de eerste professionele bijeenkomst waar Freeman over zijn behandeling sprak, werd hij getraakteerd op scherpe, vijandige kritiek en verontwaardiging, tot Adolf Meyer, de eminente psychobioloog, tussenbeide kwam en het publiek aanmoedigde in naam van wetenschap het experiment te laten voortgaan.

Freeman's resultaten baarden opzien, en andere ziekenhuizen in de VS begonnen de procedure toe te passen. William Sargant bracht het naar Groot-Brittannië. Omdat de procedure tijdrovend was, zocht Freeman naar alternatieve methoden, die hij in de Italiaanse medische literatuur vond: de transorbitale route.

Dit leverde een procedure op die zo snel en simpel was, zo sprak Freeman later, dat hij het in twintig minuten aan elke idioot kon uitleggen, zelfs aan een psychiater (de neuroloog Freeman keek neer op psychiaters). Freeman ging experimenteren met ambulante transorbitale lobotomie. Deze was van meet af aan controversieel. Watts was ontdaan en keerde zich tegen Freeman, en Fulton, mentor van Freeman in Yale, dreigde hem met fysiek geweld als hij zich in New Haven zou vertonen. Freeman liet zich niet ontmoedigen: tussen 1936 en 1948 had hij met Watts samen 625 leukotomieën verricht, daarna voerde hij zelf tot 1957 nog 2400 transorbitale operaties uit, terwijl sommige staatsziekenhuizen in de jaren veertig de methode ook toepasten. Voor sommigen behoorde lobotomie tot de groep somatische behandelingen die de vooruitgang van de psychiatrische wetenschap en praktijk vertegenwoordigden:

“The physical therapies have emphasized the essential unity of mind and body. The fact that mental illnesses are in a degree amenable to procedures easily comprehended by all as ‘treatment’ goes far to establish the attitude that these are really illnesses like all others, and not incomprehensible reactions which split the victim away from the rest of mankind and from ordinary concepts of sickness and treatment.” (Mental Hygiene News, het officiële tijdschrift van het netwerk van New Yorkse gestichten.)

8) 1936 - The Cult of Curability: een historicus blikt terug op 19-eeuwse hype

Tot aan het derde decennium van de negentiende eeuw, zo schrijft historicus Alfred Deutsch, overheerste pessimisme over de therapeutische mogelijkheden bij krankzinnigheid, ondanks de populaire inspanningen van mensen als Pinel, Tuke, Chiarugi en Rush: eens krankzinnig, altijd krankzinnig ging het in de volksmond. Rond 1830 sloeg dit perspectief abrupt om in de overtuiging dat krankzinnig de meest behandelbare aller ziekten was.



Een cultus van behandelbaarheid ontstond, volgens Deutsch, vooral bestaande uit gestichtsartsen, waarvan sommigen beter wisten, maar toch lippendienst bewezen aan dergelijke hyperbolische uitspraken in de hoop dat ze daardoor middelen zouden kunnen verwerven voor meer en betere instellingen voor krankzinnigenzorg. Het doel heiligde de middelen. Anderen manipuleerden hun cijfers en statistiek om hun professionele concurrenten voor te blijven.

Volgens Deutsch was deze praktijk van therapeutische opschepperij al begonnen bij de behandeling van koning George III in Engeland aan het einde van de 18^e eeuw, in de persoon van Francis Willis, die claimde 9 van de 10 krankzinnigen die hij behandelde te genezen. Zijn claims werden door collega's met grote skepsis aanschouwd, maar vielen goed in de publieke opinie (en bij de koning).

In 1820 claimde George Man Burrows in Engeland een soortgelijk succespercentage. Meer voorbeelden volgden, ook in de VS, en al gauw gingen artsen elkaar overtroeven, tot de onvermijdelijke 100% succespercentage gerapporteerd werd. Daarbij, zo toont Deutsch aan, werden 'groteske' methoden toegepast om statistische informatie te verzamelen. De opgeblazen cijfers baanden inderdaad de weg voor investeringen in de bouw en het onderhoud van gestichten in al deze landen.

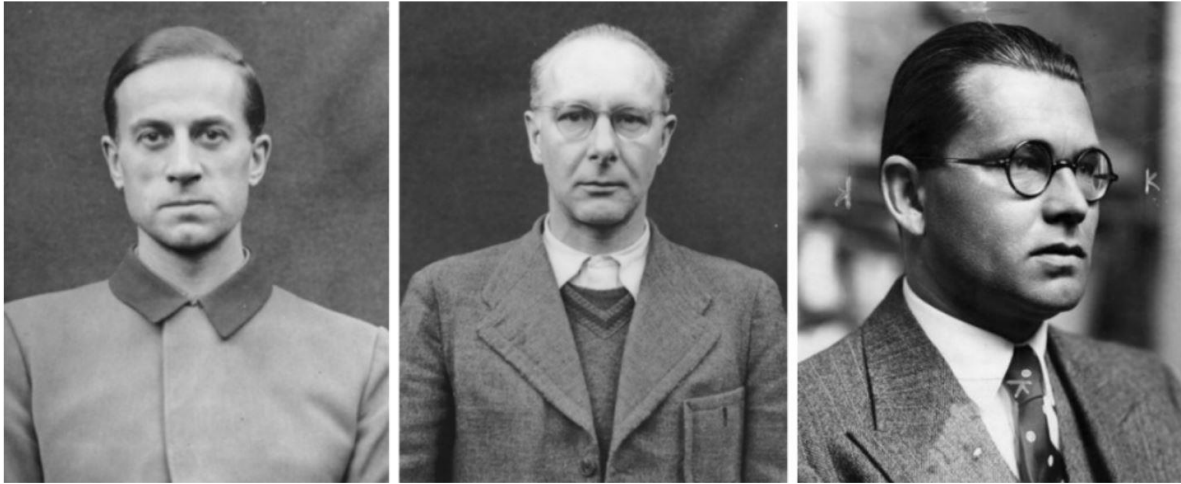
De professie zelf deed enthousiast mee met de hype, zoals de prominente Amariah Brigham (een van de oprichters van de APA), die in 1837 schreef: *"It is gratifying to be able to state that no fact relating to insanity appears better established than the general certainty of curing it in its early stage."*

De waarheid bleef echter niet heel lang verborgen: tussen 1945 (met de publicatie van *Observations and Essays on Statistics of Insanity* waarin veel lagere genezingspercentages werden vermeld) en 1950 groeide de kritiek op de statistieken en toegepaste methoden.

Gestichten schroefden hun succespercentages omlaag, en de cultus van geneesbaarheid trad geleidelijk naar de achtergrond. De laatste nagel in de doodskist werd geslagen door Pliny Earle met *The Curability of Insanity* uit 1887. De pendule zwaaide weer terug naar pessimisme, maar nu, noteert Deutsch, was ook het vertrouwen in de betrouwbaarheid van de professie geschaad, en zelfs lang nadat er wel een reële basis was voor wetenschappelijke kennis en therapeutische potentie herhaalde de volksmond: *"Eens krankzinnig, altijd krankzinnig!"*

9) 1939 - Hitler lanceert Aktion T4

Aktion T4 was de naam voor een programma van onvrijwillige euthanasie die de Nazi Partij in 1939 startte. Artsen werden geautoriseerd om patiënten te selecteren die 'ongeneeslijk ziek' waren na 'zeer kritisch medisch onderzoek' en deze de 'Gnadentod' te verlenen. In oktober 1939 tekende Hitler een 'euthanasiebrief' die zijn arts Karl Brandt en Reichsleiter Philipp Bouhler autoriseerde om het programma uit te voeren. De naam T4 is afgeleid van het adres van het kantoor, Tiergartenstraße 4 in Berlijn. Tot aan het einde van de oorlog werden tussen de 275.000 en 300.000 mensen gedood in psychiatrische ziekenhuizen in Duitsland, Oostenrijk, Polen, en Tsjechië.



Drie verantwoordelijken voor het T-4-euthanasieprogramma van de nazi's. V.l.n.r.: Karl Brandt (1904-1948), Viktor Brack (1904-1948) en Philip Bouhler (1899-1945). (foto's Wikimedia)

Ongeveer de helft van de slachtoffers was afkomstig van kerkelijke gestichten. Clemens van Galen, de Duitse bisschop van Münster, organiseerde protesten in 1941 en officieel werd het programma in augustus van dat jaar beëindigd. Niet voor lang echter, want nauwelijks enkele maanden later werd in het grootste geheim het project opnieuw opgestart.

Algauw werden naast psychische en fysieke gehandicapten nu ook iedereen die volgens de nazi-ideologie een ballast betekende voor de maatschappij massaal geëuthanaseerd. Zoals bij andere initiatieven speelde propaganda ook bij het euthanasie programma een belangrijke rol: in de jaren 30 was het Duitse volk al beïnvloed met folders, posters, en films ([Das Erbe](#), [Opfer der Vergangenheit](#) en [Ich klage an](#)) die de kosten van de verzorging van de ongeneeslijk zieke krankzinnigen in de gestichten benadrukten.

De eerste categorie mensen die de Nazi's begonnen uit te roeien waren de "Ausschusskinder", kinderen geboren met verondersteld erfelijke aandoeningen. Duitse artsen, verpleegkundigen, gezondheidsfunctionarissen en vroedvrouwen waren verplicht om alle kinderen tot en met de leeftijd van drie jaar die tekenen vertoonden van een verstandelijke beperking of fysieke afwijkingen te rapporteren. Op basis van deze informatie besliste een panel van 'medische experts' over leven of dood van de kinderen. De kinderen die geselecteerd werden voor de dood werden vervolgens van hun huis of instituut overgebracht naar een 'pediatric killing ward'. Daar werden de kinderen kort na aankomst gedood door een injectie of geplaatst in zogenoemde hongerhuizen waar ze stierven aan ondervoeding.

Begin 1940 werd in Grafeneck, een dorp op enkele kilometer zuidwaarts van Stuttgart het eerste van zes euthanasiecentra in gebruik genomen (Bernburg, Brandenburg, Grafeneck, Hadamar, Hartheim, and Sonnenstein). Allen waren in psychiatrische ziekenhuizen gelokaliseerd. Mindervaliden met een psychische stoornis of fysieke handicap werden er uit verschillende zorginstellingen van het land naartoe gebracht en vervolgens meedogenloos vergast of met een dodelijke injectie om het leven gebracht. Aanvankelijk ging het om kinderen jonger dan 3 jaar oud, maar na het uitbreken van de oorlog werden zowel de leeftijdsgrenzen als de aard van de 'ziekten' verruimd, waaronder het behoren tot het Joodse ras.

Brandt en Bouhler breidden vanaf 1939 het euthanasieprogramma uit naar volwassenen, als eerste in Polen, waar in Wartheland alle ziekenhuizen en gestichten werden ontruimd. Duizenden mensen met lichamelijke en mentale handicaps werden om het leven gebracht. In oktober 1939 werd hierbij voor het eerst gebruikt gemaakt van een gaskamer met koolmonoxide.

De artsen die het euthanasieprogramma coördineerden waren geselecteerd op de duur van hun affiliatie met de Nazi Partij en hun sympathie met raciale eugenetica. De meerderheid bestond uit psychiaters, zoals prof. Carl Schneider (Heidelberg), prof. Max de Crinis (Berlijn) en prof. Paul Nitsche (Sonnenstein).

Na de oorlog vond een serie militaire tribunalen plaats in o.a. Dresden, Nüremberg en Graz, waarbij 23 artsen en ambtenaren werden aangeklaagd voor oorlogsmisdaden en misdaden tegen de menselijkheid vanwege hun rol in het euthanasieprogramma. 16 werden schuldig bevonden en 7, waaronder Brandt, ter dood veroordeeld.

10) 1939 - De inzet van psychiaters tijdens de Tweede Wereldoorlog

Het is bekend dat oorlogen een grote invloed hebben op technologische en wetenschappelijke ontwikkeling, en hoe groter de oorlog, hoe groter die invloed. Eerder zagen we al hoe de Eerste Wereldoorlog ertoe leidde dat men anders ging denken over het relatieve aandeel van erfelijke kwetsbaarheid versus exogene factoren die op de psyche inwerken vanwege de impact van shell shock. Daarnaast betekende die oorlog ook een doorbraak voor de rol van psychiatrische behandeling in oorlogssituaties. De ervaringen van de Eerste Wereldoorlog werkten in verschillende landen echter anders uit.

Zo was de consensus onder Duitse psychiaters dat lijders van shell shock in de Eerste Wereldoorlog lafaards waren en ziekte voorwendden. De fout om ze als ziek te zien moest niet nog een keer gemaakt worden, dus de aanpak in WOII was negeren, (fors) bestraffen, fusilleren of terugsturen naar het front.

De Britse aanpak was iets minder hardvochtig, maar men wilde eveneens de 'epidemie' van shell shock voorkomen door 'elke vooruitzicht van een beloning voor het vertonen van neurotische symptomen voorkomen'. Niemand mocht vanwege neurose uit dienst ontslagen worden, noch werd er pensioen aan gekoppeld, uitvoerige behandelingen werden verboden en de soldaat moest dicht bij de frontlinie worden behandeld en zo snel mogelijk teruggestuurd worden naar het front.



FIGURE 26.—British and American medical officers, on a tour of inspection of all surrounding hospitals near Atlanta, Ga., attend a general conference in Atlanta, 10 November 1943. Left to right, front row: Brig. John R. Rees, RAMC, Col. Sanford W. French, MC. Left to right, back row: Lt. Col. William C. Menninger, MC, Lt. Col. George R. Hargreaves, RAMC, Col. John D. Griffin, RAMC, and Lt. Col. Malcolm J. Farrell, MC.

Hoewel officiële cijfers het aandeel van psychiatrische problemen onderschatten, wordt geschat dat het bij tussen 5 en 30% van alle zieken en gewonde soldaten ging om psychiatrische aandoeningen. In het Verenigd Koninkrijk zijn de memoires van komiek Spike Milligan zeer bekende illustraties van de ervaringen en gevolgen van traumatische oorlogservaringen.

In Amerika werd na de aanval op Pearl Harbour ingezet op psychiatrische screening van rekruten. Meer dan een miljoen werden afgewezen, wat de hoop op een mentaal weerbaar leger voedde. Die hoop bleek ijdel, toen bleek dat 'war neurosis' en 'combat exhaustion' tot mee dan een miljoen ziekenhuisopnames in Amerika leidden vanwege neuropsychiatrische problemen. Percentages van de totale uitval liepen op tot 40 procent.

Zowel het Britse als het Amerikaanse leger hadden de leiding van de psychiatrische diensten in de oorlog in handen gelegd van psychoanalytici: J.R. Rees voor de Britten, en William Menninger (foto) voor de Amerikanen. Een groot probleem was het gebrek aan getrainde psychiaters. Artsen moesten snel omgeschoold worden om snel aan het werk te gaan, en die training in psychotherapie werd door Menninger gecoördineerd.

Vanwege de grote getallen moesten behandelingen in groepsverband gegeven worden. Deze dwingende noodzaak leidde na de oorlog tot een grote influx in de Amerikaanse psychiatrie van analytisch opgeleide artsen, en een impuls voor het idee van groepsbehandeling.

