

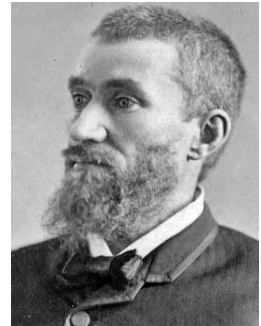
Tijdlijn NVvP – Uitwerking 1881- 1890

1) 1881 - De moord op James Garfield



Na een succesvolle verkiezingscampagne waarin hij vooral last had van broedertwisten in zijn eigen Republikeinse partij zag president James Garfield in juli 1881 uit naar een welverdiende vakantie. Op 2 juli stapte hij het Baltimore and Potomac Railroad Station binnen samen met zijn 2 zoons en Secretary of State James Blaine. Kort nadat zij het gebouw binnenstapten, weerklonk het eerste schot, dat de schouder van de president schampte. *“My God, what is that?”* riep Garfield. Het tweede schot doorboorde zijn rug, miste zijn ruggengraat en nestelde zich achter zijn pancreas. Hij zeeg ineem, terwijl de dader bij zijn vlucht tegen de toegesnelde agent Patrick Kearney aanliep, en direct aangehouden werd. De geestesgesteldheid van de dader zou een testcase worden voor de jonge psychiatrie.

Garfield overleefde de aanslag maar bezweek twee maanden later alsnog aan de gevolgen van sepsis (die waarschijnlijk niet was opgetreden als de artsen die de kogel probeerden te verwijderen antiseptisch gewerkt hadden). De dader, Charles Guiteau, werd in november voorgeleid. De media aandacht, die al ongekend was gezien het slachtoffer, nam verder toe door het merkwaardige gedrag van Guiteau tijdens de zittingen: hij beledigde voortdurend zijn eigen raadsman, voerde zijn verdediging deels zelf in de vorm van lange, epische gedichten, en zocht via briefjes juridisch advies van willekeurige leden van het publiek. Hij zong ‘John Brown’s Body’ in de rechtszaal, en verklaarde dat hij onschuldig was omdat hij slechts een instrument van God was.



Al voor de rechtszaak was de vraag naar de mentale staat van Guiteau onderwerp van uitvoerige publieke speculatie. Niet zonder reden: de levensloop van deze zonderlinge figuur werd gekenmerkt door, zacht gezegd, een discrepantie tussen zijn zelfbeeld en zijn levenswandel. Na een mislukte universitaire opleiding trad hij toe tot een utopische religieuze gemeenschap (Oneida) in New York, waar hij zich dermate impopulair maakte dat men hem ‘Charles Gitout’ ging noemen. Hij vertrok, poogde een juridische carrière te starten, wat mislukte, en ging vervolgens (inmiddels getrouwd) aan de slag als deurwaarder, waarbij hij geld verduisterde en van plek naar plek verkaste om schuldeisers voor te blijven. Zijn interesse verschoof naar politiek en theologie (hij schreef het boek ‘The Truth’, grotendeels geplagieerd van John Humphrey Noyes, de oprichter van Oneida).

Nadat hij een speech geschreven had om Garfield’s nominatie te steunen, raakte hij ervan overtuigd dat zijn werk een doorslaggevende rol gespeeld had bij de verkiezing van Garfield. Berooid en zwervend over de straten van Washington D.C. eiste hij in vele brieven een ambassadeurschap op (eerst in Wenen, later Parijs). Afwijzing na afwijzing volgde. Ervan overtuigd dat Garfield de Republikeinse partij ten gronde zou richten besloot Guiteau dat de enige oplossing was om Garfield te verwijderen zodat vicepresident Chester A. Arthur, een tegenstander van Garfield, president zou worden.

Bij voorbaat waren de kansen op exculpatie van Guiteau zeer gering: hij was de meest gehate man van Amerika. Maar onder de schuldvraag van Guiteau kwam een ander concept onder druk te staan: de basis

van ontoerekeningsvatbaarheid. De wetgeving hieromtrent was nog in ontwikkeling: na weer een andere aanslag, in 1843 op de Britse premier Robert Peel door Daniel M'Naghten, stelde de House of Lords een set criteria op voor de 'insanity defence' die bekend kwam te staan als de M'Naghten rule:

"that every man is to be presumed to be sane, and ... that to establish a defence on the ground of insanity, it must be clearly proved that, at the time of the committing of the act, the party accused was labouring under such a defect of reason, from disease of the mind, as not to know the nature and quality of the act he was doing; or if he did know it, that he did not know he was doing what was wrong."



Die richtlijnen hielpen, desalniettemin bleef onenigheid en controverse bestaan zowel in het publieke domein als binnen de beroepsgroep over hoe krankzinnigheid en ontoerekeningsvatbaarheid gedefinieerd en geïdentificeerd moesten worden. Tijdens het proces van Guiteau werden 36 'alienists' en neurologen geraadpleegd, die het niet eens konden worden over de mentale staat van Guiteau. Het grootste contrast was te vinden in de getuigenissen van de leidende getuigen-deskundigen, John Gray en Edward Spitzka. Als getuige voor de Staat verklaarde Gray, mede op basis van twee dagen onderzoek van Guiteau, wilsbekwaam.

Zijn daden waren gegrond in een moreel tekort, niet een stoornis. Hij toonde volgens Gray in zijn gedrag en denken zelfcontrole en zelfregie, en er was zelfs sprake van ziektebesef, een duidelijk teken dat hij niet krankzinnig kon zijn: *"He stated to me that he recognized his mental condition as one of insanity... When persons recognize a delusion as an insane delusion in themselves, and claim that the delusion is evidence of insanity, they cannot be insane... No man who has such a defusion and is insane, recognizes himself as*

anything but sane...His was a life of moral degradation, moral obliquity, profound selfishness and disregard for the rights of others."

Edward Spitzka, alienist en neuroloog, zag dat anders: hij erkende dat Guiteau een 'moreel monster' was, maar grondde diens denken en gedrag in een erfelijke dispositie, die hem vrijwaarde van schuld. Hij had geen twijfel dat Guiteau thuishoorde in een gesticht en uitte tijdens de zittingen herhaald zijn minachting voor de gestichtsartsen, zoals hij eerder deed in een vernietigend artikel uit 1878: "Judging by the average asylum reports, we are inclined to believe that certain superintendents are experts in gardening and farming (although the farm account frequently comes out on the wrong side of the ledger), tin-roofing (although the roof and capula is usually leaky), drain-pipe laying (although the grounds are often moist and unhealthy), engineering (although the wards are either too hot or too cold), history (though their facts are incorrect, and their inferences beyond all measure so); in short, experts at everything except, the diagnosis, pathology and treatment of insanity." De diagnose volgens Spitzka was 'moral insanity', waarbij een persoon geboren wordt met een dusdanig afwijkend neurologisch gestel dat hij verstoken is van de 'moral sense', analoog aan erfelijke verlamming en andere aangeboren afwijkingen. Het paste bij Spitzka's visie op krankzinnigheid als primair materieel-neurologisch bepaald. Psychiatrie, volgens Spitzka, was 'slechts een subsidiaire tak van de neurologie'.

Guiteau was vanzelfsprekend kansloos in het proces, en werd op 30 juni 1880 opgehangen. Na zijn dood stonden artsen in de rij om zijn hersenen te onderzoeken. Men vond dat de dura mater rond de hersenen verdikt was, een mogelijk teken van neurosyfilis (het was bekend dat Guiteau prostituees had bezocht). Zou het dan toch...?

De controversen rond en tijdens het proces onderstreepten de onwetendheid, onzekerheden, en interne spanningen van de artsen die bij krankzinnigheid betrokken waren. De kwetsbare medische positie van de psychiatrie duurde voort.

Bronnen:

Whooley, O. (2019) *On the Heels of Ignorance: Psychiatry and the Politics of Not Knowing*. Chicago: Chicago University Press.

Spitzka, E. (1878) Reform in the study of psychiatric disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.5, No.2, April, 201-229.

2) 1882 - Jean-Martin Charcot publiceert 'Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques'.

Jean-Martin Charcot (1825-1893) was een Franse neuroloog en professor van pathologische anatomie. Hij wordt omschreven als de 'vader van de moderne neurologie', en zijn naam is verbonden aan een lange lijst medische fenomenen (o.a. Charcot's arterie, de ziekte van Charcot, en Charcot's neurologische triade bij multipele sclerose). In relatie tot de psychiatrie is hij het meest bekend vanwege zijn werk rond histerie en hypnose, die van grote invloed was op het denken en werk van Freud.



Voordat Charcot zich op histerie toelegde, was hij al een internationale medische beroemdheid vanwege zijn verdiensten op het gebied van interne geneeskunde, pathologische anatomie en neurologie, onder meer gebouwd op de 'Musée pathologique vivant' van de Salpêtrière, een 'onuitputtelijke bron' van (bijna) overleden neurologische specimenen. Zijn autoriteit was onaantastbaar, en dit gaf hem de ruimte om zich op de ook toen omstreden aandoening histerie te richten (zo duidde de Parijse aliënist Charles Lasèque histerie aan als 'een medische prullenbak waarin men elders werkloze symptomen kwijt kan'). Jules Faret, een andere arts aan de Salpêtrière, omschreef de hystericen als 'actrices, die geen groter plezier kennen dan allen te bedriegen, met wie ze in aanraking komen'.

Charcot was er echter van overtuigd dat histerie een neurologische, erfelijke aandoening was die specifieke gebieden van de hersenen aandeed waardoor fysieke symptomen resulteerden. Zijn interesse werd geprikkeld toen hij in 1870 een extra afdeling mocht beheren in de Salpêtrière, waar epileptici en hystericen samen opgenomen waren. Context en stress speelden wel een rol bij histerie volgens Charcot. In terminologie die we tot vandaag herkennen, sprak hij van een erfelijke kwetsbaarheid die een predispositie voor het ontwikkelen van de aandoening opleverde, die onder stress geluxeerd kon worden. Hypnose en histerie waren in de theorie verbonden: alleen hystericen konden gehypnotiseerd worden, omdat de techniek (volgens de theorie) via een verandering in cerebrale circulatie het zenuwstelsel in een andere staat bracht, en daarbij de onderliggende nerveuze pathologie van histerie onthulde. Charcot publiceerde meer dan 120 gevalsbeschrijvingen van patiënten met de diagnose histerie en zijn wekelijkse lezingen waarbij patiënten 'live' hypnose ondergingen groeiden uit tot populaire publiekstrekkingen.



Zijn pathologisch-anatomische onderzoeken konden geen laesie identificeren, dus hij legde zich toe op nauwkeurige studie van beloop en classificatie. Dit leidde tot een onderverdeling in vier fasen van histerie: *epileptoïde, grand mouvements, attitudes passionelles, en delirium*. Hij benadrukte in dit artikel uit 1882 dat alle histerische aanvallen zich volgens dit vaste schema voltrokken, en dit universele karakter van de symptomatologie bevestigde de organische natuur ervan. Een paar jaar later wist de jonge neuroloog Freud toegang te verkrijgen tot de binnenste kring adepten van Charcot (door aan te bieden zijn werk in het Duits te vertalen), toen hij een aantal maanden in Parijs verbleef. De ervaring maakte diepe indruk op Freud, hij schreef aan zijn vrouw Martha: *“Charcot, die een van de grootste artsen is en wiens gezond verstand aan genialiteit grenst, vernietigt eenvoudigweg al mijn plannen en meningen. Soms verlaat ik zijn lezingen net als ik de Notre Dame verlaat, met een nieuw idee van perfectie.”*

Bronnen:

Jean-Martin Charcot. (1882) Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Comptes Rendues hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences* 94: 403-405.

Scull, A. (2009) *Hysteria. The Biography*. New York: Oxford University Press.

3) 1883 - Emil Kraepelin publiceert *Compendium der Psychiatrie: Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte*.

Emil Kraepelin (15 februari 1856 – 7 oktober 1926) was een sleutelfiguur van het ‘eerste tijdperk’ van de biologische psychiatrie die nu vooral wordt herinnerd voor zijn bijdragen aan de nosologie, vooral zijn onderscheid tussen manisch-depressiviteit en dementia praecox. De empirische uitgangspunten waarop hij zijn classificatie stelde gelden als blauwdruk voor de nosologische revolutie die met de DSM-III gestalte kreeg.

De jonge Kraepelin wilde tijdens zijn lentevakantie van 1883 een overzicht samenstellen van het actuele theoretische gedachtegoed, diagnostiek en classificaties in het Duitse taalgebied. De grote diversiteit en onoverzichtelijkheid van de terminologie en voorgestelde classificaties frustrerden hem, en hij poogde daarom in deze en volgende edities hierin orde aan te brengen. In zijn denken volgde hij Karl Kahlbaum en Ewald Hecker, die de toen courante diagnostische concepten bekritiseerden als louter ‘symptoomcomplexen’, die geen echte ziekte-eenheden vertegenwoordigden maar toevallige constellaties van symptomen. In 1863 schreef Kahlbaum dat de ‘rationalistische, non-empirische, leunstoel-classificaties’ artsen in de kou lieten staan.

De veranderde ordening die gestalte kreeg in de DSM-III was gegrond in theoretische uitgangspunten die sterk verwant waren aan die van Kraepelin. In 1978 doopte een lid van deze wetenschappelijke kring, Gerald Klerman, hun de ‘Neo-Kraepelianen’ en publiceerde een credo met 9 uitgangspunten. Centrale ‘Kraepeliaanse’ uitgangspunten waren: de aanname dat psychiatrische aandoeningen goed te onderscheiden afzonderlijke biologische pathofysiologische eenheden zijn; het belang van diagnose en classificatie gebaseerd op empirisch wetenschappelijk onderzoek, dat zich richt op symptomen, verschijnselen, en beloop van de aandoening; het uitgangspunt dat er een duidelijke grens ligt tussen mentale gezondheid en ziekte; en het gebruik van statistische methoden en codering. De historica Hannah Decker vult aan dat zowel Kraepelin als de Neo-Kraepelianen weinig op hadden met de ‘onwetenschappelijke’ psychoanalyse. Ze beschrijft ook dat er ook tijdens zijn leven kritiek kwam (o.a. van Adolph Meyer) op de empirisch-wetenschappelijke merites van Kraepelin’s eigen werk, en dat Kraepelin later twijfelde aan zijn beroemde tweedeling, onder de volgende verzuchting:



“At present we are at every step met by obscurity and doubt in forming a practical judgment on the material of clinical experience. We are still so far removed from a real knowledge of the causes, phenomena, course, and termination of the individual clinical forms that we cannot yet dream of a surely established edifice of knowledge at all. What we have formulated here is only a first sketch, which the advance of our science will often have occasion to change and to enlarge in its details, and perhaps even in its principal lines.” (Kraepelin, 1913: 345).

Op het Internet Archief kan dit werk ingezien worden, [zie hier](#).

Bronnen:

Decker HS. (2007) How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians?--from Emil Kraepelin to DSM-III. *Hist Psychiatry*. Sep;18(71 Pt 3):337-60.

Kahlbaum K. (1863) *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*. Danzig, AW Kafemann.

Kenneth S. Kendler, Eric J. Engstrom (2017) Kahlbaum, Hecker, and Kraepelin and the Transition From Psychiatric Symptom Complexes to Empirical Disease Forms. *Am J Psychiatry* 174:2, February 102-109.

Kraepelin, E. (1913) *Lectures on Clinical Psychiatry*, red. T. Johnstone, 3rd English edn. (New York: William Wood & Co.; herdruk, Bristol: Thoemmes Press, 2002); originele publicatie 1905 als *Einführung in die Psychiatrische Klinik. Zweiunddreißig Vorlesungen*, 2nd edn.

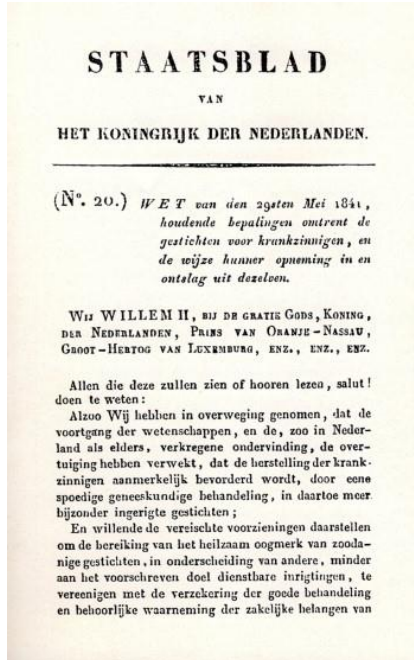
4) 1883 - Eerste publicatie *Psychiatrische Bladen*

Al sedert de oprichting van de Vereniging werden de *Handelingen* gepubliceerd, het interne mededelingenblad (terug te vinden in het Nationaal Archief). Een van de kerndoelstellingen van de vereniging was kennisverspreiding. Tijdens de verenigingsbijeenkomsten was een deel gewijd aan bespreking van wetenschappelijke onderwerpen, maar hiervan resteerden slechts summiere verslagen. De wel uitgewerkte referaten waren gewijd aan casuïstiek, gerechtelijk geneeskundige rapporten, verslagen van fysiologisch, neurologisch en anatomisch onderzoek en besprekingen van specifieke psychiatrische aandoeningen.

Er was zelfs een begin van een kennisagenda, Ramaer stelde de vraag: “*Wat is er van de in den jongsten tijd aangaande de hersenlocalisatie verkregende kennis te verwachten voor de psychiatrie?*” Er was echter weinig lijn in de wetenschappelijke bijdragen, en het blad circuleerde voornamelijk rond in eigen gelederen, terwijl men juist de ambitie had om collega medici te overtuigen van het belang van psychiatrie als specialiteit. In 1882 besloot met de *Handelingen* uit te breiden tot een wetenschappelijk tijdschrift, met naast wetenschappelijke bijdragen overzichten van buitenlandse tijdschriften, statistiek en bijdragen over juridische en bestuurlijke aspecten van krankzinnigenzorg.

Het blad werd in 1883 omgedoopt in *Psychiatrische Bladen* met als redacteurs Donkersloot, van Cappelle en Wellenbergh. Echter volgens L.Th. Pompe, secretaris van de vereniging van 1878 tot 1892, schoot het wetenschappelijk gehalte na vijf jaren nog steeds tekort: het ontbrak aan tijd en geld.

5) 1884 - Tweede Krankzinnigenwet



De Tweede Krankzinnigenwet vormde een beperkte revisie van de Krankzinnigenwet van 1841. Kern van de wetten vormde het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten enerzijds, en regelgeving rond opname en ontslag uit de gestichten anderzijds. De wet van 1884 bleef tot aan de start van de Wet BOPZ in 1994 van kracht. Een twistpunt voortkomend uit de Eerste Krankzinnigenwet betrof de rechtelijke machtiging, die bepaalde dat patiënten alleen door tussenkomst van de rechter in het gesticht opgenomen mochten worden. Schroeder had al in 1841 ervoor gepleit die macht bij de geneesheer-directeur meer te leggen, zonder succes. Donkersloot maakte in 1870 bezwaar tegen deze beperking en pleitte voor een 'vrije toegang tot de gestichten', net als in o.a. Frankrijk, België, en Engeland. In 1876 voegde Ramaer daaraan een lijst gebreken van de wet toe: gebrek aan aandacht voor het lot van krankzinnigen buiten de gestichten, scheiding tussen geneeskundige gestichten en 'bewaarplaatsen', onduidelijke criteria voor erkenning als gesticht, en onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor voldoende ruimte en personeel.

Een mede door Ramaer opgesteld wetsontwerp uit 1881 kon op pittige kritiek vanuit de vereniging rekenen, er was volgens een NVP-commissie sprake van 'tal van kleingeestige bepalingen...waarin wij tegenover de geneeskundigen een controle vinden opgeteekend, die beleedigend moet zijn voor hun gevoel van eigenwaarde'. In de kern ging het om vier bezwaren: meer aandacht voor openbare orde dan voor het welzijn van de lijder, teveel (justitiële) controle op onrechtmatige plaatsing/vasthouding, de nog steeds ondergeschikte positie van de geneesheer-directeur t.o.v. de rechter, en de 'vernederende controle over de verpleging' waarbij de officier van justitie vrije toegang tot het gesticht had. Het wetsontwerp werd uiteindelijk in sterk gewijzigde vorm in 1884 aangenomen in het parlement.

Voor de NVP waren er ondanks de 'aantasting van het prestige van den geneesheer' ook verbeteringen: meer staatstoezicht en -verantwoordelijkheid voor voldoende aanbod (m.n. door provincies duidelijker te verplichten hierin te voorzien), vereenvoudigde opnameprocedure, de bepaling van een maximaal aantal aan lijdenden en minimaal aantal geneesheren per gesticht, en het schrappen van de omschrijving van krankzinnigheid (die in de wet van 1841 opgesteld was).

Daarnaast werd een registratieplicht voor de toepassing van dwangmiddelen toegevoegd (waar de vereniging tegen protesteerde). Vos concludeert dat de NVvP uiteindelijk weinig invloed heeft kunnen uitoefenen op de wet: genoemde verbeteringen zaten al in het voorstel uit 1881, en de voorstellen om de positie van de medici te verbeteren werden niet gehonoreerd. Het wetsontwerp voorzag wel in de oprichting van een Rijkskrankzinnigengesticht, bedoeld voor de verpleging van krankzinnigen wier onderhoud ten laste kwam van het Rijk of waarvan plaatsing in het gesticht door de strafrechter was gelast.

Al in 1884 vond de opening plaats van dit gesticht te Medemblik dat een speciale functie had voor forensische patiënten, militairen en personen waarvan het domicilie niet vast kon worden gesteld. Tot 1985 heeft het Rijk eigen inrichtingen gekend: toen werd de RPI in Eindhoven verzelfstandigd.

Het onderscheid tussen bewaarplaatsen en geneeskundige gestichten werd geschrapt: voortaan waren alle gestichten medische instellingen. Het toezicht van de inspecteurs werd uitgebreid naar ook krankzinnigen die buiten het gesticht verbleven (met uitzondering van diegenen die door hun ouders of echtgenoten opgevangen werden).

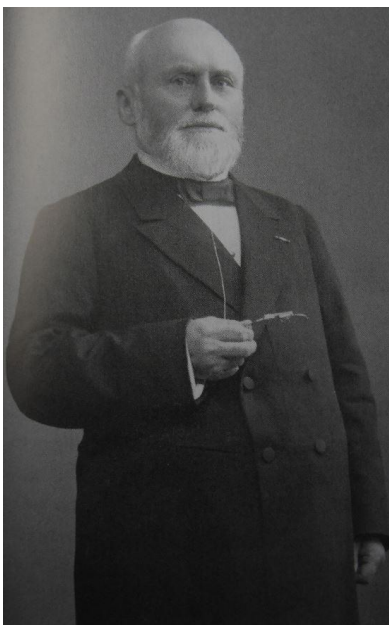
Bron:

Afbeelding Staatsblad: Het Dolhuys

6) 1884 - Oprichting van de gereformeerde Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en zenuwlijders door dominee Lucas Lindeboom in Kampen.

Volgens Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra markeerde de Tweede Krankzinnigenwet een nieuwe fase in de Nederlandse krankzinnigenzorg: de periode van 'het grote bouwen'. Waar tussen 1841 en 1884 drie nieuwe gestichten waren geopend, werden tussen 1884 en 1900 nog zes gestichten en drie buitengestichten (dependances van gestichten op het platteland) gebouwd. Terwijl voordien de gestichten zelfstandige stichtingen waren onder beheer van stedelijke regentencolleges of (Meerenberg) het provinciaal bestuur, nu gingen particuliere, confessionele organisaties zich inzetten. De elders in de maatschappij opkomende verzuiling manifesteerde zich aldus ook in de krankzinnigenzorg, waarbij de gereformeerde gemeenschap voorop liep. In de beginjaren van de twintigste eeuw zette deze 'verzuilde bouw' zich voort: tussen 1900 en 1914 kwamen er elf gestichten bij, ook vanuit de katholieke en joodse zuilen. Bijna de helft van de nieuwe gestichten kwam voort uit particulier, vaak confessioneel initiatief.

Al in 1875 had Lindeboom gepleit voor zorg op christelijke grondslag voor de krankzinnigen. Hij was ontevreden over de seculiere, natuurwetenschappelijke psychiatrie en de zorg in krankzinnigengestichten, stelde dat de bestaande krankzinnigenzorg 'zielloos' was en keerde zich tegen staatsbemoediging op dit terrein. De morele grondslag voor krankzinnigheid was bij Lindeboom nog duidelijk aanwezig: geestesziekte zag hij als een gevolg van gebrek aan geloof, duivelse invloed of zonde. De zedenkundige behandeling gaf een opening voor een morele heropvoeding op Bijbelse grondslag. Men heeft het ideaal om een eigen christelijke psychiatrie tot ontwikkeling te brengen. Anders dan een ziekenhuis kon een krankzinnigengesticht een landelijk bereik hebben, en de samenwerking met een aantal gemotiveerde gereformeerde leidersfiguren en de gulle en op nationaal niveau gemobiliseerde achterban vormde een stevige basis voor deze initiatieven. Allereerst nam Lindeboom het initiatief om de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en Zenuwlijders in Nederland op te richten. Deze vereniging richtte in de jaren daarna vijf krankzinnigengestichten, een sanatorium en een universiteitskliniek op, als eerste (in 1886) Veldwijk te Ermelo. Daarna volgden de gestichten Bloemendaal (1892), Dennenoord (1895), Wolfheze (1907) en Vogelenzang (1928), het Christelijk Sanatorium voor Zenuwlijders in Zeist (1903) en de Valeriuskliniek te Amsterdam (1910).



Veldwijk vormde het protestants-christelijk modelgesticht, gebouwd volgens de principes van een landelijke omgeving met een paviljoenopbouw, dat de voorwaarden moest scheppen voor 'gezinsverpleging' binnen het gesticht. Dit model, geïnspireerd door het Schotse 'cottage system', week af van het bestaande 'corridorstelsel' (lange gangen met aan weerszijden verblijf- en slaapzalen): het ging om meerdere kleinere gebouwen met plaats voor dertig tot veertig patiënten. De kleinschaliger opzet maakte het mogelijk enig onderscheid in doelgroepen te maken, maar was ook duurder omdat meer personeel nodig was.

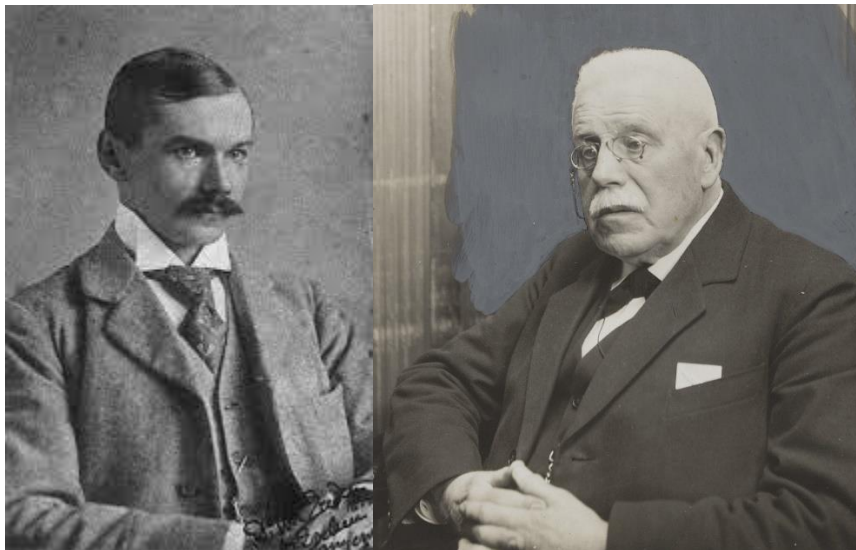
Zo ontstond een gemengd bestel van voorzieningen met gemeentelijke of semipublieke stads- en buitengestichten, provinciale en rijksgestichten, en particuliere, voornamelijk gereformeerde en katholieke instellingen.

7) 1887 - A.W. van Renterghem en F. van Eeden openen de Kliniek voor Therapeutisch Hypnotisme in Amsterdam.

Ingestuurd door Joost Mertens

In de laatste decennia van de 19e eeuw werden de eerste zelfstandige praktijken buiten de gestichten geopend, waarvan die van Ramaer, nadat hij ontslag nam als geneesheer-directeur van het St. Joris Gasthuis in Delft, waarschijnlijk een van de eerste was. Het aantal vrijgevestigde zenuwartsen nam rap toe aan het einde van de eeuw. Het contrast tussen de beter gesitueerde clientèle in de vrije vestiging en de patiënten die op last van de armenzorg onder machtiging in de gestichten opgenomen waren was groot. Maar sommige artsen hielden ook spreekuur aan huis voor ziekenfondspatiënten en sommige poliklinieken waren specifiek op on- en minvermogenden gericht. In 1887 werd in Amsterdam op het adres Van Breestraat 1, om de hoek bij het nog jonge concertgebouw, een 'kliniek voor therapeutisch hypnotisme' geopend, een initiatief van de oorspronkelijk Zeeuwse huisarts Albert Willem van Renterghem en zijn collega Frederik van Eeden, die pioniers waren op het gebied van wat later psychotherapie ging heten. Van Renterghem was een huisarts uit Goes die hypnose introduceerde in Nederland. Van Renterghem werd ook wel 'de wonderdokter uit Goes' genoemd.

Van Eeden had tijdens zijn promotieonderzoek hypnose-demonstraties van Charcot bijgewoond, en daar ook Freud ontmoet. Hij was onder de indruk van wat hij zag en schreef in zijn proefschrift: "De onderzoekingen van Bernheim, Richet, Charcot en anderen omtrent hypnotisme en suggestie verdienen groote belangstelling."



(Links: F. van Eeden en rechts: A.W. van Renterghem)

Het is in historisch perspectief een primeur, een kliniek voor psychotherapeutische behandeling van psychosomatische klachten. Van Renterghem had kennigemaakt met het werk van de Franse artsen A.A. Liébeault en H. Bernheim over hypnose en suggestieve therapie. In 1887 bezocht hij Liébeault in Nancy, en deze ontmoeting deed hem besluiten zich voortaan te wijden aan de geneeswijze door psychische middelen. Via een kennis kwamen van Eeden en van Renterghem met elkaar in contact, en van Eeden haalde van Renterghem over om samen een kliniek te beginnen. Op 15 augustus 1887 begonnen zij hun praktijk in Amsterdam. Van meet af aan spanden ze zich in voor een professioneel-wetenschappelijke

grondslag: ze publiceerden hun gegevens en presenteerden deze tijdens de eerste internationale congressen over hypnose. Van Eeden hield in 1889 een lezing voor de NVP over de mogelijkheid om dwangneurosen te behandelen met hypnose, dat in 1890 in Psychiatische Bladen verscheen, en publiceerde ook een overzichtsartikel in de NTvG. Ze hielden zich verre van rondreizende hypnotiseurs die veel aandacht trokken met sensationele publieke optredens en verzetten zich tegen de toepassing van hypnose door leken. Om zich duidelijker van het populaire hypnotisme te onderscheiden beschreven ze hun behandeling als 'suggestieve psychotherapie' en later simpelweg als 'psychotherapie'.

In de jaren die volgden bleef van Renterghem enthousiast aan het werk, maar de motivatie bij van Eeden nam af: "Nu gaat het gras ruiken, en is het water zoo aanlokkelijk buiten. Al die zon, denk eens al die zon. En dan juist in dat dufste donkerste hokje te gaan zitten den heelen dag, den heelen dag. Als ik nu kon lag ik in 't gras met boeken, en loofde de wereld en zijn maker. Nu zeur ik om met sukkels en vervloek de heele boel." Van Eeden verliet de praktijk in 1893 en van Renterghem ging alleen door, totdat hij zich in 1906 associeerde met Van der Chijs, een arts die bij Jelgersma, hoogleraar in de psychiatrie in Leiden, had gewerkt en die samen met Van Renterghem een van de oprichters zou worden van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse (1917).

Bronnen:

Kees Hoogduin, K. (2011) Exposure en responspreventie bij tics: Van Renterghem legt uit. Directieve Therapie jaargang 31, nummer 2, 249-254.

[Christien Brinkgreve: Op zoek naar verlossing- Frederik van Eeden en de psychotherapie.](#)

8) 1887 - J. N. Ramaer overlijdt.

Johannes Nicolaas Ramaer (20 april 1817 – 2 november 1887) was de meest prominente representant van de Nederlandse psychiatrie van zijn dagen en kwam als geen ander op voor de belangen van het vak, zowel wetenschappelijk als professioneel. Na zijn studie geneeskunde werd hij in 1842 arts aan het krankzinnigengesticht te Zutphen, en een jaar later benoemd tot geneesheer-directeur. Dit gesticht was verbouwd volgens de richtlijnen die in 1838 door Schroeder van der Kolk (die Ramaer had opgeleid) waren opgesteld. Mede op basis van de eerste Krankzinnigenwet uit 1841 poogde hij verbetering door te voeren. Volgens de principes van Pinel's zedenkundige behandeling vond hij dat de geneesheer-directeur aan het hoofd moest staan binnen de (morele) orde in het gesticht, maar hij stuitte op de macht van de regenten en beheerders van het gesticht en beklagde zich over de ligging in de stand en het ontbreken van landbouwgrond. In 1863 werd hij benoemd tot geneesheer-directeur van het krankzinnigengesticht te Delft waar hij tot 1 juli 1869 werkzaam bleef, om zich daarna aan zijn praktijk aan huis te wijden.



Hij richtte in 1849 samen met o.a. Schneevoogt de "Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst (NMG)" op, de huidige KNMG, en in 1871 de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (toen nog NVP). Uit onvrede over de 'achterlijke toestand van de Nederlandse psychiatrie begon hij in 1853 een eigen vakblad, het Nederlandsch Tijdschrift voor Geregtelijke Geneeskunde en voor Psychiatrie, om vak en wetenschap te stimuleren. Ramaer pleitte onophoudelijk voor sluiting van bestaande gestichten die niet aan de wetenschappelijke eisen voldeden en voor nieuwe provinciale gestichten, naar het voorbeeld van Meerenberg in Noord-Holland en van ontwikkelingen in Frankrijk en Engeland. Hij kreeg bijval voor zijn kritiek van niemand minder dan Daniel Hack Tuke, een nazaat van de oprichters van de Retreat in York, en zelf een autoriteit in de krankzinnigenzorg, die in de Journal of Psychological Medicine and Mental Psychology, een voorloper van de British Journal of Psychiatry, een verslag publiceerde van zijn bezoek aan een aantal Nederlandse gestichten ([die online te lezen](#) is).

Samen met o.a. Schneevoogt en van Leeuwen (voormalig geneesheer van Meerenberg) richtte hij zijn kritiek op zijn eerdere opleider en medehervormer Schroeder van der Kolk, die vanwege de Eerste Krankzinnigenwet samen met Cornelis Johannes Feith tot inspecteur van de krankzinnigenzorg benoemd was in 1842. Zij vormden samen het 'oppertoezigt' door de regering, waarbij de Wet tevens stelde dat elk gesticht om de drie jaar door hun bezocht zou worden. Schroeder poogde tussen regenten, geneesheren en provincies te bemiddelen, met wisselend succes. Nadat hij in 1871 inspecteur werd, kwam Ramaer zelf in conflict met (leden van) de vereniging rond de wetgeving met betrekking tot ontorekeningsvatbaarheid, zodanig dat hij tijdelijk zijn lidmaatschap opgaf. Ook was de vereniging weinig enthousiast (zie eerder) over het wetsontwerp voor de Tweede Krankzinnigenwet.

Ramaer was een boegbeeld van de nieuwe natuurwetenschappelijke stroming in de psychiatrie, naar voorbeeld van de Duitse Somatiker. Meer leest u o.a. in het mooie [artikel van R.H.J. ter Meulen in de TVP](#) en in [het NTvG artikel van prof. dr. G.A. Lindeboom](#).

Lees [hier het In Memoriam](#) uit het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (19 november 1887)

9) 1888 - Van Gogh in Arles

Waanzin mag voor velen tot ontredning en wanhoop leiden, maar de vraag of waanzin ook toegang geeft tot toestanden van het bewustzijn die grote creatieve mogelijkheden bieden, houdt de gemoederen nog regelmatig bezig. Icoon van dit vraagstuk is zonder twijfel Vincent van Gogh, die tijdens zijn opeenvolging van psychotische ontregelingen vanaf 1888 en verblijf in het gesticht Saint-Rémy vanaf mei 1889 meer dan 300 kunstwerken produceerde. Zijn beroemdste werken dateren uit deze periode. Over de psychische toestand van van Gogh in deze periode zijn bibliotheken volgeschreven, vanuit psychiatrisch perspectief geeft [dit artikel van Dietrich Blumer](#) een helder overzicht.



Eerder kwam al ter sprake, dat er sinds de laatste decennia meer aandacht is voor eerste-persoons narratieven van patiënten in de geschiedenis van de psychiatrie. Maar de ervaringen van patiënten worden vanzelfsprekend op vele manieren geuit. Hoe zit het met de rol van creatieve en kunstzinnige werken in de geschiedenis van de psychiatrie? Hiervoor kunt u vanzelfsprekend bij het [Museum van de Geest](#) terecht, het voormalige Dolhuys. Maar even verderop kunt u bij de Universiteit van Heidelberg de Prinzhorn Collectie bezoeken, een verzameling van rond de 6000 werken gemaakt door mensen die tussen 1840 en 1940 in krankzinnigengestichten verbleven.

Pronkstuk is de jas van Agnes Richter, die vanaf 1893 in het gesticht te Heidelberg verbleef. In de grijze inrichtingsjas zijn met gekleurde garen teksten geborduurd, zoals 'mijn jurk', 'kinderen', 'mijn zuster', 'ik ben niet groot', 'ik wil lezen' en 'broeder vrijheid'. In haar boek 'Agnes's Jacket' ziet Gail Hornstein een parallel tussen de ondoorgroendelijke teksten op de jas, en de gebeden en citaten uit de Koran die in de zevende eeuw in Islamitische landen in de decoratieve patronen van ceremoniële gewaden werden verwerkt. Deze teksten konden alleen gelezen worden door geleerden die de Heilige Teksten konden lezen. Misschien, stelt Hornstein, geldt dat ook voor teksten van waanzin, en hebben we vertalers nodig die deze taal machtig zijn. Om ons te helpen heeft Hornstein een web resource aangelegd met referenties naar eerste-persoons narratieven, [u vindt het hier](#).



Bron:

Hornstein, Gail A. (2009) *Agnes's Jacket*. New York: Taylor and Francis.

10) 1889 - Opening Hull-House

Draaide de zorg voor krankzinnigen in de negentiende eeuw alleen om de gestichten? Zeker, de negentiende eeuw was de periode van het 'grote bouwen', maar er waren ook kleine 'ambulante' initiatieven. In 'The Roots of the Recovery Movement' beschrijft Larry Davidson leven en werk van Jane Addams, samen met Dorothea Dix misschien de belangrijkste vrouwelijke hervormer en humanist van de 19^e eeuw. Ze stond als volwassene aan de wieg van het Amerikaanse sociaal werk, en ontving voor haar inspanningen voor onder andere het vrouwenkiesrecht en vrede de Nobelprijs.



Voor haar achtste verloor ze 4 van haar broers en zussen, terwijl haar moeder overleed toen ze 2 jaar oud was. Op haar vierde liep ze Pott's disease op (tuberculose van het wervelkolom), met chronische beperkingen tot gevolg. Ze werd opgevoed door haar vader John Addams, een bemiddelde Republikeinse staatssenator, die haar een stevig sociaal geweten meegaf. In een van haar autobiografische werken schrijft ze hoe ze als achtjarige op weg naar Zondagsschool terechtkwam in een armenwijk, en diep onder de indruk maakte van de omstandigheden waarin de mensen leefden. Ze vertelde tegen haar vader dat ze later een groot huis zou bouwen, niet in de mooie ruimte wijk waar ze woonden, maar in een wijk als deze. Als jongvolwassene moest ze een medische studie onderbreken vanwege haar rugklachten, en ontwikkelde melancholische klachten tijdens de zes maanden gedwongen bedrust.

Haar arts schreef haar een therapeutische reis naar Europa voor. Tijdens deze reis kwam ze opnieuw in contact met gemeenschappen die in zeer moeilijke omstandigheden verkeerden, met name in Oost-Londen. Ze schreef over de ondervoede bewoners die hun schamele ha'pennies boden voor half bedorven groente op een veiling:

"Their pale faces were dominated by that most unlovely of human expressions, the cunning and shrewdness of the bargain-hunter who starves if he cannot make a successful trade, and yet the final impression was not of ragged, tawdry clothing nor of pinched and sallow faces, but of myriads of hands, empty, pathetic, nerveless and workworn, showing white in the uncertain light of the street, and clutching forward for food which was already unfit to eat. Perhaps nothing is so fraught with significance as the human hand, this oldest tool with which man has dug his way from savagery, and with which he is constantly groping forward. I have never since been able to see a number of hands held upward, even when they are moving rhythmically in a calisthenic exercise, or when they belong to a class of chubby children who wave them in eager response to a teacher's query, without a certain revival of this memory, a clutching at the heart reminiscent of the despair and resentment which seized me then."

Ze maakte in Oxford kennis met de 'settlement movement', een romantisch-humanistisch initiatief waarbij studenten van Oxford -tijdelijk- in armenwijken woonden en aan liefdadigheidswerk deden. Ze nam het idee terug naar Amerika en betrok samen met haar vriendin Ellen Gates Starr een ruime woning in een van de armste wijken van Chicago. Addams schrijft dat ze niet de arrogantie hadden een idee of plan te hebben om de omliggende wijk te verheffen, en zich noch boven, noch beneden de gemeenschap wilden stellen. Ze richtten het huis sober en gastvrij in, en richtte zich op praktische noden in de wijk. Ze kregen verzoeken om pasgeborenen te wassen, overledenen voor hun begrafenis te prepareren, zieken te verzorgen en op kinderen te passen.

De laatste behoefte was zo groot dat ze een 'kindergarten' startten die al snel vol bezet was. Haar eigen rol zag ze nadrukkelijk als een gelijkwaardige binnen een gemeenschap die gezamenlijk verantwoordelijkheid voor elkaar nam (aansluitend bij de politieke visie van Lincoln waarmee ze opgevoed was). Hull-House werd een hoeksteen van die (overwegend immigranten-)gemeenschap. In 1891 werd er een kunstgalerij geopend, in 1893 een koffiehuis en een sporthal, in 1898 een clubhuis waar diverse sociale programma's plaatsvonden en in 1899 een theater.

Met zijn nadruk op gelijkwaardigheid, aansluiten op praktische noden en gezamenlijke actie in de gemeenschap door de gemeenschap herbergt het Hull-House initiatief volgens Davidson waarden die in de latere sociale psychiatrie en de 'recovery movement' terug te vinden zijn, volgens hem essentieel voor succesvolle integratie van kwetsbare groepen in de samenleving.

Bron:

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. S. (2010). The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned. Chicester, UK: Wiley-Blackwell.

