

De traumatische neurose

Een sociaal-historische verkenning

Inleiding

De traumatische neurose werd in de jaren tachtig van de negentiende eeuw geïntroduceerd door de Duitse neuroloog H. Oppenheim. Over het ziektebeeld en de benoeming ervan werd nooit een consensus bereikt en na 1945 raakte de term in onbruik. Oppenheims diagnose omvatte een complex van nerveuze symptomen die de inwerking van een schokervaring bij de mens teweeg kon brengen. Het lijden kon in zijn ergste vorm de psychische en sociale ondergang van een individu betekenen. Overigens was de impact van 'shock' voor medici al sinds de achttiende eeuw een problematisch diagnostisch gebied.¹ Het diagnosegebied kreeg in de loop van de negentiende eeuw een nieuwe, sociale dimensie, doordat bepaalde categorieën ongevalsslachtoffers een wettelijk recht konden doen gelden op schadevergoeding. Dit deed zich het eerst voor in Engeland in de jaren zestig van de negentiende eeuw, met het verschijnsel 'railway spine'.

Oppenheim bedoelde zijn werk over de traumatische neurosen als een praktische handleiding voor artsen, ter 'wissenschaftliche und forensische Beurtheilung dieser in Wesen und in ihrer Grundlage oft so schwierig zu erkennenden Krankheitszustände'.² Beoordeling van een ziektebeeld door een verzekeringsgeneeskundige kon voor getroffen en lotsbepalend zijn. Alleen aantoonbaar organische schade door een ongeval kwam wettelijk in aanmerking voor geldelijke compensatie. De traumatische neurose bleek echter van de aanvang af omstreden, waarbij de essentiële vraag was of de nerveuze verschijnselen na een ongeval, inclusief onverklaarbare lichamelijke klachten, van psychische of fysieke oorsprong waren. Daarnaast raakte de diagnose, meer dan enig andere, geassocieerd met oneigenlijke en frauduleuze aanspraken op invaliditeitsuitkeringen.

De traumatische neurose is een historische diagnose. Tegenwoordig valt een groot deel van de door de negentiende-eeuwse fysiologen beschreven symptomen onder de noemer van de 'Post-traumatic Stress Disorder' (PTSD). Ook onder noemer van de PTSD blijft de vraag naar de organische dan wel psychische basis van de symptomen onopgelost. De huidige diagnose erkent de 'external environment as the instigator of threat and danger,

and with it much of the human psychic suffering, part of which can be remedied and part of which cannot'.³ Onder de vigerende sociale verzekeringen oefent de staat de arbitrage uit. Gezaghebbende medici beslissen in welke gevallen inkomenscompensatie gerechtvaardigd is. Dit gold vanaf de begintijd van de sociale verzekeringen en het geldt ook in onze vermoeide en belaagde, laat-twintigste-eeuwse verzorgingsstaat, die de bescherming tegen bestaansonzekerheid stapsgewijs overhevelt naar de private sector. De verzorgingsstaat op zijn hoogtepunt legitimeerde en compenseerde ook psychische arbeidsongeschiktheid, maar is op zijn schreden teruggekeerd. In het grensgebied tussen 'objectieve' medische maatstaven en uitkeringsfraude staan ook in onze tijd bepaalde ziektebeelden ter discussie.

Wij traceren hier de evolutie van het begrip 'traumatische neurose', met als prelude de 'railway spine'. Maatschappelijk gezien wortelden deze diagnoses in de negentiende-eeuwse industrialiserende samenlevingen, waarin het begrip ongeval een nieuwe betekenis kreeg. Juist het zo in het oog springende ongevalsrisico werd de motor voor het tot stand komen van wetgeving.

De traumatische neurose vroeg om de toepassing van sociaal-medisch en juridisch nauw omschreven normen, terwijl tegelijkertijd de wetenschappelijke discussie over etiologie en betekenis volop in beweging was. Dit artikel beschouwt de sociaal-historische achtergronden waartegen de diagnose tot stand kwam en de ontwikkelingen die de discussie rond deze diagnose verder bepaalden. De verschuivende interpretatie van de traumatische neurose laat zien hoe medische inzichten, sociaal-politieke opvattingen en maatschappelijke belangen met elkaar verstrengeld zijn. Dit geldt mutatis mutandis evenzeer voor de hedendaagse discussie rond de arbeidsongeschiktheidswetgeving. Een analogie van een hedendaags verschijnsel als 'whiplash' met de 'railway spine' c.q. de traumatische neurose ligt voor de hand. De complexe ontwikkeling van de sociale zekerheid en de evolutie van het arbeidsongeschiktheidsbegrip (met name in Nederland) na 1945 valt buiten het bestek van dit artikel. Toch kan de bestudering van de geschiedenis van de ongevalsverzekering bijdragen tot inzicht in de wezenlijke dilemma's van de verzorgingsstaat. Aan de orde komen achtereenvolgens: de wettelijke en verzekeringsgeneeskundige achtergrond, het verschijnsel 'railway spine' als voorloper van de traumatische neurose, de richtingstrijd in Duitsland en de betekenis van de Eerste Wereldoorlog hierin, en tot slot de vraag naar de discussie in Nederland.

Verzekeringsgeneeskunde en traumatische neurose

Waarom werden traumatische verschijnselen in de loop van de negentiende eeuw als nieuw en problematisch ervaren? Een belangrijke oorzaak is dat door de technologische ontwikkeling de kans toenam om als burger, werknemer of militair door trauma getroffen te worden.⁴ Ondanks preventieve strategieën en technologische vernieuwingen, bleek men menselijk falen nooit geheel uit te kunnen schakelen. Waar de strijd tegen de infectieziekten op bepaalde fronten kon worden gewonnen, werd het ongevalsslachtoffer een blijvende zorg. Ook konden door de omvang van een industriële ramp meer mensen tegelijk worden getroffen, zoals dit voorheen alleen bij natuurrampen en oorlogvoering voorkwam. Het ongeval betekende daarbij voor velen niet langer het blinde noodlot of de straffende hand van God, maar kon opgevat worden als een (in)direct gevolg van onvolkomenheden in een door mensen ontworpen en bestuurd machinerie.

Een tweede, hiermee samenhangende oorzaak, was de terrein winnende gedachte dat de individuele burger verzekerd diende te zijn tegen de fysieke gevaren van de nieuwe technologieën. De medische en sociale belangstelling voor de gevolgen van trauma in het algemeen was in de tweede helft van de negentiende eeuw in de industrialiserende westerse landen toegenomen, vooral in samenhang met de kwestie van de aanspraken op vergoeding van geleden schade. Een rechtsgrond voor schadeclaims ontstond doordat de wetgever in Engeland (1846) en Duitsland (1871) voor burgers risicovolle ondernemingen als spoorwegmaatschappijen verplichtte tot aansprakelijkheid voor door hen aantoonbaar veroorzaakt lichamelijk letsel. Een wettelijk recht op schadevergoeding voor werknemers in de industrie werd mogelijk nadat in de meeste geïndustrialiseerde landen van Europa ongevallenwetgeving tot stand was gekomen. Deze wetgeving was in de meeste landen voorwerp van hevige politieke controverse geweest. De realisatie ervan was in niet geringe mate te danken aan het feit dat men aan de eisen van de arbeidersbeweging tegemoet wilde komen om deze daarmee te pacificeren. Met de ongevallenwetgeving werd het principe van het 'risque professionnel' aanvaard, al waren de liberalen sterk gekant tegen dit uitgangspunt.⁵

De gedachte van het 'risque professionnel' was in Engeland rond 1846 door Edwin Chadwick geformuleerd naar aanleiding van ongevallen onder spoorwegarbeiders.⁶ De essentie van het 'risque professionnel' was de wettelijke aansprakelijkheid van bedrijven met een hoog ongevallenrisico voor werknemers. Waar het veiligheid en hygiëne betrof werd de macht van ondernemers uit naam van het sociale recht onder controle van de staat gebracht.⁷ Werkgevers werden verplicht een premie, vastgesteld volgens

een bepaalde risicoschaal, af te dragen aan een instantie om werknemers die het slachtoffer waren geworden van een bedrijfsongeval voor inkomensderving schadeloos te kunnen stellen. Ondanks de financiële belasting voor de werkgever werd in sociaal-politiek opzicht de winst gevoeld van het feit dat een bron van controverses tussen werkgever en werknemer was verdwenen. De schuldvraag speelde bij de toekenning van ongevalrente geen rol.⁸

In Oostenrijk, Duitsland en Nederland nam de staat de directe verantwoordelijkheid voor de wetsuitvoering op zich en hiertoe werd een publiekrechtelijke instantie gecreëerd, zoals het Reichsversicherungsamt in Duitsland en de Rijksverzekeringsbank in Nederland. In Frankrijk, Engeland en de Verenigde Staten konden particuliere organisaties de wet uitvoeren. Deze keuze voor een collectivistische danwel liberalistische uitvoering betekende een wezenlijk koersverschil, dat mede zou bijdragen tot de karakteristieke ontwikkeling van verschillende typen verzorgingsstaat na 1945.⁹

Door de ongevallenwetgevingen werd het valideren van arbeids(on)geschiktheid een nieuw medisch specialisme. Op grond van het oordeel van artsen werd de werknemer in geval van blijvende arbeidsongeschiktheid een vergoeding (rente) toegekend. De wet verbond de mate van vastgestelde lichamelijke invaliditeit met een percentuele uitkering om de inkomensderving te compenseren. Ook traden medici, die als autoriteit op hun terrein bekend stonden, op als adviseur van de verzekeringsbank. De verzekeringsartsen hadden als opdracht de vigerende medische normen te hanteren bij de vaststelling van de voorwaarden voor inkomenscompensatie volgens de letter van de wet. Deze taak kon hen in een conflictsituatie brengen tussen hun verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt en hun verplichtingen jegens wetgever en maatschappij. De nieuwe verzekeringsgeneeskundigen gingen zich specialiseren in validiteitsschattingen en trachtten daarin de klinische en de sociale eisen zoveel mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen. Zoals A. de Swaan dit in 1981 formuleerde, brengt 'de medicus een potentieel conflict onder zijn regiem met de constatering van arbeidsongeschiktheid'.¹⁰ De verzekeringsarts is niet de ongebonden vrije beroepsbeoefenaar, maar employé van een (staats)instelling. Voor de positie van de beoordelend arts in de nieuwe industriële samenleving was het te prefereren, zo schreef H.E. Sigerist in 1919, dat hij 'sich seine Stellung mitschafft, als wenn er abseits stehend sich von einer Entwicklung mitschleppen lässt, die er doch nicht aufhalten kann...'¹¹

Invaliditeitsschattingen waren vaak niet eensluitend en konden ter discussie staan, ook waar het een 'overzichtelijk' organisch functieverlies betrof, bijvoorbeeld van oog of been. Verzekeringartsen zagen zich vanaf

het begin der ongevallenwetten geconfronteerd met grensgebieden die aan de klinische rationaliteit ontsnapten. Onzichtbare en onverklaarbare invaliditeit na een ongeval leidde tot spanningen: wat de ene arts afdeed als simulatie, kon een ander bestempelen als onomkeerbare invaliditeit. Rond 1900 werden onder de noemer van de 'traumatische neurose' uiteenlopende psychische en fysieke symptomen zonder een duidelijk anatomisch substraat geplaatst. Waar bij de interpretatie de balans doorsloeg naar het vermoedelijke bestaan van een organische laesie kon op een uitkering (rente) aanspraak gemaakt worden. Zuiver psychische ongevalsgevolgen, ook vaak als 'functioneel' aangemerkt, vormden geen rechtsgrond voor vergoeding.¹² De verstrengeling van psychische en fysieke symptomen kon vooral bij hoofdletsel tot uiteenlopende klinische validering leiden.

De 'railway spine' als voorloper van de traumatische neurose

Als sociaal en juridisch probleem kan de traumatische neurose niet los gezien worden van de context van de ongevallenwetgeving in een industrialiserend Westen. Niet verwonderlijk is het dat Engeland als industriële pionier het eerste land was waar onder medici een discussie ontstond over mogelijk psychische ongevalsgevolgen in relatie tot vergoeding aan ongevalsslachtoffers. De diagnose 'railway spine' kwam onder medici in het midden van de negentiende eeuw in Engeland in gebruik voor een ziektebeeld dat zich als gevolg van spoorwegongevallen manifesteerde. De stoomlocomotief had ook voor de ver van de fabriekscentra levende gemiddelde Engelse burger de industriële revolutie tot een realiteit gemaakt en confronteerde deze met nieuwe risico's.¹³ De reeds decennia bestaande industriële ongevallenproblematiek betrof slechts enkele specifieke categorieën werknemers, waarvan de mijnwerkers de oudste en omvangrijkste groep vormden. Het probleem van aansprakelijkheid en vergoeding bij industriële ongevallen had in de eerste helft van de negentiende eeuw geleid tot wetgeving die getroffen arbeiders weliswaar in theorie de mogelijkheid bood een civielrechtelijke procedure tegen de werkgever aan te spannen, maar in de praktijk geen verbetering betekende.¹⁴ In de publieke opinie en onder de medische stand speelde deze arbeidsongevallenproblematiek nauwelijks een rol. Dit veranderde toen de gevaren van de nieuwe industriële toepassingen elke burger konden treffen. Vanaf de opening van de spoorlijn Manchester - Liverpool in 1830 voor passagierstreinen werd de samenleving geconfronteerd met ongevallen onder de burgerbevolking door de toepassing van stoomkracht. De onveiligheid werd in de hand gewerkt door het ontbreken van effectieve overheidscontrole en door conflicterende

belangen van de spoorwegmaatschappijen onderling.¹⁵ Het gebrek aan management op sommige lijnen bleek dermate groot dat naar aanleiding van een bepaald ongeval in 1855 een auteur opmerkt dat 'the wonder is, not that there were two collisions within eight months, but that they did not occur daily'.¹⁶ Pas met de Railway Regulations Act van 1873 kwam een proces van technische en organisatorische uniformering ten behoeve van de openbare veiligheid op gang.

Wel bestond vanaf 1846 een wettelijke verplichting tot schadevergoeding aan slachtoffers van spoorwegongevallen. Dit leidde tot een bloei van spoorwegverzekeringsmaatschappijen en tot een nieuwe taak voor artsen, aangesteld door spoorwegmaatschappijen: het beoordelen van de claims van getroffen reizigers. In een redactioneel commentaar van de *Lancet* werd deze ontwikkeling met zorg gade geslagen. Immers, 'the difficulties proverbially to the exposure of the tricks of military malingerers are as nothing compared with the task of determining the reality of some of the injuries to health, physical or mental, which those interested in recovering "substantial" damages assign to railway collisions.'¹⁷ Door het werk van de Engelse chirurg J.E. Erichsen (1818-1896) werd de 'railway spine' bekend, hoewel Erichsen zelf liever sprak van een 'concussion of the spine'. Bij een deel van de ongevalsslachtoffers konden nerveuze verschijnselen leiden tot een vorm van blijvende invaliditeit; de patiënt werd een wrak, 'utterly unable to attend to the ordinary duties of life.'¹⁸ Erichsen en zijn medestanders beschouwden dit als een gevolg van een microscopisch kleine ruggemerglaesie, waardoor getroffenen op grond van organisch letsel schadevergoeding konden claimen. Overigens werden nerveuze klachten volgens de neurologische inzichten van de negentiende eeuw veelvuldig teruggevoerd op aandoeningen van spinale functies.¹⁹ Erichsen erkende dat de ruggemergafwijking die aan de basis lag van de neurotische verschijnselen moeilijk waarneembaar was en dat er onder artsen dan ook sprake was van 'discrepancy of medical opinion'.²⁰

Het feit dat door niet aantoonbare schade aan het ruggemerg een breed scala van psychische klachten geldelijk gecompenseerd kon worden, had Erichsen al vroeg tegenstanders opgeleverd. Wie een zorgeloos leven als rentenier wilde leiden moest uit Erichsens boek de symptomen instuderen en hopen door veel te reizen eens een treinongeval mee te maken, zo spotte men.²¹ Erichsen moest toegeven dat misbruik van deze diagnose voor hem een 'dark spot on the morality of the present generation' betekende, doch hij bleef erbij dat de ruggemergschok ook kon voorkomen in gevallen waarbij geen sprake was van vergoeding.²²

In Duitsland deed de spoorwegongevalproblematiek zich op dezelfde wijze voor, zij het later. Erichsen kreeg er in de jaren zeventig geestver-

wanten als E. von Leyden en W. Erbs. De spoorwegarts J. Rigler ging zelfs verder dan Erichsen: de 'Rückenmarkerschütterung' is bij hem geheel voorbehouden aan het spoorwegongeval. De pathologie van schokinwerking op het menselijk organisme maakte in de jaren 1870-1890 een ontwikkeling door: niet het ruggemerg, maar de hersenen raakten beschadigd. De psychische ontreddeering na spoorwegongevallen kon niet objectief op rugletsel worden teruggevoerd, maar vertoonde wel een verband met hersenletsel als 'aetiologisches Moment'.²³ De term 'railway brain' werd wel gebezigd, met name in de Verenigde Staten.

Erichsens belangrijkste criticus, de spoorwegarts H. Page, rekende af met de ruggemergschok, of welk organisch letsel dan ook, als de oorzaak van neurotische verschijnselen. Hij voerde aan dat alleen het schrik-effect bepalend was voor neurotische klachten na een (spoorweg)ongeval. Wat spoorwegongevallen onderscheidde van andere ongevallen was het feit dat geldelijke compensatie voor de gevolgen ervan mogelijk was.²⁴ Page besteedde ruim aandacht aan de onderkenning van simulatie en verwante verschijnselen. Lang niet altijd was van boze opzet sprake. Hij gebruikte de term 'neuromimesis': mensen met een nerveuze en beïnvloedbare aard 'answer more easily and more actively to one another's sufferings through the physiological sympathy of their bodily organs; functional disorders are the mimicries of grave disease.'²⁵ Page meende dat de beoordelend arts zijn verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt en maatschappij moest nemen. Hij spoorde artsen die bij een proces moesten getuigen aan, zich te verzetten tegen de druk van klager en advocaat de schadeclaims te ondersteunen.²⁶

Dat de 'railway spine' als diagnose door medici, weliswaar bepaald niet unaniem, een tijdlang geaccepteerd werd, kan verklaard worden uit tijdgebonden factoren. In de eerste decennia van de 'railway age' speelde angst voor treinongevallen een grote rol bij het publiek.²⁷ De essentie van een spoorwegongeval was gelegen in het feit dat een willekeurig aantal burgers onverhoeds door dood en invaliditeit getroffen kon worden. In de *Lancet* van 1861 wordt gesproken van een 'often experienced condition of uneasiness, scarcely amounting to actual fear, which pervades the generality of travellers by rail'.²⁸ Daarnaast meenden artsen dat het bestaan van de moderne treinreiziger (vooral van de forens) doortrokken was van schadelijke invloeden op het zenuwstelsel. Niet alleen kwam dit door een gejaagd leven, bepaald door dienstregelingen, maar ook door de fysieke invloed van het treinreizen zelf op de spinale functies.²⁹ Dit verklaart mogelijk het gemak waarmee aanvankelijk in rechtszaken om schadeclaims voor ongevalsgevolgen, vooral bij tegenstrijdige medische getuigenissen, 'usually the full amount claimed is awarded by a perplexed and sympathet-

tic jury.³⁰ Binnen enkele decennia zouden de spoorwegen echter een onmisbare en relatief veilige vervoersvorm worden in de westerse wereld. De wildgroei aan schadeclaims en processen liep hiermee ten einde.

Een andere factor is de vooruitgang rond 1900 in anatomische onderzoekstechnieken, waardoor nieuw inzicht ontstond inzake de spinale functies.³¹ Op grond hiervan werd de 'railway spine' afgedaan als een obscure en misleidende diagnose voor uiteenlopende nerveuze aandoeningen, waarbij, aldus Page, 'the height of absurdity is reached when the term is used for a functional neurosis in which there is nothing wrong with the spine, and the person suffering has never been in a railway accident.'³² Door de invloed van Page werden de nerveuze verschijnselen na ongevallen rond 1900 in de Angelsaksische landen bestempeld als zuiver functionele aandoeningen, niet te herleiden tot enige anatomische laesie, en zonder grond tot schadevergoeding.³³

Toen de diagnose medisch en maatschappelijk was achterhaald, werd het begrip 'railway spine' spreekwoordelijk voor de relatie tussen bepaalde nieuwe, dubieuze ziekteverschijnselen en aanspraken op compensatie.³⁴ Doordat in verschillende Europese landen rond 1900 ongevallenwetgeving tot stand was gekomen, kwam de problematiek van de medische en juridische validering van moeilijk te plaatsen ongevalsletsel sterk in de belangstelling, onder de noemer van de traumatische neurose. Het zwaartepunt van deze discussie bevond zich in Duitsland.

Ongevallenwetgeving en traumatische neurose in Duitsland

In Duitsland bleken de tegenstellingen onder medici over de uitvoering van de Ongevallenwet (1884) en het hiermee verbonden fraudevraagstuk het grootst. Belangrijk is het feit dat de behandeling van industriële ongevallenclaims er in de publiekrechtelijke sfeer plaats vond. In Engeland was de afwikkeling van arbeidsongeschiktheid een aangelegenheid tussen werknemer en organisatie en waren arbeidsconflicten, dus ook schadeclaims na arbeidsongeschiktheid, zaken voor particuliere schikkingen of de civiele rechter.³⁵ Waar de Duitse overheid echter een collectieve verzekering verplicht stelde, was ook de wetsuitvoering en het beslechten van conflicten een staatsaangelegenheid. Het fraudevraagstuk werd hierdoor een zaak van algemeen belang; simulatie ter verkrijging van een ongevalsrente werd oplichting van de staat geacht. Dit bracht niet alleen onder artsen een discussie op gang.

Een andere factor was het groeiende beroep op de ongevallenwetten in Duitsland tegen het eind van de negentiende eeuw, als gevolg van een

expanderende industrie.³⁶ De toename van de beroepsbevolking in de nijverheid en de schoksgewijze overgang van ambachtelijke naar machinale productie waren hiervoor kenmerkend. De omvang van de ongevallencompensatieclaims was voor vele tijdgenoten verontrustend. De (staats)uitvoering van de ongevallenwetten kreeg zware kritiek te verduren toen de financiële kant moeilijk beheersbaar bleek. De rijksverzekeringsbanken in Oostenrijk en Duitsland kwamen onder druk te staan van de verplicht premie-afdragende werkgevers, die naast bescherming van de werknemers ook nadruk wilden leggen op de arbeidsproductiviteit.³⁷

Men probeerde in de praktijk van de wetsuitvoering de stroom aanspraken op rente in te dammen. Dit betekende ofwel door medische 'bewaking' een snelle werkhervatting bewerkstelligen ofwel bepaalde categorieën van vergoeding uitsluiten. Simulatie werd als een ernstig kwaad beschouwd en over de omvang en betekenis ervan werd in brede kring gediscussieerd. Men kon overigens slechts speculeren over de cijfers. Een betrouwbare registratie van bedrijfsongevallen had in de meeste bedrijven ontbroken, zodat statistische vergelijkingen met de tijd van vóór de wettelijk verplichte ongevallenregistratie niet mogelijk bleek. Volgens sommigen was rentejacht een volksziekte geworden.³⁸ Met name de radicale kritiek van de rechts-conservatieve publicist Ludwig Bernhard in *Unerwünschte Folgen der deutsche Sozialpolitik* (1912) stelde de principes van de sociale wetgeving ter discussie. Vooral in de ongevallenwetgeving zag hij een verderfelijke werking, daar deze simulatie van ziekten, rentehysterie en ongevalsneurosen uitlokte, normaal herstel verhinderde, en daarmee de arbeidende klasse als geheel ondermijnde.³⁹ Daartegenover stonden anderen die meenden dat de diagnose 'simulatie' voortkwam uit het onbegrip van vele artsen voor de psyche van de bezitloze arbeider, 'dessen Gesundheit sein einziges Capital ist'.⁴⁰ Juist op het terrein van de traumatische neurose, het 'Schmerzenkind' van de verzekeringsgeneeskunde, waar direct waarneembare anatomische schade vaak ontbrak en er toch een verband moest worden gelegd tussen het ongeval en de daarna optredende neurotische verschijnselen, speelde zich de hevigste strijd af.⁴¹ Het medische strijdtooneel was een soort niemandsland tussen interne geneeskunde, neurologie en psychiatrie, waardoor ook diagnostische begripsverwarring kon optreden. De gezaghebbende medici die met hun 'Expertwissen' door de rijksverzekeringsbank geconsulteerd werden, behoorden tot de elite van de academische geneeskunde en konden gerekend worden tot de conservatieve bovenlaag van de bevolking. De discussie over de beoordelingsnormen speelde zich dan ook af binnen de nog kleine academische beroepsgroep. De sociale verzekeringswetgeving had deze beroepsgroep in aanraking met de arbeidende klasse gebracht. Hiermee begon een professionaliseringspro-

ces, waarbij de academische beroepsgroep zich sterk zou gaan uitbreiden en in de loop van de twintigste eeuw de dominante vorm van medische verzorging voor de gehele bevolking zou vormen, ten koste van de volksgeneeskundige praktijken.⁴²

In de opvattingen onder medici ten aanzien van de traumatische neurose schemerde veelal de preoccupatie door met het beginsel der sociale wetgeving. Het staatsbelang maakte de ontmaskering van simulanten bij vele artsen tot de eerste en belangrijkste vraag. In de tijd vóór de sociale verzekeringswetgeving waren het alleen de forensisch- en militair-geneeskundigen die zich uit naam van een maatschappelijke instantie of de staat bezig hielden met het simulatievraagstuk.

Een derde factor die de discussie in Duitsland sterk bepaalde was het feit dat er, anders dan in Frankrijk en de Angelsaksische landen, onder medici een sterke richting bestond die uitging van een organisch substraat bij de traumatische neurose. De eminente neuroloog H. Oppenheim, die tussen 1883 en 1891 verbonden was aan het Charité-hospitaal te Berlijn, verdedigde de opvatting dat microscopische hersenschade aan de verschijnselen ten grondslag zou liggen. Oppenheim had in 1888 zijn standaardwerk over de traumatische neurose gepubliceerd. De pathogenese was in zijn opvatting gelegen in de combinatie van een fysieke en psychische schok, de 'Erschütterung', die ook vanuit de periferie van het lichaam via het centrale zenuwstelsel inwerkte op het cerebrale gebied en daar moleculaire veranderingen teweegbracht. Hierdoor werden de storingen in motoriek en gevoelsbeleving veroorzaakt.⁴³ In Frankrijk daarentegen domineerde de visie van de invloedrijke hoogleraar J.M. Charcot, die zich volledig had toegelegd op het verschijnsel hysterie onder welke noemer hij zeer uiteenlopende zenuw- en zielsziekten plaatste. In de traumatische neurose kon Charcot niets anders zien dan hysterie door autosuggestie opgewekt. Deze functionele stoornis kon mogelijk door hypnose genezen worden. Hij hield de Duitse medici voor dat zijn onderzoek geen enkele organische schade aantoonde bij treinbestuurders, machinisten, werklieden en anderen, 'ayant subi soit un choc sur la tête, soit une commotion ou un ébranlement generale.'⁴⁴ Aan het simulatieprobleem kende hij, in tegenstelling tot de Duitsers, geen grote betekenis toe.

Het officiële uitkeringsbeleid bij de Duitse ongevallenwetgeving was afgestemd op de heersende klinische opvatting, hetgeen consequenties had voor de uitvoeringspraktijk, met name bij de traumatische neurose. Daar de visie van Oppenheim in Duitsland overheerste werd het wetsartikel er zodanig geformuleerd dat de traumatische neurose mogelijk in aanmerking kwam voor een rente-uitkering, al naar gelang de arts de gebezigde zinsnede interpreteerde. Schadeloosstelling was er slechts voor 'Schaden, wel-

cher durch Körperverletzung entsteht - nervöse Schädigungen ohne organische Grundlagen also nur insoweit, als sie durch Auslösung schwerer affektiver Reize zu sofortigen und nachweisbaren körperlichen Veränderungen geführt haben.⁴⁵

In toenemende mate kwam Oppenheim tegenover de groep neurologen en psychiaters te staan die uitsluitend een psychogene oorzaak voor het ziektebeeld erkenden. Deze richting omvatte ook weer een rijk scala aan opvattingen. Velen onderschreven de gedachte van een oorzakelijk verband tussen ziektebeeld en sociale wetgeving en prefereerden termen als 'Renteneurose', 'Zweckneurose' en 'Rechtsneurose'. Het ontmaskeren van simulanten en de eventuele strafvervolgning kreeg bij hen prioriteit.⁴⁶ F. Windscheid schreef in zijn praktische handleiding voor de verzekeringsarts dat *niemand had kunnen voorzien, dat zo'n 'Hochflut von allgemein nervösen Störungen sich durch das Recht des Arbeiters auf Rente entwickeln würde.'*⁴⁷ Anderen, zoals de psychiater M. Reichardt en de Zwitserse arts O. Naegeli, gebruikten om hun afwijzing van de benaming aan te geven consequent de term 's.g. (sogenannte) traumatische Neurose'. Naegeli onderscheidde liever de 'Schreckneurose' en 'Commutationsneurose', van de eigenlijke 'Unfallsneurose', die hij vrijwel geheel met simulatie gelijkstelde.⁴⁸ Naegeli beschouwde de 'Unfallsneurose' als het 'neugeborene Kind des Versicherungswesen', waarbij hij als argument aanvoerde dat juist kleine ongevallen de zwaarste neurosen lieten zien.⁴⁹

Ook de Duitse psychiater A. Strümpell legde een verband tussen ziektebeeld en uitkering. Toch stond zijn 'Begehrungsneurose' niet gelijk aan simulatie. Hij sprak van een eigenaardig en karakteristiek ziektebeeld, waarbij te gemakkelijk de verdenking simulatie valt. De symptomen, zoals 'melancholische und hypochondrische Verstimmung, Willenschwäche, Energielosigkeit, Weinen, Aufregungen, hallucinatorische Delirien', waren gevolg van de obsessie van de getroffene met zijn ongeval en de vrees om invalide en brodeloos te worden.⁵⁰ Zowel Oppenheim als Strümpell onderkenden het bestaan van een kleine groep met een ongunstige prognose, waarbij zich een psychose kon ontwikkelen en een reëel suicide-gevaar bestond.

De Eerste Wereldoorlog

De aanname van microscopische veranderingen in de hersenen werd niet alleen door psychiaters, maar ook door klinische onderzoekers steeds meer betwijfeld. Charcots opvatting van de traumatische neurose als zuiver functioneel bepaalde neurose won ook in Duitsland terrein. Sommigen keerden

zich fel tegen de fysiologische speculaties en 'moleculairmythologie' van Oppenheim en zijn medestanders.⁵¹ De discussie kwam in een stroomversnelling na 1914, toen door de gevolgen van het oorlogsgeweld zich de acute vraag voordeed of soldaten met neurotische verschijnselen na een trauma als uitkeringsgerechtigd moesten worden beschouwd.

Men was het er in het algemeen over eens dat de oorlog het beeld van de traumatische neurose in uitvergroete en verveelvoudigde vorm liet zien, en dat er geen wezenlijk verschil was met de verschijnselen die door treinongelukken en industriële ongevallen zo naar voren waren gekomen.⁵² Een extra moeilijkheid bij vaststellen van een oorlogsneurose was deze af te grenzen van de verwante mentale symptomen die samenhangen met uitputtingstoestanden, langdurige blootstelling aan stress, doodsangst, rouw om verlies van kameraden, et cetera.⁵³ Na uitsluiting van organische laesie, kwam een beeld naar voren van een combinatie van psychische en fysieke symptomen die op een schokinwerking moesten kunnen worden teruggevoerd. Geestelijke ontreddering ging hierbij vergezeld van de karakteristieke invaliderende verschijnselen zoals vaso-motorische en thermische stoornissen, gezichts- en gehoorafwijkingen, verlammingen, verstijvingen en de beruchte aanhoudende tremoren.

Aanvankelijk werden deze gevolgen van explosies en dergelijke als 'Granatkontusion' of 'shell-shock' betiteld en geweten aan een zware structurele beschadiging van het zenuwstelsel. Zowel het kwantitatieve verlies aan mankracht in een oorlog die geen 'Blitzkrieg' bleek te zijn, als de financiële belasting van de oorlogspensioenen voor deze categorie droegen echter bij tot een omslag in de interpretatie van het ziektebeeld. In het Engelse leger, zo werd in het tijdschrift *Brain* vastgesteld, 'the pendulum has gradually but steadily swung to an opposite extreme. At the present time the very term shell-shock is taboo, and in the Services has been replaced by the equally unsatisfactory one of neurasthenia.'⁵⁴ In toenemende mate werden zowel in Duitsland als Engeland de getroffen en aangemerkt als neurasthenici of hysterici, ook zonder oorlogservaringen voorbestemd tot deze toestand. De Engelse legerarts en antropoloog W.H.R. Rivers schreef in 1918 dat in de loop van de oorlog de 'physical conception has given way before one which regards the shell explosion or other catastrophe of warfare as, in the vast majority of cases, merely the spark which has released long pent up forces of a psychical kind'.⁵⁵ Het idee van de psychogene oorsprong van de oorlogsneurose kreeg in Duitsland sterkere aanhang door het van werk van Naegeli, die hierin een heftige polemische toon tegen de 'Oppenheimsche Irrlehre' bezigde.⁵⁶

Los van de vraag naar de aetiologie van de aandoening ontstond in de grote oorlogvoerende landen consensus over het feit dat snelle behandeling

en doeltreffende profylaxe noodzakelijk was. Dit vooral om het 'infectueuze' effect binnen de troepen te minimaliseren en om fixatie op de verschijnselen bij de getroffenenen te voorkomen. De discussie onder de Franse neurologen was hoofdzakelijk gericht op het 'intéret utilitaire', hetgeen betekende dat maatregelen om misbruik te reduceren de prioriteit hadden. Er werden voor lijdens aan oorlogsneurosen afzonderlijke geneeskundig-militaire diensten opgericht met speciale behandelinstructies. Het beleid was afzondering, bewaking en therapie. Hiermee moest het psychopathische proces doorbroken worden van 'commotion, émotion, suggestion, exagération, simulation et révéndication'.⁵⁷

Een dergelijk beleid werd ook in het Engelse en Duitse leger gevolgd, op vaak niets ontziende wijze. Morele en nationalistische overwegingen overheersten; artsen moesten binnen hun strijdkrachten een front vormen met eigen wapens. Berucht gebleven is de 'overrompelingstherapie' van de Duitse legerarts Kaufmann, waarbij onder voortdurend militair bevel uitputtende exercities geëist werden, afgewisseld door de toepassing van koudwaterstortbaden en elektrische stroom. De soldaten werden op deze wijze geacht te genezen van hun nerveuze aandoeningen.⁵⁸ Kaufmann afficheerde zijn 'symptomatische Heilung' als uitnemend geschikt voor de 'Friedenspraxis' ter bestrijding van 'Begehrungsvorstellungen'. Slechts op kleine schaal werd met andere therapieën geëxperimenteerd, zoals de toepassing van de psycho-analyse of rustkuren op het platteland.

De vooraanstaande Franse neuroloog M.J. Babinsky uit de school van Charcot zag zijn leer van pithiatisme (genezing mogelijk door suggestie) op het overgrote deel van de oorlogshysterici van toepassing. Toch naderde hij de opvattingen van Oppenheim, doordat hij in de loop van de oorlog moest constateren dat een kleine groep oorlogsneurotici volstrekt ongevoelig was gebleken voor iedere vorm van therapie. Hij noemde de onbegrepen, mogelijk organische stoornissen van deze lijdens 'troubles physiopathiques'.⁵⁹ Zijn voorstel in 1916 om deze groep in principe te erkennen als oorlogsinvaliden werd door de Franse neurologen echter niet overgenomen.⁶⁰

In Duitsland bleef Oppenheim aanvankelijk vasthouden aan de organische basis voor de 'Erschütterung' die hij bij uitstek van toepassing achtte op de oorlogsneurose. Hij achtte de 'ideogene Faktor' bij het ontstaan van de traumatische oorlogsneurose van bescheiden betekenis.⁶¹ De opposite legde de nadruk op de symptomen, die Oppenheim niet of niet uitsluitend psychogeen wilde verklaren. Zijn tegenstanders beschouwden deze als kenmerken van histerie. Ook werd door hen aangevoerd dat officieren en krijgsgevangenen de symptomen zelden vertoonden. De oorlogsneurose werd gezien als een functionele 'weg-van-het-front neurose'.⁶² Op de

Kriegstagung van de Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in 1916 moest Oppenheim zwichten voor de druk van zijn tegenstanders. Hij gaf toe dat de traumatische neurose niet afgebakend kon worden van andere neurosen, zoals hypochondrie, neurasthenie en hysterie. Ook kwam hij terug van de sombere prognose van de traumatische neurose en stelde vast dat de wil van de patiënt bij het genezingsproces van doorslaggevende betekenis is.⁶³ Toch hield Oppenheim in zijn slotbetog zijn opponenten voor dat oorlogsneurosen niet uitsluitend psychogeen verklaard mogen worden: 'Die gewaltigen Insulte des Krieges werden von Mehrheit zu gering eingeschätzt... und können das Nervensystem in tiefgreifender und nachhaltiger Weise schädigen.'⁶⁴ Ook waarschuwde Oppenheim de keuringsartsen voor de 'bequemen Fahrstrasse Hysterie - Begehrungsvorstellung - Simulation'.⁶⁵ Maar de doorbraak van de visie van zijn tegenstanders werd een feit; op dezelfde Kriegstagung postuleerden Nonne en Gaupp dat noch de traumatische, noch de oorlogsneurose in het sociale verzekeringsrecht bestaansrecht kenden. Zonder zich expliciet politiek uit te spreken gaf deze uitspraak de legitimatie aan de nog zittende conservatieve keizerlijke regering, de uitvoeringsnormen voor de sociale verzekeringswetgeving op dit gebied aan te scherpen.

De traumatische neurose als renteneurose

De oorlog en de economische neergang in Duitsland na 1918 hadden voor de uitvoeringspraktijk bij de traumatische neurose consequenties. Van flexibele hantering van de normen, zoals voor de oorlog nog mogelijk, kon door de financiële last van de uitkeringen en de arbeidsuitval geen sprake meer zijn.⁶⁶ De omslag in opvatting onder de neurologen betekende het onderbrengen van de diagnose traumatische neurose naar het terrein van de functionele stoornissen. Een beleid werd gevolgd van afkoop of ontzegging van rente met nadruk op snelle genezing door speciaal toe te passen therapieën. Behandeling leek meer op bestrijding. Mogelijk door de verloren oorlog en door de juist in Duitsland al lang levende simulantenkwestie hadden de nieuwe therapieën een strafachtig karakter; ze konden dwangarbeid en schijnoperaties inhouden. Ook de beruchte therapie van Kaufmann werd gebruikt bij ongevalsneurosen in het civiele leven.

In de discussie in de jaren twintig werd onderzoek naar een mogelijk organische grondslag als achterhaald beschouwd. De kwestie van de on-eigenlijk geachte aanspraken kwam centraal te staan, en de discussie werd toegespitst op vraag in welke mate deze neurose door psychische en sociale factoren bepaald werd en hoe hierop wettelijk en verzekeringstechnisch een

antwoord te vinden. De aandacht werd gevestigd op de mogelijke neuropathische predispositie onder bepaalde categorieën getroffen. Alcoholisme en zwakbegaafdheid konden bevorderlijk zijn voor de inwerking van trauma, evenals erfelijke zenuwziekten onder de lagere klassen, morele minderwaardigheid, degeneratie, criminaliteit, wilszwakte, et cetera. Deze uitgangspunten werden na 1918 verder uitgewerkt en als causale factoren gepresenteerd.⁶⁷ Veelal kreeg het ongeval zelf nog slechts een toevallige functie toebedeeld, waar psyche en sociale achtergrond van de eiser als bepalend werden beschouwd. Van invloed waren hierop de ideeën van de psychiater E. Kretschmer, die in 1919 het probleem formuleerde als 'Wille und Reflex gibt Hysterie'.⁶⁸ Hij stelde zich kritisch op tegenover de psycho-analyse die de rol van het onbewuste benadrukte en hiermee naar zijn mening het ethische probleem van de verantwoordelijkheid van het individu uit de weg ging. De psycho-analytische richting had mede door de belangstelling voor de vraag naar de psychische genese van oorlogsneurosen terrein gewonnen, en termen als 'ziektewinst' en 'vlucht in de ziekte' waren gemeengoed geworden. Hoewel de traumatische neurose zich theoretisch niet zonder meer in de Freudiaanse leer van de seksuele aetiologie van de neurosen liet inpassen, bleek juist het begrip 'neurotische verdringing' bruikbaar als een psychiatrische verklaring van traumatische neurosen. Voor Kretschmer was de onbewuste verdringing echter op zeer weinigen van toepassing; hij legde de nadruk op de groep die hun parasitaire motieven 'uns ja geradezu ins Gesicht schleudern, und in dieser Gruppe finden sich auch besonders schwere Hysterien auf der Grundlage der Entartung'.⁶⁹ Hiermee was de toon gezet voor de discussie. De sociaal-utilitaire functie van de arts bij de beoordeling van traumatische neurose trad in Duitsland steeds meer op de voorgrond. De algemeen toegepaste benaming 'renteneurose' verwees niet meer naar een medische toestand, maar naar een maatschappelijke ziekte die overwonnen moest worden. Uitgangspunt bij beoordeling van ongevalsneurosen was dat het niet ging om een ziekte in de eigenlijke zin van het woord maar om een door rentebegeerte psychologisch bepaalde reactie; daarnaast was veelal sprake van een psychopathologische aanleg bij de eiser.⁷⁰

In de loop van de jaren twintig ontstond zich een nieuwe discussie over de rol van de arts als aanklager in dienst van de staat, tegenover de arts als verdediger van de belangen van de patiënt met de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en het vrije beroep van de arts.⁷¹ Een toenemend aantal artsen bleek zich bewust van de dilemma's van de beoordeling van psychisch trauma, dat zo sterk verzeild was geraakt in het domein van politiek-sociale en moralistische opvattingen. G. Aschaffenburg meende dat men het kind met het badwater zou weggooien door al te sterk de nadruk

te leggen op de ethische minderwaardigheid van de neuroticus; dit zou het zicht op de samenhang tussen psychisch trauma en psychogene reactie verhinderen.⁷² V. von Weiszäcker, van wie de naam 'Rechtsneurose' afkomstig is, verwierp de psychogene causaliteitsgedachte en stelde dat de nadruk op het onderzoek naar de pathogenese irrelevant was. Als de traumatische neurose een sociale ziekte is, moet hiervoor een adequate maatschappelijke oplossing komen in de zin van 'Zeit, Geld und passende Arbeitsgelegenheit'.⁷³ Verder bundelde W. Riese een aantal bijdragen over de ongevalsneurose, gericht tegen de heersende dogmatische uitvoeringspraktijk, en bedoeld voor de beoordelend arts als 'Selbstbesinnung und Wiederbesinnung auf den eigentliche Bestimmungsgrund seines Handelns, nämlich auf die Hilfeleistung'.⁷⁴ Hierin kwamen jongere, sociaal voelende artsen (van wie enkelen zich later gedwongen zagen tot emigratie) aan het woord, die de vrijheid van de arts en de autonomie van arts-patiëntrelatie vooropstelden. De nationaal-socialistische heilstaat wierp echter zijn slagschaduw vooruit. De arts diende zich te schikken naar een collectivistische ideologie waarin sociale verzekering verwordt tot 'Volksverderb, wenn sie durch Erfüllung unberechtigter Ansprüche das Verantwortlichkeitsgefühl unseres Volkes untergräbt'.⁷⁵ In 1929 klonk nog een zwak verweer op juridische gronden tegen de 'Ausrottungskampf gegen die Rentenneurosen'.⁷⁶ Niet alleen in Duitsland, waar de discussie in de jaren dertig verstomde, maar ook in Engeland, Frankrijk en de V.S. was de heersende opvatting onder neurologen en psychiaters die van de psychogenese.

Toch bleef de onduidelijke aard van het psychische trauma na een ongeval neurologen en psychiaters bezighouden. Het afgrenzen van hersenletsel werd bijvoorbeeld als een groot probleem gezien. Te veel wordt over het hoofd gezien, schreef de Amerikaanse neuroloog B. Comroe in 1936, dat 'neurosis and organic pathology may and do often coexist, that either may be the forerunner of the other, or that both may be entirely separate from one another'.⁷⁷ In Frankrijk erkende men wel in de praktijk het 'type mixte'. In de Angelsaksische landen was de voorkeur in de praktijk voor een ontmoedigingsbeleid met nadruk op snelle werkhervatting en, waar toch noodzakelijk, liever ineens afkopen (zoals in Denemarken en Zwitserland werd toegepast) dan uitkeren op lange termijn.

De traumatische neurose in Nederland

In ons land was de ongevallenwetgeving gemodelleerd naar Duits voorbeeld. Ook de literatuur over de traumatische neurose was voor een deel een echo van de geldende Duitse opvattingen, echter zonder de heftige

polemische toon die zo kenmerkend was voor de Duitse discussie. Weliswaar fulmineerde de Leidse hoogleraar J.A. Korteweg tegen de 'woekerende groei van dat leger van twistzieke en ontevreden rentetrekters', maar hij werd door verscheidene medici, met name verzekeringsgeneeskundigen, van repliek gediend.⁷⁸ Korteweg, die ook wetenschappelijk adviseur van de Rijksverzekeringsbank was, stelde voor aan de Nederlandse Ongevallenwet een bepaling toe te voegen die gedwongen werkhervatting van getroffen, gedeeltelijk validen inhield. Dit werd echter niet overgenomen.⁷⁹

Net als in Duitsland bestond hier de behoudende, gerenommeerde adviseur-specialist, die bedoeld of onbedoeld zijn afkeer van de sociale verzekeringen in zijn medisch oordeel verpakte. Daarnaast was er echter een groeiende groep van in de praktijk werkzame verzekeringsartsen, die zich pragmatisch opstellen bij de uitvoering van de wet. De Nederlandse verzekeringsgeneeskundigen beschreven de dilemma's rond de oorlogsneurosen, maar stelden opgelucht vast dat het grote leger 'oorlogsbeschadigden' aan Nederland voorbij was gegaan.⁸⁰ Ook werd onder medici gediscussieerd over de psychische danwel somatische aard van de verschijnselen van de traumatische neurose en werd de Duitse richtingenstrijd gevolgd. De harde aanpak van simulanten en de inschakeling van justitie zoals die in Duitsland voorkwam werd afgewezen; men was hier van mening dat behandeling en overreding, samen met onthouding of afbouw van rente, fixatie op de neurotische verschijnselen zou voorkomen. Ook de Kaufmann-behandeling riep de weerzin op van de Nederlandse artsen: 'Ik heb het nooit over mij kunnen verkrijgen, een luid schreeuwenden en om zich heen slaanden patiënt nog verder te behandelen en dat nog wel uren achtereen aan één stuk, zoals Kaufmann deed! Afgezien van alle ethische overwegingen, wekt de methode een diepen afkeer tegen den arts bij andere patiënten op, en veroorzaakt dus een schadelijke tegensuggestie voor hun genezing'.⁸¹

Over de onverhulde maatschappelijke oordelen die de diagnose opriep werd in 1921 in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank opgemerkt dat 'het vreemde verschijnsel zich voordoet dat groote mannen zoowel op neurologisch als psychiatrisch gebied zich wagen op terrein, dat ver ligt buiten het bereik van ons wetenschappelijk denken'.⁸²

Vele bijdragen in medische tijdschriften over de praktijk van de Ongevallenwetten verschenen van de hand van D. Brocx, geneeskundig adviseur van de Rijksverzekeringsbank. Brocx wees de term traumatische neurose af omdat hij deze geen omschreven geheel achtte, en met name omdat onder deze noemer zowel (nog) onverklaarbare klachten als de bekende verschijnselen van de functionele neurosen ondergebracht werden. Ook deed hij onderzoek naar de frequentie van de traumatische neurosen, daar

het hem had getroffen dat wat dit betreft totaal verschillend geoordeeld werd. Het aantal lijdens werd gemeld als groot en toenemend, maar werd ook geacht zeer klein te zijn. Zijn onderzoek naar blijvend letsel over de periode 1914-1917 gaf 307 gevallen te zien op een totaal van 313.155 ongevallen, geconcentreerd in de grote steden, met een slechte prognose. 'Geen verschijnsel dat de naam "maatschappelijk euvel" rechtvaardigt,' was zijn conclusie.⁸³ Ook de benaming renteneurose was volgens Brocx onterecht. De oorzaak voor het fixeren en niet genezen van de neurose was te zoeken in de suggestieve invloed van alles wat samenhangt met het ongeval, de verzekeringstechnische bemoeienis, de houding van arts en de omgeving, en het idee (te goeder trouw) onbillijk beoordeeld te worden.⁸⁴ Het moeilijkste vraagstuk achtte Brocx de invaliditeitsschatting bij neurosen, die aanvaard waren als wettelijk ongevalsgevolg. Gegevens over een dergelijke invaliditeit bij niet-verzekerden waren niet voorhanden. Brocx meende dat bij de meeste gevallen van hysterie en neurasthenie na een ongeval geen invaliditeit aangenomen kon worden.⁸⁵

Vrij algemeen gold in de jaren twintig en dertig onder medici de opvatting dat de 'lijder aan een traumatische neurose iemand is bij wie door een ongeval aan het licht is gekomen dat hij een neuroselijder is'.⁸⁶ In de publieke opinie was de visie populair dat 'er ziektegevallen in grooten getale voorkomen, die niet zouden bestaan, indien zekere wettelijke bepalingen niet bestonden'.⁸⁷

Naast de nuanceringen en overwegingen van Brocx, verwoordden verschillende medici in de jaren dertig een sterk afwijkende visie. De Leidse neuroloog G.W. Kastein (communist en in WO II in het verzet omgekomen) meende dat de schuldvraag uitdrukkelijk buiten de medische beoordeling van neurotische patiënten moest blijven, aangezien een wetenschappelijke fundering van 'schuld' als leidraad voor het praktisch-medisch en juridisch beoordelen van patiënten niet bestond. Verder stelde hij dat het voorkomen van neurotische reacties in het geheel niet de aanwezigheid van hersenlaesies uitsluit. Zelfs bij een positieve diagnose van neurotische reacties diende de arts te proberen een continuïteit in psychologisch opzicht te vinden tussen de houding en de reacties van de patiënt voor, tijdens en na ongeval.⁸⁸ De psychiater H. Grelinger oordeelde op grond van poliklinisch materiaal dat de ongevalsneurose evengoed kon ontstaan buiten de verzekeringssituatie als daarbinnen. Hij pleitte voor een scherpe afgrenzing van neurose en simulatie, juist om te voorkomen dat 'men de neuroselijder voor een bedrieger houdt'.⁸⁹ Rente-onttrekking als therapie dient afgewezen, maar 'de strijd zal dus verder gestreden moeten worden ten gunste van de ongevalsneurose als ziekte, die, zoals alle andere ziekten, recht op behandeling heeft'.⁹⁰ In dezelfde studie wees de zenuwarts A.H. Fortanier

op het verschijnsel van de complexe gevoelsinstelling van artsen ten opzichte van neuroselijders; met name bij de controlerend geneesheer die in dienstverband werkt, komt persoonlijke afkeer samen met collectieve wraakgevoelens.⁹¹ In andere termen was deze gedachte in 1932 uitgesproken door de sociaal-democratische arts B.H. Sajet, die de medici van de Rijksverzekeringsbank van klassegeneeskunde beschuldigde. In zijn artikel wees hij op het bewuste of onbewuste klassevooroordeel van de arts, dat tot lage invaliditeitsschattingen leidde. Sajet gebruikte hiervoor de term 'anti-rente-neurose bij den dokter'.⁹² Sajet kreeg in zijn praktijk als adviseur van het NVV met vele soorten bedrijfsongevallen en de juridische afwikkeling ervan te maken. Hij verrichtte een uitvoerige studie naar de praktijk van de Ongevallenwet bij enkele soorten letsel, waaronder ook de traumatische neurose. In mei 1940 verscheen over dit onderwerp zijn nagenoeg vergeten of door de omstandigheden onopgemerkte proefschrift. Op grond van zijn onderzoek kwam hij tot de conclusie dat de traumatische neurose weinig voorkomt en dat zij vaak ten onrechte gediagnosticeerd werd waar een organische afwijking bestond. Waar rentebegeerte als oorzaak werd aangenomen, 'baseert men zich op een theorie, welke grondslagen ineensstorten bij een nauwkeurige bestudeering van onderzoekingen, waarop zij steunt, terwijl voor de rentebegeerte als oorzaak der aandoening in de individuele gevallen vaak generlei bewijs kan worden aangevoerd. Of de aandoening wordt geweten aan een constitutioneelen factor, vaak zonder dat deze uit andere feiten blijkt dan uit het bestaan der neurose.'⁹³ De toekenningspraktijk achtte Sajet minder ruim dan in de Ongevallenwet was vastgelegd. De geconstateerde vermindering van het aantal rentetoe-keningen in 1915 en 1929 bracht hij in verband met de invloed van de conjunctuur op de medische beoordeling. 'De twee groote koerswijzigingen, die van omstreeks 1915 en van na 1929, zijn vermoedelijk voor een groot deel het gevolg van de opvattingen van de leidende medische ambtenaren, die ten opzichte van de vraagstukken, die internationaal blijkens de uitgebreide literatuur heel veel beroering wekken, een standpunt hebben ingenomen, dat de uitvoering der wet zooveel mogelijk beperkt. In deze literatuur mist men voor een deel de noodige objectiviteit. Ook hierin voeren bepaalde strekkingen tot stellingen, welke allerminst zijn bewezen, of zelfs maar waarschijnlijk of aannemelijk gemaakt.'⁹⁴

Deze Nederlandse auteurs hadden gemeen dat zij zich aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog distantieerden van de gangbare visie van de bewust of onbewust profiterende rentetrekker, en de sociale en politieke invloeden op de beoordeling van psychische schade trachtten te analyseren. Zij pleitten voor een medische en psychiatrische benadering van de neuroselijders en een objectieve, humane claimbeoordeling.

Het vaststellen van de mate van invaliditeit na een ongeval in verband met een wettelijke uitkering of vergoeding is vanaf de laatste decennia van de negentiende eeuw een nieuw terrein voor artsen. Het probleemgebied lag daar waar soma, psyche, politiek en recht elkaar raken. Als geen andere geeft de geschiedenis van de diagnose 'traumatische neurose' een beeld van de vervlochtenheid van de vraag naar de klinische etiologie met de juridische causaliteit en de sociale determinanten van een ziektebeeld. Perioden van oorlog en economische malaise laten inperking zien van het recht op schadeloosstelling, op grond van nationalistische en financiële motieven, vooral bij het zo moeilijk objectiveerbare psychische trauma. Met de benaming 'renteneurose' kreeg de opvatting de overhand van een maatschappelijke euvel, waarin de sociale verzekeringswetten vrij spel gaven aan oneigenlijke aanspraken. Al vanaf de 'railway spine' bestond in de westerse wereld de tendens om de neurose na ongeval als beschavingsziekte te beschouwen. 'Traumatic neuroses are among the penalties incurred by society through hyperindustrialization and depersonalisation,' schreef Huddleson als afsluitend commentaar in zijn overzichtsstudie in 1932. Maar hij moest vervolgens toegeven dat de maatschappij alleen corrigerend kan optreden en dat de algemene trend niet gekeerd kan worden.⁹⁵

De gevolgen van traumata waren in eerste instantie onder de aandacht van de geneeskunde gekomen vooral in relatie met aanspraken op rechtmatige schadevergoeding; de verzekeringswetten hadden een nauw verband geëist tussen fysieke invaliditeit en ongeval, civiel of militair. De traumatische neurose had in zekere zin als voordeel dat het psychisch trauma, zo moeilijk los te maken van fysiek lijden, zich als het ware ter bestudering aan de beoordelaars opdroeg.

De impact van het psychisch trauma in het algemeen kwam na 1945 wetenschappelijk en sociaal in een veel ruimer blikveld. De discussie over het grensgebied normaal - pathologisch en over de fysieke of psychische oorsprong van psychopathologie zette zich voort onder de noemer van de Post-traumatic Stress Disorder. De oorlogen van de twintigste eeuw hadden overvloedig materiaal verschaft voor nieuwe medisch-psychiatrische inzichten in de inwerking van schokervaringen op de psyche. Tevens werden de psychische gevolgen van traumata door nieuwe neurologische en psychiatrische inzichten geleidelijk losgemaakt van de eerder geldende sociaal-deterministische verklaringwijzen. De onverhulde morele connotaties die de traumatische neurose aankleefden riepen in de nieuwe 'waardevrije' verzorgingsstaat weerstand op. Door de ontwikkeling van het concept 'risque sociale' als verruiming van het 'risque professionnel' was er een

groter maatschappelijk draagvlak ontstaan voor de acceptatie en compensatie van psychisch letsel in het sociale verzekeringsrecht. De Swaan karakteriseert deze nieuwe moraal met het begrip 'sociaal bewustzijn', waarbij de staat geacht wordt door middel van collectieve arrangementen het leed van individuen te verhelpen.⁹⁶ Psychisch trauma kreeg daardoor een andere betekenis in de context van de verzorgingsstaat, waar rechtsnormen ter bescherming van het individu boven economische belangen gesteld konden worden.⁹⁷ Het nam als een autonome vorm van lijden een plaats in naast lichamelijke ziekte, gebrek en ouderdom. In het dagelijks spraakgebruik staat 'traumatisch' tegenwoordig voor psychische schade door welke schokkende gebeurtenis dan ook opgelopen.

De beoordelingsproblematiek van het lichamenlijk 'onzichtbare' psychische lijden ten opzichte van anatomisch-medisch erkende invaliditeit, en de hiermee verbonden geachte fraudegevoeligheid, blijft echter onopgelost. De stelling van Sajet lijkt ook in onze tijd te worden bewaarheid: in een periode van verminderde economische voorspoed neemt de tolerantie af, worden op economische en morele gronden stringenter normen geformuleerd en uitkeringsvoorwaarden doorgevoerd. Nog altijd bevindt de beoordelend arts zich in het spanningsveld tussen medische ethiek en sociale politiek.

Noten

1. Volgens P.C. English gebruikte de Britse chirurg Sparrow in 1740 voor het eerst deze term, afgeleid van het Franse woord 'secousse', in relatie met wonden. In de negentiende eeuw werd 'shock' op vele manieren gebruikt voor de 'intricacies of the bodily response to wounds; contributing further to this complexity was the psychiatric adaption of the word shock' (P.C. English, *Shock, physiological surgery, and George Washington Crile, Medical innovation in the progressive era*, London, 1980, 5). E. Fischer-Homberger noemt John Hunter, met zijn *Treatise on the blood, inflammation and gunshot wounds* (London, 1784) als een eerste exponent van het idee van de samenhang van schrikreactie en lichamenlijk schok. Zie: E. Fischer-Homberger,

Die traumatische Neurose, Vom somatischen zum sozialen Leiden, Bern, 1975, 47.

2. H. Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883-1891 gesammelten Beobachtungen*, 2. verbesserte und erweiterte Aufl., Berlin, 1892, V.

3. B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier, Post-Traumatic Stress Disorder: the history of a recent concept, *British Journal of Psychiatry*, 161 (1992), 747.

4. Hoewel het aantal slachtoffers van de nieuwe produktie- en vervoersmethoden qua aantallen de slachtoffers van 'traditionele' ongelukken niet overtrof is toch sprake van een omslag. Vanaf het midden van de negentiende eeuw, schrijft B.

Luckin, 'new transportation systems were placing unprecedented strain on human attentiveness and reaction times, with trains, trams and automobiles seeming more dangerous than any other forms of movement'. De enkele historici, zoals B. Luckin en K. Figlio, die zich met de geschiedenis van ongelukken en rampen bezighouden, benadrukken in hun werk de inwerking op individu en maatschappij van de potentiële dreiging van technologisch bepaalde rampen. Zie: B. Luckin, Accidents, disasters and cities, *Urban History* 20 (1993), 177-190.

5. Over de rechtsgrond van het 'risque professionnel' zie: F. Ewald, *L'État providence*, Paris, 1986, 282 e.v.

6. Chadwicks doctrine van de 'pecuniary responsibility' was 'the germ from which was to spring the Employers' Liability and Workmen's Compensation Acts'. Zie: R.A. Lewis, Edwin Chadwick and the railway labourers, *Economic History Review*, 2nd series III (1950), 111.

7. J. Donzelot, *L'Invention du social, Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, 1984, 147 en 151.

8. Behalve wanneer van onmiskenbare opzet sprake was. Zie: Ewald, o.c., 302; G. von Mayr, Arbeiterversicherung und Sozialstatistik, *Archiv für soziale Gesetzgebung und Statistik*, 1 (1888), 235, 250.

9. G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, 1990, 29.

10. A. de Swaan, Het medisch regiem (III): uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht, in idem: *De mens is de mens een zorg, Opstellen 1971-1981*, Amsterdam, 1982, 217.

11. Geciteerd in Fischer-Homberger o.c., 195; over de rol van de verzekeringsgeneeskundige als scheidsrechter tussen patiënt en maatschappij zie met name de volgende (Nederlandse) auteurs: J. Romein, *Op het breukvlak van twee eeuwen*

I, Leiden, 1968, 316; J.A. Weijel, *Achtergronden van sociale zekerheid. Korte geschiedenis van een sociaal verschijnsel*, Amsterdam, 1973; A. de Swaan, o.c.; A. de Swaan, *Zorg en de staat, Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*, Amsterdam, 1989, 184, 294.

12. 'Functioneel' is een veel gebruikte term in de geneeskunde maar de betekenis ervan is niet eenduidig. Over het algemeen staat het begrip voor klachten of een klachtencomplex waarvoor geen organische afwijking is gevonden en waarbij een psychiatrisch ziektebeeld is uitgesloten. De aard van de klachten wordt gezien als 'nerveus' en is terug te voeren op levensomstandigheden. Daarnaast wordt 'functioneel' in de geneeskunde ook opgevat als aspectief mechanisch, bijv. in 'functionele beperkingen'. In dit artikel wordt 'functioneel' steeds in de eerste betekenis gebruikt.

13. Zie over de sociaal-psychologische en medische aspecten van de 'railway age': W. Schivelbusch, *Geschiede der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert*, Frankfurt am Main, 1979, 106-141.

14. Vooral door de exorbitante kosten aan de procesgang verbonden. Zie: P.W.J. Bartrip & S.B. Burman, *The wounded soldiers of industry. Industrial compensation policy 1833-1897*, Oxford, 1983, 124.

15. Een bericht in de *Lancet* geeft het totaal der Britse treinongelukken over 1861, 'representing no less than 284 persons killed and 883 wounded. In this awful list of sacrifices paid for the benefit of cheap travel, the London-Brighton and South Coast leads the way by 23 killed and 209 wounded' (*The Lancet*, 2020, 17 mei 1862, 516).

16. H. Parris, *Government and the railways in 19th century Britain*, London, 1965, 145.

17. Railway injuries: a medico-legal subject, *The Lancet*, 14 september 1861, 255.
18. J.E. Erichsen, *On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects*, A new and rev. ed., London, 1882, 159.
19. Zie hierover E. Fischer-Homberger, Railway spine und traumatische Neurose - Seele und Rückenmark, *Gesnerus* 27 (1970), 96-111.
20. J.E. Erichsen, o.c. 313.
21. Cit. A. Seeligmüller, *Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns sowie der allgemeinen Neurosen*, Braunschweig, 1887, 125. De eerste die de 'railway spine' afdeed als een verschijnsel veroorzaakt door hysterie en geldzucht was E. Morris in zijn *Practical treatise on shock after surgical operations and injuries*, London, 1867.
22. Erichsen, o.c., 287.
23. C. Moeli, Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen, *Berliner klinische Wochenschrift*, 18 (1881), 75. Al eerder had M. Bernhardt gewezen op zowel hersen- als ruggemergbeschadigingen bij spoorwegongevalsslachtoffers (Über die Folgen der Hirn- und Rückenmarkerschütterung nach Eisenbahnunfällen, *Berliner klinische Wochenschrift*, 13 [1876], 277).
24. H.W. Page, *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects*, 2nd ed., London, 1885, 283.
25. Ibid., 214-216.
26. Ibid., 247-278.
27. Zie hierover in het algemeen: W. Schivelbusch, o.c., en E. Fischer-Homberger, Die Büchse der Pandora: der mythische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhundert, *Sudhoffs Archiv*, (1972), 297-317.
28. F. Winslow, The influence of railway travelling on public health, *The Lancet*, 11 januari 1862, 51.
29. Ibid. 51. Het reizen bestond uit 'a series of small and rapid concussions. Cerebral or spinal concussions, in their higher degree, (experienced during a collision), annihilate the functions of those organs.'
30. Railway injuries and special jury damages (editorial), *The Lancet*, 5 augustus 1865, 156.
31. B. Bramwell, Concussion of the spine, with special reference to railway accidents and injuries, *The Lancet*, 12 augustus 1893, 386.
32. H.W. Page, cit. E.M. Corner, Concussion of the spine, with some remarks on concussion in general, *The Lancet*, 22 september 1906, 784.
33. E.M. Corner, o.c. 784-785.
34. Dat het begrip 'railway spine' nog altijd staat voor een obsessief (al dan niet terecht) streven naar schadevergoeding blijkt uit een recent artikel: M.I.V. Jayson, Trauma, back pain, malingering, and compensation. No dependable 'lie detectors' yet, *British Medical Journal*, 305 (1992), 7.
35. E.P. Hennock, *British social reform and German precedents. The case of social insurance 1880-1914*, Oxford, 1987, 74-75.
36. De Duitse produktiekracht nam tussen 1875 en 1900 enorm toe; met name de Duitse staalproductie haalde in deze periode de Engelse in. Zie: N. Preusser, *Armut und Sozialstaat, Bd 3: Die Entwicklung des Systems der sozialen Sicherung 1870 bis 1945*, München, 1928, 8. Voor Nederland geldt hetzelfde, zij het dat deze industriële *take off* later plaats vond. In een gevaarlijke bedrijfstak als de metaalnijverheid nam de beroepsbevolking tussen 1890 en 1910 met 80 procent toe (J.A. de Jonge, *De industrialisatie in Nederland tussen 1850 en 1914*, Nijmegen, 1968, 178).

37. G.A. Ritter, *Sozialversicherung in Deutschland und England*, München, 1983, 53.
38. F. Stier-Somlo, Ethik und Psychologie im deutschen Sozialrecht, *Archiv für Rechts- und Wirtschaftsphilosophie*, 1 (1907/1908), 232-47.
39. Ritter, o.c. 53.
40. Ibid., 67.
41. F. Windscheid, *Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung, Abt. I: innere Krankheiten mit besonderen Berücksichtigung der Unfallnervenkrankheiten*, Jena, 1905, 160.
42. C. Huerkamp, Ärzte und Professionalisierung in Deutschland, Überlegungen zum Wandel des Ärzteberuf im 19. Jahrhundert, *Geschichte und Gesellschaft*, 6 (1980), 349; zie ook: G. Goeckenjahn, Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: der Kassenarzt, in: *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*, Hrs. von C. Sachsse und F. Tennstedt, Frankfurt am Main, 1986, 287.
43. Oppenheim, o.c. 178-183.
44. J.M. Charcot, *Oeuvres complètes, Tome III, Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1888, 254.
45. W. Cimbald, *Unfallnervenkrankheiten. Taschenbuch zur Untersuchung und Begutachtung von Unfallnervenkrankheiten*, Berlin, 1914, 163.
46. M. Reichardt, *Leitfaden zur psychiatrischen Klinik*, Jena, 1907, 188.
47. Windscheid, o.c. 161.
48. O. Naegeli, *Unfalls- und Begehrungsneurosen*, Stuttgart, 1917, 168-171.
49. Ibid., 1.
50. A. Strümpell, *Ueber die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1888, 19.
51. De woordvoerders van de oppositie tegen Oppenheim waren met name de Hamburgse neuroloog M. Nonne en de Tübinger psychiater R. Gaupp. Zie: Fischer-Homberger o.c. 1975, 88-90.
52. E. Leed, *No man's land. Combat and identity in World War I*, Cambridge, 1979, 163.
53. Zie over oorlogsneurose en de uitzonderlijke 'geestelijke grenssituatie' bij oorlogvoering: J.A. Verdoorn, *Arts en oorlog. Medische en sociale zorg voor oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa, Deel II*, Amsterdam, 1972, 510; *Sittengeschichte des Ersten Weltkrieges*, Hrg. von M. Hirschfeld und A. Caspar, Hanau am Main, 1929, 341-366.
54. A. Carver & A. Dinsley, Some biological effects due to light explosives, *Brain*, 42 (1919), 113.
55. W.H.R. Rivers, in: J.T. MacCurdy, *War neurosis*, Cambridge, 1918, IV. Rivers en MacCurdy besteedden ook aandacht aan de sociale distributie van de neurosen. Onder de gewone manschappen werd meer hysterie, met conversievervalsingen (verlammingen, stomheid) geconstateerd; onder de officieren meer neurasthenie (zware depressie, suïcide neigingen). In Duitsland waren dergelijke opvattingen te vinden bij auteurs als O. Naegeli, M. Nonne en R. Gaupp. Zie: Fischer-Homberger, 1975, 141-143.
56. Naegeli, o.c. 188.
57. E. Dupré, In: Discussion sur les troubles nerveux, dits fonctionnels observés pendant la guerre (Société de Neurologie de Paris, séances des 18 février et 4 mars 1915), *Revue Neurologique*, (1914/15), 450.
58. F. Kaufmann, Planmäßige Heilung komplizierter psychogenen Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 22 (1916), 802.
59. M.J. Babinski, Réformes, incapacités, gratifications dans les néuroses (Réunion de la Société de Neurologie de Paris avec les chefs neurologiques et psychiatriques militaires, 15 décembre 1915), *Revue Neurologique*, (1916), 756.

60. J. Lépine, *ibid.*, 807.
61. H. Oppenheim, *Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen*, Berlin, 1916, 266.
62. Het verst ging hierin O. Naegeli. Hij legde de schuld uitsluitend bij de getroffen zelf en was voorstander van straf, zo niet strafrechtelijk, dan wel door middel van afwijzen van iedere aanspraak op rente door 'oorlogshysterici' en beperking van het recht op beroep. Naegeli, o.c. 187-188.
63. H. Oppenheim, Neurosen nach Kriegsschädigungen. Referat Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, München 22-23. September 1916, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 45 (1916), 1594.
64. *Ibid.*, 1629.
65. *Ibid.*
66. Ook bij een 'Begehrungsneurose' in de zin van Strümpell kon vóór 1914 rente uitgekeerd worden. Zie: Fischer-Homberger (1975) 135.
67. Door auteurs als: K. Bonhoeffer & W. His, *Beurteilung, Begutachtung und Rechtssprechung bei den sogenannten Unfallneurosen*, Leipzig, 1926, 9-12; E. Stier, *Ueber die sogenannten Unfallneurosen*, Leipzig, 1926, 15-25; G. Flatau, *Unfälle - Neurosen*, Stuttgart, 1931, 16-29; M. Reichardt, *Die psychogenen Reaktionen einschliesslich der sogenannten Entschädigungsneurosen*, Berlin, 1932, 59-82.
68. E. Kretschmer, Zur Kritik des Unbewussten (1919), In: *Psychiatrische Schriften 1914-1962*, Berlin, 1974, 102.
69. *Ibid.*, 114.
70. K. Bonhoeffer, Beurteilung, Begutachtung und Rechtssprechung bei den sogenannten Unfallneurosen, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 5 (1926), 186/187.
71. Met name E. Mayer met zijn in 1924 verschenen, *Die Krisis des deutschen Ärztebestandes*. Zie: Fischer-Homberger (1975), 197-198.
72. G. Aschaffenburg, Zur Frage der psychogenen Reaktionen und der traumatischen Neurosen, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 38 (1926), 1594.
73. V. von Weiszäcker, Über Rechtsneurosen, *Nervenarzt*, (1929), 579.
74. W. Riese, In: *Die Unfall-neurose als Problem der Gegenwartsmedizin. Voraussetzungen und Grundlagen ihrer Beurteilung, Begutachtung und Behandlung*, Hrsg. von W. Riese, Stuttgart, 1929, 259.
75. Ueber die soziale Bedeutung der Neurosen, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 36 (1926), 1503.
76. M. Levy-Suhl, Der Ausrottungskampf gegen die Renten neurosen und seine Konsequenzen, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 41 (1926), 1729.
- Tegen de opvatting dat renteneurotici psychopaten zijn en dat de beste remedie sterke inperking van de sociale verzekering is, stelt zich P. Jossmann, Über die Bedeutung der Rechtsbegriffe 'äusserer Anlass' und 'innerer Zusammenhang' für die medizinische Beurteilung der Renten neurose, *Nervenarzt*, (1929), 385-393.
77. B. Comroe, Follow-up study of 100 patients diagnosed as neurosis, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 83 (1936), 679.
78. J.A. Korteweg, Misbruik en ongewenscht gebruik der Ongevallenwet, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 58 (1914), 707.
79. Zie met name D. Brocx in de discussie over de opstellen van Prof. Korteweg, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (1914), 2326. Verder verscheen een kritisch artikel als reactie op Kortewegs publicatie van B.H. Sajet, Misbruik en ongewenscht gebruik der ongevallenwet?, *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, (1914), 1231-35.
80. Th. van Schelven, De tegenwoordige stand van het vraagstuk der traumatische neurose naar aanleiding van ruim 4000

- neurologische rapporten over Oostenrijks-Hongaarsche soldaten, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, (1919), 1707.
81. Ibid., 1709.
82. H.W. Stenvers, Het vraagstuk der traumatische neurose, *Nederlandsch Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 6 (1921), 30.
83. D. Brocx, Het vraagstuk der zoogenaamde 'traumatische neurose', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1921), 381.
84. Ibid., 376.
85. Ibid., 380; Brocx gaf hierbij als argument dat 'in het dagelijksch maatschappelijk leven blijkt, dat bij honderden hysterici, ook met uitdrukkelijke klachten en symptomen, de beste lichamelijke en geestelijke werkkrachten worden gevonden'.
86. D. Snoeck Henkemans, Traumatische neurose, *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 11 (1926), 134; cit. G.C. Bolten, *ibid.*
87. C.M. Mol, De wet als ziekte-oorzaak, *Haagsch Maandblad*, (1932), 412.
88. G.W. Kastein, H. Grelinger & A.H. Fortanier, *Posttraumatische reacties bij verzekerden. Diagnostiek - therapie - expertise*, Lochem, 1940, 7.
89. Ibid., 70,75.
90. Ibid., 110.
91. Ibid., 102; Fortanier meende dat de collectieve afkeer in bijzondere mate versterkt wordt in toestanden van sociale nood en onder invloed van bedreigende situaties, bijvoorbeeld oorlog.
92. B.H. Sajet, *Klassegeneeskunde?*, *Socialistische Gids*, 17 (1932), 64.
93. B.H. Sajet, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet*, Amsterdam, 1940, 499.
94. Ibid. 496.
95. J.H. Huddleson, *Accidents, neurosis and compensation*, London, 1932, 216.
96. A. de Swaan (1989), 260.
97. R. Goodin, *Reasons for welfare, the political theory of the welfare state*, Princeton N.J., 1988, 183.
-
-