

# contradicties in historische behandelingsvormen van als psychisch gestoord geëtiketteerden

**g. nijhof**

Gerhard Nijhof, socioloog, is verbonden aan het Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en aan het Sociologisch Instituut van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Hij heeft onder andere het volgende gepubliceerd: "Individualisering en uitstoting" en "Sociale ongelijkheid en psychische storingen, (diss.)". Dit artikel is onderdeel van een tekst, die is geschreven in de explorerende fase van voorbereiding van onderzoek naar contradicties in de instituering van verzorgingsafhankelijkheid.

## inleiding

Aan de hand van korte kenschetsen zal de relatie tussen de maatschappelijke verhoudingen en de instituering van verzorging en verzorgingsafhankelijk in een aantal perioden worden onderzocht. Daarbij zal worden gepeurd naar regulerings- en disciplineringsprocessen, die aan deze maatschappelijke verhoudingen ontspringen en die in verzorgingsarrangementen hun maatschappelijke gestalte krijgen. Tegelijkertijd zal worden gezocht naar de aard van de legitimaties, die voor deze instituering gelden.

De centrale vraag, die in dit artikel aan de orde zal worden gesteld is, of er aanwijzingen te vinden zijn voor contradicties tussen regulering en disciplineren enerzijds, en verzorging anderzijds in de geschiedenis van de maatschappelijke behandeling van degenen die als psychisch gestoord wordt aangemerkt.

Verder worden nog de volgende vragen opgeworpen. Hoe is de sociale constructie van de plaats, die in de samenleving wordt ingeruimd voor mensen, die als psychisch gestoord worden aangemerkt? Houdt de aard van de sociale ruimte, die de psychisch gestoorde gelaten wordt verband met de maatschappelijke verhoudingen in de betreffende tijdsperiode? En bestaat er een discrepantie tussen de wijze waarop de verzorgingsafhankelijkheid van de psychisch gestoorde structureel gebonden is aan de inrichting van de maatschappij en de ideologie waarin de verklaring van de instituering zijn plaats vindt?

## de middeleeuwen

In de Middeleeuwen en daarna tot aan de zestiende eeuw wordt het samenleven gekenmerkt door familiale en communale samenlevingsvormen. Deze kleine gemeenschappen zijn het die in eerste instantie verantwoordelijk worden gesteld voor de zorg voor zieken en gehandicapten. Dat gold overigens voor nagenoeg alle vormen van deviantie. Criminelen, lichamelijk gehandicapten, vaganten en ook psychisch gestoorde (zwakzinnigen worden in deze periode nog niet als een afzonderlijke categorie onderscheiden), zij allen worden op

dezelfde manier behandeld. Ze worden aanvankelijk ook niet van elkaar onderscheiden en ook niet van de samenleving gescheiden. (1)

Voorzover psychisch gestoorde en zwakzinnigen niet in het normale levenspatroon zijn opgenomen, vinden ze een opvangmogelijkheid in het kader van de armenzorg. Soms worden hen zelfs speciale rollen toebedeeld, zoals die van nar aan het hof. (2) Tenslotte zijn er beschrijvingen waaruit kan worden afgeleid, dat zwakzinnigen in de Middeleeuwen ald "kinderen van God" worden beschouwd en dientengevolge vrij mogen rondzwerven. Aan deze opvatting komt echter na de Hervorming, een einde. Luther beschouwt zwakzinnigheid als teken van goddeloosheid en zwakzinnigen als "een hoop vlees", een "massa carnis zonder ziel", die naar woorden uit zijn "Tischreden" zelfs voor verdrinking in aanmerking komen. In zulke wisselkinderen zit de duivel op de plaats waar hun ziel zich had moeten bevinden, aldus deze hervormer. (3)

De familie heeft in eerste instantie de verantwoordelijkheid en de zorg voor de geestesgestoorde. Ter aanvulling op deze familiale zorg ontwikkelt zich in de Middeleeuwen een zorg voor zieken en gestoorde in het kader van de armenzorg. De armenzorg en ziekenverpleging heeft zich in ons land ontwikkeld vanuit de godshuizen. Er wordt in de Middeleeuwen veel aan de armen geschonken, niet omdat men de armoede een misstand vindt, die men wilde opheffen, maar omdat men werken van barmhartigheid moet verrichten. Deze armenzorg is oorspronkelijk een zaak van de kerk; ieder bisdom moet zijn plaatselijke armen verzorgen. Zo wordt op de Synode van Aken in 816 voorgescreven, dat ieder nonnenklooster een hospitium moet hebben voor arme vrouwen. De kloosters zijn de centra die in een heidense omgeving onderdak en verzorging bieden aan armen en ongelukkigen uit de bevolking. Hospitalen zijn inrichtingen waar gastvrijheid wordt verleend (aan pelgrims, aan armen, aan zieken, aan bejaarden).

In het algemeen worden gestoorde die het burgerrecht niet hebben buiten de poorten gezet. De steden voelen zich alleen aansprakelijk voor hun eigen burgers. De Amsterdamse ordonnantie van 1562 die de opname in het dolhuys regelt, is dan ook ruimer dan gebruikelijk in deze tijden: niet alleen de burgers van de stad kunnen worden opgenomen, maar ook

vreemdelingen, tenminste "die tot cranckheit van sinnen gerakenende ghesont in deser stede ghecomen zijn". (4)

Voordat de steden de verantwoordelijkheid voor de ziekenzorg op zich nemen zijn het echter vooral de kloosters die als toevluchtsoord van zieken en bezetenen fungeren.

In de gasthuizen worden ook zieken opgenomen. Echter niet om geneeskundige redenen. Men wordt in een inrichting opgenomen "omdat men invalide, oud en arm is, omdat men eten behoeft, een rustplaats, warmte en licht. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van "de armen ellendigen die te bedde leggen", zoals in 1326 bij het Oude Gasthuis in Delft, duidt die zinsnede niet alleen op zieken. "Zieken" zijn dan alleen wat wij nu chronisch zieken noemen. Er is geen sprake van dat men acuut zieken opneemt; dat begint pas in de achttiende eeuw. (5) De meeste gasthuizen hebben drie afdelingen: het passantenhuis, de afdeling voor de zieken en armen en het deel voor de proveniers (de "kastkopers").

Vanaf 1200 treedt er volgens Beek (6) ook een differentiatie in de caritas in, omdat men oog krijgt voor de verschillende behoeften van verarmden en ouden van dagen enerzijds en van zieken, dollen en pestilenten anderzijds. Er ontstaan ziekingasthuizen die soms ook geestesgestoorden opnemen. Dat gestoorden in gasthuizen een plaats kunnen vinden blijkt uit een besluit van het stadsbestuur van Alkmaar uit 1465, waarin vermeld wordt, dat het St. Elizabeth of Vrouwengasthuis is en moet blijven een "arm ellendigh hospitaal" voor "oude, arme, malle vrouwen ende maeghden". Dat is overigens niet een verschijnsel dat alleen in onze streken voorkwam. Het hospitaal de la Santa Cruz in Barcelona verzorgt de opname van "arme zieken, te vondeling gelegde kinderen, waanzinnigen en mensen in allerlei nood". (7)

Een aantal gasthuizen stoot echter geesteszieken af, soms vanwege de veronderstelde besmettelijkheid, vaker op grond van de ongeneeslijkheid van de geesteszieken. De Godshuizen van Den Bosch bijvoorbeeld weigeren statutair op te nemen: "die met lazerijen, uytzinnicheyt ende andere incurabele acridenten bezogt zijn". (8) Voor hen worden soms op uiteenlopende plaatsjes kleine dolhuisjes gevestigd. Zo'n dolhuisje is een soort isoleerruimte ter bedwijing van onrust en agressie, een mobiel gevangenisok. Soms bevinden ze zich in huizen van particulieren, maar ook in gasthuizen, in kloosters, in gevangenissen en in stadstorens. Men dient zich wel te realiseren, aldus Beek (9), dat deze opsluiting niet om de geestesgestoordheid plaats vond, maar vanwege het storende gedrag. Deze dolhuisjes waren dan ook bestemd voor degenen die zich "ongehoorzaam" of "onbescheiden" gedroegen, zoals nachtbrakers, rustverstoorders, hoerenlopers, baldadigen en ook ketters. Uit deze dolhuisjes ontwikkelen zich her en der in Europa de eerste psychiatrische inrichtingen. De eersten in Nederland zijn Reinier van Arkel dat in 1442 in den Bosch worat opgericht, en het Willem Arntsz Huis in Utrecht, gesticht in 1461. Deze hebben tot doel "onno-

zelen en krankzinnigen op een zodanige wijze op te vangen, dat zij niet meer in de stad behoeven rond te hangen en geen nadeel of schade kunnen veroorzaken, noch zelf lijden". (10)

Problemen in een op communale basis gevestigde samenleving vormen vooral degenen die niet zelfstandig in het levensonderhoud kunnen voorzien (zoals bejaarden zonder familie, zwervers, zieken en gehandicapten), worden in deze periode voorzieningen geschapen in het kader van de aanvankelijk religieus geïnspireerde armenzorg. De dominantie van de religie in de Middeleeuwen geeft deze zorg de kleur van barmhartigheid en de verzorgde de positie van begunstigde.

Onder de dominantie van de "goddelijke ordening" (11), ontwikkelen zich de eerste tekenen van contradictie in de instituering van de verzorging en daarmee in de instituering van verzorgingsafhankelijkheid. De arme zieken en gestoorden zijn afhankelijk van feodale verhoudingen en overheersing van de bourgeoisie; zij worden afhankelijk gehouden onder het mom van religieus geïnspireerde charitas. Hier tekent zich een vorm van verzorgingsafhankelijkheid af, die blijvende onderschikking aan de heersende verhoudingen impliceert. De rijken hebben de armen (en allen voor wie dat de kern van hun hulpbehoefte vormt, zoals bij de zieken, bij de gestoorden en zwakzinnigen die niet door hun familie verzorgd worden) nodig om aan de religieuze eis van het bedrijven van barmhartigheid te kunnen voldoen.

In deze instituering van verzorgingsafhankelijkheid is al de kern aanwezig van contradictie. De zieken en gehandicapten worden verzorgd, echter niet om hen vooruit te helpen. Ze moeten blijven wie ze zijn, namelijk afhankelijk van feodale verhoudingen. Ook is het geen oogmerk van de liefdadigheid om hun maatschappelijke positie te veranderen en daarmee de maatschappelijke structuur aan te passen aan de noden van de tijd. De armen worden geholpen om het leven te houden in een onveranderde Middeleeuwse maatschappij, waarin de rijken rijk blijven en de armen arm. De liefdadigheid brengt de armen in een positie waarin ze weliswaar in het kader van een religieuze ideologie worden geholpen, maar die hen niet verder helpt, omdat de maatschappij waarin ze hulpbehoevend zijn geworden blijft zoals ze is. Dat is een teken van de contradictie in de Middeleeuwse instituering van verzorgingsafhankelijkheid. Liefdadigheid is ambivalent, omdat mensen geholpen worden zonder ze verder te helpen. Ze zijn en blijven afhankelijk na de liefdadigheid en van de adel en van de burgerij. Aan de maatschappelijke verhoudingen wordt niet getornd. Deze worden door de liefdadigheid juist versterkt. De dankbaarheid van bedeeden breekt hun mogelijke verzetshouding. Dankbaarheid impliceert blijvende onderschikking. De structuur is er een van onderschikking. De religieuze ideologie interpreteert deze onderschikking als een van God gegeven orde. Liefdadigheid wordt voorgesteld als een goddelijke opdracht. Degenen die deze hulp krijgen moeten zich dankbaar betonen voor een hulp die hun onder-

schikking bevestigt en in stand houdt.

## de 17e en de 18e eeuw

In de zestiende eeuw wordt de trek naar de stad met haar opbloeiende handel zo massaal, dat de overheid de toevloed van immigranten, bedelaars en zwervers niet meer aankan; niet slechts wat hun aantal, maar ook wat hun aanpassing aan de normen van het stadsleven betreft. Men tracht door dwangmaatregelen de mensen aan te passen. De stad, die in zijn banier het streven naar welvaart draagt, kan geen mensen gebruiken die niet willen of kunnen werken, of waarvoor geen werk beschikbaar is. De arbeid wordt door de stadsburgers als behoorlijk en natuurlijk gezien. Hun ideaal is zelfstandigheid en materiële onafhankelijkheid. Armoede, ziekte, lichamelijke en ook geestelijke gebreken worden als onbehoorlijk beschouwd. Tot de overtreders van deze gevestigde normen behoren diegenen die ingingen tegen deze politieke orde en de eraan ten grondslag liggende eigendomsverhoudingen. Ook geesteszieken passen in dit beeld. Ze worden als een gevaar voor deze orde beschouwd. De bestuurders van de dolhuizen krijgen dan ook de macht om iedereen op te nemen die zichtbaar krankzinnig is in de ogen van het publiek. De geesteszieke speelt geen sociale rol meer (zoals in de Middeleeuwen), maar wordt samen met armen en bedelaars uit het stadsbeeld verwijderd. Ze worden in zo genaamde verbeterhuizen, gestichten en tuchthuizen opgesloten. De internering van alle vormen van 'onverstand' heeft in de zeventiende en achttiende eeuw een sociaal en niet een medisch doel. Niet verzorging of hulp is het oogmerk van deze opsluiting, maar het afwenden van het gevaar voor de heersende orde en voor het voortbestaan daarvan. Daarmee wordt die opsluiting tot uitstoting.

Er ontstaat een andere opvatting van armoede. Armen zijn niet meer een gegeven, niet meer een onderdeel van de goddelijke orde, niet meer een noodzakelijke voorwaarde om aan de religieuze eis van het bedrijven van liefdadigheid te kunnen voldoen, maar worden in toenemende mate een last, in ieder geval een probleem van onbenutte arbeidskracht. De relatie tussen armoede en werk vindt in deze periode zijn voedingsbodem. Arm zijn wordt daardoor van een gegeven tot een probleem. Arm zijn wordt eigen schuld. Arm zijn moet daarom opgelost worden door eigen activiteit, door te werken. (12)

In de zestiende eeuw begint de betekenis van de gasthuizen te veranderen. De handel, van ruilverkeer tot geldverkeer geworden, maakt contact tussen ver uiteenliggende streken mogelijk. Daarvoor ontstaan herbergen en logementen. Maar ook zijn de wegen vol met allerlei volk, dat door de steden is uitgestoten of van het boerenland verdreven, dat gedwongen is van plaats tot plaats te trekken en nergens lang wordt geduld. Het merendeel wordt door de burgerij als van twijfelachtig allooi beschouwd. Ze worden getypeerd als kwakzalvers, vagebonden of kermisvolk. Het zijn vaak bercoide boeren, afgedankte soldaten of verbannen "wetsovertreders". Om deze mensen op

te vangen wordt de oude traditie van het gasthuis aangevuld met een onderkomen genaamd de "bayerd". (13)

Als gevolg van de maatschappelijke ontwikkelingen worden de valide van de invalide armen onderscheiden. Bejaarden worden in ouderliedenhuizen ondergebracht. In de gasthuizen worden de invaliden en chronisch zieken geconcentreerd. voor het eerst wordt nu de ziekenverzorging afzonderlijk geregeld. Voor de zestiende eeuw waren er geen doktoren aan het gasthuis verbonden. In de zestiende eeuw komen de chirurgijns, later de "doctores". Zij bezochten de zieken op gezette tijden (aanvankelijk een keer per week, later vaker). Wanneer later de doktoren de controle op de opnemingen en op het verblijf gaan uitoefenen, kan men zeggen dat het gasthuis tot ziekenhuis is geworden. Maar het is het ziekenhuis voor de armen. Toevlucht voor de arme zieken zijn de gasthuizen gedurende honderden jaren gebleven. Men gaat niet in de eerste plaats naar het gasthuis om genezing te zoeken, maar op wat wij thans de sociale indicatie zouden noemen: de onmogelijkheid om thuis ziek te zijn. De enigszins welgestelden worden thuis behandeld; alleen zij die geen plaats hebben om de zieke leden uit te strekken zoeken het gasthuis. (14)

De verschillende functies, die oorspronkelijk verenigd waren onder één dak, vallen nu uiteen: de passanten in de bayerd, de oude en arme lieden in het armenhuis, de zieken in het gasthuis. In de zestiende eeuw differentiëren zich de ziekenhuizen van de gods- en gasthuizen. Ze worden dan tot een gespecialiseerde vorm van armenzorg, namelijk de zorg voor arme zieken, waarbij de nadruk op het adjectief valt. (15)

De "rationaliteit" van de heersende klasse staat diametraal tegenover de "irrationaliteit" van de psychiatrische patiënten, wier gedrag het etiket 'onverwacht', 'onbetrouwbaar', 'onberekenbaar' en 'sociaal gevaarlijk' wordt opgeplakt. In dit opzicht gelden ze als bedreiging en zijn ze hinderlijk voor de industriële productie, het sociale verkeer, de burgerlijke openbaarheid en het gezin. (16)

Als de 'uitstotingsroute' voor psychisch gestoorde eenmaal bestaat, kan hij gebruikt worden om vele sociale probleemcategorieën uit de samenleving te verwijderen. Szasz citeert de opname-criteria in die tijd van beruchte gekkenhuizen als de Bicêtre en de Salpêtrière in Parijs: "kinderen van werklieden en andere arme inwoners van Parijs, die hun ouders slecht behandelen of die uit luiheid weigeren om te werken, of meisjes die dreigen op het slechte pad te raken, behoren te worden opgesloten, de jongens in de Bicêtre, de meisjes in de Salpêtrière". (17) Dat kan gebeuren naar aanleiding van een klacht van de ouders, of, als deze dood zijn, van familieleden, of van de plaatselijke priester. De eigenzinnige kinderen moeten zolang worden opgesloten als de directeurs wijs achten. Ze kunnen alleen ontslagen worden via een schriftelijke opdracht ondertekend door vier directeurs. Zwangere vrouwen, imbecielen, epileptici, blinden, kreupelen en ongenees-

lijk zieken maken deel uit van het patiëntenbestand. Rosen concludeert hieruit, dat iemand niet wordt opgesloten om hem medische hulp te verlenen, maar om de maatschappij te beschermen en desintegratie van haar instituties te verhinderen. (18) En dat is precies de sociale functie van uitstoting. De gestoorde wordt uitgestoten, niet omdat hij afwijkend of gestoord gedrag vertoont, maar omdat hij door zijn storend gedrag maatschappelijke instituties als het gezin en waarden als arbeidzaamheid aantast. (19) Allen die in de loop van de zestiende en zeventiende eeuw inproductief zijn, werpen door hun als storend geëtiketteerde gedrag smet op de burgerlijke orde. Die orde wordt door de heersende burgerij geformuleerd in termen van "in het eigen levensonderhoud voorzien door te werken". Verzwegen wordt, dat dat moest gebeuren in dienstbaarheid aan het winststreven van handel en opkomende bedrijvigheid. Degenen die geen bijdrage kunnen of willen leveren aan de met het kapitalisme gepaard gaande "rationalisering" van de samenleving worden buitengesloten: ze worden opgesloten in tucht- en werkhuizen en de meest "ontembaren" in dolhuizen. (20)

Tot het eind van de achttiende eeuw vervullen de tucht- en arbeidshuizen de functie van heropvoedingsinstrument. Tot de bewoners van deze tehuizen behoren ook de "arme gekken", die niet alleen inproductief zijn, maar door het storend gedrag een smet werpen op de maatschappelijke orde. Ze vormen ongeveer tien procent van de bewoners van deze tehuizen. Met name de gekken die een bedreigend soort gedrag tentoonspreiden worden in kooien tegen betaling voor het publiek gedemonstreerd. Hier wordt de waanzin als een sociaal gevaar getoond om de noodzaak van vrijheidsbeperking in dienst van de maatschappelijke orde te legitimeren. Tegen het

eind van de achttiende eeuw, wanneer er een expansie van handel en industrie optreedt, worden veel van deze armen ingelijfd in het productieproces. Daarmee gaat een differentiatie van de rest van de buitengeslotenen gepaard. Potentiële arbeidskrachten worden onderscheiden van definitieve nuttelozen. (21) Onder de laatsten vallen de psychisch gestoorde die onder de hoede van de psychiatrie worden gebracht. De medische wetenschap, de psychiatrie, vormt de legitimering voor deze afzonderlijke bejegening: afzondering wordt therapie. In de woorden van Esquirol, een der grondleggers van de psychiatrie: "Het is van wezenlijk belang om de geesteszieke los te maken van al zijn gewoonten door hem uit zijn omgeving weg te halen, hem van zijn familie en vrienden te scheiden en hem met vrienden in contact te brengen, waardoor zijn levenswijze totaal veranderd zal worden". (22) De reeds lang bestaande isolatie van de gestoorde wordt zo door de psychiatrie gelegaliseerd. Deze isolatie versterkt en bevestigt de tendens de oorzaak van de storing bij het individu zelf te zoeken. De psychisch gestoorde wordt gesuggereerd dat hij het zelf is die zich buiten de als rationeel getypeerde samenleving plaatst.

Daarmee is de contradictie in de instituering van verzorgingsafhankelijkheid in deze periode aangeduid. Armen zijn niet meer nodig voor het bedrijven van liefdadigheid, zoals voor 1600. Armen vormen structureel een arbeidspotentieel en worden in tijden van stijgende conjunctuur ook als zodanig behandeld. Hun arbeidskracht kan in het maatschappelijk patroon van kapitalistische bedrijvigheid worden ingeschakeld. Onder de verzorgingsafhankelijken worden degenen die valide zijn (dat betekent "kunnen werken") gescheiden van degenen die niet tot produktie in staat zijn (gebrekkigen, bejaarden, zieken, ernstig gestoorde). Dat is de structurele band tussen de maatschappelijke orde en de institu-



ering van verzorgingsafhankelijkheid. De ankerpunten worden gevormd door de behoefte aan arbeidskrachten aan de maatschappelijke kant en door de validiteit, de arbeidsproductiviteit, aan de kant van de individuen van deze orde. De verbinding tussen deze twee ankerpunten wordt onderhouden door de arbeid.

Deze structurele verhouding tussen maatschappelijke orde en verzorgingsafhankelijkheid wordt echter geïnterpreteerd in termen van arbeidsbereidheid, van werkwillegheid. Daarmee is de structurele basis van het probleem van de verzorgingsafhankelijkheid buiten het gezicht geplaatst. Wat een probleem is van de kapitalistische maatschappijordering en van de hiermee samenhangende fluctuaties in de werkgelegenheid, wordt ideologisch voorgesteld als een probleem van werkwillegheid, van persoonlijke en individuele keuze.

Dat betekent contradictie. Deze contradictie tussen structurele verhouding en ideologische interpretaties leidt tot ambivalentie bij de verzorgingsafhankelijken en tot kans op een bewustzijn met dubbelkarakter. Zij weten zich afhankelijk van de met de productieverhoudingen gegeven wisselingen in de arbeidsgemeenschap, maar tegelijk worden ze geprest tot zelfbeschuldiging vanwege de ideologie die hun de "eigen schuld" voorhoudt.

Met de opkomst van de psychiatrie en de daarmee gepaard gaande scheiding van valide arbeidskrachten van degenen die niet tot productieve arbeid in staat worden geacht, krijgt de verzorgingsafhankelijkheid een wetenschappelijke typering. Gestoord zijn wordt een ziekte. Dat brengt verandering in de positie van de gestoorde verzorgingsafhankelijken. Hun behandeling wordt niet meer primair door de pressie tot arbeid getypeerd. De individu-georiënteerde ziekte-theorie betekent echter dat de banden met maatschappelijke condities die de storing in de hand kunnen werken, zijn verbroken. Een individualiserende ziekte-ideologie laat de maatschappelijke orde als mogelijke oorzaak van de storing buiten schot. Daarmee is een andere contradictie in de instituering van verzorgingsafhankelijkheid met betrekking tot psychisch gestoorde en zwakzinnigen ontstaan. Maatschappelijke tekorten die tot psychische storingen kunnen leiden worden als individuele mankementen getypeerd. Verzorgingsafhankelijken die hun positie aan gezondheidsbedreigende omstandigheden danken, worden ideologisch als lijdend aan een individuele ziekte getypeerd. Dat houdt een discrepantie in die verzet tegen de hun bedreigende maatschappelijke orde disqualificeert en onmogelijk maakt.

## de 19e en begin 20e eeuw

Eind achttiende, begin negentiende eeuw doen zich veranderingen voor in de Westeuropese samenlevingen die zelfs in de officiële geschiedschrijving de naam van revolutie hebben gekregen: de industriële revolutie die vanuit Engeland overspoelt en de Franse revolutie die ook haar invloed buiten Frankrijk doet gelden.

In samenhang met de snelle groei van technologie en wetenschap, van productie en handel, van economische en wetenschappelijke rationaliteit ontwikkelt zich in de achttiende eeuw de ideologie van de Verlichting. De overtuiging

van vooruitgang van de menselijke kennis, van rationaliteit van welvaart en beschaving, en van de beheersing van de natuur, ontleent zijn kracht aan de evidente progressie van productie en handel, en de economische en wetenschappelijke rationaliteit die men voor beide verantwoordelijk acht. (23) De Verlichting is een ideologie die erop gericht is alle mensen vrijheid te brengen. Progressieve, rationalistische en humanistische ideologieën vinden in deze Verlichting hun voedingsbodem. De "leiders" van deze beweging komen uit de middenlagen van de samenleving: de nieuwe, rationalistische mensen van "vaardigheid en verdienste". (24) Het zijn niet meer de mensen die hun maatschappelijke rol louter door geboorte toebedeeld hebben gekregen. De maatschappelijke orde die zich op deze "verlichte" ideologie zal vestigen wordt een burgerlijke en kapitalistische.

Het is in het kader van de maatschappelijke processen waarin deze drie elementen zijn verenigt - vooruitgangsgeloof, wetenschap en kapitalisme - dat veel van het maatschappelijk leven in de negentiende eeuw zich voltrekt. Daarmee zijn ook de bronnen voor maatschappelijke verandering, maar ook voor spanning en sociaal conflict gegeven. De elementen in hun onderlinge verhouding vormen al een voedingsbodem voor tegenstellingen en conflicten. Betekent ontwikkeling van productie en handel vooruitgang voor iedereen? Is de kapitalistische productiewijze een rationele vorm van produceren? Is het bedrijven van wetenschap een rationele en waarde vrije bezigheid? Niet alleen tussen de elementen maar ook erbinen zijn bronnen van conflict gesitueerd. Periodieke crises en daarmee gepaard gaande grote werkloosheid leiden al snel tot het besef van de tegenstellingen die in de kapitalistische productiewijze verweven zijn. Binnen de wetenschap dringt het besef zich op dat rationaliteit niet betekent dat belangen en waarden zijn uitgebannen.

Ook in sectoren van de maatschappij die niet direct op productie en handel zijn gericht doen deze drie elementen en de tegenstellingen daar binnen hun invloed gelden, al is het dat in de loop van de negentiende eeuw verschillende elementen de boventoon voeren. Soms overheerst het vooruitgangsgeloof, (nog) zonder veel wetenschappelijke ondersteuning of feitelijke evidentie. Soms overheerst het idee van de rationaliteit van de wetenschap, zonder dat hiermee veel feitelijke vooruitgang wordt geboekt. Meestal overheersen de zich ontwikkelende kapitalistische productieverhoudingen ten koste van rationaliteit en materiële vooruitgang van grote groepen van de bevolking.

Hier zullen we ons vooral richten op één van deze elementen: de betekenis van de invloed van wetenschap, vooral de geneeskunde, gespecificeerd naar de psychiatrie. In de analyse zal echter blijken hoe de ontwikkeling van wetenschap en de begrippen die ze in haar kader ontwikkelt, zoals het ziektebegrip, en de praktische toepassing ervan, gereguleerd worden door condities die de heersende productieverhoudingen stellen.

## wetenschap

Wetenschap heeft noch bijgedragen aan de totstandkoming van de Franse, noch van de industriële revolutie. Zelfs van de belangrijkste machine uit de industriële revolutie: de stoommachine, werd de werking eerst dertig jaar na zijn uitvinding (in 1784 door Watts) wetenschappelijk verklaard (in 1820 door de Fransman Carnot).(25) De wetenschappelijke ontwikkeling is wel door de beide revoluties sterk bevorderd.

De beide revoluties brachten Frankrijk en Engeland - maar niet alleen deze landen - ertoe om instituten voor wetenschapsbeoefening op te richten. De Ecole Polytechnique in Parijs in 1795, de Ecole Medicine en de Ecole Normale Supérieure, de Universiteit van Berlijn in 1806-1810, de Royal Institution in Londen in 1799 dat mogelijkheden bood voor experimenteel wetenschappelijk onderzoek en de British Association for the Advancement of Science in 1831 die een gedegenereerde Royal Society verdrong.(26)

Voorals de chemie werd van belang. Het concept van een atoomtheorie, door Dalton in de periode 1803-1810 ontwikkeld, maakte de studie van scheikundige structuren mogelijk. Daarmee kwam de chemie op een spoor dat revolutionaire implicaties had: het idee namelijk dat leven kan worden geanalyseerd in termen van anorganische wetenschappen. De ontdekking van Lavoisiers dat ademen de opname van zuurstof betekent, is daarom een revolutionaire ontdekking. Hetzelfde geldt voor de ontdekking van Schleiden en Schwann (in 1838), dat levende stof uit cellen is opgebouwd. Het geloof dat levende stof door andere dan natuurwetten wordt beheerst, wordt door deze bevindingen aangetast. (27) In het begin van deze eeuw vindt men ook de eerste aanzetten voor een evolutietheorie. Malthus' "Essay on Population" (1798) wordt verwelkomd als een bewijs dat de armen altijd arm zullen blijven. Via opkomende rassentheorieën wordt strijd gevoerd over de eenheid (evolutie) of verscheidenheid van het menselijke ras. Op basis hiervan ontwikkelen zich later verklaringen voor eigen weelde en macht die aan aangeboren superioriteit wordt toegeschreven.

De maatschappelijke veranderingen ten tijde van deze revoluties hebben hun weerslag op de ontwikkeling van de wetenschappen. Soms is er zelfs van inhoudelijke verbanden sprake, zoals wanneer statistische begrippen worden vervangen door noties die op dynamiek duiden of wanneer Darwin het idee van natuurlijke selectie ontwikkelt naar analogie van het model van kapitalistische competitie. De evolutie van Darwin, geformuleerd in "The Origin of Species" uit 1859, lijkt door de leer van de 'survival of the fittest' een wetenschappelijke rechtvaardiging te bieden voor het bestaan van ongeremde concurrentie en de rijkdom van de geslaagden. Weliswaar wordt onderkend dat er misstanden bestaan, maar daarvan wordt verondersteld dat ze zullen verdwijnen als de vooruitgang zal blijven duren. Dan zullen ook de armen, volgens het evangelie van de 'self-help' (term bedacht door Samuel Smiles, 1812-1904), hun deel in de welvaart verdienen. (28) Wat de armen zelf

denken blijkt uit oproeren en opstanden en wordt verwoord door Karl Marx. De ideeën van de Verlichting blijken weinig te betekenen voor het leven van de kleine boeren en werklieden.

## geneeskunde

In de negentiende eeuw ontstaat een wetenschappelijke geneeskunde. Het inzicht wint veld dat fatale ziekten als cholera en pest ontstaan doordat levende organismen het lichaam binnendringen. Tegelijkertijd blijkt echter dat de grondoorzaak van deze ziekten niet schuilt in deze ziektekiemen, maar in de omstandigheden waaronder de mensen leven en werken.(29) Daarmee is een bron van contradictie in de geneeskunde aangeduid.

Tot aan de negentiende eeuw overheerst een ontologisch ziektebegrip. Men ziet ziekte niet als een procesueel gebeuren, maar als een zelfstandige eenheid die het lichaam binnendringt. In de negentiende eeuw vormen natuurwetenschappelijke bevindingen in toenemende mate de basis voor een zich ontwikkelende geneeskunde. Corvisart (1755-1821) propageert de percussie in de klinische diagnostiek. Laënnec (1781-1826) ontdekt de stethoscoop. Virchow (1820-1902) bevecht de romantische geneeskunde via de pathologische anatomie. Zijn leer over de cellulaire pathologie vormt de basis voor belangrijke waarnemingen over ontsteking, leukemie en trombose. Op basis van zijn ervaringen tijdens een studiereis door Opper-Silezië stort hij zich overigens als revolutionair in de sociale strijd en pleit hij voor sociaal-geneeskundige voorzieningen. Virchows revolutionaire activiteiten lopen uit op een schorsing in zijn medische functies!

Juist de bacteriologische ontdekkingen tekenen de instituering van de geneeskunde voor de toekomst. Temidden van een samenleving die in deze eeuw een in getal toenemend leger van proletariërs kent dat zich in armoede en afhankelijkheid in de steden vestigt temidden van gezondheidsbedreigende omstandigheden ontwikkelt zich een natuurwetenschappelijk ingestelde geneeskunde die zijn aandacht richt op bacteriën onder de microscoop. Daarmee trekt de geneeskunde zich als wetenschap terug op het bastion van chemische en fysiologische ziekteprocessen die zich binnen het individuele lichaam voltrekken. Sommige van deze moderneren onder de medici wijzen wel op de maatschappelijke conditionering van ziekte en gebrek in deze tijd, zoals Virchow en de Nederlander Heye, maar hun verwijzingen worden buiten het domein van de geneeskunde gerangschikt.

De vraag is nu hoe in een periode waarin ziek worden en sterven verweven zijn met de directe levensomstandigheden, waarin ziekte en sterfte zo evident een sociaal probleem vormen en niet iets wat de mensen overkomt, desondanks een ziektebegrip ontstaat dat ziekte als een sociaal geïsoleerd verschijnsel opvat en behandelt. Het ziektebegrip dat de medische bemoeienissen reguleert legt dus maar spaarzaam verband tussen maatschappelijke condities en gezondheidsstoringsen. Ziekte wordt nauwelijks als een verschijnsel van maatschappelijke oorsprong onderkend.

Uit gegevens rijst ook het beeld op van een geneeskunde die van geringe betekenis was voor de bestrijding van de grote epidemisch optre-

dende ziekten in de negentiende eeuw. Op het afnemen en verdwijnen van deze ziekten zijn vooral de totstandkoming van hygiënische voorzieningen van invloed. Waterleiding, ondergrondse rioering, woningbouw en controle op voedingsproducten blijken van grote betekenis te zijn geweest. De meeste van deze voorzieningen komen echter niet tot stand uit een hygiënisch oogpunt of om de volksgezondheid te verbeteren, ook al hebben ze onbedoeld op den duur dat effect wel gehad. (30) De geneeskunde heeft dus slechts een afzijdige rol gespeeld in de bestrijding van deze gezondheidsproblemen.

Geneeskunde blijft kennelijk buiten de relatie van gezondheid met maatschappelijke condities. Ze blijft ook buiten de sfeer waar deze relatie het meest evident aanwezig is, namelijk in de ziekenzorg en ziektebestrijding onder de armen, dat deel van de bevolking waar de epidemieën het sterkst woekeren. Omdat de geneeskunde zich in de negentiende eeuw en daarvoor vooral op de hogere strata in de bevolking richt, worden de artsen minder geconfronteerd met de levensomstandigheden van de armen onder de zieken.

De geneeskunde heeft zich dus in maatschappelijk isolement ontwikkeld. Dan behoeft het geen verbazing dat haar werkzaamheid een ziektebegrip "construeert" dat ook kenmerken van maatschappelijk isolement met zich draagt. Deze voedingsbodem leidt tot een ziektebegrip dat gezondheidsstoring tot een individu-gebonden stoornis etiketteert. Deze maatschappelijke isolatie van de geneeskunde wordt zichtbaar in de isolatie van het ziekbéd in het ziekenhuis. In de achttiende eeuw was het Boerhaave al die -met verwerping van de deductieve methode- de medische studie van de kathedraar naar het ziekbéd van de patiënt verplaatst en ziekten langs inductieve weg tracht te verklaren. Daarmee heeft deze Boerhaave de basis gelegd voor de invoering van de natuurwetenschappen in theorie en praktijk van de geneeskunde.

Ook met deze trek van de geneeskunde naar het ziekbéd gaat een maatschappelijke isolatie van het ziektebegrip gepaard. De geneeskunde trekt zich terug in bastions rond het ziekbéd en legitimeert deze terugtocht uit de maatschappij met een banier waarop de natuurwetenschappen stonden geschreven.

Ontwikkelingen dus die tegenstrijdigheid inhouden. Aan de ene kant wijzen sommige moderne natuurwetenschappelijk georiënteerde artsen erop dat ziekte zijn maatschappelijke conditionering kent; aan de andere kant heeft hun pleidooi voor natuurwetenschap en onderwijs aan het ziekbéd -althans door hen- onbedoeld tot gevolg dat de geneeskunde zich afzondert van het maatschappelijk leven van alledag. De maatschappelijke dimensie van ziekte wordt door deze modernen dus wel onderkend, maar blijkt moeilijk inpasbaar in de wetenschappelijke benaderingswijze die zij bepleiten: natuurwetenschappelijke proefondervindelijk van aard en gericht op het individu in het ziekbéd.

De aandacht voor de relatie tussen maatschappelijke levensomstandigheden en ziekte die deze modernen voor het voetlicht brengen, vindt overigens wel een vorm van instituering, maar los van de instituering van het natuurwetenschappelijk denken in de geneeskunde in de vorm van klinisch georiënteerde geneeskunde. De maat-

schappelijke component van het moderne denken vindt zijn instituering op academisch vlak in de verheffing van "gezondheidsleer" tot universitair vak (met de benoeming van A.H. Israëls tot lector in de leer der Hygiëne in Amsterdam) en in de maatschappij met de inrichting van stedelijke gezondheidsdiensten. De geneeskundige armenzorg blijft tot het einde der negentiende eeuw vrijwel geheel in de curatieve sfeer. (31)

Het natuurwetenschappelijk denken in de geneeskunde en de gelijktijdig en soms door dezelfde personen geuite bezorgdheid over de maatschappelijke conditionering van veel ziekten vinden dus gescheiden vormen van instituering: het ziekenhuis rond het ziekbéd als kristallisatie van de natuurwetenschappelijk georiënteerde klinische geneeskunde en de Gemeentelijke/Gezondheidsdiensten als kristallisatie van de leer van de hygiëne. Daarmee zijn ziek-zijn en maatschappij institutioneel gescheiden. De grondslag voor een individu-georiënteerde ziekenrol is hiermee gelegd.

Met deze natuurwetenschappelijke voorgedij over de geneeskunde ontwikkelt zich de professionalisering van de geneeskunde. Arts wordt alleen hij die daartoe wetenschappelijk is opgeleid. Daarmee wordt als tegenhanger de ziekenrol gevormd. Met deze "sociale constructie" van de ziekenrol wordt er maatschappelijk een ruimte geschapen om ziek te kunnen zijn. Voor dien kan dat alleen in de kring van familie en buren. Daar bestaat een zekere onderlinge verplichting om elkaar in tijden van ziekte te verzorgen. Ziekenverzorging is "communale verzorging". Soms is die plicht zelfs in gemeentelijke verordeningen vastgelegd, zoals in de Middeleeuwen met betrekking tot psychisch gestoorden soms het geval is. (32) Ook binnen de commune of de familie kan men echter geen recht op verzorging laten gelden, men is afhankelijk van goedwillendheid. Als de familie ontbreekt, of weigert de verzorging op zich te nemen, rest de goedwillendheid van anderen (kloosters bijvoorbeeld, die zalen voor de opvang van zieken inrichten) of het armenhuis. Daar verblijft men echter in eerste instantie omdat men niet (meer) zelfstandig in het levensonderhoud kan voorzien, omdat men arm is en niet omdat men ziek is. Zieken kunnen geen recht op verzorging laten gelden. Het proces van overgang van de regeling van ziek-zijn in de sfeer van goedwillendheid of liefdadigheid naar een situatie waarin ziek-zijn het recht op verzorging met zich brengt, is door de professionalisering van de geneeskunde bevorderd, al zou het afdwingen van dit recht nog een jaren durende strijd opleveren. Met de verzelfstandiging van de gezondheidszorg en de hiermee samenhangende professionalisering wordt tegelijkertijd een specifieke sociale ruimte geschapen waarbinnen ziek-zijn zich kan voltrekken: de ziekenrol. De toegankelijkheid van die ziekenrol is echter vanaf het begin ongelijk over de bevolking verdeeld. De toegankelijkheid wordt voor grote groepen van de bevolking eerst na sociale strijd bereikt. De geschiedenis van de ziekenfondsen is hiervan een illustratie.

Eén van de belangrijkste materiële vormgevingen van deze "sociale ruimte om ziek te zijn", van de ziekenrol, is het ziekenhuis. Het ziekenhuis wordt geleidelijk tot een centrum,

een concentratie van voorzieningen, onderzoek-, behandel- en operatieruimten, van deskundig personeel en van deskundige staven en tevens het centrum, waar zowel artsen als verpleegkundigen worden opgeleid.

Maar tot aan de tweede wereldoorlog is het niet-particuliere ziekenhuis nog steeds een instelling van armenzorg. Eerst door de sociale verzekeringen die na de tweede wereldoorlog tot stand komen is de ongelijkheid van de mensen tegenover de geneeskundige voorzieningen, die het ziekenhuis biedt, grotendeels opgeheven. Het ziekenhuis heeft daardoor ten langen leste gebroken met de banden van zijn afkomst: een toevlucht voor de arme, die nergens anders het lijf kan neerleggen als hij door ziekte in zijn bestaan wordt bedreigd. (33)

De geschiedenis van de gezondheidszorg en van de instituering van verzorgingsafhankelijkheid kan beschreven worden als de geschiedenis van de discrepantie tussen structurele maatschappelijke tegenstellingen en de ideologische karakterisering daarvan. De geschiedenis van de gezondheidszorg in de negentiende eeuw is daarvoor exemplarisch. Ziekte en sterfte in die tijd staan sterk onder invloed van de maatschappelijke verhoudingen en hiermee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden. Geneeskunde plaatst zich echter juist in deze periode in het natuurwetenschappelijk kader dat ziekte maatschappelijk (waarde-) vrij tegemoet denkt te treden. Maatschappelijke problemen worden daardoor voorwerp van gezondheidszorg. Echter niet dan nadat deze maatschappelijke problemen zijn geïndividualiseerd tot zieken-problemen. En het ziektebegrip als zodanig wordt gedoesocialiseerd tot "iets wat je overkomt", "iets wat iedereen kan treffen". In deze periode vindt de contradictie in de instituering van de ziekenrol zijn geboortegrond. Ziek-zijn is gerelateerd aan de heersende maatschappij-verhouding. Die relatie speelt echter in de ideologie van ziekte als een maatschappelijk ongespecificeerd verschijnsel geen rol.

## psychiatrie

De psychiatrie van de negentiende eeuw wordt wel omschreven als de eerste periode van "dynamische psychiatrie". (34) De pathogenese van psychische storingen wordt niet meer toegeschreven aan een onbekend fluïdum, zoals voorheen, maar aan mentale energie die vanuit gescheiden fragmenten van de persoonlijkheid de integratie bedreigt. Psychotherapie is in deze periode vooral gebaseerd op hypnose en suggestie.

Met deze ontwikkeling van de psychiatrie krijgt de Verlichting ook greep op de omgang met psychisch gestoorden. De overtuiging wint veld dat de mens, na een lange periode van onwetendheid, nu door de rede beheerst zal worden. Rede wordt als tegengesteld gezien aan onwetendheid, vooroordeel, opgelegd geloof, de tyrannie van de passies en de aberraties van de fantasie. (35) De filosofie van de Verlichting is dat wetenschap dienstbaar kan worden gemaakt aan het welzijn van het mensdom.

Ook psychiatrische storing wordt nu wetenschappelijk bezien en ontdaan van oude betekenissen als bezetenheid en hekserij. Storing wordt in essentie opgevat als verstoring van

de rede. Psychische storingen worden gezien als het gevolg van fysieke lesies in de hersenen, of als het gevolg van onbeheerste passies. Training van de wil en onderschikking van de passies worden als oplossingen gepropageerd. (38) In samenhang hiermee leidt deze beweging tot de hervorming van psychiatrische inrichtingen.

Rond 1800 beginnen artsen zich meester te maken van het terrein van de krankzinnigheid. De waanzin komt dan geheel in het vlak van de pathologie te liggen. Die ontwikkeling is overigens niet louter humanitair van aard. Tegen het einde van de achttiende eeuw blijken vele van de tot dan toe gezamenlijk opgesloten (zwerfers, misdadigers, geesteszieken) als arbeidskracht bruikbaar in het zich snel ontwikkelende productieproces. (37) De gekken blijven evenwel in gekkenhuizen opgesloten. Daar waar de 'arme gekken' worden afgezonderd kan de psychiatrie zich als wetenschap ontwikkelen!

Na Pinel, de Franse psychiater die een grote rol speelt bij de scheiding van psychisch gestoorden van andere devianten, wordt de psychiatrie een tak van de medische wetenschap. De psychiatrie beijvert zich, een eigen echte ziektenleer, een nosologie op te stellen. Zij probeert ook de objectiverende, koelwetenschappelijke manier waarop de geneeskunde haar patiënten benadert, over te nemen. Zo is de bezetene, de gek, de krankzinnige van weleer een psychiatrisch zieke, een psychiatrische patiënt geworden.

De psychiatrie is definitief medisch geworden ruim honderddertig jaar geleden toen Griesinger zijn "Pathologie und Therapie des psychischen Krankheiten" (1845) publiceerde. "Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten" is zijn adagium. Deze medische psychiatrie vindt haar voorlopig hoogtepunt in het werk van Kraepelin (1856-1926), de grondlegger van de psychiatrische ziektenleer. Dit is de grondslag voor de ontwikkeling van het medische model in de psychiatrie. Vreemd en ongewoon gedrag worden ziekten genoemd. Die ziekte is iets, zit ergens in het individu. De patiënt wordt van persoon gereduceerd tot individu. De behandeling is dan ook primair gericht op dit zieke individu.

Door deze karakterisering van gestoordheid als ziekte wordt het probleem dat zich als psychiatrisch aandient of aan deze tak van de geneeskunde wordt toevertrouwd, primair geplaatst in het stramien van het individu-gebonden ziektebegrip dat in de geneeskunde ontwikkeld is. De maatschappelijke context wordt vanuit het perspectief van het individu bezien: het sociale wordt tot 'zijn' levensgeschiedenis, 'zijn' werk, 'zijn' gezin, 'zijn' trauma.

Die nadruk op rede en wetenschap betekent dus niet dat morele overwegingen in deze opkomende wetenschappelijke psychiatrie geen rol spelen. Eind achttiende, begin negentiende eeuw ontwikkelt zich een humanisme dat gelijkheid en verbetering van het lot van ongelukkigen in het vaandel voert. Verwaarlozing wordt in strijd geacht met het vooruitgangsgeloof en met dit soms religieus geïnspireerd humanisme. Via zedelijke en onderwijskundige maatregelen denkt men de toestand van de gestoorden te kunnen verbeteren.

Dit moraliserend humanisme vindt men terug



in de praktische psychiatrie van die dagen. Geesteszieken worden als lijdend aan geneesbare ziekten behandeld, in inrichtingen met een regime van werk en recreatie, gepaard gaande met religieuze, opvoedkundige en onderwijskundige maatregelen. Dit religieuze geïnspireerde humanisme vindt in de psychiatrische praktijk van verschillende landen zijn navolgers: Pinel in Frankrijk, Tuke in Engeland, Rusk in de Verenigde Staten van Amerika en Schroeder van der Kolk in Nederland. Zij worden vaak gerangschikt in een beweging die als "moral treatment" wordt aangeduid. Juiste gewoonten en een regelmatig leven kunnen de gezondheid beschermen en herstellen, denkt men. Weerstand tegen de gevaren van de maatschappij kan worden opgebouwd door de ontwikkeling van zelfbeheersing en zelfdiscipline. "Early training, early mental discipline, self-control, self-denial, mastery over the passions; how much of our future welfare and happiness depends upon the steady cultivation of such habits of mind", aldus "The American Journal of Insanity" in 1854 (38), het blad dat de "moral treatment" in Amerika verwoordt.

Deze ideologie vindt zijn weerslag op het beleid in psychiatrische inrichtingen: in "moral management". Regelmatige levensgewoonten, arbeid, mentale stimulatie en geordend denken zal ook onder psychisch gestoorde verbetering kunnen brengen, zo luidt de verwachting. (39)

In alle landen waar deze "moral treatment" gestalte krijgt is de periode van bloei maar kort. De verwachtingen zijn irrealistisch. De sociale atmosfeer die noodzakelijk wordt geacht in de inrichtingen wordt gemakkelijk vertoond door patiënten die de middle-class waarden die aan deze behandelingswijze ten grondslag liggen niet delen. Naarmate tenslotte de problemen van de mensen en de redenen voor hun opname meer bepaald worden door het kapitalisme en door het groeiende leger van paupers dat onder etiketten als alcoholist of onverbeterlijke crimineel het gesticht ingesluit wordt, wordt deze "moral treatment" steeds meer een maatschappelijk anachronisme. (40) Goedwillendheid en opvoeding tot burgerlijke deugden vermogen de strijd met de "misfits" van deze maatschappij niet meer te winnen.

De nadruk op wetenschap en redelijkheid, die de Verlichting heeft teweeggebracht, kan de maatschappelijke processen die zich rond de opkomende industrialisatie en de kapitalistische vormgeving daarvan ontwikkelen niet buitensluiten. De psychiatrie komt te functioneren temidden van de tegenstellingen van sociale klassen, die enerzijds worden gerepresenteerd door de burgerij en anderzijds door een wassend stedelijk industrieproletariaat. Daarbij zal blijken dat de psychiatrie zich richt op de burgerij en haar angsten, die maatschappelijk worden opgeroepen door de groei van het proletariaat. Socialisme wordt de nachtmerrie van de burgerij. Het is vanuit deze situatie van bedreiging dat het Darwinisme wordt aangegrepen als nieuwe ideologie die de bevoorrechtiging van de burgerij verklaart en rechtvaardigt. De filosofie van de industriële revolutie: vrije onderneming, competitie, en concurrentie, vindt een blijkbaar wetenschappelijke rationalisatie in het Darwinisme. Begrippen als "struggle for life", "survival of the fittest" en "elimination of the unfit" vonden gretig toepassing in de redeneringen van de burgerij.

Ook in de negentiende eeuw doen zich dus contradicties in de instituering van verzorgingsaf-

hankelijkheid met betrekking tot psychische storingen voor. De opkomst van de medische psychiatrie brengt de gestoorde in een positie waarin ze als zieken worden behandeld. Niet meer de bevordering van hun gedrag of persoon is bepalend voor de behandeling die ze ondergaan. Hun gestoorde gedrag is een uiting van een ziekte en daarom geen grond meer voor veroordelende praktijken. Ziek-zijn betekent aanspraak kunnen maken op medische behandeling. En medische behandeling vraagt niet naar motief of achtergrond. Medische behandeling is affectief neutraal, althans in haar directe relatie met patiënten.

Dat betekent niet dat de medische psychiatrie ook maatschappelijk neutraal of waardevrij is. Medische betekenisgeving (bijvoorbeeld ziekverklaring) heeft altijd maatschappelijke betekenis. Of: zoals Foucault formuleert: (41) de ervaring van waanzin verdwijnt achter medische kennis, achter medische zingeving. In de serene wereld van de psychiatrische stoornis communiceert de moderne mens niet langer met de gestoorde; de mens van rede delegeert de waanzinnige aan de arts. Dat wordt gerechtvaardigd door het gebruik van de abstracte en neutraal klinkende categorie ziekte. De benoeming van waanzin als geestesziekte in de achttiende eeuw bevestigt dat de dialoog verbroken is.

Problemen van een samenleving die in beperkte tijd de trekken van een kapitalistische maatschappij heeft aangenomen: armoede, werkloosheid, alcoholisme en afhankelijkheid van het stadse proletariaat, komen niet in deze gestalte voor het voetlicht maar onder het mom van psychiatrische etiketten. Zelfs wordt deze hulp discutabel gesteld onder pressie van een opkomend sociaal Darwinisme dat hulp als oorzaak van het voortbestaan van de problemen beschouwt.

De mensen, ook de gestoorde, blijven afhankelijk van een kapitalistische samenleving. De ziekte-ideologie die het medische bedrijf kenmerkt is slechts ogenschijnlijk neutraal, maar vormt in feite de dekmantel voor de slachtoffers van maatschappelijke verhoudingen. Zieken en gestoorde zijn in menig opzicht de slachtoffers van deze maatschappij. Ze worden echter als "zieken" behandeld, dat wil zeggen: de band van hun problemen met de maatschappij wordt verzwegen. Dat betekent contradictie in de instituering van verzorgingsafhankelijkheid. Ziek-verklaren is een proces van regulering en van verzorging tegelijkertijd.

## **literatuur**

- Barbagli, M. en Dei, M., "Socialization into apathy and political subordination." In J. Karel en A.H. Halsey, Power and ideology in education, New York 1977, 423-431.
- Bastide, R., Op de grens van sociologie en psychiatrie. Bussum, 1971.
- Beek, H.H., Waanzin in de middeleeuwen. Hoofddorp, 1969.
- Bernal, J.D., De wetenschap als maatschappelijk proces. Utrecht, 1971 (1969).
- Caplan, R., Psychiatry and the community in nineteenth-century America. New York, 1969.

Dörner, K., Bürger und Irre: zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt, 1969.

Ellenberger, H.F., The discovery of the unconscious; the history and evolution of dynamic psychiatry. New York, 1970.

Esch, P. van der, Geschiedenis van het Staatstoezicht op krankzinnigen. Leidschendam, zonder jaartal.

Foucault, M., Histoire de la folie à l'âge classique. Parijs, 1972. Ned. vert.: Geschiedenis van de waanzin. Meppel, 1975.

Gezondheidszorg in Nederland, samengesteld door de Aktiegroep Medicijnen, Nijmegen. Nijmegen, 1973.

Goudsblom, J., "Civilisatie, besmettingsangst en hygiëne." In: Amsterdams Sociologisch Tijdschrift, 1977, 4, 271-300.

Hobsbawm, E.J., The age of revolution; Europe 1798-1848. Londen, 1977 (1962).

Huizinga, J., Herfsttij der middeleeuwen, Groningen, 1975 (1919).

Kanner, L., Geschiedenis van de zwakzinnigenzorg en het zwakzinnigenonderzoek. Lochem, 1976 (1964).

Lauret, A.M., 58 miljoen Nederlanders en hun ziekten. Amsterdam, 1977.

Lindeboom, G.A., Inleiding tot de geschiedenis der Geneeskunde. Rodopi, 1979.

McKeown, T., The role of medicine: dream, mirage of nemesis? Londen, 1976.

Nijhof, G., Individualisering en uitstoting; een perspectief voor een psychiatrische sociologie. Nijmegen, 1978.

Querido, A., Godshuizen en gasthuizen. Amsterdam, 1960.

Regt, A. de, Geschiedenis van verzorgingsarrangementen (college-syllabus). Amsterdam, 1980.

Roland Holst, H., Kapitaal en arbeid in Nederland. Nijmegen, 1977.

Rosen, G., "Social attitudes to irrationality and madness in seventeenth and eighteenth century Europe." In: Journal of Historical Medicine and Allied Sciences, 1963, 18, 220-240.

Rosen, G., Madness in society; chapters in the historical sociology of mental illness. New York, 1969 (1968).

Rosen, M., G.R. Clark en M.S. Kivitz, The history of mental retardation; collected papers. Baltimore/Londen, 1976.

Scull, A.T., "From madness to mental illness; medical men as moral entrepreneurs." In: European Journal of Sociology, 1975, 16, 218-261.

Swaan, A. de, "Uitgaansbeperking en uitgaansangst; over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding." De Gids, 1979, 142, 483-509.

Szasz, T.S., The manufacture of madness; a comparative study of the inquisition and the mental health movement. Frogmore, 1973 (1970).

Verdoorn, J.A., Volksgezondheid en sociale ontwikkeling; beschouwingen over het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw. Utrecht, 1965.

## noten

1. Scull, 1977, 338.
2. Beek, Waanzin in de Middeleeuwen, 25-32.
3. Kanner, Geschiedenis van de zwakzinnigenzorg en het zwakzinnigenonderzoek, 17.
4. Beek, Waanzin, 149.
5. Querido, Godshuizen en gasthuizen, 13.
6. Beek, Waanzin, 145.
7. Ibidem, 147.
8. Ibidem.
9. Ibidem, 148.
10. Ibidem, 154.
11. Huizinga, Herfsttij der Middeleeuwen, 51-52.
12. Regt, de, Geschiedenis van verzorgingsarrangementen.
13. Querido, Godshuizen en gasthuizen, 14.
14. Ibidem.
15. Ibidem.
16. Gezondheidszorg in Nederland, 343-344.
17. Szasz, The manufacture of Madness, 41.
18. Rosen, "Social attitudes to irrationality and madness", In: Journal of Historical Medicine and Allied Sciences, 220-240.
19. Nijhof, Individualisering en uitstoting, 54-56.
20. Dörner, Bürger und Irre, 27.
21. Scull, 1977, 341.
22. Bastide, Op de grens van sociologie en psychiatrie, 87.
23. Hobsbawm, The age of revolution, 34.
24. Ibidem, 35.
25. Ibidem, 46.
26. Ibidem, 339.
27. Ibidem, 342.
28. Bernal, De wetenschap als maatschappelijk proces, 416.
29. Ibidem, 422.
30. Verdoorn, Volksgezondheid en sociale ontwikkeling, 174.
31. Ibidem, 157.
32. Beek, Waanzin, 141.
33. Querido, Godshuizen en gasthuizen, 25.
34. Ellenberger, The discovery of the unconscious, 111.
35. Ibidem, 195.
36. Ibidem, 197.
37. Foucault, Histoire de la folie, 229.
38. Caplan, Psychiatry and the community, 17.
39. Ibidem, 26.
40. Ibidem, 48.
41. Foucault, Histoire de la folie, XII.