

# DE GENEESKUNDIGE BEHANDELING EN DE VERPLEGING VAN GEESTESZIEKEN VAN DE MIDDELEEUWEN TOT HEDEN

f. kramer

Dhr. F. Kramer was van 1962 tot 1970 hoofd opleiding verpleging van het Psychiatrisch Ziekenhuis Groot Lankum te Franeker. Hij heeft een boekje geschreven over de geschiedenis van de zorg van de psychiatrische patiënt. Tevens is hij auteur van "Psychiatrische Verpleegkunde", Lochem, 1974.

Wanneer we de geschiedenis van de verzorging en de behandeling van de geesteszieken na gaan, dan blijkt dat de denkwijzen, de opvattingen en de uitwerking daarvan in de loop der tijden aan grote veranderingen onderhevig zijn geweest. Opvattingen vanuit het geloof aan goden en duivels maken dat geestelijk gestoorden in sommige streken beschouwd worden als heiligen, elders als bezetenen. In de Middeleeuwen was het klooster vaak een toevluchtsoord voor de bezetene. In de periode 400 tot het jaar 1000 werd de ziekenverpleging voornamelijk uitgeoefend in de kloosters van de Augustijner en Benedictijner Orde. Er was niet of nauwelijks sprake van een speciale krankzinnigenverpleging. Er waren nog geen inrichtingen voor geesteszieken. Wanneer iemand zodanig gestoord was, dat de openbare orde er door in gevaar kwam, dan sloot men hem op. Er waren ook steden waar men krankzinnigen samenbracht met personen die aan besmettelijke ziekten leden. Bekend is ook, dat verschillende kloosters en zeer oude gasthuizen, zoals in Zutphen, Delft en Deventer een afdeling of een gesloten verblijf hadden, waar men psychisch gestoorden kon herbergen. In het Belgische plaatsje Geel, in de buurt van Antwerpen, was in de dertiende eeuw een kapel opgericht, gewijd aan de heilige Dymphna. De toeloop van pelgrims, voornamelijk bezetenen en zwakzinnigen, werd tenslotte zo groot, dat men hen bij inwoners van het dorp onderbracht. Daaruit is in Geel de zogenaamde 'gezinsverpleging' ontstaan.

## Exorcie

In deze periode dacht men, dat geestelijk gestoorden door de duivel bezeten waren. De behandeling richtte zich op het uitdrijven van de boze geesten door gebeden en bezweringen, met behulp van wijwater en kruisbeelden en door het aanroepen van heiligen. Soms ook werd het zieke lichaam geslagen en gestompt of uitgehongerd.

## Keisnijden

Een nogal spectaculair gebeuren was het keisnijden. Dit was een 'operatie' waarbij door middel van een snede in het hoofd 'stenen' verwijderd werden die de krankzinnigheid veroorzaakt hadden. Mogelijk moet deze behandeling uit ma-

gisch-suggestief oogpunt gezien worden. Men deed iets omdat men eigenlijk niets kon doen.



Keisnijden

## de nieuwe tijd (1500-1800)

In het begin van de nieuwe tijd worden de eerste dolhuizen opgericht. In 1422 werd in 's Hertogenbosch het eerste Nederlandse dolhuis in gebruik genomen op initiatief van Reinier van Arkel. Het Willem Arntz-huis te Utrecht werd in 1461 gesticht. Het bestond uit een hoofdgebouw, zes huisjes en een erf waarop de huisjes uitkwamen. Deze waren zo ingericht, dat daarin "razenden en dollen gespannen of gesloten konden gehouden worden". Pas in 1562 kwam men in Amsterdam tot de oprichting van een dolhuis. Hoewel de dolhuizen in sommige opzichten een verbetering betekenden (de bevolking moest tegen wangedrag beschermd wor-

den, terwijl de opgenomen personen zelf ook een zekere bescherming ondervonden), waren de toestanden er zonder meer primitief -eigenlijk mensonterend- te noemen. De verblijfjes ontvingen geen ander licht dan door een klep die in de deur was aangebracht en door een in de achterwand gemetselde spleet die naar buiten toe breed uitliep. Tocht en koude hadden vrij spel. Deze verblijven, ook wel hokken genoemd of 'dolhuysjes', waren gewoonlijk rond de binnenplaats gerangschikt. In hun rustige perioden mochten de verpleegden op die binnenplaats wandelen.

Een merkwaardig gebruik was het bezichtigen van de geesteszieken. Tijdens de kermis en op derde Paasdag werd de poort van het dolhuis opengezet. De burgers mochten dan tegen betaling van een geringe vergoeding naar binnen om de krankzinnigen gade te slaan. Vaak werden ze bespot en geplaagd. Omdat men op de binnenplaats ook koekramen en dergelijke opstelde, noemde men dit gebeuren 'dolhuiskermis'. Pas in 1825 werd dit gebruik voorgoed afgeschaft. Dr. van Wirdum wijst erop dat -hoewel deze dolhuiskermis als volksvermaak afkeuring verdient- men bij de beoordeling toch rekening moet houden met het oorspronkelijke idee, namelijk de kermisvreugde binnen het gasthuis te brengen, waarbij de burgers in de gelegenheid waren de verpleegden te tracteren.

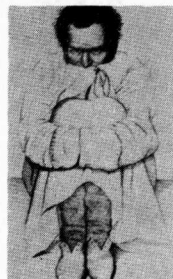
Over de zeventiende, de achttiende en ook de beginjaren van de negentiende eeuw bestaan betrekkelijk weinig geschiedkundige gegevens. Deze periode biedt een merkwaardig mengsel van treurige zowel als hoopgevende berichten. Uit het begin van de 'donkere tijd' -zoals de periode tussen 1600 en 1800 wel genoemd wordt- is een rekening bekend uit Utrecht waaruit blijkt dat op Goede Vrijdag 'aan de sieken die int huys waren' een koek en twee kannen wijn geschonken werden. Sedert 1614 kregen geesteszieken in Utrecht gebraden schapevlees en runderhutspot met pruimen en rozijnen, dik bier en wittebrood. Aan de ontslagen zieken werd wel eens wat geld meegegeven. Uit deze opsomming zou kunnen worden afgeleid dat de zogenaamde donkere tijden misschien minder donker waren dan wel wordt aangenomen. Dr. H. Schade vermeldt in zijn beschrijving van de Reinier van Arkelstichting dat in 1650 al niet meer gesproken wordt van 'spannen, bynden ende sluyten', maar van 'onderhouden, geallimenterd ende gadeslagen'. Daarmee begint de behandeling dus al meer op verplegen te lijken.

In de meeste gestichten heersten echter opvattingen en toestanden die met verpleging weinig of niets te maken hadden. Ook het geneeskundig toezicht schoot door allerlei oorzaken tekort. In Utrecht wordt pas in 1625 voor het eerst melding gemaakt van een arts. Aan de krankzinnigen werd een bovenmenselijke lichaamskracht toegeschreven. De behandeling bestond mogelijk in verband daarmee uit verzwakkende maatregelen, zoals aderlaten, koppen zetten, overmatig purgeren en hongerkuren. Hielp dit niet dan werden dwangmiddelen gebruikt. Eerst waren dit ijzeren kettingen, voet- en handboeien, later gebruikte men ook zware lederen riemen met gespen. Na verloop van tijd construeerde men allerlei apparaten, sommige bedoeld om verbetering van iemands toestand te bereiken, de meeste echter om de bewegingen te beperken.

Dr. Breukink, prof. Kraepelin e.a. hebben verschillende dwangmiddelen en geneeskundige apparaten beschreven.

Dwangstoel. Het ergste vonden ze de dwangstoel volgens Rush. Onrustige verpleegden werden met riemen op een stoel gebonden, de armen werden vastgebonden aan schuine stijlen en vervolgens naar achteren getrokken. Gewoonlijk waren de armen na korte tijd blauw. De zieken die hun kleren stukbeten, kregen een ijzeren beugel in de mond, zodat de tanden niet op elkaar gesloten konden worden.

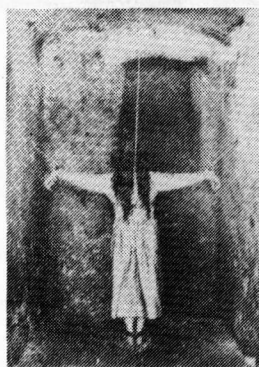
Dwangbuis. Het dwangbuis of dwangjak was een uitvinding van Mac Bride. Het was een kiel van zware stof, die achter met riemen gesloten werd. De mouwen van ongeveer anderhalve meter lengte, werden gebruikt om de armen onbeweeglijk kruiselings te fixeren.



Dwangjakje 18e eeuw

Spuwmasker. Het spuwmasker was gemaakt van stevig gaas of van metaal. Het diende om de patiënt het bijten, spuwen of schreeuwen te beletten en af te leren.

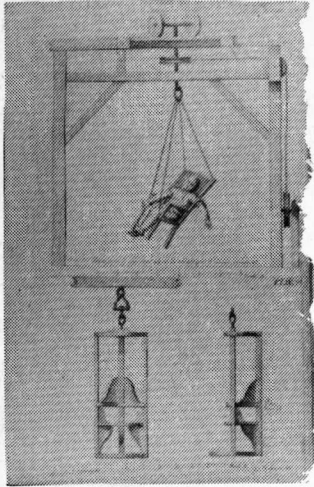
Dwangstaan. Om onrust en agressie in te dammen, om de slaap en de gehoorzaamheid te bevorderen paste men het dwangstaan toe gedurende meerdere uren. Ook dit moet een kwelling geweest zijn.



dwangstaan

In toenemende mate begon men in te zien dat geesteszieken, evengoed als lichamelijk zieken, recht hadden op geneeskundige behandeling. Als geneesmiddelen werden nog steeds toegepast de vomitantia (braakmiddelen), de purgativa, waarvan men meende dat behalve het afvoeren van kwade stoffen, de hevige buikpijn iemand uit zijn ziekelijke gedachtencirkel kon losrukken. Sederende middelen uit die tijd waren extracten van bilzekruid en belladonna en verder het laudanumdrank. Als opwekkende middelen golden muskus, verschillende kampfermengsels, ammoniak en ether.

Met de bedoeling om de bloedcirculatie in de hersenen te regelen, had de Franse arts Junod koperen kokers ter lengte van het onderbeen laten maken. Men noemde ze Junodse koplaarzen. Deze werden vacuüm gepompt. In Nederland schijnt deze bloedafleidende behandeling (hemospasie) weinig te zijn toegepast.



Draaistoel

**Draaistoel e.d.** De Duitsers Horn en Reil construeerden vernuftige draaimachines, zoals de draaistoel, het draaibed en het holle rad, een soort tredmolen waarin men moest blijven lopen om niet te vallen. De grote vermoeidheid bracht tenslotte de gewenste rust.



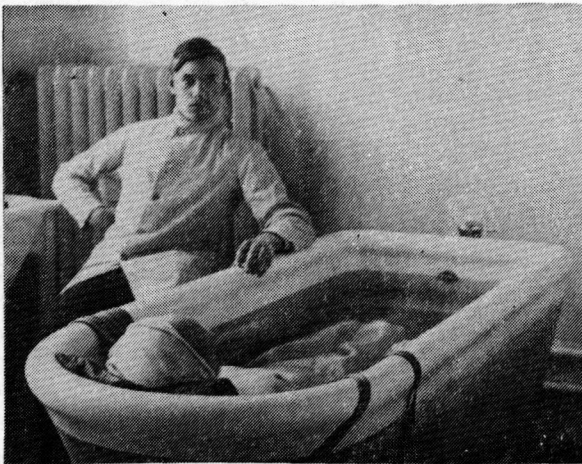
Stortbad. Uit: J. Guislain, "Traite sur les hospices des aliènes", Amsterdam, 1826.

### de periode 1800-1850

In deze periode werken een aantal ideeën uit de Verlichting door. In vele gestichten waren de toestanden nog ver beneden peil. Het aantal geneeskundigen was onvoldoende en er was onbekwaam en ongeschikt personeel dat niet veel beter wist te doen dan de dwangmiddelen te gebruiken. Toch komen nu uit verschillende landen berichten binnen die van verandering en verbetering getuigen. Naar de algemene opvatting begint in West-Europa de humanisering van de krankzinnigenverpleging met de symbolische daad die de Parijse stadsgeneesheer Philippe Pinel (1754-1826) stelde. Ondanks grote bezwaren van het stadsbestuur bevrijdde hij in oktober 1793 vele geestelijk gestoorde van hun boeien en ketenen. Deze historische gebeurtenis was uiteindelijk evenzeer een uitvloeisel van de leuze 'vrijheid, gelijkheid en broederschap', als van medische overwegingen. In het gesticht kwam meer orde en rust naarmate de dwang afnam.

In Engeland, met name Schotland, was het William Tuke, voorzitter van een Quakergemeente, wiens streven naar verbetering resulteerde in de opening van het voor die tijd moderne gesticht York Retreat. Dat was in 1796. Interessant is ook de vermelding van Dr. van der Esch betreffende dokter William Battie (1703-1776). Battie, destichter van St. Luke's Hospital (1751), bekleetoonde reeds toen dat er geschoold personeel in de inrichtingen moest komen en hij sprak de verwachting uit dat krankzinnigheid zekerder, vlugger en goedkoper te behandelen zou zijn, wanneer er meer doktoren zich op de bestudering van de ziekte zouden toeleggen. Battie maakte de psychiatrie tot een medisch specialisme. Hij was de eerste die dit vak doceerde, zeker in Engeland en waarschijnlijk in de gehele wereld.

In België is Jozef Guislain (1797-1860) de grote voorloper geweest. Hij werd in 1819 geneesheer in Gent voor de beide plaatselijke krankzinnigengestichten. Guislain paste reeds in 1852 bedbehandeling toe bij melancholische patiënten. Een groot medestander had hij in de persoon van kanunnik P.J. Triest, de stichter van



Badverpleging

**Baden.** Tevens ging men allerlei soorten baden toe passen, zoals het stortbad, waarbij van een bepaalde hoogte tien tot veertig of vijftig emmers koud water 'met enige heftigheid' op het hoofd werden uitgestort. Dit werd aanbevolen bij melancholie. Bij het Spritz-bad werd de goed vastgelegde patiënt bespoten met een krachtige straal ijskoud water op voorhoofd, nek en rug. Een mildere werking had het douche-of regenbad. Later ging men over naar de behandeling met warme baden, waaraan verschillende stoffen werden toegevoegd, onder andere zout en mosterd. Waarschijnlijk mag hierin een tendens gezien worden naar de latere hydrotherapie

de congregaties van de Zusters van Liefde en de Broeders van Liefde.

Belangrijke Duitse voorlopers waren de doktoren Heinroth en Langermann. Daarnaast is te noemen J.C. Reil (1759-1813). Hoewel zijn opvattingen als zeer humaan bekend stonden, motiveerde hij nog de toepassing van verschillende 'geweld'-methoden. In 1803 gaf hij zijn ideeën weer in een uitvoerig boek: "De psychische behandeling der geesteszieken". In dit boek introduceerde Reil de term psychiatrie.

In Nederland was in een Koninklijk Besluit van 1818 gesteld dat het doel der gestichten behoorde te zijn: krankzinnigen te genezen. Was tevoren de aandacht van de overheid vrijwel alleen gericht geweest op de bescherming van de maatschappij, nu kreeg ook het individuele belang van de geestelijk gestoorde de aandacht. Een man die reeds in 1820 middels zijn "Topografie van Amsterdam" mededelingen deed over de medische voorzieningen in de hoofdstad was C.J. Nieuwenhuijs (1775-1837). Hij behandelde uitvoerig de slechte toestanden in de krankzinnigenverpleging en gaf wegen aan voor verbeteringen. Hier werd echter niet of nauwelijks op gereageerd. Iemand die wel slaagde was de Utrechtse hoogleraar J.C.L. Schroeder van der Kolk, die terecht grote bekendheid verkreeg door zijn onvermoeid streven naar een betere krankzinnigenverzorging. Van grote invloed voor het op gang komen van de verbeteringen in Nederland is de rede geweest, die hij in 1837 hield bij zijn aftreden als rector magnificus. Na de totstandkoming van de eerste krankzinnigenwet (1841) werd Schroeder van der Kolk - samen met dhr. Feith - benoemd tot inspecteur (zie proefschrift van Dr. P. van der Esch).

Niet onvermeld mag blijven de naam van Johannes van Duuren, die in 1837 opzichter van het Nijmeegse dolhuis werd. Hij vond daar inderdaad nog een toestand, zoals men die zich in een dolhuis voorstelt: geschreeuw, lawaai en gerammel van koperen etensbakken die met kettingen aan de deuren van de kamertjes bevestigd waren. De patiënten waren constant opgesloten en werden slechts éénmaal per week voor korte tijd uit hun kamertje gehaald, zodat zij zelf en het kamertje gereinigd konden worden. Door de bijzonder menselijke aanpak van Van Duuren en zijn vrouw, gelukte het de mensen langzamerhand weer tot nuttige bezigheid te brengen. En zo ontstond daar een kleine gemeenschap van mensen die het nut ontdekten van bezig zijn ten behoeve van elkaar en daardoor ook ten gunste van de individuen zelf.

## de periode 1850-1900

Het was de Engels arts John Conolly (1794-1866) die in 1830 een studie publiceerde over het misbruik van dwangmiddelen. Hij lanceerde de term 'no restraint' (geen dwang). Conolly wees er op dat alle middelen die de vrije beweging der ledematen belemmerden niet alleen volstreekte afkeuring verdienden, maar zelfs een averechtse uitwerking hadden. Men ging inzien dat onrustige patiënten door de toepassing van dwangmiddelen juist veel onrustiger werden. Dr. B.H. Everts (1810-1885) voerde dit 'no

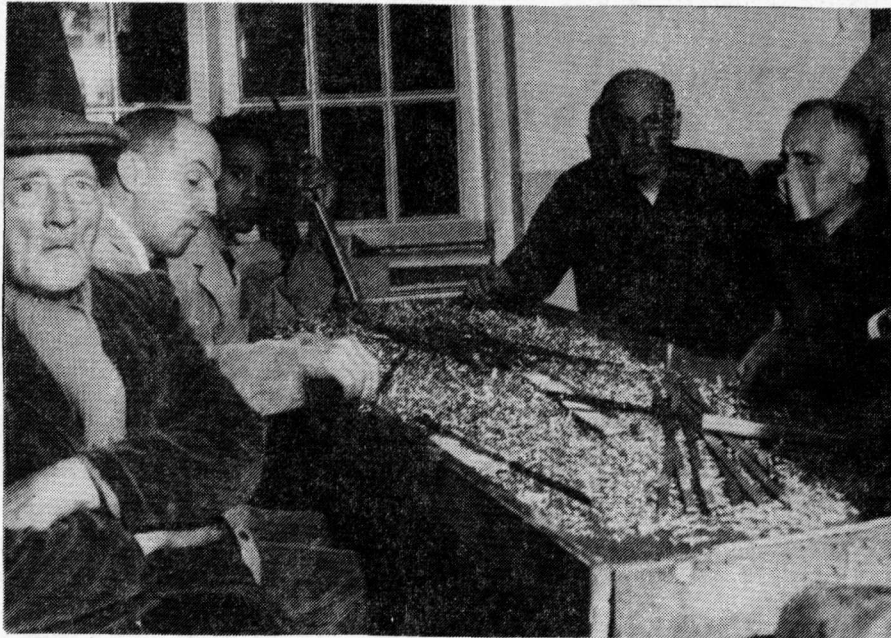
restraint'-systeem door in 1849, in het nieuwe gesticht 'Meerenberg', waarvan hij de eerste geneesheer-direkteur was. Ondanks problemen met overbevolking en moeilijkheden van de kant van het personeel, gelukte het hem de patiënten meer vrijheid toe te staan. Deze vrijheid sloeg echter vaak om in een losbandig en onrustig optreden. Dan had men weer veel rustmiddelen nodig om althans enigermate de rust te waarborgen. Vele patiënten verbleven weer in afzonderingskamers, waar ze gekleed in een grof, moeilijk te verscheuren hemd hun dagen sleten. Maar men hield vol en uiteindelijk "smaakte men de voldoening, dat alle dwangstoelen, dwangbuizen, handmoffen en getraliede bedsteden waren opgeruimd! Zo werd Meerenberg - het tegenwoordige Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort - de eerste inrichting op het vasteland waar het 'no restraint'-stelsel werd ingevoerd". Als een min of meer logisch uitvloeisel van de vrijere verplegingsvorm ontwikkelde zich ook de arbeid van de patiënten gunstig. Terwijl in 1850 gemiddeld 47 procent van de patiënten werkte, was in 1851 reeds 64 procent aan de arbeid.

Intussen had men in Duitsland ook ervaring opgedaan met het toepassen van arbeid. Gunstige berichten kwamen vooral uit de arbeidskolonie Altscherbnitz. Verschillende Nederlandse gestichtsartsen waren eveneens overtuigd van het nut van geregelde arbeid, vooral in de open lucht.

Behalve aanhangers van de arbeidsrichting waren er ook medici die streefden naar een psychiatrische kliniek. De laatsten gingen uit van de redenering dat zieke hersenen om weer gezond te worden zoveel mogelijk rust moesten hebben, dus moest de patiënt naar bed.

## bed- en badverpleging (ca.1870-1920)

Vanuit de laatst genoemde zienswijze werd in toenemende mate aan bedverpleging gedaan. Patiënten die in bed erg onrustig waren en daarom niet op een gemeenschappelijke zaal konden blijven, werden na toediening van kalmerende middelen twee tot vier uur, soms langer, in een lauwwarm bad verpleegd. Hierbij ging men uit van het ervaringsfeit dat een lauw bad een rustigmakende uitwerking heeft. Zowel deze zogenaamde permanente badbehandeling als de verpleging te bed hebben in een aantal gevallen succes gehad. Voor de meeste patiënten - lichamenlijk gezond als ze waren - was deze bed-badverpleging echter absoluut ongeschikt. Versuffing en eenzaamheid werden in de hand gewerkt. De patiënten hadden volop gelegenheid zich over te geven aan visioenen en waangedachten en verloren daardoor elk contact met hun omgeving. Sommigen leden aan vergroeiing van de ledematen ten gevolge van het dag in dag uit in dezelfde houding te bed liggen. Anderen werden agressief als reactie op de zinloze ledigheid. Tegen agressie werd dan weer opgetreden met droge of natte inwikkelingen, dwangjakken en spanzeilen. Zo'n spanzeil was gemaakt van canvas en had openingen voor hals en armen. Het zeil werd strak over de te bed liggende patiënt heen gespan-

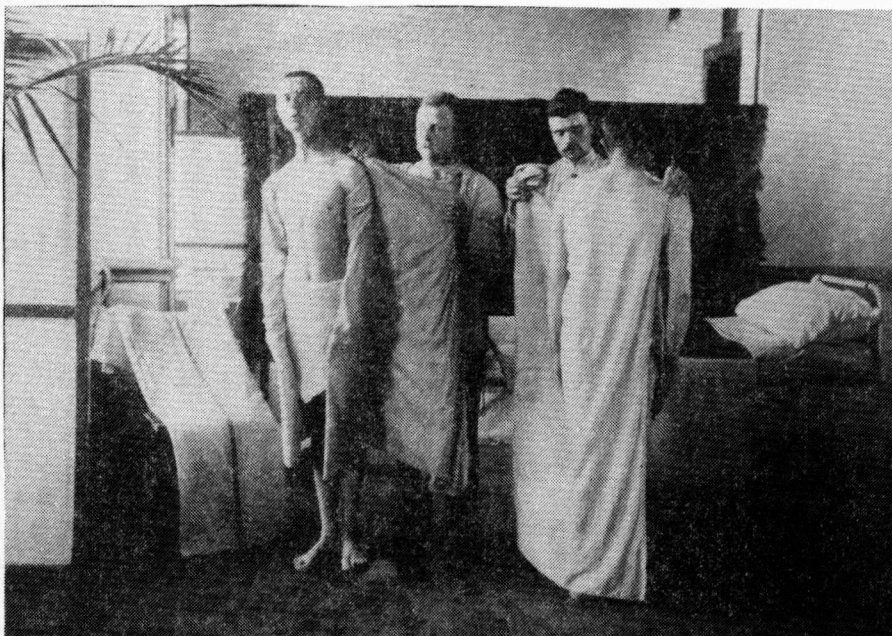


Het aanrijven van sleutels voor conserverenblikken, 1959.

nen en onder het ledikant bevestigd. (Voor een goed begrip wordt vermeld dat een spanzeil soms werd aangebracht op verzoek van de patiënt zelf, namelijk als hij voelde zichzelf niet voldoende onder controle te hebben.)

Het werd inmiddels duidelijk dat de verpleging te bed andere en hogere eisen aan het personeel stelde dan voorheen. Zo is in deze periode van bedverpleging de opleiding tot verplegende beroepen van start gegaan. In 1892 werden de eerste examens afgenomen. Men behaalde zogenaamde huisdiploma's. Het staatsdiploma zou pas in 1921 ingesteld worden. Terugziende op de periode van de bed- en de badverpleging kan de conclusie getrokken worden dat - ondanks verschillende minder gunstige ervaringen - deze periode in de ontwikkelingsgang van de psychiatrie en van de verpleging van psychiatrische patiënten van grote waarde is geweest. In de eerste plaats doordat de patiënten door

deze sanatoriumachtige verplegingsvorm veel meer persoonlijke aandacht en zorg kregen en ook doordat begonnen werd met het observeren en beschrijven van ziektesymptomen. Dit heeft veel bijgedragen tot het kunnen onderscheiden van de verschillende ziektebeelden. Verder kwam het anatomisch-microscopisch onderzoek op gang, waarbij de functies van hersenen en ruggemerg werden bestudeerd. In dat kader kwam ook de relatie psychiatrie-neurologie tot stand. In de jaren na 1925 is men in de psychiatrische inrichtingen een nieuwe koers ingeslagen. Er ontstond een nieuwe en grote belangstelling voor arbeid, nu in een meer therapeutische toepassing. Schroeder van der Kolk, Johannes van Duuren en anderen hadden reeds gewezen op de heilzame invloed van de arbeid. Toch was het aantal werkende patiënten in de inrichtingen niet veel hoger dan ongeveer 50 %. Het leven van de niet-werkenden was nog triest en vaak uitzichtloos



Inwikkelbehandeling in paviljoen Conally, 1906.

te noemen. Maar dan wordt in de psychiatrische tijdschriften de aandacht gevestigd op de werkwijze van Dokter Hermann Simon, die de leiding had van een provinciale inrichting in Gittersloh (Westfalen). Hij noemde zijn werkwijze: 'Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt' en beschreef dat hij ervaren had, hoe arbeid één van de belangrijkste middelen is om iemand met geestelijke stoornissen in staat te stellen weer te komen tot een aanvaardbaar gedragspatroon. In dat kader schafte hij de bedverpleging en het permanente bad af en verwierp de opvatting dat geesteszieken niet voor hun handelingen verantwoordelijk zouden zijn. Hij stelde ook niet meer het ziekelijke op de eerste plaats, maar richtte zich op het activeren van de nog gezonde krachten en mogelijkheden van de patiënt. In 1929 werden zijn tijdschriftartikelen samengevat en uitgegeven. Gastvrij ontving Dr. Simon allen die belang stelden in zijn werkwijze. Velen die aanvankelijk sceptisch tegenover de actievere therapie stonden, werden overtuigd.

Het was Dr. W.M. van der Scheer van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, die zich in Gittersloh persoonlijk op de hoogte stelde van Simons werkwijze, waarna hij deze met enthousiasme in Nederland introduceerde. Het propageren van de actievere therapie in psychiatrische inrichtingen zou zijn levens-taak worden.

Voornamelijk in de periode tussen de beide wereldoorlogen zijn een aantal psychiatrische kuurbehandelingen ontwikkeld.

Koortsbehandeling. Geconstateerd was dat onrustige patiënten aanmerkelijk verbeterden na het doormaken van een ziekte die gepaard ging met hoge koorts. Reeds in 1887 had de Weense psychiater Wagner von Jauregg overwogen gebruik te maken van opzettelijke besmetting met koortsverwekkers. Hij was zich echter bewust van de risico's; vandaar dat hij er pas in 1917 toe overging om patiënten lijdende aan dementia paralytica te behandelen met malaria gecombineerd met een anti-luëtische behandeling. Deze

methode bleek een betrekkelijk succes te hebben bij een ziekte waarvan bekend was dat zij in tamelijk korte tijd tot de dood leidde.

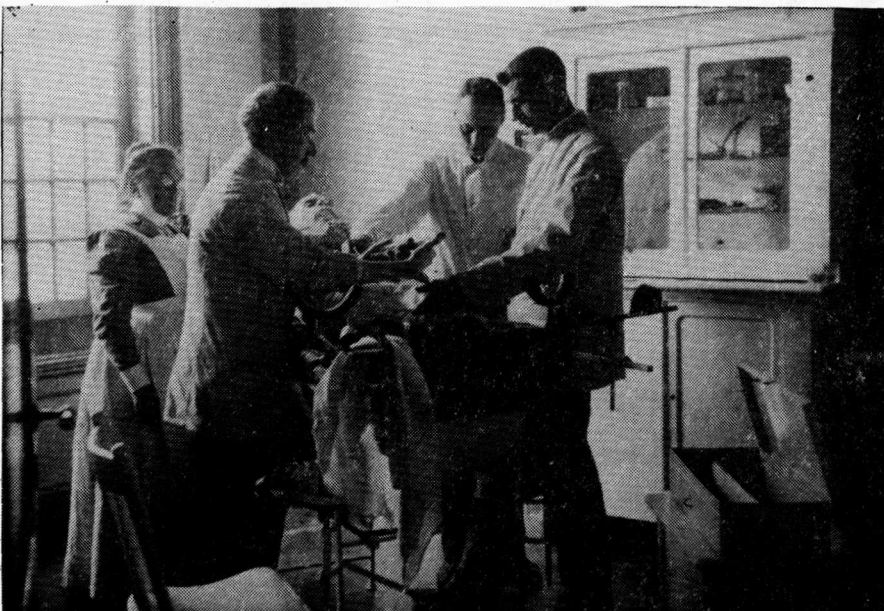
De slaapkuur. In 1922 paste de Zwitserse arts Klesi de slaapkuur toe door middel van somnifeen. Deze werd aanvankelijk aangewend bij onrustige schizofrene patiënten, later meer bij patiënten met een manisch-depressieve psychose.

Shocktherapieën. De Weense zenuwarts Sakel paste in 1934 de insuline-shocktherapie toe. In 1935 kwam de Hongaarse arts Von Meduna met de cardiazol-shockbehandeling. Vanaf 1937 werd de electro-shockbehandeling toegepast. Het waren de Italiaanse artsen Cerletti en Bini die deze behandelingsmethode ontwikkelden. Bijna al deze methoden zijn al weer in onbruik geraakt.



Shocktherapie

Operatieve behandeling. Vermeld dient ook nog te worden de operatieve behandeling van ernstige psychosen. De Portugees Egas Möniz en de Amerikanen Freeman en Watts waren pioniers met betrekking tot de ontwikkeling van de techniek der leukotomie of lobotomie.



Operatieve behandeling

Geneesmiddelentherapie. De geneesmiddelentherapie, die lange tijd aan een betrekkelijk klein aantal medicamenten gebonden was, werd in 1952 met twee belangrijke geneesmiddelen verrijkt: het chloorpromazine (largactil) en enige tijd later het reserpine (serpasil). De farmaceutische industrie ontwikkelde sindsdien een groot aantal psycho-farmaca (psycho-farmaca zijn geneesmiddelen die de psyche, de geest, kunnen beïnvloeden). Een aparte groep geneesmiddelen is die van de anti-epileptica. Ook hier zijn belangrijke vorderingen geboekt, waardoor het mogelijk is gebleken talrijke patiënten lijdend aan vallende ziekte een zodanige medicatie voor te schrijven, dat zij daardoor vrij blijven van epileptische aanvallen. Zodoende kunnen verreweg de meeste van de ongeveer 80.000 epilepsie patiënten in ons land gewoon hun werk doen en normaal functioneren.



Psychotherapie. Zoals de arts in een algemeen ziekenhuis allerlei instrumenten ter beschikking heeft, zo heeft de psychotherapeut (psychiater, klinisch psycholoog) keuze uit verschillende psychotherapeutische methoden. Zo kan hij bij gesprekstherapie een leidende (directieve) rol spelen, maar ook een meer afwachtende houding aannemen. De therapie kan ook overredend suggestief, ondersteunend of analytisch van karakter zijn.

## recentere ontwikkelingen

### Therapeutische gemeenschap.

In Engeland werd door Maxwell Jones de therapeutische gemeenschap gepropageerd. Zijn uitgangspunt was, dat geestesziekte vooral een stoornis was in de relatie tussen de mensen onderling. Daarom streefde Jones ernaar het

contact en de communicatie tussen patiënten, verplegenden en artsen vrijer en beter te maken. De rolverdeling in het ziekenhuis kwam in het geding. Om die reden werden soms sociologen ingeschakeld. In Nederland mondde het initiatief van Jones uit in wat -toch weer met een Engels woord- genoemd wordt de 'patient-staffmeeting'.

Groepspsychotherapie. Naast de individuele psychotherapie werd ook meer en meer de groepspsychotherapie toegepast, er van uitgaande dat kennisnemen van de problemen van anderen, ze met elkaar bespreken, ze naast elkaar leggen, kan leiden tot de ervaring dat ook anderen soortgelijke moeilijkheden hebben. Een dergelijke confrontatie maakt het oplossen van de problemen eenvoudiger, althans men leert er beter en adequater mee om te gaan, er mee te leven.

Actievere therapie. De reeds genoemde actievere therapie (Simon, Van der Scheer) heeft zich -sinds zijn invoering in de dertiger jaren- geleidelijk aan ontwikkeld tot een therapeutisch gebeuren met een belangrijk humaniserend effect op de van oudsher problematische toestand in de psychiatrische instituten. Mede doordat sinds 1952 verschillende psychofarmaceutische geneesmiddelen ter beschikking kwamen, openden zich nieuwe perspectieven voor een doeltreffende behandeling. Uiteraard heeft ook de psychiatrie in de laatste decennia te maken gekregen met socio-culturele invloeden, met name democratiseringsprocessen. Ook veranderden de opvattingen over arbeid en arbeidstherapie. Er kwam meer aandacht voor creativiteit en vrijetijdsbesteding. Naast en binnen de medisch-psychiatrische behandeling ontstond er een grotere aandacht voor maatschappelijke problematiek en intermenselijke relaties. De arbeids- en bezigheidstherapieën hadden zich ontwikkeld uit de reeds lang in de inrichtingen bekende werkverschaffing. Uit het knutselen, tekenen en de gymnastieklessen ontstonden respectievelijk de creatieve therapie en de bewegings- c.q. psychomotorische therapie. Daarnaast vinden we min of meer uitgebreide afdelingen voor recreatie en vormingswerk. In plaats van de oude overkoepelende benaming actievere therapie werd ook wel gesproken over activerende therapieën. Tegenwoordig geeft men er meer en meer de voorkeur aan te spreken van activiteitensector.

Het uitgangspunt dat een moderne psychiatrische behandeling binnen een instituut multidisciplinair moet zijn, impliceert dat het activiteitenprogramma afgestemd op en ingebouwd dient te zijn in het totale behandelingsbeleid. Hierbij is de inbreng -qua tijdsbesteding- van psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker en verpleegkundige groter dan voorheen.

Met de vele hierboven genoemde mogelijkheden is het arsenaal van psychiatrische hulp nog niet uitgeput. Behandeld zou nog kunnen worden de taken en functies van vrijgevestigde zenuw-artsen, crisis-interventiecentra, psychiatrische poliklinieken en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (P.A.A.Z.).

Bij alle discussie rond de psychiatrie is het van groot belang de mening van de patiënt zelf te vernemen. Een mogelijkheid daartoe ontstond in 1973. In november van dat jaar ver-

scheen namelijk het eerste nummer van de 'Gekkenkrant', bestemd voor alle mensen die in Nederland in psychiatrische instituten verblijven. De samenstellers waren van mening dat de kopij vooral van de patiënten zelf en van de werkers in de psychiatrische instituten moest komen. Als laatste wil ik in dit verband nog de cliëntenbond noemen, dat is een vereniging van patiënten en oud-patiënten.

## **literatuurlijst**

- Andel, Dr. M.A. van. "Klassiek wondermiddelen", Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, II (1922).
- Baschwitz, K. Heksen en heksenprocessen. Amsterdam, 1964.
- Beek, Dr. H.H. Waaizin in de Middeleeuwen. Haarlem, 1969.
- Breukink, Dr. H. "Overzicht van de opvattingen en behandeling in oude tijden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, I,II (1921, 1922)
- Cahn, Dr. L.A. Medemblik een episode in de Nederlandse psychiatrie 1884-1967. Wormerveer
- Deventer, S.J. van. Krankzinnigenverpleging in de eerste helft van de vorige eeuw.
- Esch, Dr. P. van der. Jacobus Ludovicus Conradus Schroeder van der Kolk, 1797- 1862. Academisch proefschrift, 1954.
- Esch, Dr. P. van der "Twee hervormers in de krankzinnigenverpleging in Nederland". Voor- drachtenreeks, XIII (1963).
- Esch, Dr. P. van der. Geschiedenis van het Staatstoezicht op krankzinnigen. Uitgave: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu- hygiëne, 1980
- Hiddema, Dr. W. Interne nota Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker. 1979.
- Jacobs, Dr. D. "Verpleegkunde en psychiatrie". Volksgezondheid, XX, 5, 1968.
- Kahn, J.F. Geschiedenis van de sociale voor- uitgang. Amsterdam, 1967.
- Kraepelin, E. Hundert Jahre Psychiatrie. Berlin, 1918.
- Kramer, F. Geschiedenis van de zorg voor gees- teszieken. Lochem, 1980.
- Kramer, F. Psychiatrische verpleegkunde. Lochem, 1974.
- lindeboom, Dr. G.A. Geschiedenis der geneeskun- de. Haarlem, 1961.
- Scheer, Dr. W.M. van der. Nieuwere inzichten in de behandeling van krankzinnigen. Groningen, 1933.
- Schut, J. Van dolhuys tot psychiatrisch cen- trum. Haarlem, 1970.

## **vervolg p.10**

- Hollingshead, A.B. en Redlich, F.C. Social Class and Mental Illness: A Community Study New Haven (Connecticut), 1968.
- Kraepelin, E. "Hundert Jahre Psychiatrie", in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 38, 1918.
- Kraus, G. Krankzinnigen in Nederland. Een sociaal-psychiatrische studie. Groningen, 1933.
- Leibbrand, W. en Wettley, A. Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopatho- logie. München, 1961.
- Meyers, J.K. en Bean, L.L. A Decade Later: A Follow-up of Social Class and Mental Illness. New Haven, (Connecticut), 1968.
- Peeters, H.F.M. Historische gedragswetenschap. Begrippen. Theorieën. Methoden. Meppel, 1978.
- Peeters, H.F.M. Mensen Veranderen. Een histo- risch- psychologische verhandeling. Meppel, 1974.
- Pomme, P. Traité des affections vaporeuses des deux sexes. Parijs, 1760.
- Raulin, J. Traité des affections vaporeuses du sexe. Parijs, 1759.
- Rosen, G. Madness in Society. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness. Londen, 1968.
- Rothman, D.J. The Discovery of the Asylum. Social and Mental Disorder in the New Repu- blic. Boston-Toronto, 1971.
- Sennet, R. The Fall of Public Man. New York, 1977.
- Siegler, M. Osmond, H. "Models of madness", in: British Journal of Psychiatry. vol. 112, no. 493, 193-203.
- Stone, L. The Family, Sex and Marriage in England 1500-1800. Londen, 1977.
- Trimbos, K. Antipsychiatrie. Een overzicht. Deventer, 1975.
- Wolf, L. Melancholie und Gesellschaft. Suhrkamp, 1972.
- ## **resterende noten p.18**
- Psychiatrie, dl. I 81871-1872) en dl. II (1877- 1881);
- Psychiatrische Bladen, dl. I (1883)- dl. XIV (1896);
- Psychiatrische en Neurologische Bladen 1 jrg. (1897) - 50 jrg. (1947);
- Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica 51 jrg. (1948)- 62 jrg. (1959);
- Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van psychiaters in dienstverband, 1959.
21. REFAJAH. Christelijk maandblad voor de verple- ging van Krankzinnigen, Idioten en Zenuwlijders 1 jrg. (1901) - 41 jrg (1941);
- "Dympha" tijdschrift van de Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor verpleging van Geestelijk Gestoorden 1 jrg. (1936) - 4 jrg. (1940);
- Deus Caritas Est. Tijdschrift van de Congregatie van de Broeders van Liefde. Gent 1jrg. 1917
22. St. Servatius, Venray; Rijks Psychiatrische Inrichting, Eindhoven; Sint Joris, Delft; Sint Bavo, Noordwijkerhout; Provinciaal Ziekenhuis, Santpoort 'Duin en Bosch', Castricum; Sint Willi- brod, Heiloo.
23. Een compleet overzicht van de museale collecties, de belangrijkste daarin aanwezige foto's, films en voorwerpen, de archieven en de bibliotheken van psychiatrische ziekenhuizen zal in april 1981 ver- schijnen.