

de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de 19e eeuw

het ontstaan van het krankzinnigengesticht j.m.w. binneveld

Dr. J.M.W. Binneveld is socioloog en wetenschappelijk medewerker van het Centrum voor Maatschappij Geschiedenis van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Het systeem van geestelijke gezondheidszorg dat wij nu kennen, stamt voor een groot deel uit de vorige eeuw. Ze is het resultaat van de veranderingen die zich vooral in de eerste helft van de negentiende eeuw in de toegeheten krankzinnigenzorg voltrokken. Deze veranderingen hadden niet in de laatste plaats betrekking op de maatschappelijke reacties op krankzinnigheid. In bijna alle westerse landen ontwikkelde zich de opvatting dat krankzinnigen moesten worden geïnterneerd in speciale instellingen waarbinnen aan hun genezing moest worden gewerkt. Eén en ander was onderdeel van een breed scala van maatschappelijke veranderingen waarbinnen de categorie van sociaal-marginalen bestaande uit onder andere armen, criminelen en krankzinnigen zorgvuldig werden opgesplitst naar de verschillende componenten met voor iedere component een systeem van voorzieningen en organisaties.

De dominante organisatievorm binnen de krankzinnigenzorg werd het krankzinnigengesticht, zijnde de voorloper van ons psychiatrische ziekenhuis. Over het ontstaan van dit gesticht handelt dit artikel. In het nu volgende gedeelte zal eerst aandacht worden besteed aan de ontwikkelingen in het buitenland. In het daaropvolgende gedeelte zal de gang van zaken in Nederland onder de loep worden genomen.

het ontstaan van het krankzinnigengesticht

Enigszins schematiserend kunnen aan de ontstaansgeschiedenis van het krankzinnigengesticht twee fasen worden onderscheiden, fasen die elkaar in tijd gezien overlappen. In de eerste fase gaat het om de totstandkoming van instellingen die wel specifiek zijn bedoeld om krankzinnigen op te sluiten, maar waarbij nog geen sprake is van therapeutische pretenties.

Allereerst werden deze organisaties gesticht om andere groepen, met name gevangenen, van de als hinderlijk ervaren aanwezigheid van gekken in hetzelfde gebouw te verlossen.⁽¹⁾ Deze tendens werd versterkt toen in de periode 1780-1840 in verschillende landen, maar vooral in Engeland de armenzorg en het systeem van strafoplegging en strafvoltrekking ingrijpend werden gewijzigd.⁽²⁾

Het werkhuis en de gevangenis werden gereorganiseerd en omgetoverd tot straf geleide,

hecht georganiseerde instellingen, waarbinnen luiaards en criminelen met harde hand geschikt werden gemaakt om te werken in manufacturen en fabrieken. Binnen dergelijke organisaties was voor de moeilijk te beheersen krankzinnigen steeds minder plaats. De krankzinnigengestichten die als uitvloeisel van de reorganisatie van het werkhuis en van de gevangenis ontstonden, hadden als hoofddoel het zo veilig en zo goedkoop mogelijk bewaren van geestesgestoorden. Het exploiteren van deze gestichten bleek een lucratieve zaak. Met name in Engeland stortten veel particulieren die de beschikking hadden over een bepaald beginkapitaal, zich vol overgave in de 'mad business'⁽³⁾

Deze eerste ontwikkelingsfase ging geleidelijk over in een tweede, waarbij het krankzinnigengesticht behalve bewaren ook een andere functie kreeg toebedeeld, namelijk die van het genezen. Het idee dat krankzinnigheid te genezen valt wordt rond 1800 in West-Europa meer algemeen, zowel onder vooraanstaande medici als onder niet-medici, die om één of andere reden met krankzinnigen te maken hadden. Experimenten toonden aan dat bij een bepaald soort behandeling veel als krankzinnig beschouwde mensen weer normaal naar de maatschappij konden terugkeren. Deze experimenteel verworven inzichten sloten goed aan bij het vigerende mensbeeld van de aan invloed winnende burgerij en het was deze categorie die in Engeland, Frankrijk en Duitsland de nodige hervormers opleverde, die met grote ijver en daadkracht de tweede fase in de ontwikkeling van het inrichtingswezen hebben ingeluid. Uitgangspunt bij dit alles was, zoals gezegd, de opvatting dat krankzinnigheid te genezen was, mits deze op een bepaalde manier werd behandeld. Deze behandeling is bekend geworden als 'moral treatment'. In hoofdzaak ging het daarbij om de volgende componenten:⁽⁴⁾

- a) afschaffing van de meest extreme vormen van lijfswang (ketens e.d.) en een gematigd gebruikmaken van mechanische middelen (dwangstoelen, voetboeien)
- b) verhoging van het comfort van de opgeslotene (betere voeding, kleding e.d.)
- c) het systematisch beïnvloeden van de krankzinnige met als doel het stimuleren van zelfcontrole. Hierin paste het laten verrichten van systematische arbeid, het geven van onderwijs en het laten bijwonen van gods-

dienst oefeningen.

Gewapend met deze nieuwe inzichten met betrekking tot de behandeling van geestesgestoorden, gingen de hervormers aan het werk. Hun aandacht richtten zij daarbij zowel op de krankzinnigen die thuis werden verzorgd, als op diegenen die in allerlei instellingen waren opgenomen. Door het toedoen van deze hervormers kwamen vele schandalen aan het licht. Deze schandalen, die veelal betrekking hadden op gevallen van grove verwaarlozing van geestesgestoorden, werden door de hervormers knap uitgebuit. Uiteindelijk resultaat van al hun acties was dat in verschillende landen overheden zich voor het probleem gingen interesseren. Deze belangstelling van de overheid kreeg op uiteenlopende wijzen gestalte. Het meest in het oog lopend was de bemoeienis met de krankzinnigenzorg via de wetgeving. In deze krankzinnigenwetten werden allerlei zaken, zoals de opname en het ontslag, de verpleging en het toezicht op de gestichten geregeld.

Van groot belang was verder dat in verschillende landen de overheid zich ook bemoeide met de capaciteit van het inrichtingswezen. De Franse krankzinnigenwet van 1838 verplichtte de departementen om voldoende plaatsruimte te creëren om tegemoet te kunnen komen aan het aanbod vanuit het eigen departement. De Engelse wet van 1845 legde ook op de counties de verplichting om zorg te dragen voor voldoende gestichtsruimte. Het gevolg van deze ontwikkeling was een sterke uitbreiding van de gestichtsaccommodatie in de periode 1830-1860, een uitbreiding die voor een belangrijk deel werd verkregen door nieuwe gestichten te bouwen. Deze uitbreiding werd mede gedragen door een sterk gevoel van optimisme met betrekking tot de genezingsmogelijkheden van krankzinnigen. In het voorafgaande is reeds gesproken over de 'moral treatment', waarmee dit optimisme nauw verwant was. Hieraan moet nog worden toegevoegd dat de voorstanders van deze nieuwe methode de behandeling bij uitstek binnen het gesticht lokaliseerden.

Willis en Tuke in Engeland, Pinel en Esquirol in Frankrijk, Reil en Roller in Duitsland, om enige hervormers te noemen, toonden zich allen voorstanders van behandeling in de gestichten. Verschillende motieven lagen aan deze opstelling ten grondslag. Een heel belangrijk motief waarmee de opsluiting werd gerechtvaardigd was de wens om de krankzinnige te isoleren van de oorzaak van de krankzinnigheid, te weten de directe omgeving van de krankzinnige. Daarnaast bood isolatie van de patiënt de beste mogelijkheden tot systematische psychische beïnvloeding. In principe kon dit gewenste isolement door ieder gesticht worden gerealiseerd, maar het meest optimaal was het toch te verwerklijken in gestichten die buiten de stad op het platteland waren gelokaliseerd. Een dergelijke situering genoot dan ook de voorkeur van veel betrokkenen. De verbanning van de geestesgestoorden naar de ruimtelijke en sociale periferie van de samenleving werd hiermee een feit. Situering op het platteland bood nog andere voordelen. Hierbij kan vooral worden gedacht aan de gelegenheid tot beoefening van landarbeid, die in de plattelandsgestichten uiteraard ruim voor handen

was. Verder werd ook door sommige medici veel waarde toegekend aan het contact met de natuur. De positieve therapeutische functies van de natuur werden vooral door de aanhangers van de zogenaamde romantische geneeskunde naar voren gebracht. De komst van het krankzinnigen-gesticht met therapeutische pretenties betekende voor deze subcategorie de voltooiing van een differentiatieproces dat binnen de heterogene groep van sociaal afhankelijkten in de beschreven periode is opgetreden. Het betekende tevens het intreden van een differentiatieproces binnen de vrij ruim gedefiniëerde groep van geestesgestoorden.(6)

Vrij algemeen werd er binnen de gestichten onderscheid gemaakt naar sexe en naar maatschappelijke stand. Soms gaven beide criteria aanleiding tot het ontstaan van specifieke inrichtingen bedoeld voor één sexe of één bepaalde stand. Minder universeel waren de onderscheiden naar aard en graad van de ziekteverschijnselen. In Frankrijk werd in navolging van Pinel en Esquirol een gestichtstype ontwikkeld waarin niet alleen onderscheid werd gemaakt tussen geneslijken en ongeneslijken, maar waarin bovendien aparte afdelingen werden gecreëerd voor verschillende diagnostische categorieën, zoals idiotie, melancholie, monomanie en dergelijke. In Engeland waar de 'moral treatment' het meest systematisch werd uitgewerkt, ontstond een gestichtstype waarin vooral de verdeling van de bewoners naar mate van beheersbaarheid (rustig, half-rustig, onrustig) centraal stond. In de praktijk stuitte het invoeren van deze interne differentiatie nogal eens op bezwaren. Vooral die situatie waarin krankzinnigengestichten werden ondergebracht in gebouwen die voor een geheel ander doel waren neergezet, deden deze bezwaren zich voor. Het laatste verschijnsel was kenmerkend voor de gang van zaken in Nederland, waarover meer in de volgende paragraaf.

de nederlandse krankzinnigengestichten

De hierboven beschreven ontwikkelingen in een aantal Europese landen hebben ons land niet onberoerd gelaten. De 'moral treatment' werd als morele behandeling in toenemende mate geïntroduceerd en ook aan de internering werd een essentiële betekenis toegekend. Door de eerste krankzinnigenwet van 1841 werd een snelle opname mogelijk gemaakt.

De ontwikkeling van het krankzinnigengesticht verliep in Nederland echter langs andere lijnen. Drie opvallende karakteristieken laten zich daarbij in het Nederlandse systeem aanzien:(7)

- a) de reorganisatie van het inrichtingswezen vond plaats zonder dat er daarbij sprake was van nieuwbouw van gestichten. De enige uitzondering vormde het provinciaal gesticht Meerenberg in Santpoort. In plaats van nieuwbouw was er sprake van renovatie van de oude gestichten die zoveel mogelijk naar de eisen der tijd werden ingericht. De niet meer voor renovatie geschikt geachte gebouwen werden gesloopt. Het aantal gestichten nam als gevolg hiervan sterk af. In 1825 waren er in de noordelijke Nederlanden

35 inrichtingen, in 1842 bij het totstandkomen van inspectie, was dit teruggelopen tot 31 en in 1850 waren er nog 17 inrichtingen over. Dit geringere aantal gestichten moest aan een beduidend groter aantal krankzinnigen onderdak verlenen.

- b) De renovatie had vooral betrekking op de oude stadsgestichten. Dit betekende dat, in tegenstelling tot de gang van zaken elders, hier de krankzinnigen in de steden bleven. In ons land werden wel pogingen in het werk gesteld om een deel van het verarmde stadsproletariaat naar het platteland te exporteren. De in 1818 opgerichte Maatschappij van Weldadigheid heeft zich hiervoor jarenlang ingezet.
- c) De reorganisatie betekende in bestuurlijk opzicht vooral dat aan de oude regentencolleges nieuw leven werd ingeblazen. Aan deze colleges werden zeer vergaande bevoegdheden toegekend. De organisatorische positie die aan de met de behandeling belaste medici werd toegekend was marginaal. De meeste geneesheren waren op part-time basis aan gestichten verbonden en stonden onder streng toezicht van de regenten.

In combinatie met elkaar tonen deze karakteristieken aan, dat de reorganisatie van het inrichtingswezen in Nederland beperkt van opzet was. Het omvangrijke netwerk van kleinstedelijke organisaties, waarvan sommigen het bewaren van dollen als hoofdfunctie en anderen als nevenfunctie vervulden, werd gesaneerd. In de plaats daarvan kwam een wat minder omvangrijk netwerk van eveneens stedelijke organisaties, waar men zich uitsluitend met het bewaren of het genezen van krankzinnigen bezighield.

Het beperkte karakter van de hervorming bleef niet zonder gevolgen. Om te beginnen bleek het moeilijk om de morele behandeling overal door te voeren. Vooral de mogelijkheden om de patiënten systematisch zinvolle arbeid te laten verrichten waren beperkt. Dit was met name het geval in die situaties waar geprobeerd werd de geïnterneerden hun oude beroep uit te oefenen, hetgeen betekende dat er ook de nodige ruimte moest worden gevonden om werkplaatsen in te richten. De mogelijkheden hiertoe waren in de stadsgestichten zeer beperkt. In de praktijk werden veel mensen dan ook beziggehouden met werkzaamheden als houtzagen en touwpluizen of, indien niet genoeg van dit soort werkzaamheden voorhanden waren, met militaire exercities.(8)

De opgelapte gestichten boden dus al onvoldoende mogelijkheden om de 'moral treatment' van rond 1800 in de praktijk te brengen en het zal dan ook nauwelijks verbazing wekken dat de systematische uitwerking van de 'moral treatment', zoals die in Engeland in de jaren 1830 en 1840 plaatsvond, in Nederland weinig navolging had. Deze uitwerking impliceerde ondermeer een volledig afzien van alle mechanische dwangmiddelen en een zeer intensieve begeleiding van de patiënten door het personeel. Een en ander stelde eisen aan de classificatie van patiënten en mede daardoor aan de materiële outillage van het gesticht.(9) De meeste Nederlandse gestichten met hun onover-

zichtelijke, chaotische inrichting, waren hiervoor volkomen ongeschikt. De ligging van de gestichten in de oude, ongezonde stadscentra en de ondoelmatige inwendige structuur van de gebouwen waren ook niet bevorderlijk voor de gezondheidstoestand van de bewoners. Besmettelijke ziekten kwamen met grote regelmaat voor en de sterftecijfers waren hoog.(10)

De reorganisatie van het inrichtingswezen, zoals dat in de realiteit haar beslag had gekregen, stond in scherp contrast met de vaak zeer vergaande vernieuwingsplannen die eerder waren opgesteld. Vooral het departement van Binnenlandse Zaken, of beter gezegd de afdeling Armenzorg en Gevangenen van dit departement, was in dit opzicht erg actief.(11)

De vernieuwingsplannen waren gebaseerd op onderzoek naar het aantal krankzinnigen en naar de wijze van hun verzorging, zowel in de zuidelijke als in de noordelijke Nederlanden. Dit onderzoek toonde aan dat het met de verzorging zeer slecht gesteld was. De Staatsraad-Administrateur P.I. de Beije, die over het onderzoek in 1826 rapporteerde, was bovendien van mening dat het zinloos was om te streven naar het aanbrengen van beperkte verbeteringen in het systeem. In het rapport werden dan ook radicale hervormingsvoorstellen gedaan. Deze voorstellen impliceerden ondermeer de onteigening van fondsen en bezittingen van plaatselijke gestichten en de oprichting van nieuwe rijksgestichten. Een ontwerp voor een dergelijk gesticht werd in opdracht van de afdeling Armenzorg gemaakt. De activiteiten van de genoemde afdeling van Binnenlandse Zaken beperkte zich niet alleen tot de krankzinnigenzorg. De zojuist besproken hervormingsplannen waren onderdeel van een departementale politiek gericht op rationalisering en modernisering van het sociaal-politieke bestel. Zuid-Nederland was op dit terrein verder ontwikkeld dan Noord-Nederland en de situatie in het zuiden diende de verschillende ambtenaren, waaronder De Beije, als voorbeeld. Voor wat betreft het totaalpakket aan reorganisatieplannen dat door het departement is ontwikkeld kan worden gezegd dat de veranderingsvoorstellen nog het meest effectief zijn geweest binnen het gevangeniswezen. In 1821 leidden deze voorstellen tot de afkondiging van een koninklijk besluit: "Houdende de organisatie der gevangenen, benevens vaststelling en invoering ener staat, betreffende de voeding, kleding en liggingstukken der gevangenen".(12)

Het is niet zo verwonderlijk dat de reorganisatievoorstellen in deze sector althans gedeeltelijk aansloegen. In de Franse tijd waren namelijk veel gebouwen waarin gevangenen waren ondergebracht, in het eigendom van de staat overgebracht waardoor de centrale overheid dus reeds een zekere greep op het systeem had gekregen. Daar komt bij dat koopman-koning Willem I zeer geïnteresseerd was in de mogelijkheden tot exploitatie van de arbeid der gevangenen. Mede door zijn toedoen werden de grote gevangenen getransformeerd tot gevangenisfabrieken waar goederen voor het leger en voor de marine werden geproduceerd.(13) Voor de krankzinnigenzorg lag de situatie geheel anders. Van een reorganisatie hier zou veel minder financieel profijt te verwachten

zijn. Het tegendeel was eerder het geval. Een ingrijpende hervorming zou veel geld uit de staatskas vergen. De slechte situatie waarin de staatsfinanciën onder Willem I verkeerden maakten de realisatiekansen van de plannen van Binnenlandse Zaken niet erg groot. Uitvoering van deze plannen stuitte bovendien nog op een heel ander probleem, en wel een probleem van bestuurskundige aard. Nederland kende, zo moeten we ons realiseren, pas sinds de Bataafse tijd een overheidsgezag. Het gehele uit de zeventiende en achttiende eeuw daterende sociaal-politieke bestel was in ons land gedecentraliseerd van opzet. Lokale stedelijke besturen en kerkelijke diaconiën beheerden het hele netwerk van tuchthuizen, armenhuizen, weeshuizen en krankzinnigengestichten. Het onder centraal beheer krijgen van dit systeem was een te grote opgave voor het zo recent tot stand gekomen bureaucratisch apparaat van de centrale overheid dat zelf op geen enkele traditie kon bogen maar dat zich wel moest keren tegen een systeem dat al meer dan twee eeuwen functioneerde. Ook koning Willem I heersend als 'verlicht despoot' kon en wilde hier niet doorheen breken. In 1829 wees hij de radicale voorstellen van zijn ambtenaren definitief af. Het uitbreken van de moeilijkheden met de Zuidelijke Nederlanden in 1830 maakte dat de hele problematiek tijdelijk uit het aandachtsveld van de centrale overheid verdween.

In deze situatie vond het beroemd geworden optreden van Schroeder van der Kolk in Utrecht plaats. Deze als regent aan een krankzinnigengesticht aldaar verbonden hoogleraar slaagde erin belangrijke verbeteringen binnen het gesticht te introduceren. Dit initiatief werd opgemerkt door de ambtenaar van Binnenlandse Zaken Feith die het ter kennis van Willem I bracht. De koning nodigde Schroeder van der Kolk uit om advies uit te brengen over de mogelijkheid om veranderingen ten goede binnen de krankzinnigenzorg te kunnen aanbrengen. Het resultaat van deze adviesaanvraag was dat Schroeder van der Kolk op papier zette hoe naar zijn mening tegen geringe kosten doelmatige gestichten konden worden gecreëerd. Zijn ervaringen in Utrecht dienden hem daarbij tot voorbeeld. (14) Dit document werd door de minister van Binnenlandse Zaken vergezeld van een ministerieel schrijven rondgestuurd naar de Gedeputeerde Staten van de verschillende provincies. In dit schrijven werd enerzijds de wenselijkheid van de oprichting van nieuwe provinciale gestichten naar voren gebracht, maar werd anderzijds ook uiteengezet hoe de bestaande stedelijke gestichten naar het Utrechtse voorbeeld konden worden gerenoveerd. Deze laatste mogelijkheid werd door het overgrote deel van de provincies aangegrepen. De daadwerkelijke reorganisatie kon nu beginnen. Dat de uitkomst van dit reorganisatieproces bescheiden zou zijn lag echter van tevoren al vast.

noten

- 1) Zie hiervoor met name: M. Foucault, Geschiedenis van de Waanzin in de Zeventiende en Achttiende Eeuw, Meppel, 1975, p. 198 e.v.
- 2) A.T. Scull, Museums of Madness, The social organization of insanity in the 19th century England, Londen, 1979
- 3) W. Parry-Jones, The trade in lunacy, A study of private madness in England in the eighteenth and nineteenth century, Londen/Toronto, 1972
- 4) Voor een uiteenzetting over de 'moral treatment' zie: Samuel Tuke, Description of the retreat, 1813, Reprint, Londen, 1964
- 5) M. Schrenk, Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie, Isolierung und Idylle als "Therapeutik der Seelenstörungen", Nervenarzt 38/1967, p.479-187
- 6) J.D.Thompson, Grace Goldin, The hospital, a social and architectural history, New Haven/Londen, 1975, p.54-78
- 7) Zie verder: J.W.W. binneveld, M.J. van Lieburg, Psychiatric reform in the Netherlands in the 19th century, mededelingen nr.7 Centrum voor Maatschappijgeschiedenis.
- 8) idem.: "De ontwikkeling van de psychiatrische therapie in het Rotterdamse krankzinnigengesticht 1800/1861" in: Tijdschrift Gesch., Gen., Natuurwetensch., Wisk., Techniek, nr.(1) 1978, p.95-115
- 9) Dit thema is goed uitgewerkt in: J.Conolly, The construction and government of lunatic asylums and hospitals for the insane, Londen, 1847
- 10) Zie bijvoorbeeld: D.H.Tuke, "The asylums of Holland, their past and present condition," in: The journal of Psychological Medicine and Mental Pathology, vol.vii, 1854, p.464-465
- 11) Veel feitelijke informatie in: P.van der Esch, Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen, deel I, z.p.z.j., p.12-19
- 12) A.Hallema, Geschiedenis van het Gevangeniswezen, Hoofdzakelijk in Nederland, Den Haag, 1958, p.220
- 13) Hallema, a.w.p. 207, e.v.
- 14) De ministeriële circulaire en de Schets van Schroeder van der Kolk in: J. van den Honert, Geschiedenis en Beginzelen der Nederlandsche Wetgeving Betrekkende de Gestichten voor Krankzinnigen en de Wijze hunner Opneming in en Ontslag uit Derzelve, Amsterdam, 1841