

HET GEMATIGDE KARAKTER  
VAN NEDERLANDSE VER-  
NIEUWING. EEN TEKORTKO-  
MING, OF EEN KANS?

Een kijk op de internationale veranderingen in de  
psychiatrie én de positie van Nederland binnen deze  
veranderingen tussen 1800-1849.

Pien Vermunt  
S4299116  
Bachelorscriptie

Dr. O.W.A. Boonstra  
28-06-2016

# Inhoud

1: De geschiedenis van het omgaan met krankzinnigheid.....	3
2: De opkomst van de moral treatment.....	6
3: Kritiek op Foucault's 'grote opsluiting' en een andere kijk op de rol van Pinel .....	10
4: Nederland ten tijden van internationale verandering .....	13
4.1 De eerste krankzinnigenwet.....	13
4.2 Een andere kant van de psychiatrie .....	15
5: De positie van Nederland in een periode van veranderingen .....	21
5.1 Institutionele veranderingen in Nederland .....	21
5.2: Het decentrale karakter van Nederland.....	24
6: Samenvatting en conclusie.....	27
Literatuurlijst .....	28

In juli 1974 ontruimde Nederlandse politieagenten Dennendal na een langdurend conflict.<sup>1</sup> Na een ongeval in de inrichting werd, zowel door de media als de politiek, de aandacht gericht op de vrijheden die gegeven werden aan de patiënten en de chaos die daar kennelijk door gestimuleerd werd. Besturen van verschillende andere inrichtingen en commissies die vanuit de politiek waren opgericht, waren het niet eens met deze manier van werken. Carel Muller, de psychologisch directeur van de inrichting, bleef volhouden dat dit de beste manier was om met de patiënten om te gaan. Dit was namelijk de meest humane manier. Dit conflict escaleerde in de jaren '70 enorm, maar dit was niet de eerste keer dat deze discussie publiekelijk aan bod kwam. Rond 1800 was er een internationale omslag te zien in het denken over geesteszieken. Ook toen werd er de nadruk gelegd op de gelijkheid en de menselijkheid van patiënten. Verder werd er toen ook gezocht naar mogelijke verbeteringen van de behandeling van deze geesteszieken en de omstandigheden in de gestichten.

In dit onderzoek zal er gekeken worden naar het internationaal veranderende beeld van geesteszieken als patiënten, in de periode 1800 tot 1849. Verder zal er gekeken worden naar de invloed die deze transformatie had op de Nederlandse samenleving, de politiek en het omgaan met geesteszieken in Nederland. Om deze overgang goed te begrijpen, is het belangrijk om eerst een duidelijk beeld te hebben van de algemene geschiedenis van het omgaan met geesteszieken en de context waarin deze internationale veranderingen plaatsvonden. Om Nederland als casus beter te begrijpen, zal er hierna gekeken worden naar de specifieke context binnen Nederland. Verder kan dan onderzocht worden in hoeverre de invloed van de internationale veranderingen voelbaar was in Nederland, en hoe hier in Nederland mee is omgegaan. Ten slotte zal nog aandacht besteed worden aan hoe de casus van Nederland in de internationale context past, en in hoeverre gedachtes en behandelingen in Nederland zijn aangepast.

---

<sup>1</sup> Het Programma 'andere tijden' heeft hier recentelijk nog een aflevering aan besteed.  
<http://www.npogeschiedenis.nl/andere-tijden/afleveringen/2002-2003/Dennendal.html>

## 1: De geschiedenis van het omgaan met krankzinnigheid

In de middeleeuwen wist men niet veel af van geestelijke ziektes of ‘gekken’. Men kon, zoals erg vaak het geval is bij mentale problemen, geen duidelijke fysieke symptomen zien en geen enkel medicijn leek te helpen tegen deze kwalen. Hierdoor werd het bepalen van een behandeling erg moeilijk. Aangezien doctoren of andere mensen met een medische achtergrond niet veel konden doen voor de behandeling van deze gekken, richtten mensen hun blik op het geloof, dat in die periode een belangrijk onderdeel van het leven was.<sup>2</sup> De kracht van het geloof ligt namelijk vooral in het verklaren van dingen die niet op andere manieren te verklaren vallen. Misschien was de gek wel bezeten door de duivel, of was het een straf van God.<sup>3</sup> Deze zinnelozen werden dan ook niet aansprakelijk gesteld voor hun gedrag, want als ze bezeten of anders onredelijk waren, dan was dat niet iets waar deze mensen zelf iets aan konden doen. Mogelijk was het een straf opgelegd door God zelf. In dat geval was de gek al gestraft en was er dus geen reden voor anderen om nog een oordeel te vellen, aangezien dat door God al gedaan was. Als deze gekken dan echt ‘razend’ werden en anderen gingen verwonden, werden ze opgesloten om verdere chaos te voorkomen.<sup>4</sup>

Rond 1400 werden er internationaal al veel instellingen opgericht om gekken op te vangen.<sup>5</sup> Deze algemene verandering had mogelijk te maken met opkomende urbanisatie en de macht van de staat.<sup>6</sup> Door de opkomende urbanisatie trokken steeds meer mensen van het platteland naar de steden. Hierdoor werden de steden steeds drukker. Door deze opkomende drukte, was er meer behoefte aan orde en goede organisatie vanuit het stadsbestuur (en later ook vanuit de nationale overheid). Deze toenemende behoefte aan orde en controle zorgde ervoor dat ongewenste elementen steeds sneller en in grotere getalen uit de samenleving werden verwijderd. In landen zoals Spanje werd in deze periode veel geïnvesteerd in instellingen waar gekken werden opgevangen. Hier waren een aantal instellingen die allemaal rond de vijftig mensen konden huisvesten. Hier werd er dus meer aandacht besteed aan de krankzinnigen en hoe er met deze krankzinnigen omgegaan moest worden. Het is hierbij belangrijk om duidelijk te maken dat dit niet betekende dat er verzorging en behandeling was. Er werd meer geld vrijgemaakt om krankzinnigen op te sluiten en dus uit de samenleving te

---

<sup>2</sup> A.C.M. Kappelhof, *Reinier van Arkel 1442-1992. De geschiedenis van het oudste psychiatrische ziekenhuis van Nederland* (’s-Hertogenbosch, 1992), 10-11.

<sup>3</sup> F. Kramer, ‘De geneeskundige behandeling en de verpleging van geesteszieken van de middeleeuwen tot heden’, *Groniek* 71 (1981), 29.

<sup>4</sup> Martje aan de Kerk, ‘Verstoten of verzorgd. Patronen van opname en ontslag in het Amsterdamse Dolhuis, 1640-1780’, *Skript Historisch Tijdschrift* 33 (2014), 9.

<sup>5</sup> Kappelhof, *Reinier van Arkel*, 13.

<sup>6</sup> Aan de kerk, ‘Verstoten of verzorgd’, 6.

verwijderen. Meestal ging het in Nederland om kleine huizen die rond de vijf tot acht van deze ongewenste mensen konden huisvesten. Vele krankzinnigen werden nog thuis verzorgd door familie, waardoor de vraag naar inrichtingen in Nederland nog niet zo groot was. De organisatie van inrichtingen in Nederland bleef hierdoor redelijk kleinschalig.

Rond 1450-1500 begon de interesse voor het maatschappelijk nut van mensen in de samenleving te groeien. Het werd al snel duidelijk dat er vele groepen waren die eigenlijk helemaal niet zo veel bijdroegen aan de gemeenschap. Men komt dan tot de conclusie dat het niet alleen beter zou zijn voor de samenleving, maar ook voor deze groepen zelf, als ze verwijderd zouden worden uit de samenleving. De samenleving zou dan niet meer belemmerd worden in economische, politieke en sociale zin, maar deze ongewilde mensen zelf zouden dan ook weten dat ze geen probleem meer waren en dat ze andere burgers niet langer in de weg zaten. Men kwam hierdoor tot de conclusie dat het voor iedereen beter was, als alle gekken (samen met prostituees, bedelaars en andere ‘onmaatschappelijke’ mensen) opgesloten werden.<sup>7</sup> Door deze ontwikkeling in de samenleving, is te zien dat rond 1500 in Nederland de eerste dolhuizen opgericht werden.<sup>8</sup> Dit waren huizen die speciaal opgericht werden, om de gekken ergens onder te kunnen brengen.

Rond 1500 is te zien, zoals al eerder aangehaald, dat er een toename is van de staatsmacht.<sup>9</sup> De overheid kreeg meer mogelijkheden en opties om ongewenste elementen uit de samenleving te verwijderen. De dolhuizen zijn hier een goed voorbeeld van, aangezien die gebruikt werden om ongewenste individuen uit de samenleving te halen en hier op te sluiten. Aan de andere kant, is in deze periode ook te zien dat de gestichten en dolhuizen het moeilijker beginnen te krijgen. Dit had te maken met de grote toestroom van gekken die in gestichten geplaatst moesten worden.<sup>10</sup> Zoals eerder gezegd, waren de dolhuizen pas redelijk recent opgericht. Helaas was er niet gerekend op de grote hoeveelheden patiënten die opgenomen moesten worden. Toen de dolhuizen werden opgericht zagen vele mensen de kans om hun familielid in zo’n inrichting te dumpen, aangezien het verzorgen van een familielid ook erg kon drukken op de financiën van een gezin. Hierdoor bleek de vraag naar plekken in inrichtingen ineens veel groter te zijn dan eerst gedacht. De dolhuizen, die pas opgericht waren, bleken al meteen te klein te zijn. Bij ieder gesticht was er gerekend op een maximaal aantal gekken die daar gehuisvest konden worden. Dit had niet alleen te maken met de

---

<sup>7</sup> Kappelhof, *Reinier van Arkel*, 14.

<sup>8</sup> F. Kramer, ‘De geneeskundige behandeling’, 29.

<sup>9</sup> Aan de kerk, ‘Verstoten of verzorgd’, 6.

<sup>10</sup> *Ibid*, 9.

financiën van deze gestichten, maar ook met de fysieke ruimte die beschikbaar was om deze gekken in onder te brengen. Doordat er vanuit de samenleving een steeds grotere vraag ontstond om gekken op te sluiten in dit soort gestichten, kwamen de bestaande gestichten steeds meer onder druk te staan. Krankzinnigen werden in steeds kleinere hokken geplaatst, of zelfs met meerderen in een kleine kamer gehuisvest. Bovendien moesten familie en vrienden nu kostgeld gaan betalen voor de ‘behandeling’, aangezien gestichten te veel mensen moesten verzorgen en niet alles meer zelf op konden brengen.<sup>11</sup> Dit kostgeld werd soms in geld en soms in natura (roggenbrood, vee etc.) betaald.

Pas in het midden van de 17<sup>e</sup> eeuw werden krankzinnigen ook echt behandeld.<sup>12</sup> Helaas waren deze behandelingen niet de soort behandelingen die deze mensen nodig hadden. De behandelingen bestonden meestal uit praktijken om de geesteszieken rustiger te krijgen. Zo werd er vaak gebruik gemaakt van aderlatingen en hongerkuren. Dit waren manieren om patiënten fysiek zwakker te maken. Als deze geen effect leken te hebben, werden er dwangmiddelen gebruikt om de krankzinnigen onder controle te krijgen. Deze behandelingen gingen dus niet om de patiënt of de ziekte zelf, maar alleen maar over het behouden van controle in de overvolle gestichten. Hierdoor waren de gestichten meer ‘bewaringsplaatsen’ dan instellingen waar patiënten echt behandeld werden.<sup>13</sup> De gekken zaten opgesloten in kooien, kregen weinig voedsel en werden vaak hardhandig behandeld.<sup>14</sup> Al met al waren de gestichten dus niet plekken die bevorderlijk waren voor de genezing van deze gekken.

Rond de 17<sup>e</sup> en 18<sup>e</sup> eeuw is er in Engeland nog een andere ontwikkeling te zien, namelijk die van de private ‘mad houses’.<sup>15</sup> Er kwamen vele particuliere gestichten op, waar familie en vrienden tegen betaling mensen konden laten opnemen. Deze gestichten stonden helemaal los van de nationale en lokale overheid. Dit systeem was erg winstgevend, en breidde zich daarom over heel Engeland uit.

---

<sup>11</sup> Kappelhof, *Reinier van Arkel*, 32-39.

<sup>12</sup> F.Kramer, ‘De geneeskundige behandeling’, 30.

<sup>13</sup> Aan de Kerk, ‘Verstoten of Verzorgd’, 10.

<sup>14</sup> Kappelhof, *Reinier van Arkel*, 42.

<sup>15</sup> Elwin Hofman, ‘De schaduw van Foucault. Over de opsluiting van krankzinnigen in de achttiende eeuw’, *De uil van Minerva* 25, (2012), 139.

## 2: De opkomst van de moral treatment

Zoals eerder al is aangegeven, waren de omstandigheden in deze gestichten vreselijk. Het wonen of verblijven in zo'n gesticht ontnam de bewoners hun menselijke waardigheid. In de tweede helft van de achttiende eeuw raken in Europa steeds meer doctoren, wetenschappers en filosofen geïnteresseerd in deze omstandigheden in gestichten en het leven van de mensen die daar moesten wonen. Er ontstaat een debat over de leefomstandigheden en de gekken in het algemeen. Hier zal gekeken worden naar drie mannen die verschillende fases van deze veranderingen naar voren brengen.

William Battie was een bekende Engelse dokter en president van 'The Royal College of Physicians'. In 1758 schreef hij zijn werk 'Treatise on madness', waarmee hij duidelijke kritiek geeft op de omstandigheden in gestichten.<sup>16</sup> Battie stelde dat de conservatieve leidinggevendenden in de Engelse gestichten een slechte en bijna barbaarse behandeling voorschreven aan de patiënten. Hij stelde dat er beter gekeken moest worden naar de basisbehoefte van de patiënten, zoals goede hygiëne, frisse lucht en afleiding door middel van dagbesteding. Hoewel Battie er wel nog vanuit ging dat de meeste ziektes van gekheid te maken hadden met disfuncties in de hersenen, en niet zozeer met mentale problemen, is het te zien dat hij wel inzag dat betere omstandigheden voor patiënten belangrijk waren.<sup>17</sup> De behandelingen die hij voorschreef waren nog steeds vooral gericht op het behandelen van fysieke problemen. Zo waren medicatie en operaties aan de orde van de dag. Toch lijkt het dat Battie daarnaast meer oog had voor de mentale gesteldheid van patiënten. Hij zag in dat goede omstandigheden en contact met mensen veel hielp bij de behandelingen. Ondanks dat Battie nog wel vooral keek naar fysieke problemen en afwijkingen, is hier wel al het begin te zien van een gedragsverandering. Bovendien was Battie verder nog bezig met het zorgen voor een goede opleiding voor medisch personeel. Zijn doel was dat goed opgeleide zusters en doktoren beter bij konden dragen aan de zorg van patiënten, zonder de waardigheid van de patiënten te ontnemen.<sup>18</sup>

Waar Battie nog redelijk vasthield aan de oudere tradities, besloot de Fransman Pinel een andere weg in te slaan. Philippe Pinel wordt vandaag de dag nog steeds gezien als een van de eerste personen die zich actief bezighield met het verbeteren van inrichtingen en de

---

<sup>16</sup> Ida Macalpine en Richard Hunter, 'The 'insanity' of King George III: a classic case of porphyria', *British Medical Journal* 1 (1966),66-67.

<sup>17</sup> Macalpine en Hunter, 'The 'insanity'', 66-67.

<sup>18</sup> P. van der Esch, 'De staatszorg en de wetgeving met betrekking tot de krankzinnigen, in het bijzonder in de provincie Groningen', *Groniek* 71 (1981), 41.

behandelingen van patiënten.<sup>19</sup> In de meeste werken over de geschiedenis van psychiatrie, wat het onderwerp dan verder ook is, wordt Pinel aangehaald als de grondlegger van verandering. Er wordt dan kort gesproken over zijn ideeën van vrijheid voor de behandeling van geesteszieken, waarna de auteur verder gaat over het eigenlijke onderwerp van het werk. Om te snappen waar Pinel voor stond en waarom hij gezien wordt als zo belangrijk voor de veranderingen in deze periode, moet er eerst gekeken worden naar een andere belangrijke verandering, filosofisch van aard. Het gaat hierbij om een opkomend debat over de geest.

Rond de eeuwwisseling was de wetenschap van de medische psychiatrie al een stuk verder ontwikkeld dan in de decennia daarvoor. Er ontstonden meer en meer theorieën, behandelmethoden en medicijnen. Er werd steeds meer gedacht dat geesteszieken patiënten waren die leden aan een ziekte. Verder raakten steeds meer wetenschappers er van overtuigd dat de oorzaak van deze ziektes in de hersenen te vinden waren. Men begon bijvoorbeeld onderzoek te doen naar vervormingen van de schedel als mogelijke oorzaak van krankzinnigheid.<sup>20</sup> Anderen dachten dat het meer te maken had met chemische processen in de hersenen die afweken. De neurologie werd hierdoor een interessante nieuwe wetenschap die nog maar in de kinderschoenen stond. Dit alles zorgde voor een steeds vastere basis voor medische psychiatrie als wetenschap, iets waar vele psychiaters en doktoren erg blij mee waren.<sup>21</sup> In deze periode ging Pinel juist kijken naar de meer psychologische kant van de psychiatrie. Waar andere doktoren vooral bezig waren met neurologische ontdekkingen of nieuwe medicatie, dacht Pinel na over het verschil tussen disfuncties in de hersenen en mentale problemen. Hij kwam tot de conclusie dat er een verschil zat tussen de hersenen en de mentale gesteldheid van mensen. Hij stelde dat de geesteszieken inderdaad ziek waren, maar dat de oorzaak van deze ziekte niet gevonden kon worden in de hersenen. Volgens hem was de ziekte psychologische van aard, hetgeen betekende dat de behandeling dus ook van een psychologische aard moest zijn.<sup>22</sup> Dit idee werd snel bekend als ‘the moral treatment’. Een eeuw later zou Freud Pinel’s ideeën verder uitwerken en gebruiken voor zijn Cartaans dualisme.<sup>23</sup> Freud kwam met het idee dat het menselijk lichaam en de menselijke geest los van elkaar stonden. Pinel was dus een voorloper geweest van dit model, en had zijn ideeën over lichaam en geest specifiek toegepast op de psychiatrie en de behandelingen van

---

<sup>19</sup> Van der Esch, ‘De staatszorg’, 41.

<sup>20</sup> William Bynum, ‘The rationales for therapy in British psychiatry 1780-1835’, *Medical history* 18 (1964), 317.

<sup>21</sup> Bynum, ‘Rationales for therapy’, 324.

<sup>22</sup> *Ibid*, 322.

<sup>23</sup> *Ibid*, 318.



patiënten. Zo probeerde hij de medische psychiatrie een meer psychologische wending te geven.

Deze ideeën gingen in tegen de aard van de psychiatrische wetenschap. Aangezien daar alles ging over medicatie, lijfstraffen en neurologie. Er waren wel doktoren die inzagen dat Pinel's ideeën wetenschappelijker waren dan in eerste instantie gedacht werd, maar de meeste doktoren accepteerde zijn 'psychologische wending' niet, aangezien dit een aantasting was van hun eigen belangen.<sup>24</sup> Doktoren en medici waren lang bezig geweest om meer invloed te krijgen in de behandeling en verzorging van geesteszieken, en dit had langzaam effect. Zo verkregen steeds meer doktoren invloedrijke posities binnen gestichten en konden ze meer inbrengen over de omstandigheden van patiënten en de te gebruiken behandelingen. De nieuwe ideeën van Pinel stelde juist dat doktoren en medici helemaal niet geschikt waren om meer invloed te krijgen bij de gestichten. Pinel stelde dat deze medische psychiaters veel te veel nadruk legde op de fysieke aandoeningen die bijeffecten waren van de eigenlijke ziekte. Voor een goede behandeling moest men niet kijken naar lijfstraffen of medicatie. Men moest juist proberen om de patiënten mentaal te manipuleren, om zo langzaam tot de kern van de ziekte te komen. Door Pinel's ideeën ontstond er een debat over de competenties van psychiaters en doktoren voor het leiden van een psychiatrische instelling.<sup>25</sup>

Ook al waren de meeste psychiaters en doktoren het niet met Pinel eens, toch had Pinel wel invloed op belangrijke mensen die buiten de medische wetenschap stonden. In Engeland volgde Tuke Pinel's ideeën over de behandeling van geesteszieken.<sup>26</sup> in 1796 werd The York Retreat opgericht door William Tuke. Tuke was een Quaker en wilde zijn religieuze overtuigingen omzetten in een instelling waar mensen geholpen zouden worden.<sup>27</sup> Ondanks dat de oorzaak van zijn handelen zeer anders was dan die van Pinel, aangezien het hier vooral gaat over een religieuze reden, is te zien dat beide mannen toch naar hetzelfde streefden. Tuke was er van overtuigd dat de zieken niet geholpen werden door middel van angst en medicatie. Vanuit zijn religie kwam hij met het idee dat de zieken behandeld moesten worden met rust, dagelijkse activiteiten en menselijke vriendelijkheid.<sup>28</sup> Helaas was dit alles in de eerste jaren van de instelling niet altijd mogelijk. De ideeën van Tuke botsten met de ideeën van doktoren, op dezelfde manier dat dit gebeurde bij Pinel zelf. Hierdoor was er nogal eens wat conflict en wrijving binnen de instelling. In de jaren na de oprichting ontstond er langzaam aan een

---

<sup>24</sup> Bynum, 'Rationales for therapy', 324.

<sup>25</sup> Ibid, 325.

<sup>26</sup> F.Kramer, 'De geneeskundige behandeling', 31.

<sup>27</sup> Louis Charland, 'Benevolent theory: moral treatment at the York retreat', *History of psychiatry* 18 (2007), 64.

<sup>28</sup> Ibid, 64.

steeds concretere behandelmethodes. In de dagelijkse bezigheden zoals kunst, en contacten met dieren op de boerderij, zagen de verzorgers dat deze patiënten emoties konden voelen en duidelijk menselijk waren.<sup>29</sup> Later werd vanuit de instelling geprobeerd om wetenschappelijk aan te kunnen tonen dat dit een betere manier van behandelen was. Alle verzorgers hier waren, net als Pinel, strikt tegen de ‘fysieke behandeling’ door middel van geweld, angst en medicatie.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Charland, ‘Benevolent theory’, 66.

<sup>30</sup> Ibid, 68-69.

### 3: Kritiek op Foucault's 'grote opsluiting' en een andere kijk op de rol van Pinel

Het grootste gedeelte van het wetenschappelijk debat over dit onderwerp, gaat over het werk van Foucault<sup>31</sup> en alle reacties die daar op kwamen. Vanaf 1650 ontstaat volgens Foucault 'de grote opsluiting'. De samenleving zou nu echt beginnen met het systematisch opsluiten van alle mensen die niet in de beschaafde maatschappij thuis hoorden. Volgens Foucault konden krankzinnigen in de middeleeuwen en renaissance redelijk vrij leven, maar dat dat veranderde met de opkomst van de moderniteit. Vanaf de 20<sup>ste</sup> eeuw werden deze krankzinnigen gezien als abnormaal, als 'beesten' die niet thuis hoorden in de samenleving. Hierdoor ontstond de behoefte om deze mensen op te sluiten en zo uit de samenleving te verwijderen. Ook zag Foucault deze opsluiting als een opkomende drang naar orde en beschaving, die vooral werd uitgeoefend vanuit de staat.<sup>32</sup> Foucault's visie leidde tot het grootste internationale debat over krankzinnigen, opsluiting en psychiatrie tot dan toe. In Frankrijk, waar Foucault vandaan kwam, werden zijn theorieën over het algemeen geaccepteerd. Dat hij de eerste persoon was die onderzoek gedaan had naar gestichten en krankzinnigen in de 17<sup>e</sup> en 18<sup>e</sup> eeuw, droeg hieraan bij. In Engeland is er juist erg veel kritiek op hem.<sup>33</sup> Dit heeft deels ook te maken met de slechte vertaling en verkorte versie van zijn werk, die zijn collega's daar te lezen kregen. Auteurs zoals Claude Quétel en Erik Midelfort waren het totaal niet met Foucault eens. Er werd over het algemeen veel kritiek geleverd op de redenen die Foucault aangeeft voor deze 'grote opsluiting', maar er werden in eerste instantie ook geen alternatieven voorgesteld. Dit gebeurde pas in 1980, met het werk van Marcel Gauchet en Gladys Swain.<sup>34</sup> Foucault stelde zoals eerder opgemerkt dat krankzinnigen in de middeleeuwen en renaissance vrij leefden en ze in de moderniteit gezien werden als abnormaal. Hierdoor werden ze met de 'grote opsluiting' uit de maatschappij verwijderd. Gauchet en Swain stellen juist dat het tegenovergestelde waar is.<sup>35</sup> Zij stellen dat in de middeleeuwen ongelijkheid als natuurlijk werd gezien. Er was een duidelijke sociale hiërarchie en mensen waren niet gelijk, en soms niet eens vrij (slaven). Omdat mensen van verschillende standen als fundamenteel anders werden gezien, werden krankzinnigen ook als fundamenteel anders gezien. Hierdoor werden ze gezien als 'geen echte mensen'. In de moderne tijd kwam het idee op dat alle mensen gelijk waren, dus ook de krankzinnigen. Omdat de krankzinnigen nu gezien werden als gelijk,

---

<sup>31</sup> Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Parijs, 1961).

<sup>32</sup> Hofman, 'De schaduw', 134.

<sup>33</sup> Ibid, 136.

<sup>34</sup> Marchel Gauchet en Gladys Swain, *Madness and Democracy: The modern psychiatric universe* (Princeton, 1999).

<sup>35</sup> Hofman, 'De schaduw', 138.

terwijl ze eigenlijk nog steeds zo anders waren, werden ze gezien als een bedreiging voor de samenleving. Hierdoor werden deze geesteszieken in deze periode massaal opgesloten. Toch stellen Gauchet en Swain dat deze uitsluiting juist een deel was van het proces van insluiting in de samenleving, om te gaan denken over de krankzinnigen als mensen. De staat probeerde met deze instellingen een soort artificiële gemeenschap te creëren, waarin de geesteszieken zich vast konden houden aan het deel van hen wat niet ziek was. Door een soort simulatie te creëren van de werkelijkheid, werd er juist geprobeerd om deze krankzinnigen binnen de samenleving te laten passen.

Kort hierna kwamen Porter en Scull ook naar voren met alternatieve ideeën. Porter beweerde dat Foucault's theorie misschien kon kloppen voor Frankrijk, maar dat het totaal niet klopte in andere landen. Zo bleek dat in Frankrijk deze veranderingen van massale opsluiting van bovenaf opgelegd waren, door de staat.<sup>36</sup> Porter keek naar Engeland en moest daar constateren dat de staat zelf helemaal niet bezig was met het opsluiten van onmaatschappelijken. In Engeland waren het juist de private 'Madhouses' die het extreem goed deden. Porter kwam hierdoor tot de conclusie dat de opkomende consumptiemaatschappij de oorzaak was voor Foucault's 'grote opsluiting'.<sup>37</sup> Families wilden graag meer geld uitgeven om familieleden of vrienden die veel zorg en aandacht nodig hadden, op te laten opsluiten. Hierna ging Scull verder op deze theorie. Hij stelde, net als Porter, dat er voor de 19<sup>e</sup> eeuw geen sprake was van massale opsluiting. Scull kwam tot de conclusie dat de kapitalistische markteconomie hierbij ook een oorzaak zou zijn geweest. Hierdoor werden de rijken steeds rijker, die dan volgens Porters theorie meer mogelijkheden hadden om familie op te sluiten, en de armen werden steeds armer. Scull stelde dan dat vele armere families geen geld meer hadden om hun krankzinnige familielid zelf nog thuis te verplegen. Hierdoor werden vele van deze mensen overgelaten aan de armenzorg, en zo kwamen er steeds meer mensen in instellingen terecht. Het is dus duidelijk te zien dat het internationale debat over krankzinnigen en opsluiting vooral draaide om het werk van Foucault en de reacties die daarop kwamen.

Verder is er vandaag de dag ook een debat over de rol van Pinel in deze veranderingen, al vindt dit debat wel grotendeels plaats in de Franstalige literatuur. Dora Weiner heeft

---

<sup>36</sup> Hofman, 'De schaduw', 139.

<sup>37</sup> Ibid, 139.

geprobeerd dit debat in het Engels weer te geven.<sup>38</sup> Ze stelt dat vele auteurs Pinel over het algemeen zien als een van de belangrijkste individuen voor de veranderingen in het denken over patiënten in de periode 1780-1800. Toch zijn er ook meerdere auteurs geweest die hier duidelijk tegenin zijn gegaan. Zo concludeerde de auteur Jan Goldstein dat de methodes die Pinel gebruikte niet wetenschappelijk genoeg waren.<sup>39</sup> Marie Didier beweerde juist dat Pinel's invloed niet zo groot was als mensen aannamen, en dat men meer aandacht moest richten op Jean Baptiste Pussin, die samen met Pinel in hetzelfde gesticht werkte.<sup>40</sup> Verder was er nog een andere groep auteurs, die weer anders tegen de rol van Pinel aankeken. Auteurs zoals Foucault, Laing, Goffman, Szasz en Scull keken meer naar de historische context rondom Pinel, en stelden dat het gedachtegoed van Pinel alleen succes kon hebben in de historische context van de Franse revolutie. Voor Pinel waren er vele anderen die soortgelijke ideeën hadden, maar hun ideeën werden door de samenleving niet geaccepteerd. Pinel zag tijdens de Franse revolutie zijn kans om carrière te maken en zijn ideeën naar buiten te brengen. Deze auteurs zagen Pinel als individu, als handelende actor, in een grotere revolutionaire context. Pinel op zich was niet de motor achter de veranderingen. Het was meer een opsomming van bepaalde ideeën en idealen, gecombineerd met de samenleving van toen en het revolutionaire klimaat in Frankrijk. Het valt dus op dat de zogenaamde consensus over de rol van Pinel, niet zo zeker was dan sommige auteurs doen lijken.

Het blijkt dat er voor dit onderzoek dus twee verschillende debatten belangrijk zijn. Aan de ene kant het debat over het onderzoek van Foucault, dat gaat over de grote opsluiting en de oorzaken van de mentaliteitsverandering die hieraan bijdragen. Hierbij dragen verschillende auteurs, zoals Gauchet en Swain en Scull en Porter, nieuwe theorieën aan over dit nieuwe gedrag van opsluiting. Aan de andere kant is het debat over Philippe Pinel en zijn rol in de veranderende atmosfeer rond 1800 ook relevant. Sommige auteurs zien Pinel als een motor van verandering, de vader van een nieuwe vorm van psychiatrie. Andere auteurs zien hem meer als iemand die op de juiste plek en de juiste tijd met een idee naar voren kwam, wat dankzij de revolutionaire context snel aanhang verkreeg.

---

<sup>38</sup> Dora Weiner, 'Chapter 8: Philippe Pinel in the twenty-first century', in: Edwin Wallace en John Gach (red.), *History of Psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*, (Columbia, 2008).

<sup>39</sup> Jan Goldstein, *Console and Classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*, (Cambridge, 1990).

<sup>40</sup> Marie Didier, *Dans la nuit de Bicêtre*, (Poche, 2007).

## 4: Nederland ten tijden van internationale verandering

### 4.1 De eerste krankzinnigenwet

Voordat er iets gezegd kan worden over de positie van Nederland in de internationale veranderingen, moet er eerst gekeken worden naar wat voor veranderingen Nederland zelf doormaakte. Alleen zo kan iets gezegd worden over de vernieuwingen in Nederland binnen de internationale context.

In 1813 kreeg Nederland na een aanzienlijke tijd toch weer een eigen vorst, koning Willem I. Deze koning werd gezien als een ambitieuze man die streefde naar modernisering en centralisering van de staat.<sup>41</sup> Men ging zich al snel bezig houden met een proces van reorganisatie, ook op sociaal vlak. In 1814 en 1815 komt het dan ook duidelijk aan bod, dat er serieuze gebreken zijn in de zorg van krankzinnigen. De koning is dan al bezig met het ontwikkelen van duidelijke plannen om deze zorg van krankzinnigen te verbeteren en te vernieuwen. De eerste stap naar verbetering van de zorg kwam dus niet uit de hoek van de medici, maar vanuit het koningshuis. Het ‘menslievend besluit’ van 1818 was het eerste officiële document in Nederland waar de nadruk lag op de genezing van krankzinnigen.<sup>42</sup> Hier werd dus al steeds meer gedacht, dat krankzinnigheid een ziekte was die behandeld moest worden en waar men dus ook van kon genezen.

Ondanks dat dit eerste besluit er was, wilde dit niet zeggen dat alle problemen ineens opgelost waren. De koning had zich uitgesproken over het probleem, maar overal werden maar heel langzaam verbeteringen aangebracht. Al snel werd er besloten dat er duidelijke wetgeving moest komen over hoe de zorg verbeterd en geregeld moest worden. Omdat niemand nog precies wist wat er in deze wetgeving zou komen te staan, stopte de gestichten en inrichtingen met het moderniseren. Ze wachtten liever tot de wetgeving er was, zodat ze binnen de richtlijnen konden moderniseren, en dus niet onnodig geld hoefden uit te geven.<sup>43</sup> Dit was op zich een redelijk logische reactie van de besturen van deze gestichten. Het probleem met deze reactie, was dat deze wetgeving erg lang op zich liet wachten. Ondanks dat de overheid actief bezig was met dit onderwerp in het begin van de jaren '20, kwam er geen wetgeving tot stand. Rond 1828 werd er een nieuwe poging gedaan om een wetgeving te construeren, maar door de financiële problemen van het land in deze periode, werden deze plannen doorgeschoven.<sup>44</sup> De inrichtingen en gestichten waren sinds het begin van de jaren

---

<sup>41</sup> Willemieke de Klerk, ‘Opdat deze stichting bloeije’, Masterscriptie cultureel erfgoed (Delft, 2011), 23.

<sup>42</sup> Van der Esch, ‘De staatszorg’, 41.

<sup>43</sup> De Klerk, ‘Opdat deze stichting’, 26.

<sup>44</sup> Ibid, 25.

'20 gestopt met het moderniseren, terwijl het toen al duidelijk was dat dit wel nodig was. In 1837 was de situatie zo onhoudbaar geworden, dat er opnieuw gekeken werd naar dit aanhoudende probleem. Cornelis Johannes Feith, een ambtenaar die verantwoordelijk was voor de armenzorg, besloot opnieuw te proberen om dit probleem op de politieke agenda te zetten. Het werd vanuit de overheid al snel duidelijk dat verbeteringen in de zorg voor krankzinnigen nodig waren, maar dat deze verbeteringen en modernisering niet te veel mochten kosten. Er konden dus geen radicale verbeteringen worden doorgevoerd, aangezien daar het geld niet voor was.<sup>45</sup> Feith besloot daarom hulp en advies te zoeken bij J.L.C. Schroeder van der Kolk.

J.L.C. Schroeder van der Kolk was een psychiater die in deze periode een zeer goede reputatie had. Hij maakte deel uit van het college van bestuur van het Willem Arntzhuis gesticht in Utrecht en hij was daar bezig om op zijn eigen manier verbeteringen en modernisering toe te passen.<sup>46</sup> Hij probeerde in dit gesticht beetje bij beetje dingen aan te passen en te verbeteren, om zo uiteindelijk een betere omgeving te creëren voor zowel de werknemers als de patiënten. Hierbij moet gedacht worden aan het creëren van meer ruimte voor patiënten en het afschaffen van lijfstraffen.<sup>47</sup> Met relatief weinig kosten, liet hij zien dat oud materiaal en oude gebouwen toch erg bruikbaar konden zijn. Dit was precies de strategie die de overheid wilde toepassen op landelijk niveau, waardoor J.L.C. Schroeder van der Kolk voor advies gevraagd werd. Uiteindelijk zorgde de samenwerking tussen Feith en Schroeder van der Kolk in 1841 voor de eerste krankzinnigenwet. Deze wet was vooral gericht op de gestichten zelf, en niet zo zeer op de patiënten. Zo kwamen er regels voor de verbetering van de huisvesting van patiënten en gingen gemeentes contacten aan met bestaande inrichtingen om te kijken welke aspecten van de inrichting echt verbeterd moesten worden. Bovendien kwam er ook een classificeringssysteem tot stand ten opzichte van de gestichten.<sup>48</sup> De gestichten die zich qua huisvesting, zorg en algemene omstandigheden aan de nieuwe wet hielden, werden vanaf nu gezien als een officieel medisch gesticht. De gestichten die zich niet aan deze wetgeving konden houden, doordat er bijvoorbeeld geen mogelijkheden waren om zo veel te moderniseren, werden in eerste instantie bewaarhuizen genoemd. Hier werden de patiënten 'bewaard' totdat er in een goede medische instelling ruimte vrijkwam. Het idee hiervan was, dat deze bewaarhuizen langzaam leeg zouden lopen en dan gesloten konden

---

<sup>45</sup> De Klerk, 'Opdat deze stichting', 26.

<sup>46</sup> Van der Esch, 'De staatszorg', 43.

<sup>47</sup> Jan van Gijn en Joost Gijssels, 'Schroeder van der Kolk en de krankzinnigenzorg', *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* 154 (2010), 1.

<sup>48</sup> Van der Esch, 'De staatszorg', 44.

worden. Ondanks dat de nieuwe wetgeving niet heel radicaal was, zeker in vergelijking met andere Europese landen, werd J.L.C. Schroeder van der Kolk toch al snel gezien als ‘de Nederlandse Pinel’.<sup>49</sup>

Deze ontwikkeling richting de eerste krankzinnigenwet, de wet zelf en de uitwerking ervan in de gestichten, lijkt vooral te gaan over het verbeteren van de omstandigheden in de gestichten. Zoals al eerder gesteld, is er rond 1800 een soort omslag in het denken over krankzinnigen. Krankzinnigen worden dan meer gezien als mensen die lijden aan een ziekte en dus geholpen moeten worden. Vanuit deze redentatie, lijkt het logisch dat de nadruk vooral komt te liggen op de omstandigheden, aangezien deze omstandigheden eerst ‘beestelijk’ waren en mensen hun trots en menselijkheid ontnam. Toch is er ook een andere kant binnen deze omslag, die men terug ziet komen bij Pinel. Pinel stelde namelijk niet alleen dat de omstandigheden verbeterd moesten worden, maar ook dat er meer aandacht moest komen voor de patiënt en de ziekte. Pinel wilde niet alleen dat de fysieke, maar ook mentale omstandigheden verbeterd zouden worden. Dit is een stuk moeilijker terug te zien in de vernieuwingen die doorgevoerd werden door Schroeder van der Kolk, Feith en de eerste krankzinnigenwet. Hoewel Schroeder van der Kolk verbeteringen wilde op zowel het institutioneel niveau als de individuele behandelingen<sup>50</sup>, valt het op dat de grootste invloed die Schroeder van der Kolk gehad heeft, vooral te maken heeft met de organisatie en vernieuwing van de gestichten, en minder met de patiënten zelf.

#### 4.2 Een andere kant van de psychiatrie

In 1907 aanvaardde professor L. Bouman het ambt van hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. In zijn speech heeft Bouman het over psychiatrie als wetenschap en de ontwikkelingen die hij zag in dit veld. Bouman heeft het ook over hoe krankzinnigheid steeds meer wordt gezien als ziekte.<sup>51</sup> Voor die tijd waren mensen al op de goede weg naar een verbetering van de psychiatrie. Bouman stelt, dat het vroeger niet mogelijk was om een moderne vorm van psychiatrie te ontwikkelen. Dit had te maken met technische tekortkomingen, waardoor het neurologisch onderzoek zich niet verder kon ontwikkelen. Bouman stelt dat nu, in 1907, de natuurwetenschappen een stuk verder zijn. Niet alleen de neurologie, maar ook vele andere wetenschappen, hebben zich ontwikkeld en zijn erg belangrijk voor de psychiatrie. Ondanks dat Bouman in zijn rede de nadruk duidelijk legt op

---

<sup>49</sup> Van Gijn en Gijssels, ‘Schroeder’, 2.

<sup>50</sup> De Klerk, ‘Opdat deze stichting’, 25.

<sup>51</sup> L. Bouman, ‘De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie’, Uitsproken rede bij de aanvaarding van het hoogleraarsambt (Kampen, 1907), 5.



het natuurwetenschappelijke, heeft hij het ook over de andere kant van de psychiatrie. Hij stelt een (in die tijd populaire) vraag met betrekking tot de psychiatrische wetenschap. Namelijk, moet de wetenschapper alleen uitgaan van de natuurwetenschappen, dingen die duidelijk getest kunnen worden, of moet er ook rekening gehouden worden met de meer psychologische kant van het menselijk bestaan? Er is dus binnen de psychiatrie een scheiding te zien tussen de meer natuurwetenschappelijke kant, het onderzoek naar de chemische werkingen in de hersenen, biologische afwijkingen en de medicatie, en een meer psychologische kant, waar onderzoek gedaan wordt naar de persoonlijkheid van de patiënt en mogelijke mentale stoornissen. Bouman antwoordt dat voor hem de natuurwetenschappen het belangrijkste blijven, maar dat die op zichzelf niet genoeg zijn.<sup>52</sup> De exacte wetenschappen moeten namelijk aangevuld worden met een meer psychologische en filosofische kant. Waar Bouman een samenwerking ziet tussen deze twee verschillende kanten van de psychiatrie, was dit in de jaren 1800-1841 een stuk minder het geval.

Hoewel de eerder genoemde Pinel rond 1800 zijn ideeën over de meer menselijke, of psychologische kant van de psychiatrie had gepubliceerd, werden zijn ideeën toch niet vaak in de praktijk gebracht. Pas rond 1840 komt in Engeland het ‘non-restraint’ systeem op. John Conolly wordt gezien als de vader van deze stroming (al is dit niet helemaal het geval, aangezien Hill al eerder met het idee kwam. Toch krijgt Conolly de eer van het bedenken van deze nieuwe methode).<sup>53</sup> De belangrijkste gedachte achter dit nieuwe systeem is, dat agressie en lijfstraffen tegenover patiënten alleen maar extremere vormen van gekte uitlokken. Als de patiënten in een kalme, ordelijke en gereguleerde omgeving worden opgevangen, zullen de extremere vormen van gekte afnemen, waardoor het voor alle patiënten makkelijker is om zich op de uiteindelijke genezing van de ziekte te richten.<sup>54</sup> Sommige auteurs leggen de nadruk op het aspect van orde in dit systeem. Zo stelt A. Suzuki dat dit systeem niet opgericht werd om te zorgen voor een meer menselijke omgeving, maar dat het een manier was om rationaliteit, punctualiteit, discipline en orde naar het gesticht te brengen.<sup>55</sup> Het zou Conolly dus niet zijn gegaan om de patiënten, maar meer om een verbetering van het systeem van de inrichting. Hoe er dan ook gedacht werd over Conolly’s motieven, het ‘non-restraint’ systeem werd erg bekend internationaal, al werd het vooral in Engeland uitgevoerd.

---

<sup>52</sup> Bouman, ‘De wetenschappelijke beoefening’, 18.

<sup>53</sup> Andrew Scull, ‘A brilliant career? John Conolly and Victorian psychiatry’, *Victorian Studies* 27 (1984), 223.

<sup>54</sup> Scull, ‘A brilliant career?’, 219.

<sup>55</sup> Akihito Suzuki, ‘The politics and ideology of Non-restraint: the case of the Hanwell asylum’, *Medical history* 39 (1995), 10-11.

De Nederlandse situatie ziet er in vergelijking maar slecht uit voor de patiënten in de gestichten. Over het algemeen is er in Nederland maar weinig terug te zien van de ideeën van Pinel en de internationale hervormers zoals de Engelse Tuke of de Belgische Guislain. Af en toe zijn er enkele kleine uitzonderingen. Bijvoorbeeld, Johannes van Duuren die opzichter was in het gesticht in Nijmegen<sup>56</sup> en heel vrij met zijn patiënten omging. Ook Jacob van Deventer was een kleine uitzondering. Hij was een dokter die zich vooral richtte op een verbeterde opleiding voor verpleegkundigen en voor een betere behandeling van patiënten.<sup>57</sup> Helaas waren deze mannen duidelijke uitzonderingen binnen het Nederlandse systeem. Voor de eerste krankzinnigenwet van 1841, lijken er geen andere, grote uitzonderingen te zijn. Dit verandert in 1849, met de oprichting van het gesticht Meerenberg.

Tot 1849 was het Willem Arntzhuys gesticht in Utrecht, waar Schroeder van der Kolk zijn hervormingen als eerste doorgevoerd had, het model voor alle gestichten in Nederland.<sup>58</sup> Na de aanneming van de eerste krankzinnigenwet in 1841, hadden de provincies, gemeentes en de gestichten zelf even de tijd nodig om na te denken over wat ze nu moesten doen, hoe ze de dingen gingen aanpakken en hoeveel alles zou gaan kosten. Hierdoor duurde het uiteindelijk tot 1849 voordat het nieuwe gesticht nabij Santpoort af was en in gebruik genomen kon worden. Het Meerenberg gesticht werd het nieuwe ‘model gesticht’, niet alleen voor Nederland, maar voor heel continentaal Europa. Meerenberg was namelijk het enige gesticht op het continent waar het ‘non-restraint’ systeem werd ingevoerd.<sup>59</sup> De eerste directeur van het gesticht, Dr. Everts, had in Engeland kennis gemaakt met het nieuwe systeem en zag hierin de toekomst van de psychiatrische inrichting. Hierdoor werd dit systeem ook in Meerenberg ingevoerd, wat al snel als een groot succes werd gezien. Zelfs Conolly zelf, de bedenker van dit systeem, noemde Meerenberg in een van zijn werken:

*‘... and they are almost the only continental physicians known to me who have had sufficiently ample opportunities of acquainting themselves personally with the treatment pursued at Hanwell, and in other English asylums, and to which the name of non-restraint system has been given. On the return of Dr. Everts and Dr. Van Leeuwen to Holland, they adopted the*

---

<sup>56</sup> Van der Esch, ‘De staatszorg’, 41.

<sup>57</sup> Cecile aan de Stegge, ‘Jacob van Deventer (1848-1916)’, gevonden op de site van verpleegkundigerfgoed.nl, 1. <[http://verpleegkundigerfgoed.nl/images/biografieen/Jacob\\_van\\_Deventer\\_1848-1916\\_SHVB\\_2015-1.pdf](http://verpleegkundigerfgoed.nl/images/biografieen/Jacob_van_Deventer_1848-1916_SHVB_2015-1.pdf)> [Geraadpleegd 13-6-2016]

<sup>58</sup> Van der Esch, ‘De staatszorg’, 43.

<sup>59</sup> Girbe Buist, ‘Een bezoek aan het psychiatrisch museum te Santpoort’, *Groniek* 71 (1981), 48.

*system in the asylum of Meerenberg, near Haerlem; but under some disadvantages, opposed to the perfection of the experiment.* <sup>60</sup>

Conolly geeft hiermee aan dat de Nederlandse doktoren Everts en Leeuwen duidelijk met de nieuwe theorie bezig waren, en dat ze deze ook wilden gaan gebruiken als ze terug waren in Nederland. Wel stelde Connolly dat ze het systeem hadden overgenomen met wat ‘disadvantages’. Hiermee bedoelde Connolly dat het systeem door problemen van praktische aard, zoals de leiding van het gesticht die niet zo radicaal wilde vernieuwen en de hoeveelheid geld dat het gesticht uit wilde geven aan verbeteringen, niet perfect was. Zijn theorie werd in Meerenberg niet zo toegepast zoals hij zelf wilde, omdat een theorie nu eenmaal aangepast moet worden naar een werkbaar model in de realiteit.

Over het algemeen werd de invoering van dit systeem door iedereen gezien als een stap richting een modernere inrichting. Binneveld en Lieburg zien het gesticht Meerenberg als de enige plek in Nederland, waar in deze periode sprake was van een duidelijke vernieuwing op dit gebied.<sup>61</sup> De andere gestichten in Nederland zouden vanuit de politiek of vanuit hun eigen sector niet genoeg ruimte krijgen om dit soort vernieuwende methodes door te voeren. Hier moet gedacht worden aan lokale overheden die niet veel geld wilden spenderen aan vernieuwingen. Ook fungeerde de regentencolleges van gestichten vaak als tegenkrachten, aangezien de hoge burgerij die hier deel van uit maakte vaak ook hun eigen agenda hadden.<sup>62</sup> Bovendien, waren er ook nog andere tegenkrachten, omdat deze radicale vernieuwingen niet paste binnen het systeem dat Schroeder van der Kolk had opgezet en wat nog steeds gezien werd als de standaard voor heel Nederland. Na de oprichting van Meerenberg en de successen die daar verkregen werden, begon het gesticht steeds meer deze functie van model gesticht over te nemen. Hierdoor was het Meerenberg gesticht uiteindelijk de instelling die bepaalde wat de norm in Nederland werd.<sup>63</sup> Toch duurde het nog even voordat er meer moderne gestichten werden opgericht die geheel voldeden aan de nieuwe wetten. Pas na de tweede krankzinnigenwet, aangenomen in 1884, werden er meer gestichten opgericht en begon de nieuwbouw van gestichten pas echt goed op gang te komen.<sup>64</sup>

---

<sup>60</sup> John Conolly, *The treatment of the insane without mechanical restraints* (Cambridge, 2013), 345.

<sup>61</sup> J.M.W. Binneveld en M.J. Lieburg, ‘De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde’, *Tijdschrift voor psychiatrie* 20 (1978), 523.

<sup>62</sup> De Klerk, ‘Opdat deze stichting’, 49-50.

<sup>63</sup> Wiebe Hoeksta, ‘Krankzinnigen gesticht’, *Groniek* 71 (1981), 13.

<sup>64</sup> Marijke Gijswijt-Hofstra en Harry Oosterhuis, ‘Psychiatrische geschiedenissen’, *BMGN* 116 (2001), 165.

Ondanks dat het Meerenberg gesticht gezien werd als een heel modern gesticht, en dit grotendeels ook waar is, is het toch belangrijk om dit beeld te nuanceren. Laat het duidelijk zijn dat dit nieuwe gesticht duidelijk vernieuwend was in de methodes die gebruikt werden, maar dat dit ook allemaal één groot experiment was. De ‘non-restraint’ methode werd dus inderdaad toegepast, maar dit wil niet zeggen dat het hele systeem perfect werkte. Zo stelt Kramer dat de invoering van dit systeem bij Meerenberg inderdaad zorgde voor meer vrijheid voor de patiënten. Toch zou het ook hebben gezorgd voor meer losbandigheid, onrustig optreden en chaos. Hierdoor zouden doctoren en verpleegkundigen in plaats van lijfstraffen, medicatie gebruiken om patiënten alsnog rustig te krijgen.<sup>65</sup> Ook Kerstens stelt dat het invoeren van dit nieuwe systeem een stap in de goede richting was, maar dat er ook nog veel (vooral praktische) gebreken aan het systeem zaten. Zoals al eerder gesteld was er in Nederland een groot ruimtegebrek in gestichten. Dit was dan ook een van de dingen die veelvuldig terug kwam in de eerste krankzinnigenwet. Ondanks dat het in deze wet duidelijk aan bod kwam, was het rond 1850/1860 nog lang niet opgelost. Zo had het gesticht Meerenberg ook problemen door een grote over populatie, ondanks verschillende uitbreidingen van de gebouwen. Hierdoor was het voor de doktoren en de verpleegkundigen erg moeilijk om zo vrij mogelijk om te gaan met de patiënten.<sup>66</sup> Het was met zo veel patiënten lastig om de orde te bewaren en er was weinig tijd om patiënten goed individueel te begeleiden en te behandelen. Om dan toch de discipline en orde te behouden, werd er veel gebruik gemaakt van medicatie en van bed -en badverpleging. Hierdoor was het mogelijk dat zo’n 60% van de patiënten alsnog permanent op bed of in bad lagen.<sup>67</sup> Meerenberg was voor deze periode een erg modern gesticht waar nieuwe methodes en behandelingen uitgetoetst werden. Toch ondervond het gesticht ook veel praktische problemen, van over populatie tot tegenkrachten in de politiek.

De situatie in Nederland was niet zo vernieuwend als andere landen in deze periode. Schroeder van der Kolk heeft duidelijk geprobeerd om vernieuwingen door te voeren, wat ook zeker wel gelukt is. Helaas waren deze vernieuwingen niet heel radicaal, waardoor er over het algemeen niet heel veel veranderde. De vernieuwingen in het Willem Arntzhuis gesticht en de eerste krankzinnigenwet waren duidelijk stappen in de goede richting. Door het idee van ‘vernieuwing in kleine stapjes’, duurde het heel lang voordat er echt dingen verbeterd werden. Het Meerenberg gesticht, opgericht in 1849 was de grote uitzondering in Nederland. Dit was

---

<sup>65</sup> F. Kramer, ‘De geneeskundige behandeling’, 32

<sup>66</sup> Clemens Janzing en Jan Kerstens, *Werken in een therapeutisch milieu*, (Houten, 2005), 8.

<sup>67</sup> Janzing en Kerstens, *Werken in*, 9.

het enige grote gesticht waar men actief bezig was met het invoeren van nieuwe, moderne methodes, systemen en behandelingen (zoals het non-restraint systeem). Toch wil dit niet zeggen dat dit gesticht was zoals we die vandaag de dag kennen, want het gesticht had vele praktische problemen waardoor modernisatie bemoeilijkt werd.

## 5: De positie van Nederland in een periode van veranderingen

In eerdere hoofdstukken is gekeken naar de internationale veranderingen op het gebied van het omgaan met gekken, de gedachte dat krankzinnigen ziek waren, en de veranderingen die zich in deze periode hebben voorgedaan in Nederland. De context en de casus Nederland zijn daarmee aan bod gekomen. Nu is het belangrijk dat er nagedacht wordt over in hoeverre de casus Nederland afwijkt, welke positie Nederland inneemt, en welke verklaringen daarvoor gegeven kunnen worden.

### 5.1 Institutionele veranderingen in Nederland

Binneveld en Lieburg werpen in hun werk *De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde*<sup>68</sup> een blik op de veranderingen binnen de psychiatrie in Nederland, en daarbij vooral op de rol van Schroeder van der Kolk. Eerst wordt er gekeken in hoeverre Nederland binnen de internationale trend van verandering en verbetering past. Lieburg en Binneveld merken op dat de wetgeving in Nederland, vergeleken met andere Europese landen erg conservatief was.<sup>69</sup> Zo was het niet verplicht dat er een dokter of ander medisch personeel aanwezig was binnen een gesticht en de nieuwe wetten gaven ook geen garantie dat de gestichten daadwerkelijk gingen uitbreiden. De rol van doktoren of ander medisch personeel was hierdoor heel erg klein. Verder concluderen ze dat de nieuwbouw van gestichten en de veranderingen binnen bestaande gestichten niet overeenkomt met het niveau van veranderingen in Engeland en Frankrijk.<sup>70</sup> De oorzaak daarvoor wordt gezocht bij Schroeder van der Kolk. Schroeder van der Kolk had geen oog voor invloeden uit het buitenland. Hij was heel erg bezig met zijn eigen experimenten in het gesticht te Utrecht. Toen hij bezig was met het helpen opstellen van de nieuwe wetgeving in 1841, werd er gebruik gemaakt van zijn theorie van het ‘hergebruiken en verbeteren’ van bestaande gestichten. In Nederland werden hierdoor gestichten vernieuwd en verbeterd, en de gestichten die hiervoor niet in aanmerking kwamen werden gesloten. In het buitenland, met name in Engeland maar ook in Frankrijk en Pruisen, is in deze periode juist te zien dat er vele gestichten bijgebouwd worden.<sup>71</sup> Dit om zo veel mogelijk mee te gaan met de toegenomen vraag naar plekken in gestichten. Binneveld en Lieburg komen tot de conclusie dat Nederland duidelijk afwijkt van andere Europese landen in deze periode. Lieburg en Binneveld merken

---

<sup>68</sup> J.M.W. Binneveld en M.J. Lieburg, ‘De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde’, *Tijdschrift voor psychiatrie* 20 (1978).

<sup>69</sup> Ibid, 518.

<sup>70</sup> Ibid, 521-522.

<sup>71</sup> Ibid, 521.

wel op, dat andere Nederlandse doktoren wel duidelijk reageerde op de invloeden van het buitenland, bijvoorbeeld Schreevoort, Everts, Van Leeuwen en Van Duuren. Helaas hadden deze doktoren niet de invloed en/of de middelen om deze nieuwe internationale ideeën, theorieën, wetgeving etc. in Nederland in werking te stellen.<sup>72</sup> Al met al concluderen Lieburg en Binneveld dat de hervormingen in Nederland maar heel mager waren, in vergelijking met andere Europese landen.

Om hier een verklaring voor te vinden, hebben Binneveld en Lieburg een vergelijking gemaakt tussen zelfgemaakte modellen voor Engeland en het continent (met name Frankrijk en Pruisen). Er is beschreven hoe deze verschillende modellen werken en hoe Nederland zich verhoudt tot deze twee mogelijkheden. Binnen het Engelse model is er een sterke rol weggelegd voor het particuliere initiatief. Vanuit de samenleving werd de behandeling van krankzinnigen gezien als onmenselijk en als een maatschappelijk probleem.<sup>73</sup> Invloedrijke particulieren en doktoren gebruikten de media om hun kritiek op het systeem naar de massa te brengen. Langzaam zorgde dit voor een roep vanuit de samenleving waar de overheid uiteindelijk gehoor aan gegeven heeft. In Engeland kwam de wil om gestichten te veranderen en verbeteren dus vooral vanuit de samenleving zelf. In Frankrijk en Pruisen, werden de hervormingen juist opgelegd vanuit de staat. Deze veranderingen waren een onderdeel van algemene hervormingen om de staat te moderniseren. Tijdens de Napoleontische tijd, was er in deze landen veel veranderd in termen van bureaucratie, wetgeving en centralisatie. Hier bouwden deze landen nu op voort, door verder te gaan met het moderniseren van de staat en dan vooral de sociale wetgeving.

Nederland paste eigenlijk in geen van deze modellen. Er was geen roep vanuit het volk om gestichten en wetgeving te verbeteren. Hoewel de staat wel bezig was met het verbeteren van sociale wetten, wetgeving over gevangenen, armenzorg en dus ook wetgeving over de behandeling van krankzinnigen, waren al deze vernieuwingen erg conservatief. De politiek wilde niet dat de kosten te veel werden en dat bestaande instellingen te veel belast werden. Hierdoor paste Nederland ook niet goed in het continentale model. Schroeder van der Kolk gaf de overheid een model waarmee er toch hervormingen doorgevoerd konden worden, maar wat verder niet te veel afweek van het huidige systeem én wat ook niet veel zou kosten. Doordat de overheid dit alternatief had, werden meer radicale ideeën voor vernieuwingen aan de kant geschoven.

---

<sup>72</sup> Binneveld en Lieburg, 'De eerste psychiatrische revolutie', 522.

<sup>73</sup> Ibid, 526.

Lieburg en Binneveld leggen veel nadruk op het idee dat Nederland niet binnen een van de twee verschillende modellen past die ze geïdentificeerd hebben. Zo wordt er gesteld dat de wetgeving in Nederland heel erg achter liep op de wetgeving in andere Europese landen. Ook concluderen ze dat de rol van doktoren binnen gestichten in Nederland erg klein was, omdat de gestichten georganiseerd werden door een regentencollege waarbij het niet verplicht was dat leden van dit college een medische achtergrond hadden. Maar uit het werk van William Bynum<sup>74</sup>, waarin de staat van de medische psychiatrie in Engeland is onderzocht, blijkt dat de rol van doktoren in de gestichten ook daar minimaal was, net als in Nederland het geval was. Zo wordt er gesteld, dat de medische instituten meestal geleid werden door mensen zonder enige medische opleiding of achtergrond. Hoewel sommige private ‘mad houses’ mede opgericht werden door doktoren, was dit niet bij wet verplicht. Om een duidelijk beeld te krijgen over de rol van doktoren in de Engelse gestichten, is er kort onderzoek gedaan naar de Madhouse act uit 1828 en de Madhouse act uit 1832.<sup>75</sup> Hieruit komt naar voren dat gestichten met meer dan honderd patiënten een eigen arts moesten hebben. Kleinere gestichten moesten alleen zorgen dat er een wekelijks doktersbezoek was. Er was hier dus verder geen wetgeving die aangeeft dat de leiding van een gesticht in handen moet zijn van een dokter en bij vele kleinere gestichten was er geen dokter full time verbonden aan de instelling. Het blijkt dus dat de rol van doktoren in Engeland ook helemaal niet zo groot was, en dat Nederland hierin dus niet zo veel afwijkt als eerst door Binneveld en Lieberg gesteld werd.

Verder werd er ook geconcludeerd dat Frankrijk en Pruisen vooral handelden vanuit een vernieuwende traditie die men had opgedaan ten tijde van de Napoleontische overheersing. Hier zou Nederland significant van afwijken, aangezien de overheid geen radicale vernieuwingen probeerde door te voeren. Ook hier moet een nuance in aangebracht worden, omdat de Nederlandse overheid niet zo passief was, als het hier gepresenteerd wordt. In het werk van De Klerk<sup>76</sup> komt al snel naar voren dat de overheid vanaf 1814 al bezig was met een proces van reorganisatie. In 1818 wordt het menslievend besluit naar voren gebracht als beginpunt van de veranderingen en vernieuwingen in de krankzinnigenzorg. De overheid is vanaf 1818 tot 1841 intern bezig om vernieuwingen door te voeren.<sup>77</sup> Zo werden er meerdere commissies opgericht en waren er vele plannen voor hervorming. Ondanks dat er weinig nieuwe wetgeving werd doorgevoerd, was de overheid wel bewust van dit probleem

---

<sup>74</sup> Bynum, ‘Rationales for therapy’, 321-323.

<sup>75</sup> Andrew Roberts, ‘The lucany commission’, een databank opgesteld vanuit Middlesex university, <<http://studymore.org.uk/3s.htm#3S.4.11>> [Geraadpleegd op 13-6-2016]

<sup>76</sup> Willemieke de Klerk, ‘Opdat deze stichting bloeije’, Masterscriptie cultureel erfgoed (Delft, 2011).

<sup>77</sup> De Klerk, ‘Opdat deze stichting’, 24.



en er ook actief mee bezig. Nederland week wel af van andere landen, omdat er relatief weinig vernieuwingen ook echt werden doorgevoerd. Toch is het belangrijk om vast te stellen dat de overheid wel degelijk met dit vraagstuk bezig was, en dat Nederland dus niet zoveel afweek als eerst beweerd werd.

## 5.2: Het decentrale karakter van Nederland

In erg veel van de literatuur waar gekeken wordt naar de vernieuwingen in Nederland, wordt automatisch gekeken naar het gesticht Meerenberg. Meerenberg wordt gezien als de grote uitzondering in Nederland, aangezien dit gesticht wel probeerde mee te gaan met het internationale idee van vernieuwing. Het was zelfs, zoals al eerder besproken, een van de weinige gestichten buiten Engeland waar actief de ‘non-restraint’ theorie werd toegepast.<sup>78</sup> Er is nog geen duidelijke verklaring gevonden, waarom Meerenberg als bolwerk van vernieuwing op het continent, nou juist in het gematigde Nederland kon opbloeien. In het laatste deel van dit onderzoek wordt er ingegaan op de verklaring die gegeven wordt door onder andere Lieburg en Binneveld en Kappelhof, over de vraag waarom Nederland maar matige hervormingen doorvoerde. Zij stellen dat het decentrale karakter van Nederland heeft gezorgd voor gematigde hervormingen en vernieuwing. Hierna zal deze verklaring door mijzelf gebruikt worden, om aan te tonen dat dit decentrale karakter aan de andere kant mogelijk de juiste context was waarbinnen het zeer vernieuwende gesticht Meerenberg goed kon ontwikkelen en groeien.

Binneveld stelt dat de hervormingen en vernieuwingen in Nederland ‘stuitten op een probleem van bestuurskundige aard’.<sup>79</sup> Nederland kende halverwege de negentiende eeuw nog niet zo lang een centraal bestuur. De traditie van een gedecentraliseerd politiek systeem leefde nog erg. Het was dan ook erg moeilijk om tegen deze diepewortelde traditie in te gaan, en een meer centraal systeem op te richten. Pogingen daartoe stuitten op veel verzet. Met name protestantse kerkgemeenschappen begonnen steeds sterker vast te houden aan de verzorgende rol die hun diaconieën in het beheer van tuchthuizen, armenhuizen, weeshuizen en krankzinnigengestichten van oudsher hadden gehad.<sup>80</sup> Bovendien waren de katholieken in deze periode erg bezig met hun eigen emancipatie. Na het herstel van de bisschoppelijke hiërarchie in 1853, begonnen de katholieken met het bouwen en uitbreiden van hun eigen

---

<sup>78</sup> Buist, ‘Een bezoek aan’, 48.

<sup>79</sup> J.M.W. Binneveld, ‘De oprichting van de geestelijke gezondheidszorg in de 19<sup>e</sup> eeuw. Het ontstaan van het krankzinnigengesticht’, *Groniek* 71 (1981), 40.

<sup>80</sup> Binneveld en Lieburg, ‘De eerste psychiatrische revolutie’, 532.

kerkelijke en sociale instanties. Vanuit protestantse en katholieke hoek was er een duidelijke voorkeur voor een meer decentraal systeem, en deze twee groepen versterkten elkaar hier in. Lieberg en Binneveld concluderen dat radicale hervormingen vanuit centrale overheid op veel tegenstand geleid zouden hebben door het decentrale systeem. Daarmee was dit decentrale karakter een grote kracht tegen de vernieuwing die vanuit de centrale overheid doorgevoerd moest worden. Kappelhof komt met dezelfde verklaring, al wordt het op een andere manier gepresenteerd. Kappelhof stelt niet zozeer dat de decentrale traditie de vernieuwing in de weg zat, maar meer dat deze nieuwe ideeën uit het buitenland aangepast werden aan de Nederlandse context.<sup>81</sup> Toch geeft Kappelhof zelf ook aan, dat mede door deze traditie regentencolleges meer invloed hadden op de gang van zaken in het gesticht dan de doktoren die de patiënten zouden moeten genezen. De overheid kwam uiteindelijk in 1841 met de eerste krankzinnigenwet. Deze wet was vooral een compromis. Aan de ene kant stonden de mensen binnen de overheid die vonden dat radicale vernieuwingen nodig waren. Aan de andere kant stonden de lokale overheden, besturen en kerkelijke diaconieën, die niet te veel geld wilden uitgeven en zelf ook invloed wilden kunnen uitoefenen. De nieuwe wetgeving stelde een aantal criteria waaraan voldoen moest worden, maar hoe dit precies gerealiseerd werd, mochten de lokale overheid zelf regelen. Uiteindelijk, na een aantal aanpassingen in de voorstellen, waren alle partijen het met elkaar eens. Dit betekende alleen wel, dat de wetgeving over de verbetering van de krankzinnigenzorg maar erg losjes was. Radicale hervormingen werden niet doorgevoerd. Vanuit deze argumenten, blijkt dan inderdaad dat het decentrale karakter van Nederland de meer radicale hervormingen op staatsniveau heeft tegengehouden. Toch wil dit niet zeggen dat dit karakter vernieuwing en hervorming in het algemeen heeft tegengehouden.

Het gesticht Meerenberg was het Nederlandse boegbeeld voor vernieuwing in de krankzinnigenzorg. Het stond bekend als een van de modernste gestichten in heel Europa. Hoe was het dan mogelijk dat dit gesticht juist in Nederland werd opgericht en tot bloei kwam? Lieberg en Binneveld laten in hun artikel twee modellen voorbij komen, waar Nederland niet echt goed in past. Het continentale model was gekenmerkt door hervormingen van bovenaf. De overheden leidden de vernieuwing, waardoor er ook minder mogelijkheden waren om af te wijken van het model dat door de overheid gebruikt werd. Er was dus minder ruimte om te experimenteren met nieuwe methodes en theorieën van behandeling. In het

---

<sup>81</sup> Kappelhof, *Reinier van Arkel*, 62.

Engelse model, was deze ruimte om te experimenteren sterk aanwezig. Door de vele private ‘mad houses’ was het in Engeland een stuk gemakkelijker om een nieuwe theorie of methode uit te proberen. Hierdoor komen een aantal nieuwe theorieën uit de 19<sup>e</sup> eeuw, zoals de non-restraint methode, uit Engeland. Hoewel er veel ruimte was om te experimenteren, was het ook belangrijk dat er geld was. Omdat de mad houses in Engeland voor een groot deel in private handen waren, werden die niet gefinancierd vanuit de staat. Het was voor deze gestichten dus erg belangrijk dat er genoeg geld binnen bleef komen, om te kunnen blijven bestaan en functioneren. Hierdoor waren inkomsten bij vele mad houses een belangrijkere prioriteit dan de behandeling zelf. Beide modellen zijn niet ideaal. In het continentale model is er weinig ruimte voor nieuwe theorieën en methodes die tegen het opgezette systeem van de centrale overheid ingaan. In het Engelse model is er meer ruimte voor experimenten, maar is de zorg voor krankzinnigen ook meer ingericht als een bedrijf binnen de commerciële sector (iets was niet altijd bevorderlijk is voor het leveren van de beste zorg).

Nederland zat precies tussen deze twee modellen in. De zorg werd geregeld en gefinancierd vanuit de overheid. Er waren nationale wetten waar de zorg aan moest voldoen, maar deze wetten lieten veel ruimte open voor lokale overheden. Door dit decentrale element, was er ook meer mogelijkheid voor het experimenteren met radicaal nieuwe mogelijkheden. Het is belangrijk om hierbij te stellen dat dit niet makkelijk was, daarom is Meerenberg ook de uitzondering, maar het was dus wel mogelijk. Een combinatie van een vernieuwende dokter (in dit geval Dr. Everts), een lokale overheid die inzag dat er een nieuw modern gesticht moest komen én de leiding van dit gesticht de ruimte gaf om te moderniseren, en de financiering vanuit de staat, zorgde voor de opkomst van een modern en vernieuwend gesticht.

## 6: Samenvatting en conclusie

In dit onderzoek is kort gekeken naar de grote veranderingen in de psychiatrie tussen het einde van de 18<sup>e</sup> eeuw en het begin van de 19<sup>e</sup> eeuw. In deze periode is men krankzinnigen gaan zien als patiënten, de psychiatrie als wetenschap en de kwaliteit van de zorg in gestichten als maatschappelijk probleem. Er is een blik geworpen op de veranderende ideeën over geesteszieken en de opkomst van de moral treatment, een ontwikkeling waardoor men niet alleen meer oog kreeg voor de omstandigheden van de patiënten, maar waardoor ook op een meer filosofisch niveau nagedacht werd over de mentale staat van de geesteszieken. Hierna is gekeken naar de veranderingen in Nederland en wat de positie van Nederland was in deze internationale vernieuwingen. Het is duidelijk geworden dat de vernieuwingen in Nederland, op het terrein van wetgeving, omstandigheden in gestichten en de behandeling zelf, erg matig waren ten opzichte van het buitenland. Een mogelijke verklaring hiervan is het decentrale karakter van het politieke bestuur in Nederland, wat feitelijk werd bevestigd met de eerste krankzinnigenwet in 1841. Dit karakter heeft Nederland een meer gematigde weg opgeduwd als het aankomt op vernieuwing en modernisering in de psychiatrie en de wetgeving. Desondanks heeft dit karakter ook gezorgd voor een context waarin het nieuwe gesticht Meerenberg zich juist kon ontwikkelen tot een van de meest vernieuwende gestichten van Europa.

## Literatuurlijst

Aan de Kerk, Martje, 'Verstoten of verzorgd. Patronen van opname en ontslag in het Amsterdamse Dolhuis, 1640-1780', *Skript Historisch Tijdschrift* 33 (2014).

Aan de Stegge, Cecile, 'Jacob van Deventer (1848-1916)', gevonden op de site van verpleegkundigergoed.nl, 1.

<[http://verpleegkundigergoed.nl/images/biografieen/Jacob\\_van\\_Deventer\\_1848-1916\\_SHVB\\_2015-1.pdf](http://verpleegkundigergoed.nl/images/biografieen/Jacob_van_Deventer_1848-1916_SHVB_2015-1.pdf)> [Geraadpleegd 13-6-2016]

Binneveld, J.M.W., 'De oprganisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de 19<sup>e</sup> eeuw. Het ontstaan van het krankzinnigengesticht', *Groniek* 71 (1981).

Binneveld, J.M.W., en M.J. Lieburg, 'De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde', *Tijdschrift voor psychiatrie* 20 (1978).

Bouman, L., 'De wetenschappelijke beoefening der psychiatrie', Uitgesproken rede bij de aanvaarding van het hoogleraarsambt (Kampen, 1907).

Buist, Girbe, 'Een bezoek aan het psychiatrisch museum te Santpoort', *Groniek* 71 (1981).

Bynum, William, 'The rationales for therapy in British psychiatry 1780-1835', *Medical history* 18 (1964).

Charland, Louis, 'Benevolent theory: moral treatment at the York retreat', *History of psychiatry* 18 (2007).

Conolly, John, *The treatment of the insane without mechanical restraints* (Cambridge, 2013).

De Klerk, Willemieke, 'Opdat deze stichting bloeije', Masterscriptie cultureel erfgoed (Delft, 2011).

Didier, Marie, *Dans la nuit de Bicêtre*, (Poche, 2007).

Foucault, Michel, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Parijs, 1961).

Gauchet, Marchel, en Gladys Swain, *Madness and Democracy: The modern psychiatric universe* (Princeton, 1999).

Gijswijt-Hofstra, Marijke, en Harry Oosterhuis, 'Psychiatrische geschiedenissen', *BMGN* 116 (2001).

Goldstein, Jan, *Console and Classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*, (Cambridge, 1990).

Hoeksta, Wiebe, 'Krankzinnigen gesticht', *Groniek* 71 (1981).

Hofman, Elwin, 'De schaduw van Foucault. Over de opsluiting van krankzinnigen in de achttiende eeuw', *De uil van Minerva* 25, (2012).

Janzing, Clemens, en Jan Kerstens, *Werken in een therapeutisch milieu*, (Houten, 2005).

Kappelhof, A.C.M., *Reinier van Arkel 1442-1992. De geschiedenis van het oudste psychiatrische ziekenhuis van Nederland* ('s-Hertogenbosch, 1992).

Kramer, F., 'De geneeskundige behandeling en de verpleging van geesteszieken van de middeleeuwen tot heden', *Groniek* 71 (1981).

Macalpine, Ida, en Richard Hunter, 'The 'insanity' of King George III: a classic case of porphyria', *British Medical Journal* 1 (1966).

Roberts, Andrew, 'The lucany commission', een databank opgesteld vanuit Middlesex university,  
<<http://studymore.org.uk/3s.htm#3S.4.11>> [Geraadpleegd op 13-6-2016]

Scull, Andrew, 'A Brilliant Career? John Conolly and Victorian Psychiatry', *Victorian Studies* 27 (1984).

Suzuki, Akihito, 'The politics and ideology of Non-restraint: the case of the Hanwell asylum', *Medical history* 39 (1995).

Weiner, Dora, 'Chapter 8: Philippe Pinel in the twenty-first century', in: Edwin Wallace en John Gach (red.), *History of Psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*, (Columbia, 2008).

Van der Esch, P., 'De staatszorg en de wetgeving met betrekking tot de krankzinnigen, in het bijzonder in de provincie Groningen', *Groniek* 71 (1981).

Van Gijn, Jan, en Joost Gijselhart, 'Schroeder van der Kolk en de krankzinnigenzorg', *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* 154 (2010).