

Krankzinnig verklaard

Een comparatief onderzoek naar het ziektebeeld, de diagnostisering en de behandeling van mannelijke en vrouwelijke patiënten in het Geneeskundig Gesticht Utrecht van 1841 tot 1871



Margot Maas, s4126335
Masterscriptie Geschiedenis en Actualiteit
15 juni 2017, eerste gelegenheid
Onder begeleiding van prof. dr. J. Kok
Radboud Universiteit Nijmegen

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
INLEIDING	3
HOOFDSTUK 1: VAN 'GENEESKUNDIG GESTICHT' NAAR 'BEWAARPLAATS'	10
HOOFDSTUK 2: DE PATIËNTEN VAN HET UTRECHTSE GESTICHT IN CIJFERS	17
HOOFDSTUK 3: DE WEG NAAR EEN OPNAME	27
HOOFDSTUK 4: 'WEDERKERING' TOT DE MAATSCHAPPIJ?	37
HOOFDSTUK 5: DE PATIËNT AAN HET WOORD	44
CONCLUSIE	49
BIBLIOGRAFIE	52

Inleiding

‘Laat varen alle hoop gij die hier binnentreedt.’

Deze spreuk hing ooit boven de ingang van een van de oudste krankzinnigengestichten in Nederland, het Geneeskundig Gesticht Utrecht, vandaag de dag bekend als het Willem Arntsz Huis.¹ De spreuk komt uit Dantes *Divina Commedia* en prijkte in dat epos boven de poort van de hel.² Een verwijzing die blijkbaar ook toepasbaar geacht werd op een gesticht. Het dolhuis werd opgericht in 1461 voor ‘dolle en armlastige’ mensen uit Utrecht.³ Het huis diende meer als een bewaarplaats voor wie de maatschappij tot last was. Pas in negentiende eeuw kreeg de inrichting ook therapeutische doeleinden door *‘[de krankzinnigen] zooveel mogelijk te leiden tot het verstand, terug te brengen en aan de Maatschappij weder te schenken.’*⁴

Onderzoek naar psychiatrie is vanaf de Tweede Feministische Golf sterk verbonden aan onderzoek naar gendernormen. Vanaf de jaren zeventig in de twintigste eeuw claimden wetenschappers dat ‘waanzin’ bovenal een vrouwelijke ziekte was; meer vrouwen dan mannen zouden opgenomen worden in een gesticht. Daarnaast zouden vrouwen benadeeld worden in de diagnostisering. Onderzoeken als deze focussen zich met name op de negentiende eeuw; een periode met veel veranderingen in het gestichtswezen. Dat gold niet alleen voor Nederland.; binnen de gehele westerse wereld veranderden de krankzinnigengestichten sterk. Nieuwe ideeën over de beste oplossingen kwamen op in Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland, allerlei overheden vaardigden wetten en regels uit en de psychiatrie als medische specialisatie kwam op. Het heeft de basis gelegd voor hoe er nu in onze maatschappij met mentale stoornissen wordt omgegaan. Het diagnosticeren van mensen, het op zoek gaan naar een oplossing en het geloof dat geestesziekte te genezen is; allemaal processen die begonnen in de negentiende eeuw. Door te onderzoeken hoe in de negentiende eeuw het ziektebeeld van patiënten geschetst werd in patiëntendossiers kan achterhaald worden hoe de sekse van een patiënt hierin een rol speelde.

¹ In 1906 werd hier nog de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder aan toegevoegd. Vanaf 1928 werd de naam van de gestichten gewijzigd in de Willem Arntsz Stichting. Nu valt de Willem Arntsz Stichting onder de geestelijke gezondheidszorgorganisatie Altrecht; Het Utrechts Archief (HUA), ‘Willem Arntsz Stichting te Utrecht’, <<http://hetutrechtsarchief.nl/onderzoek/813/informatie>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

² J. Vijselaar, *Het gesticht, enkele reis of retour?* (Amsterdam 2010), 321.

³ H. van den Berg (red.), *Het Willem Arntsz Huis 1461-2008: gasthuys voir die dulle lude / psychiatrisch ziekenhuis* (Utrecht 2008), 18-19.

⁴ Berg, *Het Willem Arntsz Huis*, 54.

Historiografie over psychiatrie

De geschiedenis van de psychiatrie werd lang alleen onderzocht door medici met een interesse in de opkomst en ontwikkeling van hun eigen vakgebied. Zij schrijven het verloop van krankzinnigengestichten als een vooruitgangsverhaal met de negentiende eeuw als het hoogtepunt van beschaving; de eeuw waarin de psychiatrie opkwam. In de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw veranderde deze blik op het verleden door het invloedrijke werk *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* van de Franse filosoof Michel Foucault.⁵ In dit werk zet hij zich af tegen de geschiedenis van de psychiatrie als een vooruitgangsverhaal; het verhaal dat de zorg voor 'gekke' steeds beter en humaner was geworden. Psychiatrische inrichtingen waren juist een vorm van sociale controle, repressie en normalisering. Dit was begonnen in het midden van de zeventiende eeuw, niet de negentiende eeuw, zoals de medische 'amateur'-historici hiervoor beweerden. Vanaf die eeuw begon in heel West-Europa een fenomeen wat Foucault 'de grote opsluiting' noemt. Personen die buiten de maatschappij vielen, zoals zwervers en criminelen, werden in armen- en werkhuizen opgesloten. De psychiatrie was geen oorzaak van de opkomst van het krankzinnigengesticht maar een gevolg.⁶

Deze kritische blik beïnvloedde geschiedschrijving in met name Duitsland, Frankrijk, Engeland en de Verenigde Staten. Ook in Nederland begon, toen in 1975 een vertaling van Foucaults werk uitkwam, een revisionistische stroming op gang te komen. Foucault en andere sociaalhistorici uit deze stroming waren beïnvloed door de antipsychiatrie en antiautoritaire protestbeweging van de jaren zestig uit de twintigste eeuw.⁷ Er kwamen in die jaren veel negatieve geluiden op over de massa-institutionalisering. Een psychiatrische inrichting werd niet meer als de juiste oplossing voor de genezing van 'gekte' gezien.⁸ Deze stroming beschouwt waanzin als een negentiende-eeuwse historische constructie; inrichtingen waren onderdeel van een beschavingsoffensief.⁹

In de jaren negentig kwam er een reactie op deze visie. Deze was gebaseerd op een omarming van de biomedische benadering van geesteszieken, een groot vertrouwen in hersenonderzoek en in de werking van medicijnen en een teleurstelling over en afkeer van de

⁵ A. Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen* (Zwolle, 1996), 11-18; Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Parijs 1961).

⁶ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 11-18.

⁷ Oosterhuis, H. en Gijswijt-Hofstra, M., *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008), 10, 20. Voorbeelden van andere auteurs uit deze stroming: T. Szasz, *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct* (New York 1967); R. Castel, *The regulation of madness. The origins of incarceration in France* (Berkeley 1988); A. Scull, *Museum of madness: the social organization of insanity in 19th century England* (London 1979).

⁸ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 10.

⁹ J. Melling en B. Forsythe (red.), *Insanity, institutions, and society, 1800-1914* (London 1999), 18.

erfenis van de jaren zestig.¹⁰ Voor wetenschappers uit deze stroming was waanzin geen constructie in de negentiende eeuw maar iets wat werkelijk bestond. Inrichtingen waren geen vorm van sociale dwang, maar het concept had wel gefaald. Door overbevolking van de gestichten in de negentiende eeuw konden therapeutische overtuigingen namelijk niet nageleefd worden.¹¹

Na de eeuwwisseling maakte dit biomedische perspectief plaats voor het postrevisionisme. Vanaf dat moment probeerden historici de ontwikkeling van de psychiatrie te begrijpen in samenhang met de samenleving.¹² Voorbeelden van wetenschappers uit deze beweging zijn de historici Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra. Zij verklaren de toename aan hulpbehoevenden in de psychologische/psychiatrische zorg in de twintigste eeuw met behulp van secundaire literatuur en gedrukte twintigste-eeuwse tijdschriften over geestelijke zorg. Waanzin was, in hun ogen, in de negentiende en twintigste eeuw geen vorm van sociale dwang, maar wel sociaal en cultureel bepaald.¹³

Een andere wetenschapper uit deze stroming is de historicus Joost Vijelaar. Om de psychiatrie beter te begrijpen, maakt hij gebruik van nieuw bronmateriaal en een nieuwe methode. Met behulp van patiëntendossiers van drie verschillende Nederlandse gestichten ontkracht hij de theorie van Foucault. Opname in een gesticht was veel meer afhankelijk van de (on)mogelijkheden en wensen van gezinnen en dus geen vorm van sociale dwang, althans niet op de grote schaal waarover Foucault spreekt. Daarnaast benadrukt hij dat de geesteszieken niet alleen in inrichtingen opgevangen werden, maar ook op andere plaatsen in de samenleving werden verzorgd. Daar is tot op heden nog weinig onderzoek naar gedaan.¹⁴

Een debat over ‘moeilijke’ vrouwen

Foucault gaf niet alleen de aanzet tot een nieuwe kijk naar psychiatrische inrichtingen in het algemeen. Zijn visie over gestichten als een vorm van sociale dwang zorgde er mede voor dat onderzoekers in de jaren zeventig de psychiatrie gingen bekijken als een vorm van onderdrukking van vrouwen door mannen. Ook beïnvloed door de Tweede Feministische Golf gingen zulke onderzoekers, waarvan Elaine Showalter de belangrijkste is, zich mengen in het onderzoek naar de geschiedenis van de psychiatrie. Voor vrouwen zouden inrichtingen niet zomaar een vorm van sociale dwang zijn, maar een vorm van dwang zodat ‘moeilijke’ vrouwen

¹⁰ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 20. Een voorbeeld van een auteur uit deze stroming is E. Shorter, *A history of psychiatry, from the era of asylum to the age of Prozac* (New York 1997).

¹¹ Shorter, *A history of psychiatry*, 33.

¹² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 20.

¹³ Ibidem, 4-19.

¹⁴ Vijelaar, *Het gesticht*, 11-15, 81-82.

zich zouden conformeren naar de norm. Deze onderzoekers claimen dat waanzin in de negentiende en twintigste eeuw een vrouwelijke ziekte was.¹⁵ Meer vrouwen ervoeren waanzin dan mannen en in representaties van waanzin in kunst en literatuur werd het vaker aan vrouwen gekoppeld. Het was een 'label' dat gebruikt werd als straf voor vrouwen die probeerden te ontsnappen aan de bestaande gendernormen en het vrouw-zijn.¹⁶

Door veel auteurs is aangetoond dat deze wetenschappers een eenzijdig beeld hebben.¹⁷ De hogere bezetting van vrouwen in inrichtingen kan verklaard worden door andere factoren, zoals het langer leven van vrouwen, en is daarnaast een weerspiegeling van het hogere aantal vrouwen in de rest van de maatschappij.¹⁸ Ook zijn alleen de vrouwen onderzocht, maar om de genderrelaties te begrijpen moeten beide seksen bekeken worden. Er was geen sprake van vervrouwelijking van waanzin, maar van een differentiatie van medische categorieën van waanzin waar genderaannames aan verbonden waren.¹⁹ Gender had dus wel effect op de definitie en ervaring van 'gekte'.²⁰

Doel onderzoek

De invloed van gender op de definitie en ervaring van krankzinnigheid is precies waar dit onderzoek zich op richt door te bekijken op welke manier gender een rol speelde bij de totstandkoming van een ziektebeeld, diagnose en behandeling van mannelijke en vrouwelijke patiënten in een Nederlands krankzinnigengesticht van 1841 tot 1871. Het Geneeskundig Gesticht Utrecht wordt gebruikt als casus. Het onderzoek start in 1841 omdat in dat jaar in Nederland de eerste Krankzinnigenwet werd ingevoerd, waardoor vanaf dat moment inschrijvingsregisters en patiëntendossiers bijgehouden – en grotendeels bewaard – werden.²¹ Vanwege het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek moest worden uitgevoerd, is gekozen voor een tijdsperiode van dertig jaar vanaf het moment dat de wet werd ingevoerd.

¹⁵ Voorbeelden van wetenschappers met deze visie: E. Showalter, *The female malady. Women, madness and the English culture, 1830-1980* (New York 1985); P. Chessler, *Women and madness: revised and updated* (New York 2005); J. Ussher, *Women's madness, misogyny or mental illness?* (Exeter 1991); Y. Ripa, *Women and madness. The incarceration of women in the nineteenth century* (Minneapolis 1986).

¹⁶ Showalter, *The female malady*, 3-5; P. Chessler, *Vrouwen en waanzin* (Amsterdam 1980), 15-16.

¹⁷ Voorbeelden van auteurs uit deze stroming: A. Shepherd, 'The female patient experience in two late-nineteenth-century Surrey asylums', *Clio Medica* 73 (2004), 223-248; J. Busfield, 'The female malady? Men, women and madness in nineteenth century Britain', *Sociology* 28.1 (1994), 259-277; H. Marland, 'Disappointment and desolation: women, doctors and interpretations of puerperal insanity in the nineteenth century', *History of Psychiatry* 14 (2003), 303-320; R. Houston, 'Madness and gender in the long eighteenth century', *Social History* 27.3 (2002), 309-326; E. Haavio-Mannila, 'Development of sex differences in economic activity and mental health in Scandinavia', *Acta Sociologica* 22.1 (1979), 5-27.

¹⁸ Shepherd, 'The female patient experience', 243; Busfield, 'The female malady?', 260-276.

¹⁹ Busfield, 'The female malady?', 260-276.

²⁰ Houston, 'Madness and gender', 309-310, 325; Haavio-Mannila, 'Development of sex differences', 6, 25.

²¹ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 98.

De negentiende eeuw is een periode van hervorming en experimenten geweest waarmee de basis gelegd is voor de psychiatrie en psychologie van vandaag de dag. Nog breder dan dat, de basis is gelegd voor hoe wij naar mentaal instabiele mensen kijken; hoe wij ‘gekke’ en ‘gezonde’ mensen definiëren. Om dat te begrijpen, moeten we weten hoe dit zo gegroeid is. Ondanks dit belang is er nog weinig onderzoek gedaan naar negentiende-eeuwse inrichtingen in Nederland.

Bronmateriaal

Het belangrijkste bronmateriaal voor dit onderzoek zijn de patiëntendossiers en een inschrijvingsregister van het Utrechtse krankzinnigengesticht.²² Dit bronmateriaal is nog nauwelijks gebruikt voor historisch onderzoek. Het inschrijvingsregister is een lijst van opgenomen patiënten. Aan iedere patiënt die de inrichting binnenkwam, werd een volgnummer toegekend. Deze en de personalia werden genoteerd in het register. Aan de hand van deze gegevens is een database gemaakt om onder meer te kunnen analyseren hoeveel patiënten er opgenomen werden, hoe lang ze bleven, in welke staat ze de inrichting verlieten, welke leeftijd ze hadden en hun sociaaleconomische positie. Zo kan bekeken worden of hierin verschillen bestonden tussen mannen en vrouwen. Het register vormt een mooie bron maar heeft helaas ook zijn beperkingen. Niet alle gegevens zijn even consequent bijgehouden, zoals de diagnoses of beroepen. Ook kan het dat de verplegers fouten hebben gemaakt of niet alles naar waarheid hebben opgeschreven. Daarnaast benoemt het register geen sekse van de patiënten; deze zijn afgeleid van de voornamen. Soms worden er geen voornamen gegeven, slechts initialen.

Op basis van de gemaakte database zijn vervolgens 32 patiënten gekozen met 38 dossiers; sommige patiënten hebben meerdere dossiers. Uit de database is onderzocht welke gemeenschappelijke factoren van belang zijn om te onderzoeken in de dossiers, bijvoorbeeld een patiënt die overlijdt, een patiënt die na enkele dagen naar huis gaat of juist zeer lang blijft. Al deze verschillende belangrijke factoren komen bij één of meerdere van de gekozen patiënten naar voren. Verder is ervoor gekozen om te zoeken naar dossiers die allereerst aanwezig waren en daarnaast voldoende informatie bevatten om te gebruiken. Vervolgens is de keuze willekeurig verlopen.

Bij de analyse van deze dossiers is onder meer gekeken naar de oorzaken voor opname, de symptomen die genoemd werden, de diagnose die gegeven is, de behandelingsvormen die

²² Het bronmateriaal is onderdeel van het archief van de Willem Arntsz Stichting, te raadplegen bij Het Utrechts Archief met toegangsnummer 813: <http://www.hetutrechtsarchief.nl/archief/WillemArntszStichting813>. Het archief bevat nog meer bronmateriaal dan de dossiers en het register die hier gebruikt zijn.

toegepast werden en of er gesproken werd over verbetering of verslechtering. Ook hier is het mogelijk dat niet alles even zorgvuldig werd genoteerd. Doordat de dossiers echter altijd een grotendeels constante structuur en opbouw hadden, is het goed mogelijk om de dossiers te gebruiken voor een vergelijkend onderzoek.²³ De regels van het gesticht voor de bedienden uit 1835 zijn gebruikt om naast de dossiers te leggen en zo bepaalde onduidelijkheden omtrent de omgang tussen patiënt en medewerker op te heffen. De dossiers bieden onderzoekers de kans om het krankzinnigengesticht niet meer alleen vanaf beleidsniveau te bekijken, maar dichterbij de ‘stem’ van patiënten te komen.²⁴ Naast de eerdergenoemde Vijselaar zijn er nog andere wetenschappers uit de postrevisionistische stroming die gebruik hebben gemaakt van dossiers als bron.²⁵

De dossiers bevatten niet alleen notities van artsen maar ook brieven van patiënten aan naasten of andersom. Uit andere onderzoeken is gebleken dat brieven als deze in een dossier terechtkwamen, omdat geneesheren uit een gesticht het recht hadden om brieven van de patiënten te onderscheppen en te lezen.²⁶ Met deze brieven komen onderzoekers nog dichterbij de geesteszieken dan met de aantekeningen van artsen.²⁷ Slechts vier dan de gebruikte dossiers bevatten egodocumenten als deze en deze zijn ook nog eens allemaal geschreven door mannen. Het materiaal is op dit moment dus niet voldoende om een antwoord op de hier gestelde vraag te kunnen geven, maar het biedt wel een mooie kans om te onderzoeken wat de waarde van dit materiaal is.

²³ Vijselaar, *Het gesticht*, 18-19.

²⁴ B.D. Kelly, ‘Searching for the patient’s voice in the Irish asylums’, *Medical Humanities* 42.2 (2016), 87-91, alhier 88.

²⁵ Suzuki onderzoekt de manier van noteren in negentiende-eeuwse patiëntendossiers van Engelse psychiatrische inrichtingen; Weevers en Bijleveld onderzoeken vrouwelijke psychiatrische patiënten overgeplaatst uit Rijkswerkinrichtingen om te kijken of hun mentale gesteldheid de oorzaak was van hun bedelarij en zwerven; Jeffries en Duff onderzoeken dossiers van vrouwelijke patiënten gediagnostiseerd met een psychose of manie na de bevalling, tijdens de zwangerschap of tijdens de lactatieperiode; Marland onderzoekt negentiende-eeuwse patiëntendossiers van vrouwen met dezelfde diagnose als Jeffries en Duff; Shepherd maakt gebruik van dossiers om de ervaringen van vrouwelijke patiënten te onderzoeken met het doel het werk van Showalter te ontkrachten; Kelly maakt gebruik van dossiers om te onderzoeken hoe de diagnostisering van neurosyfilis verloopt in negentiende-eeuws Ierland. A. Suzuki, ‘Framing psychiatric subjectivity. Doctor, patient and record-keeping at Bethlem in the nineteenth century’, in J. Melling en B. Forsythe (red.), *Insanity, institutions and society 1800-1914* (London 1999), 115-136; M. Weevers en C. Bijleveld, ‘Mad, bad or sad? Dutch female beggars and vagabonds sent from the State of Labor Institution to the State Mental Asylum at the turn of the 19th century’, *Women & Criminal Justice* 24.3 (2014), 176-192; D. Jeffries en M. Duff, ‘Historical perspectives: a snapshot of women admitted to psychiatric facilities with psychosis or mania after childbirth in the late Victorian and inter-ward periods’, *Journal of Advanced Nursing* 71.12 (2015), 2799-2810; H. Marland, ‘Disappointment and desolation: women, doctors and interpretations of puerperal insanity in the nineteenth century’, *History of Psychiatry* 14 (2003), 303-320; A. Shepherd, ‘The female patient experience in two late-nineteenth-century Surrey asylums’, *Clio Medica* 73 (2004), 223-248; B.D. Kelly, ‘Syphilis, psychiatry and offending behaviour: clinical cases from nineteenth-century Ireland’, *Irish Journal of Medical Science* 178.1 (2009), 73-77.

²⁶ Vijselaar, *Het gesticht*, 17.

²⁷ Kelly, ‘Searching for the patient’s voice’, 87-88.

Opbouw onderzoek

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. In het eerste hoofdstuk zal het Krankzinnigenwezen in de negentiende eeuw in Nederland besproken worden, waarin met name aandacht gegeven wordt aan het gesticht in Utrecht. In het volgende hoofdstuk wordt, met behulp van de inschrijvingsregisters, ingezoomd op de populatie van de inrichting om de eerste verschillen tussen mannen en vrouwen te onderzoeken. Vervolgens wordt het verblijf van de patiënten behandeld in vier fasen. In het derde hoofdstuk worden de opname en de diagnostisering van de patiënten behandeld en in het vierde hoofdstuk het verblijf en het vertrek.²⁸ Binnen deze vier fasen worden de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten onderzocht. Het laatste hoofdstuk wordt gewijd aan de waarde van ander bronmateriaal uit het archief van de Willem Arntsz Stichting voor dit onderzoek. Dit alles wordt samengebracht in de conclusie, waarin een antwoord op de vraagstelling zal worden gegeven.

²⁸ Vijselaar, *Het gesticht*, 20-23.

Hoofdstuk 1: Van ‘geneeskundig gesticht’ naar ‘bewaarplaats’

Krankzinnigheid is van alle tijden, maar wie als krankzinnig gezien wordt en de manier van omgang met krankzinnigen is altijd aan verandering onderhevig. In dit eerste hoofdstuk zal een korte geschiedenis van de omgang met krankzinnigen geschetst worden, met de focus op de negentiende eeuw. Het Geneeskundig Gesticht Utrecht speelde een grote rol in de negentiende-eeuwse veranderingen en deze rol wordt in dit hoofdstuk belicht.

Het afzonderen van ‘gekte’

Dat ‘gekte’ altijd deel van onze samenleving is geweest, is al benoemd, maar krankzinnigen werden niet als aparte groep gezien en dus ook niet apart behandeld. Zo bestonden er in de middeleeuwen wel liefdadigheidsorganisaties voor hulpbehoevenden, zoals gast-, oudemannen- en oude vrouwenhuizen, waarin ongetwijfeld ook geesteszieken terecht kwamen, maar deze huizen waren niet speciaal voor hen opgezet.²⁹ In de zeventiende en achttiende eeuw gebeurde dat steeds meer in de vorm van verbeter- en dolhuizen. De definitie van een geesteszieke was echter nog zeer breed: zowel demente bejaarden en zwakzinnigen als epileptici en melancholici werden als krankzinnig gezien.³⁰

Deze opkomst van instellingen speciaal voor krankzinnigen ging samen met een toename van hulpbehoevenden. Dat zou kunnen duiden op een afname van tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag in de openbaarheid.³¹ Niet alleen geesteszieken werden namelijk steeds meer afgezonderd van de samenleving, maar ook andere ‘lastige’ groepen als criminelen, zwervers, bedelaars en chronisch zieken. Dit proces van afzondering is wat Foucault ‘de grote opsluiting’ noemt. Het zal in de praktijk echter minder massaal en systematisch gebeurd zijn als Foucault het doet voorkomen; veel probleemgevallen bleven nog gewoon in de gemeenschap.³²

De opsluiting van ‘probleemgevallen’ was gebaseerd op een optimistisch geloof in vooruitgang dat met (her)opvoeding mensen zelfbeheersing, verantwoordelijkheid, orde en regelmaat bijgebracht konden worden. Over krankzinnigen bestond de overtuiging dat door ingrijpen deze mensen weer tot rede gebracht konden worden. Door deze ‘hoop’ werd het steeds interessanter gevonden om voorzieningen uitsluitend voor hen op te zetten.³³

²⁹ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 19.

³⁰ Ibidem, 23.

³¹ Ibidem, 20-21.

³² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 31.

³³ Ibidem, 30-32.

Het idee van een instelling alleen voor ‘dollen’ kwam als eerste op in Frankrijk en Groot-Brittannië.³⁴ Daar waren in de loop van de achttiende eeuw steeds meer stemmen opgekomen die riepen om verandering; krankzinnigen zouden in de bestaande instellingen meer als dieren dan als mensen behandeld worden en dat droeg niet bij aan de genezing. De Engelse Quaker William Tuke (1732-1822) begon een klein gesticht in York waar humaniteit, huiselijkheid en arbeid centraal stonden in tegenstelling tot de traditionele dol- en werkhuizen die een focus hadden op opsluiting en bewaring. In Frankrijk kwam de hervorming vanuit de arts Philippe Pinel (1745-1826). Ten tijde van de Franse Revolutie werkte hij zijn nieuwe inzichten over een ‘zedenkundige behandeling’ van krankzinnigen uit in de Parijse gestichten Bicêtre, voor mannen, en de Salpêtrière, voor vrouwen. Voor beide heren was een instelling voor alleen krankzinnigen cruciaal om te zorgen voor een therapeutisch klimaat die de genezing bevorderde.³⁵

Deze hervormingen legden de nadruk op een moreel-opvoedkundige behandeling. Patiënten werden geobserveerd, symptomen werden opgeschreven en geclassificeerd om vervolgens een diagnose te kunnen stellen.³⁶ Psychische ziektes zouden veroorzaakt worden door emoties. Er werd vaak gewezen op oorzaken als eenzaamheid, onbevredigde seksuele verlangens en spanningen als gevolg van werkeloosheid. De beste behandelmethode waren beweging en werk; dwang en geweld zou juist tot verbittering en onstuimig gedrag leiden.³⁷ Dit gedachtegoed gaf in zowel Groot-Brittannië als Frankrijk de aanzet tot hervorming van het krankzinnigenwezen en de daarbij behorende wetgeving. Ook in de Duitse staten werd, onder leiding van de overheden, rond deze tijd een eerste poging tot hervorming gedaan.³⁸

Hervorming in Nederland

In Nederland duurde het lang voordat het nieuwe gedachtegoed uit de rest van Europa voet aan de grond kreeg. Pas nadat de onafhankelijkheid van Frankrijk herkreten was in 1813, begon de nationale overheid meer aandacht te besteden aan de krankzinnigenzorg; de taak voor opname lag eigenlijk bij de lokale besturen. Op 11 april 1818 werd een Koninklijk Besluit, ook wel bekend als het ‘Menschlievend Besluit’, uitgevaardigd dat opriep tot een verbetering van de krankzinnigenzorg. Voor het eerst werd expliciet vastgelegd dat gestichten bedoeld waren om

³⁴ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 33.

³⁵ J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997), 13-14.

³⁶ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 36-38.

³⁷ J. Dankers en J. van der Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoevenkliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996), 32, 34.

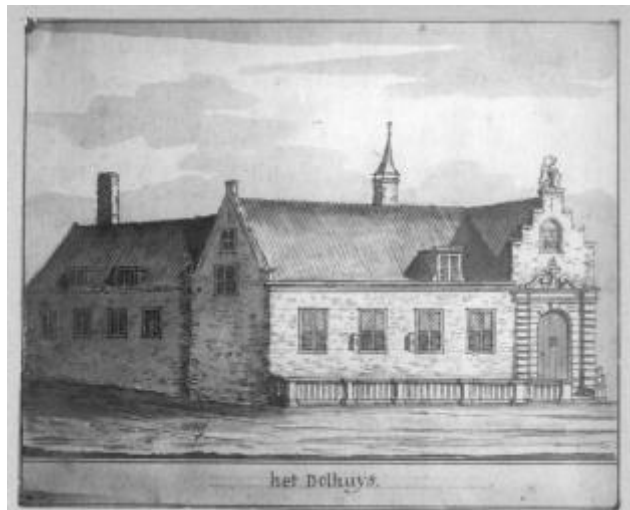
³⁸ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 13-14.

krankzinnigen te genezen en werden ze als eigen categorie, los van andere ‘probleemgroepen’, benoemd. Gestichten die niet tot herstel bijdroegen moesten gesloten worden en andere moesten worden verbeterd; in de praktijk veranderde er echter weinig.³⁹ De overheid wilde hervormen maar wilde de provincies niet dwingen. De onafhankelijkheidsstrijd van België zorgde er daarnaast voor dat de overheid met andere zaken bezig was. Het regentencollege van het krankzinnigenhuis in Utrecht begon dus maar zelfstandig met hervormingen.⁴⁰

Het Geneeskundig Gesticht Utrecht

Het Utrechtse krankzinnigengesticht was opgericht in de vijftiende eeuw met behulp van de erfenis van Willem Arntsz. Deze man van gegoede komaf uit het stadsbestuur van Utrecht sprak over de stichting van een dolhuis met de broeders van het Sint Barbara- en Sint Bartholomeusgasthuis; na zijn dood werd daarom zijn erfenis hiervoor gebruikt. Initiatieven als deze waren niet ongewoon. Het was een vorm van naastenliefde en barmhartigheid, belangrijke christelijke plichten, die nog eens versterkt waren door de Moderne Devotie.⁴¹ Ook zal meegespeeld hebben dat de geesteszieken de stadsbewoners regelmatig overlast bezorgden; uit de fundatiebrief van het Willem Arntsz Huis blijkt dat de oprichting bedoeld was om ‘gevaarlijke gekken’ te isoleren.⁴²

In 1460 ging de bouw van start en op 26 januari 1461 was het Utrechtse Krankzinnigengesticht open voor de armlastige ‘volslagen dolle’ mensen uit Utrecht (of degenen die daar minstens drie jaar woonden).⁴³ Het bestond uit een hoofdgebouw en zes ‘dolhuisjes’ waar de krankzinnigen verbleven; er was dus plaats voor zes ‘patiënten’.



Het Utrechtse Dolhuis circa 1580-1620⁴⁴

³⁹ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 13-14, 21.

⁴⁰ Ibidem, 22.

⁴¹ De Moderne Devotie was een spirituele beweging binnen de Katholieke kerk die opkwam in de veertiende eeuw. De beweging legde de nadruk op vroomheid, eenvoud, het lezen van de religieuze teksten en bezinning: J.M. Bennett en C. Warren Hollister, *Medieval Europe. A short history* (New York 2006), 341.

⁴² Berg, *Het Willem Arntsz Huis*, 13. Dankers en van der Linden, *Van regenten en patiënten*, 19-21.

⁴³ Berg, *Het Willem Arntsz Huis*, 13-41.

⁴⁴ J. Stellingwerf, Collectie Het Utrechts Archief, 38421 <<http://www.hetutrechtsarchief.nl/beeldmateriaal/38421>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

In het hoofdgebouw woonden een ‘moeder’ en een aantal ‘meiden’ die de verzorging in handen hadden. Het bestuur bestond uit de broeders van de twee gasthuizen aangevuld met twee parochianen van de St. Nicholaaskerk.⁴⁵ De broeders bestuurden het huis tot 1538. Daarna kreeg een regentencollege het bestuur in handen. Inkomsten kwamen voort uit een verpleegprijs die patiënten betaalden, exploitatie van landgoed, subsidies van gemeenten, giften, schenkingen en legaten. Vanaf 1625 werden er academisch opgeleide medici aan het huis verbonden, die vaak ook deel uitmaakten van het regentencollege.⁴⁶

In 1827 trad prof. dr. J.L.C. Schroeder van der Kolk (1797-1862) toe tot het regentencollege van het Geneeskundig Gesticht Utrecht. Hij had al ervaring opgedaan in het Amsterdamse gesticht Buitengasthuis en had nu grootse plannen voor het Utrechtse gesticht. Gebrek aan geld was echter een groot probleem, aangezien zowel de gemeente als provincie Utrecht niets beschikbaar wilden stellen. Door een slim en zuinig financieel beleid, opname van rijkere patiënten, collectes en verkoop van kunstvoorwerpen slaagde de stichting er toch in genoeg middelen te verzamelen. In 1830 kreeg ze uiteindelijk toch nog (beperkte) financiële steun van stad en provincie, waardoor een jaar later gestart kon worden met het plan van Schroeder van der Kolk.⁴⁷

Als de verbouwing in 1834 klaar is, wordt geconcludeerd dat men zou ‘*vergeten dat men zich tussen krankzinnigen bevindt*’.⁴⁸ Er waren nu gescheiden afdelingen voor mannen en vrouwen en voor de geneeslijken en ongeneeslijken. Ook was er een aparte cel voor luidruchtige krankzinnigen, een apart gedeelte voor de rijkere patiënten en waren er werkplaatsen en ontspanningsplekken. Voor de nieuwste therapieën kwamen er badkamers met drop- en straalbaden (een plattegrond van het verbouwde gesticht is te vinden op pagina 16 van dit onderzoek). Het leek te werken want cijfers bevestigden dat steeds meer mensen de inrichting hersteld of verbeterd verlieten.⁴⁹

Dankzij het Utrechtse succes drong op veel plekken het besef door dat hervorming in de Nederlandse krankzinnigenzorg nodig was. C.J. Feith (1803-1881), referendaris van de krankzinnigenzorg, zocht in 1837 contact met Schroeder van der Kolk. Ze maakten samen een plan van aanpak voor verbeteringen in de rest van Nederland; het Geneeskundig Gesticht Utrecht diende hiervoor als model. Hervormingen van andere gestichten bleven echter uit dus

⁴⁵ Dankers en van der Linden, *Van regenten en patiënten*, 19.

⁴⁶ Berg, *Het Willem Arntsz Huis*, 13-41.

⁴⁷ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 22-23.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibidem.

besepte de nationale overheid dat wetgeving noodzakelijk was. Op 1841 was het dan eindelijk zover en werd een Krankzinnigenwet ingevoerd.

De Eerste Krankzinnigenwet in Nederland

Met de wet van 1841 kwam er een duidelijkere opnamestructuur. De krankzinnige zelf, de familie of de officier van justitie diende een verzoek tot opname in bij de arrondissementsrechtbank. Werd de persoon in kwestie opgenomen dan werd zijn of haar toestand vier weken lang dagelijks genoteerd in het gesticht. Vervolgens konden deze vier weken, als dit nodig was, verlengd worden tot een proefperiode van één jaar. Deze proef kon tweemaal verlengd worden. Als de patiënt daarna nog steeds in het gesticht verbleef, werd hij of zij onder curatele geplaatst.⁵⁰

Ook kwam er door de wet een onderscheid tussen *‘geneeskundige gestichten, bepaaldelijk ingerigt met het doel om hunne herstelling te bevorderen’* en *‘bewaarplaatsen bestemd om ongeneeslijken van de maatschappij af te zonderen’*.⁵¹ Daarnaast mochten inrichtingen die niet bijdroegen aan verbetering van de patiënten gesloten worden. Hiervoor werd een inspectie ingesteld; de twee inspecteurs werden de eerdergenoemde heren Feith en Schroeder van der Kolk. De provinciale besturen moesten ervoor zorgen dat arme geesteszieken opgenomen konden worden; ze waren echter niet verplicht tot het bouwen van gestichten om voor voldoende plaatsen te zorgen, zoals ze dat in Frankrijk en Engeland wel waren.⁵² Het rijk, de provincie en de gemeenten konden de verantwoordelijkheid op elkaar afschuiven. Het enige wat de provincies deden, was particuliere initiatieven steunen, gebruik maken van de al bestaande instellingen of contracten sluiten met andere provincies.⁵³

Feith en Schroeder van der Kolk bezochten vanaf het moment dat de wet in werking trad allerlei gestichten en concludeerden dat het slecht gesteld was met het krankzinnigenwezen; dertien werden er opgeheven. Vanwege gebrek aan financiële middelen van de gestichtsbesturen, gemeentes en provincies werden geen nieuwe instellingen gebouwd, slechts verbeteringen aangebracht bij de al bestaande locaties in navolging van Utrecht.⁵⁴

⁵⁰ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 23-28; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 76; Het Utrechts Archief (HUA), ‘Willem Arntsz Stichting te Utrecht’, <<http://hetutrechtsarchief.nl/onderzoek/813/informatie>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

⁵¹ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 23-28.

⁵² Ibidem.

⁵³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 52.

⁵⁴ Vijselaar, *Gesticht in de duinen*, 23-28.

Uitzichtloosheid, sterfte en overbevolking

In de tweede helft van de negentiende eeuw nam het aantal opgenomen patiënten in Nederland sterk toe. Het steeg tussen 1850 en 1884 van vier naar elf geesteszieken op de tienduizend.⁵⁵ Gestichten konden de vraag niet aan en hadden tegelijkertijd te kampen met steeds meer chronische patiënten. Voor een stijging van het aantal geesteszieken dat opgenomen werd, zijn verschillende verklaringen mogelijk. Het kan zijn dat er steeds minder plek was voor afwijkend gedrag in de samenleving, waardoor meer individuen ‘opgesloten’ werden. Ook is het mogelijk dat steeds meer mensen gingen geloven dat krankzinnigheid verholpen kon worden door opname in een gesticht; er kwamen dus niet meer krankzinnigen, maar de krankzinnigen (of diens familie) gingen eerder over tot een opname. Daarnaast kan het zijn dat er werkelijk meer mensen krankzinnig werden. Er bestaan verschillende theorieën dat ziektes als neurosyfilis, alcoholische psychoses en schizofrenie in deze periode meer voor kwamen.⁵⁶ Ook konden bepaalde veranderingen in de maatschappij ervoor gezorgd hebben dat er meer geesteszieken kwamen, zoals de druk van modernisatie op individuen.⁵⁷

De verbeteringen van de zorg tussen 1845 en 1860 werden dus weer tenietgedaan door de overbevolking in de gestichten wat zorgde voor een onhoudbare situatie.⁵⁸ Het ideaal en de praktijk kwamen steeds verder uit elkaar te liggen; een kleinschalige en persoonlijke behandeling was onmogelijk in combinatie met de overbevolking. Het werd belangrijker om te zorgen voor orde, regelmaat, discipline met behulp van medicijnen en dwangmiddelen. Rust en genezing kwamen op de tweede plaats te staan, waardoor verbetering en herstel steeds minder voorkwamen. Sterftecijfers waren hoog en er kwamen vaak besmettelijke ziektes voor.⁵⁹ De overbevolking samen met bezwaren over de wet uit 1841 leidden tot de invoering van de Tweede Krankzinnigenwet in 1884. Deze wet bleef, met slechts een aantal wijzigingen, van kracht tot 1994.⁶⁰

In dit hoofdstuk is gebleken dat het Geneeskundig Gesticht Utrecht enkele decennia lang een uitzonderingspositie in Nederland vormde. De eerste stappen richting een hervorming van het gestichtswezen werden gezet en cijfers zouden laten zien dat deze hervormingen ook voor een beter resultaat zorgden. In het volgende hoofdstuk wordt bekeken hoe de populatie van krankzinnigen in het Utrechtse gesticht eruitzag.

⁵⁵ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 45-47.

⁵⁶ Shorter, *A history of psychiatry*, 50.

⁵⁷ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 39-40.

⁵⁸ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 97.

⁵⁹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 42, 50.

⁶⁰ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 97-98.

Hoofdstuk 2: De patiënten van het Utrechtse gesticht in cijfers

Vanaf 1841 begonnen de geneesheren en/of verplegers van het Geneeskundig Gesticht te Utrecht met het bijhouden van een inschrijvingsregister. Eerst werden de nog aanwezige patiënten genoteerd om vervolgens op 3 januari 1841 de eerste nieuwe patiënt in te schrijven. De gegevens van deze eerste persoon in 1841 tot en met de laatste persoon die in 1870 binnenkwam, zijn gebruikt voor dit hoofdstuk. De volgende gegevens werden van iedere patiënt genoteerd: registernummer, datum van inkomst, naam, klasse, burgerlijke staat, godsdienst, beroep, leeftijd bij binnenkomst, herkomst, datum van vertrek en de staat bij vertrek, hoe lang de klachten bestonden en een diagnose.⁶² Het geslacht van iedere patiënt is afgeleid van de voornaam. Met behulp van het register zal dit hoofdstuk eerst laten zien hoe de bevolking van het gesticht er in deze dertig jaar uitzag en vervolgens welke verschillen er tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten bestonden. Zo wordt het beeld al scherper over wie het nu eigenlijk gaat als er gesproken wordt over ‘de krankzinnigen’ van het Utrechtse gesticht.

De krankzinnigen in het Geneeskundig Gesticht Utrecht

Van 1841 tot 1871 werden 1.939 patiënten opgenomen. Deze patiënten kunnen opgedeeld worden in drie verschillende klassen die afgezonderd van elkaar in het gesticht verbleven. Een verblijf in de eerste of tweede klasse moest door de patiënt zelf of dienst naasten betaald worden, terwijl de derde klasse betaald werd door een gemeente of het gesticht zelf. De hogere klassen hadden bepaalde voordelen die hun verblijf aangenamer moesten maken. Zo hadden de patiënten uit de eerste en tweede klasse fraaie tuinen tot hun beschikking. Verder hadden de rijken meer badkamers en meer mogelijkheden tot vermaak, zoals een biljart, piano, kegelbaan en volière. Ook bestonden er verschillen in kleding en voeding tussen de drie klassen.⁶³

Patiënten in de laagste klasse vormden veruit de grootste groep: 66%.⁶⁴ De overige patiënten waren ongeveer gelijk verdeeld over de eerste en tweede klasse. Het verblijf in een bepaalde klasse hoeft niet per se iets te zeggen over iemands sociaaleconomische positie in de maatschappij. De patiënten kwamen bij een verblijf van langer dan drie jaar onder curatele te staan. Ze beschikten dan dus niet meer over hun eigen bezittingen. Daarnaast hadden vrouwelijke patiënten die getrouwd waren geen eigen bezit en woonden veel ongetrouwde vrouwen bij familie. De plaatsing in een klasse laat in deze gevallen dus zien of de naasten van

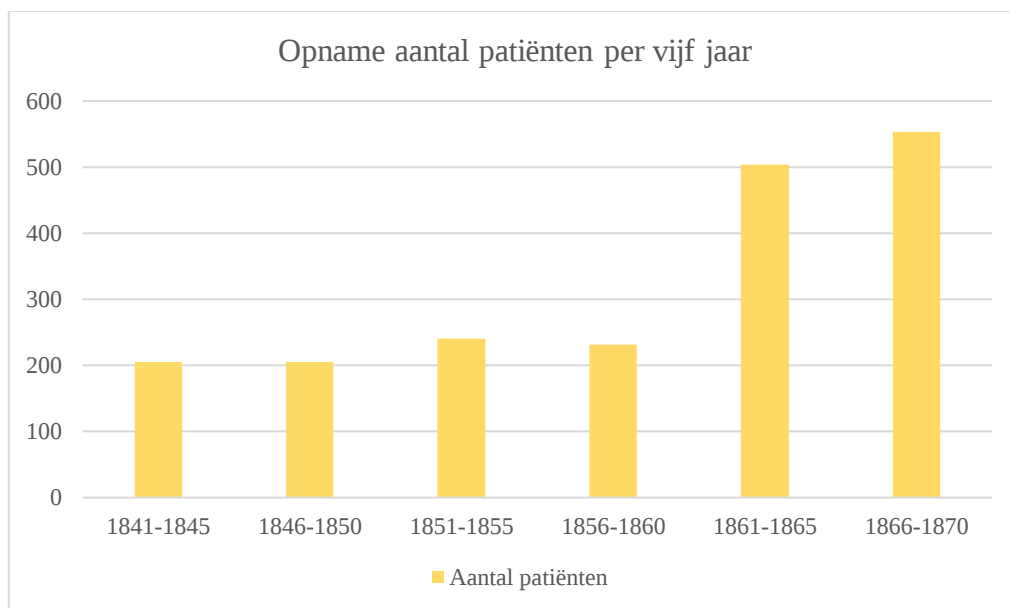
⁶² Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 337, Registers van patiënten 1841-1880 (nrs. 1-3317).

⁶³ Dankers en van der Linden, *Van regenten en patiënten*, 27; Vijselaar, *Het gesticht*, 127.

⁶⁴ Alle percentages in dit hoofdstuk zijn afgerond naar hele getallen. Dit voor de leesbaarheid.

de patiënt wel of geen bedrag wilden betalen voor het verblijf. Enkele patiënten wisselden tijdens hun verblijf van klasse, meestal omlaag. Blijkbaar konden (of wilden) de patiënt zelf of diens naasten het bedrag niet meer opbrengen.

In het vorige hoofdstuk is al gebleken dat binnen iedere klasse de mannelijke en vrouwelijke patiënten ook nog eens van elkaar werden gescheiden. Daarnaast konden de agressieve en drukke patiënten afgescheiden worden van degenen met ‘goed gedrag’. Volgens Schroeder van der Kolk leidden deze en andere verbeteringen tot een stijging van het aantal opnames.⁶⁵ Onderstaande grafiek laat zien dat er inderdaad, net als in de rest van Nederland, sprake was van een sterke stijging van het aantal opgenomen krankzinnigen.



In het laatste decennium van deze onderzoeksperiode is het aantal opgenomen patiënten bijna verdriedubbeld. Zoals het vorige hoofdstuk al liet zien, bestaat er nog veel discussie over de werkelijke oorzaak van deze enorme stijging. Dat deze toename zo enorm is, wijst er wel op dat de bevolkingsgroei in Nederland geen dekkende verklaring kan zijn.⁶⁶

De mensen die in het gesticht in Utrecht terechtkwamen, waren afkomstig uit heel Nederland en soms zelfs uit het buitenland. De meeste kwamen echter uit de provincie Utrecht, namelijk 62%. Ook wat betreft godsdienst was de populatie redelijk divers. Er zaten zowel katholieken als protestanten. De protestanten, zijn nog verder op te delen in Nederlands-hervormd en kleinere groeperingen zoals gereformeerd, luthers, doopsgezind en Waals-hervormd. Ook was er nog een kleine groep joodse patiënten, vaak aangeduid als Israëlitisch. De verdeling van godsdiensten in de Nederlandse samenleving van 1849 zag er als volgt uit.

⁶⁵ Berg, *Het Willem Arntsz Huis*, 57-58.

⁶⁶ Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie*, 45-47.

De protestanten (op te delen in verschillende groeperingen) maakten ongeveer 60% uit van de samenleving en de katholieken ongeveer 38%.⁶⁷ In het Utrechtse gesticht waren 67% van de totaal opgenomen patiënten protestants en 25% katholiek. Deze ‘scheve’ verhouding komt vermoedelijk omdat meer patiënten afkomstig zijn uit overwegend protestantse provincies – Friesland, Drenthe, Overijssel, Zeeland, Noord-Holland en Zuid-Holland – en in mindere mate uit de zuidelijke katholieke provincies Noord-Brabant en Limburg. Naast religie en herkomst werd de burgerlijke staat genoteerd. Deze notities laten zien dat ongeveer de helft ongehuwd was en 38% gehuwd – een kleine groep was weduwe/weduwenaar.

Veruit de meeste patiënten in het Geneeskundig Gesticht te Utrecht waren tussen de twintig en vijftig jaar. Dat hoeft niet per se iets te zeggen over de ‘vatbaarheid’ voor krankzinnigheid maar zal eerder een weerspiegeling zijn van de negentiende-eeuwse samenleving. De gemiddelde leeftijd van alle 1.939 patiënten was 42 jaar.

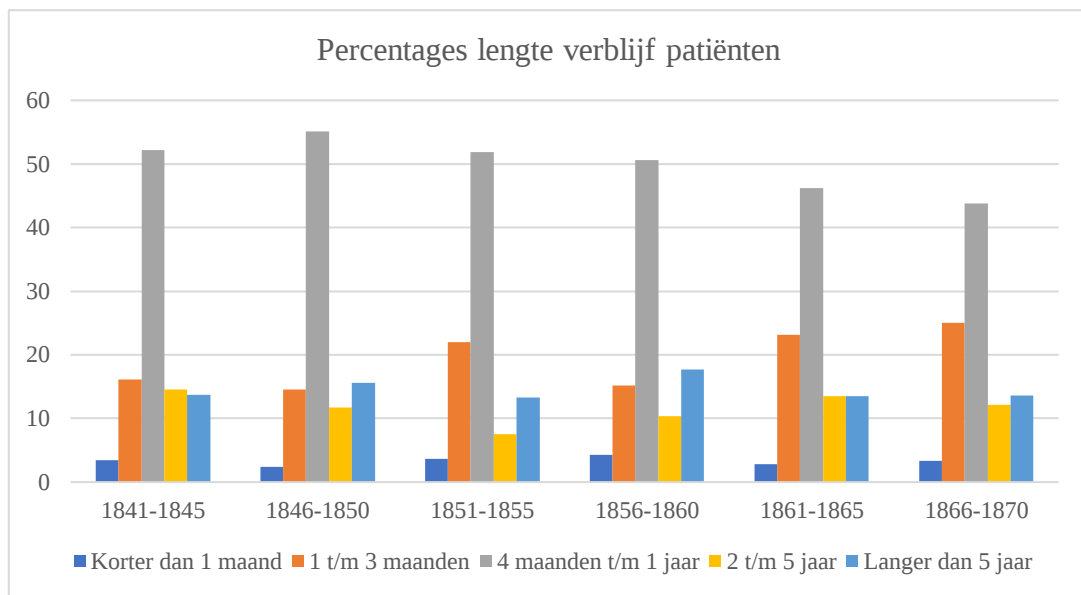
Het verloop van patiënten in Utrecht

Van iedere patiënt die overleed of het gesticht als hersteld, verbeterd of onverbeterd verliet, is een notitie gemaakt met de datum en de hoedanigheid van vertrek. Ongeveer 43% van de patiënten verliet het gesticht als hersteld, 37% als overleden, 11% als verbeterd, 5% als onverbeterd. Verder zijn er nog enkele patiënten die overgeplaatst werden naar een ander gesticht. De reden van overlijden hoeft niet gerelateerd te zijn aan de krankzinnigheid. Zo zijn er ook patiënten die in het gesticht besmet raakten met een ziekte en daaraan overleden; in 1849 overleden bijvoorbeeld zeventien patiënten aan een choleraepidemie. Andere doodsoorzaken genoteerd in het gesticht waren bijvoorbeeld epilepsie, trombose, longontsteking, diabetes en tumoren.⁶⁸

Met behulp van de datum van binnenkomst en vertrek is van iedere patiënt de duur van het verblijf uitgerekend. Daarvan is onderstaande grafiek gemaakt.

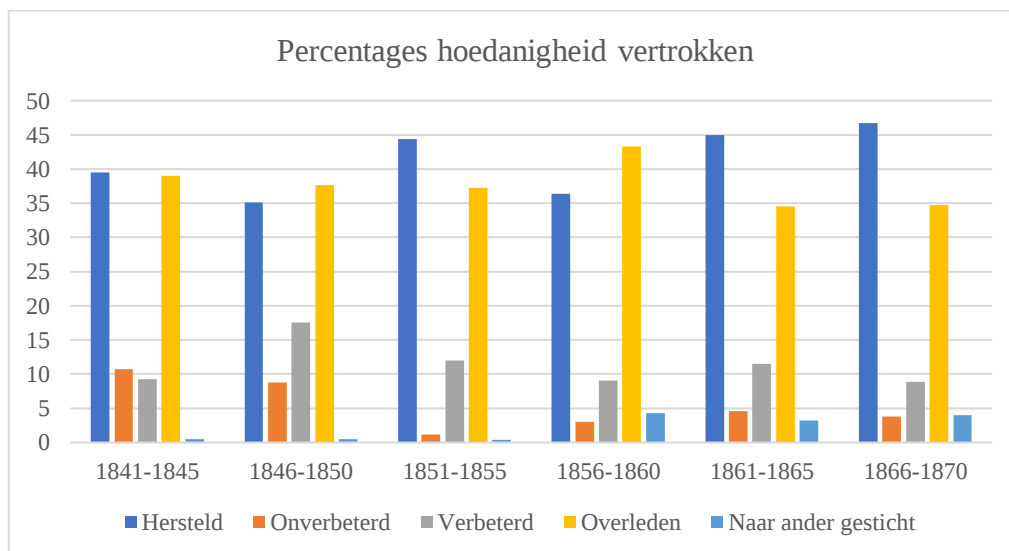
⁶⁷ H. Knippenberg, *De religieuze kaart van Nederland: omvang en geografische spreiding van de godsdienstige gezindten vanaf de Reformatie tot heden* (Assen 1992), 107, 121-122, 126, 176-177.

⁶⁸ L.J. Hut, *Statistiek Willem Arntsz Stichting 1844-1927* (Utrecht 1957), 79-80.



Deze grafiek laat de schommelingen door de jaren heen zien. Veruit de grootste groep bestond uit patiënten die langer dan drie maanden maar korter dan één jaar bleven. Dat is dertig jaar lang de grootste groep gebleven. Een andere constante is dat mensen die binnen één maand naar huis gingen de kleinste groep vormden.

Door veel wetenschappers is gesuggereerd dat in de negentiende eeuw steeds meer mensen lang in het gesticht bleven en dat het gesticht op deze manier in toenemende mate een ‘bewaarplaats’ werd.⁶⁹ De grafiek ondersteunt die gedachte niet. De groep mensen die langer dan vijf jaar in het gesticht bleef, heeft geen sterke stijging in de laatste decennia. Mogelijk speelt deze ontwikkeling zich met name na 1870 af. Ook de percentages van de staat van vertrek ondersteunen het idee van een bewaarplaats niet, zoals duidelijk wordt uit de volgende grafiek.



⁶⁹ Dankers en van den Linden, *Van regenten en patiënten*, 38; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief*, 41; Shorter, *A history of psychiatry*, 4, 65.

Het percentage patiënten dat hersteld naar huis ging, bleef zeer groot, ook in de laatste jaren. Ook het percentage patiënten dat overleed, vormde constant een grote groep. Het aantal onverbeterde patiënten nam af. Steeds meer mensen werden overgeplaatst naar een ander gesticht, deze groep bleef echter altijd veruit de kleinste groep.

Diagnostisering in het register

Aan iedere patiënt die ingeschreven werd, kon een diagnose toegekend worden. In de praktijk gebeurde dit bij 1.388 personen van de 1.939 patiënten die in totaal ingeschreven werden van 1841 tot 1871; met name in de laatste decennia werden geen diagnoses meer gegeven. Dit zou kunnen voortkomen uit een ideologische verandering. Mogelijk was het niet meer gebruikelijk om meteen bij binnenkomst een ‘label’ te geven en gebeurde dit pas na verloop van tijd. Deze latere diagnose zou dan niet meer opgeschreven zijn in het register maar alleen in het dossier.

Uit inspectieverslagen van 1844 blijkt dat het gesticht de volgende vier diagnoses hanteerde. De eerste diagnose was mania, waaronder een acute vorm van krankzinnigheid werd verstaan die samenging met bijzondere levendigheid, opgewektheid en verwarring. Daarnaast werd de diagnose monomania gehanteerd, wat verwarring van begrip inhield die zich in het bijzonder richtte op één punt, zoals denken vele schatten te bezitten of een vorst te zijn. De derde diagnose was melancholia, een vorm van krankzinnigheid waarbij de persoon zich ongelukkig voelt. De laatste diagnose was dementia, waaronder stomheid als gevolg en uiting van krankzinnigheid werd verstaan.⁷⁰ Sommige gestichten maakten voor de opname een onderscheid tussen geneeslijke en ongeneeslijke patiënten en zagen vanuit dat oogpunt soms af tot opname. Schroeder van der Kolk was hier sterk op tegen en pleitte ervoor iedereen toe te laten, dus ook de ‘*onnozelen, dementen en epileptici*’, die over het algemeen als ongeneesbaar werden beschouwd.⁷¹

Het inschrijvingsregister laat zien dat deze vier genoemde diagnoses in de praktijk gehanteerd werden naast nog enkele andere diagnoses. Ongeveer 39% van de patiënten werd gediagnosticeerd met mania, 3% met monomania, 16% met melancholia en 10% met dementia. Andere diagnoses waren epilepsia (3%), idiotismus (1%), waanzinnigheid (0,2%) en zwaarmoedigheid (0,1%).⁷² Dit alles was verrassend verdeeld over de leeftijdscategorieën van patiënten. Mania werd vooral gegeven aan patiënten tussen de twintig en zestig jaar. Hetzelfde gold, in mindere mate, voor melancholia en monomania. De diagnose dementia werd echter

⁷⁰ Hut, *Statistiek*, 27.

⁷¹ Dankers en van den Linden, *Van regenten en patiënten*, 36.

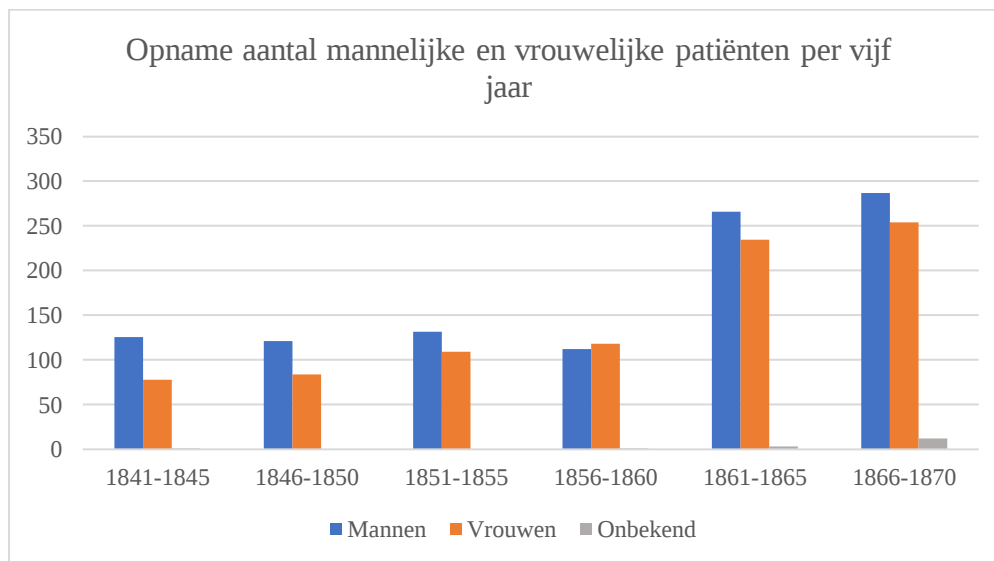
⁷² De overige 28% is de groep patiënten aan wie geen diagnose toegekend is in het register.

niet alleen aan bejaarde patiënten gegeven, deze diagnose werd al vanaf het tiende levensjaar toegekend. Epilepsie en zwakzinnigheid werden vooral aan de jongere groepen toegeschreven.

In het register is ook aangegeven hoe lang de klachten al bestonden. Dit kon korter dan drie maanden, tussen drie en twaalf maanden en langer dan twaalf maanden zijn. Bij meer dan de helft van de patiënten is niets genoteerd, 18% had korter dan drie maanden klachten, 16% tussen de drie en twaalf maanden en 11% langer dan twaalf maanden.

Mannelijke patiënten versus vrouwelijke patiënten

Voor dit onderzoek zijn met name de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten interessant. Wat opvalt, is dat bijna ieder jaar meer mannen dan vrouwen opgenomen werden. Waanzin als vrouwelijke ziekte alleen al doordat het bij vrouwen meer zou voorkomen, lijkt dus ook bij dit gesticht, net als andere wetenschappers al voor andere gestichten aantoonde, zeker niet op te gaan.⁷³ Van de 1.939 patiënten die opgenomen werden, bestond meer dan de helft van de patiënten (54%) uit mannen. De vrouwelijke patiënten vormden samen een percentage van 45%. De overige groep waren de zeventien patiënten van wie het geslacht onbekend is. Onderstaande grafiek laat zien hoe deze groepen per jaar verdeeld waren.



Er werden bijna altijd meer mannelijke patiënten opgenomen dan vrouwelijke patiënten; een verschil dat redelijk constant is en gelijk opging met de stijging van het aantal patiënten. De verdeling van de opname van deze mannen en vrouwen per klasse laten nauwelijks verschil zien. Ongeveer 15% van de mannen werd opgenomen in de eerste klasse tegenover 17% van de vrouwen, zowel 18% van de mannen als 18% van de vrouwen werden opgenomen in de

⁷³ Busfield, 'The female malady', 262-268; Shepherd, 'The female patient experience', 228-238; Houston, 'Madness and gender', 314.

tweede klasse en 67% van de mannen werd opgenomen in de derde klasse tegenover 66% van de vrouwen.

Andere gegevens zoals de herkomst en religieuze achtergrond laten geen verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten zien. De beroepen van beide seksen laten, zoals te verwachten is, echter wel verschil zien. Van de in totaal 877 vrouwen is bij slechts 79 vrouwen een beroep genoteerd, zoals 'boerenmeid' of 'naaister'. Bij 255 vrouwen is genoteerd dat ze geen beroep hebben; bij de overige 543 vrouwen is niets genoteerd. Dit tegenover 475 werkende mannen, 67 mannen zonder beroep en 503 mannen zonder notitie.

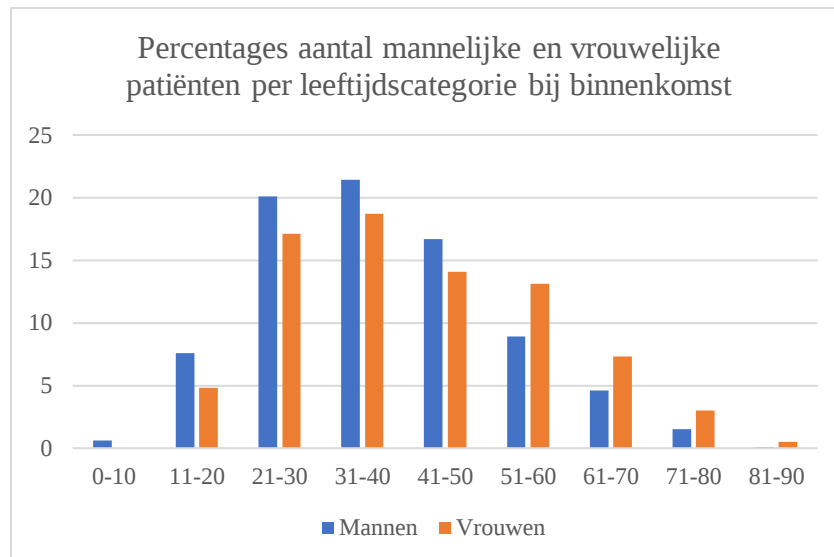
Opvallend bij de mannelijke patiënten is dat een groot aantal van de werkende mannen werkzaam was of was geweest in het leger, namelijk 22%. Dit waren zowel hoge functies, zoals officier en luitenant, als lagere rangen, zoals fuselier en kanonnier. Waar deze grote groep militairen vandaan kwam, is onduidelijk. Was een krankzinnige staat voor hen een manier om onder dienstplicht uit te komen, waren ze zo getraumatiseerd door hun dienstitijd dat ze waanzinnig werden of viel krankzinnigheid eerder op in het leger?

Een ander opvallend verschil is dat veel meer vrouwen dan mannen de inrichting als weduwe/weduwnaar binnenkwamen, een verdubbeling ten opzichte van de eerste jaren. Voor mannen geldt de verdeling als volgt: een kleine 5% van de patiënten was weduwnaar, 54% was vrijgezel en 39% was gehuwd. Bij vrouwen was 11% weduwe, 47% vrijgezel en 40% gehuwd. Dit verschil kan een weerspiegeling van de samenleving zijn; weduwnaars hertrouwden makkelijker dan weduwes.⁷⁴

Een aparte groep patiënten, waar in de literatuur weinig over gesproken is, waren mensen die meerdere keren in het Utrechtse Geneeskundig Gesticht hebben gezeten. Ruim 10% van de mensen uit het inschrijvingsregister werd tussen 1841 en 1871 minstens twee keer opgenomen. Dat gold voor zowel mannen als vrouwen. Bij de mannelijke patiënten bleef het bij de meesten bij een tweede of derde opname. In verhouding werden meer vrouwelijke patiënten veel vaker opgenomen. Een kleine groep werd zelfs vier tot acht keer opgenomen. Deze terugkerende patiënten hadden het gesticht vaak als genezen verlaten, maar de meesten stierven, uiteindelijk na vele opnames, alsnog in het gesticht.

Ook de leeftijd bij binnenkomst laat een verschil tussen mannen en vrouwen zien. De gemiddelde leeftijd van vrouwen lag hoger dan die van mannen; 45 jaar tegenover 40 jaar. Onderstaande grafiek geeft dit duidelijker weer.

⁷⁴ K. Matthijs, *De mateloze negentiende eeuw: bevolking, huwelijk, gezin en sociale verandering* (Leuven 2001), 205.



In de eerste vijftig levensjaren leken mannen meer ‘kans’ te hebben om krankzinnig te worden, terwijl op latere leeftijd vrouwen de overhand kregen. Joan Busfield laat zien dat mannen eerder stierven, waardoor er vaak sprake was van een overbezetting van vrouwen in gestichten.⁷⁵ Dat kan ook hier de oorzaak van meer opnames van vrouwelijke patiënten in de hogere leeftijdscategorieën zijn en dus een weerspiegeling van de leeftijdsverdeling in de Nederlandse samenleving.

Uit het register komt naar voren dat meer vrouwen dan mannen gediagnosticeerd werden als melancholisch; namelijk 19% tegenover 13%. Mannen werden iets meer gediagnosticeerd met dementia (12% tegenover 9%), epilepsia (4% tegenover 1%) en monomania (4% tegenover 2%). Het percentage voor mannelijke en vrouwelijke patiënten met mania was nagenoeg hetzelfde en ligt rond de 39%.

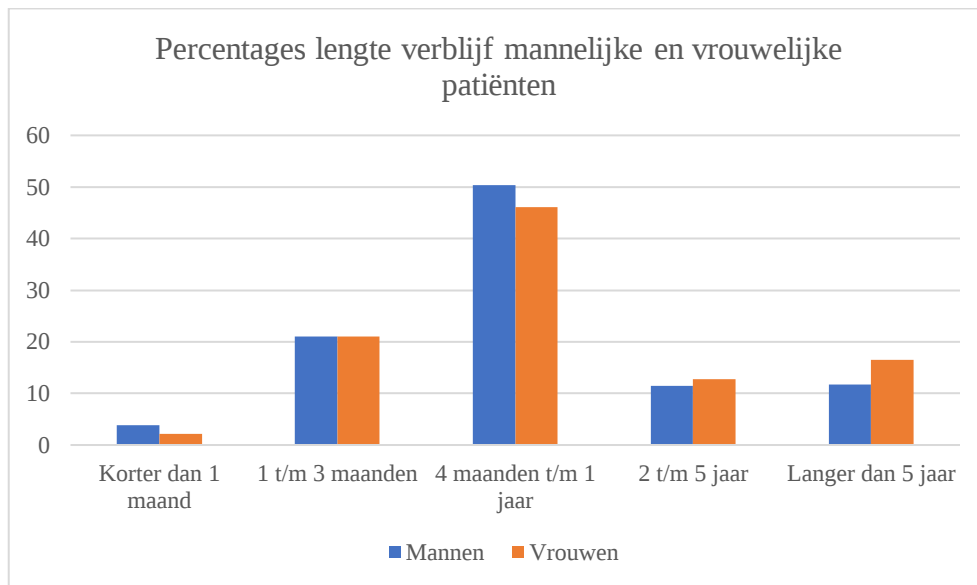
In de literatuur bestaan verschillende ideeën over de duur van de opname van mannelijke en vrouwelijke patiënten. Busfield laat met haar onderzoek zien dat vrouwen vaak korter in een inrichting verbleven omdat de naasten minder geneigd waren te betalen voor hun verblijf.⁷⁶ Volgens Robert Houston werden vrouwen, vanwege een gebrek aan bezit, minder snel gedwongen tot een opname en mochten ook eerder naar huis; hun krankzinnigheid kon het familiebezit niet in gevaar brengen.⁷⁷ Daarentegen laat Anne Shepherd zien dat vrouwen het leven in een inrichting als prettiger ervoeren. Voor arme vrouwen betekende het dat ze te eten hadden en bevrijd waren van de druk om kinderen te krijgen. Ze leefden daar gezonder en dus langer. Voor rijkere vrouwen betekende een opname in een inrichting ontsnapping aan een

⁷⁵ Busfield, ‘The female malady’, 266-267.

⁷⁶ Busfield, ‘The female malady’, 267.

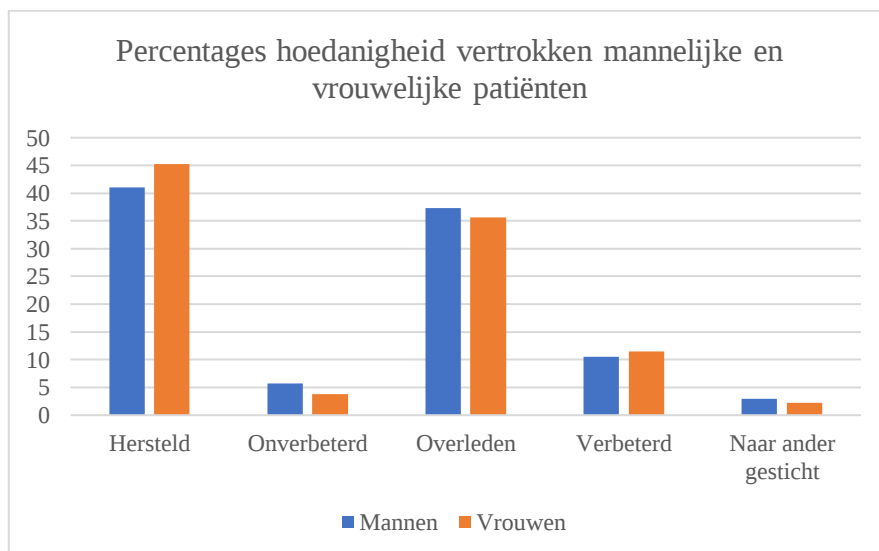
⁷⁷ Houston, ‘Madness and gender’, 317.

veeleisende familie of aan kritiek uit de buitenwereld.⁷⁸ Onderstaande grafiek laat de duur van het verblijf van mannelijke en vrouwelijke patiënten in Utrecht zien.



Meer mannen werden binnen één jaar ontslagen dan vrouwen, terwijl meer vrouwen twee jaar of langer opgenomen bleven. Er lijkt hier geen sprake te zijn dat vrouwen eerder naar huis ‘mochten’ dan mannen, eerder andersom. Dat zou kunnen betekenen dat vrouwen het leven in een gesticht als prettiger ervoeren, maar dat kan niet geconcludeerd worden met deze cijfers.

Hoe deze mannelijke en vrouwelijke patiënten het gesticht vervolgens verlieten, laat de volgende grafiek zien.



Meer vrouwen vertrokken als hersteld en als verbeterd; meer mannen als onverbeterd of ze overleden in het gesticht. De percentages van het aantal herstelde of overleden mannelijke en

⁷⁸ Shepherd, ‘The female experience’, 243-244.

vrouwelijke patiënten in vergelijking tot de klasse waarin ze verbleven, geeft de volgende tabel.

Tabel 1: Percentages hoedanigheid vertrokken van opgenomen mannelijke en vrouwelijke patiënten per klasse

	Klasse	Hersteld	Onverbeterd	Overleden	Verbeterd	Naar ander gesticht
Mannelijke patiënten	1	31%	10%	37%	18%	1%
	2	38%	7%	31%	18%	3%
	3	44%	4%	39%	7%	4%
Vrouwelijke patiënten	1	44%	7%	27%	18%	1%
	2	49%	7%	22%	18%	1%
	3	45%	2%	41%	8%	3%

De patiënten die vertrokken als verbeterd of onverbeterd kwamen bij zowel de mannen als vrouwen met name voort uit de eerste en tweede klasse. Blijkbaar werden deze patiënten eerder ontslagen, ook al waren ze nog niet (volledig) genezen. Mogelijk kwam dit door naasten die aandrongen op een ontslag. Het aantal patiënten dat overleed was in de derde klasse hoger, met name bij vrouwen. Een aanname zou kunnen zijn dat patiënten in de eerste en tweede klasse, bijvoorbeeld door een prettiger verblijf of betere behandeling, vaker als hersteld vertrokken. Meer mannelijke patiënten uit de derde klasse vertrokken echter als hersteld en ook het percentage van het aantal herstelde vrouwelijke patiënten uit de derde klasse lag niet lager dan die uit de eerste klasse. Deze cijfers laten dus niet zien dat een verblijf in de hogere klassen betekende dat een patiënt eerder genas; wel laten ze zien dat een patiënt als deze eerder vertrok als onverbeterd of verbeterd.

Hoewel het inschrijvingsregister veel kan vertellen over de patiënten van het Utrechtse Krankzinnigengesticht, leidt het ook tot meer vragen. Er worden verschillen tussen mannen en vrouwen aangetroffen, maar met alleen deze bron kunnen deze niet verklaard worden. Het volgende hoofdstuk zal, met behulp van de patiëntendossiers, meer inzicht kunnen geven over de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten.

Hoofdstuk 3: De weg naar een opname

‘[Cornelis Mijndert Janssen] is voortdurend meer onrustig; geeft reden van zijn heen en weer lopen, dat hij door moet, dat hij een profeet is, en groote dagen verkondigen.’⁷⁹

‘[Gerritje Rietveld is] angstig, spreekt bijna niet, slechts enkele verwarde uitingen, waaruit blijkt dat zij haar toestand geheel niet begrijpt ook niet waar zij is.’⁸⁰

‘[Petrus Donders heeft] krankzinnigheid onder de vorm van waanzinnigheid kenbaar uit dikwijls zich verwarde redevoeringen en antwoorden, uit vele zijner handelingen, waaruit blijkt dat hij door gehoorshallucinaties misleid wordt, zoodat hij zijn toestand en de mistandigheden, waarin hij verkeert niet begrijpt en verkeerd beoordeelt.’⁸¹

‘[Anna Adriana Joosting is] na familiebezoek zeer aangedaan, echter ziet er volkomen uit, word levendiger en zenuwachtig.’⁸²

Bovenstaande citaten zijn slechts enkele zinnen uit een veelheid aan beschrijvingen uit de 38 onderzochte patiëntendossiers van 16 mannelijke en 16 vrouwelijke patiënten tussen 1841 en 1871. Dit hoofdstuk zal beschrijvingen als deze gebruiken om te onderzoeken welke oorzaken voor opname in de negentiende eeuw gegeven werden en hoe een diagnose gesteld werd bij mannelijke en vrouwelijke patiënten. Eerst wordt aandacht gegeven aan de inhoud van dossiers en het bijhouden ervan.

De patiëntendossiers van het Geneeskundig Gesticht Utrecht

De patiëntendossiers in het archief van de Willem Arntsz Stichting bevatten niet allemaal dezelfde informatie. Van sommige patiënten bestaat niet eens meer een dossier – deze is

⁷⁹ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 598, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1461-1530, dossier 1499.

⁸⁰ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 603, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1836-1910, dossier 1842.

⁸¹ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 604, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1911-1985, dossier 1915.

⁸² Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 578, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 151-205, dossier 187.

verdwenen of heeft nooit bestaan – en andere dossiers zijn leeg. De meeste dossiers bevatten een formulier van het Geneeskundig Gesticht waarop personalia staan en enkele dagnotities. Soms is er nog iets vermeld over de reden van opname. De dagnotities zijn grotendeels in de eerste maand van het verblijf in het gesticht opgemaakt. Dit omdat de Krankzinnigenwet uit 1841 het voorschreef. Na afloop van deze eerste weken werd, ook volgens de wet, een conclusie gegeven over de krankzinnigheid. Na deze conclusie werden er enkele notities opgeschreven, soms helemaal niets meer.

Naast dit formulier bevatten veel dossiers een brief of formulier geschreven of ingevuld door de arts die de patiënt behandelde voor de opname. Deze was betrokken bij de aanvraag tot opname. Soms komt deze ziektegeschiedenis niet van een arts, maar van een familielid of naaste. Verder bevatten enkele dossiers nog brieven of schrijfsels afkomstig van de patiënten zelf; hierover in het volgende hoofdstuk meer.

Uit onduidelijk gekrabbel met veel afkortingen, Latijnse en medische termen en gaten in het verhaal is geprobeerd de situaties van alle patiënten te reconstrueren en analyseren. Wie de notities maakte, is niet expliciet benoemd, maar kan voor een deel afgeleid worden uit de organisatie van het gesticht. De dagelijkse leiding lag in handen van de directeur en directrice; ook wel ‘vader’ en ‘moeder’ genoemd. De administratieve taak werd uitgevoerd door de rentmeester, ook wel ‘uitmander’ genoemd. Zij legden alle drie verantwoording af aan het regentencollege. Daarnaast was er een geneesheer in het gesticht aanwezig, die zich, natuurlijk, bezighield met de genezing van de krankzinnigen. Ook was er een huismeester en waren er mannelijke en vrouwelijke bedienden; zij werden de ‘oppassers’ en ‘oppasseressen’ genoemd. De mannelijke bedienden moesten verantwoording afleggen aan de directeur en de vrouwelijke aan de directrice.⁸³ In 1859 werd de geneesheer tot directeur benoemd en de directeur en directrice werden vanaf dat moment ‘hoofdopzigter’ en ‘hoofdopzigteres’. In 1865 kregen zij ‘hulpopzigters’ en ‘hulpopzigteressen’ onder zich; dit werden in de twintigste eeuw verplegers.⁸⁴ Verder waren er nog andere werknemers aanwezig, zoals mensen voor onderwijs en godsdienstige verzorging, technici en landbouwopzigters.⁸⁵ Uit dit alles blijkt dat er meerdere mensen waren die mogelijk notities maakten. De verschillende handschriften in de dossiers bevestigen dit.

Tegelijkertijd zijn met regelmaat dezelfde handschriften in alle dossiers te herkennen; het gaat vermoedelijk om een kleine groep mensen die de notities maakte. De patiënten uit de

⁸³ Hut, *Statistiek*, 9; Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 134, Reglementen en instructie, 1835-1943.

⁸⁴ Hut, *Statistiek*, 9.

⁸⁵ Ibidem, 14-16.

drie klassen leefden gescheiden van elkaar in het gesticht en binnen elke klasse leefden de mannen en vrouwen ook nog eens gesegregeerd. De mannelijke bedienden mochten niet in de voor vrouwen bestemde vertrekken komen en de vrouwelijke bedienden niet in die voor mannen.⁸⁶ De kleine groep mensen die notities maakte, zal geen toegang gehad hebben tot alle patiënten en dus in alle dossiers hebben kunnen schrijven.

De inhoud van de notities laat zien dat het geschreven was door werknemers die in direct contact stonden met de patiënten en zaken als hun voeding, stoelgang en nachtrust in de gaten hielden maar ook met hun spraken. In het dossier van Willemijntje van Bekkum-Harland staat bijvoorbeeld: *‘Blijft in denzelfden toestand, behoudt hare denkbeelden van onderschatting en zelfverwijt. Is evenwel meer volzaam, maar laat zich niet overtuigen.’*⁸⁷ Deze laatste woorden suggereren dat iemand heeft geprobeerd haar op andere gedachten te brengen. Het volgende citaat uit een dossier van Cornelia Maria de Bruijn laat zien dat, in ieder geval in sommige gevallen, de behandelaar dezelfde persoon was als de schrijver: *‘Ik heb haar streng aangesproken.’*⁸⁸ De geneesheer kan nooit degene geweest zijn die van iedere patiënt alle notities heeft bijgehouden.

Geconcludeerd kan worden dat de werknemers die verantwoordelijk waren voor de dagelijkse verzorging van de krankzinnigen degenen geweest zijn die ook de dossiers bijhielden. Dit alles betekent dat de dossiers van de mannelijke en de vrouwelijke patiënten niet door dezelfde mensen werden bijgehouden, wat van invloed kan zijn op verschillen tussen de dossiers. Met dit in het achterhoofd zijn de notities in de patiëntendossiers gebruikt om het verblijf in een krankzinnigengesticht te reconstrueren, beginnende bij de opname.

De opname

In de patiëntendossiers is geprobeerd een verklaring te geven voor de krankzinnigheid van patiënten en dus voor de opname. Bij veel patiënten werd een lichamelijke ziekte aangehaald als oorzaak voor de krankzinnigheid. Deze patiënten hadden in het verleden of vlak voor hun opname lichamelijke klachten gehad, bijvoorbeeld meerdere koortsaanvallen, en na de genezing hiervan kwamen symptomen als verwardheid, gebrek aan herinnering en ongepast gedrag aan het licht. De schoenmaker Steven van Lingen kreeg een zware griep en nadat hij hiervan hersteld was, kreeg hij zonderlinge gewoontes, lachte zonder reden en besloot opeens

⁸⁶ HUA, 813, 134.

⁸⁷ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 602, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1761-1835, dossier 1804.

⁸⁸ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 580, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 266-320, dossier 302.

een carrièreswitch naar schoolmeester te maken: *‘Menigmaal werd hij geplaagd door jongens, liep de naburige dorpen af, stal daar appels van de bomen (...).’*⁸⁹ Ook de verstandsverbijstering van Anna Adriana Joosting ontstond als gevolg van een lichamelijke ziekte, zoals blijkt uit een ziektegeschiedenis geschreven door de arts die haar thuis had behandeld: *‘Wij wanhoopten aan haar behoud; doch allengsch is de koorts verminderd en hare fysieke kragten namen langzamerhand toe, zoodat zij veel op kon zijn, (...) doch hare zielsvermogens hadden veel geleden.’*⁹⁰

Ook werd werk regelmatig als reden voor opname gebruikt; deze oorzaak is echter alleen bij mannen genoemd. De meeste vrouwen hadden geen werk, maar zelfs bij de vrouwen die wel werkten, bijvoorbeeld als ‘dienstmaagd’ of ‘boerenmeid’, is helemaal niets over hun arbeid gezegd. Petrus Gerardus Mulder was tussen 1841 en 1871 vijf keer opgenomen in het Utrechtse gesticht. Zijn werkzaamheden als kantoorbediende leken een te grote druk te zijn; dit blijkt uit een notitie over de vierde opname in januari 1866: *‘Sedert dien tijd was hij wel gebleven en als kantoor bediende werkzaam geweest, hoewel steeds voorzigtig moeten zijn zich niet te veel met inspanning van zijn denkvermogen te vermoeien. In de laatste paar weken was hij weder geheel ongeschikt voor zijne bezigheden, verward, versuft, welligt overspannen door voor hem te groote drukte met nieuwjaarswerk.’* Ook bij Jan Frederik Geerling is het harde werken genoteerd als oorzaak voor zijn krankzinnigheid.⁹¹

Voor vrouwen waren de menstruele cyclus, gebrek aan menstruatie, bevalling of praktijken rondom de bevalling vaak een reden tot opname. Cornelia Schot werd opgenomen omdat ze dacht zwanger te zijn. Ze menstrueerde niet en had een dikke buik, maar ze was niet zwanger; dit was een waanbeeld.⁹² Willemijntje van Bakkum-Harland verbleef tussen 1841 en 1871 tweemaal in het Utrechtse gesticht. De eerste keer werd ze enkele maanden na een bevalling opgenomen. Na deze bevalling kreeg ze namelijk last van zwaarmoedige denkbeelden en deed meerdere zelfmoordpogingen. Nadat ze het gesticht als hersteld had verlaten, werd ze snel weer zwanger en negen maanden later, vlak na deze bevalling, weer opgenomen. Op haar kraambed had ze namelijk buien van melancholie die afwisselden met vlagen van opgewektheid. Na een verblijf van drieënhalf jaar overleed ze in het gesticht, waaraan is niet vermeld.⁹³ Ook Wilhelmina Jacoba Gerharda Verschuur-Graeuwers is enkele maanden na haar

⁸⁹ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 576, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 51-90, dossier 84.

⁹⁰ HUA, 813, 578, dossier 187.

⁹¹ Ibidem., dossier 172.

⁹² Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 587, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 751-835, dossier 765.

⁹³ HUA, 813, 602, dossier 1804; Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 605, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1986-2055, dossier 2006.

bevalling opgenomen vanwege *‘droefgeestelijkheid, slordigheid, wegllopen, poging tot zelfmoord’*.⁹⁴ Vandaag de dag zouden deze vrouwen hoogstwaarschijnlijk gediagnostiseerd worden met een postnatale depressie. Ook in de negentiende eeuw bestond al een besef dat zwangerschap, bevalling en het geven van borstvoeding van invloed konden zijn op iemands krankzinnigheid. Het is immers niet voor niets vermeld in de dossiers van Willemijntje en Wilhelmina.

Een andere factor die belangrijk was bij de opname van zowel mannen als vrouwen was eventuele andere krankzinnige familieleden. Krankzinnigheid werd duidelijk als erfelijk gezien in de negentiende eeuw. Een aantal dossiers bevat een vragenformulier van het Geneeskundig Gesticht Utrecht dat ingevuld moest worden bij de opname. Een vaste vraag was: *‘Zijn er ook bloedverwanten van den lijder (de lijdere) in de rechte lijn of in de zijde-liniën of zenuwachtigheid of zwak van hoofd? Of onderhevig aan beroerten of stuipen? Of aan vallende ziekte? Of geneigd tot zelfmoord? Of krankzinnig of krankzinnig geweest?’*⁹⁵ Bij bijvoorbeeld Leonardus Senechal werd vermeld dat hij meerdere familieleden aan vaderszijde had die aan ‘nervositeit’ leden en een zus en een neef van hem waren opgenomen in hetzelfde gesticht.⁹⁶ Ook Catharina Elizabeth de Rooij-van der Heijden had een zus die leed aan krankzinnigheid met suïcidale neigingen.⁹⁷

Voor mannen was alcoholisme regelmatig een reden van opname. Johannes Jacob Harte maakte periodiek misbruik van sterke drank en dat werd aangewezen als de reden voor zijn krankzinnigheid.⁹⁸ Ook Petrus Donders dronk vroeger te veel.⁹⁹ De dossiers van vrouwen spreken geen enkele keer over sterke drank, of misbruik ervan. Houston maakt in zijn onderzoek gebruik van patiëntendossiers van achttiende-eeuwse Schotse gestichten en hem valt ook op dat het te veel drinken van alcohol alleen genoemd werd bij mannelijke patiënten, terwijl hij met behulp van andere primaire bronnen aantoont dat er wel degelijk Schotse vrouwen waren die overmatig dronken. Zo werden er vrouwen opgenomen in het ziekenhuis vanwege overmatig drinken en waren er mannen die een aanvraag hadden ingediend om hun echtgenotes in de gevangenis te plaatsen vanwege hun dronkenschap.¹⁰⁰ In de negentiende eeuw leek het een aanname te zijn dat vrouwen geen alcohol nuttigden, waardoor krankzinnigheid bij

⁹⁴ HUA, 813, 603, dossier 1903.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ HUA, 813, 604, dossier 1934. Zijn zus is patiënt nr. 1696 en zijn neef nr. 1749; de dossiers zijn niet aanwezig in het archief.

⁹⁷ HUA, 813, 604, dossier 1940.

⁹⁸ Ibidem, dossier 1933.

⁹⁹ Ibidem, dossier 1915.

¹⁰⁰ Houston bekijkt de Schotse psychiatrie van 1701 tot 1818 om te onderzoeken of diegenen met mentale problemen slachtoffer waren van een onderdrukkende, professionele en mannelijke discours; Houston, ‘Madness and gender’, 309-310, 322-323.

vrouwen, althans in de ogen van de medewerkers van het gesticht, blijkbaar nooit veroorzaakt werd door sterke drank.

Daarnaast werden mannen vaker opgenomen vanwege ongepast gedrag in de openbaarheid. Dat kan betekenen dat zij vaker ongepast gedrag op straat vertoonden, dat ongepast gedrag bij mannen in de openbaarheid eerder tot een opname leidde of dat bepaald gedrag bij mannen eerder als ongepast beschouwd werd. Cornelis Mijndert Janssen veroorzaakte opschudding in de stad door zijn hoed niet op zijn hoofd te dragen, maar op een stok te zetten, het groeten van lantaarnpalen, het maken van vreemde bewegingen, te zorgen voor opschudding in de kerk en bespot te worden door straatjongens. De politie vroeg daarom een opname aan.¹⁰¹ Veel literatuur beweert dat vrouwen die zich niet conformeerden naar de norm, zoals prostituees, opgenomen werden met redenen als ‘een losbandige levensstijl’, ‘neigingen tot masturbatie’ of ‘erotische manie’.¹⁰² In het geval van dit gesticht was het omgekeerde waar en werden mannen eerder opgenomen voor ongepast gedrag dan vrouwen. In geen enkel dossier, zowel van mannen als vrouwen, werd echter gesproken over ongepast seksueel gedrag.

Mannen speelden ook een grotere rol in het openbare leven, waardoor hun krankzinnigheid mogelijk eerder opviel, bijvoorbeeld op hun werkplek. De verstandsverbijstering van de militair Lammert de Jong werd bijvoorbeeld duidelijk na de volgende gedragingen: *‘Hij verslond bijna alles, wat onder zijn bereik kwam, zelfs halfgare spijzen, half rauw vleesch en bereiden boter, enz. (...) Op een anderen tijd haalde hij een deken van een bed en scheurde die aan flarden, wierp de stukken in het water en begaf zich dan zelf te water om ze weer op te visschen.*’¹⁰³ Opvallend is dat, eenmaal aangekomen in het gesticht, alle tekenen van deze verstandsverbijstering verdwenen waren en hij al snel ontslagen werd. Zou dit een poging geweest zijn om te ontsnappen aan zijn dienstplicht?

Ook korporaal Leonardus Senechal werd opgenomen nadat hij rond dwaalde, zijn huis niet kon terugvinden, zijn vrouw lastigviel en haar met geweld geld ontnam en tegenover allerlei mensen beweerde veel geld te hebben.¹⁰⁴ Dit gedrag viel snel op door zijn functie als korporaal. Bij Jakob Ockhuijsen Maas leidde juist een absurde zoektocht naar werk tot een opname: *‘Herhaalde malen verlaat hij de vaderlijke woning, geraakt aan het zwerven, bezoekt Rotterdam, geeft zich voor de zeekapitein uit, zoekt een schip, slaapt niet. Bezoekt Alblasserdam, wil zich engagere als matroos, wil later zelf geld toegeven zoo men hem slechts*

¹⁰¹ HUA, 813, 598, dossier 1499.

¹⁰² Ripa, *Women and madness*, 15-19.

¹⁰³ HUA, 813, 605, dossier 2011.

¹⁰⁴ HUA, 813, 604, dossier 1934.

*in dienst wil neme; wordt voor een paar vrienden te huis gebragt, vertrekt echter onmiddellijk weder en wil naar de laatst gemelde plaats en wordt van daar naar het gesticht overgebragt.*¹⁰⁵ Enkele van deze en andere mannen kwamen in aanraking met de politie. In geen enkel dossier van vrouwen is de politie genoemd.

Het contact met de politie heeft bij sommige patiënten eerst geleid tot een gevangenisopname; vanuit waar uiteindelijk tot een overplaatsing naar het gesticht is overgegaan. Jan Nicolaas kwam in 1860 in de gevangenis met een vijftienjarige gevangenisstraf voor *'moedwillige manslag'*. Na negen jaar werd hij in de ziekenzaal van de gevangenis opgenomen vanwege een koortsaanval. Daar weigerde hij te eten en hij sliep niet. Ook was hij onrustig, verward en gejaagd en daarnaast kleepte hij zich vaak uit. Om hem in bedwang te houden, werd gebruik gemaakt van een dwangbuis. Meer nauwlettend toezicht was nodig dus een opname in een gesticht werd aangevraagd. Hij overleed echter al na een verblijf van negen dagen in het gesticht, waaraan is niet vermeld.¹⁰⁶

Ook Petrus Donders werd overgeplaatst uit deze gevangenis. Hij had een straf van tien jaar voor brandstichting. Na vijf jaar in de gevangenis werd ook hij opgenomen in de ziekenzaal, vanwege reuma in zijn ledematen en hoofdpijn. Daar werd hij onrustig en lastig voor de andere patiënten. Hij bevuilde zichzelf met zijn eigen ontlasting en was driftig, waardoor de dwangbuis ook bij hem aangelegd moest worden. Eenmaal in het gesticht, vermeldt zijn dossier dat *'hij hallucineert en daardoor misleid wordt en zijn toestand en de omstandigheden waarin hij zich bevindt niet begrijpt en verkeerd beoordeeld.'*¹⁰⁷ Dit lijkt te grenzen aan het idee van ontoerekeningsvatbaar zijn bij een criminele daad. Dit concept kwam in Nederland op in de tweede helft van de negentiende eeuw. De rechter verklaarde criminelen als 'gek' en zij werden, in plaats van in een gevangenis, in een inrichting geplaatst. Geen van de onderzochte vrouwen werd uit een gevangenis overgeplaatst naar het gesticht. Het onderzoek van Marian Weevers en Catrien Bijleveld laat echter zien dat er aan het begin van de twintigste eeuw regelmatig vrouwen vanuit een Rijkswerkinrichting overgeplaatst werden naar de psychiatrische staatsinrichting Medemblik.¹⁰⁸ Vermoedelijk zijn er in de negentiende eeuw ook al vrouwen geweest met een gevangenisstraf die tijdens deze straf krankzinnig verklaard werden.

¹⁰⁵ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 584, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 526-605, dossier 557.

¹⁰⁶ HUA, 813, 604, dossier 1914.

¹⁰⁷ Ibidem, dossier 1915.

¹⁰⁸ Weevers en Bijleveld, 'Mad, bad or sad?', 176-192.

De eerdergenoemde militaire mannen en ‘criminelen’ laten zien dat niet iedereen opgenomen werd vanuit een thuissituatie. Naast de gevangenis en het leger waren er nog andere plekken van waar de opname plaats kon vinden, namelijk een ziekenhuis of ander gesticht. Dat gold bijvoorbeeld voor Dorothea Roos, die overgeplaatst werd vanuit een Haags ziekenhuis.¹⁰⁹ De meeste patiënten kwamen echter uit een onhoudbare thuissituatie. De familie of naasten waren gedwongen een opname aan te vragen omdat verzorging thuis niet langer mogelijk was. Vaak gebeurde dit op advies van een arts. Deze arts beschreef zijn betrokkenheid tot de patiënt en de pogingen tot behandeling, vaak met medicijnen, in een brief, waarin hij aanstipte dat een opname noodzakelijk was voor herstel. De familie beschouwde een opname dus duidelijk als de laatste optie.

Vijsselaar omschrijft dit overgaan tot opname als een balans tussen de draaglast en draagkracht. Enerzijds kon het gedrag van de krankzinnige zorgen voor een argument om tot opname over te gaan. Tegelijkertijd kon er iets in de omgeving veranderen waardoor het moeilijker werd om met de ‘gek’ om te gaan. Zo kon een poging tot suicide of gevaarlijk gedrag naar anderen voor de naasten de aanzet geven om een opname aan te vragen. Tegelijkertijd kon bijvoorbeeld het overlijden van de zorgdragende ouder ervoor zorgen dat de krankzinnige niet meer in de samenleving verzorgd kon worden.¹¹⁰ Een toenemende draaglast gaf in het Utrechtse gesticht vaak de aanzet tot een aanvraag tot opname. Zo adviseerde de arts van Willem Badon Ghijben al vrij snel een opname. Zijn moeder dacht echter dat een paar maanden rust op hun landgoed genoeg zou zijn. Pas toen de tweeëntwintigjarige Willem halsoverkop naar zijn zus in Londen vertrok en na terugkomst zo bang was vervolgd te worden door Jezuïeten dat hij een mes aanschafte, stemde zijn moeder in met een opname.¹¹¹ Hier was dus duidelijk een dreiging van gevaar voor de omgeving of Willem zelf nodig om over te gaan tot opname. Steven van Lingen gedroeg zich lange tijd krankzinnig maar pas toen hij agressie naar zijn moeder toonde, werd de opname in een krankzinnigenhuis bij de rechtbank aangevraagd.¹¹² Ook Evertje Evertse had al maandenlang klachten van verwardheid en overdreven religieuze denkbeelden maar werd pas opgenomen toen ze gevaarlijk werd.¹¹³

Bij zowel mannen als vrouwen werden suicidepogingen aangehaald als reden voor opname. Houston stelt dat suicide als reden voor opname in de Schotse patiëntendossiers alleen bij mannen genoteerd werd, terwijl krantenberichten juist meer zelfmoorden van vrouwen

¹⁰⁹ HUA, 813, 584, dossier 527.

¹¹⁰ Vijsselaar, *Het gesticht*, 82.

¹¹¹ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 593, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1151-1215, dossier 1170.

¹¹² HUA, 813, 576, dossier 84.

¹¹³ HUA, 813, 578, dossier 180.

berichten; dit was nieuwswaardiger.¹¹⁴ De Utrechtse dossiers benoemden juist meer zelfmoordpogingen van vrouwelijke patiënten.

In enkele dossiers is vermeld hoe de opname zelf verliep. Zo wordt vermeld dat Evertje Evertse '*bij hare opname bedaard [was]*'.¹¹⁵ Jakob Ockhuijsen Maas was juist '*zeer verstoord bij de opname*'.¹¹⁶ Bij de derde opname van Petrus Gerardus Mulder werd vermeld dat zijn vader deze opname had aangevraagd en hij middels een list was aangekomen in het gesticht.¹¹⁷ Dat laatste was een gebruikelijke methode om ervoor te zorgen dat de weg naar het gesticht soepel zou verlopen.¹¹⁸ Eenmaal aangekomen in het gesticht werd direct of binnen enkele weken een diagnose gegeven aan de patiënt.

De diagnose

In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de volgende diagnoses in het register toebedeeld werden aan patiënten: dementia, epilepsia, idiotismus, mania, melancholia en monomania. Ook is enkele keren waanzinnigheid of kwaarmoedigheid genoteerd. Mania leek evenveel voor te komen bij mannen als bij vrouwen, terwijl vrouwen vaker melancholisch waren en mannen vaker gediagnostiseerd werden met epilepsia, idiotismus of monomania. Het dossieronderzoek laat zien dat het geven van diagnoses als deze geen prioriteit had. De diagnoses wijken zelfs enkele keren af van welke in het register genoteerd zijn. Het is ook onduidelijk waarop de diagnoses gebaseerd werden; er is geen argumentatie zichtbaar. Daarnaast is soms niet eens een diagnose genoteerd, niet alleen in het register maar ook niet in het dossier.

De dossiers waar wel een diagnose gegeven is, laten zien dat er een onderscheid bestond tussen een diagnose en de vorm van krankzinnigheid. Naast de eerdergenoemde diagnoses mania, melancholie, dementia, epilepsia, monomania en idiotismus is namelijk regelmatig een vorm van krankzinnigheid genoemd. Dit kon krankzinnigheid onder de vorm van waanzinnigheid, kwaarmoedigheid of onnozelheid zijn. Het waren uitingen van de ziekte, waarop de diagnose gebaseerd was. Waanzinnigheid was de uitingsvorm van mania of monomania, kwaarmoedigheid van melancholia en onnozelheid van idiotismus, dementia of epilepsia.

De diagnose werd dus op basis van de uitingen gegeven. Is iemand omschreven als opgewekt en levendig, dan werd deze persoon gediagnosticeerd met mania en als iemand juist

¹¹⁴ Houston, 'Madness and gender', 323.

¹¹⁵ HUA, 813, 578, dossier 180.

¹¹⁶ HUA, 813, 584, dossier 557.

¹¹⁷ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 595, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1266-1325, dossier 1296.

¹¹⁸ Vijselaar, *Het gesticht*, 139-140.

bedrukt en zonderling was, werd dat gezien als melancholia. Er bestond daarin geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten; dezelfde eigenschappen leidden tot dezelfde diagnoses.

De diagnose werd niet verbonden aan de levensstijl of klasse van de patiënt. Ook werd er niet gesproken over eventueel losbandig gedrag van de opgenomen mannen en vrouwen. De geneesheren in deze tijd wisten bijvoorbeeld dat syfilis een seksueel overdraagbare ziekte was die in het laatste stadium de hersenen aantastte, waardoor waanzinnigheid optrad. In de dossiers is echter geen enkele keer over iemands seksuele gedrag gesproken.¹¹⁹ Het concept van ‘hysterische’ of ‘seksueel gefrustreerde’ vrouwen – onder andere afkomstig van de Franse arts Jean-Martin Charcot (1825-1893) en de psychoanalyticus Sigmund Freud (1856-1939) – werd pas aan het einde van de negentiende eeuw en het begin van de twintigste eeuw ‘gemeengoed’ binnen de psychiatrie en psychotherapie. Dat verklaart waarom de vrouwelijke patiënten in het Utrechtse gesticht niet op deze manier aangeduid werden.¹²⁰ Mogelijk laten de dossiers na 1871 een andere houding ten opzichte van de vrouwelijke patiënten zien.

Na de opname begon, zoals in het eerste hoofdstuk bleek, een periode van vier weken waarin de patiënt geobserveerd werd, volgens de Krankzinnigenwet. Daarna kon het verblijf verlengd worden, wat bijna altijd het geval was. Deze notities worden in het volgende hoofdstuk gebruikt voor de analyse van de laatste twee fasen van de opname van een patiënt: het verblijf en het vertrek.



Gezicht vanaf de Agnietenstraat te Utrecht op de zij- en voorgevel van het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht uit circa 1860¹²¹

¹¹⁹ L.P. Rudnick en A.M. Heru, ‘The ‘secret’ source of ‘female hysteria’: the role that syphilis played in the construction of female sexuality and psychoanalysis in the late nineteenth and early twentieth centuries’, *History of Psychiatry* 28.2 (2017), 195-208, alhier 197.

¹²⁰ Rudnick en Heru, ‘The ‘secret’ source of ‘female hysteria’’, 203.

¹²¹ J.G. Broese, Collectie Het Utrechts Archief, 38423 <<http://www.hetutrechtsarchief.nl/beeldmateriaal/38423>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

Hoofdstuk 4: ‘Wederkering’ tot de maatschappij?

Na onderzocht te hebben welke redenen gegeven werden voor de krankzinnigheid en hoe een diagnose gesteld werd, zal nu bekeken worden hoe het verblijf van de mannelijke en vrouwelijke patiënten verliep en ten einde kwam.

Het verblijf

De dagnotities gedurende het verblijf van een patiënt in het gesticht laten zien welke symptomen belangrijk werden geacht. Een vergelijking van de verschillende dossiers laat een ontwikkeling door de tijd heen zien. Waar de notities eerst sterk op het lichamelijke gericht waren, zoals wel/geen ontlasting, snelle/langzame pols, rood/bleek gelaat en de menstruele cyclus bij vrouwen (wel/geen ‘*mensus*’), gingen de latere dossiers slechts over het geestelijk gestel. De latere dossiers hielden zich beter aan de eisen opgesteld door de wet: observatie in de eerste weken en dan een conclusie over de krankzinnigheid. Deze opbouw was in de eerste decennia regelmatig anders. In het begin van de onderzoeksperiode bevatten alle dossiers medicijnvoorschriften. Vanaf ongeveer 1860 bevat bijna geen enkele dossier meer medicijnvoorschriften; was dit een verandering van ideologie of van gebruiken omtrent noteren? In Vijselaars onderzoek werd in slechts elf van de honderdzestig ziektegeschiedenissen, van 1890 tot 1950, gesproken over medicijnen; wat, naar zijn idee, niet aansloot bij de werkelijkheid.¹²² Vermoedelijk is er een verandering opgetreden in de tweede helft van de negentiende eeuw omtrent het noteren van farmaceutische middelen.

Uit de vaak gebrekkige notities kan toch de gang van zaken in het gesticht voor een groot deel achterhaald worden. Opvallend is dat de dossiers uit de eerste en tweede klasse uitgebreider zijn en vaak nog meer informatie, zoals brieven van naasten, patiënt zelf of een arts, bevatten. Blijkbaar was het bij de betalende groep belangrijker om de dossiers naar behoren bij te houden. Mogelijk waren de naasten van deze groep meer betrokken, vroegen ze vaker naar de stand van zaken en werd genezing belangrijker geacht om iemand ‘waar voor zijn geld’ te geven. De rijkere patiënten hadden duidelijke meer mogelijkheden, connecties en middelen. Zo kreeg Anna Adriana Joosting voor haar opname al bezoek van Schroeder van der Kolk. Samen met een andere arts sprak hij over haar opties. Enkele maanden later werd overgegaan tot een opname in de eerste klasse.¹²³ Dat een hoogleraar en regent bij iemand thuiskwam om de situatie in te schatten, laat zien dat Anna bepaalde voorrechten had die niet

¹²² Vijselaar, *Het gesticht*, 18-19, 196-197.

¹²³ HUA, 813, 578, dossier 187.

voor iedereen golden. Toch is in het tweede hoofdstuk gebleken dat er niet meer patiënten uit de eerste en tweede klasse vertrokken als hersteld, maar wel als verbeterd of onverbeterd. Dat wijst mogelijk ook op meer betrokkenheid van de naasten, die eerder een ontslag regelden.

De dossiers laten verschillende vormen van behandeling zien, namelijk het toedienen van medicijnen, het spreken met de patiënten, het verrichten van arbeid, verschillende soorten baden, klysma's, aderlatingen en het plaatsen van natte doeken op het lichaam. Al deze vormen werden zowel bij mannen als vrouwen toegepast, alleen soms op een andere manier. Zo verschilde het soort arbeid dat uitgevoerd werd door de patiënten. Vrouwen kregen taken als naaien, wassen en keukenwerk en mannen juist taken als timmeren, tuinbouw en transportwerk.¹²⁴ Werd dit werk goed uitgevoerd, dan werd een patiënt als minder krankzinnig gezien. Het niet werkzaam zijn, werd geïnterpreteerd als een symptoom van de gekte; iemand was blijikbaar 'te ver heen' om te werken.

Het toedienen van medicijnen was, naast arbeid, de meest gebruikte behandeling. Veel patiëntendossiers bevatten voorschriften van medicijnen en/of verwijzingen naar de inname van pillen door de patiënten. Deze voorschriften zijn genoteerd in afkortingen of met vaak onbekende termen waardoor het lastig is om te ontcijferen om welke farmaceutische middelen het precies gaat. Voorbeelden van medicijnen die in de negentiende eeuw gebruikelijk waren om voor te schrijven zijn opium, morfine, narcine en narceinum. Medicijnen werden toegediend via een klysma, op het lichaam gesmeerd of als pil ingenomen.¹²⁵ Gijswijt-Hofstra stelt dat medicijnen in de tweede helft van de negentiende eeuw een vast onderdeel van de behandeling waren geworden.¹²⁶ Deze dossiers bevestigen dat het voorschrijven van medicijnen zowel binnen als buiten het gesticht een normaal gebruik was. Niet alleen de dossiers spreken namelijk over medicijnen, maar ook de brieven van behandelende artsen voorafgaand aan de opname noemen het.

Slechts een enkele keer werd er gesproken over de andere vormen van behandelingen. Zo is het volgende genoteerd bij Petrus Gerardus Mulder: *'bedaard op een broom bad'*.¹²⁷ Naast deze vormen van behandelingen werd af en toe vermeld dat een patiënt voor een paar uren of dagen verplaatst is naar de afdeling voor 'drukke' patiënten: *'[Willemijntje van Bekkum-Harland] is naar de storende klasse overgeplaatst voor enkele uren, daar zij zeer*

¹²⁴ Hut, *Statistiek*, 69.

¹²⁵ Het Oude Gesticht. Virtueel museum van de psychiatrie, 'Medicatie, 1870, opsomming' <<http://www.hetoudegesticht.nl/medicatie-1800-psychiatrie/>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

¹²⁶ M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis en J. Vijselaar (red.), *Psychiatric cultures compared. Psychiatric and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches* (Amsterdam 2005), 381.

¹²⁷ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 591, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1021-1085, dossier 1075.

*opgewektzaam in woorden en handelingen [was].*¹²⁸ Dat gesprekken een vorm van therapie waren, blijkt meer impliciet door uitspraken als *'Ik heb haar streng toegesproken'* en *'[Ze] laat zich niet overtuigen'* en uit de kennis die de auteurs van de dossiers hadden over de denkbeelden en gedachtegangen van hun patiënten.¹²⁹

De dossiers van vrouwelijke patiënten suggereren dat de vrouwen meer met hun omgeving bezig waren. Jannetje van der Tol-de Koning commandeerde de andere krankzinnigen, Cornelia Maria de Bruijn ervaarde de andere krankzinnigen om haar heen als last, wilde niet bij hen in de buurt zijn en wilde niet eten in gezelschap en Willemijntje van Bekkum-Harland wilde zich voor anderen verbergen en beweerde dat haar echtgenoot met een dienstmeisje uit het gesticht ging trouwen.¹³⁰ Ook leken vrouwen meer met hun gezin thuis bezig te zijn. Ze uitten vaker naar huis te willen en hun man en kinderen te missen. Tegelijkertijd dachten ze hun gezin ook tot last te zijn. Meerdere vrouwen beweerden hun man of kinderen ongelukkig te maken, dachten dat ze hun plicht niet nakwamen en wilden alleen thuis voor hun gezin arbeid verrichten. Een opname in het gesticht leidde bij vrouwen tot schuldgevoel. Geen van de mannen leek te denken aan hun echtgenote, kinderen of thuissituatie, uitte naar huis te willen of zich schuldig te voelen dat ze hun plichten nu niet na konden komen. De mannelijke patiënten hadden juist vaker grootse gedachten over henzelf, hun rijkdom of hun capaciteiten. De waanzinnige gedachtes van vrouwen focusten zich niet alleen op het gezin, maar werden ook beïnvloed door religie, dat blijkt bijvoorbeeld uit vrouwelijke patiënten die het idee hadden bezeten te zijn door de duivel.¹³¹

Ook het niet innemen van voedsel, drank of medicijnen kwam in de onderzochte dossiers vooral bij vrouwelijke patiënten voor. Yannick Ripa omschrijft verzet tegen voedsel, stilzwijgen of zelfmoordpogingen als een vorm van verzet. Andere mogelijkheden waren uitgesproken verzet in de vorm van klagen in een brief, rebellie tegenover de autoriteiten en pogingen tot ontsnappen. Deze laatste drie kwamen vaker voor bij mannen, terwijl vrouwen zich meestal overgaven aan de medische macht of slechts de eerdergenoemde stilzwijgende vormen van verzet toepasten.¹³² In het reglement van het gesticht stond dat bij een patiënt die langer dan 24 uur weigerde te eten of drinken dit doorgegeven moest worden aan de directeur of directrice.¹³³ Het feit dat dit als regel opgenomen was voor de bedienden geeft aan dat het met regelmaat voorkwam. Het dossieronderzoek ondersteunt deze gedachte. Zo is bij Evertje

¹²⁸ HUA, 813, 605, dossier 2006.

¹²⁹ HUA, 813, 580, dossier 302; Het Utrechts Archief, 813, 605, dossier 2006.

¹³⁰ HUA, 813, 576, dossier 81; Het Utrechts Archief, 813, 580, dossier 302.

¹³¹ HUA, 813, 605, dossier 2006.

¹³² Ripa, *Women and madness*, 138.

¹³³ HUA, 813, 134.

Evertse het volgende genoteerd: *'neemt zeer ongeregeld pillen in welke zij zegt niet te kunne slikken.'*¹³⁴ Over Johanna Margaretha Blanc is gezegd dat ze weinig at en dronk en weigerde haar medicijnen in te nemen.¹³⁵ Ook Louise Clara Kist weigerde te eten en drinken.¹³⁶ Dit alles hoeft echter niet te duiden op een rebelse daad en kon ook voortkomen uit een zeer sterke wens een einde aan het leven te maken. Deze suïcidale neiging hoeft niet verbonden te zijn met de wens te 'ontsnappen' uit het gesticht maar kan juist de krankzinnigheid en dus het belang van de opname van deze vrouwen bevestigen. Daarnaast waren sommige van de vrouwen zo ziek dat ze hun voedsel niet binnen konden houden of geen eetlust meer hadden. Dat gold ook voor enkele mannen.

Hoewel de notities over vrouwelijke patiënten niet over 'hysterie' spreken, suggereren ze wel meerdere malen dat klachten overdreven werden, de patiënt verwend was of dat ze zich aanstelde. Dit is nooit bij de mannen genoteerd. Op vier maart 1844 werd in het dossier van Johanna Margaretha Blanc genoteerd dat ze aandacht wilde.¹³⁷ Over Maria Catharina Florentina Cramer-Overkamp is het volgende gezegd: *'Zooals te denken was waren boventstaande klagten overdreven.'*¹³⁸ In de ziektegeschiedenis van Cornelia Maria de Bruijn schreef een arts: *'s Avonds den ganzen dag in bed doorgebracht hebbende, werd de zieke angstiger, braakte zij het gebruikte voedsel uit, was knorrig en driftig op hare huisgenoten, vooral op hare moeder welke zij eindelijk dwong om mij te ontbieden als zijnde er weder geheimen te openbaren en ik kon gedurende ½ uur praten, geruststellen op het laats baatte niets: nauwelijks was ik toch vertrokken of de belofte van intenemen of optestaan werd vergeten, mijne tegenwoordigheid werd opnieuw verlangd.'* Krankzinnigheid werd, volgens Hilary Marland, vaker geassocieerd met enerzijds zeer rijke vrouwen die, verzwakt door hun luxe bestaan, een verhoogde gevoeligheid hadden en anderzijds met zware armoede.¹³⁹ Uit de brief van de arts van Cornelia en het feit dat ze in de eerste klasse verbleef, blijkt dat ze een vrouw van goeie komaf was. Hetzelfde gold voor Maria, die in de tweede klasse verbleef. Mogelijk was de goeie komaf de reden dat deze vrouwen als verwend, lui en gevoelig gezien werden.

¹³⁴ Het Utrechts Archief, 813, 578, dossier 180.

¹³⁵ Ibidem, dossier 191.

¹³⁶ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 582, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 381-450, dossier 391.

¹³⁷ HUA, 813, 578, dossier 191.

¹³⁸ HUA, 813, 604, dossier 1985.

¹³⁹ Marland, 'Disappointment and desolation', 309.

Het vertrek

Eenmaal opgenomen in het gesticht waren er, zoals in het tweede hoofdstuk al bleek, verschillende manieren waarop deze weer verlaten werd: hersteld, verbeterd, overplaatsing, onverbeterd en overleden. De naasten thuis rekenden op een verbetering, dit blijkt bijvoorbeeld uit een brief geschreven door de arts van Jakob Ockhuijsen Maas: *'[Het gesticht is] de eenige plaats waar hij met vrucht geneeskundig kan behandeld worden, het eenige middel om hem voor volslagen waanzin te bewaren, en misschien nog om hem aan zich zelve en de maatschappij terug te geven.'*¹⁴⁰ Door de gebrekkige aantekeningen naar het einde van het verblijf toe, is het lastig om een duidelijk beeld te krijgen van het vertrek of overlijden van de patiënten.

Veel patiënten die het gesticht binnenkwamen, waren 'hopeloze gevallen'. Ze bleven zeer lang, er werden weinig aantekeningen gemaakt over hun toestand en er werd geen enkele keer over een verandering gesproken. Gevallen als deze waren patiënten die na een zeer lang of zeer kort langer verblijf stierven in het gesticht. Dat gold voor ongeveer 20% van de totale opnames tussen 1841 en 1871. Bij de andere patiënten bleef genezing echter nog altijd het doel. Over Petrus Gerardus Mulders verbeteringen werd bijvoorbeeld het volgende gezegd: *'gevoegd bij zijne uit vroegere ervaring gebleken voorbeschiktheid, het vooralsnog onraadzaam maakt hem weder in de gewone maatschappij te doen overgaan.'*¹⁴¹

In theorie werd dus bij iedere patiënt een inschatting gemaakt of iemand klaar was om terug naar huis te gaan. Om als genezen verklaard te worden, moest de krankzinnigheid voorbij zijn. In het reglement van het Gesticht werden de krankzinnigen omschreven als *'personen, voor wier veiligheid en welvaart [een bediende] naar als zijn vermogen verplicht is zorg te dragen'* en als *'mensen (...) die van hun verstand beroofd zijn en door hunne ziekte onwillekeurig worden gedreven.'*¹⁴² De ratio moet dus teruggekeerd zijn en een inschatting hiervan werd gebaseerd op een aantal elementen. Een belangrijke eis was dat een patiënt zijn eigen (vroegere) waanzinnige gedrag herinnerde en erkende als krankzinnig. Daarnaast moest deze patiënt omschreven worden als 'werkzaam' en in staat zijn tot het verrichten van 'normale' handelingen zoals naaiwerk, timmeren, het bespelen van een instrument of tekenen. Ook contact met de buitenwereld door middel van het schrijven van brieven of bezoek van naasten was een belangrijk element; verliep dit goed dan was een patiënt duidelijk genezen. Dezelfde 'eisen van genezing' bestonden voor de mannelijke en vrouwelijke patiënten.

¹⁴⁰ HUA, 813, 584, dossier 557.

¹⁴¹ HUA, 813, 595, dossier 1296.

¹⁴² HUA, 813, 134.

Over Anna Adriana Joosting werd het volgende gezegd: *‘volkomen helder: goede herinnering van al het verledene, langzaam ontwaken uit hare droom’* en *‘ontmoeting met haar broeder blijkt zeer wel’*.¹⁴³ Dit om aan te geven dat haar toestand verbeterd was. Jakob Ockhuijsen Maas schreef juist verwarde brieven en was boos op zijn bezoek. Dat gaf aan dat hij nog niet genezen was en de verwarde brieven werden als ‘bewijs’ bijgesloten in het dossier.¹⁴⁴ Ook speelde de mening van familieleden een rol. Een notitie bij Jan Frederik Geerling zei het volgende: *‘Zijne vrouw vindt hem als vroeger’*.¹⁴⁵

De familieleden onderhielden niet alleen contact met de patiënten, maar werden ook op de hoogte gehouden over de voortgang van de patiënt door het gesticht zelf. De man van Geerdina Theodora Roes-Oekhorst stuurde een brief naar de geneesheer. Daaruit bleek dat hij informatie had ontvangen over de genezing van zijn vrouw. Hij sloot zijn brief als volgt af: *‘Ik verlang zeer om mijn vrouwe te mogen zien en spreken; des noods maar te zien’*.¹⁴⁶ Niet alle familieleden stonden echter te springen om de terugkomst van de patiënt. De broer van Steven van Lingen schreef in 1842 een brief over het eventuele vertrek van zijn broer. Het gesticht achtte hem hersteld, maar zijn broer twijfelde of hij al klaar was om terug naar huis te gaan, omdat hij mogelijk nog niet in staat was zijn beroep als schoenmaker naar behoren uit te voeren. In het dossier werd vervolgens genoteerd: *‘men moet moeite doen hem in de maatschappij terug te brengen’*.¹⁴⁷ Dat de patiënt in kwestie in klasse drie verbleef en de naasten dus niets betaalden voor zijn verblijf, betekende echter niet dat het gesticht het laatste woord had over het ontslag. Pas in 1845 mocht Steven naar huis.

Bij slechts één van de onderzochte personen die in het gesticht overleed, werd een doodsoorzaak genoemd: *‘815 – 17 juni 1866 – van der Vliet, Kars – 27 augustus 1857 – Marasmus – Oud 53 jaren, was reeds bijna 9 jaren in het gesticht, leed van den beginne aan waanzinnigheid met toenemende onnozelheid. Verminderde allengs in krachten en bezweek marastisch’*.¹⁴⁸ Hij was overleden aan ondervoeding. Of dit een vorm van verzet en dus suïcide was of ondervoeding als gevolg van een lichamelijke ziekte is niet vermeld. Over het voorkomen van zelfdoding in het gesticht staat het volgende in het reglement: *‘De Bedienden moeten vooral waken, dat de patiënten die gevaarlijk zijn, geen schadelijke voorwerpen, of instrumenten, waarmede zij zich zelve of anderen letsel zouden kunnen toebrengen, in handen*

¹⁴³ HUA, 813, 578, dossier 187.

¹⁴⁴ HUA, 813, 584, dossier 557.

¹⁴⁵ HUA, 813, 578, dossier 172.

¹⁴⁶ HUA, 813, 587, dossier 806.

¹⁴⁷ HUA, 813, 576, dossier 84.

¹⁴⁸ HUA, 813, 587, dossier 815.

krijgen.’ Als de medewerkers hierin succesvol waren, was weigeren te eten het enige middel dat de patiënten hadden om een einde aan hun leven te maken.

Bij veel patiënten die overleden ging het echter om een lichamelijke ziekte of ouderdom. Maria van Werkhoven werd op 36-jarige leeftijd opgenomen en bleef ruim dertig jaar in het gesticht. De kans is dus groot dat ze uiteindelijk een ‘ouderdomsziekte’ heeft gekregen en daaraan bezweken is.¹⁴⁹ Geerdina Theodora Roes-Oekhorst overleed juist na slechts zeventien dagen. De notities laten zien dat ze er slecht aan toe was, zowel lichamelijk als geestelijk. Na ongeveer tien dagen kreeg ze ook nog eens last van hevige benauwdheid. De laatste notitie vermeldde dat ze is overleden en er geen lijkopening zou plaatsvinden. Geerdina leed hoogstwaarschijnlijk aan een lichamelijke ziekte en was dus al stervende voor haar opname.¹⁵⁰ Hetzelfde gold voor Jan Nicolaas. Hij was 39 jaar bij binnenkomst en overleed na slechts negen dagen.¹⁵¹

Het gesticht als hersteld verlaten, betekende niet dat een patiënt nooit meer krankzinnig werd. Petrus Gerardus Mulder werd, zoals eerder al vermeld is, vijf keer opgenomen tussen 1841 en 1871.¹⁵² Keer op keer vertrok hij als hersteld. Willem Badon Ghijben verbleef twee keer in het gesticht. De eerste keer bleef hij tweeëneenhalf jaar en vertrok als hersteld. Ongeveer vijf jaar later werd hij weer opgenomen. Dit keer bleef hij tot zijn dood, hij overleed na twintig jaar op 49-jarige leeftijd.¹⁵³ In dit alles is geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten te ontdekken.

Het volgende hoofdstuk zal de waarde van de brieven en geschriften van deze patiënten voor dit onderzoek aantonen. Ook zal benadrukt worden hoe verschillende brontypen een bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek.

¹⁴⁹ HUA, 813, 580, dossier 286.

¹⁵⁰ HUA, 813, 587, dossier 806.

¹⁵¹ HUA, 813, 604, dossier 1914.

¹⁵² HUA, 813, 587, dossier 788; Het Utrechts Archief, 813, 591, dossier 1075; HUA, 813, 595, dossier 1296; HUA, 813, 598, dossier 1466; HUA, 813, 602, dossier 1825.

¹⁵³ Het Utrechts Archief (HUA), Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 593, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1151-1215, dossier 1170.

Hoofdstuk 5: De patiënt aan het woord

‘Moeder. Mijn vurig en dringendsd verzoek is om op zijn allerspoedigst te huis te komen. Moeder, dat het tante welga. Uw zoon.’¹⁵⁴

‘Moeder. Ik bin goed, in daadelik met spoed na huis om te schoonhooftse met Geert. Sprengert te trouw. Zonder jeloersheid: of anders met Kobus Steekeleburg zijn dogter Bedje Steekeleburg’¹⁵⁵

Deze twee korte brieven schreef Steven van Lingen op 9 juli 1843 naar zijn moeder. Hij was op dat moment al ruim twee jaar opgenomen en zou dat ook nog ruim twee jaar blijven. Of deze brieven ooit verzonden zijn is onduidelijk. Wat zouden verwarde en onduidelijke regels als deze nog kunnen bijdragen aan dit onderzoek? Met behulp van de patiëntendossiers is een beter beeld verkregen over wat het Utrechtse gesticht als reden voor krankzinnigheid bij mannelijke en vrouwelijke patiënten opschreef, maar hoe dachten patiënten zelf over hun eigen krankzinnigheid? Ervoeren mannelijke en vrouwelijke patiënten hun gestichtsverblijf anders? Ook voerde het gesticht een beleid waarin mogelijk verschillende ideeën over mannelijke en vrouwelijke patiënten naar voren kwamen. Om een nog beter beeld van het ziektebeeld, de diagnostisering en behandeling van mannelijke en vrouwelijke patiënten te krijgen, kunnen dus ook nog andere brontypes gebruikt worden. In dit hoofdstuk zal bekeken worden welke ander bronmateriaal gebruikt kan worden.

Een ander perspectief met ander materiaal

De Willem Arntsz Stichting is in het bezit van een uitgebreid en veelzijdig archief. De gebruikte patiëntendossiers en het inschrijvingsregister zijn slechts een klein onderdeel van het geheel aan materiaal. Niet alleen is het inschrijvingsregister nog veel uitgebreider en bevat het archief patiëntendossiers van 1841 tot 1919, het archief bevat nog veel meer bronmateriaal.¹⁵⁶ Zo kunnen de rechterlijke machtigingen gebruikt worden om te onderzoeken wie de opname van de patiënten heeft aangevraagd.¹⁵⁷ Houston gebruikt Schotse rechterlijke machtigingen om te onderzoeken welke redenen gegeven werden door degenen die een opname aanvroegen om aan te tonen dat de persoon krankzinnig is en onderzoekt hiermee de negentiende-eeuwse

¹⁵⁴ HUA, 813, 576, dossier 84.

¹⁵⁵ Ibidem, dossier 82.

¹⁵⁶ Toestemming van de Willem Arntsz Stichting is nodig om dossiers na 1900 in te zien.

¹⁵⁷ HUA, ‘Willem Arntsz Stichting te Utrecht’ <<http://www.hetutrechtsarchief.nl/archief/WillemArntszStichting813>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

gendernormen. Zijn conclusie is dat vrouwen niet als mentaal incapabel werden bestempeld door mannen maar door andere vrouwen. Ze werden dus als waanzinnig bestempeld vanwege het overschrijden van normen van de eigen sekse.¹⁵⁸ Een soortgelijk onderzoek zou met de bronnen van het Geneeskundig Gesticht Utrecht uitgevoerd kunnen worden.

Ook bevat het archief naast het inschrijvingsregister nog allerlei andere registers die gebruikt kunnen worden voor kwantitatief onderzoek, zoals registers van de jaarlijkse bezetting van patiënten. Mogelijk geven deze bronnen meer inzicht in het overlijden van patiënten. Daarnaast bevat het archief vele bronnen over de regels voor werknemers en de dagelijkse verzorging van de patiënten, zoals de voeding die ze kregen.¹⁵⁹ Zo kan meer aandacht besteed worden aan de kwaliteit van het leven in een gesticht en de omgang tussen werknemer en patiënt.

Een onderzoek naar het verschil in het ziektebeeld van mannelijke en vrouwelijke patiënten kan met andere bronnen een ander resultaat geven. De notulen van de vergaderingen, de jaarverslagen, rapporten en correspondentie van het gesticht met andere instellingen en met besturen kunnen inzicht geven in het beleid over de omgang met de patiënten.¹⁶⁰ Dat werpt mogelijk weer een ander licht op de vraag die in dit onderzoek gesteld is. Zo kan het dat de regenten een ander beleid voerden voor mannelijke en vrouwelijke patiënten. Ideeën over krankzinnigheid bij beide seksen kunnen in de vergaderingen naar voren gekomen zijn. Dat heeft vervolgens de diagnostisering en behandeling van medewerkers in het gesticht beïnvloed.

De verwarde maar unieke stem van een krankzinnige

Waar de overige bronnen uit het archief de gelegenheid geven om meer inzicht te krijgen in het beleid, de dagelijkse gang van zaken of de juridische aspecten rondom een opname, vormen de brieven in de dossiers de beste mogelijkheid om de patiënt zelf aan het woord te laten. Deze verwarde schrijfsels van de opgenomen krankzinnigen zijn echter een lastige bron. Allereerst omdat niet alle dossiers geschreven materiaal van de patiënten bevatten. Slechts 4 van de 38 gebruikte dossiers bevatten correspondentie of schrijfsels van de patiënt zelf. Helaas zijn dat ook nog alleen mannelijke patiënten, waardoor het op dit moment weinig kan toevoegen aan dit onderzoek. Met meer tijd zouden meer dossiers bekeken kunnen worden en kunnen ook egodocumenten van vrouwen getraceerd worden.

¹⁵⁸ Houston, 'Madness and gender', 318-322.

¹⁵⁹ HUA, 'Willem Arntsz Stichting te Utrecht' <<http://www.hetutrechtsarchief.nl/archief/WillemArntszStichting813>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

¹⁶⁰ Ibidem.

Naast een gebrek aan materiaal is het maar de vraag in hoeverre we hier kunnen spreken over ‘egodocumenten’. De patiënten stonden constant onder toezicht van bedienden. Deze bedienden maar ook de directeur, directrice, huismeester en geneesheer konden de brieven lezen en eventueel besluiten ze te laten aanpassen of in geheel niet te verzenden. De brieven die in de dossiers terecht zijn gekomen, waren bedoeld als ondersteuning van de veronderstelde krankzinnigheid. De notities in het dossiers noemden het schrijven van verwarde brieven als een symptoom en daarom werd die brief vervolgens in het dossier bijgevoegd. Het gaat dus vaak om onduidelijke en onbegrijpelijke brieven. Dat maakt het lastig om deze te analyseren. Willem Badon Ghijben schreef tijdens zijn verblijf bijvoorbeeld een gedicht:

*‘De Gans en Napoleon
Napoleon en de Ganse
Der kracht wil buigen
Alles woest geweld;
Alle bezig’en breken
Of wordt geweld;
Den kracht doet bukken
in goed getuig
heeft zonder rukken
t’al sterk, soms ruig;
en d’n met vrouwen
t’heelal regeert,
heeft s heids te trouwen
wordt nooit geleerd
voor vrouwen
wordt nooit getreurd.’¹⁶¹*

Een gedicht dat zijn gekte en verwardheid, zo blijkt uit zijn dossier, aantoonde maar voor dit onderzoek weinig waarde heeft.

Ondanks al deze genoemde beperkingen zijn de brieven wel degelijk van grote waarde. Het geeft meer inzicht in de manier waarop een individu zelf met zijn gekte omging, wat hij erover aan de buitenwereld vertelde en met wie hij contact hield. Zo schreef Leendert Carel Raamsdonck naar een goede kennis op 9 januari 1857: *‘Iedereen is in de veerbeelding dat ik naar Delft gaan, ik praat maar met hun mede van ja en over de rust.’*¹⁶² Dit citaat laat zien dat

¹⁶¹ HUA, 813, 593, dossier 1170.

¹⁶² HUA, 813, 587, dossier 759.

Leendert niet tegenover iedereen open was over zijn verblijf in het gesticht. Tegelijkertijd waren er dus ook mensen die hij wel in vertrouwen nam.

Dat de brieven van patiënten het perspectief op het gestichtsverblijf kunnen verbreden, laten ook de brieven van Steven van Lingen zien. In het vorige hoofdstuk bleek dat deze patiënt na ongeveer één jaar hersteld was, maar zijn broer het daar nog niet mee eens was. Het dossier bevat vele brieven geschreven door Steven zelf. Zo schreef hij naar zijn moeder wanhopige brieven dat hij naar huis wilde komen; hetzelfde schreef hij naar zijn broer. In deze laatste brief is ook enige boosheid te bespeuren. Zijn broer zou op bezoek komen om met hem te spreken over Stevens leven na zijn ontslag; waar hij zou gaan wonen en welk beroep hij kon gaan uitvoeren. Hij is echter nooit langs geweest. Steven gaf aan dat de regering hem een gestichtsverblijf van één jaar had opgedragen. Het jaar was verstreken, maar hij was nog steeds opgenomen.¹⁶³ Een brief als deze laat de visie van een patiënt zelf op zijn eigen opname zien. Steven achtte zichzelf genezen en de notities uit het dossier laten zien dat het gesticht het hiermee eens was. De brieven in combinatie met de dossiers geven dus inzicht in de dynamiek tussen de medewerkers, hun patiënt en de naasten. Het laat zien hoeveel een patiënt zelf te zeggen had over zijn verblijf en herstel. In Stevens geval gaf zijn broer de doorslag; niet de medewerkers of de krankzinnige zelf.

Brieven als deze van Steven vergelijken met gelijksoortige brieven van vrouwen zou helemaal waardevol zijn. Dan kan de *agency* van mannelijke patiënten vergeleken worden met die van vrouwelijke patiënten; hoeveel hadden de opgenomen mannen en vrouwen te zeggen over hun eigen opname? Steven had er weinig over te zeggen, maar hoe was dat bij andere patiënten en hadden de heersende gendernormen daar nog invloed op? Akihito Suzuki laat zien hoe in een Brits gesticht in het begin van de negentiende eeuw de naasten van patiënten de autoriteit hadden als het ging om de diagnostisering van een patiënt, maar daarna werden de mening van de geneesheer en van de patiënt zelf leidend.¹⁶⁴ De correspondentie van een patiënt kan een kwestie als deze dus onderzoeken door brieven naast de dossiers te leggen.

Ook kan onderzocht worden in hoeverre de naasten een gestichtsopname wenselijker vonden bij mannen dan bij vrouwen en hoe patiënten hun opname zelf ervoeren. In het eerste hoofdstuk is aangehaald dat er uiteenlopende ideeën bestaan over een verschil in de duur van een opname bij mannen en bij vrouwen. Enerzijds zouden vrouwen korter in een gesticht blijven omdat naasten minder geneigd waren om voor het verblijf te betalen en ze dus eerder naar huis mochten. Anderzijds zouden vrouwen het leven in een inrichting als prettig ervaren. De

¹⁶³ HUA, 813, 576, dossier 84.

¹⁶⁴ Suzuki, 'Framing psychiatric subjectivity'. 117.

correspondentie van de mannelijke en vrouwelijke patiënten met hun naasten zou dit verder kunnen onderzoeken.

In dit hoofdstuk is aangestipt dat dit onderzoek nog verder uitgebreid kan worden. De andere bronnen uit het archief van de Willem Arntsz Stichting kunnen een ander perspectief op de hier gestelde vraag bieden. Daarnaast kan de correspondentie en geschriften van patiënten gebruikt worden om de patiënt zelf aan het woord te laten.

Conclusie

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw werd geclaimd dat psychiatrische instellingen vanaf het moment dat deze opkwamen een vorm van sociale dwang waren om losbandige, onhandelbare en moeilijke vrouwen onder controle te houden. Niet alleen bestond het idee dat vrouwen eerder krankzinnig werden – krankzinnigheid werd gekoppeld aan vrouwelijke eigenschappen – maar vrouwen zouden ook vaker opgenomen worden in de gestichten.

De afgelopen decennia zijn deze feministische ideeën in vele onderzoeken weerlegd. Toch bleven er ook nog vragen bestaan over de invloed van iemands geslacht op de omgang met zijn of haar krankzinnigheid. Met behulp van verschillende methodes, zowel kwantitatief en kwalitatief, is geprobeerd deze omgang met krankzinnige mannen en vrouwen te onderzoeken. Het onderzoek is zo dicht mogelijk bij de stem van patiënten gekomen als maar mogelijk is door naast patiëntendossiers ook nog te reflecteren op de mogelijkheden van brieven geschreven door patiënten. Al dit bronmateriaal is door nog maar weinig onderzoekers gebruikt in onderzoek naar gestichten.

Het eerste wat dit onderzoek laat zien is dat tussen 1841 en 1871 meer mannen dan vrouwen opgenomen werden als patiënt in het Utrechtse gesticht. Ook werden de oorzaken van de geestesziekte, de gedragingen van de patiënten en de behandeling bij mannen en vrouwen op eenzelfde manier omschreven met termen als verwardheid, opgewektheid en bedruktheid. Daarnaast waren de vrouwen die opgenomen werden geen slachtoffer van een ‘mannenwereld’. De werknemers van het Utrechtse gesticht waren namelijk niet alleen mannen, met uitzondering van de hoogste posities als geneesheer of in het regentencollege. Naast een directeur was er ook een directrice en de dagelijkse verzorging van vrouwen werd uitgevoerd door seksegenoten. Het noteren van de toestand van patiënten gebeurde hoogstwaarschijnlijk door werknemers van hetzelfde geslacht als de patiënten. De gedachte dat waanzin een vrouwelijke ziekte was als ‘straf’ voor opstandige vrouwen door mannen, wordt op basis van dit onderzoek tegengesproken.

Toch komen er wel degelijk verschillen naar voren uit de cijfers en de dossiers tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten. Mannen en vrouwen vervulden een andere rol in de negentiende-eeuwse samenleving. Dit werd zichtbaar in het tweede hoofdstuk waar bleek dat veel vrouwen geen betaalde geregistreerd arbeid verrichtten terwijl veel mannen, voor hun opname, werkzaam waren. Dit verschil komt ook naar voren bij de aanduiding van de oorzaken van iemands krankzinnigheid. Bij vrouwen werd vaker de gezinssituatie als verklaring vermeld, terwijl de carrière vaker aangehaald werd in de dossiers van mannelijke patiënten. De

waaninnige gedachtes van vrouwen leken vooral gecentreerd te zijn rondom hun gezin; het al dan niet teleurstellen van partner en kinderen, het ongelukkig maken van de gezinsleden en het missen van hen. Mannen hadden juist waaninnige gedachtes waaruit blijkt dat ze zichzelf overschatten en allerlei absurde en grootse plannen hadden voor hun carrière.

De rol in de samenleving van mannen zorgde ervoor dat hun krankzinnigheid eerder aan het licht kwam doordat ze in het openbare leven niet meer functioneerden zoals verwacht. Een opname werd dus noodzakelijk. Dat zou kunnen verklaren dat meer mannen dan vrouwen opgenomen werden in het Utrechtse gesticht. Vrouwen konden langer meedraaien in de thuissituatie; pas als ze een gevaar werden voor zichzelf of anderen, werd overgegaan tot een opname. Onderzoek naar de rechterlijke machtigingen kan hier nog meer aan toevoegen: welke oorzaken werden in de rechtszaak genoemd over iemands krankzinnigheid en wat gaf de doorslag om over te gaan tot een opnameaanvraag?

De ideeën van werknemers uit het gesticht over gender beïnvloedden wat opgeschreven werd. Bij vrouwen zonder gezin maar met een baan werd niets over hun ‘openbare leven’ vermeld, terwijl een te hoge werkdruk bij hen evengoed reden tot opname zou kunnen zijn. Ook was er sprake van bewuste en onbewuste censuur. Het nuttigen van sterke dranken werd nooit genoteerd bij vrouwen, terwijl er wel degelijk vrouwen geweest moeten zijn die alcohol dronken. Ook werd in geen enkele dossier over seksueel ‘losbandig’ gedrag gesproken, bij zowel mannen als vrouwen niet. De bedienden zullen bepaalde zaken bewust niet genoteerd hebben, maar veel zal, beïnvloed door aannames en vooroordelen, niet relevant geacht zijn. De dossiers van vrouwelijke patiënten werden hoogstwaarschijnlijk bijgehouden door vrouwelijke bedienden en de dossiers van mannelijke patiënten door mannelijke bedienden. De heersende gendernormen werden dus niet opgelegd aan vrouwen door mannen maar door vrouwen; en aan mannen door mannen. Een onderzoek naar de beleidsbronnen van het Utrechtse gesticht kan gebruikt worden om aan te tonen welke ideeën er van ‘bovenaf’ (door mannen) opgelegd werden over de omgang met mannelijke en vrouwelijke patiënten.

Voor mannen had een opname grotere gevolgen. Patiënten werden na een verblijf langer dan drie jaar onder curatele gesteld, wat zou betekenen dat ze geen eigen bezit meer hadden. Naasten waren daarom bij mannen mogelijk eerder geneigd over te gaan tot een aanvraag van opname en een verlenging van het verblijf. Hun krankzinnigheid kon het (familie)bezit namelijk in gevaar brengen. Vrouwen hadden vaak geen eigen bezit. Bij een huwelijk waren ze getrouwd in gemeenschap van goederen, de echtgenoot had dus zeggenschap over het bezit, en de ongetrouwde vrouwen woonden vaak nog bij familie. Toch laten de cijfers van het Utrechtse gesticht zien dat mannen eerder ontslagen werden dan vrouwen; meer vrouwelijke patiënten

bleven langer dan twee jaar in het gesticht. Was het leven in het gesticht voor hun prettiger, was er niemand die streed voor hun ontslag of waren het werkelijk ‘moeilijke’ vrouwen die opgesloten moesten blijven? Een vergelijking van brieven van mannelijke patiënten en vrouwelijke patiënten kan onderzoeken hoe mannen en vrouwen het leven in het gesticht ervoeren en hoeveel invloed ze hadden op hun eigen ontslag.

Meer factoren dan alleen iemands geslacht speelden echter een rol in het beeld van krankzinnigheid en de omgang daarmee, zoals iemands sociaaleconomische positie. De patiënten uit de eerste en tweede klasse hadden een comfortabeler verblijf, meer notities in hun dossiers en bij hen waren al voor de opname meer pogingen tot genezing verricht; opname in het gesticht was werkelijk de laatste optie. Dit alles suggereert dat in het gesticht ook meer tijd, geld en aandacht in de behandeling van patiënten uit hogere klassen werd besteed. Toch herstelden deze patiënten niet vaker. Dat versterkt het idee dat opname bij deze patiënten een laatste optie was. De ‘makkelijker’ te genezen krankzinnigen van hoge komaf konden thuis herstellen. Het waren de ‘hopeloze’ gevallen die over moesten gaan tot een opname. Wel leken de naasten van deze patiënten eerder een ontslag aan te vragen, waardoor deze patiënten vaker vertrokken als verbeterd of onverbeterd. Dit betekent dat bijvoorbeeld een vrouwelijke patiënt uit de derde klasse niet gelijkgesteld kan worden aan een vrouw uit de eerste klasse. Daar kunnen net zoveel verschillen tussen bestaan als een mannelijke en vrouwelijke patiënt uit dezelfde klasse. Verder onderzoek moet dus niet alleen gericht zijn op de omgang met krankzinnigheid bij mannen en vrouwen, maar ook op de invloed van iemands sociaaleconomische positie en andere zaken als afkomst, leeftijd of burgerlijke staat.

Op basis van dit onderzoek kan niet gesproken worden over ‘falen’ van het concept van gestichten. De cijfers van dit gesticht waren wat betreft genezing zo slecht nog niet: 43% verliet het gesticht als hersteld. De lat voor deze genezing lag hoog. Iemand moest weer volledig rationeel zijn en mee kunnen draaien in de maatschappij voordat hij of zij ontslagen werd en zelfs met deze hoge eisen vertrokken er toch nog 829 mensen als hersteld, waarvan ongeveer een vierde echter nogmaals opgenomen zou worden. Daartegenover overleden er 713 patiënten. Er was weinig ruimte voor een ‘middenweg’. Eenmaal in het gesticht aangekomen, betekende het meestal dat je er alleen uitkwam door er te overlijden of door alle tekenen van rationaliteit te tonen. Toch gold Dantes uitspraak boven de poort van het Utrechtse gesticht dus niet voor iedereen: een aanzienlijk deel van zowel de mannelijke en vrouwelijke patiënten had wel degelijk hoop op genezing en terugkering in de maatschappij.

Bibliografie

Verantwoording afbeelding voorkant

Gezicht in het zuidelijke gedeelte van de Lange Nieuwstraat te Utrecht met rechts het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen uit circa 1888.

M. Vos, Collectie Het Utrechts Archief, 35507

<<http://www.hetutrechtsarchief.nl/beeldmateriaal35507/>> [geraadpleegd op 26-05-2017].

Primair bronmateriaal

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 134, Reglementen en instructie, 1835-1943.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 337, Registers van patiënten 1841-1880 (nrs. 1-3317).

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 576, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 51-90.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 578, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 151-205.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 580, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 266-320.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 582, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 381-450.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 584, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 526-605.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 587, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 751-835.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 591, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1021-1085.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 593, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1151-1215.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 595, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1266-1325.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 598, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1461-1530.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 602, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1761-1835.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 603, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1836-1910.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 604, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1911-1985.

Het Utrechts Archief, Utrecht, 813, Willem Arntsz Stichting te Utrecht, 605, Dossiers inzake patiënten 1841-1884 nrs. 1986-2055.

Secundaire literatuur

Berg, Henk van den (red.), *Het Willem Arntsz Huis 1461-2008: gasthuys voir die dulle lude / psychiatrisch ziekenhuis* (Utrecht 2008).

Berrios, G.E., *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century* (Cambridge 1996).

Binneveld, J. en Lieburg, van M., *Psychiatric reform in the Netherlands in the 19th century* (Rotterdam, 1979).

Busfield, J., 'The female malady? Men, women and madness in nineteenth century Britain,' *Sociology* 28.1 (1994), 259-277).

Chessler, P., *Vrouwen en waanzin* (Amsterdam 1980), vert. C.E. van Amerongen-van Straten.

Dankers, J. en Linden, van der J., *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoevenkliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996).

Foucault, M., *Geschiedenis van de waanzin* (Amsterdam, 2013), vert. C.P. Heering-Moorman.

Gijswijt-Hofstra, M., Oosterhuis, H. en Vijselaar, J. (red.), *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches* (Amsterdam 2005).

Grob, G., 'Rediscovering Asylums: The unhistorical history of the mental hospital,' *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine* 7.4 (1979), 135-158.

Haavio-Mannila, E., 'Development of sex differences in economic activity and mental health in Scandinavia', *Acta Sociologica* 22.1 (1979), 5-27.

Harsin, J., 'Gender, class and madness in nineteenth-century France,' *French Historical Studies* 17.4 (1992), 1048-1070.

Houston, R., 'Madness and gender in the long eighteenth century', *Social History* 27.3 (2002), 309-326.

Hut, L.J., *Statistiek Willem Arntz Stichting 1844-1927* (Utrecht 1957).

Jefferies, D. & Duff, M. (e.a.), 'Historical perspectives: a snapshot of women admitted to psychiatric facilities with psychosis or mania after childbirth in the late Victorian and inter-war periods', *Journal of Advanced Nursing* 71.12 (2015), 2799-2810.

Kelly, B.D. 'Syphilis, psychiatry and offending behaviour: clinical cases from nineteenth-century Ireland', *Irish Journal of Medical Science* 178.1 (2009), 73-77.

Kelly, B.D., 'Searching for the patient's voice in the Irish asylums', *Medical Humanities* 42.2 (2016), 87-91.

Kerkhoven, A., *Beeld van de psychiatrie. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen* (Zwolle 1996).

Knippenberg, H., *De religieuze kaart van Nederland: omvang en geografische spreiding van de godsdienstige gezindten vanaf de Reformatie tot heden* (Assen 1992).

Lith, J., *Geschiedenis van het krankzinnigengesticht te Utrecht, gedurende deszelfs 400-jarig bestaan* (Utrecht 1863).

Marland, H., 'Disappointment and desolation: women, doctors and interpretations of puerperal insanity in the nineteenth century', *History of Psychiatry* 14.3 (2003), 303-320.

Matthijs, K., *De mateloze negentiende eeuw: bevolking, huwelijk, gezin en sociale verandering* (Leuven 2001).

Melling, J. en Forsythe, B. (red.), *Insanity, institutions and society, 1800-1914* (London 1999).

Oosterhuis, H. en Gijswijt-Hofstra, M., *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008).

Oosterhuis, H. en Slijkhuis, J., *Verzichte zenuwen en zeden. De opkomst van de psychiatrie in Nederland (1870-1920)* (Rotterdam 2012).

Ripa, Y. *Women and madness. The incarceration of women in the nineteenth century* (Minneapolis 1986).

Rudnick, L.P. en Heru, A.M., 'The 'secret' source of 'female hysteria': the role that syphilis played in the construction of female sexuality and psychoanalysis in the late nineteenth and early twentieth centuries', *History of Psychiatry* 28.2 (2017), 195-208.

Schijndel, van M.A. en Gerrits, W.L.J. (e.a.), 'The state of psychiatry in the Netherlands: strength by quality, influence by capabilities', *International Review of Psychiatry* 24.4 (2012), 321-327.

Shepherd, A., 'The female patient experience in two late-nineteenth-century Surrey asylums', *Clio Medica* 73 (2004), 223-248.

Shorter, E., *A history of psychiatry, from the era of asylum to the age of Prozac* (New York 1997).

Showalter, A., *The female malady. Women, madness and the English culture, 1830-1980* (New York 1985).

Skultans, V., *Madness and morals: ideas on insanity in the nineteenth-century* (1975).

Slijkhuis, J., 'Neurasthenia as Pandora's Box? 'Zenuwachtigheid' and Dutch psychiatry around 1900,' *Clio medical/The Wellcome Series in the History of Medicine* 63 (2001), 257-278.

Staal, L.J., *5 eeuwen Willem Arntsz Stichting: ontstaan, wederwaardigheden en groei der Willem Arntsz Stichting* (Zeist 1955).

Szasz, T., *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct* (New York 1967).

Ussher, J., *Women's madness. Misogyny or mental illness?* (Exeter 1991).

Vijsselaar, J., *Krankzinnigengesticht: psychiatrische inrichtingen in Nederland, 1880-1910* (1992).

Vijselaar, J. (red.), *Gesticht in de duinen: de geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997).

Vijselaar, J., *Het gesticht, enkele reis of retour?* (Amsterdam 2010).

Waardt, de H., *Mending minds: a cultural history of Dutch academic psychiatry* (Rotterdam 2005).

Weevers, M. en Bijleveld, C., 'Mad, bad or sad? Dutch female beggars and vagabonds sent from the state of labor institution to the state mental asylum at the turn of the 19th century,' *Women & Criminal Justice* 24.3 (2014), 176-192).