

Krankzinnig over de oceaan

De constructie van de categorie krankzinnigheid bij Oost-Europese
landverhuizers in de Verenigde Staten en Nederland
1909-1913



FIG. 1.—An average group of suspected mental defectives, selected from about two hundred who were chalked "X" on the line inspection. In the back row, from the left, the first and fifth girls, and in the front row, the second, third, and fourth were finally certified feeble-minded.

Ellen Nieboer s4109945
Masterscriptie Actuele Geschiedenis
Datum: 15 juni 2015
Begeleiders: Saskia Bultman en Geertje Mak
Aantal woorden: 16.346

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Status Quaestionis	6
<i>De geschiedenis van de psychiatrie</i>	6
<i>Krankzinnigheid als constructie</i>	7
<i>Kennistechnieken</i>	8
<i>Veranderingen in het patiëntendossier</i>	9
<i>Het patiëntendossier als bron</i>	10
<i>Gender</i>	11
3. Bronnen en Methode	14
<i>Patiëntendossiers</i>	14
<i>Passagierslijsten</i>	16
4. De Verenigde Staten	18
<i>De categorie krankzinnigheid in de Verenigde Staten</i>	18
<i>De kennistechnieken op Ellis Island</i>	18
<i>De kennistechnieken buiten Ellis Island</i>	28
5. De Nederlandse Gestichten	32
<i>Maasoord en de categorie krankzinnigheid</i>	32
<i>De kennistechnieken in Maasoord</i>	32
<i>Medemblik en de categorie krankzinnigheid</i>	36
<i>De kennistechnieken in Medemblik</i>	37
<i>Grave en de categorie krankzinnigheid</i>	39
<i>De kennistechnieken in Grave</i>	42
6. Conclusie	45
7. Overzicht van geraadpleegde werken	47
<i>Lijst van archivalia</i>	47
<i>Websites</i>	47
<i>Literatuurlijst</i>	48
Bijlage 1: Een overzicht van de diagnoses	50

De afbeelding op de voorpagina komt uit *Manual of the Mental Examination of Aliens*, uitgegeven door de U.S. Public Health Service in 1918. Een aantal artsen van Ellis Island, waaronder Howard Andrew Knox, maakten deel uit van de commissie die dit handboek schreef.

1. Inleiding

Op 5 april 1911 kwam de 19-jarige Joodse blikslager Sender Weisman aan op Ellis Island, na een lange reis vanuit zijn geboorteplaats Skoran in Rusland via Rotterdam naar New York. Net als alle andere passagiers van de derde klasse van stoomschepen werd hij op Ellis Island, een klein eilandje net buiten New York, gekeurd om te bepalen of hem de toegang werd verleend tot de Verenigde Staten. Zonder problemen kon hij zijn reis vervolgen naar een neef in Brooklyn.¹ In zijn eerste jaar werkte hij in een lampenfabriek, maar vervolgens werd Sender werkloos. Hij was naar eigen zeggen ziek en werd na enkele maanden opgenomen in een ziekenhuis in New York. Vanuit daar werd hij doorgestuurd naar een krankzinnigengesticht op Long Island. Na twee weken werd hij door de Amerikaanse autoriteiten uitgezet en door de Holland-Amerika Lijn teruggebracht naar Rotterdam. In Rotterdam kwam op 15 november 1911 in het gesticht voor krankzinnigen Maasoord. Hij werd daar omschreven als gedeprimeerd en angstig en hij weigerde voedsel. Twee maanden later werd hij overgeplaatst naar het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, waar hij de diagnose *dementia praecox*, vroegtijdige dementie, kreeg. Hoewel zijn toestand verbeterde, zou hij voor de rest van zijn leven verpleging nodig hebben. Op 11 december 1912 werd hij overgebracht naar een krankzinnigengesticht in Rusland, zijn vaderland.² In deze scriptie staan personen als Sender centraal. Zij behoorden tot de kleine groep Oost-Europese migranten in de Verenigde Staten die zijn teruggestuurd naar het land van herkomst wegens krankzinnigheid.

In totaal kwamen in de jaren 1901-1920 ruim 14,5 miljoen migranten aan in de Verenigde Staten.³ In de periode 1901-1914 vertrokken ongeveer 700.000 migranten via Rotterdam naar New York.⁴ De Holland-Amerika Lijn (HAL), die het grootste deel van deze migranten vervoerde, bezat in heel Europa reiskantoren. Daar konden migranten de volledige reis – inclusief treinreis naar de havenplaats en de reis naar de eindbestemming in de Verenigde Staten – boeken.⁵ De migranten die via Rotterdam reisden kwamen voor het grootste deel uit Russisch en Oostenrijks-Hongaars grondgebied: tussen 1909 en 1913 kwamen ruim 250.000 migranten die via Rotterdam reisden uit deze gebieden. In 1913 werd nog een recordaantal migranten vervoerd vanuit Rotterdam, maar door het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog kwam aan de stroom Oost-Europese migranten een einde.⁶ In dit onderzoek wordt gekeken naar de hoogtijdagen van de Oost-Europese migratie via Rotterdam,

¹ The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, 'List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival', <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger> [geraadpleegd op 5-6-2015].

² Noord Hollands Archief (NHA), 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 445, dossier nr. 4234.

³ Roger Daniels, *Coming to America. A History of Immigration and Ethnicity in American Life* (New York 1991) 124.

⁴ Cees Zevenbergen, *Toen zij uit Rotterdam vertrokken. Emigratie via Rotterdam door de eeuwen heen* (Zwolle 1990) 68-69.

⁵ Zevenbergen, *Toen zij uit Rotterdam vertrokken*, 79.

⁶ Ibidem, 45, 97. In 1913 waren 70.863 migranten afkomstig uit Oost-Europa (Oostenrijk-Hongarije of Rusland), in 1914 nog slechts 24.515.

wat betekent dat migranten die tussen 1909 en 1913 naar New York vertrokken worden meegenomen in het onderzoek.

Onder deze Oost-Europese migranten bevonden zich drie grote groepen, namelijk de Polen, de Joden en de Hongaren. Hoewel er geen Poolse staat bestond tussen 1795 en 1919, konden mensen met de Poolse etniciteit worden herkend aan de taal en aan het geloof: vrijwel alle Polen waren Rooms-Katholiek. De meeste Polen waren afkomstig uit het Russische Rijk of Oostenrijk-Hongarije. Zij migreerden voornamelijk om economische redenen.⁷ De Oost-Europese Joden vormden een volgende groep migranten. Zij behoorden tot de Askenazische Joden, die van oudsher in Noord-Europa woonden. Een deel van hen was afkomstig uit de 'Pale of Settlement', de meest westelijke Russische provincies waar Joden zich nog mochten vestigen. Daarnaast was een groot deel van deze Joodse migranten afkomstig uit de regio Galicië in het noordoosten van Oostenrijk-Hongarije. Zij migreerden om economische redenen, maar ook vanwege de religieuze vervolgingen van Joden. Deze vervolgingen, pogroms, namen aan het einde van de negentiende eeuw sterk toe in Oost-Europa.⁸ De derde grote groep migranten waren de Hongaren. De Hongaren migreerden veelal om economische redenen, maar zij onderscheidden zich door het grote aantal migranten dat na enkele jaren in de Verenigde Staten vrijwillig terugkeerde naar Oostenrijk-Hongarije.⁹ Over al deze groepen migranten bestonden vooroordelen. Omdat zij de Engelse taal vaak niet machtig waren, werden zij vaak als dom beschouwd en konden ze alleen slecht betaald of gevaarlijk werk krijgen.¹⁰

Zoals al blijkt uit het verhaal over Sender, konden migranten die krankzinnig werden bevonden worden uitgezet. De wetgeving over krankzinnigheid en immigratie werd vanaf 1891, toen de wet in het leven werd geroepen, steeds verder uitgebreid. In de gekozen periode, 1909-1913, werd onder krankzinnigheid volgens de wet in de Verenigde Staten verstaan: idiotie, onnozelheid, epilepsie, een verwarde conditie gekarakteriseerd door waanvoorstellingen, depressie, suïcidale neigingen, de onmogelijkheid om moreel te oordelen en goed en fout van elkaar te onderscheiden en zwakzinnigheid. Migrant die in het verleden een aanval van krankzinnigheid hadden gehad, werden niet toegelaten. Vanaf 1907 konden migranten bovendien tot drie jaar na aankomst in de Verenigde Staten nog worden uitgezet als zij krankzinnig werden verklaard.¹¹ De categorie krankzinnigheid had dus uiteenlopende betekenissen. Wel deelden zij allemaal de notie dat krankzinnigen een mogelijke last zouden vormen voor de Amerikaanse samenleving. Migrant met bestemming New York werden daarom op Ellis Island onderzocht om te bepalen of zij tot een van deze ongewenste categorieën hoorden. Het aantal uitgewezen migranten om reden van krankzinnigheid nam sterk toe naarmate de keuring verbeterd werd en de wettelijke categorieën werden uitgebreid. In 1907 werden in totaal

⁷ Daniels, *Coming to America*, 214-215, 219.

⁸ Ibidem, 223-224.

⁹ Ibidem, 232-233.

¹⁰ Ibidem, 214.

¹¹ Douglas C. Baynton, 'Defectives in the Land: Disability and American Immigration Policy, 1882-1924', *Journal of American Ethnic History* 24 (2005) 32-33.

slechts 29 migranten uiteindelijk uitgewezen wegens krankzinnigheid, in 1914 ging het om 1077 migranten.¹² De migranten werden na de vaststelling van krankzinnigheid naar de vertrekhaven teruggestuurd met dezelfde stoommaatschappij die hen heen had gebracht.¹³

De migranten die wegens krankzinnigheid naar Rotterdam werden teruggestuurd, werden na opname in het stadsziekenhuis aan de Coolasingel in het gesticht voor krankzinnigen Maasoord opgenomen. Na een kort verblijf in Maasoord werden zij ofwel door de HAL teruggebracht naar het land van herkomst, of werden zij overgeplaatst naar de Rijks Krankzinnigengestichten in Medemblik of Grave voor verdere behandeling.¹⁴ De kosten van de verpleging van deze landverhuizers kwam voor rekening van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. In overleg met het Ministerie van Buitenlandse Zaken werd de terugkeer van de migranten naar hun vaderland geregeld.

Deze Oost-Europese migranten zijn dus in de Verenigde Staten krankzinnig verklaard, maar in de Nederlandse gestichten in Rotterdam, Grave en Medemblik werden zij opnieuw gediagnosticeerd. Van deze patiënten was slechts bekend dat zij wegens krankzinnigheid waren uitgezet, maar verdere gegevens ontbraken. Wellicht vond het onderzoek en de daaruit volgende categorisering in Nederland op een andere manier, en wellicht ook met een ander doel plaats dan in de Verenigde Staten. De kennistechnieken, bijvoorbeeld observatie, interviews en lichamelijke en psychologische testen, die werden ingezet om tot de categorie krankzinnigheid te komen, lijken te verschillen. Een vergelijking van de gebruikte kennistechnieken die tot de categorie krankzinnigheid leidden, is nog niet gemaakt. In deze scriptie staat daarom de volgende vraag centraal:

Hoe leidden kennistechnieken in zowel de Verenigde Staten als in de Nederlandse gestichten in Rotterdam, Grave en Medemblik tot de categorie krankzinnigheid bij Oost-Europese landverhuizers die tussen 1909 en 1913 met de Holland-Amerika Lijn via Rotterdam naar New York vertrokken?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn een drietal deelvragen opgesteld. Allereerst moet worden gekeken *welke kennistechnieken in zowel de Verenigde Staten als in de Nederlandse gestichten in Rotterdam, Grave en Medemblik werden gebruikt om tot de categorie krankzinnigheid te komen*. In het deel over de Verenigde Staten zal zowel aandacht worden besteed aan de kennistechnieken op Ellis Island als in de rest van de Verenigde Staten. De uitgewezen Oost-Europese migranten, die zowel direct als na uiterlijk drie jaar werden uitgewezen wegens krankzinnigheid, vallen allemaal onder dezelfde categorie in de Amerikaanse wetgeving, waardoor de uiteindelijke categorisering hetzelfde doel heeft gediend. De kennistechnieken worden onderzocht door

¹² Anne-Emanuelle Birn, 'Six Seconds Per Eyelid: The Medical Inspection of Immigrants at Ellis Island, 1892-1914', *DYNAMIS. Acta Hist. Med. Sci. Hist. Illus.* 17 (1997) 304.

¹³ Gemma Blok, 'Maasoord tussen Ellis Island en Dombrowa. 'Krankzinnige landverhuizers' in Rotterdam' in: Catharina Th. Bakker, Gemma Blok en Joost Vijselaar, *Delta. Negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 34.

¹⁴ Blok, 'Maasoord tussen Ellis Island en Dombrowa', 35.

literatuuronderzoek, aangevuld door gegevens uit het online archief van Ellis Island.¹⁵ Voor de kennistechnieken in de Nederlandse gestichten is onderzoek gedaan in de archieven van de drie gestichten waarin deze landverhuizers verpleegd werden, namelijk Maasoord, Medemblik en Grave. De patiëntendossiers vormen het uitgangspunt van dit onderzoek.

Verder zijn er twee invalshoeken gekozen om de gebruikte kennistechnieken en de categorisering kritisch te kunnen bekijken. De eerste invalshoek is gender, de betekenis van mannelijkheid en vrouwelijkheid in een bepaalde context. *Welke rol speelt gender in het gebruik van kennistechnieken om de categorie krankzinnigheid te maken bij deze Oost-Europese landverhuizers?* Uit de literatuur, die zal worden besproken in de status quaestionis, is gebleken dat bepaalde soorten krankzinnigheid eerder aan mannen dan wel vrouwen werden toegeschreven, en wellicht horen daar verschillende soorten kennistechnieken bij.¹⁶ Ten tweede laat dit onderzoek het toe om de invalshoek etniciteit mee te nemen in het onderzoek. De etniciteit van de migrant werd in de Verenigde Staten genoteerd als ras, in de Nederlandse gestichten genoteerd als afkomst en religie. Werden bepaalde migrantengroepen bijvoorbeeld anders gecategoriseerd op basis van hun etniciteit? In hoeverre speelden vooroordelen over migrantengroepen een rol in de categorisering? De derde deelvraag luidt daarom: *Welke rol speelt etniciteit in het gebruik van kennistechnieken om de categorie krankzinnigheid te maken bij deze Oost-Europese landverhuizers?*

Deze scriptie wil inzicht geven hoe kennistechnieken samenhangen met de categorie krankzinnigheid. De kennistechnieken worden mede bepaald door het doel dat de categorisering dient. Dit geldt niet alleen voor het verleden, maar ook voor het heden. Tegenwoordig is het nog net zo lastig om psychische ziekten bij migranten vast te stellen als aan het begin van de twintigste eeuw door de taalbarrière. Bij migranten speelt bovendien de veranderende omgeving, net als in het verleden, vaak een rol in de totstandkoming van emotionele stress.¹⁷

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2, de status quaestionis, zal de historiografie met betrekking tot de onderzoeksvraag worden besproken. Hierbij wordt ingegaan op de geschiedenis van de psychiatrie, de wetenschapsgeschiedenis en migratiegeschiedenis. In hoofdstuk 3 zal worden toegelicht welke bronnen worden gebruikt voor dit onderzoek, en hoe deze bronnen worden onderzocht. In hoofdstuk 4 staan de kennistechnieken die in de Verenigde Staten werden ingezet om tot de categorie krankzinnigheid te komen centraal. In hoofdstuk 5 worden de kennistechnieken die in de Nederlandse gestichten werden ingezet beschreven. In hoofdstuk 6, de conclusie, zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag.

¹⁵ The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, ‘Passenger Search’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>.

¹⁶ Lisa Appignanesi, *Mad, Bad and Sad. A History of Women and the Mind Doctors From 1800 to the Present* (London 2008); Gemma Blok ed., *Gender en Gekte*. Jaarboek voor Vrouwengeschiedenis 30 (Amsterdam 2010); Suzanne M. Sinke, ‘Gender and Immigration’ in: Reed Ueda ed., *A Companion to American Immigration* (Oxford 2006) 289-308.

¹⁷ Alan M. Kraut, ‘Bodies from abroad: Immigration, Health and Disease’ in: Reed Ueda ed., *A Companion to American Immigration* (Oxford 2006) 127.

2. Status Quaestionis

De geschiedenis van de psychiatrie

In 1991 schetsten J.A. Belzen en J. Vijselaar een overzicht van de historiografie over de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Vanaf de opkomst van de psychiatrie in Nederland aan het begin van de twintigste eeuw is hierover geschreven, bijvoorbeeld in de vorm van (auto)biografieën van psychiaters of jubileumuitgaven van instellingen. Vanaf 1975 ontstond volgens Belzen en Vijselaar echter pas een professionele geschiedschrijving, namelijk de ‘nieuwe geschiedenis van de psychiatrie’. Vanaf dit jaar verschenen er historische publicaties over de geschiedenis van verschillende instituten en patiëntenorganisaties. Deze ontwikkeling vond onder andere plaats door de opkomst van de mentaliteitsgeschiedenis en de sociale geschiedenis. Deze stromingen binnen de geschiedschrijving keerden zich af van de traditionele, politiek georiënteerde historiografie waarin voor psychiatrie weinig aandacht was. 1975 is ook mede gekozen als overgangsjaar, omdat in dat jaar Foucaults *Histoire de la folie* in het Nederlands werd vertaald.¹⁸

In de *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* laat Foucault zien dat de categorie waanzinnigheid door de tijd heen een andere invulling heeft gekregen. Hij beschrijft de ontwikkeling van de waanzin in drie perioden, namelijk in de Renaissance, in de Verlichting en in de moderne periode. In de Renaissance bestond er een zeker positief denken over de waanzinnige, omdat de waanzinnige toegang zou hebben tot een bepaalde vorm van wijsheid, oftewel rede. De waanzinnige bevond zich aan de rand van de samenleving, maar wel in de samenleving. Dit veranderde met de komst van het rationele denken in de tijd van de Verlichting. De notie van de waanzin veranderde omdat over waanzin werd gedacht als een moreel gebrek. De krankzinnige had gekozen voor de waanzin, net zoals de prostituee had gekozen voor de prostitutie. Deze redeloosheid, kon worden teruggedraaid door middel van fysieke straffen. In de moderne tijd, aan het einde van de achttiende eeuw, werden gestichten opgericht waar de waanzinnige, een geesteszieke, onder supervisie van de medische staf verbleef. Het gesticht was enerzijds nog steeds gericht op de afscherming van de krankzinnige voor de rest van de maatschappij, maar anderzijds stond genezing centraal.¹⁹ Foucault laat dus zien dat de categorie waanzin geen vaststaande betekenis heeft.

In 2001 schreven Marijke Gijswijt-Hofstra en Harry Oosterhuis een vervolg op het historiografisch overzicht van Belzen en Vijselaar, waarin zij stil stonden bij de nieuwste ontwikkelingen in de geschiedschrijving over de psychiatrie. Zij geven een aantal blijvende lacunes en daarmee suggesties voor vervolgonderzoek aan. De voor dit onderzoek belangrijkste lacune die Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis beschrijven is de sociaal-culturele totstandkoming van kennis en

¹⁸ J.A. Belzen en J. Vijselaar, ‘The historiography of Dutch psychiatry and mental health care’, *History of Psychiatry* 2 (1991) 281-284.

¹⁹ Michel Foucault, *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*, vert. C. P. Heering-Moorman (Meppel 1975).

wetenschap.²⁰ De categorie krankzinnigheid staat niet vast, zoals Foucault onderbouwde, maar hoe komt deze categorie tot stand? In dit onderzoek zal daarom de focus liggen op de totstandkoming van de categorie krankzinnigheid. Over de totstandkoming van kennis kan bij uitstek gebruik worden gemaakt van de inzichten van de wetenschapsgeschiedenis, waarin de vraag centraal staat, hoe kennis en categorieën worden gemaakt.

Krankzinnigheid als constructie

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie van een sociale constructie van Ian Hacking om de categorisering te duiden. Hij beschrijft in *The social construction of what?* hoe sociale constructies tot stand komen. Hij verduidelijkt de betekenis van de sociale constructie door het voorbeeld van de vrouwelijke vluchteling te nemen. De vrouwelijke vluchteling is sociaal geconstrueerd, want ze is het gevolg van sociale gebeurtenissen zoals oorlog. Het is echter niet de vrouwelijke vluchteling als individu dat sociaal is geconstrueerd, maar de categorie, de classificatie ‘vrouwelijke vluchteling’. De manier waarop hier wordt gecategoriseerd is het gevolg van sociale gebeurtenissen, wetgeving, sociale werkers, de immigranten, activisten, advocaten en de activiteiten van de vrouwen zelf. Het idee van de vrouwelijke vluchteling is geconstrueerd in een matrix: een complex van instituties, personen, wetgeving en materiële omstandigheden. Het idee wordt gemaakt door die matrix.²¹ Hacking voegt vervolgens een ‘precondition’ toe: In de huidige stand van zaken wordt de sociale constructie als vanzelfsprekend ervaren, het schijnt onvermijdelijk te zijn. De categorie van de vrouwelijke vluchteling en de matrix van regels, praktijken en materiële infrastructuur zijn echter niet onvermijdelijk. Hacking wijst ons erop dat we ons ervan bewust moeten zijn dat categorieën tot stand komen door dergelijke matrixen, en die matrixen zijn niet onvermijdelijk.²² Krankzinnigheid kan ook worden benaderd als een categorie, die tot stand komt in een bepaalde matrix.

Het bestaan van de categorie krankzinnigheid is sterk bekritiseerd, met name door de anti-psichiatriebeweging. Net als Foucault gaat de antipsychiatrie ervanuit dat de categorie krankzinnigheid niet vaststaat. De antipsychiatrie trok namelijk de validiteit van de diagnoses in twijfel omdat deze niet eenduidig onderbouwd en daardoor willekeurig zouden zijn.²³ Krankzinnigheid werd volgens de antipsychiatriebeweging door de psychiatrie een etiket voor sociaal afwijkend gedrag gemaakt en werd te makkelijk gegeven.²⁴ Thomas S. Szasz ging nog verder door te stellen dat de geestesziekte een mythe is. Als mensen zich afwijkend gedragen van de norm, betekent dit niet per definitie dat zij een ziekte hebben. De psychiatrie maakt volgens hem alleen gebruik van medisch-

²⁰ Marijke Gijswijt-Hofstra en Harry Oosterhuis, ‘Psychiatrische geschiedenissen’, *BMGN* 116 (2001) 196-197.

²¹ Hacking, *The social construction*, 9-11.

²² *Ibidem*, 12.

²³ Rob Whitley, ‘The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?’, *Psychiatric Services* 63 (2012) 1039-1040.

²⁴ Whitley, ‘The Antipsychiatry Movement’, 1039.

wetenschappelijke termen om vervolgens de maatschappij te controleren.²⁵ Erving Goffman publiceerde in 1961 *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Hij beschrijft het gesticht als een ‘total institution’, waarin de patiënten volledig zijn onderworpen aan het heersende regime. Het regime kan bijdragen aan de totstandkoming en de instandhouding van de categorie krankzinnigheid.²⁶ De antipsychiatrie benadrukt dus vooral de onderdrukkende macht die samenhangt met de categorisering. In dit onderzoek staat echter niet de vraag centraal of deze categorisering goed of slecht was. In dit onderzoek staat de stap hiervoor centraal, namelijk de vraag hoe deze categorisering tot stand kwam.

Kennistechnieken

De invalshoek van de wetenschapsgeschiedenis, waarin wordt gekeken naar de totstandkoming van kennis en categorisering, kan ook worden toegepast op de psychiatrische geschiedenis. Krankzinnigheid is in dit onderzoek, in de termen van Hacking, een sociale constructie die weliswaar onvermijdelijk lijkt, maar is gemaakt door een matrix van regels, praktijken en materiële infrastructuur. In dit onderzoek wordt een onderdeel van die matrix uitgelicht, namelijk de kennistechnieken. Iedere medische diagnose wordt namelijk bepaald door de praktijken en technieken die in de klinische praktijk aanwezig zijn.

Geertje Mak onderzocht hoe de diagnose hermafroditisme tot stand kwam door de praktijken en technieken in het artikel *Doubting Seks from Within: A Praxiographic Approach to a Late Nineteenth-Century Case of Hermaphroditism*. Mak laat in dit onderzoek door middel van de ‘praxiographic approach’ zien hoe verschillende kennistechnieken werden ingezet om de ‘ware’ sekse van de patiënt te bepalen. Mak onderzocht 87 casussen van twijfelachtige sekse. In de negentiende eeuw bestond het idee dat er twee compleet verschillende seksen waren: de man en de vrouw. In de meeste gevallen werd een afwijkende sekse toevallig gevonden bij onderzoek naar andere medische problemen en dacht de arts dus ook eerst met een vrouw te maken te hebben.²⁷ Verschillende kennistechnieken leidden echter tot verschillende seksen. Zo kon wetenschappelijk onderzoek, door weefsel onder de microscoop te leggen of de persoon te opereren, wijzen op het mannelijk geslacht. De observatie van uiterlijke kenmerken en ondervraging over de levensloop, de opleiding, het beroep en de moraal konden echter wijzen op het vrouwelijk geslacht. De opgedane fysieke, anatomische, sociale, biografische, medische, morele en wettelijke informatie genereerden dus verschillende seksen. Mak laat zien dat artsen in verschillende gevallen op basis van dezelfde kennistechnieken dan ook tot verschillende conclusies kwamen.²⁸

²⁵ Thomas S. Szasz, *Geestesziekte als mythe*, vert. Maurits Mok (Rotterdam 1972) 263-264.

²⁶ Erving Goffman, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Penguin Books 1986) 15-22.

²⁷ Geertje Mak, ‘Doubting Sex from Within: A Praxiographic Approach to a Late Nineteenth-Century Case of Hermaphroditism’, *Gender & History* 18 (2006) 333-336.

²⁸ Mak, ‘Doubting Seks from Within’, 350-352.

Aan de categorie krankzinnigheid gaan dezelfde soorten kennistechnieken vooraf, als Mak beschreef in haar onderzoek naar hermafroditisme. Met kennistechnieken worden in deze scriptie dan ook alle technieken, routines en praktijken bedoeld die fysieke, anatomische, sociale, biografische medische, morele en wettelijke informatie genereren die kunnen leiden tot de categorie krankzinnigheid.

Veranderingen in het patiëntendossier

In dit onderzoek worden psychiatrische patiëntendossiers gebruikt als bron om aan de hand van de gebruikte kennistechnieken de totstandkoming van de categorie krankzinnigheid te onderzoeken. In het begin van de twintigste eeuw vond er een ontwikkeling plaats in de patiëntendossiers die in ziekenhuizen en gestichten werden bijgehouden, dus zal er eerst aandacht worden besteed aan literatuur over deze verandering. Vervolgens zullen voorbeelden worden gegeven van onderzoek dat gebruik heeft gemaakt van psychiatrische patiëntendossiers als bron.

In het artikel *Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice* van Marc Berg en Paul Harterink staat de opkomst van het standaard, patiënt-centrale dossier en de daaraan verbonden kennistechnieken in ziekenhuizen in de Verenigde Staten centraal. Deze ontwikkeling liep gelijk in Nederland. In de negentiende eeuw had elke arts een eigen logboek met daarin aantekeningen voor eigen gebruik.²⁹ Het patiënt-centrale persoonsdossier in ziekenhuizen kwam op door twee ontwikkelingen. Aan het einde van de negentiende eeuw kwamen nieuwe technologieën als röntgenonderzoek en urinetesten op. Het medische dossier moest daarom worden gestandaardiseerd en per patiënt beschikbaar zijn. Ten tweede zou standaardisering voor een verbetering in de chirurgische praktijk zorgen. De dossiers maakten professionele zelfcontrole mogelijk door het vergelijken van feiten.³⁰

In dit nieuwe patiëntendossier werd het lichaam van de patiënt door verschillende kennistechnieken in kaart gebracht. De arts vertaalde deze verschillende bevindingen in een diagnose. Daarnaast werd de patiënt gehistoriseerd door het opschrijven van een levensgeschiedenis, een nieuwe kennistechniek. In de oude logboeken bestond alleen de zieke patiënt, terwijl in de nieuwe patiëntendossiers de patiënt werd benaderd als een proces. De patiënt was een lichaam voor de ziekte, tijdens de ziekte en na de ziekte. Door de vastlegging van dit proces ontstond meer inzicht in het ziekteverloop en daardoor meer kennis over bepaalde ziektebeelden.³¹ Het nieuwe patiëntendossier ging dus gepaard met nieuwe kennistechnieken.

²⁹ Marc Berg en Paul Harterink, 'Embodying the Patient: Records and bodies in Early 20th-century US Medical Practice', *Body & Society* 10 (2004) 16-18.

³⁰ Berg en Harterink, 'Embodying the Patient', 19-21.

³¹ Berg en Harterink, 'Embodying the Patient', 23-28.

In het onderzoek van Hess en Mendelsohn staat de manier waarop de papiertechnieken in patiëntendossiers medische kennis genereerden centraal.³² In de negentiende eeuw veranderde de manier waarop patiëntendossiers werden vormgegeven. Papieren technieken als indexerend, alfabetisering en het omzetten van gegevens in tabelvorm maakten medische kennis mogelijk.³³ Aan het einde van de negentiende eeuw kwamen niet-papieren technieken op, zoals de stethoscoop, de microscoop en de thermometer. De uitkomsten van deze niet-papieren technieken werden echter wel op papier vastgelegd. Zo werd de uitslag van de thermometer vastgelegd in koortsgrafieken. Door de verschillende koortsgrafieken over elkaar te leggen, kon een type-curve van een bepaalde ziekte worden opgesteld. Op die manier genereerden papieren technieken medische kennis.³⁴ In de patiëntendossiers die voor dit onderzoek worden geanalyseerd moet dus rekening worden gehouden met de niet-papieren kennistechnieken die wel op papier zijn vastgelegd, om een volledig beeld te krijgen van de gebruikte kennistechnieken.

Het patiëntendossier als bron

In *Het Gesticht: enkele reis of retour* onderzocht Joost Vijselaar aan de hand van 160 patiëntendossiers van drie krankzinnigengestichten (Vught, Oestgeest en Wolfheze) in de periode 1880-1950 hoe personen in de gestichten terecht kwamen. Vijselaar gebruikte patiëntendossiers om te bepalen wat uiteindelijk de doorslag gaf bij een opname. Uit de dossiers blijkt dat de patiënten eerst werden opgevangen door familie of hun naaste omgeving. Wanneer de situatie onhoudbaar werd en de familie niet langer in staat was voor de patiënt te zorgen, kwam de patiënt in het gesticht. Een derde van de patiënten keerde weer terug in de samenleving. Bij de terugkeer gaf niet een ‘genezing’ de doorslag, maar de vraag of de patiënt weer in staat was terug te keren naar de oude situatie thuis. De categorie krankzinnigheid die naar voren komt in deze patiëntendossiers draait dus niet om gezond of ziek, maar om de vraag of de patiënt zich thuis kon handhaven.³⁵

David Wright kwam tot dezelfde conclusie in het historiografische overzichtswerk ‘Getting out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century.’ In de negentiende eeuw werden in West-Europa en in de Verenigde Staten steeds meer krankzinnigengestichten opgericht. In de historiografie wordt deze toename gewijd aan het ‘genezingsdiscourse’, wat inhoudt dat men aan het begin van de negentiende eeuw optimistisch was dat krankzinnigheid kon worden behandeld. De gestichten kwamen echter al snel vol te zitten met ongeneesbare patiënten. Wright baseert zich echter op verschillende onderzoeken uit verschillende westerse landen waarin onder andere onderzoek is gedaan naar patiëntendossiers om te laten zien dat deze opsluiting een reactie was van families die te maken kregen met de gevolgen van

³² Volker Hess en J. Andrew Mendelsohn, ‘Case and Series: Medical Knowledge and Paper Technology, 1600-1900’, *History of Science* 48 (2010) 287.

³³ Hess en Mendelsohn, ‘Case and Series’, 291-195.

³⁴ Ibidem, 303-307.

³⁵ Joost Vijselaar, *Het gesticht. Enkele reis of retour* (Amsterdam 2010) 323-330.

industrialisatie.³⁶ Het grootste deel van de patiënten werd door de familie aangegeven bij het gesticht en de meeste patiënten verbleven er maar voor een korte periode.³⁷ De conclusie van Vijselaar op basis van de Nederlandse patiëntendossiers is dus in overeenstemming met wat onderzoekers in andere westerse landen hebben gevonden.

Gemma Blok gebruikte de patiëntendossiers van het gesticht voor krankzinnigen Maasoord om in het kader van het negentigjarig jubileum van deze inrichting een beeld te schetsen van de levenslopen van de krankzinnige landverhuizers die ook in dit onderzoek centraal staan. Op basis van 85 patiëntendossiers construeerde zij het levensverhaal van migranten die tussen 1910 en 1914 in Maasoord verbleven. Zij vulde deze informatie aan met enkele archiefstukken van de twee andere gestichten in Medemblik en Grave en met literatuur om deze levensverhalen in een bredere geschiedenis te plaatsen. Het draait in deze jubileumuitgave vanzelfsprekend vooral om de sprekende voorbeelden, maar deze patiëntendossiers kunnen ook op andere manieren worden benaderd. In de hierna volgende literatuur zal dan ook vooral worden benadrukt, hoe patiëntendossiers door andere onderzoekers zijn onderzocht.

Gender

De invalshoek gender om de categorie krankzinnigheid kritisch te bekijken is al sinds de jaren 1970 toegepast in de geschiedschrijving over de psychiatrie, maar ook recentelijk zijn er nog werken verschenen die het verband aantonen tussen gender en psychiatrie. Lisa Appignanesi beschreef in *Mad, Bad and Sad* de verbanden tussen vrouwen en psychiatrie rondom de thema's hartstochten, zenuwen, hysterie, slaap, seks en schizofrenie. Deze thema's zijn in het verleden gerbuikt om vrouwelijke psychische problemen te verklaren, wat ze illustreert aan de hand van beroemde vrouwelijke voorbeelden.³⁸ In de dertigste editie van het Jaarboek voor Vrouwengeschiedenis staat de vraag centraal, hoe gender en gekte zich tot elkaar verhouden. Gemma Blok geeft in het eerste hoofdstuk een historiografisch overzicht van de verhouding tussen vrouwen, gender en waanzin. Voor de twintigste eeuw heerste er een sterke tweedeling tussen enerzijds mannelijkheid, geassocieerd met rationaliteit en onafhankelijkheid, en anderzijds vrouwelijkheid, geassocieerd met irrationaliteit en afhankelijkheid. Er bestonden nauwe associaties tussen vrouwelijkheid en waanzin, mede door ziektes rond bevallingen en menstruaties. Hysterie werd bijvoorbeeld ervaren als een typische vrouwenziekte. In deze bundel komt naar voren dat de categorie krankzinnigheid niet alleen een andere betekenis krijgt door de tijd heen, maar dat de categorie ook andere invulling krijgt afhankelijk van het geslacht van de patiënt.³⁹

³⁶ David Wright, 'Getting out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century', *Social History of Medicine* 10 (1997) 139.

³⁷ Wright, 'Getting out of the Asylum', 145.

³⁸ Appignanesi, *Mad, Bad and Sad*.

³⁹ Blok, *Gender en Gekte*, 10-13.

In *Gender and Class in English Asylums, 1890-1914* onderzoekt Louise Hide het dagelijks leven in twee grote gestichten, Bexley en Claybur, in Londen vanuit het oogpunt van de patiënt, de arts en de verpleegkundige.⁴⁰ Ze onderzocht aan de hand van onder andere patiëntendossiers hoe gender en klasse de levens van mensen verblijvend of werkzaam in het gesticht hebben beïnvloed. Gender draait om de sociale betekenis van mannelijkheid en vrouwelijkheid, terwijl klasse zowel verwijst naar de verschillende sociale klassen (bijvoorbeeld arbeidersklasse of middenklasse) als de hiërarchie in het gesticht zelf. Klasse en gender zijn verbonden met andere constructen als leeftijd en etniciteit.⁴¹ Gender en klasse hebben duidelijk invloed gehad op de werkzaamheden van de medische staf. Er was een sterke toename in het percentage vrouwelijke verpleegsters en dokters, maar alleen de verpleegsters hadden een duidelijke plek in de hiërarchie van het gesticht. Door de feminisering van de verpleging kregen vrouwen uit de lagere sociale klassen meer carrièremogelijkheden en werden mannelijke verpleegden als minder mannelijk ervaren. Door de toename in vrouwelijke verpleegsters ontstond er op de mannelijke afdeling meer dan voorheen een moeder/kind of verpleegster/patiënt relatie, wat samenhang met een toename aan behandelingen waarin mannelijke patiënten als kinderlijk en afhankelijk werden opgesteld, zoals in badtherapie. In de diagnose lijken bepaalde condities als alcoholisme en masturbatie weliswaar meer voor te komen bij mannen, maar zij konden ook worden geassocieerd met vrouwelijke krankzinnigen. Bij vrouwen lijkt de nadruk wel meer te liggen op het lichaam in plaats van op externe condities als verklaring voor krankzinnigheid. De diagnose krankzinnigheid op grond van erfelijkheid lijkt gender-neutraal.⁴² Hide benadrukt dus dat er een andere samenhang bestaat tussen gender en krankzinnigheid dan enkel in de uiteindelijke diagnose.

David Wright, die eerder in dit hoofdstuk naar voren kwam, onderzocht de toelatingsregisters van 1722 individuen die tussen 1853 en 1874 werden opgenomen in het Buckinghamshire Lunatic Asylum om de thema's gender en klasse te onderzoeken. Vrouwen werden niet boven proportioneel opgenomen het gesticht, mannelijke getuigen hadden geen dominante positie in het proces van keuring en de diagnose lijkt niet af te hangen van het geslacht van de patiënt.⁴³ Wright laat dus zien dat de veronderstelde connectie tussen gender en de diagnose niet zo sterk lijkt te zijn als gedacht. Of deze connectie wel in grotere mate bestaat wanneer er sprake is van buitenlandse migranten, vormt een interessant perspectief in deze scriptie.

In de immigratiegeschiedenis is namelijk wel sprake van een connectie tussen gender en migratie. In het hoofdstuk 'Gender and Immigration' bespreekt Suzanne M. Sinke deze connectie. Door migratie komen niet alleen verschillende gendersystemen met elkaar in aanraking, gender stuurt ook migratiepatronen. Bovendien zorgen gendersystemen voor bepaalde machtspatronen, die weer de

⁴⁰ Louise Hide, *Gender and Class in English Asylums, 1890-1914* (Basingstoke 2014) 3.

⁴¹ Hide, *Gender and Class*, 8.

⁴² Ibidem, 172-180.

⁴³ David Wright, 'Delusions of Gender?: Lay Identification and Medical Classification of Insanity in Victorian England' in: J. Andrews en A. Digby ed., *Sex and Seclusion, Class and Custody: New Perspectives on the History of Psychiatry in Britain and Ireland* (Amsterdam 2004) 149, 154.

levens van migranten beïnvloeden.⁴⁴ In het hoofdstuk behandelt ze aan de hand van verschillende casussen de relatie tussen gender en migratie in verschillende tijdsperioden de Amerikaanse migratiegeschiedenis. In de late negentiende en begin twintigste eeuw is met name een opvallend gegenderd migratiepatroon te ontdekken. De meeste mannelijke migranten bleven slechts enkele jaren in de Verenigde Staten en keerden vervolgens terug naar hun vaderland naar hun familie aldaar. Vrouwelijke migranten vertonen dit patroon in veel beperktere mate, voornamelijk omdat zij veelal familieconnecties hadden opgebouwd door een huwelijk in de Verenigde Staten of omdat zij in eerste instantie al achter familieleden waren aan gereisd. De grootste uitzondering hierop vormden de Joden, die veel minder terugkeerden naar hun vaderland in verband met etnisch-religieuze vervolgingen. Ook was de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke Joodse migranten evenwichtiger dan in andere migrantengroepen.⁴⁵ Of deze connectie tussen gender en migratie op enige wijze invloed heeft gehad op de connectie tussen gender en krankzinnigheid, is een mogelijk interessante invalshoek voor deze scriptie.

⁴⁴ Sinke, 'Gender and Immigration', 289.

⁴⁵ Ibidem, 296-297. Uit andere onderzoeken blijkt dat Joodse migranten ook regelmatig terugkeerden naar hun vaderland, maar dan voor een korte periode. Vgl. Jonathan D. Sarna, 'The Myth of No Return: Jewish Return Migration to Eastern Europe, 1881-1914' in: Jeffrey S. Gurock, *East European Jews in America, 1880-1920: Immigration and Adaptation*. American Jewish History 3 (New York 1998) 169-181.

3. Bronnen en Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee soorten archiefbronnen, namelijk de patiëntendossiers van de Nederlandse gestichten in Rotterdam, Grave en Medemblik en de passagierslijsten die bij aankomst op Ellis Island zijn opgemaakt. Alle namen zijn geanonimiseerd.

Patiëntendossiers

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is voor het deel over Nederland gebruik gemaakt van de patiëntendossiers van het gesticht voor krankzinnigen Maasoord te Rotterdam, het Rijkskrankzinnigengesticht in Grave en het Rijkskrankzinnigengesticht in Medemblik. Omdat de patiëntendossiers van Maasoord in het huidige Delta Psychiatrisch Centrum (onderdeel van Antes) liggen en deze niet direct beschikbaar waren, is in dit onderzoek eerst een start gemaakt met de patiëntendossiers in Grave.

Het archief van de Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI) in Grave ligt in het Brabants Historisch Informatie Centrum in Den Bosch. In deze inrichting werden alleen vrouwen opgenomen. De patiëntendossiers beslaan de periode 1896 – 1973. Er is toestemming verkregen om de patiëntendossiers in te zien, die normaal gesproken niet openbaar zijn. Voor dit onderzoek zijn de dossiers met nummers 289 (jaar 1907) tot 700 (jaar 1919) ingezien om een inventarisatie te maken van het aantal geschikte patiëntendossiers. Van deze dossiers leken 45 vrouwen uit de Verenigde Staten te zijn uitgewezen vanwege krankzinnigheid en via Maasoord in Grave beland. Het materiaal uit de patiëntendossiers is ter plaatse getranscribeerd.

Uiteindelijk zijn op basis van het archiefmateriaal van Grave en de literatuur een aantal keuzes gemaakt. Allereerst zijn alleen personen meegenomen in dit onderzoek die de Joodse, Poolse of Hongaarse etniciteit hadden, omdat zij de drie grootste groepen Oost-Europese migranten uitmaakten. Zo werden bijvoorbeeld ook een Nederlandse en een Perzische vrouw gevonden, die uit de Verenigde Staten waren uitgewezen wegens krankzinnigheid, maar zij zijn uit het onderzoek weggelaten. Wanneer de afkomst niet direct uit het patiëntendossier op te maken was, is gebruik gemaakt van de aanvullende informatie uit de passagierslijsten, die later in dit hoofdstuk zullen worden besproken. Ten tweede zijn alleen personen meegenomen in het onderzoek die direct of maximaal drie jaar na aankomst zijn uitgewezen. Personen die dus langer in de Verenigde Staten woonden werden niet meegenomen in de onderzoeksgroep, omdat zij niet onder dezelfde wettelijke constructie vielen. Ook zijn personen waarvan niet zeker te zeggen is of zij daadwerkelijk in de Verenigde Staten zijn geweest, weggelaten uit de onderzoeksgroep. Ten derde zijn alleen personen meegenomen die tussen 1909 en 1913 de overtocht naar New York maakten vanuit Rotterdam met de HAL en vervolgens tussen 1909 en 1914 in Maasoord zijn opgenomen. Er is voor 1914 en niet voor 1916 gekozen – vanwege de driejarige termijn een logisch lijkende keuze – om twee redenen. Allereerst blijkt dat de

meeste migranten slechts een aantal maanden in de Verenigde Staten verbleven en er bijna nooit de volledige drie jaar verbleven, voordat zij werden uitgewezen. Ten tweede wijs Blok erop dat hun aantal in Maasoord vanaf 1914 door de Eerste Wereldoorlog sterk daalde en er in 1917 geen ‘landverhuizers in den ouden zin des woords’ meer werden opgenomen.⁴⁶ Van de 45 uitgewezen vrouwen die zijn verpleegd in Grave voldoen 24 patiënten aan deze criteria. Negen van hen waren Pools, negen hadden de Joodse etniciteit en zes patiënten waren van Hongaarse afkomst.

Dezelfde selectie is toegepast op de patiëntendossiers van het Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik. Het archief van het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik (1884-1923) is opgeslagen in het Noord Hollands Archief in Haarlem. In dit krankzinnigengesticht werden eerst zowel mannen als vrouwen opgenomen, maar vanaf het voorjaar van 1911 alleen nog mannen. Voor dit onderzoek zijn de inventarisnummers 438 (dossiers 4007 - 4038, juli 1910) tot en met nummer 454 (dossiers 4461 - 4495, oktober 1913) bekeken. Er werden minder Oost-Europese patiënten gevonden in het archief van dit gesticht dan in de patiëntendossiers van Grave. Over het algemeen lijken de Oost-Europese migranten verhoudingsgewijs een kleiner deel uit te hebben gemaakt van de verpleegden in Medemblik dan in Grave. Tussen juli 1910 en januari 1911 werden er helemaal geen Oost-Europese landverhuizers verpleegd en tussen de dossiers met de nummers 4338 (augustus 1912) en 4495 (oktober 1913) werden slechts vier patiënten aangetroffen die voldeden aan de eerder besproken criteria. Omdat hun aantal op dat moment al zo sterk terug liep, is besloten op een eerder punt in tijd te stoppen met het doorzoeken van de dossiers dan in het archief van Grave. Al het materiaal kon worden gefotografeerd en deze patiëntendossiers zijn op een later tijdstip getranscribeerd. In het archief van Medemblik leken in eerste instantie 23 personen uitgewezen te zijn uit de Verenigde Staten. Na de selectie bleven zestien geschikte personen over, vijftien mannen en een vrouw. Acht patiënten hadden de Poolse etniciteit, zes waren Joods en twee patiënten waren Hongaars. De vrouw was ook verpleegd in het gesticht van Grave en was daar al geselecteerd. Dit maakte het mogelijk om de correspondentie te controleren en gegevens te vergelijken.

Na de archiefonderzoeken van de gestichten van Grave en Medemblik zijn in totaal 39 patiëntendossiers geselecteerd voor verder onderzoek. (een vrouw is zoals eerder genoemd in beide gestichten verpleegd). De patiëntendossiers van Maasoord zouden eigenlijk het beginpunt van dit onderzoek vormen, mede naar aanleiding van het hoofdstuk van Blok.⁴⁷ Er was toestemming verkregen om de oude archiefstukken in te zien van het huidige Delta Psychiatrisch Centrum. Uiteindelijk konden slechts twee dozen met geanonimiseerde dossiers worden ingezien. In de eerste doos bleken de geanonimiseerde dossiers van het jaar 1938 te zijn opgeslagen. In de tweede doos waren de dossiers wat betreft jaartal willekeurig opgeslagen. Het waren 37 dossiers met nummers uiteenlopend tussen 563 en 2326. Twee hiervan waren geschikt omdat deze man en vrouw waren uitgewezen uit de Verenigde Staten en aan de rest van de criteria voldeden. De man is overgebracht

⁴⁶ Blok, ‘Maasoord tussen Ellis Island en Dombrowa’, 35.

⁴⁷ Ibidem, 37.

naar Medemblik en de vrouw naar Grave, wat het bovendien mogelijk maakt om de gegevens en correspondentie tussen Maasoord en de Rijkskrankzinnigengestichten in Medemblik en Grave te controleren. Deze patiëntendossiers zijn ter plaatse volledig getranscribeerd. De gegevens – met name van belang het afschrift van de dagelijkse aantekeningen van Maasoord dat werd meegestuurd met de patiënt bij overplaatsing – bleken volledig overeen te komen. Bovendien waren de dossiers van Maasoord zeer dun en besloegen ze vaak een korte tijd in vergelijking met de dossiers van Grave en Medemblik. Het inzicht dat alle gegevens die bekend waren in Maasoord werden doorgegeven aan het volgende gesticht, maakt het mogelijk om een deel van de patiëntendossiers in Maasoord – in elk geval de voorgeschiedenis, de dagelijkse beschrijving van de patiënt en de diagnose van de Geneesheer-Directeur – te construeren aan de hand van de dossiers van Grave en Medemblik.

Uiteindelijk zijn er dus 39 patiëntendossiers verder onderzocht. Deze patiënten waren meestal tussen de 20 en 30 jaar en waren veelal ongehuwd. Er is systematisch bekeken welke kennistechnieken per geval werden ingezet en hoe deze zich verhouden tot de uiteindelijke diagnose.

Passagierslijsten

Om de kennistechnieken die zijn gebruikt op Ellis Island te construeren, wordt in eerste instantie gebruik gemaakt van (contemporaine) literatuur over de controle die daar plaatsvond. Daarnaast kan op basis van voor- en achternaam (en eventueel aanvullende gegevens als leeftijd en geboorteplaats) de juiste passagierslijst ('List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival') worden gevonden.⁴⁸ Deze passagierslijst werd door de stoommaatschappij ingevuld, maar medewerkers van de Amerikaanse Immigratiedienst maakten hier vervolgens aantekeningen op, waaronder de aantekening of iemand werd vastgehouden voor (psychologisch) onderzoek. De passagierslijst geeft dus een eerste aanwijzing of een migrant al op Ellis Island is uitgewezen.

De passagierslijst bestond uit twee pagina's. De eerste pagina bevat informatie over de naam, de leeftijd, het geslacht, de burgerlijke staat, het beroep, de nationaliteit en etniciteit van de migrant, de laatste woonplaats en de plaats en persoon waar de migrant naar toe ging. Ook werd genoteerd of de migrant kon lezen en schrijven. Op de tweede pagina werd genoteerd wie voor de reis had betaald, of de migrant eerder in de Verenigde Staten was geweest en waar de migrant naar toe ging. Ook werden uiterlijke kenmerken – lengte, huidskleur en kleur van haar en ogen – genoteerd. Voor dit onderzoek interessant zijn de kolommen waarin werd genoteerd of iemand tot een van de groepen behoorde aan wie de toegang tot de Verenigde Staten werd ontzegd. Voor dit onderzoek zijn twee kolommen van belang, namelijk de kolom met de vraag of de migrant in het verleden in een krankzinnigengesticht heeft gezeten en de kolom met aantekeningen over de mentale en fysieke conditie van de migrant.

⁴⁸ Deze passagierslijsten zijn gedigitaliseerd en te vinden op <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>.

Vervolgens zijn personen waarbij het vermoeden bestond dat zij krankzinnig waren, terug te vinden op een 'Record of Aliens Held for Special Inquiry'.⁴⁹ Dit record werd opgemaakt voor migranten die om wat voor reden dan ook verder moesten worden onderzocht. De reden voor verder onderzoek werd hierop weergegeven. Er werd gebruik gemaakt van verschillende afkortingen, bijvoorbeeld *lpc* ('likely to become public charge'), *med cert* (medisch certificaat) en *phd* (physical defective).⁵⁰ Uit de literatuur kan vervolgens worden opgemaakt hoe een dergelijke verdenking verder werd onderzocht.

⁴⁹ Deze records zijn gedigitaliseerd en te vinden op <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>.

⁵⁰ Jewish Gen, 'Manifest Markings – Board of Special Inquiry', <http://www.jewishgen.org/infofiles/manifests/bsi/> [geraadpleegd 20 april 2015].

4. Verenigde Staten

De categorie krankzinnigheid in de Verenigde Staten

Vanaf 1882 kon aan migranten met mentale of fysieke afwijkingen de toegang tot de Verenigde Staten worden ontzegd ('any lunatic, idiot or any person unable to take care of himself or herself without becoming a public charge'). Door hun ongewenste gedrag of hun onvermogen om voor zichzelf te zorgen zouden zij last vormen voor de Amerikaanse samenleving. Bovendien zou hun nageslacht de ongewenste karakteristieken van de voorouders overnemen, waardoor de Amerikaanse samenleving op den duur zou worden verzwakt.⁵¹ In 1891 werd deze wet aangescherpt tot 'likely to become a public charge', waardoor ook mensen, waarvan werd verwacht dat zij *mogelijk* niet in staat zouden zijn voor zichzelf te zorgen, konden worden uitgesloten.⁵²

De wetgeving over mentale afwijkingen werd langzaam uitgebreid. Vanaf 1903 werden ook migranten met epilepsie of migranten die in de vijf jaar voor hun aankomst in de Verenigde Staten krankzinnig waren geweest, uitgesloten. Krankzinnigheid werd in een handboek uit 1903 van de Public Health Service, belast met de inspectie, beschreven als een verwarde conditie gekarakteriseerd door waanvoorstellingen, depressie, suïcidale neigingen en/of de onmogelijkheid om moreel te oordelen en goed en fout van elkaar te onderscheiden. Vanaf 1907 werd de categorie 'idiots' uitgebreid met de termen 'imbeciles' en 'feeble-minded persons'.⁵³ Aan de categorie krankzinnigheid werd dus een extra betekenis toegevoegd, namelijk zwakzinnigheid.

De kennistechnieken op Ellis Island

Om te bepalen of een migrant behoorde tot een van de ongewenste categorieën werd elke migrant bij aankomst in de Verenigde Staten onderzocht. In dit onderzoek zijn 39 migranten (15 mannen, 24 vrouwen) uit Oost-Europa met een Joodse, Hongaarse of Poolse achtergrond onderzocht die tussen 1909 en 1913 aankwamen op Ellis Island. Omdat zij allemaal derde klasse passagiers waren, zal verder niet worden ingegaan op de inspectie die plaatsvond voor tweede of eerste klasse passagiers.

Al voor aankomst op Ellis Island had de scheepsarts of kapitein de passagierslijst ingevuld, waarin hij verzekerde dat geen enkele passagier onder een van de ongewenste categorieën zou vallen. Wat betreft de categorie krankzinnigheid moest worden ingevuld wat de mentale en fysieke conditie was van iedere passagier en of de passagier ooit in een gesticht was verpleegd. Vrijwel altijd werd als antwoord 'good' en 'no' ingevuld. Baynton wijst erop dat de migranten wellicht al voor aankomst in de Verenigde Staten werden gekeurd. De stoommaatschappijen werden namelijk beboet als een van hun passagiers werd uitgewezen en moesten op eigen kosten deze passagiers terugbrengen. Stoommaatschappijen weigerden daarom migranten te vervoeren waarvan op voorhand werd verwacht

⁵¹ Baynton, 'Defectives in the Land', 32, 35.

⁵² Ibidem, 35-38.

⁵³ Ibidem, 33.

dat zij niet werden toegelaten in de Verenigde Staten. Sommige stoommaatschappijen beboetten ook de reisagenten die de tickets aan deze migranten hadden verkocht, waardoor al in het land van herkomst van de migrant een eerste ‘filtering’ plaats vond.⁵⁴

Wanneer de passagiers uit de derde klasse van boord gingen, bleven ze gemiddeld twee tot drie uur op Ellis Island. Iedere passagier werd eerst medisch onderzocht en, indien goedgekeurd, ondervraagd door de Immigratiedienst, voordat de toegang werd verleend tot de Verenigde Staten.⁵⁵ De medische inspectie werd uitgevoerd door artsen van de *Public Health and Marine-Hospital Service*, in 1912 verkort tot *Public Health Service*. De medische inspectie op Ellis Island werd uitgevoerd door een toenemend aantal artsen, namelijk van vier artsen in 1902 tot elf artsen in 1914. Een training van deze artsen om ongewenste migranten uit de grote toestroom – tot 5000 migranten per dag – te kunnen filteren, was er eigenlijk niet. Door ervaring leerden de artsen in een oogopslag te zien of een migrant mogelijk gewenst was of niet.⁵⁶ De etniciteit van de migrant speelde tijdens de inspectie op Ellis Island een belangrijke rol. Op de passagierslijst moest het ras van de migrant worden aangegeven. Bepaald gedrag of uiterlijke kenmerken werd namelijk verbonden aan bepaalde rassen, waardoor hetzelfde gedrag voor de ene migrant normaal werd bevonden, maar voor de andere migrant abnormaal, vanwege zijn raciale afkomst. Mullan, een arts van Ellis Island, stelt: ‘Knowledge of racial characteristics in physique, costume and behavior are important in this primary sifting process.’⁵⁷

De belangrijkste kennistechniek op Ellis Island om te bepalen of een migrant mogelijk onder de categorie krankzinnigheid viel, was dan ook observatie. De migranten moesten een klein stukje lopen in lange rijen en passeerden dan twee artsen van de Public Health Service (zie afbeelding 1). De eerste arts lette op zes details, namelijk op de schedel, het gezicht, de nek, de handen, de manier van lopen en de algemene mentale en fysieke gezondheid. Een abnormaliteit in het uiterlijk kon namelijk duiden op een mentaal gebrek. Zo kon een migrant met tranerige ogen weleens depressief zijn, of een migrant met een expressieloos gezicht dementerend.⁵⁸

Een tweede kennistechniek die werd gebruikt om de mentale gezondheid van een migrant te bepalen, was het kort interviewen van de migrant in zijn eigen taal. Door deze korte ondervraging kreeg de arts een idee van de aandacht, alertheid, de emotionele reactie en het vermogen tot logisch denken van de migrant. Aan migranten werd afhankelijk van leeftijd, ras en sekse in verschillende talen vragen gesteld over de leeftijd, de eindbestemming, de nationaliteit en werden simpele sommen als aftrekken en optellen gegeven. De sommen werden qua moeilijkheid afgestemd op wat kon worden verwacht van de migrant. Een Scandinaviër kreeg een moeilijkere vraag (‘How many are 14 and 14?’)

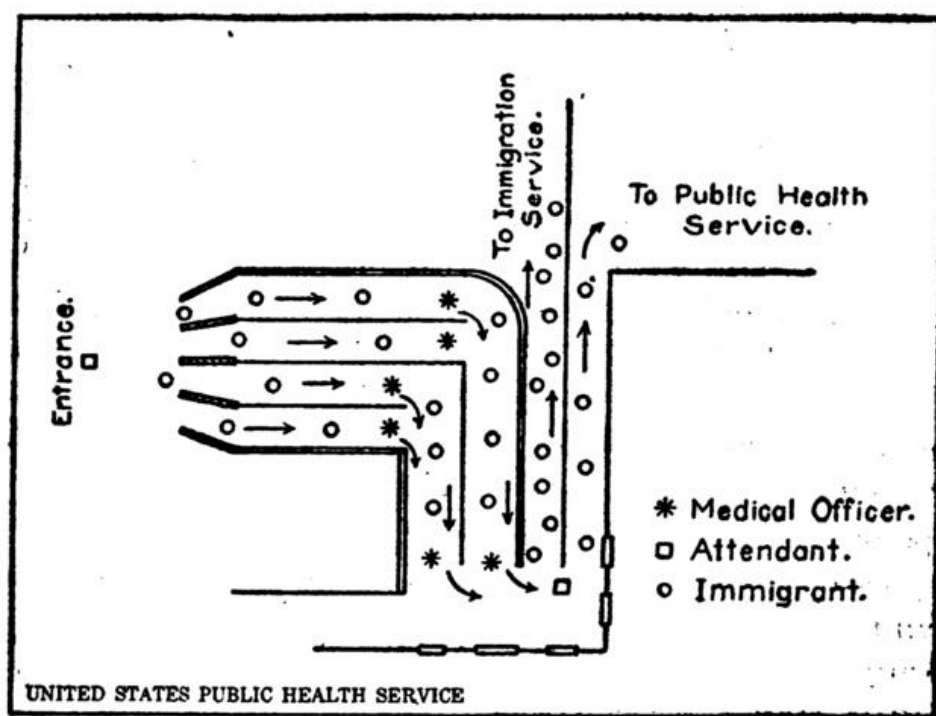
⁵⁴ Baynton, ‘Defectives in the Land’, 40.

⁵⁵ E.H. Mullan, ‘Mental Examination of Immigrants: Administration and Line Inspection at Ellis Island’, *Public Health Reports* (1896-1970) 32 (1917) 733.

⁵⁶ Elisabeth Yew, ‘Medical Inspection of Immigrants at Ellis Island, 1891-1924’, *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 56 (1980) 496-498.

⁵⁷ Mullan, ‘Mental Examination of Immigrants’, 737.

⁵⁸ Ibidem, 733-737. Zie ibidem, 737-738 voor de volledige lijst van abnormaliteiten in het uiterlijk die konden duiden op mentale gebreken.



Afbeelding 1: De lijninspectie op Ellis Island. Bron: Mullan, 'Mental Examination of Immigrants', 734.

dan een analfabete Griekse vrouw ('How many are 6 and 6?'). De manier van antwoorden werd afhankelijk van het ras normaal of abnormaal bevonden. Mullan beschrijft dit als: 'On the line if an Englishman reacts to questions in the manner of an Irishman, his lack of mental balance would be suspected. (...) If the Italian responded to the questions as the Russian Finn responds, the former would in all probability be suffering with a depressive psychosis.'⁵⁹

De gehele lijninspectie diende niet om een diagnose te stellen, maar om afwijkingen te detecteren.⁶⁰ Als een afwijking werd gevonden, kreeg de migrant met kalk een letter op zijn kleding geschreven. Een X duidde op een vermoeden van een mentale afwijking, maar een omcirkelde X maakte duidelijk dat de arts geen enkele twijfel had over de abnormale mentale conditie van de migrant. Aan het einde van de lijn werd de migrant onderzocht door de tweede arts, die het oog van de migrant onderzocht op besmettelijke ziekten. Ook hij kon vragen stellen aan de migrant en kon symptomen opvangen die de eerste arts niet had opgemerkt. Aan het einde van de rij werden de mensen met afwijkingen, tussen de vijftien en vijfentwintig procent van de migranten, doorgestuurd naar de Public Health Service voor verder onderzoek. Migranten met een X werden naar de 'mental room' overgebracht, afgescheiden van migranten met fysieke afwijkingen.⁶¹ Gemiddeld werden 9 van de 100 migranten apart gezet wegens vermoedens van krankzinnigheid. Migranten met een omcirkelde

⁵⁹ Mullan, 'Mental Examination of Immigrants', 735, 738-739.

⁶⁰ Yew, 'Medical Inspection', 496.

⁶¹ Mullan, 'Mental Examination of Immigrants', 733-737.

X werden onmiddellijk naar het ziekenhuis op Ellis Island gestuurd voor observatie en onderzoek, omdat bij hen verder onderzoek niet nodig werd geacht.⁶²

Dezelfde artsen die de lijninspectie uitvoerden, voerden ook het daaropvolgende onderzoek uit. Een voor een werden de migranten naar voren geroepen. Wanneer de migrant naar het bureau toe liep, observeerde de arts het gedrag van de migrant. Observatie was dus wederom de eerste kennistechniek in dit stadium. Opnieuw kreeg de migrant een aantal vragen, waaronder rekenvragen en vragen over de achtergrond van de migrant. Ook moest de migrant verschillende testen uitvoeren om het intelligentieniveau van de migrant te bepalen.⁶³

Ellis Island werd vanaf 1907, toen zwakzinnigheid als subcategorie werd opgenomen binnen krankzinnigheid, regelmatig gebruikt voor experimentele onderzoeken naar intelligentie. In 1911 en 1912 werd de Binet-Simon test door Henry Goddard meerdere keren experimenteel onderzocht op Ellis Island om de intelligentie van migranten, verdacht van krankzinnigheid, vast te stellen. Deze test was oorspronkelijk ontwikkeld om vast te stellen of een kind een geestelijke ontwikkeling had in overeenstemming met zijn leeftijd en bestond uit dertig vragen zoals het aanwijzen van lichaamsdelen en het herhalen van cijferreeksen. Een opmerkelijk hoog percentage van de migranten zou volgens deze testen worden gekenmerkt als ‘moron’ of ‘feebleminded’. Dit had volgens Howard Knox, die vanaf 1912 werkzaam was als arts op Ellis Island, drie redenen. Allereerst was deze test gemaakt om mentale defecten in kinderen vast te stellen, en niet bij volwassen migranten. Ten tweede bezaten niet alle immigranten dezelfde basiskennis die werd geleerd in het Amerikaanse onderwijs, wat niet per direct betekende dat een migrant niet intelligent was. Ten derde moest in het onderzoek rekening worden gehouden met de overweldigende situatie voor migranten die net in een vreemd land waren aangekomen, en daarom mentaal misschien tot minder in staat waren. Als laatste was de Binet-Simon test verbaal van aard, terwijl niet alle migranten de Engelse taal spraken of konden horen. Tolken die werden ingezet om dit verbale aspect op te vangen, vertaalden soms niet letterlijk wat een migrant zei maar vulden dit aan of vertelden dit op een logische manier, waardoor de uitkomst van het onderzoek werd beïnvloedt.⁶⁴ De Binet-Simon test werd daarom niet geschikt bevonden om het intelligentieniveau van de migranten op Ellis Island te bepalen.

Er werd vanaf 1912 daarom gebruik gemaakt van ‘performance’ testen. Vanaf de zomer van 1912 werd er gebruik gemaakt van Seguin's figurenpuzzel en de twee testen van Healy en Fernald. In alle gevallen moest de migrant blokjes in bepaalde vormen in een puzzel passen. De migrant kreeg de instructie de blokken zo snel mogelijk in de juiste vorm te plaatsen, zonder fouten te maken.⁶⁵

Vanaf 1913 breidde Howard Knox het aantal prestatietesten uit met soortgelijke puzzels. Ook werden andere testen ontwikkeld om de intelligentie van de migrant te meten. Naast het beantwoorden

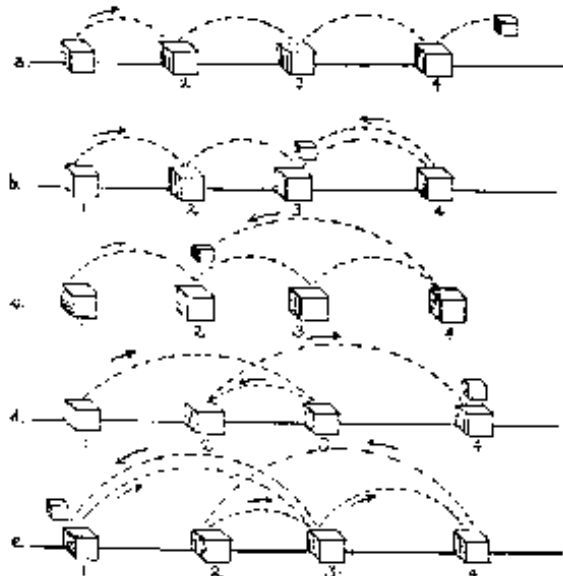
⁶² Ibidem, 740-741.

⁶³ Ibidem, 740.

⁶⁴ John T. E. Richardson, ‘Howard Andrew Knox and the Origins of Performance Testing on Ellis Island, 1912-1916’, *History of Psychology* 6 (2003) 147-151.

⁶⁵ Richardson, ‘Howard Andrew Knox’, 151.

van vragen over iemands achtergrond, de rekenvragen en maken van legpuzzels, moest de migrant drie commando's uitvoeren ('pak een stoel', 'open het raam' etc.) en de Kubus test maken (zie afbeelding 2). Dit hield in dat de migrant blokjes in dezelfde volgorde moest aanraken als de arts voordeed.⁶⁶



Afbeelding 2: De Kubus Test. Bron: Knox, 'Estimating Mental Defect', 743.

Wanneer een migrant bij het eerste onderzoek in de 'mental room' nog steeds tekenen van krankzinnigheid vertoonde, werd ten minste 24 uur gewacht met de derde fase van het onderzoek. Deze derde fase is vrijwel gelijk aan de tweede fase, omdat dezelfde kennistechnieken – observatie, interview en intelligentietesten – werden uitgevoerd. Dit onderzoek duurde tussen de 20 en 60 minuten. Wanneer een migrant de intelligentietesten beter uit kon voeren dan voorheen, was dit een teken dat de migrant slechts tijdelijk psychisch tot minder in staat was, te wijden aan de aankomst en de spanning die dat met zich mee bracht. Dit onderzoek kon tot vijf keer opnieuw worden uitgevoerd met verschillende artsen.⁶⁷ Wanneer de migrant onder een van de categorieën van krankzinnigheid viel, kreeg hij een 'hold card' waarop de arts noteerde waarom iemand krankzinnig werd geacht. Een aantal voorbeelden:

'Facial scars. Stupid. Cried on the line.'

'Rhomberg. Sluggish pupils; tremor of tongue.'

'History of injury to the head when 15 years of age. Some speech defect.'

'Catatonic state: will not respond to questions.'

⁶⁶ Ibidem, 152-154; voor een uitgebreide beschrijving van deze performance testen, zie: Rudolf Pintner en Donald G. Paterson, *A Scale of Performance Tests* (New York 1917); Howard A. Knox, 'A Scale Based on the Work at Ellis Island for Estimating Mental Defect', *The Journal of the American Medical Association* (7 maart 1914) 741-747.

⁶⁷ Mullan, 'Mental Examination of Immigrants', 743-746.

‘Nervous and Wasserman.’
‘Observe mother; child is an imbecile.’
‘Objects to examination; refuses to cooperate. Fails in Cube and 20 to 1 test.’
‘Says she is the prophet of the earth.’
‘Agitated; brought into examination room by relatives.’⁶⁸

Uit deze noties blijkt dat erfelijkheid een grote rol speelde in de verdenking. Wanneer er aanwijzingen waren dat familieleden krankzinnig waren, was een migrant extra verdacht. Daarnaast blijken er nog twee extra testen te zijn uitgevoerd op Ellis Island. De Proef van Romberg was een snelle neurologische test om het evenwicht van de patiënt te bepalen. Een stoornis in het evenwicht zou kunnen duiden op alcoholisme maar ook op een neurologisch probleem. De Wassermann test was een bacteriologisch onderzoek dat de aanwezigheid van syfilis kon bevestigen. Door syfilis kon in een laat stadium een vorm van dementie ontstaan, ook wel ‘general paresis of the insane’ genoemd. Wanneer de migrant krankzinnig werd bevonden, werd hij uitgewezen en met dezelfde stoommaatschappij teruggebracht naar de vertrekhaven.

Van twee personen uit dit onderzoek is met zekerheid vast te stellen dat ze direct bij aankomst op Ellis Island zijn uitgewezen wegens krankzinnigheid. Ruchel Levitt kwam op 23 november 1911 aan op Ellis Island. Op de passagierslijst staat bij haar gegevens geschreven: ‘Held mental obs. Speech; dumb’ (zie afbeelding 3).⁶⁹ Tijdens de lijninspectie was haar spraak dus opvallend bevonden en in verband gebracht met een mentale afwijking. Ze werd apart gehouden voor verder onderzoek, zoals te zien is op afbeelding 4. De reden dat ze werd vastgehouden werd genoteerd als ‘lpc’ (*likely to become public charge*), ‘phd’ (*physical defect*), ‘med. cert.’ (*Medical Certificate*). Op 29 november werd ze voor het eerst onderzocht in de ‘mental room’. Op 1 december werd ze opnieuw onderzocht. Omdat deze onderzoeken in 1911 plaatsvonden, zal Ruchel vrijwel alleen verbale intelligentietesten hebben gekregen. Op 11 december 1911 werd Ruchel officieel uitgewezen en met de *Amsterdam* van de HAL teruggebracht naar Rotterdam (zie afbeelding 4).⁷⁰

Uit het patiëntendossier van Ruchel van het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave, waar ze op 20 februari 1912 werd opgenomen, kunnen we meer informatie krijgen over haar uitzetting. Ze was op 3 januari 1912 opgenomen in Maasoord, waar men geen contact met de patiënt kon krijgen. Bij haar aankomst was het de artsen van Grave niet geheel duidelijk waarom ze was uitgewezen: ‘Als landverhuizeres naar America vertrokken, werd haar bij aankomst door de Amerikaanse autoriteiten de landing ontzegd. Andere inlichtingen omtrent haar voorgeschiedenis ontbreken geheel.’ Ze sprak af

⁶⁸ Ibidem, 741-743.

⁶⁹ The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, ‘List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger> [geraadpleegd op 11 april 2015].

⁷⁰ The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, ‘Record of Aliens Held for Special Inquiry’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger> [geraadpleegd op 11 april 2015].

en toe enkele woorden en riep bijvoorbeeld om haar moeder. Op 18 juli 1912 kwam er eindelijk meer duidelijkheid. De broer van Ruchel had de Geneesheer-Directeur van Grave aangeschreven. ‘Zij zou vroeger altijd gezond geweest zijn, maar de pokken hebben gehad en toen de spraak hebben verloren.’ Uiteindelijk staat in een geneeskundige verklaring van Grave een jaar later: ‘Er is geen twijfel aan den staat van krankzinnigheid dezer vrouw, al kan zij, ten gevolge van een belangrijk spraakgebrek, zich slechts zeer gebrekkig uiten.’⁷¹ Op basis van deze uitspraak is het dus de vraag of Ruchel, indien ze op Ellis Island non-verbale testen had gekregen, wél de toegang was verleend tot de Verenigde Staten.

Hendel Klein kwam op 10 juni 1913 op Ellis Island aan met haar zoon en dochter. Zij werden vastgehouden voor verder onderzoek, wat blijkt uit de stempel S.I. (‘Special Inquiry’). Op de passagierslijst is alleen te vinden dat moeder en zoon in het ziekenhuis zijn opgenomen. Dit kan erop duiden dat zij direct een omcirkelde X kregen en dat er dus geen twijfel was over de krankzinnigheid. Zij zijn beiden teruggestuurd, maar de dochter is toegelaten in de Verenigde Staten (zie afbeelding 5).⁷² In Nederland is Hendel eerst in Maasoord opgenomen, en vervolgens overgeplaatst naar het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave. Uit de aantekeningen van Maasoord, meegestuurd met Hendel toen ze werd overgeplaatst, blijkt waarom ze is uitgewezen: ‘Het bleek dat zij meent, dat de president van Amerika bij haar gekomen is, en dat deze toen haar kind van haar heeft afgenomen, wijl het een mooi kind was, waarna hij het bij haar familie in Amerika gebracht heeft. Zij neemt van haar kind niet veel notitie.’ Hendel bleek waandenkbeelden te hebben.⁷³ Het waandenkbeeld dat ze in Nederland vertoonde lijkt het gevolg van gebeurtenissen op Ellis Island, maar het lijkt erop dat zij ook toen al waandenkbeelden vertoonde.

Van nog een andere vrouw, Gittel Cahn, is vrijwel zeker dat zij bij aankomst op Ellis Island is uitgewezen. Zij was op 27 november 1912 aangekomen op Ellis Island en op 17 januari 1913 opgenomen in Maasoord. Ze vertoonde daar alle kenmerken van de ‘opgewonden manie’. In het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave verbeterde haar toestand en is ze uiteindelijk hersteld. Daar vertelde ze ook wat meer over haar voorgeschiedenis: ‘Pat. vertelde op de “Potsdam” krank te zijn geworden.’ Het lijkt er dus op dat Gittel op de heenreis op het schip zo druk, euforisch en storend was geworden, dat haar om die reden de toegang tot de Verenigde Staten is geweigerd.⁷⁴ Op haar passagierslijst is wel een kruis bij haar naam te vinden, wat betekent dat zij tijdens de lijninspectie apart is gezet. Helaas staan er verder geen aantekeningen op de passagierslijst, maar met haar Nederlandse patiëntendossier is dit onderdeel van haar reis wel te reconstrueren.⁷⁵

⁷¹ Brabants Historisch Informatie Centrum (BHIC), 155 Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI) in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 406.

⁷² The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, ‘List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger> [geraadpleegd op 12 april 1915].

⁷³ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 470.

⁷⁴ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 444.

⁷⁵ The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation, ‘List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger> [geraadpleegd op 12 april 1915].

De kennistechnieken buiten Ellis Island

Migranten die wel toegang kregen tot de Verenigde Staten konden vanaf 1907 tot drie jaar na aankomst nog worden uitgezet om reden van krankzinnigheid. In de literatuur is weinig terug te vinden over uitzettingen wegens krankzinnigheid.⁷⁶ Van een groot deel van de patiënten is bovendien over dit deel van hun leven en de reden tot uitwijzing zeer weinig bekend. In de aantekeningen in de patiëntendossiers staat dan niet meer dan:

‘Van patiënt [...] is anamnetisch niets bekend, dan dat hij uit Amerika gerepatrieerd is.’⁷⁷

‘Pat. [...] is den 15 febr 1911 alhier, op de wijze waarop dat met de landverhuizers pleegt te geschieden, d.i. zonder een enkel woord anamnese binnengebracht.’⁷⁸

‘Wat er in Amerika is gebeurd weet ik niet.’⁷⁹

‘Deze patiënt is wegens krankzinnigheid uit Amerika gezet.’⁸⁰

‘In den aanvang van 1910 kwam pat. uit Amerika, waar zij dienstbode was maar dat zij wegens krankzinnigheid moest verlaten, te Rotterdam aan.’⁸¹

‘Ze is landverhuister, die uit Amerika werd teruggezonden.’⁸²

‘Pat. werd door de Amerik. regeering wegens krankzinnigheid uitgezet en met de Holland-Amerika Lijn overgebracht.’⁸³

In een paar gevallen waren er inlichtingen verkregen van de Holland-Amerika Lijn en was er iets meer bekend over het gedrag van de patiënt op het schip:

‘Pat is 23.8.12 per HAL uit Amerika in ons land aangekomen en naar ’t ziekenhuis ad Coolsingel overgebracht, omdat ze een paar maal heeft getracht over boord te springen; pat. at slechts als ze gevoed werd.’⁸⁴

‘Patiënte is 29 nov uit Amerika komende in het stadsziekenhuis te R’dam opgenomen, zij had aan boord van het schip niets gezegd en stil gezeten.’⁸⁵

‘Pat is 29 nov in het ziekenhuis opgenomen uit Amerika gerepatrieerd, aan boord zeide ze niets, wel zou ze zich nu en dan geheel uitgekleeft hebben.’⁸⁶

⁷⁶ Naar uitzettingen om andere redenen, bijvoorbeeld vanwege socialistisch-anarchistische denkbeelden van migranten, is meer bekend: Constantine M. Panunzio, *The Deportation Cases of 1919-1920* (New York 1921); Kitty Calavita, *U.S. Immigration Law and the Control of Labor: 1820-1924* (Orlando 1984); Daniel Kanstroom, *Deportation Nation. Outsiders in American History* (Cambridge 2007).

⁷⁷ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4101.

⁷⁸ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 441, dossier nr. 4130.

⁷⁹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 452, dossier nr. 4430.

⁸⁰ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 454, dossier nr. 4488.

⁸¹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 360.

⁸² BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 367.

⁸³ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 384.

⁸⁴ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 424.

⁸⁵ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 433.

⁸⁶ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 434.

Het is opmerkelijk dat er geen contact was tussen de Amerikaanse autoriteiten en de Nederlandse gestichten omtrent de uitzetting. Het lijkt erop dat de Holland-Amerika Lijn in enkele gevallen meer informatie kon verschaffen – aangezien zij deze migrant op eigen kosten terug moesten vervoeren - maar er is zeker geen sprake van een gestandaardiseerde uitwisseling tussen deze instellingen.

Toch is van vijf personen wel meer informatie bekend over de gebeurtenissen in de Verenigde Staten. In al deze gevallen werd deze informatie verkregen van de patiënt zelf. Hendel Leibovitz vertelde, toen ze vrijwel hersteld was, wat er in de Verenigde Staten was gebeurd: ‘(...) vertelde mij dat zij met nog 2 zusters naar Amerika is gegaan om daar geld te verdienen. (...) is 2,5 maand in Amerika geweest in New York – daar werd zij ziek (zwak in de kop zoo ze het noemt).’⁸⁷ Als gevolg van haar ziekte is Hendel teruggezonden. Het zou kunnen dat ze in de Verenigde Staten in een ziekenhuis of gesticht terecht was gekomen. Dit overkwam nog enkele andere migranten, zoals Sender Weisman, wiens casus in de inleiding werd beschreven.⁸⁸ Wanneer een migrant, zoals Sender, in een ziekenhuis werd opgenomen en daar krankzinnig werd bevonden, werd het proces van uitzetting zeer snel in gang gezet. Ditzelfde lijkt het geval bij Piotr Jankowski: ‘Hij was op een boerderij werkzaam geweest, wilde weer terug (waarom is onbekend). Zou voor het vertrek drie dagen in een hospitaal gelegen hebben.’⁸⁹ Piotr wilde weliswaar uit zichzelf al terug naar Rusland, maar is toch in een ziekenhuis terecht gekomen. Hierdoor is hij als krankzinnige uit de Verenigde Staten uitgezet en kon hij nooit meer terugkeren naar de Verenigde Staten.

Van twee patiënten blijkt uit het dossier dat zij in de Verenigde Staten naar de politie waren gegaan. Beide patiënten waren psychotisch. Iwona Baranowska was wegens een psychose uit Amerika uitgewezen. Uit het gesprek met een tolk in het Rijkskrankzinnigengesticht in Grave blijkt wat die psychose inhoudt:

‘Een heks heeft haar in Am. veel geplaagd, haar een medicijn gegeven, waardoor zij ziek is geworden. De heks had gezegd: na de drank zou zij niet goed meer kunnen zien of hooren. Diezelfde heks heeft niet alleen haar kwaad gedaan, maar overal in Amerika, Galicië. Zij wou na de drank naar den dokter, de heks bracht haar bij de politie, die bracht haar – die schreeuwde alsof ze verruht was – in het ziekenhuis, na 2 weken op ’t schip. De politie wou haar naar Galicië naar haar familie laten gaan, maar de heks ging mee en bracht haar naar Rotterdam. De heks heeft ze nooit gezien, alleen gehoord.’⁹⁰

Uit haar verhaal valt op te maken dat ze bij de politie in de Verenigde Staten kwam. De politie heeft haar vervolgens naar een ziekenhuis gebracht. Opnieuw ging het proces van uitzetten erg snel – na

⁸⁷ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 377.

⁸⁸ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 445, dossier nr. 4234.

⁸⁹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 444, dossier nr. 4207.

⁹⁰ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 469.

twee weken in het ziekenhuis werd ze al uitgewezen. Een soortgelijk verhaal vinden we in het patiëntendossier van Luca Takacz:

‘Pat. is uit Amerika uitgewezen nadat hij eenigen tijd in een hospitaal was geweest, waarheen men hem had gebracht, nadat hij zich bij de politie beklagd had, dat de menschen hem overal bespieden. Hij heeft het over een erfenisproces dat hij in Hongarije heeft loopen in de 15 jaren en waarvoor men een gymnasium wil laten bouwen. Daarom zou men hem uit de wereld willen helpen, wat men ook gedaan heeft met zijn broer, die aan een bloedspuwing is gestorven. Naar zijn geboorteland Hongarije wil hij niet terug, daar men hem daar zeker vermoordt. Hij was in Amerika correspondent, heeft in de rechten in de geneeskunde gestudeerd, echter slechts voor korten tijd, daar financiële bezwaren hem beletten, zijn studie voort te zetten.’⁹¹

Ook in dit geval ging de migrant naar de politie waar men het vermoeden kreeg van een psychose bij de migrant. Hij werd naar een ziekenhuis gebracht en vervolgens uitgewezen.

In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat de meeste migranten via deze weg moeten zijn uitgewezen. In ‘The Intolerable Deviance of the Insane: Civil Commitment in San Francisco, 1906-1929’ onderzocht Richard W. Fox 1229 rechterlijke dossiers die resulteerden in krankzinnigheidsverklaringen. Fox richt zich in dit onderzoek op archiefbronnen over de westkust van de Verenigde Staten, maar het lijkt erop dat zijn bevindingen ook van toepassing zijn op de oostkust. In al deze 1229 gevallen kwamen de personen in contact met de politie: zij werden ofwel aangegeven door familie of hun omgeving, of ze werden door de politie gearresteerd wegens abnormaal gedrag in de openbare ruimte. Deze personen werden in het ziekenhuis van de gevangenis opgenomen en onderzocht. Een arts van de rechtbank voerde het onderzoek in de gevangenis uit, wat bestond uit het observeren van gedrag en het stellen van vragen. Het gedrag dat werd genoteerd kan worden verdeeld in zeven categorieën die overeenkomen met de wettelijke categorieën: 1) ongepaste en immorele persoonlijke gewoonten, zoals alcoholisme, prostitutie en vloeken; 2) irrationele denkbeelden, angsten en percepties, bijvoorbeeld hallucinaties; 3) lichamelijk gebrek als geheugenverlies en syfilis; 4) functionele stoornissen als het doelloos rondlopen, voedselweigering en suïcidale neigingen; 5) bedreiging voor mensen of bezit, bijvoorbeeld agressief gedrag; 5) nerveuse of depressieve symptomen en 7) religieuze waandenkbeelden. Een rechter moest vervolgens een besluit nemen en baseerde zich voornamelijk op de verklaring van de arts en getuigenissen van familie of de omgeving. Indien de rechter de persoon beoordeelde als krankzinnig, kon hij de opname in een krankzinnigengesticht verplichten.⁹²

⁹¹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 447, dossier nr. 4298.

⁹² Richard W. Fox, *The Intolerable Deviance of the Insane: Civil Commitment in San Francisco, 1906-1929*, *The American Journal of Legal History* 20 (1976) 136-137.

Voor migranten die minder dan drie jaar in de Verenigde Staten waren hield deze opname in dat het proces van uitzetting in gang werd gezet. De categorie krankzinnigheid kwam in dit geval dus tot stand op basis van de getuigenissen van familie en omgeving en op basis van de verklaring van de arts. Het gedrag dat door de arts als abnormaal werd ervaren, loopt enorm uiteen. Fox wijst er dan ook op dat krankzinnigheid geen categorie was die van tevoren vast stond. ‘On the whole they became “insane” not when they crossed some well-defined boundary between normality and abnormality, but when family members, acquaintances, or officials decided they could no longer tolerate their perplexing or bothersome behavior.’⁹³

Fox wijst er bovendien ook op dat gender, klasse en afkomst een rol speelden in de beoordeling door de arts. Mannen, ongeschoolden, buitenlanders, de meest recente migranten en personen die geen familie in hun omgeving hadden, werden over het algemeen in negatievere termen beschreven. Katholieke migranten werden het minst als intelligent gekenmerkt. De Russisch-Joodse migranten werden als inferieur gekenmerkt, terwijl Joodse migranten uit het Duitse gebied of Amerikaanse Joden weer vaker als intelligent werden benoemd. Naast negatieve aspecten van het gedrag konden namelijk ook positieve aspecten van het gedrag worden benoemd, zoals ‘good’, ‘intelligent’ of ‘quiet’. Vrouwen werden eerder als ‘goed’ beschreven, wellicht omdat passieve houding in het bijzijn van de arts gewenst was.⁹⁴ Sinke beargumenteerde een verband tussen gender en migratie door aan te tonen dat er sprake was van een gegenderd migratiepatroon. Vrouwen sloten zich eerder aan bij familie in de Verenigde Staten. Hierdoor hadden zij dus vaker familie in hun omgeving, wat volgens Fox een voordeel was op het moment dat de migrant moest worden beoordeeld op krankzinnigheid. Er kan dus worden geconcludeerd dat gender via het migratiepatroon mogelijk ook de uiteindelijke categorisering van krankzinnigheid beïnvloedt. Gender en etniciteit hadden bovendien direct invloed op de uiteindelijke categorisering, omdat het geslacht en de afkomst van een persoon al vooraf de kansen om krankzinnig te worden verklaard, beïnvloedde.

In de Verenigde Staten besloeg de categorie krankzinnigheid dus een hoeveelheid aan termen, met als doel het uitsluiten van ongewenste personen die mogelijk een last zouden vormen voor de Amerikaanse samenleving. Op Ellis Island waren de observatie en het spreken met de migrant de belangrijkste kennistechnieken, waarbij de afkomst van de migrant verwachtingen over gedrag en uiterlijk stuurde. De taalbarrière vormde een stimulans om non-verbale intelligentietesten te ontwikkelen. Wanneer een migrant pas enige tijd na aankomst werd uitgezet, speelden gender en etniciteit een zeer grote rol in de categorisering omdat deze factoren de kans om krankzinnig te worden verklaard beïnvloedden.

⁹³ Fox, ‘The Intolerable Deviance’, 138.

⁹⁴ Ibidem, 145-148.

5. De Nederlandse Gestichten

Maasoord en de categorie krankzinnigheid

Wanneer buitenlandse patiënten werden opgenomen het gesticht voor krankzinnigen Maasoord werd in het patiëntendossier een geneeskundige verklaring opgesteld door de Geneesheer-Directeur. Deze verklaring volgde meestal enkele weken na de opname, op basis van de dagelijkse aantekeningen die er over de patiënt werden gemaakt door de Geneesheer-Directeur of door het verplegend personeel. De verklaring van Maasoord moest uitwijzen of een patiënt verdere verpleging nodig had. Patiënten die verdere verpleging nodig hadden, werden overgebracht naar een van de Rijkskrankzinnigengestichten en hun verpleging werd betaald vanaf dat moment door het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Omdat in dit onderzoek alle personen zijn overgebracht naar de Rijkskrankzinnigengestichten in Grave en Medemblik, kregen ze allemaal de aanbeveling dat verdere verpleging in het gesticht noodzakelijk was. De categorie krankzinnigheid, op te maken uit deze verklaringen, draaide dus altijd om de vraag of de patiënt voor zichzelf zou kunnen zorgen. Als de patiënt aan een vorm van krankzinnigheid leed, kon hij niet voor zichzelf zorgen en was verdere gestichtsverpleging noodzakelijk.

Opvallend is dat de categorie krankzinnigheid in de verklaringen van Maasoord wordt beschreven aan de hand van verschijnselen – de vorm van krankzinnigheid wordt niet verder gespecificeerd. Een overzicht van de diagnoses is opgenomen in tabel 1 en 2 in de bijlage. Een veel voorkomende verklaring was krankzinnigheid met de verschijnselen spontaan en reactief mutisme, akinese en negativisme. Dit hield in dat de patiënt niet praatte en geen contact zocht, niet bewoog en niet behandeld wilde worden (A). Een andere veel voorkomende diagnose was krankzinnigheid met verschijnselen van euphorie, bewegingsdrang en zeer druk gedrag (B). Dit is dus tegenovergesteld gedrag, waarbij extremen van bepaald gedrag als abnormaal werden beschouwd. Een patiënt kon te rustig zijn (akinese), maar een patiënt kon ook te druk zijn (bewegingsdrang). Een patiënt kon te stil zijn (mutisme), maar kon ook te luidruchtig zijn. De scheidslijn tussen wanneer gedrag als normaal of abnormaal werd beschouwd, is niet altijd even duidelijk.

De kennistechnieken in Maasoord

Juist omdat de categorie krankzinnigheid op Maasoord vooral bestond uit het benoemen van verschijnselen van abnormaal gedrag, was observatie de belangrijkste kennistechniek. Door observatie konden verschijnselen als ‘druk’ en ‘beweegt niet’ worden genoteerd in het patiëntendossier, die vervolgens werden omgezet in de medische taal van bewegings- en spraakdrang, akinese en negativisme. Door het toespreken en het maken van gebaren naar de patiënt werd contact gezocht. ‘Het gelukt op geen enkele wijze een woord uit haar te krijgen; zij reageert ook niet op gebaren, noch

met gebaren.⁹⁵ Het niet reageren op toespreken of gebaren werd vertaald als spontaan en reactief mutisme: de patiënt sprak zowel niet uit eigen beweging, en reageerde ook niet op toespraak of gebaren. Een andere manier om contact te zoeken met de patiënt was het uitsteken van de hand door de arts. Wanneer de patiënt, hoe langzaam ook, op dit gebaar reageerde door haar hand te geven, was dit wel een teken van contact. ‘Het gelukt op geen wijze een sprakelijke reactie uit haar te krijgen, het eenige waartoe ze te bewegen is, is handgeven, en dit gaat nog na zeer lange latenttijd, uiterst langzaam en krachteloos.’⁹⁶ Leba Pollack kreeg bezoek van familie, waardoor de Geneesheer-Directeur hoopte dat er contact met de patiënt kon worden gemaakt. Dit bleek niet te lukken, want in de dagelijkse aantekeningen staat: ‘Heden krijgt pat. bezoek van hare familie uit Galicië, zij toont voor deze niet de minste belangstelling, ook deze gelukt het niet door spreken of gebaren contact met haar te krijgen.’⁹⁷

De informatie die werd verkregen door observatie werd vergeleken met de informatie die de Geneesheer-Directeur ontving van het ziekenhuis aan de Coolsingel, waar de patiënten allemaal eerst werden opgenomen. Bij zeker drie patiënten is in het ziekenhuis de hulp van een tolk ingeroepen om meer informatie van de patiënt te krijgen. De tolk kon een medewerker van een consulaat zijn, een medewerker van de Holland-Amerika Lijn of een geestelijke, bijvoorbeeld een rabbijn die met de patiënt in het Hebreeuws kon spreken. In alle gevallen had het inroepen van de tolk echter geen effect:

‘Patiënte is, na uit Amerika hier gekomen te zijn wegens haar abnormaal gedrag in het ziekenhuis te Rotterdam opgenomen, waar zij volgens de verkregen inlichtingen haast niet was te verstaan, ook niet met behulp van een tolk’.⁹⁸

‘Pat. is opgenomen geweest in het ziekenhuis a/d Coolsingel, waar d.m.v. een tolk getracht is in 4 dialecten iets uit patiënte te krijgen.’⁹⁹

‘Volgens inlichtingen uit het ziekenhuis, waar pat. ook is opgenomen geweest, heeft zij ook tegen een tolk absoluut niet gereageerd.’¹⁰⁰

In een geval trok men in Maasoord het oordeel van de arts van het ziekenhuis aan de Coolsingel in twijfel. Alexander Wieczorek zou in het ziekenhuis een medepatiënt met een ijzeren voorwerp, dat hij in zijn bed verborgen had, een gat in het hoofd hebben geslagen. In het verslag noteerde de Geneesheer-Directeur van Maasoord: ‘Den medicus “scheen het toe” dat hij imbecil was. Waarschijnlijk is hij door zijn medepatiënten geplaagd, want zolang hij hier was is van gevaarlijke of

⁹⁵ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 403.

⁹⁶ Medisch Archief Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Antes), patiëntendossier nr. 1092.

⁹⁷ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 403.

⁹⁸ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 470.

⁹⁹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 502.

¹⁰⁰ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 406.

kwaadaardige eigenschappen niets gebleken.¹⁰¹ Hij vertoonde weliswaar kinderlijk gedrag en leek een slecht oordeelsvermogen te hebben, maar agressief of storend was hij allerm minst.

Vaak konden de patiënten de Nederlandse taal niet spreken. In sommige gevallen praatte de patiënt wel, maar in een taal die de verpleging niet kon verstaan: ‘Hij schijnt zeer verward te zijn, praat allerlei talen door elkaar, zoodat nader contact niet mogelijk is.’¹⁰² Als de patiënt zich wel verstaanbaar kon maken, kon de verpleging er soms niet veel van maken. Hieruit kon worden geconcludeerd dat de patiënt verward was, maar dat de patiënt verward overkwam kon ook het gevolg zijn van de taalbarrière: ‘Hij is moeilijk te volgen (...) maar ik kan niet zeggen in hoeverre op een of ander van invloed is, dat patiënt in een taal met ons spreken moet die hij niet volkomen machtig is.’¹⁰³

Het spreken met de patiënt met behulp van een tolk werd in Maasoord, net als in het ziekenhuis, enkele keren ingezet. Er werd in drie gevallen gebruik gemaakt van een tolk wanneer een patiënt helemaal niet praatte, en de verpleging hoopte dat het horen van de moedertaal wel een reactie los zou maken. Bij Wiktoria Michalska had de tolk het gewenste effect: ‘Pat. heeft tot nog toe niet gesproken, vandaag geeft ze op herhaald vragen van een tolk met enormen latentijd met zachte toonloze stem aan dat ze hier een paar dagen is, doch dat ze niet weet wat voor een huis het hier is, op de vraag of het thans zomer of winter is, geeft ze aan “voorjaar”, ze herkent terstond den tolk als pastoor: een gegeven bidprentje leest ze vlot.’¹⁰⁴ Bij de een andere vrouwelijke patiënt lukte het ook met de tolk niet om een reactie te krijgen uit de patiënt.¹⁰⁵ Een mannelijke patiënt ging ook niet op de tolk in: ‘Gisteren in de gelegenheid gesteld met een tolk te spreken heeft hij slechts eenige onverstaanbare woorden gemompeld, en verder alle toenadering afgewezen door reeds de vraag naar zijn naam met: “ik weet niet” te beantwoorden, en zich verder onder teekenen van verveling af te wenden.’¹⁰⁶ Bij een andere mannelijke patiënt, Alexander Wiczowek, over wiens diagnose van het ziekenhuis de Geneesheer-Directeur van Maasoord al twijfels had, werd een tolk ingezet om krankzinnigheid vast te stellen of uit te sluiten: ‘Een tolk van de Holl. Amerika Lijn die met hem kwam spreken (helaas juist op een middag dat ik afwezig was) ontdekte geen krankz. heid, maar vond hem integendeel drommels bij de hand.’¹⁰⁷ In zijn geval wees het gesprek er dus op dat hij helemaal geen imbeciel leek te zijn, zoals de arts van het ziekenhuis had beweerd.

Naast observatie, correspondentie en het stellen van vragen aan de patiënt (met behulp van een tolk), werden enkele patiënten lichamelijk onderzocht in Maasoord. Omdat het lichamelijk onderzoek alleen kan worden getraceerd aan de hand van de samenvattingen van Maasoord die aanwezig waren in de patiëntendossiers in de gestichten van Medemblik en Grave, kan niet met zekerheid worden gezegd of er bij het lichamelijk onderzoek gebruik is gemaakt van een standaardformulier. Een

¹⁰¹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 452, dossier nr. 4430.

¹⁰² NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4101.

¹⁰³ Medisch Archief Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Antes), patiëntendossier nr. 1090.

¹⁰⁴ Medisch Archief Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Antes), patiëntendossier nr. 1092.

¹⁰⁵ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 434.

¹⁰⁶ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 444, dossier nr. 4207.

¹⁰⁷ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 452, dossier nr. 4430.

dergelijk standaardformulier is bijvoorbeeld wel aanwezig in verschillende patiëntendossiers van het gesticht in Grave, maar dat zal later worden besproken. Bij Ewa Kowalska had het lichamelijk onderzoek sterk te maken met de vermoedelijke diagnose, namelijk epilepsie. In de samenvatting van de dagelijkse aantekeningen wordt verwezen naar een lichamelijk onderzoek dat had plaatsgevonden: ‘Geen lichamelijke afwijkingen, noch aan de negatieve organen, noch aan het centraal zenuwstelsel.’¹⁰⁸ Blijkbaar was de arts op zoek naar een verklaring voor haar epilepsie, maar kon hij lichamelijk geen afwijkingen ontdekken bij Ewa. Er zijn alleen aanwijzingen gevonden voor een gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek bij in totaal vier vrouwen die in Maasoord verbleven.¹⁰⁹ Bij een vrouwelijke en twee mannelijke patiënten is wel de temperatuur gemeten of het lichaamsgewicht bijgehouden, maar alleen wanneer de patiënt in lichamelijk zeer slechte toestand was.¹¹⁰ Drie keer werd er in Maasoord urineonderzoek gedaan. Er werd dan gekeken naar eiwit en suiker in de urine en hoe het reageerde op zuur. Deze onderzoeken waren gestandaardiseerd en wezen op de lichamelijke gezondheid van de patiënt.¹¹¹ Het onderzoeken van de temperatuur, het gewicht en de urine lijken daarom eerder lichamelijke routineonderzoeken te zijn geweest in verband met de fysieke gezondheid, dan dat de uitkomst werd verbonden aan de mentale gezondheid van de patiënt. Deze bevinding komt overeen met de bevinding van Louise Hide, namelijk dat bij vrouwen de oorzaak van krankzinnigheid eerder in het lichaam werd gezocht dan bij mannen en dat gestandaardiseerde lichamelijke onderzoeken daarom alleen bij vrouwen werden toegepast.

In Maasoord draaide de categorie krankzinnigheid dus om de vraag of een patiënt verdere verpleging nodig had. Krankzinnigheid werd beargumenteerd door het benoemen van abnormale verschijnselen, vastgesteld door de kennistechniek observatie. Er werden weinig andere kennistechnieken toegepast, wellicht omdat de patiënten hier meestal slechts korte tijd verbleven. Wat betreft gender is het opvallend is dat alleen vrouwen lichamelijk onderzocht werden, waarbij deze kennistechniek werd toegepast om de diagnose te kunnen onderbouwen. De etniciteit van de patiënt speelt door de taalbarrière een rol in de categorisering. In slechts enkele gevallen werd getracht de taalbarrière te doorbreken door het inschakelen van een tolk. Op het moment dat het beschrijven van bepaald gedrag genoeg is om iemands verdere verpleging te beargumenteren, zijn er misschien ook geen extra kennistechnieken nodig om tot die categorie te komen.

¹⁰⁸ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 367.

¹⁰⁹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 367, 377, 444, 482.

¹¹⁰ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 447, dossier nr. 4288; inv. nr. 441, dossier nr. 4130; BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 403.

¹¹¹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 441, dossier nr. 4130; inv. nr. 445, dossier nr. 4234; inv. nr. 447, dossier nr. 4288.

Medemblik en de categorie krankzinnigheid

Zestien patiënten werden van Maasoord overgeplaatst naar het Rijksskrankzinnigengesticht te Medemblik. In de patiëntendossiers aldaar stond op het voorblad consequent de ‘Vorm der Krankzinnigheid’ ingevuld, bijvoorbeeld ‘dem. Praecox hebephrenie K VI p149’. Dit verwijst naar pagina 149 uit de zesde editie van *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* van Emil Kraepelin, gepubliceerd in 1899. Kraepelin was van mening dat mentale ziekten ofwel aangeboren waren of ontstonden onder invloed van de omgeving, of door een combinatie van beiden. In zijn handboek rangschikte hij elf groepen mentale ziekten op hun verband met degeneratie. Hij begon daarom met het beschrijven van mentale ziekten die zijn veroorzaakt door infecties, als gevolg van vermoeidheid en van vergiftiging, bijvoorbeeld alcoholisme. Als vierde volgden mentale ziekten als gevolg van stofwisselingsziekten. Als vijfde noemde hij dementia praecox, een achteruitgang in de mentale staat van meestal jonge mensen, dat uiteindelijk overgaat in dementie. Daarna volgden mentale ziekten als gevolg van syfilis, hersenziekten en ouderdom. Als negende volgt de manisch-depressieve krankzinnigheid, daarna de paranoia, de algemene geestesziekten (bijvoorbeeld epilepsie), de psychopathische ziektebeelden en als laatste de meest erfelijke mentale ziektes, waaronder idiotie en imbeciliteit.¹¹² Dit boek vormde voor de Geneesheer-Directeur van Medemblik het uitgangspunt voor de vertaling van de verschillende verschijnselen naar een bepaalde vorm van krankzinnigheid.

Hoewel Kraepelin een uitgebreid aantal categorieën beschrijft, concludeerde de Geneesheer-Directeur in twaalf van de zestien gevallen dat er sprake was van dementia praecox. Dementia praecox uitte zich volgens Kraepelin bij jonge mensen tussen de 20 en 30 jaar. In Maasoord kregen migranten met leeftijden tussen de 19 en 36 jaar deze diagnose. Dementia praecox kon worden herkend een aantal afwijkingen, waaronder negativisme, een verstoorde concentratieboog, gebrek aan interesse, verwardheid, verminderd oordelingsvermogen, angst, emotionele onverschilligheid, gebrek aan initiatief, stereotype bewegingen, katalepsie, echolalie en echopraxie. Deze afwijkingen hoeven niet allemaal voor te komen en ze komen ook niet in alle stadia van de dementia praecox evenveel voor. Daarnaast zijn er nog een aantal lichamelijke afwijkingen die kunnen duiden op dementia praecox, waaronder stuipen, verhoogde peesreflexen, verwijde pupillen, lage lichaamstemperatuur, onregelmatige of afwezige menstruatie, verstoorde slaap en sterke toe- of afname in gewicht.¹¹³ Kraepelin onderscheidde drie vormen van dementia praecox, namelijk hebephrenie, katatonie en de paranoïde vorm.¹¹⁴ Hebephrenie verwijst naar abnormaliteiten die samenhangen met spraak, bijvoorbeeld mutisme of juist heel veel spreken. Katatonie verwijst naar abnormaliteiten die samenhangen met beweging, bijvoorbeeld akinese (het niet bewegen) of juist sterke bewegingsdrang. De paranoïde vorm onderscheidde zich door de sterke aanwezigheid van waandenkbeelden. Overigens wees Kraepelin erop dat deze vormen van dementia praecox konden overlappen. Mannen waren

¹¹² Jan Dirk Blom, *Deconstructing Schizophrenia* (Amsterdam 2004) 55-56.

¹¹³ Blom, *Deconstructing Schizophrenia*, 57-58.

¹¹⁴ Emil Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (6^e druk: Leipzig 1899) 137.

volgens Kraepelin oververtegenwoordigd in de hebephrene vorm van dementia praecox, vrouwen in de katatone vorm.¹¹⁵ Zes keer wordt de vorm van dementia praecox door de Geneesheer-Directeur van Medemblik toegespijst tot hebephrenie, vijf keer tot katatonie en één keer houdt de Geneesheer-Directeur het bij de algemene term. Daarnaast gaf hij eenmaal de diagnose epileptische schemertoestanden, paranoia en de manisch depressieve psychose, waarbij hij ook verwees naar het werk van Kraepelin. In een geval kwam hij tot geen diagnose, maar deze patiënt verbleef ook maar een maand in Medemblik. Het doel van de diagnose lijkt hetzelfde als in Maasoord: beargumenteren waarom verdere verpleging in het gesticht noodzakelijk is voor de patiënt.

De kennistechnieken in Medemblik

Wanneer patiënten naar Medemblik werden overgebracht, werd een samenvatting van de dagelijkse aantekeningen en de verklaring van de Geneesheer-Directeur van Maasoord meegestuurd. Zoals eerder vermeld, bestond de geneeskundige verklaring in Maasoord vooral uit het benoemen van verschijnselen van abnormaal gedrag, die duiden op krankzinnigheid. In Medemblik werd in eerste instantie hetzelfde gedaan: het observeren van het gedrag van de patiënt. Hierdoor kon worden vastgesteld of de patiënt hetzelfde gedrag vertoonde als in Maasoord. Het gedrag werd beschreven in de dagelijkse aantekeningen in het patiëntendossier. Bepaalde gedragingen werden gezien als verschijnselen van dementia praecox, zoals hierboven beschreven. Uit tabel 1 blijkt dat de verschijnselen die in Maasoord werden beschreven, in Medemblik werden omgezet in een van de vormen van krankzinnigheid van Kraepelin. Naast observatie als kennistechniek lijkt de correspondentie met Maasoord dus ook een belangrijke kennistechniek te zijn geweest, om tot een diagnose te komen.

Er is in het gesticht in Medemblik, in tegenstelling tot Maasoord, nooit een lichamelijk onderzoek uitgevoerd aan de hand van het standaardformulier. Hoewel Kraepelin een reeks lichamelijke afwijkingen noemt die op dementia praecox kunnen duiden, wordt er door de Geneesheer-Directeur van Medemblik geen lichamelijk onderzoek gedaan. Dit zou te maken kunnen hebben met gender, omdat vijftien van de zestien patiënten mannen waren en juist bij vrouwen de oorzaak van de krankzinnigheid eerder in het lichaam zou worden gezocht. Wel werd er bij zes patiënten urineonderzoek uitgevoerd op dezelfde manier als in Maasoord. De urine werd door een externe partij onderzocht en de resultaten werden teruggestuurd naar Medemblik. De uitslag van het urineonderzoek lijkt geen enkel verband te houden met de uiteindelijke diagnose.¹¹⁶

Interessant zijn wel de psychologische onderzoeken die in Medemblik plaatsvonden. Voor de Nederlandse patiënten bestond er een standaardformulier voor psychologisch onderzoek. Dit standaardformulier met Nederlandse vragen werd ook gebruikt voor psychologisch onderzoek bij

¹¹⁵ Richard Noll, *American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox* (Harvard 2011) 92-94.

¹¹⁶ NHA, 88 Rijksskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4100; inv. nr. 440, dossier nr. 4101; inv. nr. 441, dossier nr. 4130; inv. nr. 447, dossier nr. 4298; inv. nr. 452, dossier nr. 4430; inv. nr. 453, dossier nr. 4439.

zeven Oost-Europese patiënten. Bij drie personen bleek de patiënt niet te reageren of de taal helemaal niet te spreken. Op het formulier voor psychologisch onderzoek werden de volgende aantekeningen gemaakt: ‘Patiënt lacht onnoozel, antwoordt niet’; ‘Patiënt staat bij het binnenkomen onbeweeglijk met voorovergebogen hoofd. Antwoordt niet op toespraak. Glimlacht nu en dan. Trage gang’; ‘Het is niet mogelijk met haar te converseeren. Naar ’t schijnt spreekt zij alleen Poolsch.’¹¹⁷ De overige vier patiënten verstonden de Nederlandse vragen en antwoordden meestal in het Duits. Op de eerste pagina stonden vragen om de oriëntatie in tijd en plaats en het ziekte-inzicht van de patiënt te bepalen. Er werden dan vragen gesteld als ‘Hoe heet gij?’, ‘Welk jaar hebben wij?’, ‘In welke stad zijt gij hier?’, ‘Waar waart gij voor 8 dagen?’ en ‘Zijt gij ziek?’. Een opvallende karakteristiek van personen lijdend aan *dementia praecox* was volgens Kraepelin dat deze personen goed in tijd en plaats georiënteerd waren.¹¹⁸ De drie personen waarbij psychologisch onderzoek werd uitgevoerd en die de diagnose *dementia praecox* kregen, waren allemaal juist niet in tijd en plaats georiënteerd. Leon Salomon dacht dat het 1910 was, terwijl het onderzoek in 1912 plaatsvond. Hij wist niet waar hij was.¹¹⁹ Aaron Teitelboim wist ook niet waar hij was en noemde een verkeerd jaar. Op de vraag ‘Wie ben ik?’ antwoordde hij ‘Weis ich nicht.’¹²⁰ Sender Weisman wist helemaal niet wie hij was, waar hij was of welke datum het was.¹²¹ Wel gaven ze alledrie aan niet ziek te zijn. Of het toeval is dat deze drie personen Joods waren, is niet te zeggen. De Hongaar Luca Takacs wist precies waar hij was en welke datum het was. Het psychologisch onderzoek was er bij hem meer op gericht zijn waandenkbeelden te achterhalen. Hij kreeg de diagnose *paranoia*, *vervolgingswaan*.¹²² De overige vragen, gemaakt om de schoolkennis van patiënten vast te stellen, konden niet worden ingevuld. Het had natuurlijk weinig zin om aan een Oost-Europese patiënt te vragen, wie Willem van Oranje was.

Zoals al bleek uit de opmerkingen bij het psychologisch onderzoek, was er regelmatig sprake van een taalbarrière. Met vier van de zestien patiënten kon geen contact worden gemaakt omdat zij mutistisch of negativistisch gedrag vertoonden. Van de twaalf patiënten met wie wel contact mogelijk was, bijvoorbeeld omdat zij reageerden op toespraak of gebarentaal, kon de arts er slechts zeven verstaan. In de dagelijkse aantekeningen zijn daarom opmerkingen te vinden als: ‘Pat. praatte veel, iets wat wij natuurlijk niet konden verstaan’ en ‘Wanneer hem gevraagd werd of hij Hollandsch verstond schudde hij “neen”.’¹²³ Drie keer werd de levensgeschiedenis – in de woorden van Berg en Harterink het historiseren van de patiënt – achterhaald door een gesprek tussen de Geneesheer-Directeur en de patiënt. In al deze gevallen kon de patiënt zich redelijk verstaanbaar maken en werd er geen gebruik

¹¹⁷ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 447, dossier nr. 4294; inv. nr. 453, dossier nr. 4439; inv. nr. 440, dossier nr. 4100.

¹¹⁸ Blom, *Deconstructing Schizophrenia*, 57.

¹¹⁹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 449, dossier nr. 4331.

¹²⁰ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4101.

¹²¹ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 445, dossier nr. 4234.

¹²² NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 447, dossier nr. 4298.

¹²³ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4100; inv. nr. 447, dossier nr. 4294.

gemaakt van de diensten van een tolk.¹²⁴ Twee keer schreef de patiënt zelf een verhaal over zijn eigen voorgeschiedenis in de taal die hij machtig was. In een geval had de patiënt, Luca Takacs, een jaar later een gesprek met de Geneesheer-Directeur. Het eigen verhaal van de patiënt lijkt te zijn gebruikt om te beoordelen of de waandenkbeelden van de patiënt waren toegenomen.¹²⁵

Zeven keer was er contact tussen de Geneesheer-Directeur en de familie van de patiënt. In al deze gevallen lijkt de familie het initiatief te hebben genomen om te schrijven.¹²⁶ Via de Holland-Amerika Lijn, de Amerikaanse Immigratiedienst of het consulaat in Nederland hadden zij vernomen dat hun familielid in het Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik was gekomen. De familie van Leon Salomon maakte zich erg ongerust over het lot van hun naaste. Zijn vrouw voegde aan de brief toe: ‘An early reply would save me a lot of worry of my husband.’¹²⁷ De Geneesheer-Directeur van Medemblik lijkt deze correspondentie niet te hebben gebruikt om meer informatie te krijgen over de levens- en ziektegeschiedenis van de patiënt, waardoor deze correspondentie niet tot kennistechniek om tot de diagnose te komen kan worden gerekend.

In Medemblik draaide de categorisering, beschreven in de vormen van krankzinnigheid van Kraepelin, om het beargumenteren van de noodzaak van verdere verpleging. Door middel van observatie en op basis van de aantekeningen van Maasoord werd vastgesteld of de patiënt onder een van de vormen van krankzinnigheid viel. De diagnose *dementia praecox* werd opvallend vaak gegeven, terwijl bepaalde kennistechnieken zoals het psychologisch onderzoek deze diagnose in enkele gevallen lijkt tegen te spreken. Ook is het opvallend dat bepaalde kennistechnieken, die onderdeel lijken te zijn geweest van een routine voor Nederlandse patiënten, niet zijn ingezet om krankzinnigheid bij de Oost-Europese patiënten te beargumenteren. Het standaard lichamelijk onderzoek werd bijvoorbeeld nooit uitgevoerd, wat kan zijn beïnvloed door gender. De etniciteit van de patiënt speelde opnieuw een rol in de categorisering door de taalbarrière. Opvallend is dat er nooit gebruik is gemaakt van een tolk om met een patiënt te kunnen spreken.

Grave en de categorie krankzinnigheid

In Grave kon de categorie krankzinnigheid niet worden afgelezen aan het voorblad, zoals in Medemblik. In bijna alle gevallen ontbrak de beschrijving van de vorm der krankzinnigheid op het voorblad. Vlak na aankomst in Grave stuurde de Geneesheer-Directeur echter een bericht naar het Ministerie van Binnenlandse zaken over de toestand van de patiënt en over diens geschiktheid om te

¹²⁴ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 445, dossier nr. 4234; inv. nr. 447, dossier nr. 4298; inv. nr. 452, dossier nr. 4430.

¹²⁵ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 447, dossier nr. 4298.

¹²⁶ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 440, dossier nr. 4101; inv. nr. 441, dossier nr. 4130; inv. nr. 442, dossier nr. 4144; inv. nr. 445, dossier nr. 4223; inv. nr. 447, dossier nr. 4294; inv. nr. 449, dossier nr. 4331; inv. nr. 454, dossier nr. 4488.

¹²⁷ NHA, 88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik, inv. nr. 449, dossier nr. 4331.

reizen.¹²⁸ Deze geneeskundige verklaring werd verzonden op verzoek van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Eenmaal zat de originele brief van het Ministerie van Binnenlandse Zaken nog in het dossier:

‘Uit het krankzinnigengesticht te Poortugaal [Maasoord] zal naar het door U beheerde gesticht worden gebracht de krankzinnige (...). De verpleging kan voor rekening van mijn departement geschieden. Gaarne zal ik met den dag der opneming in kennis worden gesteld.

Tevens verwacht ik eene geneeskundige verklaring omtrent patiëntes toestand en den aard harer ziekte en vermeldende, of zij zonder gevaar voor eigen of anderen gezondheid naar Rusland kan worden overgebracht.’¹²⁹

Slechts in drie gevallen ontbrak deze geneeskundige verklaring in het dossier, maar in de dagelijkse aantekeningen kon de diagnose wel worden teruggevonden. Omdat de geneeskundige verklaring enkele dagen na aankomst werd opgesteld, werd de informatie van Maasoord gebruikt om deze verklaring op te stellen. Stefania Majewska kreeg in Maasoord de volgende verklaring mee:

‘Deze exotise pat. i.l.a.kzh. [is lijdend aan krankzinnigheid] gekenmerkt door algemeene remming en op algemeen motorisch en sprakelijk gebied, spreekt niet spontaan, noch reactief. Met het oog op het suïcidegevaar – heeft een paar maal getracht zich te verdrinken – is verdere verpleging in het gesticht noodzakelijk.’¹³⁰

De geneeskundige verklaring, opgemaakt in Grave drie dagen na haar aankomst aldaar, luidde:

‘Ondergetekende, waarnemend geneesheer te Grave, verklaart dat (...) geboren 1889 te Zimorin, Govern. Ploek, Rusland, lijdt aan krankzinnigheid met de volgende verschijnselen: algemeene remming op motorisch en sprakelijk gebied, niets spreken, noch spontaan noch reactief, totaal gemis aan belangstelling in de omgeving, neiging tot suïcide. Zij kan zonder gevaar voor eigen of anderer gezondheid naar Rusland worden overgebracht.’¹³¹

De beschrijving van Maasoord lijkt dus de leidraad te zijn geweest voor de Geneesheer-Directeur van Grave, in combinatie met de observatie die in de eerste paar dagen in het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave plaatsvond, om te bepalen of de verschijnselen overeenkwamen met de beschrijving. Bij twaalf patiëntes werden de verschijnselen vertaald naar een vorm van

¹²⁸ Deze verklaring en correspondentie met BiZa was niet aanwezig in de dossiers van Medemblik. Het is dus onbekend of zo’n zelfde geneeskundige verklaring daar ook werd opgesteld.

¹²⁹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 425.

¹³⁰ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 424.

¹³¹ Ibidem.

krankzinnigheid, waaronder dementia praecox, een psychose, dementie en manie, zoals blijkt uit tabel 2. Opnieuw word de diagnose dementia praecox bij overwegend jonge patiënten gegeven, meestal rond de 20 jaar oud. Dit lijkt overeen te komen met de definitie van Kraepelin, maar er wordt in de dossiers van Grave in tegenstelling tot de dossiers van Medemblik niet direct naar Kraepelin verwezen.

Het uiteindelijke doel van de categorisering was het vaststellen of de patiënt krankzinnig was en of de patiënt kon worden overgebracht naar het vaderland. Op een na werden alle patiënten in staat geacht zonder gevaar voor zichzelf of hun omgeving te kunnen reizen. Leba Pollack zou mogelijk wel een gevaar vormen, maar ondanks dat werd zij toch overgebracht naar haar vaderland:

‘Patiënte is dement, gedraagt zich meermalen zeer onordelijk, baldadig, ongemanierd – urineert soms op de grond of in een wasbak, scheurt, plaats en slaat anderen – en is door dat alles zeer storend voor hare omgeving. Haar ontslag zou derhalve niet zonder gevaar door stoornis van de openbare orde kunnen geschieden. Het voornemen bestaat haar op 26 juli a.s. naar haar vaderland terug te sturen.’¹³²

Het blijft dus de vraag in hoeverre het gevaar dat de patiënt zou kunnen vormen op de reis, haar overbrenging daadwerkelijk belemmerde. Op het moment dat alle zaken waren geregeld, zoals de toestemming om door bepaalde landen te mogen reizen, de meereizende verplegers hun reisdocumenten hadden ontvangen en de overdracht was afgesproken, lijkt men het mogelijke ‘gevaar’ van de patiënt in zekere zin te hebben genegeerd.

Vijf patiënten zijn tijdens hun verblijf in het Rijkskrankzinnigengesticht te Grave hersteld van hun krankzinnigheid. In al deze gevallen hadden de vrouwen een verschijnselen van een tijdelijke vorm van krankzinnigheid, namelijk manie, een psychose en het vertonen van zeer druk gedrag. Deze patiënten werden in de correspondentie ook niet langer als ‘de krankzinnige’ omschreven, maar als ‘de verpleegde’.¹³³ De positieve eigenschappen die zij krijgen toegedeeld in de dagelijkse rapporten zijn onder andere ‘steeds ordelijk en rustig, stil, - ’n lief meisje’ en ‘Zij is rustig, eet en slaapt goed, ze is georiënteerd in tijd en plaats en toont deelname voor haar omgeving’.¹³⁴ Bij twee van de vijf vrouwen vond de Geneesheer-Directeur het geen prettig idee dat zij alleen zouden reizen, en bij een van hen vermeldde hij in de geneeskundige verklaring: ‘Nog mogt ik opmerken, dat het mij niet gewenscht voorkomt, dat dit 19-jarige ietwat schuchter meisje zonder hulp en onbeschermd de grote reis naar haar geboorteplaats zou doen’.¹³⁵ Bij beide vrouwen lijkt hun jonge leeftijd een sterke rol te spelen in de bezorgdheid van de Geneesheer-Directeur. Hij lijkt een soort bezorgde vader te zijn, waardoor er in

¹³² BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 384.

¹³³ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 377, 444, 450, 474 en 500.

¹³⁴ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 450 en 500.

¹³⁵ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 377.

zekere zin een vader-dochter relatie ontstaat. Dit lijkt op de bevinding van Louise Hide, die een moeder-kind relatie waarnam in haar onderzoek.

De kennistechnieken in Grave

Net als in Medemblik vormde de beschrijving van Maasoord, die met de patiënt werd meegestuurd, een eerste belangrijke kennistechniek voor de Geneesheer-Directeur van Grave. Op basis van deze beschrijving lijkt de geneeskundige verklaring, die na enkele dagen werd verzonden, te zijn opgesteld. Deze informatie werd aangevuld met verschijnselen van krankzinnigheid die de Geneesheer-Directeur door observatie waarnam. Deze observatie heeft zijn neerslag in de dagelijkse aantekeningen in de patiëntendossiers.

In het gesticht in Medemblik vonden er geen lichamelijke onderzoeken plaats, maar wel psychologische onderzoeken. In het gesticht in Grave was dit precies andersom: nooit vond er een gestandaardiseerd psychologisch onderzoek plaats, maar bij vier patiënten werd wel een gestandaardiseerd lichamenlijk onderzoek uitgevoerd. Het formulier van het lichamenlijk onderzoek besloeg naast algemene gegevens als gewicht en ademhaling de aspecten skelet, huid, inwendige organen, neurologisch onderzoek, sensibiliteit en reflexen.¹³⁶ Het verschil kan te wijten zijn aan het feit dat in Grave alleen vrouwen werden verpleegd. De invloed van gender op de kennistechniek van het lichamenlijk onderzoek kan dus in alle drie de gestichten terug worden gevonden. Drie van de vier vrouwen kregen de diagnose *dementia praecox*. Volgens Kraepelin konden bepaalde lichamenlijke afwijkingen duiden op *dementia praecox*, onder andere vergrootte pupillen, verhoogde peesreflexen, stuipen, rusteloosheid van het oog, blauwzucht, zwellingen, verhoogde transpiratie, verhoogde speekselafscheiding, een lage lichaamstemperatuur en onregelmatige of afwezige menstruatie. Wiktoria Michalska had volgens het lichamenlijk onderzoek veel speeksel in de mond en een zeer verhoogd kniepeesreflex. Het is mogelijk dat het lichamenlijk onderzoek in haar geval de diagnose bevestigde. Op 27 juni 1912 schreef de Geneesheer-Directeur in de geneeskundige verklaring dat het vermoedelijk ging om *dementia praecox*; het lichamenlijk onderzoek van 1 juli 1912 wees ook op de aanwezigheid van *dementia praecox*.¹³⁷ Het lichamenlijk onderzoek en de diagnose lijken er dus toch indirect op te wijzen dat de Geneesheer-Directeur van Grave zich ook (deels) baseerde op Kraepelin. Ewa Kowalska leed aan epilepsie. Haar toevallen werden bijgehouden in speciale toevallenboekjes en genoteerd op standaardformulieren voor de beschrijving van de toevallen.¹³⁸

Bij veertien patiënten bevond zich een temperatuurgrafiek in het patiëntendossier. Dit lijkt een routine te zijn geweest, omdat dit bij bijna alle patiënten de eerste paar dagen na aankomst in Grave werd opgenomen. Op hetzelfde formulier kon ook informatie over de ontlasting en de urine van de patiënt worden bijgehouden, net als de medicijnen die de patiënt had gekregen. Slechts eenmaal werd

¹³⁶ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 360, 377, 417 en 424.

¹³⁷ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 417.

¹³⁸ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 367.

er verwezen naar de menstruatie van een patiënte. Haar menstrueren werd verbonden aan maagklachten en haar slechtere humeur.¹³⁹ Deze kennistechnieken lijken niet te hebben geleid tot een bepaalde categorie van krankzinnigheid. Over het algemeen lijkt het te gaan om aantekeningen over de fysieke gezondheid van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer de patiënt koortsig was.

Ook in Grave was er sprake van een taalbarrière, wat wijst op een zekere invloed van etniciteit op de uiteindelijke categorisering. Van de 24 patiënten kon er met vier geen contact worden gemaakt, hoewel dit door de verpleging wel werd geprobeerd. In de patiëntendossiers werd dan bijvoorbeeld genoteerd: ‘Een gesprek met haar is niet mogelijk. Pat kan zich in geen andere taal uitdrukken dan in haar moedertaal.’¹⁴⁰ Van de overige twintig patiënten konden slechts zeven zich verstaanbaar maken. Het werd de patiënt kwalijk genomen wanneer zij geen moeite deed om zich verstaanbaar te maken: ‘ofschoon ze wat Duits spreekt, geen moeite zich verstaanbaar te maken.’¹⁴¹ Eenmaal werd een Joodse leraar ingezet om de brieven van de patiënt te kunnen lezen: ‘Zij schrijft brieven in Hebreeuwsch schrift, die volgens den Joodschen leraar verward zijn, onzin.’¹⁴² Dit leidde er toe dat de diagnose *dementia praecox* verder werd onderbouwd. Vier van de vijf patiënten die zijn hersteld, konden zich verstaanbaar maken. Wellicht dat het zich verstaanbaar kunnen maken, in combinatie met de tijdelijke aard van hun krankzinnigheid, ertoe heeft geleid dat zij wel hersteld werden bevonden. Bij zeven patiënten vond er een gesprek plaats om de levensgeschiedenis van de patiënt vast te stellen, waarvan vijf keer met behulp van een tolk. Twee keer lukte het om met de tolk meer informatie te krijgen over de waandenkbeelden van een patiënt.¹⁴³ Bij drie patiënten lukte het niet om contact te krijgen met behulp van de tolk.¹⁴⁴

De Geneesheer-Directeur van Grave zocht, in tegenstelling tot de Geneesheer-Directeur van Medemblik, wel zelf contact met familieleden van tien patiënten om hen om inlichtingen over de patiënt te vragen. Zo wilde hij graag weten of de patiënt vroeger al krankzinnig was geweest en of krankzinnigheid in de familie voorkwam. Hierdoor kon erfelijkheid als oorzaak van krankzinnigheid worden vastgesteld of uitgesloten. Uit de correspondentie kwam ook nog een andere vorm van etniciteit naar voren. Toen de Eerste Wereldoorlog uitbrak, konden Oost-Europese patiënten niet langer worden teruggestuurd naar hun vaderland. In de brieven werd dit medegedeeld aan de familie. De enige keer dat etniciteit werd gelinkt aan het gedrag van de patiënt, was toen de Joodse Helena Weisman een medepatiënte sloeg omdat zij op sabbath werkte.¹⁴⁵

In Grave werd de categorie krankzinnigheid verbonden aan de geneeskundige verklaring waaruit moest blijken of de patiënt krankzinnig was en of de patiënt kon worden teruggebracht naar het vaderland. Opnieuw vormden observatie en de aantekeningen van Maasoord de belangrijkste

¹³⁹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 500.

¹⁴⁰ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 367.

¹⁴¹ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 370.

¹⁴² BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 403.

¹⁴³ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 469 en 500.

¹⁴⁴ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nrs. 448, 502 en 503.

¹⁴⁵ BHIC, 155 RPI in Grave, 1896 – 1973, Patiëntendossiers periode 1896 – 1973, inv. nr. 448.

kennistechnieken. Daarnaast maakte de Geneesheer-Directeur gebruik van correspondentie met familie, het houden van interviews (met behulp van een tolk) en lichamelijke onderzoeken. De invloed van gender in de gebruikte kennistechnieken is terug te zien in het lichamelijk onderzoek, terwijl de invloed van etniciteit opnieuw vooral naar voren komt door de taalbarrière.

6. Conclusie

In dit onderzoek stond de vraag centraal, hoe kennistechnieken in zowel de Verenigde Staten als in de Nederlandse gestichten in Rotterdam, Grave en Medemblik tot de categorie krankzinnigheid leidden bij Oost-Europese landverhuizers die tussen 1909 en 1913 met de Holland-Amerika Lijn via Rotterdam naar New York vertrokken. Met de extra invalshoeken gender en etniciteit werden de gebruikte kennistechnieken en de categorisering kritisch bekeken.

Het doel van de categorisering verschilde sterk. In de Verenigde Staten had de categorisering als doel personen uit te kunnen wijzen die mogelijk een last zouden kunnen vormen in de samenleving. Gender en etniciteit beïnvloedden de kansen om krankzinnig te worden verklaard. In Nederland waren er verschillende doeleinden van de categorisering terug te vinden. In Maasoord werd krankzinnigheid verbonden aan de noodzaak van verdere verpleging, maar beschreven in termen van verschijnselen van krankzinnigheid. In Medemblik was het doel hetzelfde als in Maasoord, maar werd krankzinnigheid beschreven in de terminologie van Kraepelin. In Grave werd de categorie krankzinnigheid, soms beschreven aan de hand van verschijnselen, dan weer in de terminologie van Kraepelin, verbonden aan een geneeskundige verklaring. Hieruit moest blijken of de patiënt krankzinnig was en of de patiënt kon worden teruggebracht naar het vaderland. Opvallend is dat ondanks de verschillende doelen van de categorisering, de kennistechniek observatie in zowel de Verenigde Staten als in de Nederlandse gestichten zeer belangrijk was. De intuïtie van de arts was doorslaggevend. De andere kennistechnieken lijken te zijn toegepast om deze intuïtie te bevestigen.

De invloed van etniciteit op het gebruik van kennistechnieken was vooral zichtbaar door de taalbarrière. Hoewel op Ellis Island de taalbarrière een stimulans vormde om de kennistechnieken aan te passen, was hiervan in de Nederlandse gestichten geen sprake. Er bestond een routine van kennistechnieken voor de Nederlandse patiënten en deze werd toegepast op de Oost-Europese patiënten. Wanneer deze routine door de taalbarrière werd belemmerd, lijkt deze kennistechniek te zijn losgelaten. Slechts in enkele gevallen werd de hulp van een tolk ingeroepen. Dit zou te maken kunnen hebben met het tijdelijke karakter van de opname van deze patiënten in de Nederlandse gestichten. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de invloed van etniciteit op de gebruikte kennistechnieken nog in andere vormen, bijvoorbeeld zoals op Ellis Island, voorkwam. De onderzoeksgroep van dit onderzoek was te klein om daar gegronde uitspraken over te kunnen doen, en bovendien lijkt etniciteit op andere manieren dan als de taalbarrière vrijwel afwezig. Gender lijkt in Nederland niet zozeer een invloed te hebben gehad op de uiteindelijke diagnose, in de zin dat bepaalde diagnoses enkel aan mannen of vrouwen werden gegeven. Wel lijkt gender een invloed te hebben gehad op het gebruik van de kennistechniek van het lichamelijk onderzoek en lijkt gender voor een zekere ‘vader-dochter’ relatie te hebben gezorgd tussen de Geneesheer-Directeur en de herstelde patiënt.

Of de migranten nu al op de heenweg naar de Verenigde Staten krankzinnig waren of pas in de Verenigde Staten ziek werden, de categorisering aldaar had verstrekkende gevolgen voor hun verdere leven. Iedereen was welkom in Amerika, tenzij de migrant een mogelijke last zou vormen voor de Amerikaanse samenleving. Op dat moment maakte het niet uit waar de migrant terecht kwam, zolang hij de Verenigde Staten maar had verlaten. Aangekomen in Nederland konden deze migranten niet naar huis, maar kwamen ze in een gesticht terecht. Daar werden ze, ondanks de taalbarrière, opnieuw gediagnosticeerd. Ondanks het tijdelijke karakter van de opname van Oost-Europese migranten in Nederlandse gestichten, was de categorisering zeker niet tijdelijk. Dit keer had deze categorie niet enkel het doel om mensen uit te wijzen, maar duidde de categorie ook op de noodzaak van verdere verpleging. Deze verpleging kon plaatsvinden in Nederland, maar liever in het vaderland van de patiënt. Mede daarom had de categorisering ook als doel, aan te geven of de patiënt in staat was om te reizen. In de Verenigde Staten was die vraag niet aan de orde, zoals blijkt uit de verhalen over het gedrag van sommige patiënten aan boord van de schepen van de Holland-Amerika Lijn.

Concluderend kan worden gesteld dat de categorie krankzinnigheid in zowel de Verenigde Staten als in de Nederlandse gestichten niet los kan worden gezien van de kennistechnieken die hieraan vooraf gaan. De kennistechnieken lijken door routine van tevoren bepaald. Door de taalbarrière konden kennistechnieken echter veranderen of juist niet worden ingezet. De gebruikte kennistechnieken, onderdeel van de matrix van Hacking, leidden dus tot de categorie krankzinnigheid, maar stonden niet vast.

Overzicht van geraadpleegde werken

Lijst van archivalia

Medisch Archief Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Antes)

Patiëntendossiers nrs. 1090 en 1092

Brabants Historisch Informatie Centrum

155 Rijks Psychiatrische Inrichting in Grave, 1896 – 1973

Patiëntendossiers periode 1896 – 1973

Inv. nrs. 360, 367, 370, 377, 384, 403, 406, 417, 424, 433, 434, 444, 448, 450, 451, 469, 470, 471, 474, 482, 483, 500, 502 en 503.

Noord Hollands Archief

88 Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik

Patiëntendossiers, numeriek geordend, 1884-1923

Inv. nr. 440, dossier nrs. 4100 en 4101

Inv. nr. 441, dossier nr. 4130

Inv. nr. 442, dossier nr. 4144

Inv. nr. 444, dossier nr. 4207

Inv. nr. 445, dossier nrs. 4223 en 4234

Inv. nr. 447, dossier nrs. 4288, 4294 en 4298

Inv. nr. 448, dossier nr. 4324

Inv. nr. 449, dossier nrs. 4331 en 4337

Inv. nr. 452, dossier nr. 4430

Inv. nr. 453, dossier nr. 4439

Inv. nr. 454, dossier nr. 4488

Websites

The Statue of Liberty – Ellis Island Foundation <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>

‘List or Manifest of Alien Passengers for the United States Immigration Officer at Port of Arrival’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>

‘Record of Aliens Held for Special Inquiry’, <http://www.libertyellisfoundation.org/passenger>

Jewish Gen

‘Manifest Markings – Board of Special Inquiry’,
<http://www.jewishgen.org/infofiles/manifests/bsi/>

Literatuurlijst

- Appignanesi, Lisa, *Mad, Bad and Sad. A History of Women and the Mind Doctors From 1800 to the Present* (London 2008).
- Baynton, Douglas C., 'Defectives in the Land: Disability and American Immigration Policy, 1882-1924', *Journal of American Ethnic History* 24 (2005) 31-44.
- Belzen J.A. en J. Vijselaar, 'The historiography of Dutch psychiatry and mental health care', *History of Psychiatry* 2 (1991) 281-288.
- Berg, Marc en Paul Harterink, 'Embodying the Patient: Records and bodies in Early 20th-century US Medical Practice', *Body & Society* 10 (2004) 13-41.
- Birn, Anne-Emanuelle, 'Six Seconds Per Eyelid: The Medical Inspection of Immigrants at Ellis Island, 1892-1914', *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 17 (1997) 281-306.
- Blok, Gemma, ed., *Gender en Gekte. Jaarboek voor Vrouwengeschiedenis* 30 (Amsterdam 2010).
- Blok, Gemma 'Maasoord tussen Ellis Island en Dombrowa. 'Krankzinnige landverhuizers' in Rotterdam' in: Catharina Th. Bakker, Gemma Blok en Joost Vijselaar, *Delta. Negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 31-66.
- Blom, Jan Dirk, *Deconstructing Schizophrenia* (Amsterdam 2004).
- Calavita, Kitty, *U.S. Immigration Law and the Control of Labor: 1820-1924* (Orlando 1984).
- Daniels, Roger, *Coming to America. A History of Immigration and Ethnicity in American Life* (New York 1991).
- Foucault, Michel, *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*, vert. C. P. Heering-Moorman (Meppel 1975).
- Fox, Richard W., 'The Intolerable Deviance of the Insane: Civil Commitment in San Francisco, 1906-1929', *The American Journal of Legal History* 20 (1976) 136-154.
- Gijswijt-Hofstra, Marijke en Harry Oosterhuis, 'Psychiatrische geschiedenissen', *BMGN* 116 (2001) 162-197.
- Goffman, Erving, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Penguin Books 1986).
- Hess, Volker en J. Andrew Mendelsohn, 'Case and Series: Medical Knowledge and Paper Technology, 1600-1900', *History of Science* 48 (2010) 287-314.
- Hide, Louise, *Gender and Class in English Asylums, 1890-1914* (Basingstoke 2014).
- Kanstroom, Daniel, *Deportation Nation. Outsiders in American History* (Cambridge 2007).
- Knox, Howard A., 'A Scale Based on the Work at Ellis Island for Estimating Mental Defect', *The Journal of the American Medical Association* (7 maart 1914) 741-747.
- Kraepelin, Emil, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (6^e druk: Leipzig 1899).
- Kraut, Alan M., 'Bodies from abroad: Immigration, Health and Disease' in: Reed Ueda ed., *A Companion to American Immigration* (Oxford 2006) 106-131.

- Mak, Geertje, 'Doubting Sex from Within: A Praxiographic Approach to a Late Nineteenth-Century Case of Hermaphroditism', *Gender & History* 18 (2006) 332-356.
- Mullan, E.H., 'Mental Examination of Immigrants: Administration and Line Inspection at Ellis Island', *Public Health Reports (1896-1970)* 32 (1917) 733-746.
- Noll, Richard, *American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox* (Harvard 2011).
- Panunzio, Constantine M., *The Deportation Cases of 1919-1920* (New York 1921).
- Pintner Rudolf en Donald G. Paterson, *A Scale of Performance Tests* (New York 1917).
- Richardson, John T. E., 'Howard Andrew Knox and the Origins of Performance Testing on Ellis Island, 1912-1916', *History of Psychology* 6 (2003) 143-170.
- Sarna, Jonathan D., 'The Myth of No Return: Jewish Return Migration to Eastern Europe, 1881-1914' in: Jeffrey S. Gurock, *East European Jews in America, 1880-1920: Immigration and Adaption*. *American Jewish History* 3 (New York 1998) 169-181.
- Sinke, Suzanne M., 'Gender and Immigration' in: Reed Ueda ed., *A Companion to American Immigration* (Oxford 2006) 289-308.
- Szasz, Thomas S., *Geestesziekte als mythe*, vert. Maurits Mok (Rotterdam 1972).
- Vijsselaar, Joost, *Het gesticht. Enkele reis of retour* (Amsterdam 2010).
- Whitley, Rob, 'The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?', *Psychiatric Services* 63 (2012) 1039-1041.
- Wright, David, 'Delusions of Gender?: Lay Identification and Medical Classification of Insanity in Victorian England' in: J. Andrews en A. Digby ed., *Sex and Seclusion, Class and Custody: New Perspectives on the History of Psychiatry in Britain and Ireland* (Amsterdam 2004) 149-176.
- Wright, David, 'Getting out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century', *Social History of Medicine* 10 (1997) 137-155.
- Yew, Elisabeth, 'Medical Inspection of Immigrants at Ellis Island, 1891-1924', *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 56 (1980) 488-510.
- Zevenbergen, Cees, *Toen zij uit Rotterdam vertrokken. Emigratie via Rotterdam door de eeuwen heen* (Zwolle 1990).

Bijlage 1: Een overzicht van de diagnoses

Tabel 1. De diagnoses van het gesticht in Maasoord en Rijkskrankzinnigengesticht te Medemblik.

Nummer	Maasoord krankzinnigheid met de verschijnselen:	Medemblik
4100	B Ontstemdheid, bewegingsdrang, logorrhoe, euphorisch, agressief, epilepsie	M: Epileptische schemertoestanden
4101	B Motorische onrust, verwardheid, vroolijke stemming, onzindelijk	Dementia praecox, katatone erregung
4130	A Akinetisch, mutistisch, onzindelijk	Katatonie
4144	A Katatone stuportoeestand, akinetisch, mutistisch, negativistisch	Dem. Praecox katat. vorm
4207	A Negativisme, voedselweigerig	Traag, spreekt niet (is er ook maar 1 maand geweest)
4223	A Negativistisch	Dementia praecox katatone erregung
4234	A Gedeprimeerd, angstig, voedselweigerig	Dementia praecox hebephr. Vorm
4288	A Spreekt niet, hevige pijn	Dementia praecox hebephrenie
4294	A Zware stupor, spreekt niet, lacht bij aanspraak stupide	Dementia praecox, hebephr. Vorm
4298	Waansysteem, hallucinaties	Paranoia, vervolgingswaan
4324	B Incohaventie, perseveratie, bewegingsdrang, euphorische stemming, luidruchtigheid, wellicht hallucinaties	Man. Depr. Psych. Man. periode
4331	A Katatone verschijnselen: grimassen, negativisme, stereotypen	Dem. Praecox hebephr. Vorm
4337	A Stuursch, prikkelbaar, hallucineert waarschijnlijk	Dem. Praecox, katatone vorm – later hallucinaties
4430	Kinderlijk en oordeelszwak, vluchtpogingen	Dementia praecox
4439	Praat in zichzelf, hallucineert	Dementia praecox hebephrenie
4488	B Bewegingsdrang, spraakdrang, kinderachtig, nieuwsgierig, ongedurig, slordig, verzamelaar	Dementia praecox hebephrenie

Tabel 2. De diagnoses van het gesticht in Maasoord en Rijkskrankzinnigengesticht te Grave

Nummer	Maasoord krankzinnigheid met de verschijnselen:	Grave
360	A Spontaan en reactief mutisme, akinese, negativistisch	Dementia praecox katatone vorm
367	B Ontstemdheid, bewegingsdrang, logorrhoe, euphorisch, agressief, epilepsie	Epileptische schemertoestanden
370	B Agressief, affectlabiliteit, bewegingsstereotypen	Krankzinnigheid met de verschijnselen: affectlabiliteit en prikkelbaarheid, uiterlijk ongemotiveerd lachen, impulsiviteit, sterke erotische aanvechtingen, bewegingsstereotypen, spontaan en reactief mutisme
377	B Zeer druk, sprak veel, bewegingsdrang, echolalie en echopraxie	Hersteld van krankzinnigheid: rustig, georiënteerd, geeft passend antwoord, vriendelijk, belangstellend
384	A Indolentie, gebrek aan initiatief, demente indruk	Dement: onordelijk, baldadig, ongemanierd, storend
403	A Stuporeuze toestand, reageert niet, geen contact	Dementia praecox: Akinetisch, volkomen spontaan en reactief mutisme, negativisme, voedselweigerig
406	A Apathie, prikkelbaarheid, impulsief, geen contact	Dementie: ongemotiveerde stemmingswisselingen, stereotype bewegingen, agressief, voedselweigerig, gebrek aan belangstelling, verhoogde suggestibiliteit; spraakgebrek
417	A Initiatief en reactief mutisme, akinese	Vermoedelijk dementia praecox: apathie, spontaan mutisme, akinese
424	A Algemene remming op algemeen motorisch en sprakelijk gebied, spreekt niet spontaan, noch reactief, suïcidegevaar	Dementia praecox: algemene remming op motorisch en sprakelijk gebied, niets spreken, noch spontaan noch reactief, totaal gemis aan belangstelling in de omgeving, neiging tot suicide
433	A Initiatief en reactief mutisme, negativistisch, agressief	Psychose: initiatief en reactief mutisme, negativisme, katalepsie, akinese, agitatie en agressiviteit
434	A Initiatief en reactief mutisme, negativisme, houdings- en bewegingsstereotypen, agressief	Psychose: initiatief en reactief mutisme, negativisme, houding en bewegingsstereotypen, katalepsie
444	B – A Opgewonden manie, later depressie, remming op algemeen motorisch, sprakelijk en	Manie: bewegingsdrang, agressief Later hersteld

	intellectueel gebied, initiatief en reactief akinetisch, mutistisch, suïcidegevaar	
448	B Spraak en bewegingsdrang, afleidbaarheid, vernielzucht, impulsief optreden, gestoorde slaap	Krankzinnigheid met de verschijnselen: Spraak en bewegingsdrang, onvoldoende aandacht, verwardheid, euphorie met prikkelbaarheid
450	B Euphorie, affectlabiliteit, spraak en bewegingsdrang	Mania: euphorie, affectlabiliteit, spraak en bewegingsdrang. Later hersteld.
451	A Katatone stupor, beweegt niet, eet niet.	Katatone stupor: stupor, katalepsie, voedselweigerig; later licht motorische opgewektheid, neiging tot kinderachtige grappen, lachen zonder exogene grond
469	Prikkelbaarheid, vervolgingswaangedachten, angst en vermoedelijk hallucinaties	Krankzinnigheid met de verschijnselen: Vervolgingsdenkbeelden, hallucinaties, angst
470	A Gemis aan alle initiatief, spontaan en reactief mutisme en akinese, waangedachten, voedselweigerig, agressief optreden	Krankzinnigheid met de verschijnselen: Voedselweigerig, waandenkbeelden, verwardheid
471	A Spontaan en reactief mutisme, bewegings- en houdingsstereotypen	Psychose: reactief mutisme, volkomen gebrek aan initiatief, zonderlinge langzame bewegingen
474	A Spreekt geen woord	Krankzinnigheid met de verschijnselen: Negativisme, zich verbergen, mutisme, gebrek aan belangstelling en initiatief
482	A Mutisme, akinese	Dementia praecox: akinetische psychose, mutisme en licht negativisme, impulsief agressief
483	B Logorrhoe, bewegingsdrang, vernielzucht, veel lachen, zingen, grapjes maken, overmatige vroolijkheid, grote prikkelbaarheid, agressief optreden	Psychose: logorrhoe, echolalie, bewegingsdrang, effectlabiliteit, agressief optreden, schreeuwen, gillen, scheuren, slapeloosheid
500	Vervolgings- en groothedswaan, hallucinaties, druk, vernielt veel, agressief, tracht zich het leven te benemen	Sporen van psychose: rustig, slaapt goed, georiënteerd in tijd en plaats, toont deelname voor haar omgeving
502	Manische stupor	Stuporeuzen toestand, spreekt niet, beweegt zich spontaan zeer weinig.
503	B Stuporeuze buien, druk, beweeglijk, sprak snel en luid	Krankzinnigheid met de verschijnselen: Manisch depressief, onvoldoende ontwikkelde verstandelijke vermogens