

De eerste psychiatrische revolutie in Nederland: een revolutie die niemand wilde

door J. M. W. Binneveld en M. J. van Lieburg

Inleiding

In de eerste helft van de 19e eeuw vonden in Europa en de V.S. grote veranderingen plaats op het terrein van de krankzinnigenzorg. Deze veranderingen worden wel aangeduid als de eerste psychiatrische revolutie (Tourney, 1967, p. 100) en hadden vooral betrekking op een drietal terreinen.

Het eerste terrein is dat van de institutionele zorg. In deze periode kwam er een institutioneel kader tot stand dat zich expliciet richtte op de geestesgestoorde. Binnen de, in sterke mate, niet gedifferentieerde klassieke gestichten waarin allerlei sociaal marginale groepen waren opgesloten zoals bedelaars, dieven, prostituees en krankzinnigen, kwam een differentiatieproces op gang, wat ertoe leidde dat de geestesgestoorde voortaan in afzonderlijke inrichtingen werden ondergebracht. Idealiter ging dit gepaard met het toepassen binnen de nieuwe gestichten van andere, meer humane, behandelingsmethoden. De ketenen maakten plaats voor minder extreme dwangmiddelen. Het algemene comfort werd verhoogd en de zelfcontrole van de krankzinnige trachtte men op verschillende wijzen te stimuleren.

Dit proces ging gepaard met veranderingen op een ander terrein n.l. dat van de wetgeving. Om de therapeutische functies die men nu aan de inrichting ging toekennen tot hun recht te kunnen laten komen, werden snelle opname-procedures voor de acute gevallen wettelijk mogelijk gemaakt. Uit humanitaire overwegingen werden tevens overheidstoezicht op de inrichtingen alsmede wettelijke garanties tegen willekeurige opnames noodzakelijk geacht. Daarnaast bleef ook het oude uitgangspunt, dat de maatschappij beschermd dient te worden tegen de onberekenbare krankzinnige, in deze periode en lang daarna onverminderd van kracht. In de krankzinnigenwetten die overal in West-Europa rond 1840 werden

Schrijvers zijn resp. socioloog en medicus, beiden verbonden aan het Centrum voor Maatschappijgeschiedenis, Erasmus Universiteit Rotterdam. Voorts maken beide schrijvers deel uit van de werkgroep geschiedenis van de Ned. Ver. voor Psychiatrie.

afgekondigd, kunnen we deze verschillende elementen terugvinden.

Het derde terrein waarop zich veranderingen voltrokken was dat van het medisch denken over krankzinnigheid. We doelen hier op het, in institutioneel opzicht, tot ontwikkeling komen van de psychiatrie als zelfstandig onderdeel van de medische wetenschap. Hierbij kan gedacht worden aan het ontstaan van professionele verenigingen van psychiaters, de oprichting van psychiatrische vaktijdschriften en het tot uitdrukking komen van het onderwijs in de psychiatrie als een zelfstandig onderdeel van de studie aan de medische faculteit.

Voor ons land is deze revolutie onverbrekkelijk verbonden met de naam van J. L. C. Schroeder van der Kolk (1797-1862). Naast Schroeder van der Kolk wordt dan ook nog een hardwerkende ambtenaar van het armenwezen C. J. Feith (1803-1881) genoemd van wie dan op z'n best wordt aangenomen dat hij bijna net zo belangrijk is geweest bij de hervorming van de krankzinnigenzorg als Schroeder van der Kolk. Ook wij willen de grote verdienste die de Utrechtse regent-hoogleraar heeft gehad niet ontkennen. Indien we echter Schroeder van der Kolk als hervormer willen waarderen dan zullen we zijn activiteiten toch in een wat ruimere context moeten bezien dan over het algemeen in de literatuur over dit onderwerp wordt gedaan. In dit betoog hebben we een poging hiertoe ondernomen door de eerste psychiatrische revolutie in ons land naar vorm en inhoud te beschrijven en te analyseren.

De eerste paragraaf is gewijd aan een beschrijving van de inhoudelijke veranderingen die zich in de eerste helft van de vorige eeuw in de krankzinnigenzorg hebben voorgedaan waarbij we onderscheid zullen maken tussen de reeds genoemde drie componenten: wetgeving, institutionele zorg en psychiatrische wetenschap.

In de tweede paragraaf zal dan vervolgens aandacht worden besteed aan de wijze waarop deze veranderingen tot stand zijn gekomen en waarin de betekenis van Schroeder van der Kolk schuilt. Zowel in het eerste als in het laatste gedeelte van dit artikel zal worden gepoogd om de Nederlandse ontwikkelingen waar mogelijk te vergelijken met overeenkomstige ontwikkelingen in het buitenland.

De inhoud van de psychiatrische revolutie in Nederland

De eerste krankzinnigenwet van 1841. Nederland stond zoals reeds is opgemerkt met het afkondigen van deze wet niet alleen. Ook in verschillende andere landen werden in dezelfde periode soortgelijke wetten afgekondigd. De meest bekende voorbeelden zijn de Franse wet van 1838 en de Engelse van 1845. Indien we de Nederlandse wetgeving met die van Frankrijk en Engeland vergelijken dan valt op dat de Nederlandse wetgeving, vanuit medisch en sociaal-politiek oogpunt gezien, een sterk conservatieve inslag had. Waar ging het om in deze wet van 1841? Querido onderscheidde een viertal hoofdelementen:

- 1 De opnemingsprocedure en de wettelijke waarborgen tijdens verblijf en ontslag. Dit vormde de kern van de wet.
- 2 De voorziening in voldoende plaatsruimte. Hierbij werd aan de provincies een belangrijke plaats toegekend.
- 3 Het verhogen van het peil der verpleging, waarbij moet worden gedacht aan het instellen van het staatstoezicht op de inrichtingen en aan het in de wet gemaakte onderscheid tussen geneeskundige gestichten en bewaarplaatsen, waarbij de geneeskundige gestichten aan hogere eisen moesten voldoen.
- 4 De voorziening in het beheer van de goederen van de onder de wet vallende personen. Dit element kunnen we in het kader van dit betoog verder buiten beschouwing laten. (Querido, 1939, p. 82).

Het streven van de medici van rond 1840 was er op gericht om zonder al te veel formaliteiten, zeker zonder formaliteiten van justitiële aard, snelle opname in de inrichting mogelijk te maken. Hoe sneller de opname, hoe groter de kans op genezing, zo luidde de opvatting van de meest vooraanstaande psychiaters uit die tijd. In de Franse en Engelse wetgeving is dit principe ook tot op grote hoogte gerealiseerd. Schroeder van der Kolk wilde voor ons land eveneens een dergelijke regeling. In zijn 'Bedenkingen over de wetgeving nopens de krankzinnigen' beval hij de Franse wet als voorbeeld voor ons land aan. Toch heeft Schroeder van der Kolk, hoewel hij nauw bij de voorbereiding voor het wetsontwerp van de eerste krankzinnigenwet was betrokken, de wet niet in deze richting kunnen beïnvloeden. Het justitiële element is in de Nederlandse wet van de aanvang af bijzonder belangrijk geweest. De rol van de medicus in de gehele opname- en ontslagprocedure is, althans in formeel opzicht, tot het uiterste minimum beperkt.

De wet geeft ook geen concrete voorschriften met betrekking tot de doelmatige inrichting van de geneeskundige gestichten en de bewaarplaatsen. Schneevoogt merkt dan ook, in zijn scherpe kritiek op het wetsontwerp van 1840, terecht op dat de Nederlandse wet hier achter liep bij de Franse wet waar o.m. de inwonend geneesheer verplicht was gesteld. (Voorhelm Schneevoogt, 1841, p. 29).

Niet alleen vanuit medisch oogpunt maar ook vanuit sociaal-politiek oogpunt gezien was de wet conservatief. Ook dit werd door Schneevoogt onderkend toen hij stelde dat er geen enkele garantie was dat de noodzakelijk geachte plaatsruimte inderdaad zou worden gecreëerd. (Voorhelm Schneevoogt, 1841, p. 31). In Frankrijk en Engeland had men dan ook, de ervaring was hier de leermeester geweest, aan de departementen en aan de counties het voorzien in voldoende plaatsruimte voor de arme krankzinnigen verplichtend voorgeschreven.

Bovenstaande opmerkingen mogen voldoende zijn om aan te geven dat de Nederlandse wetgeving van 1841 niet tot de meest vooruitstrevende kan worden gerekend. Ook op het tweede terrein waar zich de psychiatrische revolutie heeft voltrokken, het terrein van de institutionele zorg, behoorde ons land bepaald niet tot de

koplopers. In de volgende paragraaf zal dit worden uitgewerkt.

Het institutionele kader. Historisch gezien zijn de veranderingen in het inrichtingswezen voorafgegaan aan de veranderingen in de wetgeving met betrekking tot de geestesgestoorde. De psychiatrische revolutie begon met een aantal experimenten in de verzorging van geestesgestoorden dat in verschillende landen werd ondernomen. Tuke in Engeland, Reil in Duitsland, Pinel in Frankrijk, Chiarugi in Italië, zie hier de voornaamste namen, die met deze experimenten zijn verbonden.

Ook in ons land werd de eerste krankzinnigenwet voorafgegaan door experimenten gericht op de realisatie van een andere verzorging van geesteszieken. Hierbij kan dan met name worden gedacht aan de vernieuwingen die door Schroeder van der Kolk na 1830 binnen het Utrechtse gesticht werden geïntroduceerd en aan de vernieuwingen die in het kielzog daarvan in de gestichten te Deventer en Zutphen werden ingevoerd.

De ontwikkeling die zich in de daaropvolgende jaren binnen het inrichtingswezen heeft voorgedaan kan worden gekarakteriseerd met behulp van de termen afbraak en renovatie.

Afbraak van de allerslechtste tehuizen die zelfs niet als bewaarplaatsen voor chronische patiënten konden worden gehandhaafd en renovatie van die inrichtingen waar naar eigen oordeel van de regenten en naar het oordeel van de inspecteurs van het staatstoezicht nog ontwikkelingsmogelijkheden waren.

Vóór de wet van 1841 werd afgekondigd was ons land overdekt met een netwerk van over het algemeen kleine inrichtingen. Schuurmans Stekhoven (1922) geeft voor 1825 in de Noordelijke Nederlanden 35 inrichtingen aan. Kort voor het aannemen van de wet werd een aantal daarvan gesloten en eind 1842 toen de inspectie begon te functioneren waren er nog 31 gestichten. De afbraak kwam tot uiting in een sterke daling van het aantal inrichtingen. In 1884 waren er nog 16 geneeskundige gestichten over. (Van der Esch, z.j. p. 23). Dit laatste betekent dat er, gezien de hogere eisen die er aan de gestichten werden gesteld, gelijktijdig een verhoging van het verzorgingsniveau had plaatsgevonden.

In diezelfde periode (1845-1885) verviervoudigde het aantal patiënten binnen de inrichtingen en nam toe tot 4907. (Van der Esch, z.j. p. 23). Zeer opvallend is het bijna volledige gebrek aan nieuwbouwactiviteit gedurende vele jaren. Het enige voorbeeld van werkelijke nieuwbouw is Meerenberg dat in 1849 de eerste patiënten ontving. Het gesticht in Franeker dat in 1851 werd geopend, werd in reeds bestaande gebouwen ondergebracht. De eerstvolgende nieuwbouwactiviteit na Meerenberg betrof de inrichting Coude-water te Rosmalen maar dan zijn we reeds in 1870 aangeland.

Deze ontwikkeling stond in sterk contrast tot de gang van zaken in de ons omliggende landen waar het aantal gestichten zich wel uitbreidde en waar tevens in niet onbelangrijke mate sprake was van vergroting van de capaciteit door nieuwbouw.

Het meest spectaculair was de ontwikkeling in Engeland. Zowel

het particulier initiatief als de activiteiten van de overheid leidden hier tot het ontstaan van vele nieuwe inrichtingen (private mad-houses, non profit hospitals en county asylums). De overheidsinrichtingen, de 'county asylums' ontwikkelden zich hierbij, volgens Kathleen Jones (1972), vooral na 1828 tot de meest belangrijke dragers van het hervormingsproces.

Frankrijk en Duitsland geven in de eerste helft van de 19e eeuw eveneens een belangrijke uitbreiding van het inrichtingswezen te zien, hoewel hier in verhouding tot Engeland aanvankelijk minder sprake was van totale nieuwbouw. (Castel 1976, Dörner 1969). Met dit alles wil niet gezegd zijn dat in genoemde landen sprake was van een ideale situatie. In bijna alle landen bleef de inrichtingscapaciteit gedurende de gehele 19e eeuw onvoldoende. Hier gaat het er slechts om te signaleren dat Nederland op dit terrein een afwijkende ontwikkeling heeft doorgemaakt: geen uitbreiding en nieuwbouw, maar inkrimping en renovatie.

De vraag moet gesteld worden wat er nu eigenlijk werd gerenoveerd. Dit waren de oude gestichten. Kenmerkend voor deze gestichten was hun ligging binnen de stad. Deze situatie vonden we ook in veel buitenlandse steden, denk b.v. aan 'Bedlam' in Londen en aan het 'Hôtel Dieu' in Parijs. In de 19e eeuw was het streven er nu op gericht om de nieuwe gestichten voor de geestesgestoorde buiten de stad te localiseren.

Schrenk (1967) merkt in dit verband op, dat uit de zeer heterogene categorie van geconfinerden: armen, criminelen, wezen en geestesgestoorde, juist de laatstgenoemde werd geëvacueerd en buiten de stad in aparte inrichtingen werd ondergebracht. Deze tendens is dus in Nederland niet te konstaten. Wel kan worden opgemerkt, dat de in 1818 opgerichte Maatschappij van Weldadigheid zich heeft beijverd om het verpauperde stadsproletariaat in kolonies op het land onder te brengen. De krankzinnigen bleven echter daar waar zij altijd waren geweest: in de stadsgestichten. Hierbinnen werden zij wel in toenemende mate alleen en niet meer in combinatie met andere sociaal-marginalen opgesloten.

Bij de renovaties van de oude stadsgestichten heeft het Utrechtse gesticht van Schroeder van der Kolk model gestaan. Zelf was Schroeder van der Kolk, om het eens voorzichtig uit te drukken, met zijn reorganisatie zeer ingenomen. Als hij dan ook in 1838 op verzoek van de koning een rapport opstelt met de titel: 'Schets der volstrekte vereisten van een goed gesticht tot genezing van krankzinnigen en der wijze van beheer van hetzelfde', dan baseert hij zich daarbij op de Utrechtse situatie. Dit rapport werd nu samen met onder meer de befaamde rectorale rede van Schroeder van der Kolk (1837), waarin Utrecht ook niet was vergeten, toegestuurd aan de Gedeputeerde Staten van de Provincies. Het Utrechtse model kreeg alleen al hierdoor een grote bekendheid en betekenis. Dit was echter nog niet alles. Na 1841 kon Schroeder van der Kolk als inspecteur van het Staatstoezicht en als erkend specialist aangaande de inrichting van geneeskundige gestichten grote invloed uitoefenen op de veranderingen die in veel gestich-

ten werden aangebracht. Ook toen diende het Utrechtse model hem steeds tot leidraad. Oriëntatiereizen naar het buitenland, door jonge medici te ondernemen, achtte hij minder noodzakelijk. (Van der Esch, z.j.; Van Deventer, 1901). Toch waren er een aantal artsen die verder hadden gekeken dan Utrecht. Schneevoort was in verschillende buitenlandse inrichtingen op bezoek geweest en plaatste op basis van de daar opgedane ervaring kanttekeningen bij het Utrechtse model.

B. H. Everts en D. H. van Leeuwen, de geneesheren van Meerenberg, hadden zich eveneens goed in het buitenland en vooral in Engeland georiënteerd. Toch konden deze artsen in hun eigen werksituatie te weinig doen met hun opgedane kennis. Schneevoort zat in het Buitengasthuis in Amsterdam en kon daar weinig fundamentele veranderingen doorvoeren. Everts en Van Leeuwen in Meerenberg waren eveneens in hun armslag beperkt omdat de hoofdlijnen van het ontwerp van Meerenberg niet door hen waren gemaakt. Ook bij de totstandkoming van de plannen van Meerenberg had n.l. Schroeder van der Kolk een belangrijke bijdrage geleverd die ditmaal niet zo erg zegenrijk was geweest al dacht hij daar zelf ongetwijfeld anders over.

We moeten konstaten dat het Utrechtse model tot diep in de 19e eeuw een grote invloed op de institutionele hervormingen heeft uitgeoefend. Dat dit model ook zeer duidelijk nadelen had werd door slechts weinigen gezien. In de loop der jaren zouden deze tekortkomingen steeds duidelijker worden. Volledigheidshalve wijzen we hier even op de twee volgende punten: de geringe flexibiliteit van de materiële outillage en de ondoelmatige interne organisatiestructuur waarbij aan het regentencollege een dominerende positie was toegekend. Binnen deze structuur bleef de figuur van de arts nog lange tijd zeer marginaal. De beperkte rol die in het kader van de eerste krankzinnigenwet bij de internerings- en ontslagprocedures aan de medicus was toebedeeld vond in het 'Utrechtse model' zijn pendant in de beperkte positie die de medicus binnen de inrichting had gekregen. (Deze marginale positie van de arts wordt door ons, voor de hier beschreven periode, als ondoelmatig gezien. Dit wil echter niet zeggen dat we de huidige situatie waarin de artsen een zeer dominante plaats binnen de inrichtingen innemen optimaal vinden).

Tot slot van deze paragraaf over het institutionele kader een aantal opmerkingen over de behandeling van krankzinnigen binnen de inrichtingen.

In de inleiding van dit artikel hebben we er reeds op gewezen dat de meer humane behandeling van de geestesgestoorden één van de elementen van de eerste psychiatrische revolutie heeft gevormd. Ook in ons land kan men een dergelijke verandering in de behandeling signaleren. Naast Schroeder van der Kolk moet dan zeker de naam van Johannes van Duuren worden genoemd, die in Nijmegen aantoonde dat zelfs in een zeer gebrekkig geoutilleerd gesticht niet altijd alleen maar op mechanische dwangmiddelen behoefte te worden teruggevallen bij het handhaven van de orde.

(Rombouts, 1949). De inspecteurs van het staatstoezicht hebben bij voortduring gewezen op de noodzaak van een meer humane behandeling van de in de diverse inrichtingen opgesloten patiënten. Toch was de vooruitgang op dit terrein, hoewel zeker aanwezig, weinig spectaculair. Dwangmiddelen bleven in Nederland vrij lang bestaan. Het register voor de dwangmiddelen, ingevoerd bij de tweede krankzinnigenwet van 1884, kende nog de volgende vormen van lijfswang: vastbinden der handen, losse dwanghandschoenen, dwanghandschoenen met gordel, dwangbuis of dwangjak, vastbinden der voeten, voetriemen, vastbinden op een gewone stoel en de dwangstoel. De in Engeland tot ontwikkeling gekomen 'non-restraint' beweging kreeg in ons land weinig aanhang. De uitzondering vormde ook hier weer het in zo vele opzichten afwijkende Meerenberg.

In Meerenberg toonden de artsen, die hier binnen de organisatie een centrale positie innamen, zich voorstanders van de 'non-restraint'. Ondanks zeer grote problemen, het hele gebouw was er bv. niet op berekend, is men er toch in geslaagd de 'non-restraint' in de praktijk te realiseren. Schroeder van der Kolk sprak in dit verband echter van een behandelingsmethode die voor overdrijving vatbaar was (Kraus, 1949 p. 106 e.v.). Tot de grote vernieuwers kan Schroeder van der Kolk in dit opzicht dus eveneens niet worden gerekend. Wel moet hierbij worden aangetekend dat het systeem van de 'non-restraint' aanvankelijk buiten Engeland nergens aansloeg. In het hieronder volgende citaat van Conolly wordt de opvatting van de continentale psychiaters en de unieke positie die Meerenberg op het continent innam duidelijk tot uitdrukking gebracht.

'I believe, however, that in Holland I may mention Dr. Everts and Dr. Van Leeuwen, and at Copenhagen, Dr. Hüberts, as standing nearly, if not quite, alone, among continental physicians, in favour of entire non-restraint; and they are almost the only continental physicians known to me who have had sufficiently ample opportunities of acquainting themselves personally with the treatment pursued at Hanwell, and in other English asylums, and to which the name of non-restraint system has been given. On the return of Dr. Everts and Dr. van Leeuwen to Holland, they adopted the system in the asylum of Meerenberg, near Haarlem; but under some disadvantages, opposed to the perfection of the experiment. With respect to all other continental physicians, it is to be observed, that although unanimous in expressing disapprobation of the non-restraint system, no one of them had given it a trial.' (geciteerd bij Kraus, 1949 p. 106).

Hiermee is nog eens duidelijk geworden dat Meerenberg niet als karakteristiek voor de Nederlandse situatie mag worden beschouwd. In de andere inrichtingen was de vernieuwingsdrang aanmerkelijk minder groot. De opgelapte stadsgestichten hadden dan ook weinig mogelijkheden nieuwe behandelingsmethoden in te voeren.

Samenvattend kunnen we dan ook de conclusie trekken dat de

eerste psychiatrische revolutie, voor wat betreft de ontwikkeling in de institutionele zorg, zich in de eerste helft van de 19e eeuw grotendeels buiten ons land om heeft voltrokken.

Voor de derde en laatste component van deze revolutie, het ontstaan van de psychiatrie als zelfstandige wetenschap, laat zich een soortgelijke conclusie formuleren.

De psychiatrie als zelfstandige wetenschap. De derde component van de eerste psychiatrische revolutie wordt gevormd door de ontwikkeling van de psychiatrie tot een, in institutioneel opzicht, zelfstandig onderdeel van de medische wetenschap.

Deze verzelfstandiging van de psychiatrie begon zich rond 1850 af te tekenen. In deze periode gingen psychiaters in verschillende landen ertoe over zich aaneen te sluiten in professionele organisaties.

Zo ontstonden, om enkele voorbeelden te geven, in Engeland (1841) de 'Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane', in Frankrijk (1852) de 'Société médico-psychologique' en in de V.S. (1844) de 'Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane'.

Naast een behoefte aan eigen professionele organisaties openbaarde zich bij de beoefenaren der psychiatrische wetenschap ook een sterke behoefte aan eigen vaktijdschriften. Voor West-Europa kan hier vooral worden gewezen op de 'Asylum Journal' (1853) en op de 'Annales médico-psychologiques' (1843), die zich al snel ontwikkelden tot de spreekbuizen bij uitstek van de psychiaters in Engeland en Frankrijk.

In Nederland ontstond in 1871, vooral door toedoen van J. N. Ramaer, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Tot de koplopers behoorde ons land dus zeker niet. Ook het verschijnen van een psychiatrisch tijdschrift liet vrij lang op zich wachten. De Vereniging hoopte aanvankelijk dat zij met de redactie van een geneeskundig tijdschrift wel tot overeenstemming zou kunnen komen over de regelmatige plaatsing van opstellen met een psychiatrisch onderwerp. In de praktijk bleek dit niet haalbaar te zijn. In feite duurde het tot 1897 voor er in Nederland een tijdschrift verscheen, de Psychiatrische en Neurologische Bladen, dat de naam van psychiatrisch vaktijdschrift waard was. (Bouman 1921).

Een laatste factor waaraan in dit kader enige aandacht moet worden besteed is het onderwijs in de psychiatrie. Vanaf 1827 werd in Utrecht door Schroeder van der Kolk onderwijs in de psychiatrie gegeven. Dit gebeurde echter buiten het officiële curriculum om. Dit onderwijs werd later ook door Schneevoegt en Van de Lith gegeven, maar tussen 1878 en 1885 lag het universitaire onderwijs in de psychiatrie geheel stil. In deze periode kwam in het buitenland dit onderwijs juist goed op gang waarbij vooral in Duitsland steeds meer faciliteiten voor dit onderwijs ter beschikking kwamen. De ontwikkeling in Nederland was geheel anders. Weliswaar werd na 1885 het psychiatrisch onderwijs hervat maar alle voor het onderwijs noodzakelijke faciliteiten ontbraken. De colleges van

Winkler moesten wegens de afwezigheid van een kliniek en patiënten tot theoretische beschouwingen worden beperkt. De kentering kwam pas in de twintigste eeuw en ligt buiten het bestek van dit artikel (Stam, 1975 p. 161 e.v.).

Samenvatting. In deze paragraaf hebben we de veranderingen die zich in de eerste helft van de 19e eeuw in de krankzinnigenzorg in ons land hebben voorgedaan beschreven en vergeleken met overeenkomstige ontwikkelingen in het buitenland. Hierbij is gebleken dat de hervormingen in Nederland een zeer beperkt karakter hadden. De invloed van Schroeder van der Kolk is vooral op het gebied van de institutionele zorg zeer groot geweest. In de volgende paragraaf zullen we wat dieper ingaan op de vraag hoe het komt dat dit Utrechtse experiment zo'n grote invloed op de Nederlandse ontwikkelingen heeft kunnen krijgen.

De realisatie van de eerste psychiatrische revolutie

Na deze schets van de inhoud van de drie processen van sociale verandering, die tezamen de eerste psychiatrische revolutie hebben gevormd, zullen we ons in deze paragraaf bezighouden met de vraag hoe deze veranderingsprocessen tot stand zijn gekomen. Ook hier zullen we proberen de Nederlandse ontwikkelingen in het kader van de Europese ontwikkelingen te plaatsen.

Zeer schematisch kunnen in Europa twee typen psychiatrische revoluties worden onderscheiden. We zullen deze twee modellen – het Engelse en het Continentale – eerst uiteenzetten en dan gaan zien of de Nederlandse ontwikkeling in een van deze modellen is onder te brengen.

Het Engelse model. Kenmerkend voor dit model is de sterke rol van het particulier initiatief in de hervormingsbeweging. Binnen deze hervormingsbeweging kunnen een aantal in combinatie met elkaar optredende deelbewegingen worden onderscheiden. Idealiter doorliepen deze deelbewegingen de volgende fasen. Allereerst de fase waarin de behandeling van krankzinnigen als een maatschappelijk probleem werd gesignaleerd. Hierbij kan men denken aan het in de openbaarheid komen van schandalige toestanden in gevangenissen of armenhuizen of in andere instellingen waar krankzinnigen waren opgesloten. Ook schandalen rondom de private madhouses, waar vaak personen om allerlei dubieuze redenen door hun familie worden opgeborgen, vormden in Engeland vaak het startpunt van op verbetering gerichte acties.

Bij het signaleren van deze wantoestanden speelden particulieren, zowel medici als niet-medici, een grote rol. Kranten en periodieken stelden reeds in het begin van de 19e eeuw hun kolommen voor deze hervormers open, zodat dezen al snel vrij grote delen van de bevolking konden bereiken. Indien deze particulieren succesvol waren dan slaagden zij er na verloop van tijd in om de aandacht van de overheid op het gesignaleerde probleem te vestigen. Dit

betekende dan de intrede van de volgende fase in het hervormingsproces: de instelling van een parlementaire onderzoekscommissie. Opvallend is dat deze commissies steeds weer konden rekenen op de medewerking van allerlei particulieren die zelf op onderzoek waren uitgegaan en die steeds bereid bleken om hun gegevens ter beschikking van de commissie te stellen. De parlementaire commissie beëindigde haar arbeid met het uitbrengen van een rapport over de onderzochte problematiek, meestal gevolgd door een of meerdere voorstellen om deze problematiek het hoofd te bieden. Vaak ging het daarbij om suggesties voor nieuwe wetgeving. De strijd van het parlement rond deze wetsvoorstellen vormde de derde en laatste fase van het hervormingsproces. De belangrijkste 19e eeuwse krankzinnigenwetten uit de voor ons relevante periode (1808, 1828, 1842, 1845) zijn langs deze weg tot stand gekomen. (Jones 1972).

Hierbij kan nog worden aangetekend dat de betekenis van de individuele hervormers en filantropen: Tuke, Halliday, Paul e.a. in de loop der jaren is afgenomen en dat hun functies binnen de hervormingsbeweging steeds meer zijn overgenomen door 'pressure groups' van medici, juristen en patiënten, die allen hebben gepoogd de wetgeving op een bepaalde wijze te beïnvloeden.

De hervorming van de krankzinnigenzorg was geen op zichzelf staand verschijnsel maar was een onderdeel van de grote hervormingsbeweging die zich in Engeland in de eerste helft van de 19e eeuw in allerlei sectoren voordeed. Door de historicus Trevelyan is deze periode beschreven als:

'the age of trade unions, co-operative and benefit societies, leagues, boards, commissions, committees for every conceivable purpose of philanthropy and culture. Not even the dumb animals were left without organized protection. The nineteenth century rivalled the Middle Ages in its power to create fresh forms of corporate and institutional life, while yielding little to the eighteenth century in the spirit of self-help and personal initiative.' (geciteerd bij Parry-Jones 1972, p. 18).

In de V.S. is de hervormingsbeweging in grote trekken langs dezelfde lijnen verlopen. Ook hier is sprake geweest van een beweging die haar impulsen van 'onderaf' vanuit de samenleving ontving en die na verloop van tijd overheidsingrijpen, middels wetgeving en inrichtingsbouw heeft weten te realiseren. (Grob 1972, Deutsch 1949).

Het Continentale model. Naast het Engelse model staat zoals gezegd het Continentale model. In Duitsland en Frankrijk had de hervorming van de krankzinnigenzorg, veel meer dan in Engeland en de V.S. het karakter van een van 'bovenaf' opgelegd proces van verandering. De centrale rol werd hierbij gespeeld door de staat. Hiermee wil niet gezegd zijn, dat er in deze landen geen individuele hervormers in de samenleving actief waren, denk slechts aan Pinel en aan Reil. De positie die individuele hervormers en filantropen in de hervormingsbeweging in deze landen innamen

was echter een geheel andere dan in de Angelsaksische landen het geval was, hetgeen gezien de totaal andere maatschappelijke constellatie ook niet zo verwonderlijk was. In Pruisen was de hervorming van de krankzinnigenzorg onderdeel van een door de staat geëntameerd proces van modernisering van de totale samenleving. De achtergrond van dit streven werd gevormd door de pruisische nederlaag tegen het revolutionair en het Napoleontische Frankrijk. J. C. Langermann werd belast met de reorganisatie van de krankzinnigenzorg. Hij heeft deze taak zeer grondig opgevat. Gestund door het bureaucratisch absolutisme dat er in Pruisen in slaagde het absolutisme van de vorst te vervangen, heeft Langermann als staatsambtenaar een centrale rol in het hervormingsproces kunnen spelen. Het hervormingsstreven had een ander karakter in Pruisen dan in Engeland. De humanitaire impulsen die bij de hervormingen in Engeland een belangrijke rol speelden, waren in Pruisen veel minder aanwezig. De separatie en de wederopvoeding van de krankzinnigen werd 'rücksichtslos' ter hand genomen. Dörner wijst bij zijn analyse van de Pruisische hervormingen op de discrepantie tussen 'dem sittlichen Idealismus des Anspruchs und der Brutalität der Mittel, mit denen er realisiert werden soll' (Dörner, 1969 p. 282). Deze Pruisische weg is niet in alle andere deelstaten in gelijke mate gevolgd. In sommige staten werd het reorganisatieproces wel degelijk vanuit humanitaire overwegingen beïnvloed. Desalniettemin heeft toch de hervorming van de krankzinnigenzorg overal in Duitsland het karakter gehad van een van bovenaf opgelegde hervorming en is de dominante rol van de staat overal goed aanwijsbaar.

Frankrijk heeft evenals Pruisen een revolutie van bovenaf gekend. De hervorming van de krankzinnigenzorg kwam in feite pas goed op gang na 1830 en vormde een onderdeel van een pakket van sociaal-politieke maatregelen, die door de regering van de burgerkoning Louis Philippe werden afgekondigd. Deze revolutie bracht niet alleen maar vernieuwing in het systeem van psychiatrische zorg. Castel (1976) omschrijft de vernieuwingen in Frankrijk vooral als het tot ontwikkeling komen van nieuwe centrale beheersingssystemen met behulp van het bestaande systeem van institutionele voorzieningen beter onder controle van de staat kon worden gebracht en dat daardoor ook meer in overeenstemming met de wensen van de staat kon gaan functioneren.

Het Nederlandse model. Als we nu gaan zien naar de wijze waarop het hervormingsproces in ons land is verlopen, dan moet worden geconstateerd dat Nederland ook in dit opzicht een afwijkende weg heeft gevolgd. Noch een krachtige, naar hervormingen strevende staat, noch een voortdurende roep om hervormingen vanuit de samenleving, waren typerend voor de Nederlandse situatie. We zullen de belangrijkste initiatieven door overheid en particulieren genomen kort omschrijven en daarna proberen de Nederlandse revolutie te karakteriseren. (Feitelijke gegevens zijn ontleend aan v. d. Esch, Schuurmans Stekhoven en van Deventer).

De eerste initiatieven werden genomen door de rijksoverheid. In 1818 werd reeds het beroemd geworden koninklijk besluit afgekondigd waarin voor het eerst gesproken werd over het genezen van krankzinnigen als doel van krankzinnigengestichten. Aan de uitvaardiging van dit besluit was reeds een onderzoek naar het aantal krankzinnigen in het Rijk voorafgegaan (1816).

In de daaropvolgende jaren werd de afdeling Armenzorg van het departement van Binnenlandse Zaken (B.Z.) zeer actief. De staatsraad administrateur voor het Armenwezen en de gevangenen, P. J. de Beijer, getroostte zich veel moeite om inzicht te krijgen in het aantal krankzinnigen en in de wijze van hun verzorging. In 1826 kon hij daarover aan de minister rapporteren. Beijer rapporteerde echter niet alleen maar over de toestand waarin de krankzinnigenverpleging verkeerde maar hij gaf ook voorstellen aan om tot een verbetering van de situatie te komen.

Bij dit laatste kon hij gebruik maken van de plannen die door R. Scheerenberg waren opgesteld. Deze Scheerenberg, die reeds naam had gemaakt op het terrein van de Armenzorg, was in 1824 op het Departement van B.Z. aangetrokken om daar plannen voor een rijkskrankzinnigengesticht uit te werken. De voorstellen van Beijer en Scheerenberg waren bijzonder vergaand. Partiële verbeteringen achtten zij onmogelijk. Alleen een radicale vernieuwing van het gehele systeem, waarbij zij voor de onteigening van de bestaande inrichtingen niet terugschrokken, zou naar hun mening uitkomst kunnen bieden. De plaats van de bestaande inrichting zou moeten worden overgenomen door een beperkt aantal grote rijksinrichtingen. Zolang deze rijksgestichten nog niet bestonden zou via een stelsel van vergunningen voor het houden van arm-lastige krankzinnigen de ergste uitwassen van het bestaande systeem aan banden moeten worden gelegd.

Deze vergaande hervormingsvoorstellen van het departement vielen niet in goede aarde bij de Staatscommissie die in 1822 was ingesteld en die in 1827 over de armenzorg met als onderdeel de krankzinnigenzorg rapport uitbracht. Deze commissie was bang voor te hoge kosten en was ook bang om druk op de bestaande instellingen uit te oefenen. De voorstellen van de commissie gingen dan ook beduidend minder ver. Hierna bleef het enige jaren stil. Opnieuw was het echter het departement van B.Z. dat de zaak weer in beweging bracht. Préviniaire, administrateur van het armenwezen en de gevangenen, bracht in 1829 een rapport uit waarin ondermeer werd aangedrongen op de vestiging van rijks-gestichten. In deze gestichten zou klinisch onderwijs gegeven moeten worden en zou opname zonder gerechtelijk vonnis mogelijk moeten zijn. Het zal na het bovenstaande duidelijk zijn dat de ambtenaren van B.Z. met hun visie op de krankzinnigenzorg in Nederland zeer vooruitstrevend waren. Later heeft Schuurmans Stekhoven (1922) in dit verband nog eens opgemerkt dat een betere bestudering van het plan Scheerenberg de komst van het paviljoensysteem in ons land versneld zou kunnen hebben.

De minister was echter minder vooruitstrevend dan zijn ambtena-

ren. De minister van B.Z. stelde zich dan ook niet volledig achter het rapport van Prévinaire op. Ook de Raad van State toonde zich erg voorzichtig en sprak zich uit tegen iedere vorm van dwang ten opzichte van de bestaande instituties.

Uiteindelijk besliste de Koning, geconfronteerd met de vooruitstrevende rapporten van de ambtenaren en de behoudende adviezen van achtereenvolgens de Staatscommissie, de Minister van B.Z. en de Raad van State, ten gunste van de conservatieve adviezen. Dit betekende dat de weg naar een werkelijk radicale vernieuwing was afgesloten. De beslissing om de hulp in te roepen van de Gedeputeerde Staten, van de gemeenten en van de regentencolleges van de gestichten en de beslissing om Scheerenberg een nieuw en eenvoudiger plan te laten maken en tenslotte het besluit om een prijsvraag over het onderwerp in te stellen, sloten in combinatie met elkaar het ontstaan van opzienbarende veranderingen van het bestaande systeem uit.

Het is goed om zich te realiseren dat deze besluiten reeds voor het uitbreken van de Belgische opstand (1830) zijn genomen. De vertraging die deze gebeurtenis met de daaraan verbonden financiële gevolgen voor de hervorming van de krankzinnigenzorg in ons land heeft opgeleverd valt in het niet vergeleken bij de vertraging waartoe de regering zich reeds in 1829 voor het uitbreken van deze opstand had verplicht.

Hierna begint dan in Nederland de periode die bekend staat als de periode van Schroeder van der Kolk. In deze periode kwamen de acties, naar het scheen, van onderaf. Dit laatste was echter niet helemaal het geval. Ook in deze periode bleef de afdeling armenzorg op het departement actief. Dit maal was het de referendaris Feith die een aantal initiatieven ontwikkelde; initiatieven die deze keer niet zonder succes bleven. De ambtenaar Feith komt ons in deze periode voor als even, zo niet als meer belangrijk, dan de regent-hoogleraar Schroeder van der Kolk.

Laten we de ontwikkelingen in deze periode op de voet volgen. Feith trad in 1832 in dienst op het ministerie van B.Z. (armenzorg). Door de dienstreizen die hij in het kader van zijn functie regelmatig maakte naar verschillende inrichtingen in het land moet hij redelijk goed op de hoogte zijn geweest van de toestand van de krankzinnigenverpleging in Nederland. Bovendien had hij op het ministerie nog de beschikking over alle eerder gemaakte plannen en over de resultaten van alle eerder gehouden onderzoeken. In de winter van 1836/37 werd het ministerie geconfronteerd met noodkreten uit een aantal plaatsen in ons land waar de situatie onhoudbaar was geworden. Wat was er aan de hand? Sinds 1828 had men op ministerieel verzoek in tal van inrichtingen afgezien van het aanbrengen van verbeteringen aan gebouwen en outillage. Men hield toen nog rekening met de mogelijkheid dat de krankzinnigenverpleging op initiatief van het Rijk grootscheeps zou worden gereorganiseerd. In dat geval dan zouden allerlei partiële verbeteringen nutteloos gebleken zijn. Zoals we weten is deze reorganisatie achterwege gebleven. Het ministeriële verzoek is

echter nooit ingetrokken. Het gevolg was dan ook dat in een aantal gestichten zich een onhoudbare situatie begon te ontwikkelen, een situatie die aanleiding gaf tot het eerder genoemde aankloppen bij het ministerie. Feith had dus duidelijke motieven om de problematiek van de krankzinnigenzorg weer bij de minister onder de aandacht te brengen. Feith verkeerde bovendien in een betere positie dan de ambtenaren vóór hem, wier pogingen vruchteloos waren gebleven. Hij had nu namelijk de beschikking over iets waarover zijn voorgangers niet konden beschikken en wel het experiment, door Schroeder van der Kolk met succes in Utrecht uitgevoerd.

Dit Utrechtse experiment had aangetoond dat er via de weg der geleidelijkheid, met geringe kosten en met instandhouding van het bestaande institutionele kader, toch verbeteringen waren aan te brengen. Feith bracht de zaak van de krankzinnigenverpleging in een nota onder ogen van de minister en enige weken later (het samenspel was voortreffelijk) hield Schroeder van der Kolk zijn beroemd geworden rectorale oratie waarin hij de toestand waarin de krankzinnigenverpleging in Nederland verkeerde scherp hield.

De daadwerkelijke veranderingen konden nu beginnen. De Koning vroeg aan Schroeder van der Kolk advies hoe tot een betere situatie in de krankzinnigenverpleging kon worden gekomen. In de procedure die aan dit Koninklijk verzoek voorafging speelde Feith overigens een grote rol. Het resultaat van de adviesaanvraag was de reeds genoemde 'Schets der volstreckte vereisten' van de hand van Schroeder van der Kolk. Deze 'schets' werd met de oratie van Schroeder van der Kolk en een ministeriële circulaire in 1838 toegestuurd aan de Gedeputeerde Staten. In deze circulaire ging het vooral om twee dingen. Enerzijds werd aangedrongen op de oprichting van provinciale gestichten. Anderzijds werd uiteengezet hoe de bestaande gestichten naar het Utrechtse model konden worden gerenoveerd. Het mag geen verwondering wekken dat de provincies in overgrote meerderheid uiteindelijk hebben gekozen voor de tweede weg en dat de oprichting van provinciale gestichten tot het uiterste minimum is beperkt. Ook dit feit is niet los te zien van de activiteiten van Schroeder van der Kolk. Hem komt zeker de eer toe in Nederland daadwerkelijk te zijn begonnen met de meer humane behandeling van krankzinnigen. Daarnaast moet echter worden bedacht dat hij daarbij een model heeft ontwikkeld dat het de Overheid mogelijk maakte van een fundamentele reorganisatie van het systeem van institutionele zorg af te zien. In die zin lag het experiment van Schroeder van der Kolk veel minder dan b.v. het experiment van Tuke in Engeland aan de basis van een werkelijke vernieuwing. Voor de ambtenaar Feith was het experiment in Utrecht belangrijk omdat het hem in staat stelde althans iets van de hervormingen te realiseren waarvoor door zijn voorgangers zo was geijverd.

Als we de voornaamste initiatieven die er in Nederland in de eerste helft van de 19e eeuw m.b.t. de reorganisatie van de krank-

zinnigenzorg zijn genomen overzien dan kunnen daaruit een aantal conclusies worden getrokken.

In de eerste plaats moet worden gesteld dat het departement van Binnenlandse Zaken, waaronder de armenzorg ressorteerde, ingrijpende reorganisatieplannen heeft ontwikkeld.

Deze plannen beperkten zich niet alleen tot de krankzinnigenzorg. Wij noemen hier slechts de voorstellen m.b.t. het gevangeniswezen die in 1821 leidden tot het Koninklijk Besluit: 'Houdende Organisatie der Gevangenen, benevens vaststelling en invoering van ener staat, betrekkelijk de voeding, kleding- en liggingstukken der gevangenen.' (Hallema, 1958 p. 220). De door ons genoemde reorganisatieplannen voor de krankzinnigenzorg maakten deel uit van een departementale politiek gericht op rationalisatie en modernisering van het sociaal-politieke bestel. Deze politiek was echter op de meeste terreinen niet al te succesvol. Tot werkelijk ingrijpende veranderingen is het bijna nergens gekomen. Bij de verklaring hiervan moeten we ons in de eerste plaats realiseren dat Nederland eigenlijk pas sinds de Bataafse tijd een duidelijk centraal overheidsgezag kende. Het hele uit de 17e en 18e eeuw daterende sociaal-politieke bestel was gedecentraliseerd van opzet.

Locale stedelijke besturen en kerkelijke diaconieën beheerden het hele netwerk van tuchthuizen, armenhuizen, weeshuizen en krankzinnigengestichten. Het onder centraal beheer krijgen van dit systeem was een te grote opgave voor het zo recent tot stand gekomen bureaucratisch apparaat van de centrale overheid dat zelf op geen enkele traditie kon bogen maar dat zich wel moest keren tegen een systeem dat al meer dan twee eeuwen functioneerde. Ook Koning Willem I heersend als een 'verlicht despoot' kon en wilde hier niet door heen breken. Op sociaal-politiek terrein is er tijdens zijn regeringsperiode dan ook weinig veranderd.

Het gebrek aan initiatieven vanuit de maatschappij vormde een tweede factor met behulp waarvan het gebrek aan succes van het departementale streven kan worden verklaard.

Verschillende auteurs waaronder v. d. Esch hebben er op gewezen dat er vóór Schroeder van der Kolk wel degelijk een aantal initiatieven zijn ontwikkeld om tot een andere behandeling van de krankzinnigen hier te lande te komen. Naast de activiteiten van Nieuwenhuys moeten dan vooral de twee prijsvragen worden genoemd die in 1821 door de Provinciale Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht van Amsterdam en in 1826 door de Gedeputeerde Staten van Friesland werden uitgeschreven. Van de activiteiten van Nieuwenhuys kunnen we echter rustig stellen dat zij geen enkele weerklank vonden en op de twee prijsvragen kwamen de serieuze inzendingen uit Gent en Brugge, dus uit de Zuidelijke Nederlanden. In Noord-Nederland was geen sprake van een druk op de regering vanuit de maatschappij gericht op het afdwingen van veranderingen op sociaal terrein. Eerder was het tegenovergestelde het geval. Dit laatste geldt met name voor de kerkelijke filantropie. Gedurende de gehele door ons be-

schouwde periode verdedigden de bestaande kerkgenootschappen met grote vasthoudendheid hun klassieke activiteiten op het gebied van de armenzorg tegen de overheid. (Smit 1948, Douwes 1977). Nieuwe activiteiten werden er niet of bijna niet ontplooid. Het protestantse Réveil, dat rond de eeuwwisseling in verschillende landen, vooral in Engeland en Schotland, leidde tot grote activiteiten op sociaal terrein door de bestaande kerkgenootschappen, had in Nederland slechts een zeer geringe sociale betekenis. Aan het begin van de 19e eeuw waren vele voormannen van het Réveil hier zelfs uitermate reactionair ingesteld. Toen, om een typerend voorbeeld te noemen, Willem van Hogendorp in 1822 secretaris werd van de genoemde staatscommissie voor de Armenzorg, werd hem dit door Bilderdijk en door andere leden van het Réveil hoogst kwalijk genomen (Kluit, 1970 p. 178). Het zou tot in de jaren dertig duren voordat in ons land, het Réveil in de persoon van Helldring, de praktijk zou ontdekken. Aan het einde van de eeuw moest de theoloog Lindeboom, één van de oprichters van de Vereniging tot Christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken (1884), dan ook bekennen dat de kerken op sociaal terrein veel taken hadden laten liggen waaronder de zorg voor de geestesgeestoornden. (De Groot, 1976, p. 10 e.v.).

In het katholieke kamp bleven de initiatieven ook achterwege. De verklaring hiervan moet worden gezocht in de maatschappelijke positie waarin de katholieken in de betrokken periode verkeerde. De katholieke emancipatie was nog nauwelijks begonnen. In 1853 vond het herstel van de bisschoppelijke hiërarchie plaats en pas daarna konden de katholieken gaan werken aan de uitbouw van hun kerkelijke en sociale organisaties. (Rogier, 1953). Religieuze, humanitaire stromingen ontbraken dus in de Nederlandse samenleving. Nog beter kan men stellen dat de kerken alleen actief waren als conservatieve krachten die zich met succes tegen verandering op sociaal-politiek terrein wisten te verzetten. De Armenwet van 1854 waarin de rol van de overheid in de armenzorg, in relatie tot de rol van de kerkelijke liefdadigheid minimaal was gehouden, vormde hiervan het bewijs. Dit wil overigens niet zeggen dat deze wet ook niet goed aansloot bij de liberale opvattingen uit deze periode. Het spreekt haast van zelf dat een actieve naar rationalisering van het economische en sociaal-politieke bestel strevende bourgeoisie in ons land nog niet aanwezig was. Daarvoor was Nederland in economisch, sociaal en politiek opzicht te sterk achter gebleven (Brugmans, 1967). En het was juist deze bourgeoisie die in de meeste Westeuropese landen veel initiatieven op sociaal-politiek terrein nam. Ook dit ontbrak dus in de Nederlandse samenleving. De konklusie die we eerder hebben geformuleerd over het hervormingsstreven van het Departement van Binnenlandse Zaken kan dus worden aangevuld met een tweede konklusie nl. deze dat dit hervormingsstreven in een maatschappelijk vacuüm heeft plaatsgevonden. Noch de centrale overheid noch het particulier initiatief was in staat of bereid om op dit streven in te spelen.

De eerste psychiatrische revolutie die uiteindelijk wel op gang kon worden gebracht kon dan ook alleen maar een zeer beperkte reikwijdte hebben.

Literatuur

- Bouman, L. (1921), De eerste vijftig jaren der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie in: *Psychiatrische en Neurologische bladen* (jaargang 25), p. 301-320.
- Brugmans, I. J. (1967), *De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw 1813-1856*, Utrecht (Zesde druk).
- Castel, R. (1976), *L'ordre psychiatrique l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris.
- Deutsch, A. (1949), *The Mentally Ill in America, A History of their Care and Treatment from colonial times*, New York.
- Deventer, J. van (1901), *Krankzinnigenverpleging in de eerste helft der vorige eeuw*, Amsterdam.
- Dörner, K. (1969), *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt am Main.
- Douwes, P. A. C. (1977), *Armenkerk. De Hervormde diaconie te Rotterdam in de negentiende eeuw*, Rotterdam.
- Esch, P. van der (z.j.), *Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen*, 2 dln., z.p.
- Esch, P. van der (1954), *Jacobus Ludovicus Conrades Schroeder van der Kolk 1797-1862. Leven en werken*, z.p.
- Grob, G. N. (1973), *Mental Institutions in America; Social Policy to 1875*, New York, London.
- Groot, A. de (1976), *Veldwijk in verleden tijd. De eerste 50 jaar van Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk te Ermelo*, Ermelo.
- Hallema, A. (1958), *Geschiedenis van het Gevangeniswezen. Hoofdzakelijk in Nederland*, Den Haag.
- Honert, J. van den (1841), *Geschiedenis en Beginselen der Nederlandsche Wetgeving betreffende de Gestichten voor Krankzinnigen en de wijze hunner opnemng in en ontslag uit dezelve*, Amsterdam.
- Jones, K. (1972), *A history of the mental health services*, London/Boston.
- Kluit, M. E. (1970), *Het Protestantse Réveil in Nederland en daarbuiten 1815-1865*, Amsterdam.
- Kraus, G. (1949), Honderd jaar verpleging te Santpoort: In: *Een Eeuw Krankzinnigenverpleging 1849-1949*. Gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (voorheen Meerenberg), Santpoort.
- Parry-Jones, William Ll. (1972), *The trade in Lunacy. A study of private madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, London/Toronto.
- Querido, A. (1939), *Krankzinnigenrecht*, Haarlem.
- Rogier, L. J., Rooy, N. de, (1953), *In Vrijheid Herboren Katholiek Nederland 1853-1953*, Den Haag.
- Rombouts, J. M. (1949), De Geest van Johannes van Duuren. In: *Gedenkboek Meerenburg 1849-1949*, Santpoort.
- Schneevoogt, G. E. V. (1841), *Bedenkingen tegen de Scheiding van Geneeskundige Gestichten en Bewaarplaatsen voor Krankzinnigen, aangenomen bij wetsontwerp van 1840*, Amsterdam.
- Schrenk, M. (1967), Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie, Isolierung und Idyle als 'Therapeutik der Seelenstörungen'. In *Nervenarzt* (Jaargang 38), pp. 279-287.

- Schut, J. (1970), *Van dolhuis tot psychiatrisch centrum, ontwikkeling en functie*, Haarlem.
- Schuurmans Stekhoven, J. H. (1922), *Ontwikkeling van het Krankzinnigenwezen in Nederland 1813-1941*, Den Haag.
- Smit, H. J. (1948), De Armenwet van 1854 en haar voorgeschiedenis. In: *Historische opstellen aangeboden aan J. Huizinga*, Haarlem.
- Stam, F. C. (1975), The Netherlands. In: *World History of Psychiatry*, London, pp. 150-168.
- Tourney, G. (1967), A history of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966. In: *America. J. Psychist* (124), pp. 92-104.