

De geschiedenis van de psychiatrie te Geel

Van armenzorg naar gestichtspsihiatrie

door H. Ronse

Samenvatting

De geschiedenis van de psychiatrische zorg te Geel gaat terug tot de vroege Middeleeuwen. Steeds wordt deze verpleging voorgesteld als een unicum. Feitelijk moet de psychiatrische opvang te Geel vergeleken worden met de krankzinnigenzorg in andere steden. Het fenomeen is dan niet zo uitzonderlijk.

Ook moet afgestapt worden van een negentiende-eeuwse hagiografie van de geneeskunde en moet niet gesproken worden van psychiatrische verzorging vóór 1789 of van extramurale psychiatrische zorg vóór 1950.

Probleemstelling

De begrippen Geel en krankzinnigenzorg zijn verwant. Deze landelijke stad in Limburg was aanvankelijk een bedevaartsoord tegen krankzinnigheid. De bevolking werd dus langzamerhand gewoon onderdak te bieden aan geesteszieken. Deze kostgangers bleven hier uiteindelijk voorgoed. Zo ontstond op den duur een psychiatrische zorg aan huis. Het groeide uit tot een georganiseerd systeem, waarbij vanuit een centrale kliniek door een geneeskundige staf toezicht gehouden wordt over patiënten die bij particulieren inwonen. Dit therapeuticon wordt nu voorgesteld als een uniek fenomeen waarvoor zelfs een Amerikaans-Belgische studiegcommissie werd opgericht (Strole en Schrijvers 1972). Ook wordt er op symposia over gesproken als over een alternatieve vorm in de extramurale gezondheidszorg (Wouters 1977, Bijl. 8).

Volgens onze opvatting is het Geelse experiment echter nooit zo uniek geweest. Soortgelijke verzorging gebeurde overal in de lage landen en van medische 'behandeling' kan ook maar pas sinds 1838 gesproken worden. Bovendien betreft het dan zekerlijk geen extramurale zorg, avant la lettre. In dit artikel zullen wij deze stelling trachten te onderkennen.

Krankzinnigenzorg vóór 1789

De krankzinnige voor 1789 heeft vijf kenmerken:

1. hij is arm;
2. hij is chronisch arm;
3. hij wordt uitbestede;
4. zijn onderhoud valt ten laste van het 'domicilie van onderstand': de gemeente die financiële bijstand moet verlenen aan personen die niet over bestaansmiddelen beschikken;
5. hij is als het ware een vondeling.

1. De wettelijke voorzieningen met betrekking tot de krankzinnigen-verzorging betreffen in het 'Ancient Régime' enkel krankzinnigen in armoede. De overheid laat zich niet in met de opvang van gegoede krankzinnigen. Deze worden door de familie zelf onderhouden, eventueel geplaatst bij particulieren of in kloosters. Toezicht over de aanpak gebeurt dan ook enkel door de naastbestaanden van de zieke.

De doorsnee krankzinnige echter *is inderdaad meestal arm*. Gegoe-den waren er zoveel niet en zelfs wanneer welgestelden ziek werden, evolueert de procedure van plaatsing in het gemeentelijk dolhuis zeer vlug van zelfbetalende naar een 'pro Deo'-assistentie (Geldhof 1975).

De geesteszieke werd dus eerst en vooral gezien als een arme man of vrouw. Hij of zij was een arme, die voor zijn levensonderhoud niet kon instaan, iemand die door de armensteun geholpen moest worden.

Armensteun werd sinds de dertiende eeuw overal georganiseerd door de kerk onder controle van de gemeentelijke besturen (Bonenfant 1934). De verantwoordelijken van de parochiale armentafel, of dis-meesters van de kerkelijke gemeente verleenden de bijstand, maar zij waren verplicht hun rekeningen aan het burgerlijk bestuur voor te leggen. De krankzinnige werd dus onderhouden door deze kerkelijke 'dis', of 'tafels van de H. Geest'.

2. Nu waren er twee groepen steunbehoeftigen. Vanaf de zestiende eeuw, immers, werd een scherp onderscheid gemaakt tussen valide, arbeidsgeschikte armen en armen die wegens lichaamsszwakte (jeugd, ouderdom, ziekte) of bepaalde status (wees, weduwe) niet in hun onderhoud konden voorzien (Lis en Soly 1980). Dit komt ongeveer overeen met het verschil tussen 'toevallige' en 'definitieve' armen. Deze laatsten waren veelal *chronische zieken*. Hieronder vielen dan zowel krankzinnigen als verlamden, blinden, doven en doofstommen, maar ook arme wezen en vooral vondelingen. Administratief was er geen onderscheid tussen geesteszieken en vondelingen. Beiden behoorden tot een speciale categorie. Voor deze 'definitieve armen' werd dan ook dikwijls een eigen specifieke steun georganiseerd.

In vele grote steden bestond er een speciaal financieel fonds dat voor hen alleen instond. Het was de 'Gemene Beurse', gesticht door Keizer Karel op 7 oktober 1531. Dit was een poging tot centralisatie van de armenzorg. Alle kerkelijke stichtingen werden per gemeente samenge-

vogd in een gemeenschappelijke 'Beurse' voor armenzorg. Slechts in Antwerpen slaagde deze hervorming. In de andere steden zou deze centralisatie van de armenzorg pas gerealiseerd kunnen worden met de Franse Revolutie! Toen pas kon de weerstand van het individualisme, die de parochiale instituten beheerste, overwonnen worden.

Toch zou deze hervorming in de meeste steden wel enig succes hebben geboekt: de chronische zieken en vondelingen konden door deze nieuwe stichting opgevangen worden, de 'toevallige' armen die tijdelijk geregistreerd moesten worden zouden daarentegen door de parochiale armentafels bij de kerkelijke gemeenten zijn geholpen.

Zo vielen de krankzinnigen te Gent, te Rijsel, te Brugge en misschien ook wel te Leper ten laste van de financiering door de stad. In de resolutieboeken van de Commissie voor Burgerlijke Godshuizen en Burelen van Weldadigheid te Brugge in 1798 staat dan ook: 'De tout temps les pauvres ont éte à charge des tables des pauvres et les prévenus d'imbécillité à charge de leur commune'. (AOCMW, R.P. 1). In tegenstelling met de 'gewone' armen, die gesteund werden door de parochiale armentafel, ressorteerden de krankzinnigen onder een vorm van stedelijke steun. Ze vormden een speciale categorie armen: een chronische ondersteuningsgroep. Ook te Geel werden alleen chronische zieken verzorgd. Ook hier werden echter zowel krankzinnigen als niet-krankzinnigen in het systeem opgenomen (Veraghtert 1967).

3. Chronisch zieken en dus ook krankzinnigen, werden overal, en niet alleen te Geel, *uitbested bij particulieren*. We vinden ze in dolhuizen, als die er zijn, en de gegoeden in kloosters, maar de meesten bij particulieren. Dit gebeurde te Geel maar ook te Brugge en te Poperinge, de twee steden waar we de krankzinnigenverpleging zijn gaan bestuderen. Te Poperinge werden in 1759 39 armen uitbested, onder wie drie krankzinnigen. Twee behoeftige krankzinnigen werden daarbij onderhouden in eigen familie (Ronse, s.d.). Dit waren vijf krankzinnigen op een bevolking van ongeveer 3000 inwoners. Als totaal aantal geesteszieken betekent dit, omgerekend naar de huidige interneerlingen: een kleine dertigduizend voor België!

Te Brugge verbleven in 1784 33 krankzinnigen in het dolhuis en werden er 214 zieken uitbested bij particulieren in de stad of bij privépersonen, die er een soort klein gesticht op nahielden: 33 opgesloten tegenover 214 in pleeggezinnen (Geldhof 1975). Hier was de opvang van de chronische zieken goed georganiseerd en noteren we ook patiënten uit andere gemeenten, vandaar de hogere cijfers.

Te Geel leefden 700 zieken op 3000 inwoners (Veraghtert 1967). In verhouding was dit aantal daar stellig groter, maar de aanpak verschilde niet van andere plaatsen: de krankzinnige werd uitbested bij particulieren, al was het maar omdat deze oplossing veel goedkoper was dan opsluiting in het dolhuis.

4. Een vierde probleem: een van buiten de gemeente gekomen behoeftige werd onderhouden door het zogenaamde '*domicilie van on-*

derstand'. De krankzinnige te Geel was een vreemdeling. De gemeente waar de betrokkene geboren werd of waar hij reeds een bepaalde tijd vertoefde, moest betalen. Edicten en ordonnantiën omtrent dit probleem treft men reeds aan in 1459 onder Filips de Goede, later in 1531 onder Keizer Karel, in 1556 onder Filips II van Spanje en in 1617 onder Albrecht en Isabella.

Ondanks de algemene wetgeving werd er hieromtrent steeds verder onderhandeld: dit treffen wij aan in het concordaat van 1750, de beslissing van de Oostenrijkse Raad in 1765, de wetten van l'an 11, het koninklijk besluit van 1818, de wetten van 1836, 1840, 1845, enz. enz. De talrijke beslissingen van het centraal bestuur wijzen op de moeilijkheid van het probleem. Wie is verantwoordelijk voor de behoefte? Welke stad of welke kerkelijke gemeente moet voor het onderhoud van een niet-ingezetene arme instaan? Zelfs heden ten dage is het dikwijls een probleem om de plaats te kennen waar een behoeftearme armlastig is.

Wanneer in de achttiende eeuw een krankzinnige te Brugge voor verzorging in aanmerking kwam, was de eerste vraag: wie betaalt er? Welk is het 'domicilie van onderstand'? Als niemand wilde betalen werd de arme terug naar zijn eigen gemeente verwezen. Hij werd bij voorbeeld op de boot naar Gent gezet: *stultitiae navis*, het narrenschip! De zorg was dan voor een ander.

Voor Geel was dit echter niet zo een groot probleem. De meeste grote gemeenten hadden er in de achttiende eeuw een 'directeur' die de zieken van zijn gemeente bij de bevolking plaatste en het onderhoudsgeld uitkeerde. Het Geelse gemeentebestuur trok zich het lot van de geplaatste zieken niet verder aan. Deze behoorden tot andere gemeenten. Voor hen was geen 'acte van garant' nodig. Dit document was een bewijs dat steeds aan het gemeentebestuur moest voorgelegd worden, wanneer iemand zich in een nieuwe gemeente kwam vestigen. De armentafel of 'gemeente van de onderstandswoonst' stelde zich dan borg voor het onderhoud van deze persoon als armensteun nodig mocht blijken. Het Geelse bestuur eiste namelijk geen bewijs dat de plaatsende instantie voor het onderhoud van deze krankzinnige zou instaan. Wanneer iemand als krankzinnige aanvaard werd, kon hij immers geen aanspraak maken op steun van de plaatselijke armentafel. De pleeggezinnen werden dan ook rechtstreeks betaald door de onderstandswoonst. Hun kostgangers bleven 'vreemden'. De kerkelijke autoriteiten hadden zich vroeger wel het lot van de zieke aangetrokken, de burgerlijke instanties zouden dit echter nooit doen. De gemeentelijke verordeningen te Geel wijzen dan ook enkel op de verantwoordelijkheid van het pleeggezin in geval van moeilijkheden. Het stadsbestuur had niets te maken met de 'vreemdelingen' die er verzorgd werden, behalve als de orde te veel verstoord werd en er, in geval van sterfensnood, bijstand door een priester verleend moest worden (Veraghtert 1967).

5. De krankzinnige was dus arm, chronisch arm. Hij werd uitbesteed en in Geel bleef hij een 'vreemdeling'. Maar hij was bovendien, als het ware, een *vondeling*. Vondelingen werden in Gent, in Brugge, ten dele in Rijsel en waarschijnlijk ook in Ieper samen met de krankzinnigen onderhouden door de 'Gemene Beurse'. Beiden hingen ze af van de stadsfinanciën, en niet van de parochie: ze waren 'stadsarmen'. Krankzinnigen en vondelingen werden door eenzelfde administratie beheerd. Vondelingen werden daarbij zelfs opgevangen in het dolhuis. Te Brugge had de verantwoordelijke van het dolhuis bevoegdheid over beiden. Hij plaatste én de vondeling én de chronische zieke bij particulieren, hij betaalde hun maandelijks het stedelijk onderhoudsgeld uit, hij liet ze jaarlijks in het dolhuis verschijnen voor een commissie die moest nagaan of de vondelingen wel steeds in het pleeggezin verbleven en of de geplaatste krankzinnigen ook verder moesten onderhouden worden.

Ook in Poperinge werden zowel krankzinnigen als vondelingen door de 'dismeesters' geplaatst. Ook hier vielen ze in eenzelfde stelsel van steunverlening.

Administratief was er dus geen verschil tussen een vondeling en een krankzinnige, maar ook wettelijk werd dit samengaan beschouwd als normaal. De krankzinnige was voor de wet als een wees. Volgens Hugo de Groot was de wees handelingsonbekwaam. Nu waren er jeugdige, 'echte' wezen en 'bejaarde' wezen. Deze laatsten waren volwassenen zonder handelingsbekwaamheid vanwege hun gebrek. Hierbij werden nu twee groepen onderkend: de bejaarde wezen of onbekwamen op grond van een gebrek 'van buiten', zoals doven, blinden, doofstommen, en de bejaarde wezen op grond van een gebrek 'van binnen' dat wil zeggen: geesteszieken (Ronse 1985).

Het recht plaatste de krankzinnige dus als wees onder de bevoegdheid van de Wezenkamer. Hier zetelde een oppervoogd, aangesteld door het gemeentebestuur, medeverantwoordelijk samen met de vaderlijke en moederlijke voogd. Dit was uiteraard nodig als er bezittingen waren. Er werden dus enkel maar voogden aangesteld over gegoede wezens. Arme wezen en vondelingen hadden uiteraard geen bezittingen. Het was dan niet de wezenkamer die over hen waakte, maar wel de armentafel. De oppervoogd van wezen binnen het stedelijk bestuur deed geen moeite om hen te plaatsen in een gezin, wel daarentegen de 'dismeester' van de kerkelijke gemeente. De krankzinnigen waren in dezelfde positie als arme wezen en vondelingen die eerst en vooral een tehuis moesten vinden. Krankzinnigenzorg was dus in de eerste plaats een financiële aangelegenheid. Doel was: een goedkope opvang voor een speciaal soort vondelingen. Ook was dat het geval te Geel. Krankzinnigenzorg moet er gezien worden in het kader van de armenzorg, niet als een vorm van verpleging!

Wij concluderen hieruit dat de situatie te Geel tijdens het Ancien Régime niets te maken had met geneeskunde. Het betrof *armenzorg*

zoals die overal gebeurde. Het enige specifieke te Geel was wel de grote concentratie van zieken, want Brussel, Leuven, Mechelen plaatsten er hun chronische armen. Het uitzonderlijke is vooral het afvoeren van de zieken uit deze plaatsen! Waarom gebeurde dat? Wanneer uitleg nopens dit probleem gegeven wordt, wordt steeds onvoldoende rekening gehouden met de vroegere gewoonte om armen en gebrekkigen steeds in pleeggezinnen te plaatsen.

Krankzinnigenzorg na 1789

1789 brengt radicale veranderingen teweeg. We krijgen nu drie grote innovaties:

1. De organisatie van de armensteun verandert;
2. er ontstaat een wetgeving omtrent krankzinnigen;
3. de geneeskunde gaat zich met de krankzinnigen bemoeien.

1. Vooreerst *verliest de arme krankzinnige zijn speciaal statuut*. Alle armlastigen van de kerk zullen nu ressorteren onder een centrale gemeentelijke organisatie. De chronische behoeftige, door de stadsfinanciën onderhouden, zal aldus zijn statuut verliezen.

Door de wetten van l'an 5 werden Commissies van Burgerlijke Godshuizen en Weldadigheidsburelen opgericht. Er ontstond een gemeentelijke centralisatie van de armenzorg. Het hoeft niet gezegd te worden, dat dit met veel moeilijkheden gepaard ging. Het ganse systeem stond op zijn kop. Te Brugge werd het onderhoudsgeld voor de uitbestede zieken gedurende maanden niet uitbetaald (AOCMW, R.P. 1). Zo ook te Geel. Dit duurde hier dan jarenlang. Ook dacht het gemeentebestuur van Geel in 1798 eraan het systeem eenvoudig op te doeken. 'Il faut prendre toutes les mesures valables pour débarrasser ce canton des fous qui le ruinent.' 'De krankzinnigen maken het kanton straatarm.' De kostgangers werden daarom vanaf 1794 naar hun domicilie van onderstand teruggestuurd (RAA, PA J 37, brief 24 Germinal an 6). Het systeem kwam in een volkomen crisissituatie en het aantal kostgangers daalde van 700 tot 200 (Roosens 1977) en men wist zelfs geen weg met dit laatste aantal zieken! Deze tweehonderd hadden waarschijnlijk geen eigen woning meer. Gelukkig echter: ze bleven in elk geval te Geel en reddden daarmee het systeem!

Uiteindelijk kwam de zaak toch in het reine. In 1803 zou alles geregeld worden toen in Brussel het depot bij het St.-Janshospitaal gesloten werd en alle krankzinnigen naar Geel werden gestuurd (Bonenfant 1941). Dit was een goedkopere oplossing dan hospitaliseren. Plaatsing bij particulieren was minder duur. De Geelse organisatie heeft zich op dat ogenblik weten aan te passen aan de nieuwe administratieve voorzieningen want het verblijf van de patiënten werd nu eindelijk toch betaald, maar het systeem verdween praktisch van de kaart!

2. Een tweede moeilijkheid ontstond met *de wetgeving*. Ook dit bracht vrijwel de afschaffing van het systeem mee. De Franse Revolu-

tie regelde de wettelijke voorzieningen omtrent de krankzinnigen. Het werd echter een op twee doelen gerichte wetgeving. De wet van 1798 wil vrijheid geven, maar wil een geordende vrijheid. Een eerste principe: niemand mag opgesloten worden zonder rechtspraak, maar daarbij moet het gemeentebestuur er ook over waken dat de openbare orde niet verstoord zou worden; dit is dan een tweede principe. Zodra de vrijheidsgedachte ontstond, werd als consequentie ook het politiek-systeem georganiseerd.

Deze ambivalentie van de Franse Revolutie zullen we terugvinden in de wetgeving omtrent krankzinnigen. Vooreerst hebben we de wet van 14-16 maart 1790 en de wet van 29 maart 1803. Hier werd een ondervoogdijstelling geëist om een krankzinnige te plaatsen. Niemand mocht immers opgesloten worden zonder machtiging van de rechtbank. De krankzinnigenwet in Nederland van 1841 en van 1884 is een uitloper van deze verordening: plaatsing gebeurt door machtiging van de rechtbank.

Anderzijds hebben we de politiewetten van 16-24 augustus 1790 en 22 juli 1791, die de familie en vooral de gemeente verantwoordelijk stelden voor loslopende krankzinnigen. Dit was dan een wet tot behoud van de algemene orde. In 1838 krijgen we de Franse wet op de internering en in 1836 en 1850 de Belgische wetten op de collocatie (dit was de specifieke term voor opsluiting) als gevolg van deze wetgeving.

Een dubbele wetgeving dus waarvan echter maar één element toegepast werd. Uiteindelijk kwam gedurende de Franse overheersing de machtigingswet niet aan bod maar wel de collocatiewet: een krankzinnige moest, op certificaat van een geneesheer, door de gemeentelijke overheden geplaatst worden in een tehuis van verzekering (Ronse 1985).

Hoe moest het nu te Geel? Hier leefde men in de totale wetteloosheid! Een zieke kon toch niet gecollocéerd worden bij particulieren! Hieromtrent was niets voorzien. Het is dan ook niet verwonderlijk dat tussen de prefect te Antwerpen en het centraal bestuur te Parijs een omvangrijke correspondentie gevoerd werd. Vanuit Parijs werd verantwoording geëist. Prefect d'Argenson probeerde het systeem te redde. Hij pleitte: 'Combien la ville de Gheel est intéressée au maintien de cette branche d'industrie qui occupe ses habitants, leur procure de l'aisance, aide l'agriculture et fournit au commerce une consommation étrangère'. Tevergeefs. Het systeem was niet wettelijk, het moest dus afgeschaft worden. Het was intussen 1813 en de minister gaf bevel een gesticht te bouwen (Veraghtert 1967). Zo ver kwam het echter niet! De val van Napoleon betekende de redding van het oude systeem. Het Franse keizerrijk had op dat ogenblik wel andere zorgen! In 1814 kwamen er nieuwe heersers, maar ook nieuwe wetten.

Willem I bracht vernieuwing. Met zijn Koninklijke Besluiten van 12 februari 1814, 23 februari 1815 en 11 april 1818 hervormde hij de wetgeving op de krankzinnigen. Plaatsing mocht enkel gebeuren door

machtiging van de rechtbank. Uit angst voor het opsluiten van onschuldigen en niet-zieken, keerde hij terug naar de niet toegepaste eerste Franse wetgeving.

Plaatsing door machtiging bij een particulier was nu wel mogelijk. Het Geelse systeem zou zich hieraan weten aan te passen. Collocatie in een pleeggezin volgens de Franse wetgeving was onmogelijk, plaatsing door de rechtbank kon wel. Vanaf 1818 werden alle zieken te Geel voortaan geplaatst volgens de wettelijke normen ... tot in 1830.

De Belgische Voorlopige Regering vreesde opnieuw voor onbillijke plaatsing. De rechtbanken werden als broeinesten van hatelijke orangisme gezien en de plaatsing bij machtiging werd zodoende eenvoudig afgeschaft. Men keerde terug naar de gewone Franse wetgeving. Te Geel werden de zieken nu opnieuw geplaatst door collocatie maar ... het systeem was opnieuw niet wettelijk meer. Ook toen de gemeentewet van 30 maart 1836 tot stand kwam was er nog niets voorzien voor Geel. Aldus de wet: 'Indien de nood bestaat deze (krankzinnige) onder te brengen in een hospice, kliniek of huis van bewaring moet hierin voorzien worden door het gemeentebestuur'.

Daarom zou Schepen Dokter Eugène Verbist op 15 november 1838 te Geel een reglement opstellen voor de plaatsing van de zieken. Zulk een gemeentelijke verordening verving natuurlijk geen wet maar er werd nu in elk geval orde op zaken gesteld. De patiënten moesten geplaatst worden door een collocatieprocedure en alle zieken moesten op het gemeentehuis geregistreerd worden. De burgemeester had het toezicht over de geplaatste zieken samen met een geneesheer. Het ingeschreven worden op 'den boek', zoals het steeds luidt, was een belangrijk element dat de krankzinnigen zou onderscheiden van de Geleenaars. Vanaf deze periode was geen verwarring meer mogelijk omtrent gezonden en zieken. Zelfs nu nog heeft dit onderscheid zijn belang (Roosens 1977). We zullen echter moeten wachten tot 18 juni 1850 toen de wet op de krankzinnigheid in het Belgisch parlement goedgekeurd werd, zodat het Geelse systeem een wettelijk karakter kreeg. Artikel 6 voorzag in een statuut voor de in Geel geplaatste krankzinnigen. Zelfs sequestratie ten huize werd voorzien in artikel 25.

Geel was terug totaal in de wettelijkheid. De wetgeving had zich over het Geelse systeem ontfermd, maar het had weinig gescheeld of het was afgeschaft.

3. Krankzinnigen vielen nu onder de bevoegdheid van de *geneesheren*. Deze echter waren bij de Geelse verpleging nooit betrokken geweest en het systeem dan ook niet zo genegen! De collocatiewet van 18 juni 1850 werd echter hun triomf. De arts werd erkend als enige competente figuur in verband met geestesziekte, ook te Geel. Hiervoor waren dus vijftig jaar nodig geweest: van 1800 tot 1850. De geschiedenis van de wetgeving te Geel is de geschiedenis geweest van de geleidelijke medicalisatie van het systeem. In 1800 was er nog geen ge-

neeskunde mee gemoeid; in 1838 introduceerde het gemeentebestuur er de geneesheren; sinds 1850 werd het eindelijk een medische zaak.

In 1800 geloofden de geneesheren nog dat het verloop van een geestesziekte gunstig beïnvloed kan worden: ze waren vol enthousiasme voor de nieuwe geneeskundige methodiek en geloofden in hun kunnen. Ze dachten ook dat sociale omstandigheden de oorzaak van geestesziekten zijn. Pas in de tweede helft van de negentiende eeuw zou een meer pessimistische visie bovendrijven. Vanaf 1850 werd geestesziekte veeleer gezien als een gevolg van atavisme. De fysieke en erfelijke factoren werden sterk benadrukt. Men keek vooral naar morfologie en pathologische anatomie. Geestesziekte werd evenals tuberculose gezien als een schande voor welgestelde milieus. Gezondheid was een voorrecht. Men was dan ook aardig op weg naar de Uebermensch-theorie en naar het racisme.

Intussen keken de geneesheren in 1800 naar het Geelse systeem en vroegen zich af of behandeling te Geel wel mogelijk was. Daarom moeten wij nagaan wat medische behandeling in die tijd was. Hoe was de psychiatrische behandeling in de eerste helft van de 19e eeuw?

Krankzinnigenzorg in die tijd berustte op vier principes (Guislain 1826):

1. de 'moral treatment' of de orthopedagogische aanpak van de zieken waarbij de 'non-restraint'-houding, door Tuke, Conolly en Pinel aanbevolen, uitliep op een uiterst directieve behandelingsmethode;
2. het plaatsen van de geesteszieken in het weldoend gesticht om hen te isoleren ver van schadelijke sociale invloeden. Dit moest echter plaats vinden volgens een classificatiesysteem;
3. de hydrotherapie met als belangrijkste element: de douche;
4. de medicatie, die uiteindelijk minder belangrijk was.

1. De voornaamste behandelingsmethode was de '*moral treatment*'. In 1800 heerste de mening dat zeker twee derde van de geestesziekten ontstonden uit morele oorzaken: hartstochten, te grote verlangens, verliefdheid, religieuze obsessies enz... Aldus Guislain: 'En général tous les individus que de fortes passions ont agités durant la plus grande partie de leur carrière sont disposés plus que d'autres à la folie' (1826, I, 161).

Daarom werd de '*moral treatment*' ingevoerd: de pedagogische aanpak van de zieke om zijn waanvoorstellingen te beïnvloeden. Dit gebeurde in strikte discipline, door overtuigend onderricht, eventueel met straffen. 'La crainte et la terreur peuvent utilement être provoquées, lorsqu'il s'agit de changer l'ordre maladif des idées', aldus Guislain (1826, I, 249). Deze '*moral treatment*' kon daarbij uitsluitend toegepast worden door geneesheren. De behandeling werd in deze periode dan ook alleen maar beoordeeld naar de mate waarin de medicus er inspraak in had. Toen officiële inspecties op ronde gingen, de Nederlandse in 1823 (Rapport 1922), de Belgische in 1842 (Rapport 1842), werd de

evaluatie van de behandeling steeds beoordeeld aan de hand van de zeggenschap van de geneesheer. De wet van 18 juni 1850 zou dan ook in België, nog meer dan de wet van 29 mei 1841 in Nederland, vooral macht aan de geneesheer geven.

2. Een tweede noodzaak bij de behandeling was de *hospitalisatie*. De zieke moest geplaatst worden in het heilzame instituut om hem te onttrekken aan de slechte invloeden van zijn omgeving. In zijn milieu bleef hij immers onderhevig aan ziekmakende hartstochten. Samen met zijn zieke trok de geneesheer naar het instituut: 'pour bien traiter les fous, il faut une investigation scrupuleuse, constante et assidue de leur état; il faut même en quelque sorte habiter avec ces infortunés', aldus Rodenbach (1828, 627). Het gesticht werd dan de tempel van de orde, de kerk van de rede, waar uiting van waanzin niet getolereerd kon worden: het heiligmakend instituut!

Maar in dit instituut kon de zieke wel de slechte invloed ondergaan van zijn medepatiënten. Hij moest daarom ondergebracht worden tussen gelijkaardige soortgenoten. *Klasseren* van de geesteszieke was primordiaal. Aldus Moreau (1845, 99): 'le classement des malades suivant la nature du délire est une des conditions les plus importantes du traitement'. Klasseren gebeurde volgens de symptomatologie, Morel zou pas later voor het eerst indelen volgens de etiologie.

De zogezegde geneeslijke zieken moesten van ongeneeslijke onderscheiden worden. De Nederlandse wet van 1841 richtte 'de geneeskundige gestichten' in om 'de herstelling te bevorderen' maar daarbij 'bewaarplaatsen voor de andere ongeneeslijken'. In België liep dit uit op A- en T-diensten met ongelijke financiële voorzieningen. Het huidige administratief catalogeren van patiënten is dus geworteld in een negentiende-eeuwse gewoonte.

Klasseren moest nog verder gaan, namelijk tussen: woelige en agressieve, verlamden en onzindelijken en uiteindelijk epileptici. Afdelingen voor psychisch gestoorde epilepsiepatiënten bestaan ook nu nog heden ten dage in enkele instituten!

Toen de patiënten steeds verder volgens soort ingedeeld werden, kwam men uiteindelijk uit bij het individu. Bij de geïsoleerden werden alle slechte invloeden uitgeschakeld, werden alle storende elementen geëlimineerd. Het ideaal van de goede classificatie werd de *isolatie*!

'Et d'abord l'isolement! N'est-ce pas par là que doit commencer tout traitement des maladies mentales?' aldus Moreau (1845, 265). Goede behandeling kon alleen maar gebeuren door classificeren dat uitloopt op isoleren. En Moreau gaat verder (268): 'Je ne demande point une loge, une cellule pour chaque malade; l'idée à coup sûr ne serait pas neuve. C'est presque une maison de santé que je voudrais pour chacun d'eux. C'est à quelque égard le système pénitentiaire appliqué au traitement de l'aliéné mental'. Een isoleercel voor iedere zieke is als een psychiatrisch instituut. Hier alleen kon goede behandeling geschieden, zoals gebeurde in het strafstelsel.

Het asilair systeem werd gelijk aan het penitentiair systeem. De psychiatrie volgde de methodes van het gevangeniswezen uit de 18e eeuw. De ideale gevangenis was het panopticum, waar alles kon gezien worden, waar geen enkele gevangene zich kon onttrekken aan het wakend oog van de cipier, waar hij de goeddoende invloed van het systeem kon ondergaan en geïsoleerd was van zijn soortgenoten. De ideale gevangenis was het ronde gebouw met alle cellen gericht naar het centrum, van waaruit de bewaker toezicht hield, waar ook het altaar stond, van waaruit de goede boodschap verkondigd werd (Foucault 1975, chpt. 3).

Daarom ging iedere psychiatrische handleiding een plattegrond van het ideale gesticht publiceren. Daarom zou iedere onderzoekscommissie ook willen gaan bouwen. Op zijn beurt tekende Guislain een ideaal gesticht. Hij noemde zich 'médecin par état, architecte par goût' (Evrard 1985). Zijn ideale gesticht had enkel isolatiekamers, geen ziekenzalen! Behandeling was immers isolatie.

3. Naast de moral treatment, naast het classificeren en isoleren was de derde zuil van de psychiatrische behandeling, in het begin van de negentiende eeuw, *de douche*. Zelfs prefect d'Argenson wist dit toen hij Geel verdedigde tegenover zijn minister in 1811: 'L'expérience a prouvé que l'air qu'on respire à Gheel, les eaux salutaires qui circulent sur son territoire contribuent à rétablir les organes affaiblis' (Veraghtert 1967). Water was altijd al als heilmakend beschouwd, maar in de achttiende eeuw vond het in de kuuroorden een zeer belangrijke toepassing bij alle organische ziektes. De psychiatrie had dit gretig overgenomen en van elk modern gesticht een kuuroord willen maken! Water werd trouwens in deze tijd minder aangezien als een hygiënisch reinigingsmiddel dan wel als een heilmakende medicijn. In ieder psychiatrisch instituut werden ijverig baden gegeven of tenminste douches. Hierbij werd het hoofd van de patiënt duchtig bespoten. Iedere patiënt moest eronder. De duur van de behandeling was afhankelijk zowel van de resistentie van de patiënt als van het doorzettingsvermogen van de geneesheer. 'Folie, douche, ces deux mots ne sont-ils pas inséparables? Le temps et les autorités les plus respectables n'ont-ils pas sanctionné la légitimité, la nécessité de ce moyen thérapeutique?' aldus Moreau (1845, 268). Krankzinnigheid en douche waren twee woorden, die niet gescheiden konden worden!

4. Naast douche, moral treatment, opname en classificeren, vinden we als vierde element het medicijn. Kon in 1800 met medicijnen iets bereikt worden? Sedativa werden in die tijd toegediend in doses die de vergiftiging benaderden. Purgeermiddelen werden ook gebruikt alsook braakmiddelen. Opium, datura werden voorgeschreven, alsook digitalis, kininesulfaat, kopersulfaat ... uiteindelijk was water even weinig actief voor een psychose maar dan toch in elk geval minder gevaarlijk!

Dokter Dabacker gaf in 1821 te Geel, bij postpartumpsychose een afkooksel van gras met een neutraal zout. Bij agitatie liet hij azijn drin-

ken (Esquirol 1838, 295). Feitelijk bestond er geen enkel doeltreffend medicijn.

Dus 'moral treatment', classificeren en isolatie, douches en medicijnen: hoe stond het daarmee te Geel? Daar bestonden deze vier principes van de behandeling eenvoudig niet! Geen geneesheer, geen 'moral treatment', geen classificatie, geen isolatie. Te Geel was zelfs geen douche! Is het niet te verwonderen dat onze geneesheren kritiek hadden? 'Le paysan peut-il gouverner convenablement un aliéné et donner à son intelligence un développement nécessaire, ... C'est à l'homme de l'art seul à apprécier une foule de circonstances inaperçues du vulgaire. L'homme de l'art est le seul qui puisse appliquer avec sagesse les règles fondamentales d'un bon traitement. Les avantages d'une surveillance directe, active et continuelle exercée par le directeur et les gardiens d'un hospice, nous semblent immenses. C'est elle qui prévient le suicide, l'intempérance, l'onanisme et milles autres vices aussi dégoûtants que monstrueux.' De geneesheer alleen is bekwaam alle slechte en walgelijke gebruiken uit te roeien, zoals zelfmoord, overdaad en masturbatie, aldus Rodenbach (1828, 631).

Nu was er te Geel geen geneesheer. Het plaatsen in een milieu waar er een adequate morele behandeling gebeurt was er dus onmogelijk. Geel was dus niet verantwoord zo men de 'moral treatment' wilde toepassen.

Gelukkig er kwam verandering. In 1838 zal schepen Verbist de geneesheer introduceren (Veraghtert 1967). Deze zal de verpleging in handen nemen: hij zal zelfs classificeren: de rustigen centraal in de gemeente, de woeligen en onzindelijken in de periferie van de bebouwde kom (Roosens 1977). Vanaf 1838 begrepen de artsen dat ze het Geelse systeem in hun greep konden krijgen.

Maar het opsluiten, het isoleren dan, kon dit wel? Een tiental jaar later wees Moreau erop dat het pleeggezin feitelijk een ideale isoleercel is. Ieder pleeggezin kon een klein instituut worden, waar de patiënt geïsoleerd werd, beschermd tegen de slechte invloed van zijn medepatiënten! 'Faut-il donc absolument enfermer les aliénés pour les isoler? Isoler un aliéné, c'est briser complètement les habitudes au milieu desquelles sa folie a pris naissance ... A Gheel toutes les conditions sont fidèlement remplies ... tout est nouveau pour lui.' Ook te Geel was dus niet alleen classificeren mogelijk maar ook isoleren. Het pleeggezin was de ideale isolatie waar de patiënt uit zijn milieu weggenomen werd (1845, 265).

Het Geelse systeem had het in 1838 gewonnen. De geneesheer kon er werken, classificeren, isoleren. Maar de douche dan? Ook in die tijd werd men stilaan sceptisch tegenover de behandelingsmogelijkheid van de psychiater. Was deze wel zo efficiënt? De douche werd trouwens door de patiënt als zeer pijnlijk ervaren en werd uiteindelijk meer toegepast als straf dan als behandeling. 'La douleur par la douche est des plus vives. Les cris, les plaintes furieuses, les lamentations des

malades le témoignent assez. Je l'ai essayé plusieurs fois sur moi-même et je l'ai trouvé extrêmement pénible, aldus Moreau (1845, 268). De douche bleek minder genezend dan wel bestraffend.

Wilde de psychiater toch nog aan hydrotherapie blijven doen, dan kon dit ook. Steeds volgens Moreau: 'la douche peut être très bien remplacée par les applications ou effusions d'eau froide pratiquées avec une éponge, des linges trempés dans l'eau, une vessie remplie de glace'.

Hydrotherapie was er dus ook mogelijk. Te Geel werden, overigens pas na 1850, officiële 'maitres-baigneurs' aangesteld: badknechten, badverplegers. De andere instituten zouden deze luxe niet krijgen! Geel kon dus in zekere zin een soort kuuroord worden!

De krankzinnigenzorg te Geel na 1850

De wetgever had de mogelijkheid voor gezinsverpleging te Geel toegelaten bij de wet van 18 juni 1850. Het duurde tot 1858 vooraleer dit in de praktijk kon worden georganiseerd. Door dwaze politieke conflicten kon de gemeente dit niet zelf realiseren. Geel werd een staatskolonie (Veraghtert 1970). Een centraal instituut werd gebouwd van waaruit de patiënten bij de bewoners werden geplaatst. Medici en verpleegkundigen zouden aan huis gaan bezoeken en daar de toestand van de patiënten nagaan.

Intussen ontsnapte ook Geel niet aan de geest van die tijd. Toen waren we in de periode van de gestichtspychiatrie. Geel werd nu gezien als het ideale gesticht. Gans het dorp werd een instelling. De patiënt kon er als knecht of meid, door werken dus nuttige verstrooiing vinden voor zijn ziekelijke gedachten. Hij genoot er ook van de 'gezonde lucht'.

Natuurlijk werden de patiënten door de bewoners niet in het gezin opgenomen louter uit menslievende overtuiging. Voor hen telde, – en dat geldt ook nu nog –, vooral de financiële voorziening die het systeem in stand hield. Een patiënt betekende een goede bijverdienste!

Voor de bevolking van Geel vormden de patiënten ook een speciale categorie inwoners en dit is zo gebleven. Wanneer in de jaren 1975 te Geel een vereniging voor gehandicaptenzorg gesticht wordt, wordt niet aan de patiënten gedacht 'die op den boek' staan. Het zijn immers geen Gelenaars (Roosens 1977)!

De voornaamste taak van de behandelende equipe heeft er dan ook steeds in bestaan de pleeggezinnen te 'controleren', dat wil zeggen: misbruiken tegen te gaan. Voor 1950 kon er van psychiatrische behandeling dan ook niet gesproken worden. Die kwam er pas rond de tweede wereldoorlog. En dan nog! Insuline-comatherapie en vooral elektroshocktherapie gaven wel enige behandelingsmogelijkheid, maar pas met de uitvinding van de neuroleptica kon krankzinnigheid efficiënt behandeld worden. En wanneer nu medicatie voorgeschreven

wordt moet het pleeggezin steeds gecontroleerd worden: zorgt het wel goed voor de toediening? (Roosens 1975).

1950 betekent het einde van de honderdvijftig jaar lange periode gestichtstherapie. Van nu af wordt echter gesproken over 'extramurale behandeling', en het fenomeen Geel wordt voortaan met andere ogen bekeken. Geel wordt niet meer beschouwd als het ideale gesticht, maar als een extramurale voorziening. Het systeem wordt vergeleken met halfway houses (Eynikel 1971).

Nu de grote psychiatrische instituten op de helling staan, zien we echter hoe Geel ook misschien tot 'uitsterven' gedoemd is. Als ideaal gesticht gaat het stilaan achteruit: twee derden oligofrenen, een derde chronische patiënten. Ook het populatiecijfer daalt langzamerhand: van 4.000 naar 800 (Roosens 1977). *Zal Geel niet langzamerhand tot de folklore gaan behoren, zoals al onze grote psychiatrische gestichten?*

Besluit

De gezinsverpleging te Geel wordt ten onrechte beschreven als een unicum. Haar geschiedschrijving wordt nog steeds vertekend door de negentiende-eeuwse medische hagiografie.

Vóór 1793 was er geen echte behandeling. De Geelse organisatie was een systeem van armenzorg, meer niet. Het enige specifieke was wel dat chronische zieken – en niet alleen krankzinnigen – van uit de naburige grootsteden hier geplaatst werden. De grote concentratie van kostgangers was opmerkelijk: 700 op 3.000 inwoners.

Na 1793 vond het Geelse systeem geen plaats meer in de medische krankzinnigenzorg en zeker niet in de wetgeving omtrent krankzinnigheid. Het Geelse systeem ging daardoor bijna ten onder: er waren nog slechts 200 kostgangers.

Na 1850 echter werd Geel het ideale gesticht dat zowel voor de geneesheer als voor de wetgever aanvaardbaar was. Er werden 4.500 plaatsen voorzien!

Na 1950 kent Geel een progressieve achteruitgang, zoals alle grote psychiatrische instituten heden ten dage. Op dit moment zijn er nog slechts 800 patiënten.

Bronnen

- A.O.C.M.W.: Archief Openbaar Centrum Maatschappelijk Werk, Brugge, Registers Procesverbalen.
R.A.A.: Rijksarchief Antwerpen, Provinciaal Archiefonds.

Bibliografie

- Bonenfant, P. (1934), *Le problème du paupérisme en Belgique à la fin de l'Ancien Régime*. Mémoires Académie Royale de Belgique, Classe des Lettres, Série 2, Tome 25, Palais des Académies, Brussel.

- Bonenfant, P. (1941), L'ancienne 'Maison des Insensés' (Simpelhuys) de Bruxelles. *Annales de la Société Royale d'Archéologie de Bruxelles*, 45, 129-140.
- Esquirol, E. (1839), *De maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Tircher, Brussel.
- Evrard, A. (1985), Geel de Barmhartige Stede. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 41, 793-798.
- Eynikel, H. (1971), Geel bakermat van de gezinsverpleging. *Annalen van de Belgische Vereniging voor Hospitaal Geschiedenis*, 9, 113-127.
- Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard, Parijs.
- Geldhof, J. (1975), *Pelgrims, dulle lieden, vondelinge te Brugge 1275-1975*. Psychiatrische Kliniek O.L. Vrouw, Brugge.
- Guislain, J. (1826), *Traité sur l'Aliénation mentale et sur les Hospices des Aliénés* Vander Hey-Gartman, Amsterdam.
- Lis, G., en H. Soly (1980), *Armoede en kapitalisme in pre-industrieel Europa*. Standaard, Antwerpen-Amsterdam.
- Moreau (De Tours), J. (1845), Lettres médicales sur la Colonie d'Aliénés de Gheel. *Annales Médico-Psychologiques. Journal de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du Système Nerveux*, 5, 89-112 en 264-279.
- Rapport de la Commission pour l'Amélioration de la Condition des Aliénés en Belgique (1842) De Mortier, Brussel.
- Rapport van de Staatscommissie ingesteld bij Koninklijk Besluit van 03 januari 1822, nr. 36 (1922), J.M. Schuurmans Stekhoven, *Ontwikkeling van het Nederlands Krankzinnigenwezen. 1813-1914*. Den Haag.
- Rodenbach, C. (1828), Considérations sur les Colonies de Fous, *Bibliothèque Nationale et Etrangère, publiée par une Société de Médecins*, 5, 619-632.
- Ronse, H. (s.d.), Krankzinnigenzorg te Poperinge in de XVIIIe eeuw, ter publicatie.
- Ronse, H. (1985), Machtiging tot opname of collocatie, Het ontstaan van de interneringsprocedure in Nederland en België aan de hand van de situatie te Brugge, *Honderd Jaar Krankzinnigheid*. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, p. 25-50.
- Roosens, E. (1977), *Geel een unicum in de Psychiatrie. Mentale Patiënten in de Gemeenschap*. De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen-Amsterdam.
- Strole, L., en J. Schrijvers (1972), Geel Family Care Research Project. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 14, 125-135.
- Veraghtert, K. (1967), *De Krankzinnigenverpleging te Geel, 1795-1860*. K.U. Leuven, Verhandeling Licentiaat Wijsbegeerte en Letteren.
- Veraghtert, K. (1970), Naar een moderne gezinsverpleging te Geel 1790-1860. *Annalen van de Belgische Vereniging voor Hospitaal Geschiedenis*, 8, 55-73.
- Wouters, J. (1977), *Geel: gisteren, vandaag, morgen*. Polycopie, Geel.

Schrijver is psychiater, hoofdgeneesheer O.L. Vrouwkliniek-Rustenburg, K. Albertlaan 8, B 8200 Brugge 2.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 28-7-'87.