



On le dit fou

Geestelijke gezondheidszorg in Belgisch Centraal-Afrika: een vergelijkende analyse over de organisatorische evolutie tijdens het interbellum en onder de implementatie van het Tienjarenplan

Charlotte Cornelissen

Masterproef aangeboden binnen de opleiding
master in de geschiedenis

Promotor: prof. dr. Kaat Wils
Begeleider: drs. Felix Deckx

Academiejaar 2022-2023

251.960 tekens



Ik verklaar me akkoord met de *code of conduct* van de faculteit Letteren voor
geloofwaardig auteurschap.

Dankwoord

Door het finaliseren van deze masterproef kan ik mijn opleiding Geschiedenis op een mooie manier afsluiten. Echter is de totstandkoming van deze thesis ook te danken aan verschillende personen die mij dit jaar wegwijs hebben gemaakt doorheen het mastertraject maar ook aan de groep personen die de afgelopen vier jaar in Leuven onvergetelijk hebben gemaakt. Ik zal van deze gelegenheid gebruik maken om mijn dank hieromtrent neer te schrijven.

Allereerst wil ik mijn promotor, professor Kaat Wils bedanken. Vanaf ons eerste gesprek heeft ze mijn proces blijvend opgevolgd. Ik bedank haar graag voor de kritische bevragingen in het begin van het onderzoek die me telkens opnieuw aanmoedigden om verder te zoeken en me een duwtje in de rug gaven om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Hiernaast wil ik mijn begeleider, Felix Deckx, enorm bedanken omdat hij mijn onderzoek volledig vrijblijvend verder heeft opgevolgd. Bedankt voor de nauwe opvolging van mijn schrijfproces, de vele waardevolle kritische bedenkingen en suggesties en vooral ook voor het enthousiasme omtrent het onderwerp.

Verder gaat mijn dank tevens uit naar de archivarissen en archiefmedewerkers van ARA2 – depot Joseph Cuvelier in Brussel. Dankzij hen was het mogelijk om de rijkelijke en interessante archiefstukken die ik wou raadplegen tijdelijk klaar te leggen. Ik wil hen bedanken voor de vlotte communicatie en beschikbaarheid, bij elke mogelijke vraag stonden ze mij graag te woord.

Hiernaast wil ik mijn familie en vrienden nog uitdrukkelijk bedanken. In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn ouders. Bedankt voor de onvoorwaardelijke steun en het vertrouwen in alles wat ik al gedaan heb en de wil om te helpen en klaar te staan wanneer dit nodig was. Hiernaast wil ik ook mijn grootouders bedanken die altijd benieuwd waren naar het onderzoek. Tenslotte gaat er nog een grote dankjewel uit naar mijn vrienden, door hen kon ik steeds met extra veel goede moed en plezier vorderen in het proces en zo proberen om het beste in mezelf naar boven te halen.

Van harte bedankt!

Abstract

Tegen het begin van de jaren 1950 verklaarde de medische commissie, dat onderdeel was van het Tienjarenplan, dat de hoeveelheid autochtone geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika zodanig hoog was dat de oprichting van gespecialiseerde behandelcentra gerechtvaardigd kon worden. Vóór de implementatie van het Tienjarenplan was er weinig belangstelling voor de koloniale geestelijke gezondheidszorg. Deze bevond zich in de schaduw van de grotere bekommernis omtrent de zorg en bestrijding van curatieve en endemische ziekten. De centrale vraagstelling van deze masterproef doelt bijgevolg op de evolutie in de positie van de koloniale overheid en de koloniale artsen en psychiaters ten aanzien van het concept van geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika, zowel tijdens het interbellum (1920-1940) als tijdens de implementatie van het Tienjarenplan (1949-1960). Uitgebreid onderzoek naar de geestelijke gezondheidszorg in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi werd tot op heden nog niet verricht. Om die reden tracht deze masterproef mee te werken aan het opvullen van een groot hiaat dat zicht nog steeds vestigt binnen het onderzoeksveld van de koloniale gezondheidszorg. Hiernaast kan de studie ook bijdragen tot het gebied van de subalterne studies. De onderzoeksfase van deze masterproef werd uitgevoerd door gebruik te maken van de discoursanalytische methode. Het bronnencorpus bestaat voornamelijk uit archivalische bronnen vanuit de *Archives africaines: Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène* wat deel uitmaakt van het Algemeen Rijksarchief 2, depot Joseph Cuvelier in Brussel. Hiernaast wordt er ook gebruik gemaakt van onderzoeksrapporten van (koloniale) medische experts tijdens de Belgische koloniale periode. Deze scriptie toont aan dat de geestelijke gezondheidsorganisatie tijdens het interbellum onderontwikkeld was en werd gekarakteriseerd door erbarmelijke omstandigheden. Door de dichotomie tussen de westerse geneeskunde en de traditionele autochtone behandelingen ondervonden koloniale artsen grote moeilijkheden in het begrijpen van autochtone patiënten. De oorzaak van deze gebrekkige organisatie was te wijten aan de overtuiging onder veel koloniale autoritaire actoren dat de autochtone bevolking nog niet 'beschaafd' genoeg was voor een mogelijke manifestatie van geestesziekten. In de jaren 1950 werd er meer geïnvesteerd in de geestelijke gezondheidszorg. Het eerste en enige psychiatrisch centrum werd geopend en de eerste Belgische psychiaters kwamen in de kolonies terecht. Het discours draaide zich om waarbij de oorzaak van geestesziekten niet uitsluitend werd gelegd bij de autochtone bevolking maar wel bij het Belgisch kolonialisme.



Inhoudsopgave

Inleiding	1
Koloniale gezondheidszorg	8
1. De organisatie van voorzieningen voor koloniale geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika tijdens het interbellum van 1920 tot 1940	12
1.1. Van isolement en onwetendheid naar een pril begin van bewustwording	12
1.2. Een wetgeving ‘in limbo’	24
1.3. Culturele obstakels en de autochtone traditionele behandeling van geesteszieken	32
1.4. Besluit van het eerste deel	35
2. Een organisatorische intensivering van de koloniale geestelijke gezondheidszorg tijdens het laatste decennium van het Belgisch bewind van 1949 tot 1960	37
2.1. Koloniale geestelijke gezondheidszorg in de context van het Tienjarenplan	37
2.1.1. <i>Het Plan Van Hoof-Duren</i>	38
2.1.2. <i>De aanloop naar het eerste en enige psychiatrisch centrum in de kolonie</i>	40
2.2. De ontwikkeling van de etnopsychiatrie en de specialisering van Belgische koloniale psychiaters	55
2.3. Besluit van het tweede deel	76
3. Conclusie	78
4. Bibliografie	84
5. Bijlage	94

Inleiding

“La plupart, surtout la jeunesse, ont complètement abandonné croyances et coutumes ancestrales. Ils veulent vivre comme les Européens, avec lesquels ils sont constamment en contact. Que cette situation donne lieu à pas mal de conflits, de difficultés d'adaptation, ne laisse aucun doute. Ceux qui ne peuvent pas intégrer ces changements, ceux pour qui la tension émotionnelle y afférente est trop forte, réagissent par un effondrement psychique.”¹

Deze constatacie verscheen in een onderzoeksrapport dat door één van de eerste westerse psychiaters in Belgisch Centraal-Afrika werd vervaardigd. In 1957 werd door de Belgische psychiater Julien Vyncke het werk *Psychoses et névroses en Afrique Centrale* uitgebracht. Aan de hand van casestudies trachtte Vyncke in deze publicatie een uiteenzetting weer te geven van de verschillende psychopathologische kenmerken die bij zijn patiënten aanwezig waren. Hij was een pionier in de uitbouw van psychiatrisch onderzoek en behandelingen in de Belgische kolonie, niet alleen omdat hij deel uitmaakte van de eerste generatie Belgische koloniale psychiaters maar ook omdat hij voor het eerst een dienst psychiatrie probeerde op te richten in het *Hôpital Prince Régent Charles* dat in het toenmalige Usumbura gelegen was en behoorde tot het mandaatgebied Ruanda-Urundi.

In het citaat van Vyncke, dat vervaardigd werd tijdens het laatste decennium van het Belgische bewind, werd duidelijk aangegeven dat de mentale problematiek in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi toch een belangrijk gegeven was binnen de gezondheidszorg en de gevestigde duale maatschappij die op dat moment gekenmerkt werd door het opgelegde en artificiële onderscheid tussen de Belgische kolonisator en het koloniale subject.

Volgens de redenering van Vyncke werden geestesziekten bij de autochtone bevolking toegeschreven aan de ontwrichting van de maatschappij en de bewuste afwending van de eigen cultuur omdat deze als minderwaardig werd beschouwd ten opzichte van de westerse ‘beschaving’. Deze ontwikkeling is een voorbeeld van de vorming van een *colonial mentality* waarbij er tussen individuen een collectieve internalisering van inferioriteit gevormd wordt ten gevolge van het kolonialisme.² Frantz Fanon beschreef deze kwestie reeds in *Peau noire, masques blancs* waarin hij verklaarde dat “*Le Noir veut être Blanc. Le Blanc s’acharne à réaliser une condition d’homme.*”³ Op deze manier zal de gekoloniseerde bevolking zich

¹ Julien Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, V, 5 (Gembloux: J. Duculot, 1957), 12.

² Vera Nünning en Ansgar Nünning, ‘Fictions of empire and the making of imperialist mentalities: colonial discourse and post-colonial criticism revisited’, *Forum for world literature studies* 7, nr. 2 (2015): 177-178.

³ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs* (Parijs : Éditions du Seuil, 1952), 7.

trachten te schikken naar Europese normen in de veronderstelling erkent te worden als een volwaardige persoon. Echter resulteert dit enkel in een soort onofficiële verklaring van een *persona non grata* die zich bevindt tussen de vervreemding van de eigen samenleving en cultuur en een onvermogen om binnen de overheersende en indringende westerse cultuur als evenwaardig beschouwd te worden.

Om de omvang en de consequenties van het Belgisch kolonialisme meer volledig in kaart te brengen kiest deze masterproef er voor om het geestelijke aspect ook te betrekken binnen de postkoloniale studies. Hierin sluit het onderwerp van deze thesis ook deels aan bij de subalterne studies, waarbinnen het werk van Gayatri Chakravorty Spivak een belangrijke plaats inneemt. In haar boek *Can the Subaltern Speak?* kaart ze de problematiek aan omtrent het feit dat de subaltern quasi monddood gemaakt wordt of niet voor zichzelf kan of mag spreken binnen koloniale en postkoloniale context. Ondanks het feit dat de Belgische koloniale periode voornamelijk vanuit het Europese narratief gekend is, kan er binnen deze masterproef ook een indirecte stem gegeven worden aan de autochtone bevolking door de focus te leggen op de interacties tussen patiënt en psychiater. Leven in onzekere en gewelddadige tijden waarin mensen zich moesten heroriënteren als gevolg van de ontwrichting van eigen cultuur en maatschappij heeft onvermijdelijke gevolgen voor de mentale gezondheid van individuen maar heeft ook repercussies voor de gehele gemeenschap.

Onderzoek naar koloniale gezondheidszorg in Belgisch Centraal-Afrika is essentieel om de volledige reikwijdte van het koloniale racisme te bepalen, aangezien de koloniale wetenschap vaak de meest uitgesproken en directe racistische uitlatingen vertoonde vergeleken met andere domeinen van het koloniale bewind.⁴ De koloniale geneeskunde was wellicht het domein bij uitstek waarin een duidelijke scheiding tussen Belgische kolonisator en het koloniale subject het grootst was.⁵ Ondanks de waarde dat het onderzoek naar voorzieningen voor geesteszieken in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi kan bieden voor de bredere postkoloniale studies is hierover tot op heden nog geen analyse verschenen. Hierdoor bestaat er nog een groot hiaat binnen het onderzoeksveld van de koloniale gezondheidszorg. Deze thesis tracht het desbetreffende hiaat voor een deel weg te werken door de organisatie van de psychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika meer in kaart te brengen. De specifiekere onderzoeksvraag omvat de evolutie in de positie van de koloniale overheid en de koloniale artsen en psychiaters ten aanzien van het concept van geestesziekten in Belgisch Centraal-

⁴ Jock McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), 5.

⁵ Maarten Langhendries en Reinout Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche (Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020), 312.

Afrika, zowel vóór de ontwikkeling van het Tienjarenplan als in het decennium erna. Hiervoor zullen de perioden van het interbellum en de naoorlogse periode meer uitvoerig benaderd worden. Het onderzoek zal dusdanig opgesplitst worden in de periode van 1920 tot 1940 en vervolgens van 1949 tot 1960.

De keuze voor deze tijdsafbakeningen volgde uit het feit dat de geraadpleegde bronnen die het grootste en belangrijkste deel uitmaken van dit onderzoek pas in de jaren 1920 rapporteerden over geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Dit is op zich al een bepaalde indicatie van het initiële gebrek aan belangstelling dat het koloniale staatsapparaat had voor geesteszieken. De suggestie bestaat dat deze beginnende prille aandacht voor geesteszieken en geestelijke gezondheidsvoorzieningen een bijkomstige ontwikkeling waren van de algemene uitbreiding van de medische dienst in de kolonie vanaf de jaren 1920.⁶ Daarnaast kan er ook verwezen worden naar de gevolgen van de Eerste Wereldoorlog die eveneens bevochten werd in koloniaal Afrika. De oorlog in Centraal-Afrika bevorderde de consolidatie van de koloniale orde. Verder kan de oorlog ook beschouwd worden als de voortzetting en verdieping van het oude koloniale geweld wat leidde tot een intensivering van onconventionele gewelddadige praktijken.⁷ Deze nieuwe opportuniteit voor repressie en geweld heeft allicht consequenties gehad voor de mentale gezondheid van de autochtone bevolking tijdens het interbellum.

Vervolgens wordt de sprong gemaakt naar het laatste decennium van het Belgisch koloniaal bewind omdat er binnen de koloniale psychiatrie pas beduidende, maar nog steeds beperkte, veranderingen tot stand kwamen na de invoering van het Tienjarenplan, dat de sociale en economische ontwikkeling in de kolonie moest bevorderen. Het laatste decennium van het Belgische bewind in de kolonie werd onder meer gekenmerkt door een nieuwe gevestigde aandacht op de intensivering van de medische infrastructuur.⁸ Hierdoor kan de veronderstelling gemaakt worden dat de uitbouw van psychiatrische voorzieningen pas belangrijker werd geacht in het laatste decennium van het Belgisch koloniaal bewind.

Het belangrijkste bronnencorpus binnen dit onderzoek bevindt zich in het Algemeen Rijksarchief 2, depot Joseph Cuvelier in Brussel en het maakt deel uit van de *Archives africaines: Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine*.

⁶ Sokhieng Au en Anne Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 107.

⁷ Lancelot Arzel, 'Fighting on the equator. War violence and colonial experiences among Congolese troops during World War I', *Belgisch tijdschrift voor nieuwste geschiedenis* 48, nr. 1/2 (2018): 73-74.

⁸ Simon De Nys-Ketels, Laurence Heindryckx, Johan Lagae en Luce Beeckmans, 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959', *Planning perspectives* 34, nr. 5 (2019): 761.

Inspecteur général de l'hygiène. Deze bronnen bestaan uit briefwisseling tussen belangrijke actoren binnen het Belgisch koloniale apparaat inzake hygiëne- en gezondheidsaangelegenheden en dateren van de periode tussen 1928 en 1960. De briefwisselingen tussen de verschillende actoren zoals de gouverneur-generaal, ministers, dokters en religieuze orden geven een top-down perspectief weer van hoe de psychiatrie werd georganiseerd in Belgisch-Congo. Binnen het postkoloniale onderzoek is reeds duidelijk geworden dat veel bronnen sinds hun ontstaan nog onbenut gebleven zijn. De 'Afrikaanse archieven', die zich eerst bevonden in het FOD Buitenlandse Zaken, na de opheffing van het Ministerie van Afrikaanse Zaken, werden in 2014 in overeenstemming tussen het FOD Buitenlandse Zaken en het Rijksarchief voorzien om overgedragen te worden naar het Algemeen Rijksarchief 2, depot Joseph Cuvelier. Deze overdracht was nog steeds gaande tijdens het schrijven van deze masterproef.⁹

Hiernaast had het onderzoek aanvankelijk ook als doel om de stem van de plaatselijke artsen en psychiaters in de kolonie te bestuderen omdat er op die manier een meer gelaagd discours tot stand zou kunnen komen. De intentie was vervolgens om gebruik te maken van medische en wetenschappelijke tijdschriften die toonaangevend waren voor de desbetreffende periode binnen zowel de psychiatrie als binnen de algemene tropische geneeskunde. Hiervoor werd er onderzoek uitgevoerd op de *Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique* dat werd uitgegeven van 1869 tot 1922. In 1923 fuseerde het tijdschrift van de SMMB met het *Journal de Neurologie* waaruit het nieuwe medisch tijdschrift *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* ontstond. In 1947 werd de *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* gecreëerd.¹⁰ Naast deze drie tijdschriften werden ook de *Annales de la société belge de médecine tropicale* geraadpleegd. Echter werden er in deze tijdschriften geen expliciete verwijzingen gemaakt naar de koloniale psychiatrie.

De enige nog enigszins relevante uitgave voor dit onderzoek was het tijdschrift van de *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* dat in de maand juni van 1956 werd gepubliceerd. Hierin verscheen een voorwoord van de Belgisch koloniale arts Jérôme Rodhain waarin hij de studie van de neuropathologie bij de autochtone bevolking als een recente ontwikkeling beschreef. Verder was deze uitgave geheel gewijd aan rapporten over de Congolese bevolking. Hierin werd vooral belang gehecht aan de neurologische component en minder aan

⁹ Pierre-Alain Tallier, Marie Van Eeckenrode en Patricia van Schuylenbergh, *Belgique, Congo, Rwanda et Burundi : Guide des sources de l'histoire de la colonisation (19^e-20^e siècle) : Vers un patrimoine mieux partagé* (Turnhout : Brepols, 2021), 18, 29.

¹⁰ "Preamble et Historique", SRMMB, <https://www.srmmb.be/index.php/notre-societe/historique-srmmb>.

het psychiatrische aspect.¹¹ De grote stilte die er in de gespecialiseerde medische en wetenschappelijke tijdschriften heerste omtrent de koloniale psychiatrie doet ook vermoeden dat er weinig belangstelling was voor de koloniale psychiatrie bij Belgische experts en dat de infrastructuur voor de koloniale psychiatrie en de bijkomende zorg waarschijnlijk nog weinig uitgebouwd was.

Verder werd er getracht om gebruik te maken van statistieken en gegevens uit de *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge*, de *Rapports annuels de la direction générale des services médicaux de Congo Belge* en de *Rapports sur l'activité de FOREAMI*. Deze rapporten werden geconsulteerd om te analyseren of geestesziekten al een belangrijk apart thema vormden binnen het koloniale medische apparaat. In de rapporten van FOREAMI werd geen informatie weergegeven over activiteiten omtrent de koloniale psychiatrie. In de *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge* werden er vanaf de uitgave in 1913 gegevens weergegeven over hoeveel Belgische *aliénés* er aanwezig waren in de verschillende vestigingen.¹² In de eerste jaren maakten de gegevens over de *aliénés* nog deel uit van het subthema *état physique et mental* maar in 1922 werden deze gegevens geplaatst onder de titel *Justice*.¹³ Over de hoeveelheid Congolese geesteszieken werden er geen expliciete cijfers weergegeven. In de *Rapports annuels de la direction générale des services médicaux de Congo Belge* werd er pas in 1934 een apart deel gewijd aan geesteszieken. In 1950 werd er voor de eerste keer verwezen naar de uitgaven voor het bouwen van gestichten voor geesteszieken. Het voorziene budget bleef in de daaropvolgende jaren gelijk of verminderde enigszins totdat het in de publicatie van 1958 niet meer werd opgenomen in de uitgaven.

Een andere potentieel interessante onderzoekspiste voor deze studie doelde op het raadplegen van bronnen van religieuze orden die actief betrokken waren bij geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika. De belangrijke orden van de Zusters van Liefde en de Broeders van Liefde waren actief in de koloniale geestelijke gezondheidszorg maar beide archieven beschikken voornamelijk over bronnen die dateren van na de onafhankelijkheid. Een derde religieuze orde die actief was in de geestelijke gezondheidszorg in de Belgische koloniale provincie Katanga waren de Kanunnikessen van Sint-Augustinus.¹⁴ Tijdens het raadplegen

¹¹ J. Rodhain, 'Introduction', *Acta Neurologica et Psychiatrica belgica* 56, nr. 6 (1956) : 1.

¹² Ministère de l'intérieur, *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge* (Brussel : Imprimerie A. Lesigne, 1913).

¹³ Ministère de l'intérieur, *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge* (Brussel : Imprimerie A. Lesigne, 1922).

¹⁴ Raymond Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, XXII, 1 (Gembloux : J. Duculot, 1952), 5.

van hun religieuze tijdschriften, die werden uitgebracht onder de titel *Almanach de la Congrégation des chanoinesses missionnaires de Saint Augustin : missions au Congo belge, aux Indes anglaises, aux Iles philippines, en Chine, aux Antilles et en Amérique*, werd niets vermeld over de koloniale psychiatrie of over hun werkzaamheden hierin. Een vierde congregatie die actief was in Leopoldstad waren de Zusters Franciscanessen van Maria. In hun tijdschrift *Almanak der Franciscanessen Missionarissen van Maria* werd er evenmin verwezen naar hun activiteiten omtrent het verzorgen van geesteszieken in de kolonie.

Door schaarste aan bronnenmateriaal in medische of wetenschappelijke tijdschriften en in tijdschriften van religieuze orden nemen de onderzoeksrapporten van de plaatselijke artsen en psychiaters enkel maar in belang toe voor het onderzoek. Er zal hoofdzakelijk in het tweede deel van de thesis gebruik gemaakt worden van dergelijke onderzoeksrapporten aangezien de eerste westerse psychiaters pas actief waren in de Belgische kolonie tijdens het laatste decennium van het Belgische bewind. Er zal voornamelijk gebruik gemaakt worden van de uitgave *La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951* van Belgisch psychiater Raymond Baudoux die het werk vervaardigde tijdens een onderzoeksmissie in de kolonie. Hiernaast zal er in het bijzonder ook aandacht besteed worden aan *Psychoses et névroses en Afrique centrale*, geschreven door de koloniale psychiater Julien Vyncke. Aangezien dit één van de enige onderzoeksrapporten is die door een psychiater in Belgisch Centraal-Afrika werd vervaardigd, zal er hier ook een uitgebreide discoursanalyse toegepast worden.

De discoursanalytische methode heeft betrekking tot wat er in een tekst staat. Bij het toepassen van deze methodologie zal er rekening gehouden worden met de formele details van de taal waarin de tekst is verrat, de onderlinge samenhang tussen regels en tekst maar ook tussen tekst en context en de eventuele intenties van de auteur.¹⁵ De methode van discoursanalyse maakt onderscheid tussen twee niveaus. In het eerste niveau wordt het talige aspect van de tekst geanalyseerd.¹⁶ Hierin worden de semantiek, de syntaxis, de cohesie en de narratologie van de tekst besproken.¹⁷ Het tweede niveau omvat de discursieve praktijk.¹⁸ Binnen dit niveau wordt er aandacht gegeven aan het genre en het statuut, de verwachtingen met betrekking tot het publiek en de intertekstualiteit en interdiscursiviteit van de tekst.¹⁹

¹⁵ Marnix Beyen, *De taal van de geschiedenis: hoe historici lezen en schrijven* (Leuven: Universitaire pers Leuven, 2019), 27.

¹⁶ Norman Fairclough, *Discourse and social change* (Cambridge: Polity press, 1992), 4.

¹⁷ Beyen, *De taal van de geschiedenis: hoe historici lezen en schrijven*, 75.

¹⁸ Fairclough, *Discourse and social change*, 4.

¹⁹ Beyen, *De taal van de geschiedenis: hoe historici lezen en schrijven*, 41.

Dergelijke *close reading* techniek vestigt de aandacht op aspecten van de tekst die bepaalde structuren of gelaagdheid meer aan het licht zullen brengen. Deze diepgaande analyse zal voornamelijk toegepast worden op de onderzoeksrapporten van Raymond Baudoux en Julien Vyncke.

Doorheen de thesis zullen er enkele termen gehanteerd worden die binnen het contemporaine discours omtrent psychiatrische patiënten en psychiatrie niet meer gangbaar zijn. Er wordt echter gekozen om deze begrippen, die in de Franstalige bronnen voorkomen, in hun authentieke vorm weer te geven aangezien een mogelijke vertaling of een aanpassing van archaische woorden de historische realiteit niet in zijn geheel zou kunnen weergeven. Op deze manier kan er geen betekenisverandering optreden en wordt het risico op een eventueel anachronisme gemeden. Een eerste begrip dat gebruikt zal worden is de Franse term *aliéniste* of de Nederlandse variant *aliénist*, dat vanaf de negentiende eeuw tot aan het begin van de twintigste eeuw verwees naar artsen die gespecialiseerd waren in de studie en behandeling van geestesziekten.²⁰ Hiernaast en aansluitend zal er ook meermaals gerefereerd worden naar *aliénés*, wat een overkoepelende term was voor de verschillende geesteszieken. Verder komen eveneens woorden als *débiles*, *idiots* en *imbéciles* aan bod in briefwisseling en onderzoeksrapporten. De term *débile* werd in de negentiende eeuw doorgaans gebruikt om te verwijzen naar een fysieke zwakheid maar in de twintigste eeuw veranderde de betekenis van het woord en verwees het uitsluitend naar een verstandelijke beperking.²¹ *Idiot* werd gehanteerd om de meest extreme verstandelijke beperking te omschrijven waarvan *imbécile* de afgeleide was om een mildere vorm van verstandelijke beperking uit te drukken.²² Hiernaast zal de term ‘gesticht’ en *asile* ook vaak gebruikt worden. Deze verouderde termen werden in de negentiende en twintigste eeuw gebruikt om inrichtingen te definiëren waar geesteszieken werden ondergebracht.²³

Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan het opvullen van de grote lacune die er nog heerst over de Belgisch koloniale uitbouw van voorzieningen voor geesteszieken. Verder draagt de studie ook bij tot het meer globale onderzoek van de koloniale gezondheidszorg, aangezien de studie naar de samenhang tussen lichaam en geest fundamenteel is in het begrijpen van deze bredere geschiedenis. Dit thema wordt in

²⁰ Theodore Porter, *Genetics in the madhouse: The unknown history of human heredity* (Princeton: Princeton University Press, 2018), XI.

²¹ “Débile”, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, geraadpleegd 9 juli 2023, <https://cnrtl.fr/definition/d%C3%A9bile>.

²² Porter, *Genetics in the madhouse: The unknown history of human heredity*, XI.

²³ Sylvie Metais, “Asile Psychiatrique (histoire du concept)”, Encyclopaedia Universalis France, geraadpleegd 15 juli 2023, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/asile-psychiatrique-histoire-du-concept/>.

verschillende chronologische stappen behandeld. Het tweede deel van deze inleiding zal allereerst een algemeen beeld schetsen over de koloniale gezondheidszorg om het onderwerp van enige context te voorzien. Vervolgens zal het eerste hoofdstuk van de paper zich ontfermen over de periode tussen 1920 en 1940 waarin er verder wordt ingegaan op een beginnende bewustwording over de noodzaak van voorzieningen, het wetgevende kader en de dichotomie tussen de westerse visie op geestelijke gezondheidszorg en het autochtone begrip van geestesziekten. Het tweede deel van het onderzoek ontplooit zich binnen de context van het Tienjarenplan. Er zal verwezen worden naar de nieuwe beoogde ontwikkelingen binnen de Belgische koloniale psychiatrie en vervolgens zal er verwezen worden naar de eerste Belgische psychiaters die actief waren in de kolonie.

Koloniale gezondheidszorg

Tot op heden heeft het onderzoeksveld van de Belgische koloniale gezondheidszorg zich beperkt tot onderzoek naar voorzieningen die zich ontwikkelden voor endemische en curatieve ziekten. Dit heeft te maken met het feit dat de koloniale gezondheidszorg zich ook voornamelijk inzette voor lichamelijke ziekten en het de geestelijke gezondheidszorg pas later ging uitbouwen.²⁴ De gezondheidszorg in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi in de periode van 1908 tot en met 1960 was voornamelijk gebaseerd op achterliggende economische, religieuze en politieke agenda's, eerder dan humanitaire belangen. Het medisch systeem werd in de hand gewerkt door de staat, de missionarissen en de agro-industrie waardoor de koloniale gezondheidszorg altijd ten dienste stond van een ander en groter doel.²⁵ Zo werden de eerste twee algemene ziekenhuizen voor Congolezen tijdens het persoonlijke en absolute bewind van Leopold II gebouwd om de negatieve financiële impact van zieke arbeiders tegen te gaan. In Congo Vrijstaat werd gezondheid gebruikt om de militaire controle en economische exploitatie in de hand te werken.²⁶

De algemene medische structuur voor Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi bestond uit een inspecteur-generaal, de verscheidene districten waarin medische officieren tewerk werden gesteld, belangrijke ziekenhuizen in grote koloniale enclaves en meer landelijke lazareten die werden gerund door religieuze orden. De *médecin en chef* was gevestigd in de hoofdstad Leopoldstad en moest bevelen geven aan de verschillende provinciale artsen. Secundaire posten werden overgelaten aan dokters van de eerste klasse en dokters van de tweede klasse

²⁴ P. G. Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2 (Brussel : Fondation Roi Baudouin, 1992), 929.

²⁵ Langhendries en Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 305-308.

²⁶ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 105.

die afhankelijk waren van lokale autoriteiten. Congolese mannelijke medische assistenten mochten enkel handelingen uitvoeren onder toezicht van Europees zorgpersoneel.²⁷

Betreffende het zorgpersoneel en het aantal artsen was er een beduidend tekort in de kolonie. Om deze onderbemanning in de koloniale gezondheidszorg tegen te gaan werden er geleidelijk aan een beperkt aantal Congolezen ingeschakeld die zich aanvankelijk moesten focussen op de administratie. Later in 1917 werd de eerste opleiding voor verpleegkunde opgericht in Boma als gevolg van een groeiende behoefte aan geschoold medisch personeel. Vanuit de Belgische overheid werd er vervolgens in 1936 een opleiding ontwikkeld voor Congolese mannelijke medische assistenten die zich op hiërarchisch niveau net tussen verpleegkundigen en artsen bevonden. In het laatste decennium van het Belgisch bewind in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi werd er in Lovanium (de universiteitscampus die vanuit de Katholieke Universiteit van Leuven in Leopoldstad werd opgericht) een artsenstudie opgezet. Deze studie werd ontwikkeld in 1954 maar het zou nog duren tot na de onafhankelijkheid voordat de eerste Congolese artsen zouden afstuderen.²⁸

Naast de overheid werd er ook door de Rooms-Katholieke Kerk geïnvesteerd in georganiseerde gezondheidszorg in de Belgische kolonie. Religieuze congregaties verleenden zorg binnen de gezondheidssector vanuit de traditie van *Caritas*. Het verzorgen van zieken en armen stond in dit gedachtengoed centraal.²⁹ Hiernaast was er ook een minder humanitaire kant aan hun inspanningen binnen de gezondheidszorg aangezien een belangrijke beweegreden voor het bieden van koloniale gezondheidszorg tot stand kwam als gevolg van de concurrentiestrijd met protestanten. Door actief te zijn binnen de geneeskunde konden katholieke missionarissen op die manier het aantal bekeringen proberen verhogen. Katholieke missionarissen hadden echter nauwelijks een medische opleiding genoten en konden slechts eenvoudige medische hulp toepassen.³⁰ In de jaren 1920 kwam er een beginnende professionalisering met de invoering van een korte opleiding voor verpleegkundigen aan de School voor Tropische Geneeskunde in Brussel. Katholieke missionarissen hielden zich vanaf deze periode ook meer bezig met de palliatieve zorg voor patiënten in de kolonie.³¹

Buiten de betrokken partijen van de overheid en de katholieke kerk gingen enkele

²⁷ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 108.

²⁸ Langhendries en Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 306.

²⁹ Joris Vandendriessche en Tine Van Osselaer, 'Medicine and religion', in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 68.

³⁰ Langhendries en Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 308.

³¹ Vandendriessche en Van Osselaer, 'Medicine and religion', in *Medical histories of Belgium*, 73.

bedrijven binnen de agro-industrie zich ook inzetten voor de gezondheidszorg. Het bedrijf dat zich het meest had toegespitst op deze gezondheidszorg was de *Union Minière du Haut-Katanga*. De UMHK organiseerde ziektescreening en zorginstellingen. Het beleid voorzag een medische structuur dat zich concentreerde op de vroege opsporing van ziekten, de isolatie van patiënten en de preventie van ziekten. Het gezondheidsapparaat van de UMHK werd onder meer gekenmerkt door de oprichting van apotheken in de mijnen, fabrieken en kampen en ook de ontwikkeling van ziekenhuizen op de verschillende locaties. Verder werd er ook een centraal ziekenhuis opgericht. Deze maatregelen zorgden ervoor dat de morbiditeit bij arbeiders daalde wat voordelig was voor het economisch rendement van het bedrijf.³² Door de invoering van andere medische voorzieningen ging de UMHK zich ook toespitsen op een uitgebreidere controle over het familiale leven van de arbeidskrachten.³³ Andere grote ondernemingen in de kolonie gingen zich aan het gezondheidsbeleid van de UMHK meten omdat deze gezondheidszorg niet alleen resulteerde in grotere economische winst maar ook omdat het beleid voldeed aan de wetgeving rond arbeidsbescherming dat een medische keuring van de arbeiders vereiste voordat deze in dienst konden genomen worden.³⁴

De ontwikkeling van het medisch apparaat en de medische diensten nam geleidelijk aan toe. Allereerst was er de oprichting van de *Service d'Assistance Médicale Indigène* die het voor de koloniale overheid mogelijk maakte om de coördinatie van de verschillende zorginstellingen beter te laten verlopen. Vanaf 1930 was er de ontwikkeling van het *Fonds Reine Élisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes*. Het doel van FOREAMI was om ziektebestrijdingsprogramma's te ontwikkelen die ziektes moesten opsporen en behandelen binnen een afgebakend gebied door gebruik te maken van mobiele medische teams. Na de Tweede Wereldoorlog werd ook het *Fonds du bien-être indigène* opgericht dat de algemene publieke gezondheid diende te bevorderen, voornamelijk ook in de rurale gebieden.³⁵ Verder was er ook betrokkenheid van Belgische universiteiten die geleid hebben tot de oprichting van de *Fondation médicale de l'Université de Louvain* of FOMULAC in 1926 en de creatie van het *Centre scientifique et médical de l'Université libre de Bruxelles* of CEMUBAC in 1936. Zowel FOMULAC als CEMUBAC waren onderzoeks- en medische instanties.³⁶

Ondanks de oprichting van bepaalde organisaties en een toename in intensivering van

³² Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 117.

³³ Langhendries en Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 307.

³⁴ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 117.

³⁵ Langhendries en Vander Hulst, 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 307-310.

³⁶ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 117-118.

het medische systeem na het Tienjarenplan blijft het toch duidelijk dat de ontwikkeling van medische infrastructuur in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi nog altijd zeer utilitaristisch en beperkt was en dat er een algemene consensus heerst onder historici die luidt als volgt: “*Het koloniale regime heeft de Congolezen in eerste instantie ziek gemaakt, en niet genezen.*”³⁷

³⁷ Maarten Langhendries en Reinout Vander Hulst, “Koloniale systeem in Congo deed niet aan ontwikkelingssamenwerking”, Knack, 18 juni 2020, <https://www.knack.be/nieuws/koloniale-systeem-in-congo-deed-niet-aan-ontwikkelingssamenwerking/>.

1. De organisatie van voorzieningen voor koloniale geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika tijdens het interbellum van 1920 tot 1940

Dit eerste hoofdstuk behandelt de beginjaren van de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi. Het hoofdstuk is thematisch opgedeeld in drie paragrafen die elk een aspect van de uitbouw van voorzieningen voor geesteszieken in de Belgische kolonie voor hun rekening nemen. De eerste paragraaf geeft meer informatie over de plaatselijke toestand van de Belgische koloniale psychiatrie in de jaren 1920 waarin er ook voor de eerste keer werd nagedacht over een mogelijke ‘modernisering’ van de methoden. In de tweede paragraaf wordt de focus gelegd op de nieuwe belangstelling voor het eventueel uitwerken van een wetgevend kader voor de geestelijke gezondheidszorg in Belgisch-Congo. Ten slotte zullen in de derde paragraaf de traditionele Congolese medische praktijken rond geesteszieken vergeleken worden met de westerse variant. Hierbij wordt een bijzondere nadruk gelegd op de interculturele contacten tussen beide bevolkingsgroepen.

1.1. Van isolement en onwetendheid naar een pril begin van bewustwording

De eerste decennia van de Belgische koloniale organisatie van autochtone geesteszieken werden gekenmerkt door een eigen toegepaste vorm van koloniale psychiatrie die zowel nationale als internationale elementen van geestelijke gezondheidszorg met elkaar verenigde. Deze Belgische koloniale psychiatrie heeft haar eigen koers gevaren vrij van een duidelijk gebonden wetgevend kader. Ten opzichte van de grote cesuren in de algemene ontwikkeling van de westerse psychiatrie kan het prille begin van de Belgisch koloniale psychiatrie zich evenmin inschrijven in meer duidelijk afgelijnde kaders die op het Europese vasteland en in de westerse wereld in het algemeen gangbaar waren.

Zo was er in de eerste decennia van het koloniale bewind geen afdoende sprake van een *great confinement* van psychiatrische patiënten. Dit concept werd door Michel Foucault gehanteerd om de periode te beschrijven die werd gekenmerkt door het massaal opleggen van vormen van fysieke beperking aan mensen die zich aan de rand van de maatschappij bevonden. Deze vorm van opsluiting was vooral gangbaar vanaf de tweede helft van de zeventiende eeuw tot de negentiende eeuw in Europa.³⁸ Als reactie op het *great confinement* model werd de morele behandeling tot ontwikkeling gebracht aan het begin van de

³⁸ Michel Foucault, *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason* (New York: Random House, 1988), 63-64.

negentiende eeuw in Europa. Dit bracht een vernieuwde hoop met zich mee omtrent een mogelijke genezing van geesteszieken. Aanhangers van de morele therapie beweerden dat geestesziekten makkelijker te behandelen waren wanneer de patiënt zich in de juiste fysieke en morele omgeving bevond.³⁹ Hierin stonden de passies centraal en werd er getracht een psychologische beïnvloeding te bewerkstelligen bij de patiënt die uitgevoerd werd door de arts waarbij vooral zijn gezagspositie van groot belang was.⁴⁰ Deze techniek werd later, onder andere door Foucault, bekritiseerd omdat het gesteund was op disciplineren en controle van de patiënten.⁴¹

Echter is er binnen de eerste decennia voor de casus van de Belgische koloniale psychiatrie noch sprake van een uitgebreide toepassing van deze morele behandeling als van de latere biologische behandeling die zijn intrede reeds deed in de tweede helft van de negentiende eeuw in Europa.⁴² Deze ontwikkeling van biologisch georiënteerde interventies binnen de geestesziekten werd in de hand gewerkt door nieuwe wetenschappelijke inzichten. De psychiatrie probeerde zich als een aparte wetenschap te kwalificeren door biologische beschrijvingen te geven voor geestelijke stoornissen.⁴³ Geestesziekten waren niet zomaar stoornissen in het denken maar ze werden nu beschouwd als (hersens)ziekten.⁴⁴

Aan het begin van de twintigste eeuw werd de koloniale psychiatrie voornamelijk gekenmerkt door de isolatie van psychiatrische patiënten. De belangrijkste beweegreden voor de creatie van koloniale psychiatrische instellingen was het bewaren van de publieke orde door autochtone personen die als gevaarlijk of storend werden geacht te verwijderen uit de openbare ruimte. De eerste decennia van koloniale psychiatrie werden zodoende hoofdzakelijk gekarakteriseerd door vrijheidsberoving. Er werd nog geen belang gehecht aan eventuele psychotherapie of behandelingen maar daarnaast was er ook geen sprake van een massale opsluiting.⁴⁵ Deze afwezigheid van massale opsluiting kan verklaard worden doordat de diensten voor mentale gezondheid in koloniaal Afrika aanvankelijk erg *ad hoc* werden

³⁹ Andrew Scull, *Desperate remedies: psychiatry's turbulent quest to cure mental illness* (Cambridge: Harvard University Press, 2022), 3.

⁴⁰ Patrick Allegaert et al, *Geen rede mee te rijmen: geschiedenis van de psychiatrie* (Tielt: Lannoo, 2012), 91-92.

⁴¹ Andrew Scull, *Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine* (Princeton: Princeton University Press, 2015), 207-208.

⁴² Benoît Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle* (Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2013), 214.

⁴³ Scull, *Desperate remedies: psychiatry's turbulent quest to cure mental illness*, 40.

⁴⁴ Jeroen Pollens, "De geschiedenis van de psychiatrie (1800-heden) in een notendop", *Historiek*, 4 december 2019, <https://historiek.net/de-geschiedenis-van-de-psychiatrie-1800-heden-in-een-notendop/58562/>.

⁴⁵ Emmanuel Kwaku Akyeampong, 'A historical overview of psychiatry in Africa', in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman (Bloomington: Indiana University Press, 2015), 26-27.

geïnstalleerd.⁴⁶ Verder zou er ook gesuggereerd kunnen worden dat er in de eerste decennia nog geen grote nood was voor massale opsluiting aangezien de autochtone gemeenschappen en familie nog vaak voorzagen in opvang, ondersteuning en mogelijks herstel van de autochtone patiënten. Hiernaast kon een groot aantal mentale aandoeningen ook herleid worden naar organische pathologieën waarvoor koloniale artsen een specifieke therapie voorhanden hadden.⁴⁷ Verder en meer algemeen kan tevens de denkoefening gemaakt worden dat de kosten-batenanalyse in het voorzien van complexen voor massale opsluiting er niet voordelig uitzag voor het budget van de kolonie.

Tijdens de eerste jaren van het Belgisch koloniaal bewind in Congo werden Belgisch-Congolese psychiatrische patiënten geïsoleerd in afzonderlijke *cabanons*. Deze complexen maakten vaak onderdeel uit van een algemeen ziekenhuis of van een gevangenis voor Congolezen. Tegen het einde van de jaren 1920 rapporteerden de verschillende provinciegouverneurs die aan het hoofd stonden van de, destijds nog, vier aparte provincies over de bestaande voorzieningen voor geesteszieken. Voor de Oostprovincie werd er verwezen naar het ziekenhuis voor Congolezen in Stanleystad dat over *cabanons* voor geesteszieken zou beschikken.⁴⁸ In diezelfde periode werd er in de provincie Katanga een paviljoen van acht kamers voorzien in het ziekenhuis voor Congolezen van Elisabethstad. Buiten deze constructie bestond er geen alternatief complex voor autochtone geesteszieken in de provincie.⁴⁹ Voor de Evenaarsprovincie werd er gemeld dat elk ziekenhuis in het bezit was van *cabanons*.⁵⁰ Over Congo-Kasai zijn de gegevens niet langer aanwezig.

De complexen waar autochtone psychiatrische patiënten werden geplaatst waren dus miniem aanwezig in de beginperiode van het Belgische koloniale bewind. Dit wordt verklaard door het feit dat geestelijke gezondheidsproblemen in de kolonie voor een lange tijd naar de achtergrond werden verplaatst. De endemische en curatieve zorg was prioritair omdat lichamelijke ziekten niet alleen vaker en bedreigender voorkwamen onder de bevolking maar ook omdat deze makkelijker te benaderen waren door koloniale artsen. Er waren namelijk nog

⁴⁶ Jock McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), 40.

⁴⁷ P. G. Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2 (Brussel : Fondation Roi Baudouin, 1992), 926.

⁴⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : A. H. Gilson, *Cabanons pour aliénés*, 29 mei 1928.

⁴⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : E. F. Henry, *Cabanons pour aliénés*, 27 mei 1928.

⁵⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : F. F. Jorissen, *Cabanons pour aliénés*, 2 mei 1928.

geen psychiaters aanwezig in de kolonie en de lokale artsen hadden vaak te weinig ervaring met geesteszieken om op een concrete wijze te reageren.⁵¹ Artsen die weinig contact hadden met de consultatiepraktijk hadden de neiging om de psychische problematiek te bagatelliseren terwijl artsen die wel in aanraking kwamen met psychiatrische patiënten zich vaak geen houding wisten te geven omdat ze niet over de mogelijkheden beschikten voor eventuele behandelingen.⁵²

De psychiatrische organisatie in de nieuwe bestuurlijke eenheid Ruanda-Urundi was nog het minst uitgebouwd. Aan het einde van de jaren 1920 waren er nog geen aparte eenheden voor autochtone geesteszieken.⁵³ Ruanda-Urundi stond in die periode ook nog niet lang onder bestuurlijk gezag van België aangezien het gebied pas in 1924 aan België werd toegewezen als mandaatgebied.⁵⁴ Verder uitte de geneesheer-inspecteur van Ruanda-Urundi zijn bezorgdheid omtrent het ontbreken aan materiaal zoals dwangbuizen om de patiënten in bedwang te houden.⁵⁵

Het geven van een stand van zaken omtrent de organisatie van voorzieningen voor geesteszieken in de kolonie door de verschillende provinciegouverneurs kwam er op vraag van de gouverneur-generaal Auguste Tilkens in 1928. De gouverneur-generaal was gevestigd in Belgisch-Congo. Hij vertegenwoordigde de koning in de kolonie en handelde onder de verantwoordelijkheid van de minister van Koloniën. De gouverneur-generaal ontfermde zich over de uitvoerende macht en de toepassing van wetten, decreten en koninklijke besluiten in de provincies van de Belgische kolonie.⁵⁶ Het is niet geheel duidelijk waarom er juist in deze periode een grotere belangstelling was voor geestesziekten in Belgisch-Congo vanuit de hogere ambtenaren van de koloniale administratie. Echter kan er wel gesuggereerd worden dat de vraag van gouverneur-generaal Tilkens volgde uit een meer algemene trend die zich na de Eerste Wereldoorlog ontwikkelde omtrent de organisatie van gezondheidszorg in de kolonie.

⁵¹ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 929.

⁵² Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 11.

⁵³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Marzorati, 9 mei 1928.

⁵⁴ "Ruanda-Urundi", Encyclopædia Britannica Online, 17 oktober 2008, <https://www.britannica-com.kuleuven.e-bronnen.be/place/Ruanda-Urundi>.

⁵⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Marzorati, 9 mei 1928.

⁵⁶ T. Heyse, 'Concentration et déconcentration au Congo Belge', *Progress in public administration* 11, nr. 4 (1938) : 616.

Vanaf de jaren 1920 kwam er een uitbreiding van de medische dienst in de kolonie.⁵⁷ Een eerste netwerk voor medische zorg voor Congolezen werd geïnstalleerd door de implementatie van het Plan Franck in 1921.⁵⁸ Een belangrijk onderdeel van dit plan was de constructie van verschillende ziekenhuizen voor de autochtone bevolking.⁵⁹ Parallel met de verdere uitbouw van de algemene gezondheidszorg in de kolonie was er ook een verdere ontwikkeling binnen de psychiatrie op het Europese vasteland. Vanaf de jaren 1920 werden er bijvoorbeeld toestellen ontwikkeld die de hersenactiviteit registreerden. Deze nieuwe biologische methoden en therapieën, die in het begin van de twintigste eeuw werden ontwikkeld, lieten de hoop bestaan dat de psychiatrie zich als specialisatie meer zou kunnen integreren binnen het medische veld waarin genezing prominent werd geacht.⁶⁰ Naast de verdere ontwikkeling van de koloniale gezondheidszorg en de beginnende legitimatie van de psychiatrie binnen de medische wereld verwoordde de secretaris-generaal van Tilkens zijn eigen redenering voor het onderzoek naar de omstandigheden omtrent de omgang met geesteszieken in de kolonie. Volgens secretaris-generaal Albrecht Gohr was de drijfveer achter het onderzoek juist de snelle ontwikkeling die de kolonie op medisch gebied doormaakte.⁶¹

Om de toekomstige organisatie van de psychiatrische voorzieningen te verwezenlijken werd er, na het verkrijgen van de resultaten uit de verschillende provincies, door de minister van Koloniën, Henri Jaspar, mee ingestemd om een arts aan te stellen die een project moest uitwerken omtrent de implementatie van meer moderne methoden in de kolonie.⁶² Het was de inspecteur-generaal van de hygiëne die deze arts diende te rekruteren. De inspecteur-generaal was gevestigd in Brussel bij het Ministerie van Koloniën en was verantwoordelijk voor alle hygiëne- en gezondheidsaangelegenheden in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi.⁶³ De arts die

⁵⁷ Sokhieng Au en Anne Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 107.

⁵⁸ Simon De Nys-Ketels, Laurence Heindryckx, Johan Lagae en Luce Beeckmans, 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959', *Planning perspectives* 34, nr. 5 (2019): 760.

⁵⁹ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 110-111.

⁶⁰ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 63, 204.

⁶¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Gohr, 9 augustus 1928.

⁶² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Van Campenhout, 28 juli 1928.

⁶³ "Inventoriage progressif des 'archives africaines' : les archives de l'inspecteur général de l'hygiène", Archives de l'état en Belgique, 27 september 2020, <https://www.arch.be/index.php?l=fr&m=actualites&r=toutes-les-actualites&a=2020-09-27-inventoriage-progressif-des-archives-africaines-les-archives-de-l-inspecteur-general-de-l-hygiene>.

door de inspecteur-generaal van de hygiëne werd gekozen om deze opdracht te realiseren was Louis Vervaeck. Als crimineel antropoloog en hoofd van de Belgisch penitentiaire antropologische dienst vanaf 1920 was hij actief in gevangenissen in Brussel en Vorst. Hier bouwde hij antropologische laboratoria uit waarin hij op een deterministische wijze antropometrische studies deed naar veronderstelde kenmerken van 'dé crimineel'.⁶⁴

Er kan opgemerkt worden dat de keuze voor een arts die gebonden was aan het gevangeniswezen niet meteen voor de hand liggend was wanneer er gezocht werd naar iemand die een model moest opzetten voor de organisatie van psychiatrische constructies in Belgisch Centraal-Afrika. Echter hield Vervaeck zich ook bezig met medisch en psychiatrisch onderzoek van criminelen. Hiernaast publiceerde hij in 1927 tevens een rapport waarin hij de beoogde voordelen trachtte aan te tonen van de invoering van psychiatrische afdelingen bij gevangenissen.⁶⁵ Bovendien was hij in 1922 medeoprichter en tijdelijk voorzitter van de organisatie *Ligue belge d'hygiène mentale*, waarvan hij het doel zelf omschreef als: “[...] *the dissemination, throughout the intellectual world and all social classes, of the concepts of hygiene of the mind, and hopes ultimately to make possible an effective cure for the degeneracies and mental disorders [...]*”.⁶⁶

De meest voorname reden voor de keuze van Louis Vervaeck was toch hoogstwaarschijnlijk zijn functie als antropoloog. Antropologie en antropometrische studies werden belangrijk geacht om veronderstelde raciale verschillen en gepercipieerde diverse menselijke rassen te kunnen categoriseren. Deze zoektocht naar 'natuurwetten', door mensen te categoriseren op basis van vermeende fysieke en zelfs morele kenmerken, was typerend voor de overgang van de achttiende eeuw, waarin de mens werd gezien als een cultureel wezen, naar het idee van de mens als een biologisch wezen in de negentiende eeuw. In de achttiende eeuw werd de theorie van het monogenisme nog algemeen aanvaard. Monogenisten geloofden, door referentie naar de Bijbel, dat alle mensen tot één soort behoorden. Dit genereerde een tamelijk optimistisch maar zeer teleologisch denkbeeld waarin werd verwacht dat alle gemeenschappen van mensen in staat zouden zijn om een 'beschaving' te bereiken zoals die zich in Europa had gevestigd. Dit geloof veranderde in de negentiende eeuw met de opkomst van het polygenisme. Polygenisten geloofden dat verschillende rassen

⁶⁴ Raf De Bont, 'Meten en verzoenen: Louis Vervaeck en de Belgische criminele antropologie (circa 1900-1949)', *Bijdragen tot de eigentijdse geschiedenis* 9, (2001): 64, 75-79.

⁶⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Vervaeck, *Les avantages des annexes psychiatriques des prisons au point de vue pénal et pénitentiaire*, maart 1927.

⁶⁶ Louis Vervaeck, 'Evolution in the treatment of Belgian delinquents and mentally-ill', *Journal of criminal law and criminology* 24, nr. 1 (1933): 210.

tot verschillende soorten behoorden en daarom wezenlijk van elkaar verschilden.⁶⁷ Er kan geïnsinueerd worden dat het juist door deze affiniteit met antropologische, psychosociale thema's en zijn daarbij gepaarde engagement komt dat Vervaeck door de inspecteur-generaal van de hygiëne verondersteld werd binnen het gewenste profiel te passen voor het vervaardigen van een model omtrent de psychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika.

In 1929 vervaardigde Louis Vervaeck *La thérapeutique psychiatrique au Congo*. Het werk werd gecreëerd in samenspraak met verschillende buitenlandse en voornamelijk Franse deskundigen die bekend waren met westerse psychiatrie maar ook met enkele experten binnen de koloniale psychiatrie. Deze samenwerking vormde de basis van het rapport aangezien Vervaeck nooit zelf voet aan land heeft gezet in de Belgisch overzeese gebieden tijdens het schrijven van zijn project. Het werk van Vervaeck werd onderverdeeld in acht thema's. In chronologische volgorde benaderde hij de specifieke geestesziekten die in Congo behandeld moesten worden, het belang van een psychiatrische dienst voor Europeanen, de frequentie van psychische aandoeningen onder de autochtone bevolking, de behandeling van geestesziekten bij Europeanen en vervolgens bij de Congolese bevolking, de organisatie van de psychiatrische dienst in penitentiaire inrichtingen, de opleiding van medisch en verplegend personeel, de screening van gevaarlijke patiënten en ten laatste de diensten preventie voor geestelijke aandoeningen in Congo.⁶⁸ In dit rapport werd er dus zowel rekening gehouden met de organisatie van de psychiatrie voor de autochtone bevolking als voor de Europeanen.

In zijn uiteenzetting van het rapport besteedde Vervaeck veel aandacht aan de noodzaak van therapie en behandeling van geesteszieken in de kolonie. Vervaeck was er ook van overtuigd dat geestesziekten te bestrijden en te genezen waren door de toepassing van nieuwe sociale en biologische therapieën.⁶⁹ Echter nuanceerde hij deze zienswijze voor de casus van Belgisch Centraal-Afrika door te stellen dat het organiseren van een 'modern' behandelingsregime in de nabije toekomst, zoals dit in Europa gekend was, grote organisatorische problemen en te hoge kosten met zich zou meebrengen.⁷⁰ Zijn ambitie met het vervaardigen van dit werk was vervolgens om een behandeling en organisatie te

⁶⁷ John P. Jackson Jr., Nadine M. Weidman, *Race, Racism and Science: Social Impact and Interaction* (New Brunswick: Rutgers University Press, 2005), 29-30.

⁶⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269, p.52 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁶⁹ Edwin R. Wallace en John Gach, *History of psychiatry and medical psychology* (New York: Springer US, 2008), 381-382.

⁷⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269, p.5 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

ontwikkelen die zich eerder op langere termijn zouden moeten ontwikkelen in de kolonie.

Zijn visie voor de mogelijke behandeling voor geesteszieken werd gekenmerkt door een scheiding op basis van etniciteit.⁷¹ Raciale segregatie werd in Belgisch Centraal-Afrika op alle domeinen doorgevoerd. Binnen de koloniale gezondheidszorg werden er vóór de eeuwwisseling al duidelijke stappen ondernomen om segregatie te verwezenlijken. Met het decreet van 1898 werd de scheiding tussen de Europese wijken en de Congolese residentiële zones, ook wel *centres extra-coutumiers* of buitengewoonrechtelijke centra genoemd, concreter uitgedacht. Deze strikte scheiding werd gerealiseerd door de angst voor besmetting. De Belgische bevolking in de kolonie vermoedde dat besmetting gemakkelijker zou optreden wanneer ze in contact kwamen met de autochtone bevolking in de bevolkingscentra.⁷² Het verschil in levenswijzen en de angst voor de verspreiding van besmettelijke ziekten resulteerden ook in een volledige scheiding tussen hospitalen voor Europeanen en Congolezen waar elke instelling ook een eigen gebouw, eigen materiaal en eigen personeel had.⁷³ Dit is ook beter bekend onder de term *sanitation syndrome* waarin koloniale autoriteiten medische argumenten gebruikten en vooral ook misbruikten om de segregatie op een wetenschappelijke manier te legitimeren.⁷⁴

Volgens Vervaeck was het voor Europese geesteszieken in hun eigen belang en in het belang van de kolonie om gerepatrieerd te worden naar hun thuisland vanaf het moment dat hun psychische toestand dit mogelijk maakte. Om de periode tussen de oorspronkelijke diagnose en het moment van repatriëring te overbruggen stelde Vervaeck voor om kleine observatie- en behandelkamers te voorzien in de ziekenhuizen van de kolonie. Deze ruimtes zouden deel uitmaken van een apart paviljoen waardoor de patiënten geïsoleerd konden worden van de rest van het ziekenhuis.⁷⁵ Sinds de tweede helft van de negentiende eeuw werd de toepassing van het paviljoensysteem aanbevolen omdat deze het meest wetenschappelijk

⁷¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269, p.25, 29, 30 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁷² Maryinez Lyons, 'Public health in Colonial Africa: The Belgian Congo', in *The history of public health and the modern state*, vol. 26, onder redactie van Dorothy Porter (Verenigde Staten: BRILL, 1994), 364-365.

⁷³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935, p.5 : *De geneeskundige inrichting van Congo*.

⁷⁴ Simon De Nys-Ketels, 'A hospital typology translated: transnational flows of architectural expertise in the Clinique Reine Elisabeth of Coquilhatville, in the Belgian Congo', *ABE Journal*, nr.19 (2021): 12.

⁷⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269, p.25, 29, 30 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

verantwoorde ontwerp zou zijn voor de uitbouw van een ziekenhuis.⁷⁶ De psychiatrische dienst zou door Vervaeck vervolgens moeten worden ondergebracht bij de afdeling neurologie en zou onder leiding moeten staan van een ervaren arts en speciaal opgeleid zorgpersoneel.⁷⁷

Anders dan voor de Europese patiënten werd het voor de autochtone geesteszieken wel belangrijk geacht door Vervaeck om een volledige organisatie uit te bouwen in de kolonie. Voor de autochtone patiënten maakte hij een onderscheid tussen patiënten die als gevaarlijk werden beschouwd en patiënten die eerder vreedzaam waren. Voor deze eerste groep adviseerde hij tot het bouwen van *asiles*, of zogenaamde gestichten. Voor de meer vreedzame groep voorzag hij ziekenkolonies waar er belang gehecht kon worden aan het uitoefenen van landbouwwerk.⁷⁸ De therapeutische arbeid voor psychiatrische patiënten die werd georganiseerd in landbouwkolonies was al langer een gegeven binnen de behandeling en organisatie van de koloniale psychiatrie en werd verder uitgebouwd in de loop van de twintigste eeuw. Het model was gebaseerd op psychiatrische rehabilitatie en trachtte op die manier een continuïteit te creëren tussen discipline en het sociale gemeenschapsleven. Het achterliggende doel was de verwezenlijking van een sociale heropvoeding van de patiënten.⁷⁹ Naast het morele kader dat verbonden was aan arbeidstherapie had het landbouwwerk voor Vervaeck ook nog een belangrijke praktische reden, hij pleitte voor: “*Une bonne organisation du travail, susceptible de couvrir, dans une large mesure, les dépenses nécessitées par la garde et le nourriture des colons.*”⁸⁰ Volgens Vervaeck kon de arbeidstherapie dus ook een vernuftige manier zijn om de kosten deels te dekken.

Naast de *asiles* en regionale ziekenkolonies voor de autochtone bevolking zou er volgens Vervaeck ook geïnvesteerd moeten worden in een hospice voor dementerenden en

⁷⁶ De Nys-Ketels, ‘A hospital typology translated: transnational flows of architectural expertise in the Clinique Reine Elisabeth of Coquilhatville, in the Belgian Congo’, 16-17.

⁷⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.31 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁷⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.33 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁷⁹ Claire Edington, ‘The most social of maladies: re-thinking the history of psychiatry from the edges of empire’, *Culture, medicine and psychiatry* 45, nr.3 (2021): 346.

⁸⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.34 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

een grote ziekenkolonie voor “*dégénérés et débiles mentaux*”.⁸¹ Deze algemene inrichtingen zouden zich toespitsen tot de psychiatrische patiënten waarvan internering in de medische en juridische zin van het woord niet gepermitteerd was. Voor geesteszieken waarvan een spoedig herstel kon worden verwacht, moesten er faciliteiten voorzien worden in de algemene ziekenhuizen voor de autochtone bevolking. De administratieve en medische organisatie in deze ziekenhuizen zou overeenstemmen met deze in de paviljoenen van de ziekenhuizen van Europeanen die al eerder werd besproken.⁸²

Voor de autochtone geesteszieken wijdde Vervaeck verder uit over de mogelijkheden van organisatie en behandeling in penitentiaire inrichtingen. De aanleiding voor de ontwikkeling van een psychiatrische organisatie in de gevangenissen voor autochtonen was de overtuiging dat een psychische screening invloed zou kunnen hebben op de strafrechtelijke verantwoordelijkheid van de beklaagde. Naast het belang van een screening, om een meer zorgvuldige benadering van de strafrechtelijke verantwoordelijkheid van de gedetineerde te verzekeren, was het voor Vervaeck ook belangrijk dat de veroordeelden een penitentiair regime kregen van therapeutische aard. Door te verwijzen naar zijn eigen verwezenlijking in de gevangenis van Vorst, pleitte hij hier ook voor de oprichting van een psychiatrische observatie-eenheid in de grote penitentiaire centra waarbij de verantwoordelijke arts een speciale wetenschappelijke opleiding gevolgd had voor criminele antropologie en psychiatrie.⁸³

Naast zijn toegepaste raciale differentiatie in het uitdenken van een organisatie van de psychiatrische dienst in Belgisch Centraal-Afrika is het ook belangrijk te vermelden dat het rapport van Vervaeck getuigde van een zekere denigrerende raciale ondertoon. Zo verwees hij op een expliciete wijze naar autochtone delinquenten als “*les races inférieures*” en vermoedde hij dat er een groot aantal geesteszieken in de Congolese gevangenissen aanwezig was omdat hij overtuigd was van een connectie tussen “[...] *biologiques morbides* [...] *la dégénérescence mentale et la criminalité dans les races inférieures*”.⁸⁴ Dit is een duidelijk

⁸¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.34 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁸² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.33-35 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁸³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.38, 41 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁸⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.37 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

voorbeeld van de antropologische functie van Vervaeck waarin hij de rassenhiërarchie trachtte te legitimeren op basis van een wetenschappelijke benadering ten aanzien van de veronderstelling dat er verschillende menselijke rassen zouden bestaan. Hiernaast versterkte hij het concept van *othering* door te vermelden dat:

*“la fréquence des maladies mentales semble s’accroître proportionnellement au degré de culture intellectuelle et de civilisation du pays ; elle est aussi sous la dépendance des conditions psychologiques, économiques et morales de la vie moderne”*⁸⁵

Hij maakte hier onderscheid tussen landen en bevolkingsgroepen op basis van de gepercipieerde graad van civilisatie. Hierin veronderstelde Vervaeck een simplistische tegenstelling tussen de inwoners van westerse landen en de Afrikaanse kolonies. Enerzijds geeft zijn citaat een notie weer van *the white man’s burden* omdat het concept van beschaving nog steeds naar voren werd gebracht als een na te streven ideaal voor koloniale samenlevingen, maar hij verduidelijkte verder dat er wel consequenties aan verbonden waren waarmee rekening moest gehouden worden. Anderzijds is dit citaat een indicatie dat er ook bewustwording ontstond omtrent de manifestatie van geestesziekten als gevolg van de opgelegde westerse cultuur en idealen.

De meest urgente zaak voor de organisatie van een psychiatrisch model in de kolonie was volgens Vervaeck de voorziening van een psychiatrische opleiding voor de koloniale artsen en het medisch personeel. Deze gespecialiseerde en technische opleiding kon enkel worden toevertrouwd aan een aliénist die reeds een carrière had uitgebouwd.⁸⁶ De taak van deze aliénisten was om op korte termijn de nodige maatregelen te treffen om zorg en bescherming te kunnen bieden totdat er uiteindelijk een speciale dienst ontwikkeld zou kunnen worden voor observatie en behandeling in de grotere ziekenhuizen en gevangenissen van de kolonie.⁸⁷

Ondanks de voltooiing van het project voor het uitdenken van een organisatie van de psychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika is het rapport van Vervaeck nooit volledig toegepast

⁸⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.22 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁸⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.44 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

⁸⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.44 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

geweest in de kolonies. Er volgde kritiek op het rapport door de adjunct hoofdgeneesheer dokter René Mouchet. Deze arts was reeds aanwezig in de kolonie tijdens de beginjaren van het Belgisch bewind. Hij had reeds verschillende wetenschappelijke missies uitgevoerd en een uitgebreide koloniale carrière uitgebouwd als hoofdarts van de medische dienst van de UMHK. Verder werd hij benoemd als provinciaal van Stanleystad en later oefende hij de functie uit van hoofdgeneesheer in Leopoldstad.⁸⁸ Mouchet was van mening dat: “*le plan du Dr Vervaeck se présente beaucoup trop tôt et il est même impossible de prévoir quand on pourra l’appliquer.*”⁸⁹

De organisatie van de psychiatrie voor de autochtone patiënten kon volgens Mouchet nog niet voldoende geïnstalleerd worden aangezien er nog een grote onwetendheid heerste omtrent de lokale omstandigheden en mogelijkheden. Over de personeelskwestie was hij ook niet te spreken. Mouchet verklaarde dat deze zwaar en onoplosbaar zou zijn aangezien de medische strijd tegen de endemische ziekten in de kolonie urgenter werd geacht. Om dit obstakel eerst weg te werken pleitte hij voor “*Des médecins ordinaires d’abord et en quantité!!!*”⁹⁰ Enkele elementen van het rapport waar hij de aandacht wel op wilde vestigen waren de verbetering in voorzieningen voor autochtone patiënten, de voorziening van een speciale ruimte in ziekenhuizen voor Europeanen, de ontwikkeling van een opleiding aangaande de koloniale psychiatrie aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde en het vervullen van een decreet omtrent de organisatie en behandeling van de autochtone geesteszieken.⁹¹

Kortom, de organisatie en behandeling van geesteszieken in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi werd in het begin van de twintigste eeuw gekenmerkt door grote onwetendheid omtrent de lokale situatie. Verder werd de psychiatrische zorg ook naar de achtergrond verbannen omdat het plaats moest maken voor een grootschaligere medische organisatie van curatieve en endemische zorg. Dit resulteerde in een onderontwikkelde koloniale psychiatrie die gekarakteriseerd werd door onvoldoende en gebrekkige

⁸⁸ A. Dubois, ‘Mouchet’, in *Biographie Belge d’outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d’Outre-mer, VII A (Brussel : Académie royale des sciences d’Outre-mer, 1973), 361.

⁸⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.2 : Dr. Mouchet, *Note sur le rapport présenté par le Dr. Vervaeck au sujet d’un service de psychiatrie au Congo*, 21 maart 1929.

⁹⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.2 : Dr. Mouchet, *Note sur le rapport présenté par le Dr. Vervaeck au sujet d’un service de psychiatrie au Congo*, 21 maart 1929.

⁹¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.2-3 : Dr. Mouchet, *Note sur le rapport présenté par le Dr. Vervaeck au sujet d’un service de psychiatrie au Congo*, 21 maart 1929.

accommodatie, het ontbreken van een aparte opleiding in koloniale psychiatrie voor artsen en zorgpersoneel en het daarbij gepaarde tekort aan psychiaters in de kolonie.

Ondanks deze geringe uitbouw is het toch ook belangrijk om op te merken dat er vanaf het einde van de jaren 1920 sprake is van een opkomende interesse inzake koloniale psychiatrie en de toekomstige ontwikkeling van de organisatie en behandeling. De analyse van het rapport van Louis Vervaeck is in dezen belangrijk omdat het getuigt van een beginnende bewustwording over de situatie omtrent koloniale geesteszieken. Ongeacht de kritiek is het ook opmerkelijk dat er werd gehamerd op het vormen van een opleiding voor artsen en zorgpersoneel. In werkelijkheid zou dit voor een lange tijd nog een heikel punt blijken te zijn aangezien de eerste psychiaters pas in de loop van de jaren 1950 aanwezig waren in Belgisch Congo.

1.2. Een wetgeving ‘in limbo’

Eén van de grootste problemen bij de verdere visie voor de organisatie en behandeling van autochtone geesteszieken was het gebrek aan een wetgevend kader waarin deze ontwikkelingen zich zouden kunnen voltrekken. Uit verder onderzoek naar koloniale wetten en besluiten in het *Bulletin officiel du Congo Belge* van 1885 tot 1959 is gebleken dat het onderwerp *aliénés* zeer weinig aan bod kwam. In de jaargang van 1912 werd er een eerste verwijzing gemaakt naar geesteszieken. Hierin stond geschreven dat er van het territoriale politiekorps verwacht werd dat: “*Ils saisissent les gens en état d’ivresse et les aliénés dangereux qui divaguent sur la voie publique, les mettent hors d’état de nuire et en informent aussitôt l’autorité compétente [...]*”.⁹² Dit viel onder artikel veertien van de bevoegdheden van het territoriale politiekorps en het toonde wederom aan dat enkel de geesteszieken die gevaarlijk of storend werden geacht voor de publieke orde verwijderd dienden te worden uit de openbare ruimte.

In de jaargang van 1929 werd er in het rapport van de *Commission de Protection des Indigènes* ook verwezen naar de internering van geesteszieken. Leopold II had deze commissie in 1896 al opgericht. Het werd destijds voornamelijk gebruikt als propagandastunt om de beschuldigingen over de gewelddadige uitbuiting van de Congolese bevolking te reduceren. Bij de overname van de kolonie door de Belgische staat in 1908 kende de commissie een heroprichting. Het werd samengesteld uit vertegenwoordiging van de staat, de missies en de koloniale ondernemers en werd geleid onder voorzitterschap van de procureur-

⁹² Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Brussel : M. Hayez, 1912), 432-433.

generaal van het Hof van Beroep van Leopoldstad. De commissie was strikt genomen geen wetenschappelijke orgaan of studie-instelling vermits ze als geheel geen onderzoek verrichtte en geen studies publiceerde. Nochtans had de commissie een belangrijke informatieve rol en moest het de koloniale overheid adviseren over het beleid ten aanzien van de autochtone bevolking.⁹³

In het rapport van de *Commission de Protection des Indigènes* uit 1929 werd er verwezen naar de wetgeving die in het *Bulletin* van 1912 aan bod was gekomen: “*La législation a prescrit sagement d’arrêter les aliénés dangereux qui divaguent sur la voie publique, de les mettre hors d’état de nuire et d’avertir l’Autorité compétente. Cela n’est évidemment pas suffisant*”.⁹⁴ Het slotoordeel van de commissie luidde als volgt: “*Pratiquement donc, il n’y a rien de fait pour sauvegarder la liberté individuelle des aliénés, ni pour déterminer les conditions de leur collocation et de leur hospitalisation.*”⁹⁵ Dit geeft aan dat er nog geen voortgang was gekomen in de wetgeving omtrent autochtone en Europese geesteszieken in de kolonie tussen de periode van 1912 en 1929.

Verder vermeldde de commissie dat de artikelen 277 en 284 van het eerste boek uit de *Code Civil* voorzagen in gerechtelijke tussenkomst in het geval van ‘gevaarlijke’ geesteszieken. Het gaf de rechtbanken tevens de bevoegdheid om te beslissen of de patiënt verder thuis behandeld moest worden of dat de persoon in een ‘liefdadigheidsinstelling’ geplaatst kon worden.⁹⁶ Bij gelegenheid werden koloniale artsen ook op vraag van de procureur des Konings uitgenodigd om een onderzoek uit te voeren op de geesteszieke patiënten. Deze artsen waren niet gespecialiseerd in koloniale psychiatrie wat resulteerde in een grote moeilijkheid bij het benaderen van het gepleegde feit omdat veel delicten ook werden gepleegd op basis van gebruikelijke en plaatselijke overtuigingen.⁹⁷

Het volgende probleem hieromtrent was dat de enige ‘liefdadigheidsinstellingen’ in de kolonies bestonden uit ziekenhuizen die niet voldoende voorzien waren om dergelijke opnames te realiseren. De commissie pleitte voor de creatie van speciale gestichten in de belangrijkste centra van de kolonie. Vervolgens vond de commissie het noodzakelijk dat de

⁹³ “Commissie voor de Bescherming van de Inheemse Bevolking”, Belgian Science and Technology Online Resources (BESTOR), 24 februari 2021,

https://www.bestor.be/wiki_nl/index.php/Commissie_voor_de_Bescherming_van_de_Inheemse_Bevolking.

⁹⁴ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929), 99.

⁹⁵ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929), 100.

⁹⁶ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929), 99-100.

⁹⁷ Baudoux, ‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’, 22.

plaatselijke *chefs* de territoriale beheerders informeerden over de aanwezigheid van ‘gevaarlijke’ geesteszieken op het grondgebied van hun district. Ten laatste was het ook van belang dat een bevoegde commissie, bestaande uit een arts, een lid van het Openbaar Ministerie en een regeringsambtenaar, zich zou uitspreken over de noodzaak van internering of maatregelen nam voor humanitaire bescherming.⁹⁸

In het begin van de jaren 1930 werd dit onder de aandacht gebracht van de Hoge Raad voor Koloniale Hygiëne en het proces voor de samenstelling van een wetgeving werd ingezet door het organiseren van een onderzoek naar het plaatselijke regime van geesteszieken in Belgisch-Congo. Dit onderzoek werd toevertrouwd aan een commissie bestaande uit dokter Jérôme Rodhain, dokter Jan Van den Branden en de secretaris van de Hoge Raad voor Koloniale Hygiëne genaamd Albert Duren.⁹⁹ Van den Branden en Rodhain waren in de beginperiode van het Belgisch bestuur beiden actief in het laboratorium van Leopoldstad en hadden al ettelijke keren samengewerkt bij het opstellen van wetenschappelijk onderzoek. Op het moment van de samenstelling van de commissie bekleedde Van den Branden de functie van directeur van het laboratorium en werd hij benoemd tot inspecteur van de provinciale laboratoria. Verder was hij ook lid van de Hogere Raad voor Koloniale Hygiëne.¹⁰⁰ Rodhain had reeds een aanzienlijke carrière uitgebouwd op het moment dat de commissie gevormd werd en in 1929 nam hij de leiding over van de School voor Tropenziekten. Hij was actief in koloniale medische aangelegenheden vanaf het begin van de twintigste eeuw tot in de laatste jaren van het Belgisch bewind in Congo en Ruanda-Urundi.¹⁰¹

In 1930 verscheen er een verslaggeving van de commissie over de situatie van geestelijke verzorging binnen de kolonie. Opnieuw werd er opgemerkt dat de geringe plaatselijke voorzieningen onderontwikkeld waren. Verder vestigde de commissie vooral de aandacht op het creëren van een wetgeving omtrent de koloniale geesteszieken. Deze taak werd opgedeeld in de studie van een wetgeving en in een voorstel voor de praktische uitwerking van deze wetgeving. De commissie wou voor Europese patiënten voorzien in psychiatrische paviljoenen in Leopoldstad en Elisabethstad en was voorstander van de invoering van *cabanons* in de andere ziekenhuizen en op belangrijke boten die gebruikt

⁹⁸ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929), 99-100.

⁹⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 270 : directeur-général Duren, *Note pour Monsieur le Secrétaire Général*, 16 juli 1930.

¹⁰⁰ R. Bonnaerens, ‘Branden (van Den)’, in *Biographie Belge d’outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d’Outre-mer, IV (Brussel : Académie royale des sciences d’Outre-mer, 1955), 67.

¹⁰¹ A. Dubois, ‘Rodhain’, in *Biographie Belge d’outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d’Outre-mer, VI (Brussel : Académie royale des sciences d’Outre-mer, 1968), 858.

werden voor repatriëring. Ten aanzien van de Congolese patiënten werd het volgens de commissie noodzakelijk geacht om ook ziekenhuizen op te richten in Leopoldstad en Elisabethstad. De ziekenhuizen zouden, waar nodig, ook voorzien moeten zijn van paviljoenen voor geesteszieken. Deze voorstellen voor de uitwerking van een wetgeving werden door de commissie verder toevertrouwd aan dokter Paul Brutsaert die belast werd met de taak om een wetsontwerp op te stellen.¹⁰² Dokter Brutsaert was op dat moment directeur van het laboratorium van de UMHK en was tevens lid van de Hoge Raad van Koloniale Hygiëne.¹⁰³

Brutsaert verzette zich echter tegen het vervolledigen van het wetsvoorstel omtrent de organisatie van een regime voor de autochtone psychiatrische patiënten. In zijn artikel *L'organisation psychiatrique au Congo* dat verscheen in de *Révue médicale de Louvain* in 1931 beargumenteerde hij dat het invoeren van een wetgeving die gebaseerd was op de Europese wet desastreuze gevolgen zou hebben omdat deze wetgeving volgens hem enkel toegepast kon worden op “civilisés”. Verder keurde hij een wetgeving voor de Congolese bevolking af door te stellen dat:

*“Le domaine de la pathologie mentale n'est pas encore assez connu pour permettre des synthèses qui aient chance de durer. Il est plus difficile encore de légiférer pour des populations dont la mentalité profonde, les réactions psychiques, les possibilités d'évolution éthique nous échappent presque totalement. A mon sens, l'heure n'est point arrivée pour établir un statut juridique pour les malades mentaux indigènes.”*¹⁰⁴

Het is opvallend dat Brutsaert deze uitspraken maakte over de door hem omschreven overbodige wetgeving inzake de organisatie van koloniale psychiatrie wanneer hij in datzelfde jaar samen met politicus Jules Destrée een wetsvoorstel vervaardigde voor België waarin hij pleitte voor het minderen in gebruik van gesloten gestichten en de oprichting van open diensten. Hierdoor werd een uitbreiding van de vrijheid verzekerd voor Belgische psychiatrische patiënten. Op de laatste pagina van dit wetsvoorstel werd er kort verwezen naar de kolonie. Vergelijkbaar met de overtuigingen van Louis Vervaeck die in het vorige deel

¹⁰² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 270 : Duren, *Première réunion de commission établis le 15 juillet 1930 par le conseil supérieur d'hygiène coloniale pour studier le régime des malades mentaux au Congo Belge*.

¹⁰³ A. Dubois, 'Brutsaert', in *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VI (Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1968), 129.

¹⁰⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 270, p.92 : Brutsaert, *L'organisation psychiatrique au Congo*, 1931.

werden besproken, lagen de stellingen van Destrée en Brutsaert ook in lijn met het idee van *The white man's burden* en de denigrerende notie van een verschil in beschaving tussen de westerse bevolking en de Afrikaanse samenlevingen. Dit wordt duidelijk in het volgende onderdeel van de tekst:

*“Zooals men weet, nemen deze aandoeningen toe in verhouding tot den graad van cultuur en beschaving van het land. [...] De waanzin in Congo zal ook een van de bittere vruchten onzer beschaving zijn. Het is onze plicht alles in 't werk te stellen om zulks te verhinderen.”*¹⁰⁵

Ondanks het feit dat het voorstel van Brutsaert en Destrée op de agenda van de Kamer was ingeschreven, werd het echter nooit ingewilligd aangezien het ontwerp was vervallen ten gevolge van de ontbinding van het Parlement.¹⁰⁶ Het gebrek aan een duidelijk wetgevend kader voor het regime van geesteszieken in de kolonie en het tekort aan specifieke voorschriften voor de autochtone bevolking in het wetsvoorstel werden bekritiseerd. Ondanks deze kritiek en het benadrukken van het belang van een duidelijk wettelijk kader zal dit echter nooit worden gerealiseerd voor de Belgisch Centraal-Afrikaanse context.¹⁰⁷

De organisatie van de psychiatrie en behandeling van psychiatrische patiënten in de Belgische kolonies werd beïnvloed door internationale ontwikkelingen binnen de koloniale psychiatrie maar daarnaast kan er ook gespeculeerd worden dat de eigen Belgische wetgeving omtrent geesteszieken een invloed heeft gehad op deze organisatie. Zo kan er verwezen worden naar de eerste en tweede krankzinnigenwet, respectievelijk van 1850 en 1873, die in België van toepassing waren.

Op 18 juni 1850 werd de eerste wet gestemd met betrekking tot geesteszieken in België. Deze krankzinnigenwet ontfermde zich over het vastleggen van de collocatieprocedure aan de ene kant en tot het voorzien van een hervorming van de instellingen aan de andere kant.¹⁰⁸ De wet had drie doelstellingen voor ogen: het beschermen van burgers, het garanderen van de individuele vrijheid door opsluiting op basis van veronderstelde geestesziekten te voorkomen en om te voorzien in de nodige behandelingen en

¹⁰⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 271: Brutsaert en Destrée, *Wetsontwerp op de behandeling van de geesteszieken*, 25 februari 1930.

¹⁰⁶ Parlementaire documenten – Belgische Senaat, 'Ontwerp van wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke', S. 523 (1968-1969), Brussel : Het archief van de Belgische Senaat, 2.

¹⁰⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990: inspecteur général de l'hygiène M. Kivits, *Régime des aliénés à la colonie*, 1 februari 1957.

¹⁰⁸ Patrick Vandermeersch, *Psychiatrie, godsdienst en gezag: de ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma* (Leuven: Acco, 1984), 183.

behoeften van de geesteszieken.¹⁰⁹ Het is voornamelijk deze eerstgenoemde doelstelling, gebaseerd op het waarborgen van de openbare orde, die ook werd toegepast in de koloniale context. De enige unanieme overeenkomst die er bestond inzake behandeling van de autochtone geesteszieken was het idee van collocatie bij gevaar voor de publieke orde.¹¹⁰ Verder werd de krankzinnigenwet gekenmerkt door segregatie en classificatie. Geesteszieken zouden niet opgenomen kunnen worden in “*hôpitaux destinés aux malades ordinaires*” omdat er nog altijd een notie van onderscheid heerste tussen “*le monde de la déviance*” en de medische wereld.¹¹¹ Dit element keerde wederom terug in de Belgische koloniale psychiatrie aangezien de autochtone geesteszieken voornamelijk werden geïsoleerd in *cabanons* of in afgezonderde paviljoenen verwijderd werden van andere patiënten.

De tweede krankzinnigenwet werd in 1873 verwezenlijkt als gevolg van het verschijnen van kritische rapporten van de Nationale Commissie van Hoger Toezicht over de praktische naleving van de wet van 1850. Deze controlecommissie publiceerde verschillende rapporten waaruit onder meer bleek dat patiënten nog steeds gecolloqueerd werden in arresthuizen omdat er niet voldoende *asiles* voorzien waren. Verder gaf de commissie ook aan dat de controle door de autoriteiten gebrekkig was en de artsen te weinig invloed hadden.¹¹² Op 28 december 1873 werd er vervolgens een herziening van de eerste wet gemaakt. Bij de tweede krankzinnigenwet werd er meer ingezet op classificatie van de geesteszieken. De wet maakte een onderscheid tussen drie vormen van patiënten: “*paisibles, agités, malpropres*”.¹¹³ Deze indeling verscheen ook binnen de koloniale context waar geesteszieken die geen overmatige onrust vertoonden voornamelijk werden verzorgd in hun eigen dorpen door de gemeenschap. De meer geagiteerde patiënten werden gecolloqueerd.¹¹⁴ De vraag voor collocatie gebeurde vaak vanuit de territoriale autoriteiten of door plaatselijke artsen.¹¹⁵

In het begin van de jaren 1930 werd er door Giovanni Trolli, de hoofdgeneesheer van

¹⁰⁹ Guy Benoit, *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil* (Brussel : FUSL, 1994), 13.

¹¹⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 271: secretaris generaal, *Régime des malades mentaux*, april 1930.

¹¹¹ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 47.

¹¹² Vandermeersch, *Psychiatrie, godsdienst en gezag: de ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma*, 184-185

¹¹³ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 47.

¹¹⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990: inspecteur général de l'hygiène M. Kivits, *Régime des aliénés à la colonie*, april 1930.

¹¹⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 272: Grégoire, *Syndromes mentaux chez les indigènes du Centre Africain*, 1938.

Leopoldstad, een peiling gedaan naar de hoeveelheid geesteszieken en de voorzieningen die er per provincie aanwezig waren. In de Evenaarsprovincie zaten er volgens de hoofdarts van Leopoldstad een zestigtal geesteszieken in isolement. Voor de Oostprovincie zouden er in de omstreken van Stanleystad een honderdtal vreedzame patiënten en tachtig ‘gevaarlijke’ geesteszieken aanwezig geweest zijn. Verder waren er voor deze provincie ook nog voorzieningen in Maniema, in Kasongo en in Aruwimi. In de provincie van Congo-Kasai waren er in het *asile* van Boma een dertigtal patiënten aanwezig en in het nieuwe gesticht van Leopoldstad, dat verantwoordelijk was voor het stedelijk district en de Kwango en geleid werd door de Zusters Franciscanessen van Maria, vermeldde Trolli een hoeveelheid van zestig geïsoleerde geesteszieken.¹¹⁶ Uit de *Bulletin officiel du Congo Belge* van 1938 valt af te leiden dat het gesticht in Leopoldstad het enige was dat bestond in de kolonie voor deze periode.¹¹⁷ Verder verwees Trolli naar het ziekenhuis van Luebo dat over een bijgebouw beschikte voor geesteszieken. In Katanga was er aan het ziekenhuis voor Congolezen van Elisabethstad een paviljoen voorzien voor de geesteszieken. Verder waren er ook nog voorzieningen in Luabula en in Albertstad.¹¹⁸ Voor de jaren 1930 kan er dus geconstateerd worden dat het *asile* voor geesteszieken in Leopoldstad het meest van belang was aangezien het patiënten van naburige provincies en van Stanleystad overnam.¹¹⁹

De visie over de organisatie van de psychiatrische uitbouw voor autochtone geesteszieken aan het begin van de jaren 1930 werd gekarakteriseerd door een tegenstelling. Enerzijds kwam er vanuit de koloniale medische actoren meer belangstelling voor het uitwerken van een wetgevend kader omtrent specifieke voorschriften voor autochtone geesteszieken. Anderzijds gingen bepaalde experts er vanuit dat het vervaardigen van een wetgeving onnodig of onmogelijk zou zijn vanwege de overtuiging dat het beschavingsniveau van de autochtone bevolking zich nog niet leende voor de ontwikkeling van een desbetreffend beleid. Ondanks het uitblijven van een duidelijk wetgevend kader voor de autochtone geesteszieken werden er wel elementen overgenomen uit de twee ‘krankzinnigenwetten’ die in België van toepassing waren. Hiernaast werden de autochtone geesteszieken voornamelijk

¹¹⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269: le médecin en chef, DR, G. Trolli, *Note au sujet des vœux émis par la Commission de protection des indigènes*, 14 oktober 1931.

¹¹⁷ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Dison : Imprimerie Disonaise, 1938), 990.

¹¹⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269: le médecin en chef, DR, G. Trolli, *Note au sujet des vœux émis par la Commission de protection des indigènes*, 14 oktober 1931.

¹¹⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 990: *Extrait des rapports annuels sur l’hygiène publique au Congo Belge*.

gecolloqueerd wanneer ze een gevaar voor de publieke orde vormden.

Voor de Europese geesteszieken die aanwezig waren in Belgisch-Congo luidde de unanieme mening dat er repatriëring moest worden voorzien naar de metropool. Er werd in de bronnen geen expliciete reden aangehaald waarom deze keuze werd gemaakt. Hiervoor zijn er echter verschillende oorzaken mogelijk. Een eerste veronderstelling voor het bepleiten van repatriëring is de westers gebaseerde beschrijving van Afrika als *the white man's grave*. Bij deze vorm van pseudowetenschappelijk racisme werd er vanuit gegaan dat het Afrikaanse klimaat dodelijk of ziekteverwekkend zou zijn voor de westerse bevolking.¹²⁰ Ondanks het feit dat deze veronderstelling voornamelijk verbonden was aan fysieke aandoeningen, kon de angst voor *the white man's grave* ook opduiken wanneer de Europese bevolking met mentale aandoeningen werd geconfronteerd. Een tweede mogelijke verklaring was de meer onderontwikkelde uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg in de kolonie ten opzichte van de voorzieningen in de metropool.

Een laatste aanname voor de aanleiding tot repatriëring die hier zal worden uitgewerkt is deze van de *nervous state*. De term '*nervous state*' werd door historica Nancy Rose Hunt gehanteerd om de specifieke situatie en de repercussies van de Onafhankelijke Congostaat onder Leopold II te omschrijven. De koloniale nervositeit ontstond samen met het agressieve optreden van koloniale actoren onder het regime van Leopold II. De drang naar controle resulteerde later in de ontwikkeling van een toenemende volksgezondheidsinfrastructuur en van een versterkt koloniaal veiligheidssysteem. Hunt voegde hieraan toe dat dit niet alleen invloed had op de koloniale subjecten maar dat "*images of lone, nervous white men who lost it*" evengoed passen binnen het concept van koloniale nervositeit.¹²¹ In een *nervous state* die op een koortsachtige manier constant de touwtjes in handen trachtte te hebben, is het niet wenselijk om te beschikken over koloniale gezaghebbers die ogenschijnlijk gebukt gingen onder geestesziekten. Naast het nefaste gevolg voor de verderzetting van het regime in de Belgische overzeese gebieden zou de aanwezigheid van geesteszieke Europeanen in de kolonie de reputatie van België als koloniale macht op internationaal niveau ook kunnen ondermijnen.

De repatriëring van Europese geesteszieken werd georganiseerd door schepen die gespecialiseerd waren in passagiersvervoer, ook wel pakketboten of oceanlijners genoemd. Deze schepen garandeerden de verbindingen tussen het Europese vasteland en de kolonies.

¹²⁰ De Nys-Ketels, 'A hospital typology translated: transnational flows of architectural expertise in the Clinique Reine Elisabeth of Coquilhatville, in the Belgian Congo', 12.

¹²¹ Nancy Rose Hunt, *A nervous state: violence, remedies, and reverie in colonial Congo* (Durham: Duke University Press, 2015), 6, 8, 207.

Naast een commerciële onderneming werd een scheepvaartmaatschappij in de koloniale periode ook omschreven als “*la grande collaboratrice de l’oeuvre de civilisation entreprise sous des cieus incléments*”.¹²² De Belgische scheepvaartmaatschappij die tussen Antwerpen en Matadi navigeerde, was de *Compagnie Maritime Belge*. De CMB werd eerst door Leopold II, met hulp van Engelse en Duitse reders, opgericht in 1895 onder de naam *Compagnie Belge Maritime du Congo*.¹²³ Na de Eerste Wereldoorlog fuseerde de *Compagnie Belge Maritime du Congo* met de scheepvaartmaatschappij *Lloyd Royal Belge* waardoor de CMB ontstond die gebruikt werd voor alle wereldlijnen.¹²⁴

1.3. Culturele obstakels en de autochtone traditionele behandeling van geesteszieken

In de negentiende en de twintigste eeuw keek de westerse wereld naar het continent Afrika met duidelijke vooroordelen inzake de veronderstelde mate van beschaving. In het algemeen werd geneeskunde, en de psychiatrie in het bijzonder, beschouwd als een belangrijk medium voor de kolonials om kennis te vergaren over deze ‘Afrikaanse andere’. De vroege koloniale psychiatrie had als doelstelling om verschillen tussen samenlevingen vast te leggen en sloot daarbij nauw aan bij de antropologie. Een analyse van Afrikaanse mentaliteiten kon koloniale regimes ondersteunen in het trachten begrijpen en vooral controleren van de autochtone bevolking. Er was een grote mate van raciale framing aanwezig in de koloniale psychiatrie.¹²⁵

Voor de verdere uiteenzetting van deze thesis is het, naast het voeren van onderzoek naar de Belgisch koloniale psychiatrie, ook een meerwaarde om belang te hechten aan de plaatselijke autochtone praktijken omtrent de organisatie en behandeling van geesteszieken. Aangezien autochtone tradities omtrent de behandeling van geesteszieken al een lange geschiedenis kenden voordat de eerste kolonials in de Congoregio voet aan land zetten, en deze tijdens de koloniale periode en na het dekolonisatieproces nog altijd in gebruik waren, is het belangrijk om deze te vermelden en op die manier tot een meer volledig beeld te komen.

De Centraal-Afrikaanse culturen steunden niet op het idee van individualisme maar

¹²² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 269, p.2: membre de la commission permanente d’assistance psychiâtrique et d’hygiène mentale au ministère des colonies Joseph Blanche, *Le transport des aliénés sur les navires*, 1927.

¹²³ “Compagnie Maritime Belge”, Africamuseum Archives, geraadpleegd 11 juli 2023, https://archives.africamuseum.be/agents/corporate_entities/56.

¹²⁴ André Lederer, *L’expansion belge outre-mer et la Compagnie Maritime Belge* (Brussel : Académie royale des sciences d’outre-mer, 1977), 3.

¹²⁵ Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman, ‘Introduction: Culture, mental illness, and psychiatric practice in Africa’, in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman (Bloomington: Indiana University Press, 2015), 2-3.

benaderden het individu altijd in relatie tot het kerngezin of in functie van de groep of clan. De culturele omkadering voor het alledaagse leven werd gekenmerkt door een verwevenheid tussen de natuurlijke wereld en de bovennatuurlijke wereld waarin alle materiële en levende zaken, elementen waren van een geharmoniseerd universum. Er waren bindende normen die het geheel moesten laten functioneren. De regels en taboes van specifieke clans moesten gerespecteerd worden om gebruik te kunnen maken van beschermingsmiddelen en communicatiemiddelen om vervolgens in contact te kunnen treden met de bovennatuurlijke wereld. De communicatie met de bovennatuurlijke wereld werd verzekerd door bemiddelaars. De omgang met geesteszieken werd gekenmerkt door de overtuiging van een sociale kwestie waarbij elk obstakel of conflict op een collectieve manier werd aangepakt. Het advies van de autochtone geraadpleegde personen of bemiddelaars varieerde afhankelijk van de functie die deze bekleedde. Als gevolg van de kolonisatie en de opgelegde acculturatie werd de bevolking vervreemd van de oorspronkelijke cultuur wat resulteerde in een verstoring van de culturele harmonie.¹²⁶

De autochtone bevolking stond eerder argwanend tegenover de Belgische koloniale geneeskunde waardoor vaak de voorkeur gegeven werd aan het blijvend verzorgen van de psychiatrische patiënt in het eigen dorp. Een gesticht werd vaak geassocieerd met een gevangenis waar de patiënt onderworpen zou worden aan verschillende kwellingen.¹²⁷ De perceptie van geesteszieken binnen de gemeenschap was afhankelijk van de regio waarin men verbleef. Binnen sommige regio's werden geesteszieken beschouwd als 'gewone' mensen maar soms konden ze ook als crimineel bestempeld worden door hun afkomst. In drastische gevallen werden geesteszieken in bepaalde regio's ook beschreven als "*frappés de Dieu*" en werden ze verbannen van de samenleving.¹²⁸ Wanneer een patiënt als gevaarlijk werd beschouwd door de plaatselijke bevolking werd deze ofwel overgeleverd aan de koloniale psychiatrische voorzieningen of werd de fysieke beweging van de patiënt in het dorp verhinderd.¹²⁹

De traditionele helers hadden geen formele training. Ze verkregen hun kennis en methoden van hun voorouders. Ze boden primaire gezondheidszorg aan in Afrika en gebruikten de kennis, attitudes en geloof van de gemeenschap over fysiek, mentaal en sociaal welzijn om een uitspraak te doen over de oorzaken van ziekte bij hun consulent. De

¹²⁶ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 927-929.

¹²⁷ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 11.

¹²⁸ Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929), 99.

¹²⁹ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 12.

samenhang tussen mentale gezondheid en spiritualisme in de Afrikaanse cultuur uitte zich in de interpretatie die er bestond over geestesziekten. Wanneer iemand worstelde met zijn of haar mentale gezondheid werd dit binnen de Afrikaanse context gedefinieerd als een situatie waarin het individu moeite had met het interpreteren van de realiteit. De zintuigen waren aangetast en de patiënt zou niet meer kunnen differentiëren tussen realiteit en fictie. Sommige gemeenschappen waren er van overtuigd dat bepaalde aandoeningen eerder een culturele en traditionele oorzaak hadden en deze niet vatbaar waren voor behandeling door westerse geneeskunde. De patiënt stond echter wel centraal in het proces en had vrij keuzerecht over welke behandeling of welke genezers hij of zij juist wou raadplegen. De toegankelijkheid was hier heel belangrijk aangezien elk dorp wel minstens één traditionele genezer had die de ziekteconcepten van de gemeenschap kende. De drie belangrijke principes die de traditionele genezer behartigde waren het belang van een serieuze omgang met symptomen of angsten van de patiënt, de holistische benadering van het individu waarin lichaam en geest samen werden bestudeerd en ten slotte beschouwde de genezer de patiënt nooit als losstaand individu maar zou hij deze altijd inschrijven in de bredere familiale context.¹³⁰

De samenhang tussen het spiritualisme en de Afrikaanse omgang met geestesziekten vormde vaak een obstakel voor westerse artsen in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi. Het proberen begrijpen van de patiënt vanuit zijn eigen referentiekader om tot een diagnose te komen bleek een moeilijke opdracht te zijn bij autochtone patiënten. Zo getuigde de Belgisch koloniale psychiater Fernand Mairlot tegen het einde van de jaren 1950:

“Le problème essentiel en psychiatrie est de saisir la signification du comportement morbide pour arriver à en dégager les processus et les causes qui l’ont induit et par cette voie, aider le malade à se réadapter en résolvant ses problèmes personnels dont les symptômes ne sont que l’extériorisation originale. [...] Que d’erreurs ne commet-on pas en rangeant dans le cadre des psychoses délirantes, paranoïaques ou schizophréniques certaines attitudes, rares il est vrai, mais admissibles pour le milieu, ou plus simplement en interprétant dans un sens occidental les modes réactionnels et en faussent de ce fait le diagnostic.”¹³¹

Coherent aan het culturele obstakel was er ook de taalbarrière die de psychologische bevraging van de patiënt bemoeilijkte. De arts Grégoire die actief was in het gesticht van Leopoldstad vervaardigde in 1938 het rapport over *Syndromes mentaux chez les indigènes du*

¹³⁰ Eliaililia Okello en Seggane Musisi, ‘The role of traditional healers in mental health care in Africa’, in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman (Bloomington: Indiana University Press, 2015), 250-255.

¹³¹ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 931.

Centre Africain. Hierin behandelde hij enkele casestudies van patiënten op een gedetailleerde manier. Naast de uiteenzetting van zijn psychopathologie bij de patiënten waarmee hij in contact kwam gaf hij ook de moeilijkheden aan van het vormen van een diagnose bij Congolese patiënten:

“L’étude des psychopathies chez l’indigène se heurte à des difficultés qui la rendent très ardue, tant dans la recherche des signes mentaux incorporés au langage, aux réactions et au comportement habituel des malades, que dans l’appréciation de la valeur exacte de ces signes en vue d’un diagnostic précis permettant le classement des sujets examinés. [...] Il s’avère donc malaisé d’obtenir de l’interprète un rendement mécanique complet d’une part, une aide intelligente d’autre part, capable de traduire en clair non seulement le langage des malades, mais aussi leur pensée”¹³²

De autochtone traditionele praktijken omtrent de behandeling van geesteszieken stonden in sterk contrast met de westerse benadering van geestelijke gezondheid. Het verschil in culturele omkadering en de daarbij gepaarde hinder in communicatie door het verschil in taal en de moeilijkheden bij het zoeken van een neutrale tolk maakten het proces van diagnosevorming bij autochtone patiënten door westerse artsen moeizaam. Vaak was er ook het risico van een foute diagnosestelling of het over het hoofd zien van essentiële informatie door het ontbreken van enig kennis over de Centraal-Afrikaanse culturen.

1.4. Besluit van het eerste deel

Tijdens het interbellum heerste er voornamelijk een grote onwetendheid omtrent de lokale situatie en lokale gemeenschappen in Belgisch-Congo. Geestelijke gezondheidszorg stond in de schaduw van de grotere belangstelling voor endemische en curatieve ziekten. De koloniale psychiatrie was onderontwikkeld en werd gekarakteriseerd door erbarmelijke accommodatie voor de autochtone psychiatrische patiënten die veelal in *cabanons* of in één van de weinige gestichten werden ondergebracht. Hiernaast was er nog geen aparte opleiding in de koloniale psychiatrie wat leidde tot een tekort aan psychiaters en gespecialiseerde hulp in Belgisch Centraal-Afrika.

De artsen die wel in aanraking kwamen met autochtone psychiatrische patiënten ondervonden grote moeilijkheden in het trachten begrijpen van de patiënt en in het stellen van diagnoses. De verschillende culturele kaders, het verschil in taalgebruik en de

¹³² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 272, p.1: Grégoire, *Syndromes mentaux chez les indigènes du Centre Africain*, 1938.

afwezigheid van kennis over de lokale gebruiken, gewoonten en denkkaders zorgden ervoor dat men elkaar met moeite kon begrijpen. De alomtegenwoordige dichotomie tussen de westerse geneeskunde en de traditionele autochtone behandeling van geesteszieken vormden de basis voor deze problematiek waardoor autochtone patiënten zich ook eerder terughoudend opstelden tegenover de westerse geneeskunde en artsen.

Ondanks deze geringe uitbouw en organisatie van de koloniale psychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika was er toch ook een licht keerpunt aan het einde van de jaren 1920. In deze periode kwam er een hernieuwde, maar nog steeds bescheiden, interesse voor de organisatie van de koloniale psychiatrie. Dit begon met het aanstellen van antropoloog Louis Vervaeck die verondersteld werd een rapport te vervaardigen over ‘modernere’ psychiatrische methoden. Het rapport is echter nooit volledig toegepast geweest maar het getuigde wel van een beginnende bewustwording over de situatie. Verder werd er aan het einde van 1920 ook kritiek gegeven op het ontbreken van een duidelijk wetgevend kader omtrent de organisatie en behandeling van autochtone geesteszieken. In de daaropvolgende jaren was er nog altijd weinig sprake van vooruitgang in de wetgeving en werd er opgemerkt dat deze onvoldoende dekkend was.

2. Een organisatorische intensivering van de koloniale geestelijke gezondheidszorg tijdens het laatste decennium van het Belgisch bewind van 1949 tot 1960

Vanaf de ontwikkeling van het Tienjarenplan voor Belgisch-Congo (1949-1959), en iets later voor Ruanda-Urundi, vond er een intensivering plaats van de algemene gezondheidszorg voor de autochtone inwoners van deze gebieden. Dit fenomeen had ook consequenties voor de koloniale geestelijke gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zal allereerst de koloniale geestelijke gezondheidszorg in de context van het Tienjarenplan worden behandeld. Vervolgens zal de evolutie van de etnopsychiatrie en de komst van de eerste Belgische koloniale psychiaters besproken worden.

2.1. Koloniale geestelijke gezondheidszorg in de context van het Tienjarenplan

In 1949 werd het *Plan décennal pour le développement économique et social du Congo Belge* geïntroduceerd. Het plan was gericht op de economische en sociale ontwikkeling van de kolonie en had, volgens de functionarissen van het Ministerie van Koloniën, als doel om de levensomstandigheden van de autochtone bevolking te verbeteren.¹³³ Deze doelstelling gaf gehoor aan de wensen die door de Verenigde Naties al eerder werden uitgesproken in verband met de verplichting aan Europese koloniale machten om de gekoloniseerde bevolkingen in overzeese gebieden te begeleiden naar zelfbestuur.¹³⁴ Hiernaast vormde het ook een reactie op de internationale kritiek die na de Tweede Wereldoorlog opnieuw primeerde ten aanzien van het kolonialisme.¹³⁵ In deze context konden het Tienjarenplan en haar beoogde hervormingen ook dienen ter rechtvaardiging van de blijvende Belgische aanwezigheid in Congo en Ruanda-Urundi.¹³⁶

Binnen het Tienjarenplan werd er tevens aandacht besteed aan de verschillende medische instellingen van de kolonie. De ontwikkeling van de koloniale geestelijke gezondheidszorg viel hier ook onder maar werd voornamelijk in de tweede vijfjarenfase van

¹³³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 937 : *Rapport de la commission médicale du Plan Decennal de la colonie*.

¹³⁴ Bram Cleys, 'Andries Dequae: De zelfgenoegzaamheid van een koloniaal bestuur (1950-1954)' (Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, 2002), 21.

¹³⁵ Louis Bruyns, 'Belgisch Congo: Tienjarenplan en Missie', *Streven* 3, (1949-1950): 244.

¹³⁶ Sokhieng Au en Anne Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 120.

het plan gerealiseerd.¹³⁷ Het volgende deel zal zich toespitsen op de intensivering van voorzieningen voor psychiatrische patiënten in de kolonie. Vervolgens zal er aandacht besteed worden aan de Belgische psychiater Raymond Baudoux en zijn invloed op het realiseren van een psychiatrisch centrum in de kolonie tijdens het laatste decennium van het Belgisch bewind.

2.1.1. Het Plan Van Hoof-Duren

Een belangrijk onderdeel van het Tienjarenplan voor de organisatie van medische infrastructuur in de kolonie was het Plan Van Hoof-Duren. De medische hervormingsplannen van het Tienjarenplan werden op advies van dokter Lucien Van Hoof en dokter Albert Duren samengesteld en bijgestuurd waar nodig.¹³⁸ Van Hoof had al veel ervaring met de koloniale medische structuur wegens zijn geleverde inspanningen voor de bestrijding van de slaapziekte. In 1934 werd hij vervolgens benoemd tot hoofdgeneesheer van Belgisch-Congo en in 1946 keerde hij terug naar België waar hij de leerstoel over de studie protozoölogie en parasitologie van Rodhain overnam aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen.¹³⁹ De tweede auteur van het plan, Albert Duren, was ook gekend binnen het koloniale apparaat. In 1929 werd hij zowel benoemd tot medisch adviseur voor de minister van Koloniën als secretaris van de Hoge Raad voor Koloniale Hygiëne. Vanaf 1948 zetelde hij ook in de Belgische delegatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en in 1949 werd hij inspecteur-generaal van de hygiëne. Naast het opvolgen van zijn administratieve taken bleef hij ook actief medisch onderzoek voeren.¹⁴⁰

Samen bepaalden Van Hoof en Duren de grote lijnen van het toekomstige medische programma. In 1946 stelde Duren een *Commission des Médecins* samen die bestond uit de meest vooraanstaande koloniale artsen uit Brussel om het Plan Van Hoof-Duren verder uit te werken zodat het zou kunnen uitgroeien tot een koloniale gezondheidszorgcampagne. De vier provincies waaruit Belgisch-Congo eerder bestond werden in 1933 uitgebreid tot zes provincies. Deze provincies bestonden uit zeventien arrondissementen die op hun beurt onderverdeeld waren in 117 territoria. Deze uitgebreide administratieve onderverdeling van

¹³⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 938, p.2 : *Plan Quinquennal*.

¹³⁸ Guillaume Lachenal, *The Lomidine files: the untold story of a medical disaster in colonial Africa* (Baltimore: John Hopkins University Press, 2017), 48.

¹³⁹ M. Kivits, 'Hoof (Van)', in *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VI (Brussel: Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1968), 503.

¹⁴⁰ M. Kivits, 'Duren', in *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VII-C (Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1989), 136.

de kolonie moest de basis vormen van het toekomstige medische netwerk.¹⁴¹ Het plan ging zich voornamelijk toeleggen op de ontwikkeling van medische infrastructuur in de rurale gebieden.¹⁴² Zo had het plan onder andere voor ogen om de territoria van Belgisch-Congo en later die van Ruanda-Urundi te voorzien van een medisch-chirurgisch centrum. Verder moest er ook geïnvesteerd worden in lokale hospitalen.¹⁴³

Deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg werden niet enkel vanuit humanitaire belangen doorgevoerd zoals eerder door de functionarissen van het Ministerie van Koloniën werd beweerd. Tegen het einde van de jaren 1940 verklaarde de medische commissie van het Tienjarenplan dat:

*“Le bien-être matériel est, partout, conditionné par la production de richesses. [...] mais pour produire il faut des bras. On peut évidemment envisager d’augmenter le nombre de bras valides, mais aussi et surtout, il importe d’augmenter la capacité de rendement de ceux qui existent. A la Colonie, non seulement les bras manquent, mais encore ceux dont on peut disposer ont le plus souvent, un rendement médiocre.”*¹⁴⁴

De algemene doelstellingen van de commissie om de gezondheid te verbeteren, het verlies aan mensenlevens te reduceren en het geboortecijfer te verhogen werden dus ook zeker gestuurd door de achterliggende beweegredenen die de kwaliteit en productiecapaciteit van werkkrachten trachtte te verhogen. Vanaf het begin van de koloniale overheersing omvatte het domein van de koloniale geneeskunde zowel commerciële als politieke kwesties.¹⁴⁵ Deze verbinding tussen medische wetenschap en economische ontwikkeling keerde wederom terug in het citaat van de medische commissie. De koloniale medische zorg was veelal een bijproduct van koloniale initiatieven.¹⁴⁶ Hierdoor valt ook af te leiden dat er voornamelijk een

¹⁴¹ Simon De Nys-Ketels, Laurence Heindryckx, Johan Lagae en Luce Beeckmans, ‘Planning Belgian Congo’s network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959’, *Planning perspectives* 34, nr. 5 (2019): 761.

¹⁴² Albert Duren, ‘L’organisation médicale belge en Afrique (1953)’, in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, II, 6 (Gembloux : J. Duculot, 1955), 13.

¹⁴³ Maarten Langhendries en Reinout Vander Hulst, ‘Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?’, in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche (Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020), 310.

¹⁴⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 937, p.1 : Commission médicale, *rapport de la commission médicale du Plan Decennal de la colonie*.

¹⁴⁵ Maryinez Lyons, *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992), 69.

¹⁴⁶ Langhendries en Vander Hulst, ‘Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?’, in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 311.

economische drijfveer zat achter het medische luik van het Tienjarenplan.

Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg werd er door de medische commissie verder geconstateerd: “*Affections mentales: Assez fréquentes pour justifier la création de Centres de traitement spécialisés. (Asiles – Centres de rééducation etc...)*.”¹⁴⁷ Deze wens werd vervolgens toegevoegd aan het Tienjarenplan. Het plan voorzag voor elke provincie van Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi een *asile* voor autochtonen.¹⁴⁸ Het *Rapport annuel de la direction générale des services médicaux de Congo Belge* van het jaar 1950 bevestigde dat het budget voor de ontwikkeling van *asiles* werd vastgelegd op een totaal van 37.050.000 Belgische frank voor de komende drie jaar.¹⁴⁹ De specifieke invulling van deze nood aan geestelijke gezondheidsinstellingen in de kolonie moest eerst nog verder bestudeerd worden. Het was de Belgische psychiater Raymond Baudoux die onderzoek deed naar bestaande medische voorzieningen voor geesteszieken en suggesties deed voor de toekomstige organisatie.

2.1.2. De aanloop naar het eerste en enige psychiatrisch centrum in de kolonie

Tijdens de winter van 1948 verkreeg minister van Koloniën, Pierre Wigny, een brief van de gouverneur-generaal in verband met de wens om een eerste *asile* voor geesteszieken op te richten in Luluaburg dat gelegen was in de provincie Kasai.¹⁵⁰ Naast de verschillende *cabanons* in de provincies en de lazaretten in Leopoldstad en Boma, die bovendien in een slechte staat verkeerden, waren er geen andere meer omvangrijke voorzieningen aanwezig voor geesteszieken in de kolonie. De keuze voor de provincie Kasai om een eerste psychiatrisch centrum te installeren werd waarschijnlijk overwogen door de centrale ligging van de provincie. Hiernaast werd de keuze ook vooral beïnvloed door de mogelijkheid om de toekomstige opleiding te laten verzorgen door religieuze congregaties die al gespecialiseerd waren in het beheer en het toezicht van deze soort instellingen.¹⁵¹

Alvorens een plan uit te denken over de organisatie van het psychiatrisch centrum in

¹⁴⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 937, p.4 : Commission médicale, *rapport de la commission médicale du Plan Decennal de la colonie*.

¹⁴⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : Directeur general de l'hygiene, *Note pour monsieur l'administrateur general des colonies*, 8 september 1950.

¹⁴⁹ Congo belge. Direction générale des services médicaux, *Rapport annuel de la direction générale des services médicaux de Congo Belge* (Brussel : Van Gompel, 1950), 9.

¹⁵⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : P. Wigny, *Création d'un asile d'aliénés au Kasai par le F.B.E.I.*, 14 februari 1949.

¹⁵¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : *Création Asile Aliénés au Kasai par F.B.E.I.*, 24 december 1948.

Kasai werd er gekozen om een expert aan te stellen die de problematiek van geesteszieken in Belgisch Centraal-Afrika moest bestuderen en voorstellen moest doen over de organisatie van instellingen en behandeling van geesteszieken. Uiteindelijk werd ook verwacht dat hij een plan zou voorstellen om het onderkomen te voorzien van geesteszieken.¹⁵² Het onderzoek naar de situatie en organisatie van voorzieningen voor koloniale geesteszieken werd door het Ministerie van Koloniën aan Baudoux toevertrouwd.¹⁵³ De missie vond plaats tijdens de periode van januari tot maart in 1950. Hierna ondernam hij zelf nog een privé-reis naar de kolonie in februari van het daaropvolgende jaar. Beide ondernemingen vormden de basis voor het vervaardigen van zijn onderzoeksrapport *La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*.

Baudoux maakte deel uit van de eerste generatie psychiaters die werkzaam was in de psychiatrische instelling van het Brugmann ziekenhuis in Brussel, dat verbonden was met de universiteit van Brussel. Tijdens zijn beginjaren als psychiater was er nog een gebrek aan erkenning voor het vakgebied. De universitaire opleiding tot psychiater bleef ook voor een lange tijd vrij algemeen, waardoor de gespecialiseerde opleiding pas op de werkvloer gegeven werd. Baudoux werd uiteindelijk hoofd van een afdeling van het universitair instituut en werkte er zoals de meeste psychiaters deeltijds gecombineerd met zijn consultaties aan privé-cliënteel.¹⁵⁴ De keuze voor Baudoux om de missie te ondernemen naar de Belgische gebieden in Centraal-Afrika werd door de inspecteur-generaal van de hygiëne verantwoord door te stellen dat de psychiater al een ruime tijd ervaring had in het organiseren van dergelijke gestichten.¹⁵⁵

Baudoux deelde zijn onderzoeksrapport op in vijf hoofdstukken. Hij besprak achtereenvolgens de staat van medische hulp aan autochtone geesteszieken, het psychopathologisch, therapeutisch en sociaal onderzoek in de dorpen van Kasai, de Oostprovincie, Katanga, Kivu en Ruanda-Urundi, suggesties voor het helpen van autochtone geesteszieken, de bespreking van Europeanen met neuropsychiatrische ziekten in de kolonie en hij gaf uiteindelijk ook suggesties met betrekking tot enkele artsen die de psychiatrie in de

¹⁵² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : inspecteur general de l'hygiène, *Mission du Docteur Baudoux, psychiatre*, 14 juli 1951.

¹⁵³ Raymond Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, XXII, 1 (Gembloux : J. Duculot, 1952), 3.

¹⁵⁴ Benoît Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle* (Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2013), 13, 16.

¹⁵⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : M. Van Hecke, inspecteur general de l'hygiène, *Asile d'aliénés Kasai*, 18 augustus 1949.

kolonie zouden kunnen uitoefenen.¹⁵⁶ Het onderzoeksrapport van Baudoux is hierdoor zowel descriptief als normatief aangezien hij verondersteld werd de werkelijkheid van psychiatrische voorzieningen in de kolonie weer te geven maar anderzijds zal hij ook oordelen over deze werkelijkheid en elementen aanduiden die voor hem duidelijk anders georganiseerd moesten worden.

De verschillende punten van het onderzoeksrapport werden uitgewerkt na rechtstreekse contacten met de gouverneur-generaal, de hoofdarts, de verschillende gouverneurs, provinciale artsen en een zestigtal artsen uit Belgisch-Congo, Ruanda-Urundi, Frans-Congo, Angola en Uganda. Verder werd er ook bijkomende informatie verkregen die gebaseerd was op kennis van Zuid-Afrika en zijn eerdere bezoeken aan Noord-Afrika.¹⁵⁷ De contacten die Baudoux onderhield met Franse en Britse koloniale artsen tijdens het maken van zijn missierapport volgden uit het feit dat het Belgisch Centraal-Afrikaanse medische staatsstelsel op elk vlak sterk beïnvloed werd door het Franse kolonialisme en door de Britse koloniale modellen.¹⁵⁸ De nadruk werd ook voornamelijk gelegd op de Franse contacten omdat deze netwerken vanaf de Eerste Wereldoorlog al werden versterkt. Belgische en Franse koloniale artsen overlegden tijdens de Eerste Wereldoorlog met elkaar over hoe ze moesten reageren op Duitse propaganda en gaven elkaar positieve commentaar in de pers omtrent prestaties in het koloniale medische veld. Naast deze medische dimensie was de coöperatieve reactie één van de eerste voorbeelden van een gezamenlijke Belgisch-Franse inspanning om het kolonialisme te legitimeren tegenover de kritische internationale stemmen.¹⁵⁹ De casus van de Belgische koloniale medische diensten en de psychiatrie werden dus voornamelijk beïnvloed door Franse en Britse invloeden.

De situatie van voorzieningen voor geesteszieken in het begin van de jaren 1950 werd gekenmerkt door een continuïteit met de situatie uit de vooroorlogse periode. Geesteszieken werden hier nog steeds ondergebracht in oude *asiles* en in *cabanons* die deel uitmaakten van een ziekenhuis voor autochtonen maar ook in bijgebouwen van gevangenis in regio's waar de ziekenhuizen onvoldoende uitgerust waren. In Leopoldstad konden geesteszieken geplaatst worden in het gesticht van Boma of in het gesticht van Leopoldstad maar ook in het ziekenhuis *Reine Elisabeth*. In de provincie Kasai waren er geen gestichten. De geesteszieken verbleven daar in de verschillende ziekenhuizen van Luluaburg, Luebo en Matamba of

¹⁵⁶ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 3.

¹⁵⁷ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 4.

¹⁵⁸ Au en Cornet, 'Medicine and colonialism', in *Medical histories of Belgium*, 121.

¹⁵⁹ Myriam Mertens en Guillaume Lachenal, 'The history of "Belgian" tropical medicine from a cross-border perspective', *Revue belge de philologie et d'histoire* 90, nr. 4 (2012) : 1266-1267.

werden geplaatst in de gevangenissen van Luluaburg en Luebo. Voor Katanga werden voorzieningen opgericht in de ziekenhuizen van Elisabethstad en Jadotstad, deze laatste werd geleid door de UMHK. Verder werden geesteszieken in Katanga ook geplaatst in de gevangenis van Elisabethstad en in het psychiatrische lazaret van Bunkeya die werd geleid door de Kanunnikessen van Sint-Augustinus. In de Oostprovincie werden geesteszieken geplaatst in het *asile*, in het ziekenhuis of in de gevangenis van Stanleystad. In de provincie Kivu werd er organisatie voorzien in het ziekenhuis van Costermansstad. Ten laatste rapporteerde Baudoux over de voorzieningen die werden georganiseerd in Ruanda-Urundi. In dit gebied werden enkele kalme geesteszieken occasioneel opgevangen in de ziekenhuizen van Kigali, Nyanza, Astrida en Usumbura.¹⁶⁰ Over de Evenaarsprovincie in Belgisch-Congo werd er verder geen informatie gegeven. In het begin van de jaren 1950 waren er zodoende enkel gestichten voorzien in Leopoldstad, Boma en in Stanleystad. Deze laatste was bovendien nog vrij recent opgericht.

Baudoux uitte vervolgens zijn kritiek over de plaatselijke situatie in Belgisch Centraal-Afrika:

“[...] les asiles existants ne répondent pas aux exigences psychiatriques actuelles, ils servent uniquement de garderie pour les malades qui ont posé un problème social, il n'existe aucune possibilité thérapeutique et les psychiatres font totalement défaut au Congo. Les annexes des hôpitaux consistent surtout en chambres fortes d'isolement; ce dispositif n'est plus employé en assistance psychiatrique moderne. [...] l'assistance aux indigènes aliénés est analogue, toutes proportions gardées, à celle qui était pratiquée il y a vingt ans dans les vieux asiles de nombreux pays d'Europe. [...] L'organisation actuelle doit être complètement réformée et c'était d'ailleurs là l'objet de la mission qui nous fut confiée.”¹⁶¹

Uit zijn evaluatie over de psychiatrische organisatie in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi werd duidelijk dat Baudoux een sterke link legde tussen koloniale psychiatrie en de westerse of continentale psychiatrie. Hij klaagde het feit aan dat de bestaande gestichten enkel dienden als isolatie voor patiënten die een maatschappelijk probleem stelden en dat er geen therapeutische mogelijkheden waren. Deze observatie ligt in lijn met de bredere tendens die de koloniale psychiatrie na de Tweede Wereldoorlog kenmerkte. In deze naoorlogse periode vond er een verbreding plaats van het scala aan aandoeningen in psychiatrische inrichtingen in Afrika. Waar de meeste patiënten voor 1945 werden opgenomen wegens psychische

¹⁶⁰ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 5-6.

¹⁶¹ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 6-7.

stoornissen veranderde dit na 1945 in een toename van opgenomen patiënten vanwege sociale stoornissen waaronder alcoholisme, drugsverslaving, misdaad en werkloosheid.¹⁶² Hiernaast verwees Baudoux met zijn citaat duidelijk naar het idee van het welvaartskolonialisme dat hij behartigde waarin hij pleitte voor therapeutische mogelijkheden om de veronderstelde voordelen van het kolonialisme te bekrachtigen. Een ‘modelkolonie’ zou de Belgisch koloniale overheersing legitimeren.¹⁶³ Verder wordt uit het citaat duidelijk dat Raymond Baudoux een eurocentrisch beeld aanhing. Door het psychiatrisch netwerk in de kolonie te vergelijken met de Europese psychiatrische organisatie van twintig jaar geleden gaf hij aan dat hij een lineair tijdsverloop en het eurocentrische vooruitgangsidee vooropstelde.

Hiernaast hechte Baudoux ook belang aan de Belgische koloniale reputatie op internationaal niveau. Baudoux vermeldde: “[...] *nous nous trouvons en Afrique Centrale et Orientale en retard par rapport à l'Angola et l'Uganda. Ce décalage devrait être modifié d'autant plus vite que nous sommes loin d'être en infériorité dans les autres domaines de la médecine coloniale.*”¹⁶⁴ Angola en Uganda beschikten al wel over koloniale psychiaters en therapeutische mogelijkheden. Er was ook sprake van het feit dat enkele Belgische koloniale al neurologische behandelingen hadden ondergaan in Angola. Door de geringe aanwezigheid van behandelingen voor Europeanen in de eigen kolonie werden enkele Belgische koloniale dus genoodzaakt om in naburige kolonies een behandeling te verkrijgen. Dit gegeven viel hoogstwaarschijnlijk ook niet in goede aarde bij Baudoux. Aansluitend versterkte dit ook zijn boodschap naar zijn lezerspubliek over de noodzakelijke intensivering in de koloniale geestelijke gezondheidszorg.

In het hoofdstuk over de psychopathologische, therapeutische en het sociaal onderzoek in de verschillende dorpen van de kolonie werd als eerste duidelijk voor Boudaux dat er meer mannelijke psychiatrische patiënten waren dan vrouwelijke.¹⁶⁵ Een mogelijke verklaring voor deze onevenwichtigheid werd in deze periode toegeschreven aan het idee dat vrouwen meer ingekapseld werden in de traditionele dorpsomgeving terwijl autochtone mannen meer werden blootgesteld aan de sociale veranderingen.¹⁶⁶ Verder maakte Baudoux ook onderscheid tussen de algemene autochtone bevolking en de *évolués*. Deze term werd

¹⁶² Emmanuel Kwaku Akyaempong, ‘A historical overview of psychiatry in Africa’, in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyaempong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman (Bloomington: Indiana University Press, 2015), 32.

¹⁶³ De Nys-Ketels, Heindryckx, Lagae en Beeckmans, ‘Planning Belgian Congo’s network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959’, 758.

¹⁶⁴ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 10.

¹⁶⁵ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 13.

¹⁶⁶ Jock McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995), 33.

gebruikt binnen de ideologie van het evolutionisme.¹⁶⁷ ‘Evolué’ werd toegepast om de meer ‘ontwikkelden’ of geschoolden onder de autochtone bevolking te categoriseren.¹⁶⁸ Baudoux vermeldde dat deze groep meer vatbaar was voor mentale aandoeningen:

“[...] *sa vie professionnelle le met en contact avec des problèmes qui le dépassent presque toujours, avec l’Européen dont il reçoit des ordres qu’il comprend souvent mal, soit du fait de la langue, soit du fait de l’abstraction qu’il saisit mal [...]* L’évolué vit souvent sa vie professionnelle dans un confort qui ne lui appartient pas, au contact de belles choses qui sont trop chères pour lui ; et, après le travail, il rentre dans sa case ou sa maisonnette rudimentaire de la cité indigène. [...] *L’évolution crée certes des problèmes psychologiques traumatisants, elle sollicite fortement les fonctions intellectuelles d’adaptation et entraîne des perturbations de la vie affective et instinctive.*”¹⁶⁹

Evolués hadden meer scholing gekregen dan de gemiddelde autochtone bevolking en trachtten zich te meten aan Europese standaarden om op die manier te worden geaccepteerd door het regime.¹⁷⁰ Echter stonden zij als sociale categorie in de middenpositie tussen de rest van de autochtone bevolking en de Europese kolonisten waardoor ze nooit volledig behoorden tot één van beide groepen. Deze vervreemding ten opzichte van de eigen oorspronkelijke cultuur en de nog steeds minderwaardige positie tegenover de Europeanen werd door enkele psychiaters als Baudoux in de kolonie als meer genuanceerde oorzaak gegeven voor de psychische aandoeningen.

In zijn tweede hoofdstuk wijdde Baudoux ook verder uit over de verschillende vormen van psychische aandoeningen die aanwezig waren in Belgisch Centraal-Afrika. Volgens Baudoux en zijn verkregen informatie leken schizofrenie en neurose veel voorkomend te zijn. Bij patiënten die leden aan paranoia vermeldde Baudoux dat deze aandoening vaak een mystieke vorm aannam. Bij een gebrek aan kennis van de Europese artsen over de lokale cultuur en gebruiken was het vervolgens moeilijk om in deze situatie het onderscheid te maken tussen een waanvoorstelling of een plaatselijk geloof. Verder verwees Baudoux ook naar angstpsychoses die aanwezig waren bij veel autochtone patiënten. Hierover verkondigde

¹⁶⁷ Daniel Tödt, ‘De koloniale staat en de Afrikaanse elites: een geschiedenis van onderwerping?’, in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche (Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020), 254.

¹⁶⁸ Nathalie Tousignant, ‘Avant-propos’, in *Le manifeste conscience africaine (1956) : Elites congolaises et société coloniale. Regards croisés*, onder redactie van Nathalie Tousignant (Brussel : Presses de l’Université Saint-Louis, 2019), 7-9.

¹⁶⁹ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 14-15.

¹⁷⁰ Tödt, ‘De koloniale staat en de Afrikaanse elites: een geschiedenis van onderwerping?’, in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, 254.

hij: *“Le noir ne manque pas d’intelligence mais il reste très puéril et les terreurs enfantines qui l’on constate chez nous : peur du noir et du loup, ces restes moyenâgeux entretenus par des éducateurs malhabiles, se maintiennent chez l’indigène au cours de la vie adulte.”*¹⁷¹ In dit citaat wordt duidelijk dat Baudoux als psychiater nog steeds door een opmerkelijke paternalistische, infantiliserende en raciale bril keek naar de autochtone bevolking van de kolonie. Zijn verwijzing naar middeleeuwse praktijken die nog aanwezig zouden zijn bij Congolezen geven weer dat hij Europese geschiedenis en cultuur transponeerde op de Congolese context wat een duidelijke indicator is van eurocentrisme.

Naast de voorgaande vormen van psychische aandoeningen rapporteerde Baudoux ook over manie en melancholie in de kolonie. Verder pleitte de Belgische psychiater om af te stappen van het idee dat de meeste gevallen van psychische aandoeningen te wijten zouden zijn aan syfilis of trypanosomiase, ook wel beter gekend als de slaapziekte. Dit idee heerste vaak onder koloniaal medisch en paramedisch personeel en zorgde ervoor dat de patiënten bijvoorbeeld overbodige giftige arsenicumkuren moesten ondergaan. Hiernaast merkte Baudoux ook op dat epilepsie een veelvoorkomende kwaal was. Verder maakte Baudoux een verwijzing naar de afwezigheid van dementie bij de autochtone bevolking. De verklaring hiervoor ligt wellicht in het feit dat de levensverwachting bij de autochtone bevolking in de kolonie lager was vanwege de slechtere levensomstandigheden waardoor potentiële dementie nooit tot ontwikkeling kon komen.¹⁷²

Op het einde van het hoofdstuk werd er meer informatie gegeven over de sociale problemen die zich na de Tweede Wereldoorlog stelden bij de patiënten. Hierin waren de meest prominente problemen alcoholisme en het gebruik van Indiase hennep.¹⁷³ Het gebruik van cannabis in de Afrikaanse kolonies werd na de Tweede Wereldoorlog mede geïntroduceerd door West-Afrikaanse soldaten die in Azië gevochten hadden. De introductie ervan door soldaten en de hiermee samenhangende associatie met geweld gaven cannabis een slechte reputatie. Het leidde tot een veronderstelling van sociale en morele wanorde. Het gebruik van Indiase hennep werd gestimuleerd door een tegencultuur van beroepsgroepen die zwaar of gevaarlijk werk uitoefenden en criminele activiteiten rationaliseerden. Er bestond ook een andere meer geweldloze benadering van de verspreiding van cannabis in het Afrikaanse continent. Sierra Leone bijvoorbeeld verbouwde al cannabis lang voordat andere West-Afrikaanse landen dit deden. Het werd onder meer gebruikt tijdens bevallingen en

¹⁷¹ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 16-17.

¹⁷² Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 17-19.

¹⁷³ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 20.

tijdens andere vormen van zware arbeid. Vanaf de jaren 1930 werd cannabis aan verschillende Afrikaanse landen verkocht.¹⁷⁴

Ook het gebruik van alcohol verspreidde zich meer en meer waardoor Baudoux van mening was dat de betaling van het rantsoen aan de autochtone bevolking in contant geld zoveel mogelijk gemeden moest worden. Verder bemerkte hij ook dat: *“Il semble qu’il ne faille solliciter les mécanismes d’adaptation que pour autant que l’individu ait la possibilité de former son sens critique et ses défenses morales.”*¹⁷⁵ Deze elementen zijn opnieuw voorbeelden van de paternalistische en infantiliserende houding tegenover de ‘Afrikaanse andere’. Door de toename van sociale problemen in de periode na de Tweede Wereldoorlog werd er door Baudoux toch ook beargumenteerd dat een te snelle evolutie nefast zou zijn voor de kolonie.¹⁷⁶

In het derde hoofdstuk benaderde hij de toekomstmogelijkheden voor de organisatie van psychiatrische voorzieningen in de kolonie. Het was voor Baudoux noodzakelijk om de door hem gepercipieerde discrepantie tussen de koloniale psychiatrie en het algemene medische domein te dichten. De meest essentiële elementen om dit te bewerkstelligen waren de voorziening van koloniale psychiaters en psychiatrische centra met ‘moderne’ therapeutische mogelijkheden. Hiernaast benadrukte hij tevens het belang van een goed uitgebouwde wetgeving omdat er op dit gebied in de voorbije decennia weinig tot geen vooruitgang had plaatsgevonden. De mentale toestand van autochtone psychiatrische patiënten stelde hen niet altijd in staat om de geldigheid van de maatregelen die hen werden toegelegd goed te beoordelen of om hun eigendommen zelf te beheren. Het was bijgevolg belangrijk om de plichten van de samenleving ten aanzien van de patiënt te codificeren.¹⁷⁷ Hier moet opnieuw vermeld worden dat een dergelijk uitgewerkt wettelijk kader nooit zal worden gerealiseerd voor de Belgisch Centraal-Afrikaanse context.

Voorts werd er bepaald dat elke provincie van de kolonie moest beschikken over een psychiatrisch centrum met een uitbreidbare capaciteit beginnende vanaf 140 bedden en waar patiënten extensief behandeld konden worden.¹⁷⁸ Eerder werd er door de medische commissie reeds beargumenteerd dat deze noodzakelijkheid voortkwam uit het idee dat het grote aantal

¹⁷⁴ Akyaempong, ‘A historical overview of psychiatry in Africa’, in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, 39.

¹⁷⁵ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 20-21.

¹⁷⁶ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 23.

¹⁷⁷ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 24, 30.

¹⁷⁸ Baudoux, ‘*La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951*’, 25.

geesteszieken deze organisatie zou legitimeren.¹⁷⁹ Hiernaast vermeldde Baudoux dat de bestaande instellingen niet efficiënt verspreid waren over de kolonie. De afstanden waren te groot waardoor er verlies van contact met de familie kon optreden. Elk nieuw psychiatrisch centrum zou moeten kunnen beschikken over een gebied van 200 hectare en zou binnen een maximale straal moeten liggen van tien kilometer van een groot bestaand ziekenhuis. Deze verschillende provinciale centra konden niet gezamenlijk gebouwd worden. De overheid besliste daarom om de provincie Kasai eerst te voorzien van een psychiatrisch centrum. Specifieker werd er voor de regio Luluaburg gekozen omdat deze centraal gelegen was en aansluitend omdat er transportvoorzieningen ter beschikking waren in de vorm van spoorwegen en luchtvaartterrein.¹⁸⁰

De psychiatrische centra waren eigendom van de kolonie en voor Baudoux was het essentieel dat de gouverneur-generaal de leiding en verantwoordelijkheid belichaamde over deze instellingen. Dit beheer moest door de regering worden gedelegeerd aan de hoofdarts van de instelling die onder het directe gezag stond van de hoofdarts van de kolonie. Verder moest de dienst toevertrouwd worden aan gespecialiseerde religieuze orden of leken.¹⁸¹ Voor het psychiatrisch centrum in Luluaburg werden er reeds contacten gelegd met de Broeders van Liefde. Deze samenwerking werd vervolgens even stilgelegd omdat er onenigheden waren omtrent de voorgestelde overeenkomsten. De algemene overste van de Broeders van Liefde kon zich niet neerleggen bij het feit dat het centrum praktisch geleid zou worden door een dokter-psychiater. Hij vervolgde met : *“La direction générale et l’organisation des services sont confiées à la Congrégation. Nous n’en pourrions déroger.”*¹⁸²

Na het behouden van nauwe contacten werd er een jaar later door de gouverneur-generaal geadviseerd om de hulp van de Broeders van Liefde te verbeuren: *“Si les Frères de la Charité se refusent à les accepter et à voir modifier le projet de Convention comme nous le leur avons demandé, je vous propose, Monsieur le Ministre, de renoncer à leur assistance.”*¹⁸³ De eisen van de congregatie zouden indruisen tegen de regels omtrent de medische dienst van de regering. Aanvullend hadden de bijkomende eisen van de congregatie over de

¹⁷⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 937, p.4 : Commission médicale, *rapport de la commission médicale du Plan Decennal de la colonie*.

¹⁸⁰ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 25-27.

¹⁸¹ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 28-29.

¹⁸² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1144 : Fr. Dieudonné, *A monsieur l’Inspecteur Royal Ministère des Colonies*, 12 januari 1953.

¹⁸³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1144, p.2 : Gouverneur general, *Convention Colonie – Frères de la Charité de Gand*, 17 augustus 1954.

voorzieningen er ook voor gezorgd dat de bouw van het psychiatrisch centrum vertraagd werd. De gouverneur-generaal merkte op dat het tekort aan personeel vervolgens opgevuld kon worden met personeel van de medische dienst van de overheid.¹⁸⁴ De theorie over het bestuur van het centrum dat in het onderzoeksrapport van Baudoux aan bod kwam, bleek toch niet altijd zo vanzelfsprekend te zijn om in de praktijk om te zetten.

Deze netelige contacten tussen religieuze orden en de koloniale overheid zijn mede te wijten aan het feit dat de Europese welvaartstaat zich vestigde in de naoorlogse periode. Hierdoor werd de betrokkenheid van de staat in verschillende sectoren van de samenleving groter en steeds meer als vanzelfsprekend beschouwd. In het begin van de jaren 1950 stond de Rooms-Katholieke Kerk achterdochtig tegenover deze ontwikkelingen.¹⁸⁵ De betrekkingen tussen Kerk en staat maakten een neerwaartse beweging in de jaren 1950. Waar koloniale instellingen voorheen werden gesubsidieerd door de staat en in handen waren van missiecongregaties werd er in deze periode een ommekeer gemaakt waarin de staat meer inspraak wou hebben.¹⁸⁶ Het is wellicht om deze reden dat de congregatie van de Broeders van Liefde wantrouwend was tegenover het bestuur van een, door de staat geïnstalleerde, dokter-psychiater in het psychiatrisch centrum.

Om de onderzoeksmissie van Baudoux te vervolledigen werd hij vergezeld door de architect van het medisch departement in Leopoldstad aangezien de provincie Kasai zelf niet beschikte over een architect.¹⁸⁷ Onder richtlijnen van Baudoux had de architect d'Hondt een aantal voorontwerpen van plannen gemaakt voor het centrum in Luluaburg.¹⁸⁸ De plannen van d'Hondt werden goedgekeurd door Albert Duren, de commissie van het Tienjarenplan en ook door dokter Auguste Thomas die Lucien van Hoof opvolgde als hoofdgeneesheer van Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi.¹⁸⁹

Door de wijzigingen die de Broeders van Liefde wilden doorvoeren, moesten de

¹⁸⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144, p.2 : Gouverneur general, *Convention Colonie – Frères de la Charité de Gand*, 17 augustus 1954.

¹⁸⁵ Maarten Langhendries, 'Catholic doctors at the cradle. The persona of the Catholic physician in relation to reproductive health in Belgium and the Belgian Congo' (Onuitgegeven doctoraatsproefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, 2022), 404.

¹⁸⁶ Reuben A. Loffman, *Church, state and colonialism in Southeastern Congo, 1890-1962* (Cham: Springer International Publishing, 2019), 158, 189.

¹⁸⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : *Asile aliens - Luluabourg*, 2 november 1951.

¹⁸⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : M. Kivits, *Note pour le secretariat du plan decennal*, 6 november 1951.

¹⁸⁹ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 30.

plannen van d'Hondt ook herwerkt worden. Zo wou de congregatie overdekte doorgangen om de paviljoenen met elkaar te verbinden voor tijdens het regenseizoen, een overdekt terras en ventilatieopeningen in de scheidingswanden van het toekomstige huis voor missionarissen.¹⁹⁰ Ventilatieschachten werden tijdens deze periode in type plannen voor warme en vochtige gebieden gebruikt om circulerende luchtstromen te creëren.¹⁹¹ Vervolgens eiste de congregatie dat de inrichtingen voor mannen en vrouwen duidelijk gescheiden moesten worden van elkaar en dat elke inrichting over een kapel moest beschikken. Verder stelde de congregatie voor om de refterzalen van het psychiatrisch centrum te vergroten aangezien deze dienden als verblijfplaats voor patiënten tijdens de avonduren of wanneer het regende. Hiernaast vond de congregatie ook dat er in het voorontwerp van d'Hondt te weinig ruimte was voorzien voor isoleer- en separatieruimtes.¹⁹² Deze wens kan herleid worden met naar idee dat de missiecongregaties nog altijd oudere denkwijzen zouden hanteren over isolatie van geesteszieken in een periode waarin het welvaartskolonialisme voornamelijk genezing vooropstelde. Desondanks werd deze wens van de Broeders van Liefde weldegelijk ingewilligd. In 1953 werden de voorontwerpen van het psychiatrisch centrum in Luluaburg aangepast door de architect CH. Simon.¹⁹³ Voorbeelden van beide plannen werden aan de masterproef toegevoegd en zijn te vinden in de bijlage (Plan 1 en 2).

In 1957 werd uiteindelijk het psychiatrisch centrum in Kasai geopend.¹⁹⁴ Dit was het eerste en zal uiteindelijk ook het enige van haar soort zijn binnen de kolonie tijdens het Belgisch bewind. Het centrum kreeg de naam *Centre Neuropsychiatrique du Kasai* (CNPP) en het werd geïnstalleerd in Katwambi dat nabij Luluaburg gelegen was.¹⁹⁵ Het CNPP kwam

¹⁹⁰ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : les reverends frères de la charite de Gand, *Observations des reverends frères de la charite de gand, au sujet des plans d'avant-projet pour l'asile d'alienes a luluabourg*, 5 mei 1952.

¹⁹¹ De Nys-Ketels, Heindryckx, Lagae en Beeckmans, 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959', 767.

¹⁹² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : les reverends frères de la charite de Gand, *Observations des reverends frères de la charite de gand, au sujet des plans d'avant-projet pour l'asile d'alienes a luluabourg*, 5 mei 1952.

¹⁹³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : M. Kivits, *Note a monsieur l'administrateur general des colonies*, 2 september 1952.

¹⁹⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 939, p.3 : *VIe partie le développement social*.

¹⁹⁵ Michel Okitapoy On'okoko, Rachel Jenkins, Samuel Mampunza Ma Miezi, Daniel Okitundu Luwa E Andjafono en Ildephonse Muteba Mushidi, 'Mental health in the Democratic Republic of Congo : A post-crisis country challenge', *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists* 7, nr. 2 (2010): 42.

onder leiding te staan van Belgisch koloniaal psychiater Fernand Mairlot.¹⁹⁶ Bij elke nieuwe opname ondergingen de patiënten een hematologisch en een parasitologisch onderzoek. Verder werd er ook een lumbale punctie uitgevoerd voor onderzoek naar het cerebrospinaal vocht dat omheen de hersenen en het ruggenmerg zit. Wanneer er meer gespecialiseerde onderzoeken moesten plaatsvinden beschikte het psychiatrisch centrum ook over een laboratorium, een EEG waarmee de elektrische activiteit van de hersenen gemeten werd, een röntgenapparaat en vanaf 1959 tevens een craniograaf die gebruikt werd voor gefractioneerde encefalografie en cerebrale arteriografie.¹⁹⁷ De introductie van deze toestellen was ook een hulpmiddel om de psychiatrie verder te medicaliseren en om deze methoden als wetenschappelijk te meten.¹⁹⁸

Wanneer de diagnose werd gesteld, door behulp van voorgaande methoden, volgde de persoonlijke behandelmethode van de patiënt. Er konden vier soorten behandelingen onderscheiden worden van elkaar. Psychotherapie werd het meeste beoefend als behandeling door de Europese psychiater en de Afrikaanse assistenten. Hiernaast was er de biologische behandeling die bestond uit chemotherapie, insulinetherapie, elektroshocks en in zeldzame gevallen pyrotherapie of een koortskuur.¹⁹⁹ Chemotherapie kon in deze periode onder andere gebruikt worden voor patiënten die leden onder trypanosomiase.²⁰⁰ Insulinetherapie en elektroshocks werden reeds ontwikkeld aan het einde van de jaren 1930 en aan het begin van de jaren 1940.²⁰¹ Insulinetherapie werd gebruikt om coma's uit te lokken bij schizofrene patiënten en elektroconvulsietherapie werd voornamelijk gebruikt bij melancholie en depressie. Hiernaast werden er ook neuroleptica gebruikt in het CNPP.²⁰² Neuroleptica werden in de jaren 1950 voor het eerst geïntroduceerd.²⁰³ Ze werkten in op de neurotransmitters van de synapsen in de veronderstelling dat dit het gedrag van de patiënt zou normaliseren. Het gebruik van neuroleptica had als gevolg dat het gebruik van elektroconvulsietherapie gereduceerd kon worden.²⁰⁴

¹⁹⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, 26 januari 1962.

¹⁹⁷ P. G. Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2 (Brussel : Fondation Roi Baudouin, 1992), 933.

¹⁹⁸ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 203.

¹⁹⁹ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 933.

²⁰⁰ Alan H. Fairlamb, 'Chemotherapy of human African trypanosomiasis: current and future prospects', *Trends in parasitology* 19, nr. 11 (2003): 488.

²⁰¹ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 62.

²⁰² Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 933-934.

²⁰³ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 57.

²⁰⁴ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 933-934.

De derde vorm van behandeling bestond uit de psychomotorische component. Deze behandeling omvatte voornamelijk ergotherapie en bewegingstherapie. In het centrum bestond Ergotherapie uit het verlenen van diensten en verschillende activiteiten. In Kasai werd de vorm van de activiteiten bepaald door de stereotiepe gewoonten van de patiënt. Mannelijke patiënten moesten materialen zoeken om hutten te bouwen, om land te ontginnen en sommigen kregen te taak toegewezen om houtbewerking uit te oefenen of monteur te worden. Vrouwelijke patiënten moesten op het land werken, water halen bij een bron en klei leggen op de latten van de hutten. Het merendeel van de gehospitaliseerde patiënten beoefende deze vorm van ergotherapie buiten het psychiatrisch centrum. Hierdoor stonden ze ook in contact met de lokale bevolking wat de sociale rehabilitatie zou bevorderen. Hiernaast werd ook bewegingstherapie gehanteerd. Deze bestond uit fysieke oefeningen zoals sport of lokale dansen.²⁰⁵

Er kan gesuggereerd worden dat de activiteiten die bij de ergotherapie werden uitgevoerd een verlengde vormden van de arbeidstherapie die penitentiair antropoloog Louis Vervaeck in 1929 voor ogen had voor de kolonie. Echter werd er door de minister van Koloniën betreffende de ergotherapie geen nadruk gelegd op het achterliggende idee van hogere productiecapaciteit of een mogelijke manier om de kosten te dekken zoals dat bij Vervaeck wel aan bod kwam : *“Le travail agricole que les aliénés, [...] auront à exécuter, doit avoir [sic] bien plus pour eux un effet d’apaisement et de cure qu’un but de grand rapport de productions; les colonies d’aliénés diffèrent sous ce rapport des colonies de lépreux.”*²⁰⁶ Er werd door de minister van Koloniën, Pierre Wigny, zodoende ook een duidelijk verschil gemaakt tussen de bijkomende (economische) doeleinden van de ziekenkolonies onderling.

De laatste behandeling die voor handen was in het psychiatrisch centrum bestond uit psychosociale therapie. Bij psychosociale therapie werd er belang gehecht aan het onderhouden van sociale contacten. Dit werd mogelijk gemaakt door onder andere familiebezoeken en bezoeken aan de markt die nabij het psychiatrisch centrum gelegen was.²⁰⁷

Deze vormen van behandeling in de koloniale context kunnen herleid worden naar het model dat in de westerse of continentale psychiatrie van kracht was in de jaren 1950. In deze

²⁰⁵ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 934.

²⁰⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1144 : P. Wigny, *Asile d’aliénés. Rapport du Docteur Baudoux et plans*, 4 augustus 1950.

²⁰⁷ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 935.

periode verspreidde er zich een model dat pleitte voor een globale aandacht voor de psychiatrische patiënt op drie verschillende niveaus. Deze drie niveaus bestonden uit het psychologische, het biologische en het sociale aspect.²⁰⁸ Deze onderdelen keerden dus ook terug in de koloniale geestelijke gezondheidszorg van het psychiatrisch centrum aan het einde van de jaren 1950. Hiernaast wijst de ontwikkeling van behandelingen in de kolonie op een groot verschil in benadering van autochtone geestesziekten tussen het interbellum en de naoorlogse periode. Waar autochtone geesteszieken in het interbellum voornamelijk werden geïsoleerd van de openbare ruimte als methode om de publieke orde te bewaren, werd er vanaf de jaren 1950 ingezet op sociale rehabilitatie en het idee van genezing. Deze tendens keerde ook terug in het onderzoeksrapport van Baudoux: *“Il faut ici réagir contre une ancienne conception qui voulait que la maladie mentale est peu curable, ce qui est loin d’être le cas actuellement.”*²⁰⁹ De focus op genezing zou opnieuw in verband kunnen gesteld worden met de economische ingesteldheid en de matiging van internationale kritiek die het Tienjarenplan kenmerkte.

Het centrum had plaats voor tweehonderd patiënten en in de periode vanaf de oprichting in 1957 tot 1960 hadden er in totaal 736 patiënten een psychiatrische behandeling doorgemaakt. Hospitalisatie was hier wederom gebaseerd op de mate van agitatie van de patiënt.²¹⁰ De patiëntenpopulatie bestond voornamelijk uit jongere mannen aangezien acculturatieproblemen en identiteitsproblemen overwegend invloed hadden op deze groep van de samenleving. De theorie van een *Clash of Civilizations* komt hier ook duidelijk aan bod:

*“La colonisation et la décolonisation ont profondément modifié les fonctionnements traditionnels, spécialement chez les jeunes et lors des processus d’urbanisation. La famille clanique a en partie cédé le pas à une famille nucléaire (père-mère-enfants), proche du modèle occidental. D’autre part, l’ébranlement culturel, le déracinement par l’école et le travail à l’européenne ont remis en question les processus d’initiation traditionnelle et d’inscription de règles par l’image paternelle.”*²¹¹

Voor de autochtone bevolking kwamen de belangrijkste veranderingen met de opkomst van nieuwe steden en met de bijkomende stedelijke cultuur. Rekening houdend met de segregatie die op alle domeinen van kracht was, vonden de meest intense contacten tussen kolonisator en

²⁰⁸ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 188.

²⁰⁹ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 34.

²¹⁰ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 930.

²¹¹ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 939.

koloniaal subject toch plaats binnen deze stedelijke ruimte.²¹²

In het vijfde hoofdstuk uit Baudoux' onderzoeksrapport werden de psychische aandoeningen bij Europeanen besproken. Baudoux concludeerde hierin dat neurologische en psychische ziekten niet uitzonderlijk waren bij de Europese kolonisten. Onder de koloniale artsen waren er enkele onenigheden omtrent de behandeling van de Europese geesteszieken. Enkele artsen waren voorstander van repatriëring terwijl anderen eerder van mening waren dat de patiënt meer baat zou hebben bij therapie in de kolonie omdat sommige vormen van geestesziekten ter plekke te genezen zouden zijn. Uiteindelijk zal deze eerste overtuiging nog steeds de bovenhand nemen. Om de periode tussen diagnosestelling en repatriëring te overbruggen werden Europese geesteszieken geplaatst in een ziekenhuiskamer of in een *cabanon* alvorens aan boord te worden gebracht van een pakketboot. De *cabanon* van Matadi deed dienst als onderkomen voor Europese geesteszieken die op punt stonden om gerepatriëerd te worden. Op het moment van de missie vertrok er elke twee weken een pakketboot vanuit Matadi terug naar België. Baudoux vond dat deze periode overbrugd moest worden onder betere omstandigheden.²¹³ Zijn oplossing was om een bijgebouw te realiseren aan het ziekenhuis voor Europeanen. Het plan van Baudoux is te vinden in de bijlage (Plan 3). Deze plannen werden uiteindelijk ook goedgekeurd. Het plan dat door Baudoux zelf werd gemaakt bekrachtigd het idee dat artsen in de koloniale context ook *all purpose experts* werden en vervolgens zelfs als *new specialists of space* bestempeld konden worden.²¹⁴

In het laatste hoofdstuk benadrukte Baudoux het belang van psychiaters voor de kolonie. Een koloniale psychiater zou de leiding nemen van een gesticht, moderne therapieën toepassen en gespecialiseerd autochtoon zorgpersoneel opleiden. Voor Baudoux kon de koloniale psychiater ofwel een arts zijn die zich in België al had gespecialiseerd of bestaan uit een koloniale arts die later de nodige psychiatrische kennis zou verwerven.²¹⁵ Uiteindelijk werd door de koloniale overheid de voorkeur gegeven aan koloniale artsen aangezien deze al enigszins bekend waren met de lokale context.²¹⁶ Vervolgens vermeldde Baudoux dat de toekomstige koloniale psychiaters een stage moesten doorlopen van zes maanden in een psychiatrische observatie- en behandelafdeling en minimaal twee maanden stage moesten

²¹² McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind*, 2.

²¹³ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 32-36.

²¹⁴ De Nys-Ketels, Heindryckx, Lagae en Beeckmans, 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959', 761.

²¹⁵ Baudoux, 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951', 37.

²¹⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : P. Wigny, *Asile d'aliénés. Rapport du Docteur Baudoux et plans*, 4 augustus 1950.

vervolledigen in een groot gesticht. De minister van Koloniën wees de leiding over de technische opleidingen toe aan Raymond Baudoux.²¹⁷

Aan de vooravond van de Congolese onafhankelijkheid telde de kolonie enkel twee gestichten die onder de naam van psychiatrische ziekenhuizen gekend waren, namelijk het psychiatrisch centrum van Kasai en het gesticht van Leopoldstad. Verder was er ook een gesticht in Usumbura en waren er secundaire centra in Elisabethstad, Coquilhatstad en Stanleystad. Het doorgangspaviljoen in Matadi werd aan het ziekenhuis voor Europeanen toegevoegd.²¹⁸

Tijdens zijn missie kwam Baudoux reeds in contact met enkele koloniale artsen die ambitie hadden om de technische opleiding tot koloniale psychiater aan te vangen. Tijdens de eerste vijf jaar van de jaren 1950 waren er in totaal drie psychiaters werkzaam in Belgisch Centraal-Afrika en aan het einde van dit decennium waren er welgeteld vijf koloniale psychiaters aanwezig in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi. De periode van de etnopsychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika was van start gegaan.

2.2. De ontwikkeling van de etnopsychiatrie en de specialisering van Belgische koloniale psychiaters

De etnopsychiatrie werd gekenmerkt door de studie naar de psychologie en het gedrag van niet-Europese volkeren. De discipline overlapte sterk met de psychiatrie en de antropologie, maar in tegenstelling tot deze twee bereikte de etnopsychiatrie nooit de status van algemeen aanvaarde wetenschap. De etnopsychiatrie kende een bloeiperiode die startte rond 1900 en liep tot in de jaren 1960, wanneer de discipline verdrongen werd door de bredere transculturele psychiatrie. Etnopsychiaters hadden gedurende hun loopbaan een significant intellectueel isolement waardoor hun onderzoek en hun werk maar zelden een niet-gespecialiseerd publiek bereikte. Psychiaters die zich specialiseerden in etnopsychiatrie werden, net als reguliere psychiaters, nog steeds gemarginaliseerd binnen de medische specialismen.²¹⁹

Het wetenschappelijk discours rond koloniale subjecten kan opgedeeld worden in visies op het lichaam en visies op de geest. De oudere vorm van ‘wetenschappelijk’ racisme was voornamelijk gericht op antropometrische studies van het lichaam van koloniale

²¹⁷ Baudoux, *‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’*, 38.

²¹⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1142 : Dr. P. De Brauwere, 27 maart 1958.

²¹⁹ McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind*, 1, 11.

volkeren.²²⁰ Deze trend werd ondersteund door de lange traditie van de fysionomie, die aannames deed over de morele en mentale kenmerken van een persoon door de uiterlijkheden van het menselijk lichaam en in het bijzonder het gezicht te analyseren.²²¹ Naast de fysionomie was er de ontwikkeling van de frenologie, wiens beoefenaars veronderstelden op een meer empirisch-wetenschappelijke wijze via de opmeting van hersenen en schedels tot een categorisering van morele en mentale kenmerken te komen.²²² Deze deterministische modellen in de negentiende en vroege twintigste eeuw maakten onderscheid tussen onder andere beroep, sociale klasse, leeftijd, geslacht en ook 'ras'. Twintigste-eeuwse rassentheorieën concentreerden zich daarentegen meer op de mentaliteit en persoonlijkheid van koloniale volkeren. Binnen de etnopsychiatrie werden fysieke verklaringsvormen deels ingeruild voor culturele verklaringen waardoor benaderingen vaak gemengd werden. Er kan zo gesteld worden dat de etnopsychiatrie haar oorsprong dus vond in de cluster van theorieën over ras en menselijke diversiteit.²²³

De etnopsychiatrie in Belgisch Centraal-Afrika werd beoefend vanaf de jaren 1950. Tijdens de eerste vijf jaar van dat decennium waren er drie Belgische koloniale psychiaters aanwezig in de Belgische overzeese gebieden. Dokter Clément Michiels was actief in Leopoldstad, dokter Lenelle (voornaam onbekend) was werkzaam in Elisabethstad en dokter Julien Vyncke had een eigen psychiatrische dienst opgericht in het ziekenhuis *Prince Régent Charles* dat gelegen was in Usumbura.²²⁴ In 1960 waren er in Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi welgeteld vijf psychiaters werkzaam. Dokter Ruppel (voornaam onbekend) vergezelde dokter Michiels in Leopoldstad en dokter Fernand Mairlot kreeg de leiding over het psychiatrisch centrum van Kasai.²²⁵ De opleiding tot Belgisch koloniale psychiater bestond uit het halen van een doctoraat in de geneeskunde, het halen van een diploma tropische geneeskunde aan het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) in Antwerpen en het bezitten van attesten die de bekwaamheid van de arts erkenden binnen de

²²⁰ McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind*, 5.

²²¹ Sharrona Pearl, 'Through a Mediated Mirror: The Photographic Physiognomy of Dr Hugh Welch Diamond', *History of Photography* 33, nr.3 (2009): 290.

²²² John P. Jackson Jr. en Nadine M. Weidman, *Race, Racism and Science: Social Impact and Interaction* (New Brunswick: Rutgers University Press, 2005), 34.

²²³ McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind*, 5.

²²⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, *brief van inspecteur-generaal Kivits aan dokter Marcel Alexander*, 8 december 1956.

²²⁵ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, *brief van inspecteur-generaal Kivits aan S. Naderie*, 26 januari 1962.

psychiatrie.²²⁶ In dit deel van de masterproef zal de focus voornamelijk gelegd worden op het werk van koloniale psychiater Julien Vyncke en op zijn onderzoeksrapport. Samen met dokter Michiels was hij één van de eerste koloniale psychiaters die de technische opleiding deels bij Raymond Baudoux had gevolgd.²²⁷ Verder wordt het onderzoeksrapport van Vyncke binnen deze thesis ook beschouwd als een belangrijke bron omdat het indirect als spreekbuis fungeerde voor de autochtone psychiatrische patiënten. Vyncke werkte doorheen zijn onderzoeksrapport met casestudies waarin de stem van de patiënt ook tot uiting kwam.

Dokter Vyncke behaalde in 1938 zijn medische graad aan de Katholieke Universiteit Leuven en trok na het behalen van een doctoraat in de geneeskunde en een diploma tropische ziekten naar Belgisch-Congo. Hij werkte acht jaar lang met trypanosomiase patiënten en had ook de leiding over drie grote leproserieën. In 1952 startte hij de eerste psychiatrische dienst in het algemeen ziekenhuis *Prince Régent Charles* in Usumbura. Verder leverde hij een bijdrage aan zijn vakgebied door zijn functies als lid van de *Committee of Experts on Mental Health* en van het *Expert Committee of Epidemiology of Mental Disorders* uit te oefenen.²²⁸ Hij was tijdens deze periode dus ook adviserend psychiatrisch arts voor de WHO.²²⁹ Het is interessant om te benadrukken dat de loopbaan van koloniaal psychiater Julien Vyncke een bijzonder internationaal karakter had. Er waren in deze periode maar drie psychiaters aanwezig in Belgisch Centraal-Afrika. Deze leemte zorgde er wellicht voor dat de gespecialiseerde werkkrachten die wel actief waren een belangrijkere vertegenwoordiging konden verpersoonlijken voor de kolonie op internationaal vlak. Naast zijn internationale ambities was Vyncke voorzitter van het eerste seminarie over geestelijke gezondheid in Afrika die georganiseerd werd in Brazzaville. In 1958 werd hij lid van de *Société Belge de Médecine Tropicale* en van 1959 tot 1966 was hij hoogleraar psychopedagogiek en algemene psychopathologie aan de universiteit Lovanium in Congo. Na deze periode vertrok Vyncke naar Zuid-Afrika waar hij de leiding nam over de Witrand instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.²³⁰

Tijdens de werkzaamheden binnen zijn eigen psychiatrische dienst in het ziekenhuis

²²⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : Dr. A. Duren, *brief van inspecteur-generaal van de hygiëne Duren aan de Broeders van Liefde*, 25 juli 1952.

²²⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142, p.3 : le gouverneur general, *asiles d'aliénés rapport du docteur Baudoux et plans*, 16 augustus 1950.

²²⁸ Chris Greyling, 'Dr. Julien Camiel Vyncke', *South African Medical Journal (SAMJ)* 75, (1989): 602.

²²⁹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, *brief van inspecteur-generaal Kivits aan S. Naderie*, 26 januari 1962.

²³⁰ Greyling, 'Dr. Julien Camiel Vyncke', 602.

van Usumbura in de jaren 1950 werd Vyncke bijgestaan door zuster-verpleegkundigen en autochtone verpleegkundigen of verpleegassistenten van de afdeling interne geneeskunde. De opleiding tot verpleegkundige was nog algemeen en er werd verondersteld dat de gespecialiseerde ervaring werd opgedaan op de werkvloer.²³¹ Het werk van zuster-verpleegkundigen in de koloniale zorg was typerend voor deze periode aangezien verpleegkunde en zorg nagenoeg exclusief werden geassocieerd met het vrouwelijke domein. Van vrouwelijke religieuzen werd ook verwacht dat ze enkel ‘vrouwelijke’ medische beroepen uitoefenden zoals verpleegkunde of verloskunde.²³² Dergelijke feminisering keerde wederom terug in de zorg voor psychiatrische patiënten. Zuster-verpleegkundigen hadden een monopolie op de koloniale zorg voor geesteszieken. Dit kan afgeleid worden uit een brief van gouverneur-generaal Léon Pétillon uit 1953 waarin een mogelijk contact met de congregatie van de Broeders van Liefde voor de voortzetting van de mannelijke afdeling van het gesticht in Leopoldstad werd omschreven als: “*C’est la première fois que nous aurons recours à personnel masculin spécialisé pour la desserte des asiles.*”²³³ De mannenafdeling van dit gesticht werd voordien beheerd door de Zusters Franciscanessen van Maria maar deze congregatie uitte zich eerder negatief tegenover de toekomstige uitbreiding van de inrichting vanwege een hogere werkdruk en de bijkomende veronderstelde genderproblematiek tussen de vrouwelijke religieuze zorgverleners en de mannelijke patiënten.²³⁴

Er kan tevens opgemerkt worden dat er aan het einde van de koloniale periode ook een verdere professionalisering plaatsvond binnen de koloniale gezondheidszorg. De ontwikkeling en introductie van nieuwe medische technologieën doorheen de koloniale periode creëerden meer opportuniteit voor medische behandeling in gebieden waar er eerder voornamelijk ruimte was voor sociale zorg. Deze ontwikkeling zorgde ervoor dat de competentie van religieus zorgpersoneel in vraag gesteld werd. Opleidingen en diploma’s werden noodzakelijker bevonden dan tevoren.²³⁵ Hiernaast kreeg de koloniale gezondheidszorg ook te

²³¹ Julien Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, V, 5 (Gembloux: J. Duculot, 1957), 3, 9.

²³² Jolien Gijbels en Kaat Wils, ‘Medicine, health and gender’, in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 34, 40.

²³³ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1143 : le gouverneur general, *Desserte section hommes asile aliénés Léopoldville*, 16 juni 1953.

²³⁴ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1143 : minister van Koloniën, 11 juli 1952.

²³⁵ Joris Vandendriessche en Tine Van Osselaer, ‘Medicine and religion’, in *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus (Manchester: Manchester University Press, 2021), 71.

kampen met een aanzienlijk personeelstekort.²³⁶ De verdere professionalisering en de werving van gespecialiseerd zorgpersoneel werden door de koloniale overheid in de hand gewerkt door het invoeren van een vergoeding voor religieuze congregaties die gediplomeerde religieuze verpleegkundigen en vroedvrouwen afleverden.²³⁷ Vanaf 1952 werd er een forfaitaire bijdrage voorzien van 5.000 Belgische frank voor elk studiese­mester dat afgelegd werd. De geldende voorwaarden bestonden uit het hebben van de Belgische nationaliteit, het bezitten van een wettelijk diploma verpleegkunde of vroedkunde, een attest hebben van het ITG en minstens voor vijf jaar diensten hebben verleend in een staatsziekenhuis.²³⁸ De verhouding tussen Kerk en staat tijdens de koloniale periode werd door de Britse historicus Reuben Loffman reeds omschreven als *competitive collaborators* of *competitive co-dependency*. Beide actoren werkten samen en hadden elkaar nodig maar tegelijkertijd hadden ze verschillende agendapunten die vaak met elkaar botsten.²³⁹ Dit idee keerde binnen de context van de forfaitaire bijdrage ook terug. Er werd in de jaren 1950 verwacht dat religieus zorgpersoneel zich zou specialiseren vooraleer subsidies en een bepaald loon verkregen konden worden.

Naast Europees zorgpersoneel werd Vyncke ook bijgestaan door autochtone verpleegkundigen of verpleegassistenten.²⁴⁰ Deze behoorden tot de tweede graad van autochtoon zorgpersoneel. De eerste graad bestond uit hulpverpleegkundigen en hulpvroedvrouwen die hun vorming hadden gekregen over een periode van één of twee jaar. Zij stonden onder onmiddellijk toezicht van Europese of andere autochtone ‘hogergeplaatsten’. De tweede graad van autochtoon zorgpersoneel bestond uit gediplomeerde verpleegkundigen of vroedvrouwen en ook sanitaire wachters voor de diensten van openbare hygiëne. Zij volgden drie jaar lang theoretische studies en twee jaar praktijk. De derde graad omvatte de medische assistenten. Om tot dit onderwijs toegelaten te worden, moesten de kandidaten in het bezit zijn van een getuigschrift van lager secundair onderwijs. Hiernaast

²³⁶ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1162 : le vice-gouverneur général, *infirmières religieuses agréées pour la desserte des hôpitaux du gouvernement et des formations de mission*, 10 februari 1950.

²³⁷ Académie Royale des Sciences d’Outre-Mer, *Bulletin officiel du Congo Belge* (Brussel : Imprimerie Clarence Denis, 1953), 1510-1511.

²³⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1181 : Dr. Kivits, *Intervention frais d’études R. S. Fraeters*, 18 oktober 1962.

²³⁹ Loffman, *Church, state and colonialism in Southeastern Congo, 1890-1962*, 3-4, 259.

²⁴⁰ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 3.

moesten ze nog vier jaar studeren en aansluitend nog twee jaar praktijk volgen.²⁴¹ De medische scholen voor autochtonen waren gevestigd in Leopoldstad, Kisantu en Astrida. Voor gediplomeerd verpleegkundige of vroedvrouw kon men terecht in de verschillende scholen binnen de provinciale hoofdsteden.²⁴² Door te wijzen op het feit dat het koloniaal onderwijs voornamelijk en bijna uitsluitend gericht was op het niveau van het lager onderwijs, wordt echter duidelijk dat het volgen van een specialisatie of opleiding tot medisch assistent zeker niet vanzelfsprekend was voor de autochtone bevolking tijdens deze periode.²⁴³

Naast de Europese en autochtone verpleegkundigen werd er door Vyncke ook specifiek verwezen naar de autochtone medische assistent Pié Masumbuko die de psychiater bijstond.²⁴⁴ Masumbuko zal na de koloniale periode, in 1961, erkend worden als de eerste Afrikaan in Ruanda-Urundi die in het bezit was van een medisch diploma. Naast zijn werk als arts was hij later ook actief in het politieke bedrijf. In 1963 werd hij vicepremier en minister van Volksgezondheid van Burundi onder premier Pierre Ngendandumwe. In het daaropvolgende jaar werd hij benoemd tot minister van Volksgezondheid onder premier Albin Nyamoya. Vervolgens vervulde hij opnieuw de functie van vicepremier onder Joseph Bamina in het midden van de jaren 1960. Op het einde van zijn carrière was Pié Masumbuko actief als WHO-vertegenwoordiger in Tsjaad en Ivoorkust.²⁴⁵ De specifieke carrière van Masumbuko toonde verder aan dat het werk binnen de koloniale psychiatrie als autochtoon medisch assistent ook een bepaalde basis kon vormen voor de uitbouw van een medische carrière na de onafhankelijkheid. Dit getuigt van een bepaalde mate aan *agency* die op deze manier verkregen werd.

Het onderzoeksrapport van Julien Vyncke uit 1957, genaamd *Psychoses et névroses en Afrique Centrale*, werd gebaseerd op waarnemingen gedurende een periode van 1951 tot 1954 waarin hij verantwoordelijk was voor de afdeling interne geneeskunde in het ziekenhuis te Usumbura waarbij hij tevens een psychiatrische dienst trachtte op te richten.²⁴⁶ De keuze voor

²⁴¹ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935, p.7 : *De geneeskundige inrichting van Congo*.

²⁴² Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935, p. 2: *Ministere des colonies, Service médical du Congo Belge et du Ruanda-Urundi*.

²⁴³ Marc Depaepe en Annette Lembagusala Kikumbi, 'Koloniaal onderwijs in Congo: meer dan paternalistisch eenrichtingsverkeer?', in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche (Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020), 314-315.

²⁴⁴ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 3.

²⁴⁵ Egide Nikiza, "Au coin du feu avec Pie Masumbuko", IWACU les voix du Burundi, 18 mei 2019, <https://www.iwacu-burundi.org/au-coin-du-feu-avec-pie-masumbuko/>.

²⁴⁶ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 3.

deze regio voor de oprichting van een psychiatrische dienst is wellicht verbonden met de eerdere bevindingen van Belgisch psychiater Raymond Baudoux. In het begin van de jaren 1950 voegde Baudoux al aan zijn onderzoeksrapport toe dat de omgeving van Usumbura het meest geschikt was voor de oprichting van een psychiatrisch centrum in Ruanda-Urundi.²⁴⁷ Vanuit de koloniale overheid werd aanvankelijk zowel de constructie van het psychiatrisch centrum in Kasai als de constructie van een psychiatrisch centrum in Usumbura binnen de eerste fase van het plan voorzien.²⁴⁸ Het beoogde psychiatrisch centrum in Usumbura werd echter nooit verwezenlijkt maar de plaatselijke werkzaamheden van Vyncke en de ontwikkeling van de psychiatrische dienst bij het ziekenhuis kunnen wel beschouwd worden als uitlopers van het initiële plan.

Julien Vyncke deelde zijn onderzoeksrapport op in vier grote delen. Het eerste deel wijdde uit over de etiologische factoren, ook wel beter bekend als de verschillende ziekteoorzaken. In deel twee besprak Vyncke de variatie in psychosen die hij bij zijn patiënten had waargenomen. Hierin bekrachtigde hij zijn studie door het toevoegen van enkele casestudies over zijn patiënten. Het derde deel spitste zich toe op de verscheidenheid aan psychoneurosen. Vervolgens eindigde Vyncke zijn onderzoeksrapport met een uitgebreide beschrijving van de verschillende therapieën en behandelingen die in het ziekenhuis in Usumbura voor handen waren voor geesteszieken.²⁴⁹

De etiologische factoren voor de uiting van geestesziekten werden door Vyncke voornamelijk toegeschreven aan de vervreemding die de autochtone bevolking onderging ten overstaan van de eigen cultuur en gemeenschap. Deze denkwijze was niet geheel nieuw en keerde al herhaaldelijk terug in de periode voor Vyncke. De koloniale psychiater duidde hier op de geestelijke problematiek bij *évolués* die aanzienlijk hoog was. Hiernaast werd er door Vyncke ook verwezen naar de associatie tussen geesteszieken en de precaire situatie van “mulatten”. Deze archaische term werd gebruikt om een persoon te classificeren met een Europese en een Afrikaanse ouder. Dergelijke personen werden door Vyncke hetzelfde lot toegeschreven als dat van *évolués*. Beide bevolkingsgroepen maakten deel uit van een minderheid binnen de koloniale samenleving. De psychogene factor werd gezocht in het feit dat deze personen tegelijkertijd nooit volledig deel zouden uitmaken van de Europese

²⁴⁷ Baudoux, ‘La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951’, in *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, 27.

²⁴⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l’hygiène, nr. 1142 : Dr. A. Duren, *Asiles d’aliénés*, 8 september 1950.

²⁴⁹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 7, 21, 91, 137.

gemeenschap en ook nooit compleet konden terugkeren naar de autochtone gemeenschappen. Afrikaanse religieuzen werden door Vyncke ook bij deze voorgaande groepen ondergebracht aangezien zij tevens op hun beurt moesten breken met hun eigen traditionele overtuigingen en cultuur. Zij moesten een nieuwe filosofie en levensstructuur aannemen wat volgens Vyncke de reden was voor het aantal geesteszieken binnen het autochtone klooster- of seminariëleven.²⁵⁰ In het algemeen werd dit fenomeen van vervreemding door Vyncke als volgt omschreven:

*“Il faut se rendre compte que nos populations indigènes sont en pleine évolution, en plein « cultural change ». Nous savons que chaque changement, que chaque bouleversement dans les habitudes, les coutumes, les croyances pose de graves problèmes d’adaptation à ceux qui y sont soumis. Si cette adaptation ne se fait pas ou se fait mal, des sentiments d’insécurité, de frustration, avec toute la gamme des tensions émotionnelles, peuvent se développer et constituer un terrain propice à l’éclosion de troubles psychiques graves.”*²⁵¹

Vyncke pleitte hierna voor een preventieve benadering en een intensievere vroege behandeling van geesteszieken. Vyncke werkte deze benadering voornamelijk uit volgens economische beweegredenen. Hij vermeldde de enorme kosten die de chronische geesteszieken van de maatschappij eisten en de kostbare constructies die moesten worden opgericht en onderhouden.²⁵² Er kan gesuggereerd worden dat hij opteerde voor een economische benadering om op die manier meer aan te sluiten bij de beoogde doelstellingen van de koloniale overheid. Zodoende zou hij de koloniale autoriteiten enigszins indirect kunnen overtuigen van de nood aan behandelingen voor geesteszieken.

Naast vervreemding van eigen cultuur en gebruiken haalde Vyncke nog een andere etiologische factor aan voor de autochtone geesteszieken. Volgens Vyncke bestonden er verschillen in het aantal geesteszieken binnen de diverse etnische groepen. Vyncke vestigde de aandacht op het waargenomen verschil in het aantal geesteszieken tussen de Congolese bevolking die aanwezig was in Ruanda-Urundi en de Banyarwanda-bevolking.²⁵³ De Banyarwanda werden traditioneel onderverdeelt in Hutu’s, Tutsi’s en Batwa die allen Kinyarwanda spraken en langs de Ruandese grens in de provincie Kivu woonden.²⁵⁴ Vyncke

²⁵⁰ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 14, 17-19.

²⁵¹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 5-6.

²⁵² Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 6.

²⁵³ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 12.

²⁵⁴ “Banyarwanda”, Minority rights group international (MRG) World directory of minorities and indigenous peoples, juni 2018, <https://minorityrights.org/minorities/banyarwanda/>.

vermeldde dat er grotere aantallen geesteszieken aanwezig waren bij de Congolese bevolking en beargumenteerde dit volgens de overtuiging dat de Banyarwanda zich flexibeler opstelden vanwege een verschil in opvoeding en samenlevingsstructuur.²⁵⁵

Dit gepercipieerde verschil in opvoeding werd door Vyncke nog verder uitgewerkt voor de specifieke context van de Banyarwanda. Binnen deze bevolkingsgroep merkte hij verschillen op tussen de moeder-kind relaties van Bahutu en Batutsi.²⁵⁶ Vanaf 1935 werd er door de Belgische koloniale overheid een discriminerende nationale identificatie gemaakt binnen de bevolking op basis van etniciteit.²⁵⁷ De Batutsi of Tutsi's werden geprivilegieerd door de Belgische koloniale administratie.²⁵⁸ Deze administratieve differentiatie maakte een einde aan de resterende maatschappelijke fluïditeit die er nog heerste tussen de bevolking onderling.²⁵⁹ Dergelijke verdeel en heers techniek tussen een ondergeschikte meerderheid van Hutu's en een bevoorrechte minderheid aan Tutsi's, die werd bewerkstelligd door de Belgische koloniale overheid, zou later ook uitmonden tot de Rwandese Genocide.²⁶⁰

Vyncke differentieerde zelf ook tussen beide groepen doordat hij de moeder-kind relatie van de Bahutu kenmerkte door een grote verbondenheid tussen moeder en kind. Hiernaast werden de kinderen van Batutsi vaker toevertrouwd aan bedienden. Uit deze waarneming maakte Vyncke de veronderstelling dat de Batutsi meer zouden lijden onder geesteszieken dan Bahutu aangezien er binnen de psychiatrie in deze periode een sterke associatie bestond tussen moeder-kind relaties en het latere emotionele en psychische leven van individuen.²⁶¹ Binnen deze periode van de psychiatrie, en wat later ook deels zal uitvloeien tot antipsychiatrie aan het einde van de jaren 1950 en het begin van de jaren 1960, werd het gezin en de sociale context vaak benaderd als primaire site of bron van stoornissen en complexen.²⁶² Het gezin werd vaker beschouwd als een ziekmakende instelling waarin de rol van de moeder in het bijzonder werd benadrukt.²⁶³

²⁵⁵ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 13.

²⁵⁶ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 13.

²⁵⁷ "Brief history", The embassy of the Republic of Rwanda Washington, DC. USA, geraadpleegd 7 augustus 2023, <https://rwandaembassy.org/about-rwanda>.

²⁵⁸ Elizabeth Prine Pauls, "Tutsi", Encyclopædia Britannica Online, 9 februari 2007, <https://www.britannica.com/topic/Tutsi>.

²⁵⁹ Léon Saur, '«Hutu» et «Tutsi»: des mots pour quoi dire?', *Histoire, monde & cultures religieuses* 30, nr.2 (2014): 131.

²⁶⁰ Inge Schroijsen, 'Onbekend of miskend?: Humanitaire hulpverlening en ontwikkelingssamenwerking in de Rwandese genocide, 1994' (Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, 2011), 39.

²⁶¹ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 13.

²⁶² Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 175.

²⁶³ Colin Jones, 'Raising the Anti: Jan Foudraïne, Ronald Laing and Anti-Psychiatry', in *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands*, onder redactie van Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter (Amsterdam: Atlanta, 1998), 290.

Deze moeder-kind relatie als etiologische factor werd in diezelfde periode ook besproken door de Belgische koloniale psychiater van het psychiatrisch centrum in Kasai, Fernand Mairlot. Hij voorzag deze tendens nog eerder van een expliciet freudiaanse invulling. In een gepubliceerd wetenschappelijk artikel beschreef hij het belang van de moederlijke invloed op de mentale ontwikkeling van autochtone individuen. Mairlot vestigde hier de aandacht op de initiële verbondenheid tussen moeder en kind die verbroken zou worden wanneer de huwelijkse relaties zich terug hervatten. Hierdoor zou het kind zich volgens Mairlot verwaarloosd voelen.²⁶⁴ Hij vermeldde vervolgens:

“La mère, considérée auparavant comme l’objet procurant l’assouvissement des tendances et des besoins, et comme source unique de bonheur, devient un être qui peut causer des souffrances et faire mal. En un mot, elle apparaît maintenant comme un être ambivalent, capable d’un côté, d’induire des sensations narcissiques, d’un autre, de provoquer des frustrations assez fortes. Le père, élément affectif neutre antérieurement, devient un rival qui accapare la mère à son profit. Il est chargé lui aussi d’ambivalence par l’enfant.”²⁶⁵

Hieruit valt af te leiden dat Fernand Mairlot een fervente aanhanger was van de Oedipusmythe van psychoanalyticus Sigmund Freud. Deze achterhaalde theorie werd door Mairlot ook duidelijk toegepast op de specifieke cultuur van Belgisch Centraal-Afrika. De Oedipusmythe die uitmondde in een gezinsmythe werd gecreëerd uit de veronderstelling dat er een grote verbondenheid bestond met de ene ouder terwijl de ander werd beschouwd als rivaal.²⁶⁶ Volgens Mairlot zou het radicaal verbreken van de hechte relatie tussen moeder en kind resulteren in een afwezigheid van zelfvertrouwen of persoonlijke waarde in de volwassenheid. Hij gebruikte deze vaststelling om zijn overtuiging van de egoïstische en narcistische ‘Afrikaanse andere’ te staven.²⁶⁷ Naast vervreemding door een opgelegde verandering van de maatschappij werd er door de koloniale psychiaters dus ook verwezen naar de autochtone gezinsstructuur en cultuur als mogelijke etiologische factoren.

Een groot deel van de patiënten waarmee Julien Vyncke in aanraking kwam, waren al deels gehospitaliseerd op de dienst interne geneeskunde van het ziekenhuis *Prince Régent Charles*. Andere patiënten werden doorverwezen door artsen van andere posten in Ruanda-

²⁶⁴ F. Mairlot, ‘De quelques aspects de la psychologie profonde du noir Congolais’, *Bulletin du centre d’étude des problèmes sociaux indigènes C.E.P.S.I.*, nr. 34 (1956): 24, 26, 28.

²⁶⁵ Mairlot, ‘De quelques aspects de la psychologie profonde du noir Congolais’, 29.

²⁶⁶ H.C. Halberstadt-Freud, ‘Freud was het liefst een goede vader: De verhouding met zijn patiënten’, *Vrij Nederland. Boekenbijlage*, (1985): 5.

²⁶⁷ Mairlot, ‘De quelques aspects de la psychologie profonde du noir Congolais’, 33-34, 41.

Urundi en omliggende provincies of door medische specialisten die verbonden waren aan het ziekenhuis. Hiernaast werden er ook patiënten naar het ziekenhuis gebracht door de Dienst Openbare Orde of door de autochtone autoriteiten. Deze gedwongen opnames gebeurden voornamelijk bij patiënten die de openbare orde verstoorden. Een laatste groep patiënten werd naar de afdeling van Vyncke gestuurd wegens observatie om hun mentale verantwoordelijkheid vast te stellen voor bepaalde daden die ze hadden gepleegd. De patiënten werden opgenomen in de gemeenschappelijke afdeling van de interne geneeskunde waar ze nog redelijk veel bewegingsvrijheid hadden aangezien de kamers niet op slot konden en de deuren van het ziekenhuis dag en nacht open stonden. Echter beschikte de afdeling ook nog over acht isolatiecellen waarin geagiteerde patiënten tijdelijk werden ondergebracht.²⁶⁸ Dit gegeven duidt opnieuw op een groot verschil in de omgang met psychiatrische patiënten tussen de jaren 1950 en de decennia ervoor. Isolatie of opsluiting werd hier klaarblijkelijk minder op de voorgrond gezet en er werd voornamelijk rekening gehouden met de mogelijke behandeling en genezing. Vanaf het einde van de jaren 1950 werd er ook op het Europese vasteland voornamelijk geopteerd voor het installeren van open paviljoenen.²⁶⁹

Bij nieuwe patiënten werden er allereerst lichamelijke, neurologische en psychiatrische onderzoeken uitgevoerd. Het model voor het lichamenlijk onderzoek en het neurologisch onderzoeksmodel werden ontleend aan de *Manual for psychiatric Case Study* van Karl Menninger.²⁷⁰ Deze laatste was een Amerikaanse arts die als één van de pioniers beschreven kan worden op het gebied van psychiatrische behandelmethoden in de twintigste eeuw.²⁷¹ Hij werd beïnvloed door ideeën over de interactie tussen het interne en externe milieu van een individu en ook door de manier om geestesziekten te begrijpen als een ‘onvakkundige’ reactie op externe stress. Verder werd hij ook beïnvloed door Freuds ideeën over de strijd tussen creërende en vernietigende krachten.²⁷² De familie Menninger had in 1925 het *Menninger Sanitarium and Psychopathic Hospital* opgericht. Hierin werd er zowel rekening gehouden met het psychoanalytische begrip van gedrag dat toegepast werd op de behandeling van patiënten en het gebruik van de sociale omgeving van het ziekenhuis als

²⁶⁸ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 7-8.

²⁶⁹ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 71.

²⁷⁰ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 29.

²⁷¹ Amy Tikkanen, “Menninger family”, Encyclopædia Britannica Online, 3 augustus 2012, <https://www.britannica.com/topic/Menninger-family>.

²⁷² James F. Drane, ‘Karl A. Menninger: psychiatrist as moralist’, *The Christian century* 107, nr. 24 (1990): 758-759.

aanvulling op deze therapie.²⁷³

Hiernaast werd het psychiatrisch onderzoeksmodel voornamelijk door Vyncke samengesteld. Hierin werden enkele intelligentietests gehanteerd. Verder werden er ook projectieve tests gebruikt zoals de rorschachtest die gebaseerd was op de interpretatie van verschillende inktvlekken. Een tweede projectieve test die gebruikt werd, was de Thematische Apperceptie Test (TAT) van Henry Murray. Deze test bestond uit het beschrijven van platen die verschillende scenario's uit het westerse leven voorstelden.²⁷⁴ Deze projectieve testen werden ontwikkeld om de persoonlijkheid van de patiënt te kunnen analyseren.²⁷⁵ Het gebruik van deze westers georiënteerde intelligentie- en persoonlijkheidstests geeft aan dat de autochtone psychiatrische patiënten door Vyncke aan dezelfde standaarden werden onderworpen als psychiatrische patiënten in Europa of in de westerse wereld in het algemeen. Zo kan geconstateerd worden dat de praktische invulling van dergelijke tests niet werden aangepast aan de plaatselijke cultuur en samenleving. Echter werden sommige tests wel achterwege gelaten aangezien Vyncke ervan overtuigd was dat de beoogde resultaten niet verkregen konden worden omdat de opbouw van deze tests niet op dezelfde manier begrepen zou worden door de autochtone bevolking als bij westerse patiënten het geval was.

De neurologische onderzoeken werden uitgevoerd door dokter Janssen, neuropatholoog bij het *Institut pour la recherche scientifique en Afrique centrale* (IRSAC). Naast deze onderzoeken werden er ook invasieve onderzoeken uitgevoerd. Bloedonderzoek en onderzoek naar ontlasting en urine werden uitgevoerd in het laboratorium van het ziekenhuis. Er werden ook lumbaalpuncties uitgevoerd bij de dienst voor slaapzieken in Usumbura. Dergelijke lumbaalpuncties werden echter ook niet zonder gevaar uitgeoefend. Het laboratorium bij Astrida maakte vervolgens analyses van het bloed en hersenruggenmergvocht. Bij specifieke gevallen werden er ook röntgenfoto's gemaakt door de ziekenhuisradioloog dokter Janot wanneer dit noodzakelijk werd geacht. Hiernaast werd er bij verschillende patiënten ook een *encéphalographie gazeuse* uitgevoerd.²⁷⁶ Deze methode werd destijds gebruikt om de hersenkamers zichtbaar te maken door het injecteren van lucht via een lumbaalpunctie. Deze beeldvormingstechniek kon gebruikt worden om tumoren op te sporen. Echter is dit een goed voorbeeld van een negatieve ontwikkeling die zich voordeed bij

²⁷³ Tikkanen, "Menninger family", Encyclopædia Britannica Online, 3 augustus 2012, <https://www.britannica.com/topic/Menninger-family>.

²⁷⁴ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 29-30.

²⁷⁵ Philip G. Zimbardo, Ann L. Weber en Robert L. Johnson, *Psychologie: een inleiding* (Amsterdam: Pearson Education Benelux, 2006), 426.

²⁷⁶ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 29-30.

de implementatie van ‘modernere’ technologieën binnen de koloniale psychiatrie en neurologie aangezien *encéphalographie gazeuse* kon leiden tot atrofie of het inkrimpen van de hersenen en mogelijke vernietiging van het werkzame weefsel van de hersenen.²⁷⁷

Het corpus van het onderzoeksrapport van Vyncke bestond voornamelijk uit verschillende casestudies binnen de verscheidenheid in psychosen en psychoneurosen waaronder zijn patiënten leden. Tussen de periode van 1951 en 1954 werden er 350 patiënten met psychosen waargenomen en 159 gevallen van psychoneurosen geconstateerd in het ziekenhuis *Prince Régent Charles*.²⁷⁸ Psychoneurosen werden door Vyncke geclassificeerd als zijnde vormen van psychische stoornissen die als subjectief werden waargenomen en die niet dreigend genoeg waren om aanleiding te geven tot ernstige gedragsstoornissen. Hierbij werden de persoonlijkheid en de mentale functies van de patiënt intact gehouden. De patiënt was zich nog steeds bewust van de realiteit en leefde nog zonder al te grote moeilijkheden in hun sociale omgeving.²⁷⁹ Vyncke legde voornamelijk de nadruk op het aantal patiënten die gebukt gingen onder neurosen aangezien er in deze periode nog algemeen werd aanvaard dat psychoneurosen;

*“[...] sont la rançon que paie l’homme du vingtième siècle à la civilisation moderne. On ne conçoit pas que ce primitif de l’Afrique centrale, qui n’eut guère ou parfois même pas de contact avec la vie agitée, telle que nous la connaissons, puisse faire un de ces troubles légers de la personnalité qu’on appelle psychonévroses.”*²⁸⁰

Door het bevestigen van het bestaan van autochtone patiënten met psychoneurosen weerlegde hij deze voorgaande algemeen aanvaardde benadering die stelde dat psychoneurosen enkel konden plaatsvinden in westerse ‘geciviliseerde’ samenlevingen als een manier om te ontsnappen aan de moeilijkheden van het externe milieu. Vyncke stelde vast dat deze ontsnappingsmechanismen ook duidelijk terug te vinden waren bij de autochtone bevolking.²⁸¹ Hierdoor werd er meer aandacht gevestigd op de zware mentale consequenties omtrent autochtone geestelijke gezondheid die gepaard gingen met het Europese beschavingsidee.

Bij veel vormen van psychosen werden religieuze invloeden opgemerkt door Vyncke.

²⁷⁷ Jacques Simon, “L’encéphalographie gazeuse, une technique de radiologie du cerveau”, Le Conservatoire du Patrimoine Hospitalier de Rennes (CPhR), geraadpleegd 8 augustus 2023, <https://www.cphr.fr/memoire-humaine/notes-historiques/lencephalographie-gazeuse-une-technique-de-radiologie-du-cerveau/>.

²⁷⁸ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 32, 91.

²⁷⁹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 93.

²⁸⁰ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 91.

²⁸¹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 91-92.

Er werden voornamelijk elementen vastgesteld uit het bovennatuurlijke en voorouderlijke geloof. Een voorbeeld hiervan is te vinden bij de casus van Kabela:

“On le dit fou, dit-il, et c’est pourquoi il est venu se faire examiner. Mais lui, il sait très bien où se trouve la cause de son mal. Ce sont les esprits des ancêtres babembe qui le poursuivent partout. [...] les esprits néfastes commencent à le maltraiter. Ses ancêtres errent continuellement à travers les forêts de chez eux. [...] D’ailleurs, les âmes des babeme morts errent partout depuis que les Blancs ont mis le feu à un gros baobab (l’arbre) où les esprits des trépassés se réunissaient”²⁸²

De patiënt, Kabela, verwees hierin ook expliciet naar “*les Blancs*” als de oorzaak van zijn psychosen en het torment dat hem werd aangedaan door voorouderlijke geesten. Het zou mogelijk zijn om te impliceren dat de invulling van zijn psychosen een manier was om op een onbewuste wijze zijn gevoel tegenover de ongelijkheid binnen de koloniale werkelijkheid te uiten. Deze onbewuste verwijzing naar een ongelijke koloniale samenleving zou ook terug te vinden zijn in de casus van patiënte Tausi. Zij vermeldde tijdens de consultatie met Vyncke: “*Il (Bayambage) est en possession d’un énorme python, mais les Européens ont su où se trouvait ce reptile dont la tête contient des trésors. Ils l’ont tué et ont emporté la tête.*” Even later schreeuwde ze: “*Ne grimpez par sur moi, la peau des Européens ne ressemble pas à la peau des Noirs.*”²⁸³ De python, of de slang in het algemeen, werd binnen de Afrikaanse mythologie geassocieerd met de geest van een oppergod. Ze stond symbool voor koninklijke macht of werd gehanteerd om een voorouder te benoemen.²⁸⁴ Naast de casus van Tausi kwam het symbool van de slang ook herhaaldelijk terug tijdens de consultaties van Vyncke.²⁸⁵ Er kan gesuggereerd worden dat de symboliek in de casus van Tausi, omtrent de slang die werd vermoord door de Europeanen, ook zou kunnen doelen op de autochtone cultuur en samenleving die werd onderdrukt door Europese invloeden. Echter zijn dergelijke assumpties bij deze casussen moeilijk hard te maken aangezien het hier gaat om de menselijke psyche en het onderbewustzijn.

Hiernaast werden ook elementen uit de christelijke religie vastgesteld bij patiënten.

²⁸² Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 67-69.

²⁸³ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 71.

²⁸⁴ Wilfrid D. Hambly, ‘The serpent in African belief and custom’, *American anthropologist* 31, nr. 4 (1929): 657, 661, 665.

²⁸⁵ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 96.

Mgiruho bijvoorbeeld had zijn eigen moeder gedood omdat hij geloofde dat zij goddeloos was:

*“On le traite de fou, ajoute-t-il, parce qu’il chante souvent des cantiques en l’honneur de la Sainte Vierge. [...] Il porte un chapelet autour du cou. Il ne l’enlève jamais. Il dort mal la nuit parce que Dieu le réveille souvent et le remet à la prière. [...] La femme de son père ne crut pas à sa révélation. Elle l’arrosa de médicaments indigènes, c’est alors qu’il prit un gros bâton et la tua...”*²⁸⁶

Verwijzingen naar de christelijke God of het idee van een missie van God kwamen vrij vaak voor in de casestudies van Vyncke. Het idee van een missie was onder andere terug te vinden bij Ruhiwa: *“Vous ne savez pas, [...] le Supérieur de tous : mais c’est Dieu, Dieu le Père. [...] Le sorcier guérit et le Blanc possède de bons médicaments. Si ces remèdes se rencontrent dans l’homme, le malade meurt. Voilà ma mission.”*²⁸⁷

In enkele situaties werd het christendom ook verweven met de voorouderverering. Zo was er de casus van Sikwabo die geloofde dat hij betoverd was door een vrouw waardoor de demon Satan op zijn pad werd gezet: *“Il vous terrorise, il vous tente, il vous menace, et sans l’aide de la Sainte Vierge, il est invincible.”*²⁸⁸ Hiernaast was er ook het voorbeeld van Baranykwa. Hij had een nieuwe sekte opgericht waarin zowel de christelijke God als de Ruandese god Ryangombe werden gerepresenteerd.²⁸⁹ Uit deze casussen werd duidelijk dat beide geloofsbeelden aanwezig waren en ook samen werden gehanteerd binnen de Centraal-Afrikaanse culturen tijdens het kolonialisme. Ondanks het feit dat de meerderheid van de autochtone bevolking doorheen de kolonisatie de eigen religie bleef aanhangen bestond dertig procent van de Congolese bevolking uit katholieken en bijna tien procent uit protestanten aan de vooravond van de onafhankelijkheid. Bepaalde aspecten van het christendom konden een eigen plaats krijgen binnen de autochtone cultuur maar veel Congolezen interpreteerden het christendom toch ook op hun eigen manier. Hierdoor werden ideeën van het christendom ook opgenomen binnen de Afrikaanse context.²⁹⁰ Deze vorm van syncretisme werd dus ook teruggevonden bij enkele patiënten van Vyncke.

Doorheen het onderzoeksrapport had Vyncke zijn verschillende patiënten geclassificeerd onder de diverse vormen van psychosen en psychoneurosen. Onder psychosen

²⁸⁶ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 69.

²⁸⁷ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 59.

²⁸⁸ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 69.

²⁸⁹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 70.

²⁹⁰ Idesbald Goddeeris, ‘Missionarissen: een menselijker dimensie aan kolonisatie?’, in *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche (Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020), 294, 300-301.

kon hij zeven algemene vormen van elkaar onderscheiden. Deze werden achtereenvolgens voorgesteld als: affectieve psychosen waarbij ook stemmingsstoornissen en emotionele verstoringen op de voorgrond traden, schizofrene psychosen, paranoïde psychosen, acute waanpsychosen, organische psychosen waarbij er voornamelijk werd verwezen naar toxi-infectieuze psychosen door alcoholisme of cannabisgebruik maar ook door infecties zoals de slaapziekte. Verder werd er ook nog verwezen naar epilepsie en patiënten met een verstandelijke beperking die psychotische stoornissen vertoonden.²⁹¹ Epilepsie werd in deze periode ook vaak geassocieerd met gedragsstoornissen of ‘achterstand’.²⁹²

Met betrekking tot psychoneurosen werden er acht algemene vormen vastgesteld onder de autochtone patiënten. Deze werden als volgt gerangschikt: hysterie wat zoals in Europa voornamelijk werd geassocieerd met vrouwelijke patiënten, angsttoestanden, depressieve toestanden, psychasthenie of obsessieve neurosen, psychosomatische aandoeningen waarbij psychoneurosen op de voorgrond traden, psychopathie en persoonlijkheidsstoornissen, psychologische impotentie en hypersomnie of narcolepsie.²⁹³

De invulling en uiting van psychosen en psychoneurosen bij autochtone patiënten werden door Vyncke beschouwd als gelijkend aan de symptomen die zich bij Europese patiënten vertoonden. Hiermee druiste Vyncke in tegen de algemene, door het polygenisme gestuurde, overtuiging en voornamelijk de veronderstelling van de Brits koloniale dokter Geoffrey Tooth in Goudkust dat er verschillen bestonden in de kwaliteit van psychopathieën tussen individuen die een andere culturele en raciale basis zouden hebben. Vyncke weerlegde deze overtuiging en eindigde zijn betoog met: “*A notre avis, les différences sont plutôt superficielles, plutôt de couleur locale. Au fond nous croyons que le « Monde est un » et qu’il n’y a pas de différences fondamentales.*”²⁹⁴ Deze uitspraak laat niet uit dat Vyncke nog steeds een kind van zijn tijd was waarin hij ook paternalistische uitlatingen neerschreef over autochtone patiënten. Na een neergepende observatie van één van zijn patiënten voegde hij op een neerbuigende toon toe: “*Avouons qu’ils sont bons observateurs !*”²⁹⁵

Vyncke’s overtuiging van “*le Monde est un*” keerde ook terug in de organisatie van het ziekenhuis waarin hij werkzaam was en het ontbreken van een duidelijke raciale segregatie tussen zijn patiënten. De koloniale psychiater diagnosticeerde ook Europese en

²⁹¹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 39, 50, 58, 66, 74, 86, 88.

²⁹² Veerle Massin, ‘La consultation d’hygiène mentale, le patient et le psychiatre (Belgique, 1920-1940)’, *Belgisch tijdschrift voor nieuwste geschiedenis* XLVII, nr. 4 (2017): 158.

²⁹³ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 99, 111, 115, 122, 124, 126, 130, 133.

²⁹⁴ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 99.

²⁹⁵ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 87.

Aziatische patiënten in het ziekenhuis. De wachtkamer en spreekkamer werden zowel door Europeanen en Aziaten als door de autochtone bevolking gebruikt.²⁹⁶ Deze organisatie was zeer opmerkelijk voor deze periode en was niet conform met de algemeen aanvaarde scheiding tussen hospitalen voor Europeanen en autochtonen.²⁹⁷ Naar de mening van Vyncke was deze algemene wachtkamer een manier om de drempel voor veel patiënten te verlagen. In het ziekenhuis wist niemand om welke reden een patiënt zich hier had aangemeld. De patiënt kon bij wijze van spreken zowel op de dienst interne geneeskunde worden opgenomen als worden binnengebracht voor de geestelijke gezondheidszorg. Zo bleef mogelijke stigmatisatie grotendeels uit.²⁹⁸ Met betrekking tot Europese patiënten haalde Vyncke aan dat de aantallen voldoende waren om de mentale problematiek van de kolonisatoren serieus te nemen. Uiteindelijk concludeerde hij dat het leven in Afrika voor Europeanen een predisponerende factor was voor de ontwikkeling van mentale stoornissen, voornamelijk depressie.²⁹⁹ Hierin komt de veronderstelde associatie tussen het continent Afrika als *the white man's grave* weer naar voren.

Het ontbreken van raciale segregatie op de dienst werd wellicht door Vyncke zelf vorm gegeven. In zijn inleiding haalde hij onder meer aan dat hij van de hoofdgeneesheer van Ruanda-Urundi en van de medisch directeur van het ziekenhuis alle vrijheid had gekregen voor de organisatie van zijn dienst.³⁰⁰ Deze situatie kan geplaatst worden in de ruimere context van de implementatie van het Tienjarenplan. De gezondheidszorg van de koloniale overheid was niet louter het resultaat van een centrale, almachtige staat die een netwerk van medische infrastructuur implementeerde. Het was echter de praktische *knowhow* die een belangrijkere rol speelde in de specifieke implementatie van dergelijke gezondheidszorg.³⁰¹

Hiernaast had Vyncke veel aandacht voor de verschillende behandelmethoden die voorhanden waren in het ziekenhuis. Door nadrukkelijk te verwijzen naar de verschillende behandelingen en therapieën wou hij komaf maken met de idee dat geesteszieken niet te genezen waren en dat patiënten enkel opgesloten konden worden binnen de muren van een gesticht waar ze elektroshocks moesten ondergaan. Om dit te benadrukken haalde Vyncke een gebeurtenis aan waarbij hij zich negatief uitte tegenover een collega arts van de kolonie. Hij

²⁹⁶ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 148.

²⁹⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (139), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935, p.5 : De geneeskundige inrichting van Congo.

²⁹⁸ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 148.

²⁹⁹ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 148, 154.

³⁰⁰ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 3.

³⁰¹ De Nys-Ketels, Heindryckx, Lagae en Beeckmans, 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959', 775.

beschreef een situatie waarin een patiënt naar hem werd doorverwezen voor elektroshokbehandeling maar wanneer de doorverwijzende arts te weten kwam dat de patiënt geen elektroshokbehandeling zou ondergaan vroeg de arts om zijn patiënt terug te sturen waarop Vyncke exlameerde: “*pour lui, toute la psychiatrie se résumait dans un seul mot: « Électrochoc ».*”³⁰² Hierdoor wordt duidelijk dat ondanks de introductie van nieuwe technologieën en behandelingen in de psychiatrie in de jaren 1950, de opinie binnen de algemene koloniale medische wereld de mogelijkheid tot genezing nog steeds in vraag stelde.³⁰³

Vyncke wou de nadruk leggen op het toenmalige therapeutische gebied van de psychiatrie. Door een specifieke casus aan te halen in zijn onderzoeksrapport trachtte hij vervolgens de voordelen van psychotherapie te illustreren. In deze casus verwees hij naar een patiënt die als gevaarlijk voor de maatschappij werd beschouwd. In de gevangenis zorgde hij voor geweld en terreur. Als gevolg van deze wantoestanden werd hij naar de psychiatrische dienst van Vyncke gestuurd. Tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis veroorzaakte hij volgens de psychiater geen problemen. Deze bekrachtigde zijn vaststelling door te verwijzen naar Philippe Pinel, die werd beschouwd als de vader van de moderne psychiatrie: “*Une preuve de plus que le dicton de Pinel: « la contention excessive est le meilleur moyen d’entretenir l’agitation », reste toujours vrai. Une preuve de plus aussi, à notre avis, de l’importance de facteurs psychothérapeutiques dans le traitement.*”³⁰⁴

De behandelingen en therapie van de psychiatrische dienst van het ziekenhuis in Usumbura waren volgens Vyncke gebaseerd op de garantie van vrijheid voor de patiënten.³⁰⁵ Deze focus op therapie is ook terug te vinden bij andere Afrikaanse kolonies tijdens de lange aanloop naar de onafhankelijkheid. Voornamelijk vanaf de jaren 1950 werd vrijheidsbeperking ingeruild voor behandeling.³⁰⁶ Zoals eerder vermeld door Vyncke werd de ruimte ook specifiek georganiseerd om deze vrijheid te bewerkstelligen. Er werd vervolgens verwezen naar Pinel waarbij het idee van ‘bevrijding van ketenen’ een terugkerend beeld vormde binnen de denkwijze van Vyncke. Echter gingen er achter dit bevrijdingsdiscours ook veel apparaten en drastische methoden schuil die een beoogde normalisatie van de patiënt mogelijk moesten maken om op die manier de garantie op vrijheid te kunnen legitimeren.³⁰⁷

³⁰² Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 151.

³⁰³ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 203.

³⁰⁴ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 55-56.

³⁰⁵ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 137.

³⁰⁶ Akyaempong et al, ‘A historical overview of psychiatry in Africa’, in *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, 30.

³⁰⁷ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 54.

De vrijwaring van de vrijheid werd op de eerste plaats in de hand gewerkt door elektroshocktherapie. Op expliciete wijze verwees Vyncke hier ook naar: “*Nous devons dire que, sans appareil d’électrochoc, ce traitement si libre dans un hôpital de médecine générale, aurait été difficile à réaliser.*”³⁰⁸ Om dit te verduidelijken verwees hij naar de casus van Yuma. De familie en kennissen van de patiënt beschouwden hem als gevaarlijk waardoor hij werd vastgebonden aan een boom. Tijdens zijn opname in het ziekenhuis van Usumbura werd hij ’s nachts opgesloten maar overdag mocht hij naar buiten. Deze relatieve vrijheid overdag werd door Vyncke beschreven als het gevolg van de periodieke onderwerping aan een kuur van elektroshocks. Vervolgens werd de patiënt ontslagen van het ziekenhuis en keerde hij terug naar zijn dorp. De dorpelingen vonden zijn gedrag nog steeds aanstootgevend waarop hij terug naar het ziekenhuis werd gestuurd.³⁰⁹ Dit tafereel kan mogelijks verklaard worden door de lossere clan- en familiebanden als gevolg van het alomtegenwoordige kolonialisme. Dit verhoogde de emotionele onzekerheid. In dergelijk klimaat waren families ook minder bereid om voor een geestesziek familielid te zorgen, vooral wanneer er een Europees ziekenhuis in de buurt gelegen was.³¹⁰

Het toedienen van elektroshocks was niet zonder risico. Er konden zich namelijk ‘supercrises’ voordoen bij de patiënten. Deze werden uitgelokt door sterkere dosissen maar werden door Vyncke grotendeels vermeden omdat deze ‘supercrises’ te wreed, nutteloos en gevaarlijk waren met het risico op complicaties. Dit laat echter niet uit dat het wel meermaals plaatsvond. Verder konden patiënten ook lijden onder een lange periode van centrale apneu of het periodiek uitvallen van ademhalingsbewegingen na de elektroshockbehandeling. Hiernaast werd er ook meermaals gerapporteerd over kaakdislocaties.³¹¹ Deze kaakdislocaties werden mogelijks ook verergerd doordat Vyncke geen gebruik maakte van curare tijdens de elektroshocks. Curare was een verlamme stof die vanaf het begin van de jaren 1950 gebruikt werd tijdens de elektroshockbehandeling om het risico op fracturen en ontwrichtingen te verminderen.³¹² Het initiële optimisme binnen de psychiatrie voor deze ‘moderne’ methoden en behandelingen moet dus enigszins genuanceerd worden omdat er in deze casussen toch een grote prijs betaald werd voor het garanderen van een relatieve vrijheid.

Voor patiënten met schizofrenie werd een andere schokmethode gehanteerd aangezien de elektroshocks niet het gewenste resultaat leverden. Voor schizofrenie werd

³⁰⁸ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 137.

³⁰⁹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 41.

³¹⁰ McCulloch, *Colonial psychiatry and the African mind*, 14.

³¹¹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 138-139.

³¹² Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 230.

insulineshocktherapie toegepast. Insuline werd in deze context geïnjecteerd bij de patiënt om coma's uit te lokken. Volgens het onderzoeksrapport van Vyncke konden patiënten door deze insuline coma's tijdelijk hun schizofrene symptomen onderdrukken voor een periode van één jaar. Nog voor de komst van een elektroshockapparaat werd er ook al geëxperimenteerd met shocks die uitgelokt werden door het gebruik van acetylcholine. Deze experimenten hadden echter desastreuze gevolgen voor de patiënten waardoor de methode vervolgens niet meer werd gebruikt op de dienst.³¹³

Naast de verschillende shockmethodes werd er ook gebruik gemaakt van behandelingen met geneesmiddelen. Largactil of chloorpromazine werd als antipsychoticum gebruikt om geagiteerde patiënten te kalmeren wanneer ze voor het eerst werden opgenomen in het ziekenhuis. Barbituraten verlaagden de activiteit van de hersenen en werden op de dienst psychiatrie voornamelijk gebruikt bij psychoneurosen. Hiernaast werden slaapkuren ook veroorzaakt met behulp van barbituraten, largactil en phenergan. Verder werd scopolamine gebruikt als middel om extreme gevallen van rusteloosheid te kalmeren tijdens de eerste dagen van hun opname.³¹⁴ Als laatste werd narcoanalyse ook gebruikt. Dit is een psychische behandelingsmethode met verdovende middelen om een toestand van halfslaap op te wekken. Deze methode werd vaker gebruikt als vervanging van hypnose.³¹⁵ Bij Vyncke werd het daarom ook vooral gehanteerd bij zijn medisch-juridische observaties.³¹⁶ Echter zouden de onthullingen die op deze manier verkregen werden meer fantasie dan werkelijkheid bevat hebben. Deswege wordt narcoanalyse vanuit het hedendaags moreel oogpunt zeer twijfelachtig bekeken.³¹⁷

Naast shockbehandelingen en behandelingen gebaseerd op geneesmiddelen werd er ook belang gehecht aan ergotherapie. De patiënten van Vyncke werden verondersteld werk te verrichten in de moestuin die aan de grond van het ziekenhuis werd toegevoegd. Deze moestuin werd onderhouden met behulp van de benodigde gereedschappen. Vyncke toonde zijn onrust in verband met mogelijke ongelukken die zouden kunnen plaatsvinden maar op het moment waarop hij zijn onderzoeksrapport schreef werden er nog geen ongevallen geregistreerd.³¹⁸ Het gebruik van deze therapieën zoals ergotherapie werd opgedreven in de

³¹³ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 140-141.

³¹⁴ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 141-142.

³¹⁵ Georges Torris, "Narco-analyse", Encyclopaedia Universalis France, geraadpleegd 11 augustus 2023, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/narco-analyse/>.

³¹⁶ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 142.

³¹⁷ Georges Torris, "Narco-analyse", Encyclopaedia Universalis France, geraadpleegd 11 augustus 2023, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/narco-analyse/>.

³¹⁸ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 142-143.

jaren 1950.³¹⁹ Het onderhouden van de moestuin was een manier om maatschappelijke en sociale re-integratie van de patiënten te bevorderen.³²⁰ Uit deze behandelmethoden valt af te leiden dat de vrijheid voor de patiënt als aller grootste goed werd beschouwd en dat er intense en invasieve therapieën werden gehanteerd om dit te kunnen bewerkstelligen.

In de conclusie van het onderzoeksrapport duidde Vyncke ook het belang aan van kennis over aspecten uit de etnopsychiatrie. Hij verwees bijvoorbeeld naar de moeilijkheden die een Europese arts zonder specifiek koloniale opleiding zou hebben bij de diagnosevoering van autochtone patiënten aangezien deze patiënten volgens Vyncke zeer kleurrijke en volle taal gebruikten bij het beschrijven van hun symptomen. Hiernaast hadden bepaalde patiënten vanuit hun culturele achtergrond de neiging om hun klachten meer somatisch (met betrekking tot het lichaam) onder woorden te brengen terwijl het eigenlijk meer te maken had met psychologische factoren.³²¹

Verder pleitte hij voor de inclusie van de psychiatrie binnen de algemene ziekenhuizen. Gestichten zouden volgens hem enkel nodig zijn voor de minderheid van ongeneeslijke patiënten. Verder zou een psychiater die verbonden was aan een groot ziekenhuis wel voldoende middelen hebben om zijn patiënten te behandelen. Hiernaast zou de ontwikkeling van een psychiatrische dienst in de algemene ziekenhuizen ook bijdragen tot rehabilitatie in het sociale leven na het verlaten van de dienst.³²² In Europa werd dit probleem als eerder groot en kostbaar gebleken maar het was vooral vanaf de jaren 1960 in Europa dat de totale afscheiding van de psychiatrische praktijk met de buitenwereld veranderde.³²³

Hiernaast werd er in de conclusie nogmaals bedoeld op de vervreemding van de autochtone bevolking met hun eigen cultuur en samenleving als oorzaak van mentale problematiek:

“Le Noir de l’Afrique centrale est en pleine évolution, en pleine « cultural change ». Il prend de plus en plus contact avec notre civilisation technologique. Il quitte de plus en plus les zones rurales pour les Centres extra-coutumiers des grandes villes. Il rompt de plus en plus, et rapidement, avec des traditions séculaires bien établies. La vie du clan, dont il sentait l’aide et la protection constante, a fait place aux relations impersonnelles des grandes agglomérations.

³¹⁹ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 122.

³²⁰ Janssens et al, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2, 934.

³²¹ Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 153.

³²² Vyncke, ‘Psychoses et névroses en Afrique Centrale’, 154-155.

³²³ Majerus, *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, 70.

*Tout cela engendre de l'insécurité et de la frustration et constitue un terrain propice à l'éclosion des troubles mentaux.*³²⁴

De verwijzing naar opgedrongen Europese standaarden en normen die leidden tot een breuk in hechte relaties en tradities werd door Vyncke beschouwd als de oorzaak voor het ontstaan van geestelijke stoornissen bij de autochtone bevolking. Eventuele preventie van deze geestesziekten bij de autochtone bevolking werd door Vyncke ook enigszins aangestipt:

*“La prévention de ces troubles est du domaine de l'Hygiène mentale. Ce domaine est très vaste. Il touche de près à beaucoup d'autres problèmes. Un des plus importants parmi ceux-ci est celui des relations raciales. Il est à la base d'une coexistence harmonieuse des différentes races et, de ce fait, à la base de l'avenir splendide auquel sont appelés nos pays magnifiques du Congo belge et du Ruanda-Urundi.”*³²⁵

Wat dit citaat interessant maakt is dat Vyncke op nadrukkelijke wijze verwees naar de desastreuze psychische gevolgen van de destijdsse rassenverhoudingen in de kolonie. Naast het feit dat Vyncke er nog duidelijk van overtuigd was dat er verschillende menselijke rassen bestonden, pleitte hij hier tevens voor een verandering in de verhoudingen tussen deze veronderstelde rassen. Door een herziening of hervorming van problemen zoals de rassenverhoudingen zou er volgens Vyncke geïnvesteerd kunnen worden in een harmonieus samenleven wat aan de basis zou kunnen liggen van een optimistische kijk voor de toekomst.

2.3. Besluit van het tweede deel

Binnen de context van het Tienjarenplan, die gepaard ging met verborgen economische en internationale beweegredenen, nam er een relatieve intensivering plaats van de geestelijke gezondheidszorg voor de autochtone inwoners van Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi. De mentale problematiek werd als ernstig genoeg verondersteld om meer vergaande acties te ondernemen. De start van deze beoogde intensievere uitbouw van psychiatrische instellingen werd voornamelijk gerealiseerd tijdens de tweede vijfjarenfase van het plan.

Om de noodzakelijke vernieuwingen uit te voeren werd er allereerst gekozen om een Belgische psychiater, Raymond Baudoux, aan te stellen om onderzoek te voeren naar bestaande medische voorzieningen voor geesteszieken en ook om tevens suggesties te geven voor de toekomstige organisatie. In het onderzoeksrapport werd vastgesteld dat er in het begin van de jaren 1950 nog een grote continuïteit was met de organisatie van geestelijke

³²⁴ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 157.

³²⁵ Vyncke, 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale', 157-158.

gezondheidsinstellingen vanuit de vooroorlogse periode waarin opsluiting en isolatie als grootste prioriteit werden beschouwd. Baudoux pleitte vervolgens voor een intensivering van zorginstellingen, een opleiding voor koloniale psychiaters, een duidelijkere wetgeving en de implementatie van ‘moderne’ therapeutische behandelingen.

Vervolgens ging de koloniale overheid investeren in de bouw van psychiatrische centra, de voorziening van ‘moderne’ toestellen en behandelmethoden, het vormen van een opleiding voor koloniale psychiaters met behulp van academici en het ging ook inzetten op gediplomeerd en gespecialiseerd zorgpersoneel wat belangrijker werd bevonden vanaf de jaren 1950.

Als gevolg van het onderzoeksrapport en de inspanningen van de koloniale overheid werd in 1957 het eerste en enige psychiatrisch centrum voor Belgisch Centraal-Afrika in de provincie Kasai geïnstalleerd. Hiernaast werden de eerste drie Belgisch koloniale psychiaters ook ingezet in de kolonie aan het begin van de jaren 1950. Dit hoofdstuk heeft zich voornamelijk geconcentreerd op het werk en het onderzoeksrapport van koloniale psychiater Julien Vyncke aangezien hij één van de eerste psychiaters was die in de kolonie werkzaam was en de opleiding deels had afgelegd bij Raymond Baudoux.

Het psychiatrisch centrum in Kasai van Mairlot en de psychiatrische dienst in Usumbura van Vyncke zijn goede voorbeelden van de evolutie die had plaatsgevonden in de denkwijze over geesteszieken. In de jaren 1950 werd genezing en vrijheid op de voorgrond gezet waarbij therapeutische behandelingen een zeer grote rol speelden. Deze behandelingen werden gebaseerd op de westerse of continentale psychiatrie en bestonden uit drie niveaus: het psychologische, het biologische en het sociale aspect. Er werden nieuwe toestellen en methoden gebruikt om de psychiatrie als wetenschap te profileren. Echter werden deze technologieën niet geheel zonder risico gehanteerd. Er werd een grote prijs betaald voor relatieve vrijheid en/of genezing.

Psychiaters gingen zich ook meer vragen stellen bij de invloed van het kolonialisme op de mentale gezondheid van de autochtone bevolking. Er werd meermaals geconstateerd dat de wortels van het kolonialisme vaak de oorzaak vormden van de mentale problematiek in de kolonie. Naast al deze vormen van intensivering moet er toch ook vermeld worden dat de effectieve verandering relatief klein was. Aan de vooravond van de onafhankelijkheid telde de kolonie maar twee gestichten onder de naam van psychiatrische ziekenhuizen in Kasai en Leopoldstad, een gesticht in Usumbura en enkele secundaire centra in Elisabethstad, Coquilhatstad en Stanleystad. Het realiseren van een uitgebreid wettelijk kader bleef verder ook uit.

3. Conclusie

In deze masterproef werd er onderzoek verricht naar de evolutie in de positie van de koloniale overheid en de koloniale artsen en psychiaters ten aanzien van het concept van geestesziekten in Belgisch Centraal-Afrika. Deze vergelijkende studie legde de focus voornamelijk op de periode van het interbellum (1920-1940) en de periode waarin het Tienjarenplan van kracht was in de Belgische overzeese gebieden (1949-1960). Door deze studie werd in de eerste plaats duidelijk dat de uitwerking van het medische luik van het Tienjarenplan samen met de evolutie binnen de algemene psychiatrie in de jaren 1950 geleid hebben tot een (relatieve) intensivering van de organisatie en uitbouw van psychiatrische infrastructuur en behandeling in de kolonie. Om deze veelbetekenende cesuur te beklemtonen zal er hier nog een concluderende bespreking volgen over de organisatorische evolutie van koloniale geestelijke gezondheidszorg vóór de implementatie van het Tienjarenplan en erna.

Uit onderzoek werd duidelijk dat de eerste vragen vanuit de koloniale overheid omtrent de situatie van de koloniale geestelijke gezondheidszorg in Belgisch Centraal-Afrika pas verschenen tegen het einde van de jaren 1920. Het werd duidelijk dat er tijdens het interbellum nog een grote onwetendheid heerste omtrent de lokale situatie. Geestelijke gezondheidszorg stond in de schaduw van de primaire zorg voor endemische en curatieve ziekten. De koloniale psychiatrie was onderontwikkeld en werd gekarakteriseerd door de isolatie van psychiatrische patiënten en autochtone personen die als gevaarlijk of storend werden beschouwd voor de publieke orde. Dergelijke vrijheidsberoving vond plaats in erbarmelijke omstandigheden waarin autochtone psychiatrische patiënten voornamelijk in *cabanons*, die vaak deel uitmaakten van een ziekenhuis of een gevangenis, of in één van de weinige gestichten werden ondergebracht.

De uitbreiding van de medische dienst in de kolonie en de miserabele toestand van de koloniale psychiatrie waren de aanleiding voor de koloniale overheid om tegen het einde van de jaren 1920 een expert aan te stellen om een onderzoeksproject uit te werken over de mogelijke investering in ‘moderne’ methoden binnen de koloniale psychiatrie. Het aanstellen van experts binnen een bepaald vakgebied werd vaak toegepast door de koloniale overheid. Voor het gebied van de koloniale psychiatrie gebeurde dit tweemaal doorheen de gehele koloniale periode. De eerste persoon die werd aangesteld was de crimineel antropoloog Louis Vervaeck. Ongeveer twintig jaar later, tijdens de implementatie van het Tienjarenplan, gebeurde dit opnieuw en werd Belgisch psychiater Raymond Baudoux geselecteerd om zich te buigen over de plaatselijke omstandigheden en de mogelijkheden tot ‘modernisering’.

Eén van de grootste problemen dat in de onderzoeksrapporten van beiden naar voren kwam was het ontbreken van een duidelijk en uitgebreid wetgevend kader waarin eventuele toekomstige ontwikkelingen binnen de koloniale psychiatrie zich zouden kunnen voltrekken. Tijdens het interbellum werd deze wetgeving enkel gedefinieerd door de artikelen 277 en 284 van het eerste boek uit de *Code Civil*. Deze wetten voorzagen in gerechtelijke tussenkomst in het geval van ‘gevaarlijke’ geesteszieken. Het gaf de rechtbanken tevens de bevoegdheid om te beslissen of de patiënt verder thuis behandeld moest worden of dat de persoon in een ‘liefdadigheidsinstelling’ geplaatst kon worden. Bij gelegenheid werden koloniale artsen ook op vraag van de procureur des Konings uitgenodigd om een onderzoek uit te voeren op de geesteszieke patiënten. Deze artsen waren niet gespecialiseerd in koloniale psychiatrie wat resulteerde in een grote moeilijkheid bij het benaderen van het gepleegde feit omdat veel delicten ook werden gepleegd op basis van gebruikelijke en plaatselijke overtuigingen. Het volgende probleem hieromtrent was dat de enige ‘liefdadigheidsinstellingen’ bestonden uit ziekenhuizen die niet voldoende voorzien waren om dergelijke opnames te realiseren.

Het wetgevend kader was duidelijk gering en onvoldoende dekkend voor de organisatie van de koloniale psychiatrie. Dit was het gevolg van een bepaalde denkwijze binnen koloniale autoriteiten die de ontwikkeling van een wetgeving te overhaast vonden om na te streven aangezien zij ervan overtuigd waren dat er aan het einde van de jaren 1920 nog onvoldoende kennis was over de mentaliteit van de autochtone bevolking en dat het beschavingsniveau van de autochtone bevolking zich nog niet leende voor de ontwikkeling van een desbetreffend beleid. Ongeveer twintig jaar later werd deze problematiek omtrent het ontbreken van een wettelijke status ook terug onder woorden gebracht door Baudoux die stelde dat de mentale toestand van autochtone psychiatrische patiënten hen niet altijd in staat stelde om de geldigheid van de maatregelen die hen werden toegelegd goed te beoordelen of om hun eigendommen zelf te beheren. Het was bijgevolg belangrijk om de plichten van de samenleving ten aanzien van de patiënt te codificeren. Laat het echter duidelijk zijn dat ondanks het aandringen van experts, een degelijk uitgebreid wetgevend kader nooit werd gerealiseerd binnen de Belgische koloniale periode.

Een volgend obstakel voor de uitbouw van de koloniale psychiatrie werd in het interbellum door Vervaeck beschreven als het ontbreken van een psychiatrische opleiding voor de koloniale artsen en het medisch personeel. Er was nog geen aparte opleiding in de koloniale psychiatrie wat leidde tot een tekort aan psychiaters en gespecialiseerde hulp. De artsen die wel in aanraking kwamen met autochtone patiënten ondervonden grote moeilijkheden in het proberen begrijpen van de patiënt en bij de diagnosestelling. De

verschillende culturele kaders, het verschil in taalgebruik en de afwezigheid van kennis over de lokale gebruiken, gewoonten en denkkaders zorgden ervoor dat men elkaar met moeite kon begrijpen. De alomtegenwoordige dichotomie tussen de westerse geneeskunde en de traditionele autochtone behandeling van geesteszieken vormde de basis voor deze problematiek waardoor autochtone patiënten zich ook eerder terughoudend opstelden tegenover de westerse geneeskunde en artsen. Dit prangende probleem werd pas in de jaren 1950 deels verholpen, onder meer door het dringende verzoek van Baudoux voor de introductie van een koloniale psychiatrische specialisatie. De eerste drie Belgische koloniale psychiaters werden pas geïnstalleerd tijdens de eerste vijf jaar van de jaren 1950 en tegen het einde van dit decennium waren er vijf psychiaters werkzaam in de Belgische overzeese gebieden. De etnopsychiatrie binnen de Belgische koloniale context werd zodus in het laatste decennium van het Belgisch bewind georganiseerd in de kolonies.

Eén van de eerste koloniale psychiaters die werd aangesteld in de Belgisch overzeese gebieden was Julien Vyncke. Deze psychiater had gezorgd voor een baanbrekende verandering binnen de organisatie van de koloniale psychiatrie en had ook gehoor gegeven aan een wens die eerder in de jaren 1920 al door Vervaeck verwoord werd. Vervaeck vestigde de aandacht reeds op de specifieke organisatie van de infrastructuur en behandelingen binnen de koloniale psychiatrie. Hij adviseerde tijdens het interbellum al tot het bouwen van psychiatrische faciliteiten in algemene ziekenhuizen maar het was pas vanaf de tewerkstelling van koloniale psychiater Vyncke dat dit idee weldegelijk werd gerealiseerd. Vyncke organiseerde zijn eigen psychiatrische dienst in het algemeen ziekenhuis *Prince Régent Charles* in Usumbura vanaf 1951. Hij kreeg zelf veel vrijheid om deze dienst vorm te geven waardoor er binnen zijn afdeling ook geen raciale segregatie bestond wat voor deze periode toch opmerkelijk was. Dit toonde ook aan dat de gezondheidszorg van de koloniale overheid niet louter het resultaat was van een centrale, almachtige staat die een netwerk van medische infrastructuur uitbouwde. Het was echter de praktische *knowhow* die een belangrijkere rol speelde binnen de specifieke implementatie van dergelijke gezondheidszorg.

Hiernaast werd er door Vervaeck aan het einde van de jaren 1920 ook al aangehaald dat de kolonie moest voorzien in gestichten voor ‘gevaarlijke’ geesteszieken en ziekenkolonies waar er belang gehecht kon worden aan het uitoefenen van landbouwwerk en sociale rehabilitatie voor de meer vreedzame geesteszieken. Het landbouwwerk kon voor hem ook een vernuftige manier zijn om de kosten deels te dekken. Deze ontwikkeling werd tijdens het interbellum niet gesteund door de koloniale overheid maar het idee keerde in de jaren 1950 wel terug in het onderzoeksrapport van Raymond Baudoux. De Belgische psychiater en

de koloniale overheid waren voorstander van de oprichting van psychiatrische centra in elke provincie van Belgisch Centraal-Afrika die gepaard ging met het incorporeren van ‘moderne’ behandelingen.

Deze wil werd in 1957 gerealiseerd in Kasai door de opening van het eerste en het enige psychiatrisch centrum voor Belgisch Centraal-Afrika tijdens de koloniale periode. Het centrum werd geleid door koloniaal psychiater Fernand Mairlot. De behandelingen die voorhanden waren in het psychiatrisch centrum in Kasai van Mairlot en de psychiatrische dienst in Usumbura van Vyncke, werden gebaseerd op de westerse of continentale psychiatrie en bestonden uit drie niveaus: het psychologische, het biologische en het sociale aspect. Het onderdeel van de ergotherapie kwam in deze periode ook aan bod. In de jaren 1950 ging deze vorm van *occupational therapy* echter niet samen met eventuele winstmarges of kostendekkende techniek die bij Vervaeck wel aan bod kwam. De ziekenkolonies voor geesteszieken moesten volgens de minister van Koloniën, Pierre Wigny, voornamelijk voorzien in therapie en genezing.

Het psychiatrisch centrum in Kasai van Mairlot en de psychiatrische dienst in Usumbura van Vyncke zijn goede voorbeelden van de evolutie die had plaatsgevonden in de denkwijze over geesteszieken. Waar autochtone geesteszieken in het interbellum voornamelijk werden geïsoleerd van de openbare ruimte als methode om de publieke orde te bewaren, werd er vanaf de jaren 1950 meer ingezet op genezing, sociale rehabilitatie en vrijheid waarbij therapeutische behandelingen een zeer grote rol speelden. Er werden nieuwe toestellen en methoden gebruikt om de psychiatrie als wetenschap te profileren. Echter werden deze technologieën niet geheel zonder risico gehanteerd. Er werd een grote prijs betaald voor relatieve vrijheid en/of genezing.

Uit beide onderzoeksrapporten was ook af te leiden dat het vakgebied van de specifieke koloniale psychiatrie in deze koloniale periode worstelde met haar eigen reputatie binnen het medische veld. Vervaeck was tijdens het interbellum al voorstander van genezing en behandeling binnen de koloniale psychiatrie door de toepassing van sociale en biologische therapieën. Echter werd snel duidelijk dat dergelijke toepassing organisatorische problemen en hoge kosten met zich zou meebrengen. In de jaren 1950 werd deze bekommernis ook geuit door Baudoux die stelde dat koloniale autoriteiten en medische actoren af moesten stappen van het idee dat geesteszieken niet te genezen zouden zijn. De initieel verwoorde sociale en biologische therapieën die in de periode van Vervaeck al aan bod kwamen werden pas gerealiseerd in de jaren 1950.

Het zorgpersoneel dat tijdens het Belgisch koloniaal bewind werd ingezet voor de

geestelijke gezondheidszorg bestond voornamelijk uit (vrouwelijke) religieuze verpleegkundigen, autochtone hulpverpleegkundigen, verpleegkundigen of verpleegassistenten en autochtone medische assistenten. Het contact tussen deze religieuze orden en de koloniale overheid werd gekenmerkt door *competitive co-dependency* en beide actoren werden al eerder beschreven als *competitive collaborators*. Kerk en staat werkten samen en hadden elkaar nodig maar tegelijkertijd hadden ze ook verschillende agendapunten die vaak met elkaar botsten. Hierdoor maakten de betrekkingen tussen beide actoren een neerwaartse beweging in de jaren 1950. Waar koloniale instellingen voorheen werden gesubsidieerd door de staat en in handen waren van missiecongregaties werd er in deze periode een ommekeer gemaakt waarin de staat meer inspraak wou hebben. Dit gebeurde ook binnen de verdere organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Er werd in de jaren 1950 een professionalisering op gang gebracht binnen de koloniale gezondheidszorg. Opleidingen en diploma's werden noodzakelijker bevonden dan tevoren en vanaf 1952 werd er een forfaitaire bijdrage voorzien voor religieuze congregaties die gediplomeerde religieuze verpleegkundigen afleverden.

In dit onderzoek werd ook aangetoond dat autochtone medische assistenten die werkzaam waren binnen de koloniale geestelijke gezondheidszorg een bepaalde basis hadden om de verdere uitbouw van een medische carrière na de onafhankelijkheid te verwezenlijken. Wanneer Europese artsen na de onafhankelijkheid terugkeerden naar de metropool werden de eerste autochtone artsen geïnstalleerd. Dit getuigt van een mate aan *agency* die ook via het werk in de koloniale psychiatrie verkregen kon worden. Hiernaast genoten Belgisch koloniale psychiaters zoals Vyncke ook relatieve internationale faam binnen hun onderzoeksgebied. Zo was hij onder andere actief in de WHO-organisatie als expert binnen de koloniale psychiatrie.

Koloniale psychiaters zoals Vyncke gingen zich ook meer vragen stellen bij de invloed van het kolonialisme op de mentale gezondheid van de autochtone bevolking. Er werd meermaals geconstateerd dat de wortels van het kolonialisme vaak de oorzaak vormden van de mentale problematiek in de kolonie. Waar mentale problematiek als oorzaak van vervreemding van eigen cultuur en acculturatie tijdens het interbellum vaak werd toegeschreven aan een intellectueel onvermogen van de autochtone bevolking om zich aan te passen werd de oorzaak van dit probleem in de jaren 1950 door de expertise van etnopsychiaters verschoven naar de Europese wijze van onderdrukking van de autochtone bevolking. Deze onderdrukking door het alomtegenwoordige kolonialisme zorgde er ook voor dat de clan- en familiebanden losser werden wat de emotionele onzekerheid verhoogde. Waar geesteszieken voorheen een veilige haven zochten bij hun omgeving waren families in het

gevorderde koloniale klimaat ook minder bereid om voor een geestesziek familielid te zorgen, vooral wanneer er een Europees ziekenhuis in de buurt gelegen was.

Echter moet wel vermeld worden dat koloniale psychiaters net als vele andere koloniale actoren nog steeds door een paternalistische, infantiliserende en raciale bril keken naar de ‘Afrikaanse andere’. Hiernaast was de effectieve verandering binnen de geestelijke gezondheidszorg tijdens de implementatie van het Tienjarenplan ook nog relatief klein. Binnen de context van het Tienjarenplan, die gepaard ging met verborgen economische en internationale beweegredenen, werd de mentale problematiek als ernstig genoeg verondersteld om meer vergaande acties te ondernemen. De start van deze beoogde intensievere uitbouw van psychiatrische instellingen werd voornamelijk gerealiseerd tijdens de tweede vijfjarenfase van het plan. Echter telde de kolonie aan de vooravond van de onafhankelijkheid maar twee gestichten die de naam van psychiatrische ziekenhuizen mochten dragen. De eerste bestond uit het psychiatrisch centrum van Kasai en verder was er ook een psychiatrisch ziekenhuis gesitueerd in Leopoldstad. Vervolgens was er nog een gesticht in Usumbura en waren er enkele secundaire centra in Elisabethstad, Coquilhatstad en Stanleystad.

Met deze masterproef werd tevens getracht een verdere aanzet te geven tot grondiger onderzoek binnen het onderzoeksveld van de koloniale gezondheidszorg en in het bijzonder binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit is belangrijk om de totale reikwijdte van het kolonialisme vast te stellen aangezien de koloniale geneeskunde wellicht het domein bij uitstek was waarin een duidelijke scheiding tussen Belgische kolonisator en koloniaal subject het grootst was. Verder kan het onderzoek naar de geestelijke gezondheidszorg ook wellicht een extra dimensie geven aan de ontwikkeling van een *colonial mentality* binnen de autochtone bevolking als gevolg van de Europese onderdrukking. Hiernaast kan het ook nuttig zijn om verder onderzoek binnen dit gebied aan te moedigen om op die manier aan te kunnen tonen of de hypothesen en constataties die in deze masterproef naar voren werden gebracht, omtrent bijvoorbeeld de Belgische koloniale psychiaters zoals Vyncke, ook gangbaar waren in andere gebieden van Belgisch Centraal-Afrika. Ten slotte wordt het onderzoek naar kolonialisme nog grotendeels gekenmerkt door een westers narratief. Het zou daarom gunstig zijn binnen het onderzoeksveld om het koloniale discours in de toekomst ook nog meer te benaderen vanuit de positie van de autochtone bevolking zodat de stem van het voormalige koloniale subject meer tot haar recht kan komen.

4. Bibliografie

I. Bronnen

Archivalische bronnen

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269: membre de la commission permanente d'assistance psychiâtrique et d'hygiène mentale au ministère des colonies Joseph Blanche, *Le transport des aliénés sur les navires*, 1927.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Vervaeck, *Les avantages des annexes psychiatriques des prisons au point de vue pénal et pénitentiaire*, maart 1927.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : F. F. Jorissen, *Cabanons pour aliénés*, 2 mei 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Marzorati, 9 mei 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : E. F. Henry, *Cabanons pour aliénés*, 27 mei 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : A. H. Gilson, *Cabanons pour aliénés*, 29 mei 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Van Campenhout, 28 juli 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : Gohr, 9 augustus 1928.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269: Dr. Mouchet, *Note sur le rapport présenté par le Dr. Vervaeck au sujet d'un service de psychiatrie au Congo*, 21 maart 1929.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269 : L. Vervaeck, *La thérapeutique psychiatrique au Congo*, 1929.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 269: le médecin en chef, DR, G. Trolli, *Note au sujet des vœux émis par la Commission de protection des indigènes*, 14 oktober 1931.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 270 : Duren, *Première réunion de commission établis le 15 juillet 1930 par le conseil supérieur d'hygiène coloniale pour étudier le régime des malades mentaux au Congo Belge*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 270 : directeur-général Duren, *Note pour Monsieur le Secrétaire Général*, 16 juli 1930.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 270: Brutsaert, *L'organisation psychiatrique au Congo*, 1931.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 271: Brutsaert en Destrée, *Wetsontwerp op de behandeling van de geesteszieken*, 25 februari 1930.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 271: secretaris generaal, *Régime des malades mentaux*, avril 1930.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 272: Grégoire, *Syndromes mentaux chez les indigènes du Centre Africain*, 1938.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935: *De geneeskundige inrichting van Congo*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 935 : Ministère des colonies, *Service médical du Congo Belge et du Ruanda-Urundi*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 937: *Rapport de la commission médicale du Plan Decennal de la colonie*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier, Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 938: *Plan Quinquennal*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 939: *VIe partie le développement social*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990: inspecteur général de l'hygiène M. Kivits, *Régime des aliénés à la colonie*, avril 1930.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, *brief van inspecteur-generaal Kivits aan dokter Marcel Alexander*, 8 december 1956.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990: inspecteur général de l'hygiène M. Kivits, *Régime des aliénés à la colonie*, 1 februari 1957.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990 : M. Kivits, *brief van inspecteur-generaal Kivits aan S. Naderie*, 26 januari 1962.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 990: *Extraite des rapports annuels sur l'hygiène publique au Congo Belge*.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : *Création Asile Aliénés au Kasai par F.B.E.I.*, 24 december 1948.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : P. Wigny, *Création d'un asile d'aliénés au Kasai par le F.B.E.I.*, 14 februari 1949.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : M. Van Hecke, inspecteur general de l'hygiène, *Asile d'aliénés Kasai*, 18 augustus 1949.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142: le gouverneur general, *asiles d'aliénés rapport du docteur Baudoux et plans*, 16 augustus 1950.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : inspecteur general de l'hygiène, *Mission du Docteur Baudoux, psychiatre*, 14 juli 1951.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : Baudoux, *Pavillon pour blancs, etude de Baudoux*, 1952.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : Dr. P. De Brauwere, 27 maart 1958.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1143 : minister van Koloniën, 11 juli 1952.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1143 : le gouverneur general, *Desserte section hommes asile aliénés Léopoldville*, 16 juni 1953.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : P. Wigny, *Asile d'aliénés. Rapport du Docteur Baudoux et plans*, 4 augustus 1950.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : *Asile alienes - Luluabourg*, 2 november 1951.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : M. Kivits, *Note pour le secretariat du plan decennal*, 6 november 1951.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : D'Hondt, *Asile d'alienes avant projet*, 1951.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : les reverends frères de la charite de Gand, *Observations des reverends frères de la charite de gand, au sujet des plans d'avant-projet pour l'asile d'alienes a luluabourg*, 5 mei 1952.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : Dr. A. Duren, *brief van inspecteur-generaal van de hygiëne Duren aan de Broeders van Liefde*, 25 juli 1952.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : M. Kivits, *Note a monsieur l'administrateur general des colonies*, 2 september 1952.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : Fr. Dieudonné, *A monsieur l'Inspecteur Royal Ministère des Colonies*, 12 januari 1953.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : CH. Simon, *Centre psychiatrique du Kasai*, 8 december 1953.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144: Gouverneur general, *Convention Colonie – Frères de la Charité de Gand*, 17 augustus 1954.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1162 : le vice-gouverneur général, *infirmières religieuses agréées pour la desserte des hôpitaux du gouvernement et des formations de mission*, 10 februari 1950.

Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépôt Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1181 : Dr. Kivits, *Intervention frais d'études R. S. Fraeters*, 18 oktober 1962.

Gedrukte bronnen

Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer. *Bulletin officiel du Congo Belge*. Brussel : M. Hayez, 1912.

Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer. *Bulletin officiel du Congo Belge*. Gent : S. A. Vanderpoorten, 1929.

Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer. *Bulletin officiel du Congo Belge*. Dison : Imprimerie Disonaise, 1938.

Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer. *Bulletin officiel du Congo Belge*. Brussel : Imprimerie Clarence Denis, 1953.

Baudoux, Raymond. 'La situation psychiatrique au Congo et au Ruanda-Urundi en 1950-1951'. In *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, XXII, 1: 1-39. Gembloux : J. Duculot, 1952.

Congo belge, Direction générale des services médicaux. *Rapport annuel de la direction générale des services médicaux de Congo Belge*. Brussel : Van Gompel, 1950.

Mairlot, F. 'De quelques aspects de la psychologie profonde du noir Congolais'. *Bulletin du centre d'étude des problèmes sociaux indigènes C.E.P.S.I.*, nr. 34 (1956): 22-52.

Ministère de l'intérieur. *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge*. Brussel : Imprimerie A. Lesigne, 1913.

Ministère de l'intérieur. *Annuaire statistique de la Belgique et du Congo Belge*. Brussel : Imprimerie A. Lesigne, 1922.

Parlementaire documenten – Belgische Senaat. 'Ontwerp van wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke'. S. 523. Brussel : Het archief van de Belgische Senaat, 1968-1969.

Rodhain, J. 'Introduction'. *Acta Neurologica et Psychiatrica belgica* 56, nr. 6 (1956) : 1.

Vyncke, Julien. 'Psychoses et névroses en Afrique Centrale'. In *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, V, 5: 1-158. Gembloux: J. Duculot, 1957.

II. Secundaire literatuur

Akyeampong, Emmanuel Kwaku. 'A historical overview of psychiatry in Africa'. In *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman: 24-49. Bloomington: Indiana University Press, 2015.

Akyeampong, Emmanuel Kwaku, Hill, Allan G. en Kleinman, Arthur. 'Introduction: Culture, mental illness, and psychiatric practice in Africa'. In *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman: 1-23. Bloomington: Indiana University Press, 2015.

Allegaert, Patrick et al. *Geen rede mee te rijmen: geschiedenis van de psychiatrie*. Tiel: Lannoo, 2012.

Arzel, Lancelot. 'Fighting on the equator. War violence and colonial experiences among Congolese troops during World War I'. *Belgisch tijdschrift voor nieuwste geschiedenis* 48, nr. 1/2 (2018): 56-75.

Au, Sokhieng en Cornet, Anne. 'Medicine and colonialism'. In *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus: 100-125. Manchester: Manchester University Press, 2021.

Benoit, Guy. *Malades mentaux et incapables majeurs : émergence d'un nouveau statut civil*. Brussel : FUSL, 1994.

Beyen, Marnix. *De taal van de geschiedenis: hoe historici lezen en schrijven*. Leuven: Universitaire pers Leuven, 2019.

Bonnaerens, R. 'Branden (van Den)'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, IV : 67. Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1955.

Bruyns, Louis. 'Belgisch Congo: Tienjarenplan en Missie'. *Streven* 3, (1949-1950): 243-258.

Cleys, Bram. 'Andries Dequae: De zelfgenoegzaamheid van een koloniaal bestuur (1950-1954)'. Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, 2002.

De Bont, Raf. 'Meten en verzoenen: Louis Vervaeck en de Belgische criminele antropologie (circa 1900-1949)'. *Bijdragen tot de eigentijdse geschiedenis* 9, (2001): 63-104.

De Nys-Ketels, Simon. 'A hospital typology translated: transnational flows of architectural expertise in the Clinique Reine Elisabeth of Coquilhatville, in the Belgian Congo'. *ABE Journal*, nr.19 (2021): 10-43.

De Nys-Ketels, Simon, Heindryckx, Laurence, Lagae, Johan en Beeckmans, Luce. 'Planning Belgian Congo's network of medical infrastructure: type-plans as tools to construct a medical model-colony, 1949-1959'. *Planning perspectives* 34, nr. 5 (2019): 757-778.

Depaepe, Marc en Kikumbi, Annette Lembagusala. 'Koloniaal onderwijs in Congo: meer dan paternalistisch eenrichtingsverkeer?'. In *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche: 314-324. Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020.

Drane, James F. 'Karl A. Menninger: psychiatrist as moralist'. *The Christian century* 107, nr. 24 (1990): 758-759.

Dubois, A. 'Brutsaert'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VI: 129. Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1968.

Dubois, A. 'Mouchet'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VII A: 361. Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1973.

Dubois, A. 'Rodhain'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VI: 858. Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1968.

Duren, Albert. 'L'organisation médicale belge en Afrique (1953)'. In *Mémoires de la Classe des Sciences naturelles et médicales*, onder redactie van Académie royale des sciences coloniales, II, 6: 13. Gembloux : J. Duculot, 1955.

Edington, Claire. 'The most social of maladies: re-thinking the history of psychiatry from the edges of empire'. *Culture, medicine and psychiatry* 45, nr.3 (2021): 343-358.

- Fairclough, Norman. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity press, 1992.
- Fairlamb, Alan H. 'Chemotherapy of human African trypanosomiasis: current and future prospects'. *Trends in parasitology* 19, nr. 11 (2003): 488-494.
- Fanon, Frantz. *Peau noire, masques blancs*. Parijs : Éditions du Seuil, 1952.
- Foucault, Michel. *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason*. New York: Random House, 1988.
- Gijbels, Jolien en Wils, Kaat. 'Medicine, health and gender'. In *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus: 29-64. Manchester: Manchester University Press, 2021.
- Goddeeris, Idesbald. 'Missionarissen: een menselijker dimensie aan kolonisatie?'. In *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche: 289-304. Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020.
- Greyling, Chris. 'Dr. Julien Camiel Vyncke'. *South African Medical Journal (SAMJ)* 75, (1989): 602.
- Halberstadt-Freud, H.C. 'Freud was het liefst een goede vader: De verhouding met zijn patiënten'. *Vrij Nederland. Boekenbijlage*, (1985): 4-5.
- Hambly, Wilfrid D. 'The serpent in African belief and custom'. *American anthropologist* 31, nr. 4 (1929): 655-666.
- Heyse, T. 'Concentration et déconcentration au Congo Belge'. *Progress in public administration* 11, nr. 4 (1938) : 611-624.
- Hunt, Nancy Rose. *A nervous state: violence, remedies, and reverie in colonial Congo*. Durham: Duke University Press, 2015.
- Jackson Jr., John P., Weidman, Nadine M. *Race, Racism and Science: Social Impact and Interaction*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005.
- Janssens, P. G. et al. *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, vol. 2. Brussel : Fondation Roi Baudouin, 1992.
- Jones, Colin. 'Raising the Anti: Jan Foudraine, Ronald Laing and Anti-Psychiatry'. In *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands*, onder redactie van Marijke Gijswijt-Hofstra en Roy Porter: 283-294. Amsterdam: Atlanta, 1998.
- Kivits, M. 'Hoof (Van)'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VI: 503. Brussel: Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1968.
- Kivits, M. 'Duren'. In *Biographie Belge d'outre-mer*, onder redactie van Académie Royale des sciences d'Outre-mer, VII-C: 136. Brussel : Académie royale des sciences d'Outre-mer, 1989.
- Lachenal, Guillaume. *The Lomidine files: the untold story of a medical disaster in colonial Africa*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2017.

- Langhendries, Maarten. 'Catholic doctors at the cradle. The persona of the Catholic physician in relation to reproductive health in Belgium and the Belgian Congo'. Onuitgegeven doctoraatsproefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, 2022.
- Langhendries, Maarten en Vander Hulst, Reinout. 'Gezondheidszorg: het paradepaard van de Belgische kolonisatie?'. In *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche: 305-312. Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020.
- Lederer, André. *L'expansion belge outre-mer et la Compagnie Maritime Belge*. Brussel : Académie royale des sciences d'outre-mer, 1977.
- Loffman, Reuben A. *Church, state and colonialism in Southeastern Congo, 1890-1962*. Cham: Springer International Publishing, 2019.
- Lyons, Maryinez. 'Public health in Colonial Africa: The Belgian Congo'. In *The history of public health and the modern state*, vol. 26, onder redactie van Dorothy Porter: 356-384. Verenigde Staten: BRILL, 1994.
- Lyons, Maryinez. *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Majerus, Benoît. *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2013.
- Massin, Veerle. 'La consultation d'hygiène mentale, le patient et le psychiatre (Belgique, 1920-1940)'. *Belgisch tijdschrift voor nieuwste geschiedenis* XLVII, nr. 4 (2017): 144-166.
- McCulloch, Jock. *Colonial psychiatry and the African mind*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Mertens, Myriam en Lachenal, Guillaume. 'The history of "Belgian" tropical medicine from a cross-border perspective'. *Revue belge de philologie et d'histoire* 90, nr. 4 (2012) : 1249-1271.
- Nünning, Vera en Nünning, Ansgar. 'Fictions of empire and the making of imperialist mentalities: colonial discourse and post-colonial criticism revisited'. *Forum for world literature studies* 7, nr. 2 (2015): 177-198.
- Okello, Elialilia en Musisi, Seggane. 'The role of traditional healers in mental health care in Africa'. In *The culture of mental illness and psychiatric practice in Africa*, onder redactie van Emmanuel Kwaku Akyeampong, Allan G. Hill en Arthur Kleinman: 249-261. Bloomington: Indiana University Press, 2015.
- On'okoko, Michel Okitapoy, Jenkins, Rachel, Miezi, Samuel Mapunza Ma, Andjafono, Daniel Okitundu Luwa E en Mushidi, Ildephonse Muteba. 'Mental health in the Democratic Republic of Congo: A post-crisis country challenge'. *International psychiatry: bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists* 7, nr. 2 (2010): 41-43.
- Pearl, Sharrona. 'Through a Mediated Mirror: The Photographic Physiognomy of Dr Hugh Welch Diamond'. *History of Photography* 33, nr.3 (2009): 288-305.
- Porter, Theodore. *Genetics in the madhouse: The unknown history of human heredity*. Princeton: Princeton University Press, 2018.

Saur, Léon. ‘«Hutu» et «Tutsi»: des mots pour quoi dire?’. *Histoire, monde & cultures religieuses* 30, nr.2 (2014): 119-138.

Schroijen, Inge. ‘Onbekend of miskend?: Humanitaire hulpverlening en ontwikkelingsamenwerking in de Rwandese genocide, 1994’. Onuitgegeven masterproef, KU Leuven, 2011.

Scull, Andrew. *Desperate remedies: psychiatry's turbulent quest to cure mental illness*. Cambridge: Harvard University Press, 2022.

Scull, Andrew. *Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Princeton: Princeton University Press, 2015.

Tallier, Pierre-Alain, Van Eeckenrode, Marie en van Schuylenbergh, Patricia. *Belgique, Congo, Rwanda et Burundi : Guide des sources de l'histoire de la colonisation (19^e-20^e siècle) : Vers un patrimoine mieux partagé*. Turnhout : Brepols, 2021.

Tousignant, Nathalie. ‘Avant-propos’. In *Le manifeste conscience africaine (1956): Elites congolaises et société coloniale. Regards croisés*, onder redactie van Nathalie Tousignant: 7-9. Brussel : Presses de l'Université Saint-Louis, 2019.

Tödt, Daniel. ‘De koloniale staat en de Afrikaanse elites: een geschiedenis van onderwerping?’. In *Koloniaal Congo een geschiedenis in vragen*, onder redactie van Idesbald Goddeeris, Amandine Lauro en Guy Vanthemsche: 249-260. Kalmthout: Uitgeverij Polis, 2020.

Vandendriessche, Joris en Van Osselaer, Tine. ‘Medicine and religion’. In *Medical histories of Belgium*, onder redactie van Joris Vandendriessche en Benoît Majerus: 66-89. Manchester: Manchester University Press, 2021.

Vandermeersch, Patrick. *Psychiatrie, godsdienst en gezag: de ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma*. Leuven: Acco, 1984.

Vervaeck, Louis. ‘Evolution in the treatment of Belgian delinquents and mentally-ill’. *Journal of criminal law and criminology* 24, nr. 1 (1933): 198-217.

Wallace, Edwin R. en Gach, John. *History of psychiatry and medical psychology*. New York: Springer US, 2008.

Zimbardo, Philip G., Weber, Ann L., en Johnson, Robert L. *Psychologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux, 2006.

III. Digitale bronnen

“Banyarwanda”, Minority rights group international (MRG) World directory of minorities and indigenous peoples, juni 2018, <https://minorityrights.org/minorities/banyarwanda/>.

“Brief history”, The embassy of the Republic of Rwanda Washington, DC. USA, geraadpleegd 7 augustus 2023, <https://rwandaembassy.org/about-rwanda>.

“Commissie voor de Bescherming van de Inheemse Bevolking”, Belgian Science and Technology Online Resources (BESTOR), 24 februari 2021, https://www.bestor.be/wiki_nl/index.php/Commissie_voor_de_Bescherming_van_de_Inheemse_Bevolking.

“Compagnie Maritime Belge”, Africamuseum Archives, geraadpleegd 11 juli 2023, https://archives.africamuseum.be/agents/corporate_entities/56.

“Débile”, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, geraadpleegd 9 juli 2023, <https://cnrtl.fr/definition/d%C3%A9bile>.

“Inventoriage progressif des ‘archives africaines’ : les archives de l’inspecteur général de l’hygiène”, Archives de l’état en Belgique, 27 september 2020, <https://www.arch.be/index.php?l=fr&m=actualites&r=toutes-les-actualites&a=2020-09-27-inventoriage-progressif-des-archives-africaines-les-archives-de-l-inspecteur-general-de-l-hygiene>.

Langhendries, Maarten en Vander Hulst, Reinhout. “Koloniale systeem in Congo deed niet aan ontwikkelingssamenwerking”, Knack, 18 juni 2020, <https://www.knack.be/nieuws/koloniale-systeem-in-congo-deed-niet-aan-ontwikkelingssamenwerking/>.

Metais, Sylvie. “Asile Psychiatrique (histoire du concept)”, Encyclopaedia Universalis France, geraadpleegd 15 juli 2023, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/asile-psychiatrique-histoire-du-concept/>.

Nikiza, Egide. “Au coin du feu avec Pie Masumbuko”, IWACU les voix du Burundi, 18 mei 2019, <https://www.iwacu-burundi.org/au-coin-du-feu-avec-pie-masumbuko/>.

Pauls, Elizabeth Prine. “Tutsi”, Encyclopædia Britannica Online, 9 februari 2007, <https://www.britannica.com/topic/Tutsi>.

Pollens, Jeroen. “De geschiedenis van de psychiatrie (1800-heden) in een notendop”, Historiek, 4 december 2019, <https://historiek.net/de-geschiedenis-van-de-psychiatrie-1800-heden-in-een-notendop/58562/>.

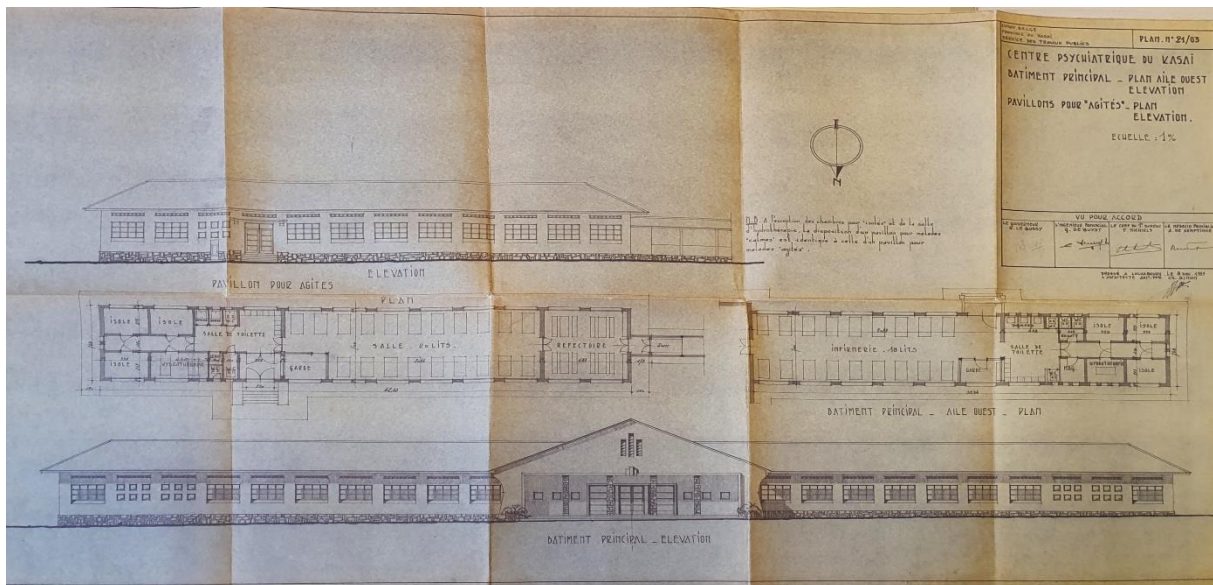
“Preamble et Historique”, SRMMB, <https://www.srmmb.be/index.php/notre-societe/historique-srmmb>.

“Ruanda-Urundi”, Encyclopædia Britannica Online, 17 oktober 2008, <https://www-britannica-com.kuleuven.e-bronnen.be/place/Ruanda-Urundi>.

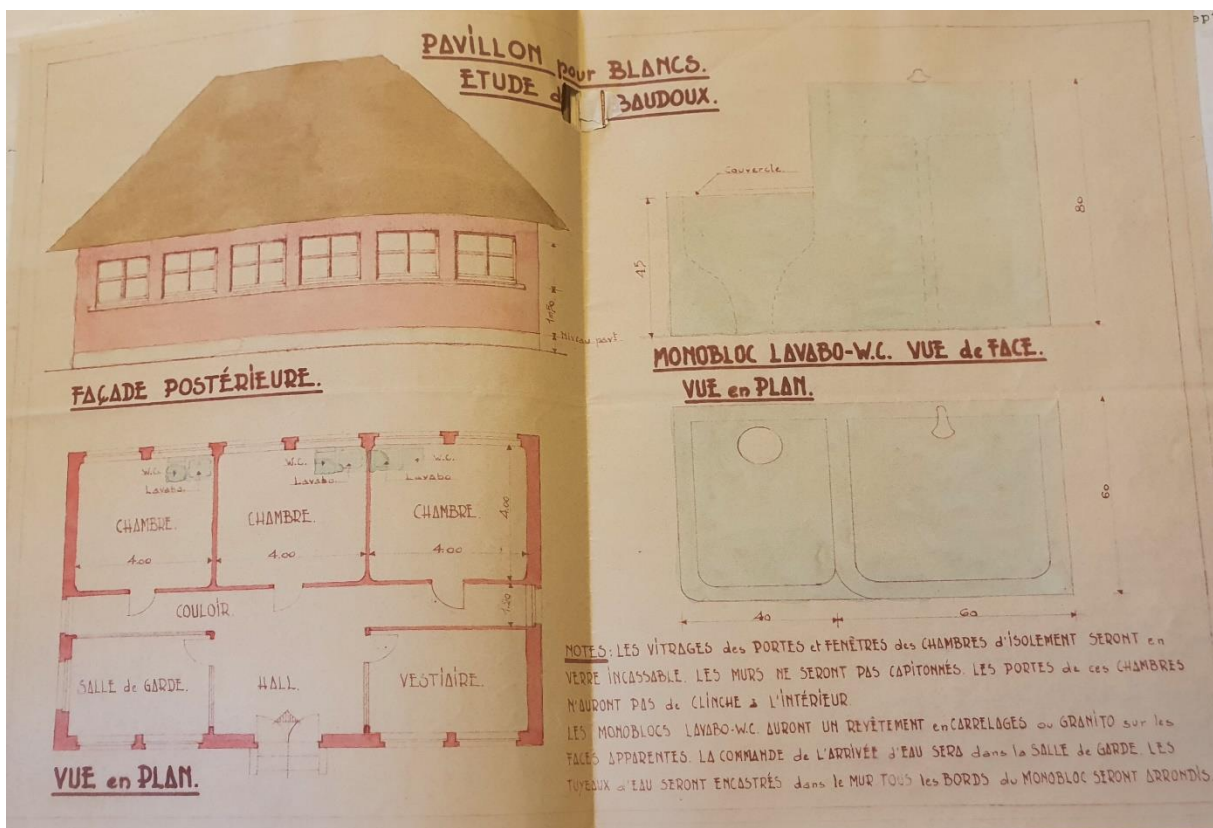
Simon, Jacques. “L’encéphalographie gazeuse, une technique de radiologie du cerveau”, Le Conservatoire du Patrimoine Hospitalier de Rennes (CPHR), geraadpleegd 8 augustus 2023, <https://www.cphr.fr/memoire-humaine/notes-historiques/lencephalographie-gazeuse-une-technique-de-radiologie-du-cerveau/>.

Tikkanen, Amy. “Menninger family”, Encyclopædia Britannica Online, 3 augustus 2012, <https://www.britannica.com/topic/Menninger-family>.

Torris, Georges. “Narco-analyse”, Encyclopaedia Universalis France, geraadpleegd 11 augustus 2023, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/narco-analyse/>.



Plan 2: plan van het psychiatrisch centrum in Luluaburg door architect CH. Simon op 8 december 1953 na de wijzigingen in faciliteiten door de Broeders van Liefde.³²⁷



Plan 3: plan van het paviljoen voor Europese geesteszieken in Matadi wachtende op repatriëring, gemaakt door Raymond Baudoux in 1952.³²⁸

³²⁷ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1144 : CH. Simon, *Centre psychiatrique du Kasai*, 8 december 1953.

³²⁸ Brussel, Algemeen Rijksarchief 2 – Dépot Joseph Cuvelier (I39), Archives africaines. Ministère des Colonies et successeurs en droit. Administration métropolitaine. Inspecteur général de l'hygiène, nr. 1142 : Baudoux, *Pavillon pour blancs, etude de Baudoux*, 1952.