



De chemische stilte

Over de impact van psychofarmaca op de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw, met het Gentse Guislaingesticht als casus

Virgil Nimmegeers

Promotor: prof. dr. Gita Deneckere

Commissarissen: Sofie De Veirman en Ruben Mantels

Masterproef voorgelegd aan de Faculteit Letteren en Wijsbegeerte
tot het behalen van de graad van Master in de Geschiedenis

Academiejaar 2015 - 2016

Verklaring in verband met de consulteerbaarheid

De auteur en de promotor geven de toelating deze studie als geheel voor consultatie beschikbaar te stellen voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting de bron uitdrukkelijk te vermelden bij het aanhalen van gegevens uit deze studie.

Het auteursrecht betreffende de gegevens vermeld in deze studie berust bij de promotor. Het auteursrecht beperkt zich tot de wijze waarop de auteur de problematiek van het onderwerp heeft benaderd en neergeschreven. De auteur respecteert daarbij het oorspronkelijke auteursrecht van de individueel geciteerde studies en eventueel bijhorende documentatie, zoals tabellen en figuren. De auteur en de promotor zijn niet verantwoordelijk voor de behandelingen en eventuele doseringen die in deze studie geciteerd en beschreven zijn.

Voorwoord

In het vijfde en zesde middelbaar kregen we op school de kans om naast de gewone lessen elke woensdag een zogenaamd seminarievak te volgen. Ik koos voor psychologie en in het kader van dat vak maakten we een uitstap naar het Museum Dr. Guislain. Ik was meteen gefascineerd door de verhalen die ik hoorde, de objecten die ik zag en de sfeer die in de gebouwen hing. Tijdens zomerwerk in de cafetaria van het P.C. Dr. Guislain, werd mijn nieuwsgierigheid naar het verleden van die plaats enkel maar meer geprikkeld. Ik moest dan ook niet lang nadenken om te beslissen dat een onderzoek naar de geschiedenis van de psychiatrie, met het oude Guislaingesticht als casus, het onderwerp van mijn masterproef zou worden.

Dankwoord

Het werk dat voor u ligt, draagt enkel mijn naam, maar het was nooit tot stand kunnen komen zonder de hulp van vele anderen.

In de eerste plaats wil ik daarom mijn promotor, prof. dr. Gita Deneckere, en Ruben Mantels bedanken om mijn onderzoek met al hun kennis en ervaring op de goede weg te zetten en me vervolgens een jaar lang te begeleiden en bij te sturen waar nodig.

Luc de Kezel, de archivaris van het archief van het Provinciaalarchief der Broeders van Liefde, en de medewerkers van het Museum Dr. Guislain, waar ik de bibliotheek heb geraadpleegd, verdienen een woord van dank om mij wegwijs te maken in de overvloed aan beschikbaar materiaal.

Uiteraard bedank ik ook mijn ouders, omdat ze mij de kans hebben gegeven hogere studies aan te vatten, die ik bovendien zonder zorgen kon voltooien met deze masterproef.

Günther, bedankt om alles grondig na te lezen en zodoende spel- en grammaticafouten uit mijn werk te filteren.

Aan mijn vriendin, Anke, dankjewel om mij de voorbije jaren, en dit jaar in het bijzonder, steeds begripvol en geduldig te steunen, ook al was het vele opzoeken en schrijven een proces van lange adem.

Tot slot draag ik deze masterproef op aan mijn overleden grootvader. Hij kan het niet meer meemaken, maar ik weet zeker dat hij erg trots zou zijn.

Inhoudstafel

Inleiding		1
1	Psychofarmaca vandaag	1
2	Probleem- en vraagstelling	3
3	Opbouw, methodologie en verantwoording van het onderzoek	7
DEEL 1 - PSYCHOFARMACA GEPROBLEMATISEERD		12
Hoofdstuk 1 - Psychofarmaca in de geschiedenis van de psychiatrie		13
1	Algemeen	13
2	Psychofarmaca uitgelegd	15
3	In vogelvlucht van de prehistorie tot het einde van de 18e eeuw	23
4	De negentiende-eeuwse morele en biologische psychiatrie	30
5	Twintigste-eeuwse ontwikkelingen	35
Hoofdstuk 2 - Psychofarmaca in de literatuur		42
1	Algemeen	42
2	Structurele veranderingen in de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw	45
2.1	Kortere opnames	45
2.2	Minder opnames	46
2.3	De-institutionalisering	48
2.4	Extramurale zorg	51
2.5	Heropnames	52
3	Een veranderend gestichtleven tijdens de tweede helft van de 20e eeuw	54
3.1	Rust en stilte	54
3.2	Meer therapie	55
3.3	Het einde van eerdere behandelingsmethoden	56
3.4	Een nieuw psychiatrisch gelaat	57

3.5	Contact tussen patiënten en psychiaters	59
3.6	De verpleegkundige	61
4	Psychofarmaca beoordeeld	63
4.1	Psychofarmaca als revolutionaire middelen	63
4.2	Symptoombestrijding	66
4.3	De “chemische lobotomie”	67
4.4	Negatieve bijwerkingen	68
4.5	De tussenpositie	69
4.6	De Belgische receptie van psychofarmaca	71
5	Afsluitende opmerkingen	74
5.1	Goedkopere zorg	74
5.2	De farmaceutische industrie	75
5.3	Een nieuw diagnostisch model	77
5.4	Verschillen tussen mannen en vrouwen	78
5.5	Op naar de casus: een onconventionele benadering	80
INTERMEZZO - DE GENTSE KRANKZINNIGENZORG		82
1	Algemeen	82
2	Middeleeuwse en vroegmoderne voorlopers	83
3	Kentering onder Petrus Jozef Triest	86
4	Joseph Guislain: definitief richting de humanere behandeling	90
5	“Het Guislaingesticht”, de eerste moderne instelling	94
6	De herinnering aan Joseph Guislain	97
DEEL 2 - CASUS GUISLAINGESTICHT, 1950-1975		99
Hoofdstuk 1 - Bronnen		100
Hoofdstuk 2 - Behandelingen		105
1	De jaren 30 en 40	105
2	Standaardbehandelingen en nieuwe medicatie in de jaren 50	106

3	Meer psychofarmaca en therapie in de jaren 60	114
4	Socialisering in de jaren 70	127
5	Samenvattend	132
Hoofdstuk 3 - Patiënten		137
1	Wie zijn ze?	137
2	De cijfers	137
2.1	Ontslag	138
2.2	(Her)opname	141
2.3	Patiëntenaantallen	147
3	Psychofarmaca en het dagelijkse leven van de patiënt	150
3.1	Lichamelijke bijwerkingen	150
3.2	Gedrag en emoties	150
3.3	Hygiëne	153
3.4	Kledij	154
3.5	Voeding	155
3.6	Ontspanning	156
Hoofdstuk 4 - Personeel		161
1	Psychiaters	161
1.1	Algemeen	161
1.2	Psychiaters en psychofarmaca	163
1.3	Psychiaters en patiënten	166
2	Verpleegkundigen	167
2.1	Algemeen	167
2.2	Verpleegkundigen en psychofarmaca	168
2.3	Verpleegkundigen en patiënten	173
3	Paramedisch personeel	176
Hoofdstuk 5 - De instelling		181
1	Ruimtelijke organisatie van de psychiatrische zorg	182
2	Infrastructuur en inrichting	186

Algemeen besluit	190
Reflectie en perspectieven op verder onderzoek	198
Opgave van bronnen en literatuur	199
1 Onuitgegeven bronnen	199
2 Gedrukte bronnen	201
3 Geraadpleegde literatuur	201

Inleiding

1 Psychofarmaca vandaag

Op maandagavond 25 januari 2016 steekt de negentienjarige psychiatrische patiënt Ricardo V. zes verplegers en een medepatiënt neer in het *Centre Hospitalier Jean Titeca* in Schaarbeek. Na enkele moeilijke jaren gaat het volgens zijn ouders de laatste tijd nochtans de goede richting uit met Ricardo. Hij mag af en toe naar huis, zoekt werk en heeft uitzicht op een definitief ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis. Vanwaar dan die plotse daad van agressie? “Ik denk dat Ricardo geflipt is omdat hij sinds kort minder pillen kreeg. Vroeger kreeg hij er elke dag negen. Nu nog drie. Ik vrees dat de dokters de hoeveelheid pillen te snel en te drastisch hebben afgebouwd. Ik zie geen andere verklaring voor wat hij heeft gedaan”, aldus zijn vader enkele dagen later in de krant. “Sinds hij minder pillen moest slikken, was Ricardo verbaal agressief.” In hetzelfde artikel verklaart Frieda Matthys, voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), dat er geen vaste methode bestaat voor de afbouw van medicatie. “Dat is altijd verschillend. Een factor die van belang is, is bijvoorbeeld om welke soort medicatie het gaat. Bovendien is de aanpak bij elke patiënt anders.”¹

Of de oorzaak van de steekpartij in kwestie nu te vinden is bij het afbouwen van de medicatie of niet, de verklaringen van zowel de ouders van de dader als de voorzitter van de VVP leggen omtrent psychiatrische medicatie enkele problematische vragen bloot waar alle betrokken partijen (de patiënt, zijn medepatiënten, familie en vrienden, de psychiater, verplegend personeel, beleidsmakers, de maatschappij) mee geconfronteerd worden. Is een psychiatrie met minder medicatie mogelijk? Of leidt dat blijkbaar tot een terugval en daarmee gepaard meer geweld en agressie (in andere gevallen een heropleving van depressie, psychose ...)? Maar is elk psychiatrisch probleem wel op te lossen met medicatie? Is er überhaupt genezing mogelijk met medicatie of worden louter symptomen onderdrukt, die, zoals in dit geval, terug opborrelen als de medicatie wordt afgebouwd? Is het dan wel aangewezen om medicatie af te bouwen? Welke voor- en nadelen worden tegen elkaar afgewogen om medicatie (niet meer) voor te schrijven? Zijn er geen andere behandelingen of therapieën die aangewend kunnen worden om de medicatie te vervangen? Of moet

¹ Bjorn Maeckelbergh en Martijn Vanhinsberg, “Ouders zien zoon die verplegers neerstak ook als slachtoffer,” in: *Het Laatste Nieuws*, 27 januari 2016, p. 6.

iemand die medicatie neemt, zijn of haar gehele leven pillen blijven slikken? Moet die persoon dan levenslang in een instelling verblijven? Kan of mag hij of zij zich terug integreren in de samenleving? Wie beslist over dat alles? En hoe wordt daarover beslist?

Door de algemene medicalisering van het menselijk leven in welvarende staten, kijkt quasi niemand meer op van het feit dat er voor de meeste psychiatrische problemen verschillende soorten medicatie verkrijgbaar zijn. In 2008 bijvoorbeeld zijn er in België eenentwintig verschillende antidepressiva op de markt.² Psychiaters schrijven regelmatig zulke medicatie voor en heel wat patiënten nemen die pillen zonder veel nadenken dagelijks in, omdat ze hen helpen hun ziekte tegen te gaan of onder controle te houden. Onze samenleving trekt dan ook enorme bedragen uit om die medicatie beschikbaar te stellen aan grote groepen mensen. In 2008 is de terugbetaling van antidepressiva met 159 389 771 euro de op een na grootste uitgavenpost van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), enkel voorafgegaan door cholesterolverlagende middelen. Op de achtste plaats staan antipsychotica, goed voor 93 305 673 euro.³ Bovendien wijzen de cijfers erop dat steeds meer mensen een of andere soort medicatie nemen om een psychiatrisch probleem te bestrijden.⁴ Bijna iedereen heeft wel een familielid, vriend, vriendin of kennis die op een gegeven moment in zijn of haar leven zulke medicatie moet nemen. Wie denkt aan psychiatrische aandoeningen zoals depressies of angstaanvallen, denkt meteen aan Prozac, Valium, Xanax ... Met andere woorden, de hedendaagse psychiatrie lijkt onlosmakelijk verbonden met die zogenaamde *psychofarmaca*: medicatie op basis van chemisch vervaardigde stoffen, die de biochemische werking van de hersenen beïnvloeden en zo het psychisch welzijn wijzigen. Voor veel patiënten is het dagelijkse kost. Dankzij die pillen kunnen ze vrijwel normaal functioneren in de maatschappij. Zonder die medicatie bestaat namelijk de kans dat patiënten ontaarden. Ook Ricardo kan volgens zijn vader blijkbaar niet rustig leven zonder een voldoende hoge dosis psychofarmaca.⁵

² W.A. Nolen, "Vijftig jaar farmacotherapie van stemmingsstoornissen: zijn de verwachtingen uitgekomen?" In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 50, jubileumnummer, 2008, p. 111.

³ Stephan Claes, "Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep Metaforum Leuven," Katholieke Universiteit Leuven, geraadpleegd op 16 februari 2016, p. 3, https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_1_e.pdf.

⁴ Claes, "Het toenemend gebruik van psychofarmaca," pp. 3-4 en 25.

⁵ Voor een kritische visie op de medicalisering van het dagelijkse leven, overmedicatie, de macht van farmaceutische bedrijven, de huidige diagnostische inflatie van de psychiatrie en de maatschappelijke

2 Probleem- en vraagstelling

Door die alomtegenwoordige positie van psychofarmaca in de huidige psychiatrie - en zelfs de bredere samenleving - wordt meestal niet stilgestaan bij het feit dat de psychiatrie zich in het verleden lange tijd met andere methoden moet behelpen. De massale intrede van psychofarmaca is nochtans een evolutie van recente oorsprong. De vragen en problemen die het verhaal van Ricardo hierboven oproept, bestaan zestig jaar geleden nog niet. Bepaalde medicinale planten, kruiden en andere middelen worden uiteraard al lange tijd in de psychiatrie gebruikt, maar er is in de naoorlogse jaren toch sprake van een explosie van psychiatrische medicatie. Na de Tweede Wereldoorlog is er namelijk plots een sterke toename van chemische middelen in de psychiatrie: de psychofarmaca. Na de eerste, verkennende stappen in de jaren 50 van de vorige eeuw, komt de grote doorbraak van psychofarmaca er pas in de jaren 60 en 70. Onderzoekers ontdekken op korte tijd veel nieuwe stoffen, die daarna in medicijnen verwerkt worden, die farmaceutische bedrijven vervolgens in grote hoeveelheden produceren. Op enkele jaren tijd overheersen psychofarmaca de psychiatrie en verdringen ze vroegere behandelingen naar de achtergrond. Slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressiva ... zijn al snel niet meer weg te denken uit de psychiatrische praktijk. Pillen domineren sindsdien het leven van heel wat psychiatrische patiënten, zowel in de psychiatrische ziekenhuizen als daarbuiten. Psychofarmaca hebben de psychiatrie zo een nieuwe weg doen inslaan, waardoor eerder betreden paden vaak vergeten worden. Dat er rond (het verleden van) de psychiatrie nog steeds een taboe hangt, zal in die kwestie zeker en vast een rol spelen. Andere en vroegere behandelingen, visies, theorieën ... bepalen en beïnvloeden echter mee de huidige situatie. Psychofarmaca ontstaan niet in een vacuüm. Ze een plaats geven in de geschiedenis van de psychiatrie, met aandacht voor de vele wortels en ontwikkelingen van het psychofarmacologische verhaal, kan helpen om bewuster met die medicatie om te gaan. Het wordt dan meteen duidelijk dat het een recente evolutie betreft, die, ondanks grote sprongen in het verleden, nog een lange weg te gaan heeft.⁶

consequenties van dat alles, zie: Frances, Allen. *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam, Nieuwezijds, 2013, 318 p.

⁶ Nolen, "Vijftig jaar farmacotherapie van stemmingsstoornissen," pp. 114-5.

De dominantie van psychofarmaca en de grote successen die er in het verleden mee behaald worden, betekenen bovendien dat er lange tijd maar weinig kritische geluiden over te horen zijn. Zeker in de beginjaren hebben sommige psychiaters niks dan lof voor psychofarmaca. Zoals verderop aan bod komt, spreken veel auteurs daarom euforisch over de “chemische revolutie” in de psychiatrie.⁷ Ongewenste, negatieve neveneffecten raken al snel ondergesneeuwd onder een overwegend positief discours. Dat komt vooral omdat de resultaten die de chemische medicatie plots verwezenlijkt, ongezien zijn in vergelijking met de stand van de psychiatrie voor de psychofarmaca. Patiënten worden rustig; lijken te genezen; kunnen het gesticht snel verlaten; integreren zich opnieuw in de maatschappij ... Dat wordt door veel auteurs als een radicale breuk gezien in de geschiedenis van de psychiatrie, een metamorfose zonder weerga.⁸ Natuurlijk zijn er, vroeger en nu, steeds critici die vooral wijzen op de negatieve aspecten, die er wel degelijk ook zijn (verslaving, bijwerkingen ...). Die auteurs zijn echter meestal in de minderheid en vinden veel minder weerklank in de publieke opinie. Vaak wordt dan met een beschuldigende vinger naar de misleidende marketing en reclame van de farmaceutische sector gewezen, die te eenzijdig optimistisch zou zijn. Daarnaast wordt regelmatig aangeklaagd dat een groot deel van de samenstellers van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de zogenaamde “bijbel van de psychiatrie”, banden heeft met de farmaceutische sector, waardoor ze onmogelijk een objectieve, onafhankelijke visie zouden kunnen hebben.⁹

⁷ Benoît Majerus, “Making Sense of the “Chemical Revolution”. Patients’ Voices on the Introduction of Neuroleptics in the 1950s,” in: *Medical History* 60, nr. 1, 2016, p. 54; Roy Porter, *Madness. A brief history*, New York, Oxford University Press, 2002, p. 207.

⁸ René Stockman, Patrick Allegaert, Annemie Cailliau en Frank Goethals, *Geen rede mee te rijmen: geschiedenis van de psychiatrie*, Sint-Martens-Latem, Aurelia Books, 1989, p. 147.

⁹ Eline Delrue, “Psychiatrie in de greep van farmasector,” in: *De Morgen*, 15 maart 2012, p. 12. Voor een kritisch boek over de banden tussen psychiaters en de farmaceutische industrie, zie: Vandereycken, Walter en Ron Van Deth. *Psychiaters te koop? De invloed van de farmaceutische industrie op het psychiatrisch denken en handelen*. Antwerpen, Garant, 2006, 272 p. Daarnaast zijn er nog heel wat andere auteurs die verschillende kritieken uiten op de psychofarmaceutische sector. Enkele recente voorbeelden: Healy, David. *Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York, New York University Press, 2004, 351 p.; Gotzsche, Peter. *Deadly medicines and organised crime*. London, Radcliffe Publishing, 2013, 322 p.; Angell, Maria. *The truth about the drug companies*. New York, Random House, 2004, 319 p.; Avorn, Jerry. *Powerful medicines, the benefits, risks and costs of prescription drugs*. New York, Vintage Books, 2005, 480 p.; Bouma, Joop. *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam, Veen, 2006, 426 p.; Goldacre, Ben. *Bad Pharma*. London, Fourth Estate, 2012, 448 p.

Er is de afgelopen decennia het een en ander geschreven over de veranderingen die psychofarmaca op economisch, sociaal, maatschappelijk, wetenschappelijk, medisch ... vlak veroorzaken. Het is natuurlijk een recent verhaal, dus is het moeilijk om al definitieve uitspraken te doen, want sommige ontwikkelingen zijn nog volop aan de gang. Toch valt het niet te ontkennen dat psychofarmaca een sterke invloed hebben op de psychiatrie tijdens de tweede helft van de vorige eeuw. Over het algemeen zijn historici en andere denkers het er daarom wel over eens dat er met de komst van psychofarmaca een nieuw psychiatrisch tijdperk start.¹⁰ De literatuur hierover wordt echter grotendeels gevormd door steeds dezelfde positieve clichés te herhalen die hierboven zijn aangehaald. Daarnaast blijft dat alles vaak beperkt tot een structurele blik van bovenaf, die maar weinig aandacht schenkt aan de impact van psychofarmaca op het dagelijkse leven in een psychiatrische instelling.¹¹ Pieters, Snelders en Houwaart bijvoorbeeld wijzen erop dat er nog maar weinig bekend is over de introductie en het gebruik van psychofarmaca in de dagelijkse geestelijke gezondheidszorg. Bekende psychiatrische historici (bijvoorbeeld auteurs als Grob¹² en Shorter¹³) beperken zich meestal tot beleidsmatige, structurele, therapeutische of institutionele macroveranderingen. De vraag welke micro-impact psychofarmaca op de psychiatrische praktijk hebben, blijft tot vandaag grotendeels onbeantwoord.¹⁴ Hoe de patiënten maar ook artsen en verpleegkundigen dat in de praktijk ervaren, blijft dus een grote blinde vlek in de geschiedenis van de psychiatrie van de afgelopen zestig jaar. In 1967 reeds voelt Ackerknecht dat probleem in het algemeen aan wat betreft de geneeskundige historiografie. Daarom roept hij onderzoekers op om medische geschiedenis breder te zien

¹⁰ Enkele voorbeelden: Erwin Ackerknecht, *A short history of psychiatry*, New York, Hafner, 1959, pp. 8-11; David Healy, *The creation of psychopharmacology*, Cambridge, Harvard University Press, 2002, pp. 76-101; Edward Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie: van gesticht tot Prozac*, Amsterdam, Ambo, 1997, p. 265; Andrew Scull, "Somatic treatments and the historiography of psychiatry," in: *History of Psychiatry* 5, nr. 17, 1994, pp. 1-12; Judith Swazey, *Chlorpromazine in psychiatry: A study of therapeutic innovation*, Cambridge, MIT Press, 1974, pp. 7-9; Toine Pieters en Stephen Snelders, "Mental ills and the 'hidden history' of drug treatment practices," in: M. Gijswijt et al., eds., *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century: Comparisons and approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 394; Benoît Majerus, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, pp. 28-9.

¹¹ Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," pp. 54-5.

¹² Grob, Gerald N. *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*. Princeton, Princeton University Press, 1991, 406 p.

¹³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, passim.

¹⁴ Toine Pieters, Stephen Snelders en Eddy Houwaart, *De medicijnrevolutie in de psychiatrie (1950-1985)*, Diemen, Veen Magazines, 2006, pp. 9-10.

dan enkel een theoretische of institutionele top-downgeschiedenis gebaseerd op elitaire, academische publicaties. Volgens hem is er meer aandacht nodig voor wat er nu eigenlijk echt in de praktijk gebeurt, bijvoorbeeld in de alledaagse psychiatrie zelf. Hoe voeren artsen hun werk uit? Wat is de heersende mentaliteit? Hoe ervaren patiënten dat? Hoe reageren ze erop? Hij bepleit daarom een benadering die vertrekt vanuit dagboeken, briefwisseling en allerlei andere egodocumenten, patiëntendossiers en -registers, archieven ... om zo de kloof te dichten “between the medicine preached and the medicine actually practiced”.¹⁵ Enkele jaren later merkt ook Porter op dat de sociale rol van de lijdende patiënt in de traditionele medische geschiedenis vaak genegeerd wordt door een focus op de grote namen, evoluties, doorbraken ... Hij vraagt daarom om meer “medical history from below” met aandacht voor allerlei kenmerken die de houding van de patiënt vormgeven: de sociale klasse en gemeenschap waarin die leeft; het geloof; de omgang met leven en dood; hoe het lichaam gezien wordt; het wereldbeeld; wat de reactie is op ziekte, pijn, symptomen ... Kortom, een geschiedenis die vertrekt vanuit de ervaringen van de patiënt zelf, een geschiedenis door de ogen van de zieke.¹⁶

Alhoewel sommige onderzoekers ondertussen dergelijke pleidooien ter harte nemen en bronnenmateriaal al meer gewaardeerd wordt dan vroeger, is medische - en bijgevolg ook psychiatrische - geschiedschrijving nog altijd sterk institutioneel geladen of vooral gericht op de dokter, psychiater, arts, medicus. De patiënt blijft volgens Condrau zo de grote afwezige in de geschiedenis van de psychiatrie.¹⁷ Er wordt nog altijd maar weinig psychiatrische bottom-upgeschiedenis geschreven over de dagelijkse praktijk in een instelling, laat staan vanuit het perspectief van de patiënt of met een sociale inslag.¹⁸ Als de patiënt al aan bod komt, is het meestal als passief object zonder agency, als ware de patiënt een speelbal

¹⁵ Vaast Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig. De psychiatrische praktijk in het Sint-Jozefshuis en het Maison de Santé te Gent door de Zusters van Liefde en Jozef Guislain (1808-1860),” masterproef, Universiteit Gent, 2008, pp. 9-10; Erwin Ackerknecht, “A plea for a “Behaviorist” Approach in Writing the History of Medicine,” in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 22, 1967, pp. 211-4; Charles E. Rosenberg, “Erwin H. Ackerknecht, Social Medicine, and the History of Medicine,” in: *Bulletin of the History of Medicine* 81, nr. 3, 2007, p. 522.

¹⁶ Roy Porter, “The Patient's View: Doing Medical History from below,” in: *Theory and Society* 14, nr. 2, 1985, passim.

¹⁷ Flurin Condrau, “The Patient's View Meets the Clinical Gaze,” in: *Social History of Medicine* 20, nr. 3, 2007, passim.

¹⁸ Condrau, “The Patient's View,” p. 530; Benoît Majerus, “Revisiting psychiatry in twentieth-century Europe,” in: *European Review of History* 15, nr. 1, 2008, p. 65.

zonder vrije wil in de handen van de psychiater.¹⁹ Ook in België is het alternatieve perspectief nog grotendeels onontgonnen terrein, al heeft Majerus recent een sociale geschiedenis geschreven over de psychiatrische afdeling van het Brusselse *Hôpital Brugmann* in de 20e eeuw, waarin hij vanuit een microhistorisch perspectief op zoek gaat naar de stem van de patiënt als actieve actor en hoe zijn dagelijkse leven in de instelling verandert in die periode.²⁰

Uit de vaststellingen hierboven komen een drietal grote lijnen naar voren wat betreft psychofarmaca in de psychiatrie. Psychofarmaca nemen op korte tijd een centrale plaats in in de psychiatrie, maar veel mensen gebruikten of gebruiken psychofarmaca ten eerste zonder te weten waar ze historisch gezien vandaan kwamen of komen, ten tweede zonder na te denken over eventuele nadelen en ten derde zonder stil te staan bij wat hun dagelijkse impact was of is op de psychiatrie en de samenleving in het geheel.

Deze masterproef wil daarom een nieuw licht laten schijnen op enkele van die problematische kenmerken van psychofarmaca door ze te onderzoeken en in kaart te brengen. Wat volgt, is een onderzoek waarin de vraag centraal staat op welke manier psychofarmaca een invloed hebben op de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw, in het bijzonder op het praktische microniveau. Met andere woorden: hoe veranderen psychofarmaca de alledaagse psychiatrie in die periode?

3 Opbouw, methodologie en verantwoording van het onderzoek

Concreet valt mijn onderzoek in twee grote delen uiteen, waarin telkens antwoorden gezocht worden op de lacunes die hierboven besproken zijn. In het eerste deel thematiseer ik mijn vraagstelling door psychofarmaca te problematiseren, enerzijds door ze in de bredere psychiatrische historische context te plaatsen en anderzijds door te onderzoeken hoe hun impact op de psychiatrie momenteel in de literatuur beschreven wordt. In het tweede deel wordt dan de Guislaincasus grondig uitgewerkt via vernieuwend onderzoek om zo af te toetsen hoe psychofarmaca in de periode 1950-1975 een invloed hebben op de dagelijkse psychiatrische praktijk en het leven in het gesticht.

¹⁹ Benoît Majerus, "Een fragmentarische geschiedenis van de Belgische psychiatrie (19de - 20ste eeuw)," in: *Geschiedenis der geneeskunde* 14, nr. 2, 2010, p. 93.

²⁰ Majerus, *Parmi les fous*, passim.

Het eerste deel begint dus met de historische achtergrond. Het is namelijk van groot belang om terug te keren in de tijd en (het ontstaan van) psychofarmaca in de bredere geschiedenis van de psychiatrie te plaatsen. De voorbije twee eeuwen legt de psychiatrie een lange weg af, vol evoluties, revoluties en veranderingen. De voortdurende zoektocht naar nieuwe behandelingsmethodes en therapieën is inherent aan de discipline. Een goed voorbeeld zijn de experimentele technieken die tijdens het interbellum en soms daarna nog tot de orde van de dag behoren: malariatherapie, elektroshocktherapie, lobotomie, insulineshock ... Vandaag wekt dat afschuw, verontwaardiging en onbegrip op, maar in die jaren is dat het basisarsenaal van menig psychiater. Door nieuwe ontwikkelingen zijn die methoden vandaag vrijwel volledig verdwenen. Dat roept enkele vragen op. Hoe komt dat? Wat komt er in de plaats? Hoe valt dat te verklaren? Door die vragen te beantwoorden, wordt duidelijk hoe plots en onverwacht psychofarmaca op de voorgrond treden. Langs de andere kant is het zo dat psychofarmaca het resultaat zijn van enkele oudere tendensen. Denk maar aan de steeds toenemende kennis over de werking van onze hersenen, een beweging die in de 19e eeuw reeds start en waar men ook tijdens het interbellum op inspeelt. Psychofarmaca ontstaan dus niet zomaar uit het niets. Omdat het een jonge evolutie is, die op korte tijd zeer belangrijk wordt in de psychiatrie, kan het nuttig zijn om even stil te staan bij hun complexe (plaats in de) geschiedenis, zodat alles in het juiste licht gezien wordt. Die historische context is trouwens ook een belangrijk instrument dat de rest van het onderzoek vergemakkelijkt.

Na het historische luik, ga ik in het eerste deel van dit werk in de literatuur op zoek naar ontwikkelingen, evoluties, veranderingen ... in de psychiatrie en daarbuiten, gedurende de tweede helft van de 20e eeuw, die deels of volledig aan psychofarmaca worden toegeschreven. Het doel is niet enkel om een overzicht te geven, maar om voorbij de positieve platitudes op zoek te gaan naar critici en beide zijden van het spectrum genuanceerd weer te geven, om zo het debat tussen voor- en tegenstanders van “psychofarmaca als revolutionaire middelen” te duiden.²¹ In het al dan niet beoordelen van psychofarmaca als een revolutie, beroepen beide groepen zich trouwens regelmatig op een vergelijking van de psychiatrie voor en na psychofarmaca. De historische context van hierboven helpt een kritische blik te werpen op de gebruikte redeneringen en argumenten van beide kampen, zodat de discussie gekaderd wordt en beter te begrijpen valt.

²¹ Majerus, “Making Sense of the “Chemical Revolution”,” p. 54.

Deel twee focust op een casestudie, meer bepaald het psychiatrisch Guislainziekenhuis in Gent. Aan de hand van bronnenmateriaal reconstrueer ik het dagelijkse leven in een Vlaams psychiatrisch gesticht in de periode 1950-1975, met speciale aandacht voor allerlei veranderingen die in verband gebracht kunnen worden met psychofarmaca. Ik zal daarbij letten op het leven van patiënten en het werk van psychiaters en verpleegkundigen alsook de organisatie van de instelling op zich. Op die manier is het mogelijk om te zien hoe de grote, structurele veranderingen die in de literatuur worden beschreven, op een praktisch microniveau tot uiting komen. Zoals verderop te lezen is, betreft het veel en zeer verscheidene veranderingen die zich op verschillende niveaus manifesteren. Het is daarom soms moeilijk om bepaalde zaken met elkaar te verbinden, omdat de schaal te groot is. Door een particuliere casus op microniveau te bestuderen, wordt het mogelijk om de verschillende lagen en de interactie ertussen te bevatten.²² Om concreet te kunnen vergelijken welke veranderingen optreden in vergelijking met de periode voor psychofarmaca, komt het historische gedeelte uit het begin hier opnieuw goed van pas. Het schept immers een comparatief kader, dat helpt om de impact van psychofarmaca in perspectief te plaatsen. Ik ga tijdens een kort intermezzo tussen deel een en deel twee bovendien ook even in op de voorgeschiedenis van het Guislainziekenhuis, zodat de lezer over voldoende achtergrondinformatie beschikt om zich de casus voor de geest te halen. De geschiedenis van zowel het religieuze personeel als van de gebouwen waar het gesticht in huist, is namelijk belangrijk om in het achterhoofd te houden bij de casestudie.

De keuze voor de periode 1950-1975 is ingegeven door twee redenen. Ten eerste omvat die periode zowel de opkomst en groei van psychofarmaca (jaren 50) als de verankering ervan in de psychiatrie (jaren 60 en 70). Zo kan enerzijds nagegaan worden op welke manier psychofarmaca ontvangen en uitgetest worden in het gesticht en anderzijds hoe ze het dagelijkse leven in een psychiatrische instelling veranderen. De tweede reden is pragmatischer van aard: voor het derde kwart van de 20e eeuw zijn er rond de casus enkele mooie bronnenreeksen beschikbaar (cfr. infra).

²² Dat mechanisme van microstoria wordt besproken in: Anton Froeyman, "Concepts of Causation in Historiography," in: *Historical Methods* 42, nr. 3, 2009, pp. 126-8. Enkele bekende microhistorici zijn pioniers als Giovanni Levi, Carlo Ginzburg, Emmanuel Le Roy Ladurie ... Ook Majerus heeft een soortgelijke methodologie gehanteerd in zijn boek: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 26-9.

De negentiende-eeuwse psychiatrie wordt van oudsher uitvoerig bestudeerd en beschreven. De laatste jaren wordt er ook meer aandacht besteed aan de 20e eeuw.²³ Toch kampt de literatuur over de vorige eeuw nog met enkele moeilijkheden en tekortkomingen. Ten eerste blijft dat deel sterk ondervertegenwoordigd in de psychiatrische historiografie in vergelijking met vroegere perioden.²⁴ Daarbij komt nog dat psychiatrische geschiedenis in België in het algemeen minder ver staat dan in sommige naburige landen (Frankrijk, Duitsland, Groot-Brittannië ...).²⁵ Ten tweede ontberen zowel nationaal als internationaal onderzoek naar de 20e eeuw een interpretatief, comparatief en theoretisch kader om dat deel van de geschiedenis van de psychiatrie te benaderen (zoals bijvoorbeeld Foucault wel heeft geïntroduceerd voor de 18e en 19e eeuw met “the Great Confinement”²⁶).²⁷ Soms komt een dergelijk frame wel voor, maar wordt simpelweg verder gebouwd op oude narratieven over de 18e en 19e eeuw. Die worden dan de 20e eeuw binnengetrokken, waardoor een zeer continu verhaal ontstaat, dat weinig ruimte laat om nieuwe ontwikkelingen een plaats te geven.²⁸ Een goed voorbeeld daarvan is Brink, die van 1860 tot 1980 een soort lange 20e eeuw onderscheidt in de psychiatrie.²⁹ Ten derde blijven werken over de 20e eeuw door het gebrek aan een synthetisch, overkoepelend kader vaak erg oppervlakkig. Het feitelijke wordt maar weinig overstegen. Het blijft dan bijvoorbeeld bij de instellingsgeschiedenis van een bepaald gesticht of de definitie, classificatie en ontwikkeling van afzonderlijke geestesziekten.³⁰

²³ Majerus, “Making Sense of the “Chemical Revolution”,” p. 54.

²⁴ Majerus, “Revisiting psychiatry,” p. 56; Majerus, *Parmi les fous*, p. 29; Volker Hess en Benoît Majerus, “Writing the history of psychiatry in the 20th century,” in: *History of Psychiatry* 22, nr. 2, 2011, pp. 139-145. Uiteraard is dat ook deels te wijten aan het feit dat bronnen over zulke recente delen van de geschiedenis niet altijd consulteerbaar zijn, bijvoorbeeld door gebrekkige bewaring of omdat medische documenten onderworpen zijn aan strenge privacyregels. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 30; Benoît Majerus, “La psychiatrie au XXe siècle,” in: *Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur in Luxemburg*, nr. 302, 2010, p. 24.

²⁵ Majerus, “Een fragmentarische geschiedenis,” p. 89.

²⁶ Foucault, Michel. *Madness and Civilization. A history of insanity in the Age of Reason*. Londen, Tavistock, 1967, 299 p.

²⁷ Majerus, *Parmi les fous*, p. 29.

²⁸ Majerus, “Revisiting psychiatry,” p. 64.

²⁹ Brink, Cornelia. *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980*. Göttingen, Wallstein, 2008, 551 p.

³⁰ Hess en Majerus, “Writing the history of psychiatry,” pp. 139-140.

Dat alles heeft ook implicaties voor mijn onderzoek. Over psychofarmaca enerzijds en over veranderingen in de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw anderzijds, is soms al vrij grondig onderzoek gedaan, maar er worden nog te weinig verbanden gelegd tussen die twee onderzoeksgebieden.³¹ Omdat ik in mijn onderzoek die fragmentatie tracht te overbruggen, geloof ik dat mijn werk een relevante bijdrage kan zijn aan het onderzoeksveld.

³¹ Hess en Majerus, "Writing the history of psychiatry," p. 141.

DEEL 1 - PSYCHOFARMACA GEPROBLEMATISEERD

Het eerste deel van dit werk problematiseert psychofarmaca door na te gaan wat hun plaats en aandeel is in de geschiedenis van de psychiatrie. Tezelfdertijd wordt de vraagstelling van dit onderzoek - hoe veranderen psychofarmaca de psychiatrie - grondig gethematiseerd.

Het eerste hoofdstuk gaat dieper in op de genese van psychofarmaca. Niet enkel hun jonge twintigste-eeuwse ontstaansgeschiedenis wordt uitgebreid behandeld, ze worden eveneens in een brede historische context geplaatst. Zowel hun specifieke, vernieuwende kenmerken als de invloed van oudere tendensen en ontwikkelingen komen zo aan bod.

Het tweede hoofdstuk bouwt daarop verder en gaat dieper in op de periode na de invoer van psychofarmaca, meer bepaald de tweede helft van de 20e eeuw. Ik ga op zoek naar de structurele en praktische veranderingen die de literatuur bespreekt als het gaat over de impact van psychofarmaca op de psychiatrie. Wat verandert er? Hoe verandert het? Waarom verandert het? Daarnaast besteed ik aandacht aan de verschillende beoordelingen die psychofarmaca te beurt vallen, gaande van een catastrofale ramp tot een wonderbaarlijk geneesmiddel.

Dat alles vormt bovendien de opstap naar de casestudie in deel twee.

Hoofdstuk 1 - Psychofarmaca in de geschiedenis van de psychiatrie

1 Algemeen

Wat zijn psychofarmaca? Wat betekent die term nu eigenlijk? Over welke medicatie gaat het precies? Wat onderscheidt een psychofarmacon van andere medicatie? In dit hoofdstuk maakt de lezer eerst en vooral kennis met psychofarmaca zelf, door een antwoord te krijgen op die belangrijke vragen.

Vervolgens schets ik de geschiedenis van de psychiatrie, van de vroegste beginselen tot voornamelijk de twintigste-eeuwse ontwikkelingen.³² Een onderzoek naar de invoer van psychofarmaca en hun impact op de psychiatrie, roept immers onvermijdelijk de vraag op hoe de psychiatrie er voor de tweede helft van de twintigste eeuw uitziet, voordat chemische medicatie op de voorgrond treedt. De zoektocht naar hoe psychofarmaca de psychiatrie veranderen, vertrekt met andere woorden logischerwijs vanuit een beschrijving van de voorheen gebruikelijke en gangbare behandelingen en praktijken. Dit hoofdstuk is op die manier een hulpmiddel om de opkomst, kenmerken en invloed van psychofarmaca in een comparatief historisch perspectief te kaderen, tegenover de vroegere verklarings- en behandelingswijzen die mensen formuleren om met gekte, waanzin, zotheid, krankzinnigheid ... om te gaan.

Het is dan natuurlijk een mogelijkheid om simpelweg de stand van de psychiatrie in 1950 te beschrijven, vlak voor het eerste psychofarmacon ontdekt wordt (cfr. infra). Dat zou dan echter weer de vraag oproepen waar de toenmalige therapieën en behandelingen hun oorsprong vinden. Enkele daarvan spelen namelijk ook in de door mij onderzochte periode nog een rol, bijvoorbeeld elektroshocks en het organiseren van de zorg in gestichten (cfr. infra). Daarom is het nuttig die behandelingen en ontwikkelingen ook historisch te duiden en dus verder terug te keren in de tijd. De geschiedenis van de psychiatrie is bovendien - zeker wat de voorbije twee eeuwen betreft, vandaar dat die het prominentst besproken zullen worden - zeer dynamisch, constant in beweging en aan het veranderen, gepokt en gemazeld door steeds nieuwe ontdekkingen, inzichten, kennis, visies, theorieën ... Die vernieuwingen

³² Voor dit hoofdstuk heb ik dankbaar gebruik gemaakt van informatie die ik tijdens een stage in het Museum Dr. Guislain heb verzameld, bijvoorbeeld via de gidsenbundel en museumteksten.

ontstaan uiteraard niet in een leegte, maar zijn meestal een reactie tegen of een voortzetting van iets voorgaands. Zelden komt iets zomaar uit de lucht vallen. De geschiedenis van de psychiatrie is op die manier een proces van vraag en antwoord, tegenbewegingen, beïnvloeding, uitwisseling ... Ook psychofarmaca ontstaan enerzijds nogal onverwacht, maar komen anderzijds voort uit het spel tussen oud en nieuw, dominant en creatief, traditioneel en innovatief ... Als het historische overzicht pas in 1950 begint, bestaat het gevaar dat we over het hoofd zien dat psychofarmaca deels geplaatst moeten worden in processen die al langere tijd gaande zijn. Psychofarmaca zijn dus een recente, soms ingrijpende vernieuwing, maar tegelijk evengoed een variatie op oudere thema's. De focus in dit hoofdstuk zal uiteraard op de 19e en vooral 20e eeuw liggen, omdat die periode het meest relevant is voor mijn onderzoek.

Het valt anderzijds te verdedigen om de geschiedenis van de psychiatrie te laten aanvangen rond 1800, wanneer de eerste professionele, wetenschappelijke, moderne psychiaters op de voorgrond treden en de discipline vorm krijgt (zoals bijvoorbeeld Shorter doet³³). Toch kies ik ervoor om het historische overzicht in de prehistorie te laten aanvangen en ook kort de oudheid en middeleeuwen aan te raken. Ik denk dat een dergelijke brede historische context wel degelijk zijn plaats heeft in dit werk, alhoewel mijn onderzoek zich op de 20e eeuw concentreert. Ten eerste helpt dat om duidelijk te maken dat de psychiatrie een jonge wetenschap is, waarbinnen psychofarmaca een nog veel jongere ontwikkeling zijn, waarvan de kenmerken en impact pas zichtbaar worden als ze tegenover vroegere vormen van geestelijke gezondheidszorg gezet worden. Door psychofarmaca te contrasteren met hun voorgangers en -ouders, worden ze eveneens geproblematiseerd. Dat roept namelijk vragen op, die dan in het verdere verloop van dit onderzoek behandeld worden. Ten tweede zijn die historische achtergronden tegelijk nodig om te kunnen begrijpen wanneer en waarom psychofarmaca ontstaan en hoe de weg ernaartoe verloopt. Ten derde, zoals reeds in de inleiding aan bod kwam, komt het historische kader ook in de rest van het onderzoek goed van pas. Bovendien stelt het de lezer in staat om psychofarmaca correct te situeren in de geschiedenis van de psychiatrie, die niet altijd bij iedereen even bekend is.

³³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 13.

2 Psychofarmaca uitgelegd

Psychofarmacologie is de studie van de effecten van chemische stoffen op menselijk gedrag, cognitief functioneren en emoties, door het inwerken van die stoffen op de neurotransmitters, die in het zenuwstelsel verantwoordelijk zijn voor de overdracht van impulsen tussen cellen. De term psychofarmacologie is een combinatie van psychologie en farmacologie, waardoor de link gelegd wordt tussen enerzijds de studie naar de variabelen die het psychisch gedrag beïnvloeden en anderzijds de studie van de effecten van drugs op biologische systemen. Drug wordt hier uiteraard in de farmacologische betekenis gebruikt, namelijk als een psychofarmacon. Dat is een stof die door zijn inwerking op het centrale zenuwstelsel een verandering teweegbrengt in de geestes- of gemoedstoestand en bijgevolg het gedrag beïnvloedt. Een drug als psychotherapeutisch middel met een geneeskundige toepassing is dus enger gedefinieerd dan een drug als zijnde elke substantie, buiten voedsel, die door zijn chemische of fysische aard de structuur of functie verandert van een levend organisme. Dan zou het immers bijvoorbeeld ook over alcoholische dranken, cannabis, cocaïne ... kunnen gaan. Psychofarmaca daarentegen kunnen een positief effect hebben op een psychische ziekte omdat ze kunnen helpen om het biologische evenwicht in de hersenen te herstellen. Die balans in de hersenchemie kan verstoord zijn door genen, hormonen, het metabolisme, een ziekte, een ongeluk, een traumatische ervaring, fysieke of emotionele mishandeling ... Dat uit zich dan in een psychiatrisch ziektebeeld: onconventioneel gedrag en cognitieve en emotionele reacties die door anderen als vreemd, raar, abnormaal ervaren worden. Een behandeling met psychofarmaca gaat met andere woorden uit van een somatische (lichamelijke), biochemische oorsprong van de geestesziekte.³⁴

Er bestaan allerlei vormen van psychofarmaca. Er zijn antidepressiva, antipsychotica (vroeger neuroplegica of neuroleptica genoemd, waarmee vooral chloorpromazine en reserpine bedoeld werden), sedativa (ook wel hypnotica genoemd), anxiolytica ... Die middelen worden ingezet om de symptomen van depressies, paniekaanvallen, stressproblemen, angst-

³⁴ Marc Brysebaert, *Fundamenten van de psychologie*, Gent, Academia Press, 2014, p. 322; Ray Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, St. Louis, Mosby Company, 1983, pp. 118-9; David M. Gilly, *Drugs and human behavior*, Needham Heights, Allyn and Bacon, 1998, p. 1; André De Schaepdryver, *Beginselen van de psychofarmacologie*, Gent, s.n., n.d., p. 2; Philip G. Zimbardo, Robert L. Johnson en Vivian McCann, *Psychologie. Een inleiding*, Amsterdam, Pearson Benelux, 2013, p. 548; Jerrold Meyer en Linda Quenzer, *Psychopharmacology. Drugs, the Brain, and Behavior*, Sinauer Associates, Sunderland, 2013, passim.

en spanningsgevoelens, manieën, traumatische syndromen, alcoholisme, emotionele aandoeningen, fobieën, paranoia, psychosen, neurosen, schizofrenie, epilepsie, slaapproblemen ... te stabiliseren of zelfs te verbeteren.³⁵ Daarnaast behoren ook psychedelische middelen met een hallucinogene werking tot de psychofarmaca, bijvoorbeeld lysergeenzuurdi-ethylamide (Lsd), dat medio vorige eeuw soms gebruikt wordt tegen schizofrenie. Er bestaan trouwens ook stimulerende psychofarmaca, bijvoorbeeld amfetamines en het gebruik van methylfenidaat (Rilatine) bij de behandeling van *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), maar over het algemeen leidt het gebruik van het merendeel van de psychofarmaca in meer of mindere mate tot emotionele afvlakking; een minder affectief gevoelsleven; slaperigheid; minder zin voor initiatief; een gevoel van desinteresse; een vertraagde psychomotoriek ... Veel psychofarmaca remmen, uiteraard afhankelijk van de dosering, namelijk de neurotransmitters in de hersenen af. Het is dan ook niet verwonderlijk dat hoge dosissen van die middelen in de beginjaren graag en veel gebruikt worden als slaap- of kalmeringsmiddelen om de patiënten tot rust te brengen. Op die manier daalt in de tweede helft van de jaren 50 wat sommigen noemen een “chemische stilte” neer over de grote slaapzalen in de psychiatrische gestichten.³⁶

Verdovende middelen worden op zich nochtans al lang gebruikt door de mens, hetzij recreatief, hetzij geneeskundig. Alcohol, bepaalde planten en kruiden, morfine en opium bijvoorbeeld kunnen gerust als slaap- en kalmeringsmiddelen dienen. Ook in de geschiedenis van de psychiatrie duiken dergelijke sedatieve methoden en medicijnen dikwijls op, ook voor de komst van psychofarmaca. Sinds 1903 worden bijvoorbeeld barbituraten (derivaten van de organische barbituurzuurverbinding) als slaapmiddel gebruikt omwille van hun dempende inwerking op het centraal zenuwstelsel, nadat ze in 1862 reeds door Adolf von Baeyer (1835-1917) voor het eerst in pure vorm geïsoleerd worden. Het nadeel is wel dat het gebruik ervan erg verslavend werkt en er een groot gevaar is voor een overdosis. Vooral de

³⁵ Al dan niet in combinatie met andere vormen van therapie, want, zoals verderop aan bod zal komen, de medicamenteuze behandeling mag dan misschien wel ver doorgedrongen zijn in de psychiatrie, maar onder andere creatieve, arbeids-, bewegings- en psychotherapie hebben uiteraard ook hun plaats.

³⁶ Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 5; Anthony Hordern, “Psychopharmacology. Some historical considerations,” in: C.R.B. Joyce en Michael Balint, *Psychopharmacology: dimensions and perspectives*, Londen, Tavistock Publications, 1968, p. 137; Louis Sanford Goodman, Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner en Björn C. Knollmann, eds., *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics*, New York, McGraw-Hill, 2011, passim; Walter Pöldinger, *Compendium of psychopharmacotherapy*, Bazel, Roche, 1984, p. 76.

merknamen Veronal, Medinal, Somnifeen en sinds 1912 Luminal zijn bekend en erg populair.³⁷ Vandaag worden barbituraten niet meer verkocht. Tijdens de jaren 60 worden ze immers vervangen door benzodiazepinen (bijvoorbeeld Librium en Valium), die minder gevaarlijk en verslavend zijn. Benzodiazepinen beïnvloeden de psyche en zijn zogenaamde psychotrope middelen, dat zijn psychoactieve stoffen of substanties die dus het gedrag en de emoties van de gebruiker veranderen. Dergelijke geneesmiddelen vallen met andere woorden onder psychofarmaca als overkoepelende term. Het grote verschil met vroegere sedativa, bijvoorbeeld de barbituraten, is dat die enkel het centraal zenuwstelsel vertragen zonder genezend te werken, terwijl de psychofarmaca ook een uitwerking hebben op de psychische gesteldheid door de hersenchemie te beïnvloeden. Dat kan voordelige effecten met zich meebrengen. Benzodiazepinen bijvoorbeeld kunnen angstgevoelens wegnemen.³⁸

Tijdens het begin van de 20e eeuw worden naast barbituraten trouwens nog andere synthetische middelen gebruikt, meestal zelfs al van in de tweede helft van de 19e eeuw. Enkele voorbeelden zijn: paraldehyde, een anti-epileptisch trioxaanderivaat dat ook als slaapmiddel kan dienen; scopolamine, een kalmerende stof uit onder andere bilzekruid en doornappel; chloraalhydraat, een verdovend middel met een indringende geur dat door zijn toxische eigenschappen grote overdoseringsrisico's meebrengt; kaliumbromide, een anti-epileptisch kalmeringsmiddel op basis van het werkzame bromide-ion, dat nu in de veeartsenij gebruikt wordt. Vandaag zijn al die slaap- en kalmeringsmiddelen uit de 19e en begin 20e eeuw zo goed als verdwenen in de psychiatrie, omdat ze tijdens de jaren 50 en vooral de jaren 60 vervangen worden door psychofarmacologische alternatieven.³⁹

In 1949 ontdekt de Australiër John Cade (1912-1980) namelijk dat lithiumcarbonaat bipolaire stoornissen en manische depressies tegengaat door het gemoed te stabiliseren en zo zelfs zelfmoordneigingen tempert. Ook psychosen verbeteren als het toegediend wordt. In het midden van de 19e eeuw reeds wordt het middel in de geneeskunde gebruikt voor allerlei

³⁷ Dat is niet toevallig tijdens de periode van de zogenaamde bed- en badverpleging, waarbij psychiatrische patiënten in bed verzorgd worden. Dan komen slaap- en kalmeringsmiddelen natuurlijk goed van pas (cfr. *infra*).

³⁸ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 118-9; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 214-5 en 340.

³⁹ Hordern, "Psychopharmacology," p. 119; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 216-8; Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," p. 57; Claude Quétel en Pierre Morel, *Les fous et leurs médecines de la Renaissance au XXe siècle*, Parijs, Hachette, 1979, pp. 72-3 en 79; Alexander-Karel Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, Amsterdam, Wereldbibliotheek, 1955, p. 72.

lichamelijke kwalen, bijvoorbeeld jicht, maar het verdwijnt naar de achtergrond. Cade kan na zijn therapeutische herontdekking al snel chronische psychiatrische patiënten helpen met lithiumcarbonaat, maar door enkele dodelijke aflopen in het begin, neemt de rest van de wereld zijn middel maar traag over. Het blijft de eerste tien jaar vooral beperkt tot Australië. Pas na publicaties van Europese en Amerikaanse onderzoekers (Mogens Schou, Paul Baastrup, Samuel Gershon, Baron Shopsin) krijgt lithium in de jaren 60 meer wereldwijde aandacht. Alhoewel chloorpromazine meestal als het eerste psychofarmacon naar voren wordt geschoven, omdat lithiumcarbonaat pas in de jaren 60 mondiaal doorbreekt, erkennen sommige auteurs dat lithium inderdaad de eerste chemische psychiatrische medicatie is, omdat het als eerste psychofarmacon ooit een succesvolle, effectieve toepassing in de psychiatrische praktijk heeft. Op die manier is het de eerste schakel in een lange rij psychofarmacologische ontwikkelingen die op den duur oudere medicijnen en behandelingen als elektroshocks en de lobotomie zullen verdringen.⁴⁰

In 1947 doet het Franse bedrijf *Rhône Poulenc* testen met het fenothiazinederivaat promethazine in de zoektocht naar een nieuw sedatief middel om chirurgische patiënten tot rust te brengen voor hun operatie. Daaruit wordt vervolgens in 1950 de werkzame stof chloorpromazine geïsoleerd door Paul Charpentier. In de loop van 1951 en 1952 testen verschillende dokters dat uit in de praktijk, daarin voorzien middels door het bedrijf uitgedeelde stalen. Henri Laborit (1914-1995) merkt in het militair hospitaal waar hij werkt al snel op dat chloorpromazine het niet enkel makkelijker maakt om gewonde soldaten te opereren, maar ook dat ze nadien veel sneller herstellen van hun shockervaringen en mentaal tot rust komen. Hij merkt een zekere emotionele onverschilligheid op bij zijn patiënten, waardoor hij begint na te denken of het middel ook kan helpen bij psychiatrische aandoeningen. Ondertussen komt hij in contact met Pierre Deniker (1917-1998) en Jean Delay (1907-1987).⁴¹ Samen voeren ze enkele klinische testen uit, waaruit ze besluiten dat

⁴⁰ Porter, *Madness*, p. 205; Hordern, "Psychopharmacology," p. 122; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 274-7; René Stockman, *Van nar tot patiënt: een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, Leuven, Davidsfonds, 2000, p. 107; H.J.C. Ras en Inez van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, Amsterdam, Boom Meppel, 1986, p. 130; Susan Greenfield, *Brain Power: Working out the Human Mind*, Rockfort, Element Books, 2000, p. 91; Edward Shorter, "The history of lithium therapy," in: *Bipolar disorders* 11, nr. 2, 2009, pp. 4-9; John Cade, "Lithium salts in the treatment of psychotic excitement," in: *Medical Journal of Australia* 2, 1949, pp. 349-352.

⁴¹ Toine Pieters en Benoît Majerus, "The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features," in: *Studies in History and Philosophy of Biological and*

psychotische patiënten cognitief en emotioneel vooruitgang maken door het middel te gebruiken. In de loop van 1952 ontdekken ze met andere woorden de antipsychotische werkzaamheid van chloorpromazine, dat sindsdien meestal gezien wordt als het eerste psychofarmacon.⁴² Dat is dan ook de traditionele start van de farmacologische golf in de psychiatrie.⁴³ Al snel wordt het middel ingezet bij de behandeling van manie, psychosen en schizofrenie nadat het in 1953 officieel op de markt komt (officieus is het dus wel al een jaar eerder in omloop).⁴⁴ Vanaf 1954 wordt het meer en meer algemeen aanvaard en overstijgt het de experimentele fase.⁴⁵ In het najaar van 1954 bijvoorbeeld wordt chloorpromazine door het RIZIV in vergoedingscategorie A onderverdeeld, waardoor 70% van de prijs terugbetaald wordt.⁴⁶ Op korte tijd wordt het wereldwijd gebruikt. Na een paar jaar is het te vinden in Europa, de Verenigde Staten, Japan, Zuid-Amerika ...⁴⁷ Bij ons is het vooral gekend onder de merknaam Largactil, genoemd naar het grote spectrum van de werking (*large activité*). In Engelstalige gebieden spreekt men eerder over Thorazine. Af en toe is het ook te verkrijgen als Hibernol of Megaphen.⁴⁸

Van 1952 tot 1954 heeft Largactil een quasimonopolie op de psychiatrische medicijnmarkt. Geen enkel ander middel kan op dat moment bereiken wat chloorpromazine te bieden heeft. Maar al snel gaan ook andere onderzoekers, meestal in opdracht van een of ander bedrijf, op zoek naar chemische middelen die in de psychiatrie gebruikt kunnen worden.⁴⁹

Biomedical Sciences 42, 2011, p. 445. De term “psychofarmacologie” wordt trouwens voor het eerst gebruikt door Delay. Zie: Dan J. Stein, *Philosophy of Psychopharmacology*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008, p. 4.

⁴² Ras en van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, p. 130.

⁴³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 6; Yves Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, Parijs, Presses Universitaires de France, 1971, p. 119; Francisco López-Muñoz, Cecilio Alamo, Eduardo Cuenca, Winston Shen, Patrick Clervoy, Gabriel Rubio, “History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine,” in: *Annals of Clinical Psychiatry* 17, nr. 3, 2005, pp. 113-135.

⁴⁴ Tussen 1954 en 1964 slikken ongeveer 50 miljoen mensen wereldwijd Largactil. Zie: J.J.C. Marlet, “Medicinale therapie,” in: Th. G. Lutters en W.C.M. Smits, eds., *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*, Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, p. 85.

⁴⁵ Majerus, *Parmi les fous*, p. 237.

⁴⁶ Majerus, “Making Sense of the “Chemical Revolution”,” p. 58.

⁴⁷ In Nederland beginnen de eerste testen met Largactil nog in het jaar 1952 zelf. Zie: Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 9.

⁴⁸ Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 6; De Schaepdryver, *Beginnelen*, p. 3; Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 10; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 266.

⁴⁹ In 1955 reeds spreekt Evrard van “de vele nieuwe medicamenteuze behandelingswijzen”. Zie: Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 100.

Tijdens de jaren nadien, komen er veel nieuwe middelen op de markt. Op die manier wordt de ontdekking van chloorpromazine als aanzet gezien tot de psychofarmacologie, omdat het nieuwe horizonten opent wat betreft de biologische en chemische benadering van de geestesziekte.⁵⁰

In 1952 isoleren Zwitserse onderzoekers de stof reserpine, een indoolalkaloïde uit de plant *Rauwolfia serpentina*. Reserpine heeft een antipsychotische werking en kan ook een te hoge bloeddruk verlagen. In India is die plant trouwens al eeuwen bekend voor zijn helende werking. Na enkele jaren van onderzoek en testen, komt reserpine als Serpasil op de markt in 1954, twee jaar na chloorpromazine dus. De middelen hebben gelijkaardige uitwerkingen: slaperigheid; een droge mond; een lager libido; verminderde mobiliteit met als gevolg soms toenemend lichaamsgewicht; dalende lichaamstemperatuur en bloeddruk. Ook agressiviteit wordt door de middelen ingeperkt, waardoor ze zorgen voor minder lawaai en dwangmiddelen in het gesticht.⁵¹

In 1955 komen de eerste angstremmers op basis van meprobaat op de markt onder de merknaam Miltown, ontdekt door Frank Berger (1913-2008).⁵² Ook psychosen en neurosen kunnen ermee behandeld worden. In 1957 komt met Tofranil het eerste antidepressivum ter wereld, op basis van de stof imipramine, ontdekt door Roland Kuhn (1912-2005).⁵³ Drie jaar later is er dan de benzodiazepine Librium (chloordiazepoxide), een angstremmer ontdekt door Leo Sternbach (1908-2005). Librium kan ook van pas komen om alcoholverslavingen te bestrijden.⁵⁴

⁵⁰ Pieters en Majerus, "The introduction of chlorpromazine," p. 449; Grilly, *Drugs and human behavior*, pp. 6-7; Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, p. 120; Hordern, "Psychopharmacology," pp. 124-6; Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," p. 55; F. Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, Lochem, De Tijdstroom, 1980, p. 144; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tielt, Lannoo, 2011, p. 97.

⁵¹ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 123-4; Healy, *The creation of psychopharmacology*, pp. 43 en 101-7.

⁵² Hordern, "Psychopharmacology," p. 120; De Schaepdryver, *Beginselen*, p. 3.

⁵³ Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 7; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 277-281.

⁵⁴ Hordern, "Psychopharmacology," p. 130; Gemma Blok en Joost Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997*, Nijmegen, Sun, 1998, p. 167; A.P.M. Van der Meij-de Leur, P. Klijnsma en F. Meyboom, *Van olie en wijn: geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*, Amsterdam, Elsevier, 1974, passim.

De jaren 60 en 70 zien een sterke toename van fenothiazinederivaten tegen schizofrenie en psychosen. Ook lithiumcarbonaat - dat dus al in 1949 door Cane is ontdekt - wordt steeds meer tegen manie gebruikt. Imipramine wordt ondertussen ook tegen psychosen ingezet en Librium overstijgt gaandeweg meprobaat.⁵⁵ Die decennia zijn trouwens het hoogtepunt qua ontdekkingen van nieuwe psychofarmacologische middelen. Het is daarom haast onmogelijk (en in dit onderzoek irrelevant) om een overzicht te geven van alle middelen die in die jaren verkocht en gebruikt worden. Het gaat over tientallen soorten stoffen en honderden merknamen.⁵⁶

De meeste van die nieuwe medicijnen uit de eerste jaren van de psychofarmacologie, zijn vandaag maar bij weinig mensen meer bekend. Ze worden quasi niet meer gebruikt, omdat er de afgelopen decennia steeds fijner onderzoek gebeurt om veiligere, efficiëntere en effectievere middelen te vinden, die de originele psychofarmaca dan vervangen. Enkel het antipsychotische Haldol (haloperidol), ontdekt door dokter baron Paul Janssen (1926-2003) in 1957, heeft in België nog een grote naamsbekendheid, temeer omdat het nu nog regelmatig gebruikt wordt. Net als Largactil, Serpasil, Tofranil ... verovert het op een paar jaar tijd de wereld. Andere namen van latere psychofarmacologische slaap- en kalmeringsmedicijnen die ongetwijfeld een belletje doen rinkelen, zijn middelen als Valium (de benzodiazepine diazepam, immens populair in de jaren 70 en 80) en het antidepressivum Prozac (fluoxetinehydrochloride, op de markt vanaf 1987).⁵⁷

We mogen niet vergeten dat, zeker in het begin, veel middelen per toeval ontdekt worden tijdens experimenten of onderzoeken die weinig of niks met psychiatrie te maken hebben.⁵⁸ Vaak leidt een test voor iets anders tot de vaststelling dat het middel in kwestie een

⁵⁵ De Schaepdryver, *Beginselen*, p. 3; Mark S. Micale, "The Psychiatric Body," in: Roger Cooter en John Pickstone, eds., *Medicine in the 20th century*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2000, p. 335.

⁵⁶ Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 97; Patricia Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, New York, Franklin Watts, 1982, p. 4; Seppe Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2002, p. 12; Sylvia Hillaert, "De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling. Het verhaal van een afdeling binnen het P.C. Dr. Guislain," licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2002, pp. 31-3; Anita De Winter, "Vrouwen en psychofarmaca: weer een keurslijf?" In: *Verslagen van het RUG-centrum voor genderstudies* 2, nr. 4, 1994, p. 55.

⁵⁷ Hordern, "Psychopharmacology," p. 121; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 335-9; Porter, *Madness*, p. 206; Majerus, *Parmi les fous*, p. 237.

⁵⁸ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 281; H.M. Van Praag, *Psyche aan banden*, Amsterdam, De Erven Bohn, 1974, p. 158.

interessante bijwerking heeft voor psychiatrische patiënten.⁵⁹ Chloorpromazine bijvoorbeeld wordt ontdekt in een chirurgische context, in de zoektocht naar nieuwe middelen in het kader van anesthesie. Zoals gezegd merkt men al snel op dat de psyche erdoor gemodificeerd wordt, maar pas in 1954 onderbouwt Willis Bower de klinische observaties van pioniers Laborit, Delay en Deniker met een wetenschappelijk artikel in het *New England Journal of Medicine*.⁶⁰ Vanaf dat moment wordt chloorpromazine, meestal na initiële scepsis, meer en meer voorgeschreven.⁶¹ De praktijk komt ook in andere ontdekkingen regelmatig voor de theorie. Men botst op een werkzame stof en begint die te gebruiken zonder uitgebreid stil te staan bij de werking of risico's ervan. Tegenwoordig is van sommige middelen trouwens nog altijd niet geweten hoe ze precies te werk gaan. De complexe hersenactiviteiten en -bouw maken het onderzoek er natuurlijk niet makkelijker op. In latere jaren worden uiteraard ethische en wetenschappelijke standaarden ontwikkeld om middelen eerst veilig uit te testen vooraleer ze in omloop te brengen, maar in het begin gebeurt dat vaak simpelweg met patiënten in het gesticht, die net als de dosering van het middel uitgekozen worden op basis van het buikgevoel van de psychiater.⁶²

Langs de andere kant is het ook zo dat psychofarmaca niet zomaar ineens opduiken. In de voorgaande decennia houden veel onderzoekers zich al bezig met allerlei vormen van biologisch hersenonderzoek. Men is ervan overtuigd dat de oorzaak van de geestesziekte in de hersenen te vinden is, een idee dat al eeuwenlang leeft en vanaf de 19e eeuw steeds wetenschappelijker onderbouwd wordt. Het is dan ook in de hersenen dat een adequate behandeling moet ingrijpen. Het vervolg van dit hoofdstuk traceert de soms eeuwenoude tendensen waarin psychofarmaca geplaatst kunnen worden. Daaruit zal blijken dat de interesse voor het lichaam van de geesteszieke, vooral dan het hoofd en de hersenen, haast als een rode draad doorheen de geschiedenis van de psychiatrie loopt.

⁵⁹ Brysebaert, *Fundamenten van de psychologie*, p. 322; Hordern, "Psychopharmacology," p. 141.

⁶⁰ Bower, Willis. "Chlorpromazine in psychiatric illness." In: *New England Journal of Medicine*, nr. 251, 1954, pp. 689-692.

⁶¹ Nolen, "Vijftig jaar farmacotherapie van stemmingsstoornissen," p. 131.

⁶² Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," pp. 11-2.

3 In vogelvlucht van de prehistorie tot het einde van de 18e eeuw

Waanzin is van alle tijden. Al zolang de mens op aarde rondloopt, kampen sommigen onder ons met psychische problemen. Voor een deel worden die immers door biologische en genetische oorzaken bepaald, naast bijvoorbeeld ook sociale en culturele invloeden. Geestesziekten zijn dus zo oud als de mensheid zelf en even lang al zoekt de mens naar verklaringen en behandelingen om het gedrag van zijn geesteszieke medemens te begrijpen en te genezen. Alhoewel de term en de discipline zelf nog maar een tweehonderdtal jaar bestaan, heeft de mens daarom in zekere zin eigenlijk altijd al aan psychiatrie gedaan. En alhoewel psychofarmaca pas een zestigtal jaar geleden ontstaan, is de aandacht voor een lichamelijke, biologische, organische ... connectie met de geestesziekte al een zeer oud gegeven.⁶³

De prehistorische mens leeft in een magische en mythische wereld vol natuurkrachten, goede geesten en kwaadaardige demonen. Vanuit hun acties en tussenkomsten worden onbeheersbare fenomenen verklaard. Wat we later waanzin zullen noemen, is een straf voor ongehoorzaamheid aan of het veronachtzamen van de spirituele krachten. De oorzaak is extern, ligt buiten de mens: de zieke wordt bezeten door boze geesten. Om de bezetene te verlossen van de demon, doet men beroep op de sjamaan, de medicijnman. Die is min of meer vertrouwd met het geneeskundig gebruik van bepaalde kruiden en planten - belladonna, doornappel, nachtschaden (waar later scopolamine uit gehaald wordt) - maar vaak biedt dat geen soelaas. Merk wel op hoe men dan ook al zoekt naar genezende middelen. Om de demon te verjagen of gunstig te stemmen, moeten daarom andere, magisch geladen middelen aangewend worden: drankjes brouwen, offers brengen, dans en muziek, rituele ceremonies, spreuken en gebaren ... Als geen enkele "therapie" kan baten, neemt men zijn toevlucht tot het laatste denkbare redmiddel: de schedelboring of schedeltrepanatie. Door bovenaan het hoofd een gat te maken, hoopt men dat de kwade geest langs daar het lichaam van de zieke zal verlaten. Het is als het ware een eerste, primitieve vorm van psychochirurgie (cfr. infra), die ingrijpt in de hersenen. Het is een

⁶³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 13; Porter, *Madness*, p. 10; Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 7; Patrick Allegaert en René Stockman, "De geboorte van het psychiatrische gesticht," in: Marjan Buyle en Sigrid Dehaeck, eds., *Architectuur van Belgische hospitalen*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap - Afdeling Monumenten en Landschappen, 2004, p. 80.

pijnlijke en bloederige ingreep, want er is weinig tot geen verdoving mogelijk en men beschikt nog lang niet over de geschikte medische apparatuur. Daarom maakt men de opening in de schedel met vuurstenen. De kans dat de zieke dat alles overleeft, is vrij klein, maar sommige mensen bewandelen de aardbol nog jarenlang met een gat in hun hoofd. Dat blijkt uit archeologische opgravingen: er zijn menselijke resten gevonden waarbij rond het schedelgat opnieuw kraakbeen is aangegroeid. Het bewijst ook dat zelfs de vroegste mensen al de genezing van de geestesziekte in het hoofd lijken te situeren.⁶⁴

De eerste stappen richting een meer rationele en wetenschappelijke kijk op geestesziekten, worden genomen bij de oude Grieken.⁶⁵ Vooral Hippocrates (460-370 v.Chr.), de vader van de geneeskunde, is hierbij van belang. De meeste mensen kennen hem tegenwoordig waarschijnlijk van zijn eed, die nieuwe dokters nog steeds zweren. Dat duidt al meteen op zijn grote en langdurige invloed op de (westerse) geneeskunde. Doorheen de oudheid en middeleeuwen blijft zijn humeurenleer dan ook de medische standaard. Volgens Hippocrates bestaat het menselijk lichaam uit vier lichaamssappen, ook wel humeuren genoemd: bloed, slijm, zwarte gal en gele gal. Bij een gezond persoon zijn die vier in evenwicht, maar als de balans om een of andere reden sterk verstoord wordt, resulteert dat in een lichamelijke of geestelijke ziekte. De behandeling is navenant: aderlatingen, purgeren, braken ... moeten het teveel van een bepaald lichaamssap neutraliseren om het evenwicht te herstellen. De oorzaak van een ziekte is dus niet langer extern (een boze geest die bezit neemt van het lichaam), maar intern (een probleem met de lichaamssappen). Hippocrates koppelt de ziekte los van goddelijk (bij)geloof en magie en zoekt meer natuurlijke, organische oorzaken. Ook de waanzin wordt zo als het ware genaturaliseerd en als een lichamelijke ziekte gezien, die behandeld kan worden.⁶⁶

⁶⁴ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 9; Porter, *Madness*, p. 10; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 75.

⁶⁵ Naarmate de geschiedenis vordert en daarmee tevens de wereldse kennis, verlaat de mens de primitieve magisch-mythische wereld. Althans, deels. Want ook in de oudheid spelen goden uiteraard nog een grote rol. Asklepios bijvoorbeeld, de zoon van zonnegod Apollo, wordt lange tijd aanbeden in tientallen tempels doorheen Griekenland, omdat hij mensen zou kunnen genezen. Uit zijn verering groeit na verloop van tijd zelfs een religieuze groep heilmeesters, de Asklepiaden. Zie: Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 13.

⁶⁶ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 14; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 19; Porter, *Madness*, pp. 16 en 37-43; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 76.

De Romein Galenus (130-200) gaat nog een stap verder dan Hippocrates, op wiens werk hij voortbouwt. Volgens Galenus zijn er namelijk vier types mensen, afhankelijk van welk lichaamssap dominant is. Het sanguinische type (bloed) is levendig en emotioneel; het choleric type (gele gal) is energiek en impulsief; het melancholische type (zwarte gal) is triest en neerslachtig; het flegmatische type (slijm) is rustig en beredeneerd. Dat alles vormt een belangrijk inzicht, omdat iemands psychische gesteldheid (humeur) in samenhang gezien wordt met zijn lichamelijke toestand. Ook de biologische psychiatrie in de 19e eeuw gaat uit van een causale link tussen de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de zieke (cfr. infra). Bovendien vormt de humeurenleer de eerste aanzet tot een soort classificatie van persoonlijkheden en geestesziekten aan de hand van vertoonde eigenschappen en symptomen, wat tot op de dag van vandaag gebeurt in bijvoorbeeld de DSM. Ook tijdens de 19e eeuw worden pogingen ondernomen om geestesziekten te classificeren (cfr. infra).⁶⁷

Hoe de middeleeuwer omgaat met zijn geesteszieke medemens, wordt in de eerste plaats sterk bepaald door het christendom. In de 12e en 13e eeuw wordt door scholastieke filosofen zoals Thomas van Aquino (1225-1274) en Bonaventura (1221-1274) een systematische demonologie uitgewerkt. De dualiteit tussen God en de duivel trekken zij ook op het vlak van de geestesziekte door. De zot is een zondaar die als straf van God door de duivel bezeten wordt. Het is dus in zekere zin een terugkeer naar de kwade geesten uit de prehistorie. In dit geval gebeurt de uitdrijving echter via exorcisme, niet door schedelboringen. Ook andere devotiepraktijken en heilsmiddelen worden aangewend om de duivel te verjagen. Men bidt, vast, brandt een kaars en gaat op bedevaart om een heilige te aanbidden. Het inroepen van heiligenbijstand wordt tegenwoordig met de term hagiotherapie aangeduid.⁶⁸

⁶⁷ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 19-20; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 76. Natuurlijk zijn er steeds denkers die afwijken van het heersende paradigma. De Griekse arts Asklepiades van Bithynië (124-40 v.Chr.) betoogt bijvoorbeeld een menselijkere aanpak van geesteszieken. Velen worden ook dan al opgesloten en vastgebonden, omdat men niet goed weet wat met de zieken aan te vangen, maar volgens Asklepiades worden mensen net bang en paniekerig in kleine, donkere ruimtes. Er moet dus steeds voldoende licht en lucht met de verpleging gepaard gaan. De ziekte wordt volgens hem trouwens veroorzaakt door hevige emoties. Ter afleiding stelt hij muziek voor. Ook Soranus (98-138) hecht belang aan een rustige, sobere, serene kamer voor de zieke. Zie: Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 16-7.

⁶⁸ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 26 en 37-9; Porter, *Madness*, p. 19; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 22-6 en 40-4; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 78; René Stockman,

In die duivelse context kan ook het een en ander over heksen gezegd worden. Net als een geesteszieke worden zij in het middeleeuwse christendom namelijk geassocieerd met de gevallen engel. Het verschil is echter dat een zieke ongewild bezeten wordt, terwijl een heks zelf actief contact zoekt met de duivel, met wie ze een pact sluit. Heksen worden in verband gebracht met allerlei ongelukken en onheil. Ze worden daarom opgejaagd, gevangen, gefolterd en gedood.⁶⁹ Langs de andere kant zijn er ook toenmalige denkers die kritisch zijn over het bestaan van heksen. Een bekende naam in dat opzicht is de Nederlandse arts Johannes Wier (1515-1588), die tegen de vervolging van heksen ingaat. Volgens hem gaat het over vrouwen die eenzaam en geïsoleerd leven. Ze zijn buitenstaanders en het is dan ook makkelijk om een plaag, een mislukte oogst, een sterfgeval ... toe te wijzen aan die "heks", maar volgens de nuchtere Wier zijn dat slechts ongelukkige natuurrampen. De heks is immers geen heks, maar een geesteszieke vrouw met waanbeelden die hulp nodig heeft in plaats van vervolgd te worden. Gelukkig sterft de heksenvervolging geleidelijk aan uit. Eind 17e eeuw is ze, zeker onder de elite, niet langer aanvaard.⁷⁰

"Heksenvervolging, exorcisme en devotie," in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tielt, Lannoo, 2011, pp. 16-7. Een goed voorbeeld van de hagiotherapie is de verering van de Heilige Dymphna in Geel, wiens feestdag op 15 mei valt. Het verhaal is vooral gekend zoals beschreven door Petrus Cameracensis in 1247. Dymphna is een Ierse prinses uit de 7e eeuw wiens moeder overlijdt, waarna haar vader, de koning, met zijn dochter wil trouwen. Dymphna slaat op de vlucht en wordt uiteindelijk in Geel ingehaald en onthoofd omdat ze blijft weigeren te trouwen met haar vader. Later wordt ze, als slachtoffer van een krankzinnige, als het ware een soort martelares en na enkele mirakels wordt ze aanbeden voor haar genezende kracht voor geesteszieken. Vooral vanaf de 16e eeuw komen daar heel wat mensen op af. De plaatselijke kerk kan al die bezoekers niet langer zelf huisvesten en dus neemt de plaatselijke bevolking regelmatig tijdelijk een zieke in huis tijdens zijn verblijf in Geel. Zo groeit de typische thuisverpleging waar de gemeente nog steeds bekend voor staat. Een ander bekend geval van de hagiotherapie is de verering van de Heilige Hermes in Ronse. Zie: Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 44; Quetel en Morel, *Les fous et leurs médecines*, p. 32; Porter, *Madness*, p. 19; Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 39; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 45-8; R. Pierloot, "Belgium," in: John G. Howells, ed., *World History of Psychiatry*, Londen, Ballière Tindall, 1975, p. 138.

⁶⁹ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 26-7. Vele tienduizenden mensen worden uiteindelijk slachtoffer van de massale vervolgingen, die hun hoogtepunt bereiken in de 15e tot 17e eeuw. In 1484 bijvoorbeeld vaardigt paus Innocentius VIII (1432-1492) een heuse heksenbul uit en denk ook maar aan de *Malleus Maleficarum* (Heksenhamer) van Heinrich Kramer (1430-1505) uit 1486, waarin alle nodige uitleg staat om succesvol heksen te herkennen. Vooral vrouwen zijn het slachtoffer van de vervolgingen. Zie: Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 28.

⁷⁰ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 29-30; Porter, *Madness*, pp. 21 en 25 en 29; Stockman, "Heksenvervolging, exorcisme en devotie," p. 16; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 80.

Naast al die christelijk geïnspireerde gebruiken, heerst er in de middeleeuwen nogal wat volks bijgeloof. Een goed voorbeeld is de keisnijding. Als een horzel in het oor van een paard kruipt, wordt het beest dol. Het volksgeloof trekt al snel de analogie met krankzinnige mensen, die krankzinnig zouden zijn omdat een insect via hun oren of neus in het hoofd kruipt, waar het vervolgens versteent. Die “kei der waanzin” moet uit het hoofd gehaald worden om te kunnen genezen. Er bestaan dan ook enkele kwakzalvers die een insnijding maken achter het oor of in het voorhoofd en, terwijl het publiek afgeleid is door het hevige bloeden, op een of andere manier een steen laten verschijnen.⁷¹ Het duidt opnieuw op een eeuwenoud geloof dat de geestesziekte op een of andere manier verbonden is met een probleem in het hoofd.⁷²

De middeleeuwen worden in het algemeen gekenmerkt door een amalgaam van gebruiken en ideeën omtrent geestesziekten. Mensen proberen allerlei middelen en behandelingen uit in de hoop een oplossing te vinden. Naast religieuze gebruiken en volksgeneeskunde, hebben ook de humeurenleer, magie, kruiden (laudanum, papaver, bilzekruid, mandragora, valeriaan ...) ⁷³, spreuken, amuletten, ex voto's, kosmologie ... stuk voor stuk een plaats in de middeleeuwse omgang met geestesziekten.⁷⁴ De nochtans zeer uiteenlopende en soms contradictorische elementen worden vaak gecombineerd. Dat valt misschien te verklaren door een overkoepelende constante, namelijk dat die behandelingen grotendeels evacuerend zijn. De oorzaak van de ziekte, of die nu endogeen (te veel humeur) of exogeen (bezeten door de duivel) is, moet uit het lichaam verwijderd worden.⁷⁵

⁷¹ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 42.

⁷² Er is wel wat discussie of dergelijke keisnijdingen ooit echt hebben plaatsgevonden. Er is immers geen enkel medisch geschrift waarin het beschreven wordt. We kennen het eigenlijk enkel uit iconografisch materiaal, meer bepaald Vlaamse en Hollandse schilderijen uit eind 15e tot midden 17e eeuw. Sommigen zien het dan ook eerder als een artistiek symbool om te spotten met de middeleeuwse goedgelovigheid en bijgeloof. Zie: Quetel en Morel, *Les fous et leurs médecines*, p. 27.

⁷³ Dat kruiden tegen waanzin gebruikt worden, valt onder andere af te leiden uit het *Cruydeboeck* van Rembert Dodoens (1517-1585) uit 1554.

⁷⁴ Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 36-40; Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 72; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 77.

⁷⁵ Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 77; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 33-5; Pierloot, “Belgium,” p. 138; Henricus Franciscus Maria Peeters, “Historische fasen in aard en behandeling van geestesziekten,” in: Johannes Martinus Wouters Binnenveld, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn, *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*, Baarn, Ambo, 1982, p. 14.

In de middeleeuwen is er al bij al maar weinig echte zorg voor geesteszieken. Op het platteland worden ze voornamelijk opgevangen door hun familie. De zieke wordt dan vooral binnengehouden en soms vastgeketend, wat de bescherming van de omgeving en de zieke zelf ten goede moet komen. De zieke legt een grote druk op de familie, want het is een te voeden mond die zelf weinig of geen geld in het laatje brengt. Er is ook veel schaamte rond en regelmatig wordt de spot gedreven met een geesteszieke. Mensen zonder familie of vrienden dolen soms rond als dorpsgek.⁷⁶

In de steden ligt de situatie ietwat anders. Daar worden de zieken al snel geconcentreerd op een bepaalde plaats, zodat ze niet te veel op straat rondhangen. De eerste zogenaamde dolhuizen waar de zotten opgesloten worden, ontstaan in de 13e eeuw. In die stedelijke dolhuizen leven de krankzinnigen vaak in mensonterende toestanden. Het is er donker, koud, vies en het stinkt er. De zieken liggen vastgeketend op wat stro. Van enige hygiëne is er geen sprake en veel meer dan wat klompen brood krijgen ze vaak niet te eten. Het zijn de hopeloze gevallen die door de maatschappij worden opgegeven en daarom uit beeld moeten verdwijnen. In het begin zijn dolhuizen voornamelijk particuliere, stedelijke hospitalen vanuit de burgerij. Religieuzen houden zich aanvankelijk op de achtergrond wat betreft de krankzinnigenzorg, uit schrik om met de duivel in contact te komen. Na een tijd ontstaan er ook religieuze huizen - vaak in het kader van de armoedebeweging en bedelorden - waar geesteszieken opgevangen worden, meestal samen met ouderen, zieken, wezen en armen. Bekende Europese namen in dat kader zijn religieuzen als Johannes de Deo (1495-1550) en Vincentius a Paulo (1581-1660), die zich sterk inzetten voor de geestesziekenzorg.⁷⁷

Tijdens de late middeleeuwen begint de traditionele medische boekenkennis van Hippocrates en Galenus stilaan af te brokkelen. In de eerste helft van de 16e eeuw kaarten mannen als Paracelsus (1493-1541) en Vesalius (1514-1564) fouten aan en maken zo de baan vrij voor nieuwe medische inzichten, die de humeurenleer beginnen te vervangen. De vroegmoderne tijd is in het algemeen een periode van wetenschappelijke bloei. Vanaf de

⁷⁶ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 14; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 44; Porter, *Madness*, p. 89; Pierloot, "Belgium," p. 138; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 49-50; Allegaert en Stockman, "De geboorte van het psychiatrisch gesticht," p. 80; Peeters, "Historische fasen," p. 14.

⁷⁷ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 16-9; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 22-3 en 44-7 en 53; Porter, *Madness*, p. 90; Pierloot, "Belgium," p. 138; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 58-64; Allegaert en Stockman, "De geboorte van het psychiatrisch gesticht," p. 81; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 81.

17e eeuw wordt er bijvoorbeeld op een meer wetenschappelijke manier kennis over bepaalde kruiden en planten verworven. Men gaat niet langer uit van het volksgeloof, maar vertrouwt op de rationele wetenschappen. Opium, kamfer en andere kalmerende narcotica worden op die manier ontdekt of beter bestudeerd. De eerste biologische experimenten gericht op een therapeutische toepassing van opium bijvoorbeeld, om nervositeit en mentale stoornissen te milderen, vinden in die tijd plaats. Via allerlei experimenten op kikkers en honden ontdekt men zo het belang van het centraal zenuwstelsel voor de werking van het middel. In zekere zin worden in die periode op lange termijn de eerste wetenschappelijke basisinzichten gelegd voor het latere onderzoek dat tot psychofarmaca zal leiden.⁷⁸

Ook christelijke opvattingen over de duivel als oorzaak van krankzinnigheid, verdwijnen in deze Verlichte periode meer en meer naar de achtergrond. De heksenvervolgingen stoppen en heiligenbijstand wordt minder ingeroepen. Ondanks al die ontwikkelingen, verbetert de situatie van de krankzinnige mensen weinig of niet. Nog steeds worden zij opgesloten in kelders en oude gebouwen, samen met misdadigers, landlopers, bedelaars ... Daar slijten ze vastgeketend hun dagen. Er is niemand die zich bezighoudt met hun genezing, waar men waarschijnlijk toch geen geld of middelen voor zou bestemmen, als er al een goede behandeling zou bestaan. De voornaamste doelstelling is dat zij uit de samenleving gehouden worden. Ze kunnen er immers niet aan bijdragen, omdat ze niet in staat zijn om te werken. Hun economische waarde is nihil, meer nog, ze kosten enkel geld. Zeker in tijden van toenemend kapitalisme, staatsvorming en sociale controle, kan men afwijkende, abnormale, zieke mensen missen als kiespijn.⁷⁹

Eind 18e eeuw zijn er in West-Europa enkele personen die de situatie van de geesteszieken in de dolhuizen willen verbeteren. Ze zien de opname en het verblijf van de zieke in een gesticht immers als een vorm van therapie, die moet bijdragen tot het herstel. De

⁷⁸ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 58-65; Quétel en Morel, *Les fous et leurs médecines*, p. 71; Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 2; Andreas-Holger Maehle, "Pharmacological experimentation with opium in the eighteenth century," in: Roy Porter en Mikuláš Teich, eds., *Drugs and narcotics in history*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 52-3.

⁷⁹ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 66; Porter, *Madness*, p. 90; Peeters, "Historische fasen," p. 15; Foucault, *Madness and Civilization*, passim; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 81; Hans Binneveld, *Filantropie, repressie en medische zorg. Geschiedenis van de inrichtingspsychiatrie*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985, p. 14.

onmenselijke toestanden die tot dan toe gangbaar zijn, stellen ze daarom aan de kaak. De eerste aanzetten tot wat de morele therapie⁸⁰ zal gaan heten, worden gegeven door onder andere William Battie (1703-1776). Hij is bekend van zijn werk *Moral Management of the Insane* (1758) en als hoofd van het *Saint Luke's Hospital*. Hij pleit voor geschoold personeel en gespecialiseerde artsen en voert een beleid in van hygiëne, goed voedsel, gezonde lucht ... Hij is tevens de eerste die een vak rond psychiatrie doceert. Ook William Tuke (1732-1822) zet stappen richting de morele therapie. Als lid van de quakergemeenschap opent hij in 1796 het *York Retreat* op het platteland om een meer humane behandeling te kunnen bieden met bijvoorbeeld bezigheidstherapie. Hij richt zich op de genezing van de zieke en laat aderlatingen en laxermiddelen achterwege. Tuke schaft bovendien ook radicaal de fysieke dwangmiddelen af. Enkel als de veiligheid het vereist, worden nog dwangbuizen toegepast. Zijn zoon Henry (1755-1814) en kleinzoon Samuel (1784-1857) zullen later meehelpen de morele therapie op de kaart te zetten.⁸¹

4 De negentiende-eeuwse morele en biologische psychiatrie

Het jaar 1800 wordt traditioneel gezien als een keerpunt in de behandeling van geesteszieken. Men begint algemeen in te zien dat de zieke wel degelijk te genezen valt, wat aanleiding geeft tot de eerste moderne behandelingen. De psychiatrie wordt een stroming binnen de geneeskunde en men zet in op zorg en herstel tijdens een - hopelijk tijdelijk - verblijf in een kwaliteitsvol gesticht. De onmenselijke, middeleeuwse dwangmiddelen ruimen plaats voor de morele behandeling, die steeds meer ingang vindt. In verschillende landen komt er reactie tegen de mensonterende opsluitingen. Omdat de morele therapie rekening houdt met de omgeving waarin de zieke wordt opgenomen, markeert het begin van de 19e eeuw trouwens de start van het psychiatrische gesticht in West-Europa. In plaats van de gevangnissen, dol- en tuchthuizen waar zieken worden opgesloten en als dieren aan kettingen liggen, komen er specifieke gestichten waar verzorging centraal staat. Sindsdien zijn er steeds meer patiënten en gestichten bij gekomen. Net als in de middeleeuwen zijn

⁸⁰ Eigenlijk wordt daarmee "mentaal" bedoeld, maar de term is letterlijk vertaald uit het Frans (*traitement moral*). Zie: Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 32.

⁸¹ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 20-1; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 69-70; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 58 en 65; Axel Liégois, "Guislain tussen morele en organische benadering," in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tielt, Lannoo, 2011, p. 57.

voornamelijk de armere mensen het doelpubliek van de institutionele zorg, want de rijken betalen voor thuiszorg of plaatsen hun zenuwzieken in luxueuze privékuuroorden. Zij kunnen zich vanaf de 20e eeuw ook dure, individuele psychoanalyse veroorloven. De gestichten daarentegen raken al snel overbevolkt. De volgende honderdvijftig jaar zal het toenemende aantal patiënten een van de hoofdkenmerken van de gestichtspsychiatrie worden. Pas met de komst van psychofarmaca komt daar een einde aan (cfr. infra).⁸²

De morele therapie steunt in het begin op twee grote pijlers. Men gelooft ten eerste in de heilzame, therapeutische werking en kracht van het milieu waar de zieke in wordt opgenomen. Enkel de juiste omgeving kan tot genezing leiden, vandaar dat veel gestichten uit de mentaal ziekmakende, vuile stad naar een meer landelijke, rustige, natuurlijke omgeving verhuizen. De locatie en de manier waarop het gesticht wordt gebouwd en georganiseerd, worden belangrijk. Het gesticht wordt zo een therapeutisch middel op zich, ook omdat het orde en structuur biedt. Het is ten tweede zo dat de arts op de voorgrond komt als autoritaire figuur, die vertrouwen heeft in zijn kennen en kunnen en optimistisch is over de vooruitgang van de wetenschap. Via zijn gezagsfunctie moet hij trouwens de gedachtegang van de zieke op het juiste pad krijgen. Door de curatieve waarde die toegeschreven wordt aan het disciplinaire leven in een therapeutisch gesticht, wordt in die jaren voor het eerst een zeker therapeutisch nihilisme doorbroken, waardoor de zoektocht naar nieuwe behandelingen een impuls krijgt. De morele therapie zal doorleven tot in de tweede helft van de 19e eeuw, wanneer de doelstellingen ervan veel moeilijker te bereiken zijn in de grote, stampvolle slaapzalen van het gesticht.⁸³

⁸² Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 36 en 45 en 134-144 en 256; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 69-70; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 65; Liégois, "Guislain tussen morele en organische benadering," p. 57. Het proces van steeds toenemende patiëntenaantallen kent vele mogelijke verklaringen, zie: Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 58-77. Bovendien is het ook zo dat patiënten in de morele gestichten een betere levensstandaard hebben dan in de middeleeuwse kerkers, waardoor ze langer leven, wat opnieuw een extra patiëntendruk op de gestichten legt.

⁸³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 30 en 48; Stockman, *Van nar tot patiënt*, pp. 81 en 97; Peeters, "Historische fasen," pp. 14-8 en 21; Majerus, *Parmi les fous*, p. 213. Volgens sommige auteurs wordt het therapeutisch nihilisme pas later doorbroken, met de insulinetherapie gekaderd in de biologische psychiatrie in de 20e eeuw. Zie: Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Parijs, PUF, 2006, p. 2.

In Frankrijk breekt stadsgeneesheer Philippe Pinel (1745-1826) op 24 mei 1795 symbolisch de boeien van de krankzinnigen in het Parijse *Salpêtrière*, waar geesteszieken opgesloten zitten tussen bedelaars en misdadigers. Daarmee volgt hij het voorbeeld van Tuke in Engeland. Door hun boeien af te doen, wijst Pinel erop dat het een afzonderlijke groep betreft (het zijn zieken, geen misdadigers), die gepast benaderd moet worden. Pinel is de eerste die systematisch de morele therapie doordenkt en toepast. Hij zal er trouwens nog een derde component aan toevoegen, namelijk de arbeidstherapie, om zieken bezig te houden, hen een nuttig gevoel te geven en een duidelijke dagstructuur te voorzien. De morele therapie krijgt in die jaren vaste vorm, ook door zijn leerling Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), die in de voetsporen van Pinel treedt en verder bouwt op zijn werk. Esquirol zorgt in de jaren 30 van de 19e eeuw trouwens voor een wettelijk kader rond de Franse krankzinnigenzorg.⁸⁴

Overal gaat men ondertussen op zoek naar manieren om geesteszieken mentaal, moreel, geestelijk te behandelen.⁸⁵ De Nederlander Jacobus Schroeder van der Kolk (1797-1862) bijvoorbeeld is tegen boeien en lijfstraffen en pleit voor spel, werk en bezigheid om het verstandelijke uit te dagen. Hij introduceert in Nederland de genezende behandeling van geesteszieken en is ook betrokken bij de eerste Nederlandse krankzinnigenwet in 1841. In Duitsland is Johann Reil (1759-1813) een van de pioniers van de psychiatrie. Ook hij ziet de geestesziekte als iets geneesbaars, vooral door middel van opname in een therapeutisch gesticht. Hij spreekt trouwens als eerste ooit over de term “psychiaterie” in 1808. In 1816 wordt het dan “psychiatrie”. In Italië is Vincenzo Chiarugi (1759-1820) een voorstander van therapeutische gestichten.⁸⁶

De morele therapie betekent echter niet dat er geen dwangmiddelen meer worden ingezet om de patiënt zelf en zijn omgeving te beschermen. Concreet gaat het dan om dwangbuizen, dwangstoelen, valhelmen (bij epileptici), dekselbedden, dwangmoffen, muilperen (tegen het bijten), spuwmaskers, isoleercellen ... Boeien en ketenen verdwijnen wel naar de

⁸⁴ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 23-5 en 31; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 71-2; Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, p. 65; Liégois, “Guislain tussen morele en organische benadering,” p. 57; Binneveld, *Filantropie, repressie en medische zorg*, p. 22.

⁸⁵ Voor de Belgische situatie hieromtrent, verwijs ik naar het intermezzo tussen deel een en deel twee.

⁸⁶ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 22 en 25-6; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 90; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 71.

achtergrond. John Conolly (1794-1866) wijst er in de tweede helft van de 19e eeuw op dat psychiatrische verpleging zonder dwangmiddelen wel degelijk mogelijk is. Hij introduceert het zogenaamde *no-restraint* beleid, want mensen vastbinden maakt ze net onrustiger.⁸⁷ Naast de humanere morele therapie, worden in het begin van de 19e eeuw ook nog steeds heel wat andere middeltjes gebruikt om patiënten te kalmeren: bilzekruid, kamfer, ether, ammoniak, mierenzuur, belladonna, laudanum, brandnetels ... moeten het lichaam van de geesteszieke tot rust brengen.⁸⁸

Vanaf de tweede helft van de 19e eeuw wordt de morele behandeling stilaan verlaten ten voordele van een meer biologisch en genetisch model, dat al in de jaren 30 op zoek gaat naar hersenletsels als oorzaak voor geestesziekten, gebaseerd op een organische, natuurwetenschappelijke waarneming. Het verschil tussen aanhangers van de morele therapie enerzijds en biologische psychiatrie anderzijds, is dat de morele therapie uitgaat van een geestelijk en mentaal probleem, terwijl biologisch geïnspireerde denkers eerder uitgaan van een fysiek defect in de hersenen of andere lichamelijke oorzaken. Biologie, genetica, fysiologie, neurologie, anatomie ... worden prominenter in de psychiatrie. Het microscopisch labowerk doet zijn intrede. Het is de eerste stap richting een moderne, organische benadering die zich voornamelijk op de hersenen focust. In Duitsland onderzoekt Wilhelm Griesinger (1817-1868) hersenen in zijn laboratorium, ervan uitgaande dat de geesteszieke in wezen een hersenziekte is. De Oostenrijker Stefan Meyer (1872-1949) houdt zich ook heel erg bezig met de anatomie van de hersenen, om de psychiatrie een zo wetenschappelijk mogelijke basis te geven. De volgende honderd jaar baseert de psychiatrie zich meestal op een pathologisch-anatomische afwijking in de hersenen die de mens geestesziek maakt (al houdt bijvoorbeeld Freud er wel andere ideeën op na). De oorzaak van de ziekte wordt steeds meer in de hersenen gezocht en stimuleert zo onderzoek naar de hersenen en manieren om de hersenen te genezen. Op lange termijn is dat opnieuw een van de fundamenteën van het onderzoek dat leidt tot de chemische medicatie in de jaren 50 van de vorige eeuw.⁸⁹

⁸⁷ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 68 en 78-82 en 98; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 83.

⁸⁸ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 82.

⁸⁹ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 40-1 en 87-94; Liégois, "Guislain tussen morele en organische benadering," p. 60; Peeters, "Historische fasen," p. 19.

In de 19e eeuw geeft de biologische psychiatrie eveneens aanleiding tot enkele pseudowetenschappen, die erg populair worden en soms verstrekkende gevolgen kunnen hebben. Een eerste voorbeeld is de Fransman Bénédict Morel (1809-1873), die medio 19e eeuw een theorie rond degeneratie ontwikkelt. Volgens hem zijn geestesziekten erfelijk en wordt de ziekte bovendien erger van generatie op generatie. Een ander figuur is de Italiaanse criminoloog Cesare Lombroso (1835-1909). Vanuit de antropometrie (het meten van allerlei lichaamsdelen is dan erg populair) en in het verlengde van de erfelijke degeneratietheorie, koppelt hij psychische eigenschappen aan lichamelijke kenmerken. Vooral criminelen interesseren hem. Volgens hem bestaat er namelijk zoiets als de “geboren misdadiger” met brede kaken, doorlopende wenkbrauwen, diepliggende ogen ... (*L'uomo delinquente*, 1871). De biologische, deterministische theorieën van Morel en Lombroso gaan terug op vroege voorlopers (in zekere zin zelfs tot bij Galenus, alhoewel die zich baseerde op de interne lichamelijke huishouding in plaats van uiterlijke kenmerken). Eind 17e eeuw al heeft de Zwitser Johann Lavater (1741-1801) een bijzondere interesse in de fysionomie of gelaatkunde. Via allerlei wetenschappelijke methoden en instrumenten ontwikkelt hij een menselijke anatomie die op basis van bijvoorbeeld de neus en mond het innerlijke gevoelsleven blootlegt. Door uiterlijke kenmerken systematisch te bestuderen, meent ook Franz Joseph Gall (1758-1828) psychische kenmerken empirisch te kunnen vaststellen. Hij focust zich met zijn frenologie vooral op de schedel: de grootte en plaats van bobbel, uitstulpingen en deuken vertelt welke karaktereigenschappen zwak of sterk ontwikkeld zijn. Dergelijke ideeën komen trouwens niet enkel in de 18e en 19e eeuw voor. In de jaren 20 van de vorige eeuw ontwikkelt ook Ernst Kretschmer (1888-1964) een typologie van psychische afwijkingen op basis van lichaamsbouw. Die theorieën blijven bovendien niet altijd bij onschuldige spelerei. Autoritaire regimes zoals nazi-Duitsland grijpen er bijvoorbeeld naar om, in combinatie met eugenetica en sociaaldarwinistische ideeën, een onderscheid te maken tussen het goede volk en minderwaardige individuen, denk maar aan *Aktion T4*, ofwel de gedwongen euthanasie van onder andere gehandicapten en psychiatrische patiënten.⁹⁰

⁹⁰ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 107-113.

5 Twintigste-eeuwse ontwikkelingen

Eind 19e, begin 20e eeuw is de periode van de zogenaamde bed- en badverpleging.⁹¹ Van de jaren 1880 tot eind jaren 1920 lijkt de psychiatrische instelling steeds meer op een “echt” ziekenhuis. Patiënten worden passief verzorgd in bed. Weken- tot maandenlang moeten ze in bed blijven. Het is een van de weinige manieren om patiënten rustig te krijgen, meestal in combinatie met fysieke dwangmiddelen en verdovende middelen als paraldehyde en chlooraalhydraat. Het idee is dat de hersenen veel rust nodig hebben om te kunnen genezen. Geestesziekten worden in het verlengde van de negentiende-eeuwse biologische psychiatrie als een zuivere hersenaandoening beschouwd, die net als een lichamelijke ziekte bedrust vereist. Het is bovendien makkelijk om de vele patiënten in de slaapzalen in bed te observeren en men gaat ervan uit dat het voor de patiënt aangenamer is om als “echte” zieke behandeld te worden. Voor de patiënt is dat echter allesbehalve aangenaam. Die krijgt last van doorligwonden, slapeloosheid, verveling en verminderde eetlust. Veel andere behandelingsmethoden buiten die rust worden in die tijd evenwel niet toegepast. De enige afwisseling is dat de patiënt nu eens in bed ligt, dan weer in bad. De hydrotherapie beleeft namelijk ook zijn hoogdagen. De badverpleging wordt vooral toegepast bij onrustige patiënten. Men gelooft dat het water positief inwerkt op het lichaam en het tot rust brengt. Het is geen uitzondering dat een patiënt dagenlang in bad moet blijven, daartoe gedwongen met een spanzeil of -plank over het bad. De patiënt wordt gevoederd en uitwerpselen komen in het lauwe water terecht. Bij lange behandelingen wordt het water af en toe weggepompt om het te verversen. Het idee achter de badverpleging is dat het water het lichaam zuivert en lichaamsfuncties ontspant. Alhoewel men in de bed- en badverpleging niet echt actieve pogingen doet om op het lichaam in te werken, blijft men wel grotendeels overtuigd van een biologisch hersenprobleem. Deze idee zal in de loop van de 20e eeuw sterker worden door enkele wetenschappelijke inzichten, waardoor ook de behandelingen zich steeds specifiek op de hersenen als oorzaak van de geestesziekte richten.⁹²

⁹¹ In deze jaren ontwikkelt ook Freud zijn psychoanalytische theorieën. Ik ga daar echter niet dieper op in, omdat zijn ideeën lange tijd weinig praktische toepassingen kennen, zeker in de periode die in dit onderzoek aan bod komt. Psychoanalyse is een lang, duur, intensief proces, waarvoor in de grote gestichten geen tijd of geld beschikbaar is.

⁹² Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 144-151; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, pp. 108-9; Peeters, “Historische fasen,” p. 19; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 214-8; Blok en

Als reactie op de passieve bad- en bedverpleging bedenkt Hermann Simon (1867-1947) een actievere therapie om de patiënten bezig te houden met taken en hen zo een verantwoordelijkheidszin mee te geven op basis van de nog gezonde functies. Men vertrekt namelijk van wat de patiënt wel nog kan en bouwt daarop verder. De patiënt krijgt een gevoel van nut en waardigheid, want het nietsdoen leidt tot verveling en apathie. Ze moeten volgens Simon niet zwaar verdoofd in bed of bad liggen. Daarom wil hij de patiënten heractiveren met arbeidstherapie. Werkzalen en ateliers krijgen her en der een belangrijkere plaats. In het *Hospice Guislain* bijvoorbeeld is het maken van wasspelden in die tijd een populaire activiteit, die bovendien ook economisch niet oninteressant is.⁹³

In 1895 ontdekt Wilhelm Röntgen (1845-1923) de x-stralen. Het wordt mogelijk om hersenen met foto's te bestuderen en onderzoeken. In de eerste helft van de 20e eeuw komen daar ook sonar- en radartechnologieën bij, tomografie, echografie, CT- en MRI-scanners, radiologie ... In België ontwikkelt professor Dewulf een hersensnijmachine om een brein in millimeterdunne plakjes te snijden voor zijn neurologisch en anatomisch onderzoek. Op dergelijke manieren vergaart de mens steeds meer kennis over de werking en opbouw van de hersenen. Ook de ontdekking van de neurotransmitters, in 1920 door Otto Loewi (1873-1961), is te plaatsen in dat steeds toenemend onderzoek van de hersenen door neurologen en psychiaters. Het is het inspirerende begin van allerlei psychiatrische experimenten, specifiek gericht op het beïnvloeden van de hersenwerking.⁹⁴

Aan het begin van het interbellum zijn er namelijk maar weinig therapeutische middelen beschikbaar. De morele therapie heeft zijn nut verloren, want het is onhoudbaar in de massagestichten. De bed- en badverpleging is ondertussen achterhaald. Biologisch hersenonderzoek levert zoals gezegd wel nieuwe kennis op, maar leidt voorlopig niet tot adequate therapieën. De gestichten zitten overvol, maar genezingen laten op zich wachten. Bij gebrek aan beter, beginnen heel wat psychiaters zelf te experimenteren. Men zoekt manieren om psychiatrische ziekten, waarvan men overtuigd is dat ze lichamenlijk

Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, pp. 37 en 50; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, pp. 92-3; Corrie Dane, *Geschiedenis van de ziekenverpleging*, Lochem, De Tijdstroom, 1985, pp. 114-5.

⁹³ Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 137; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 103; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 92; Annemie Cailliau en Erwin Mortier, "De bijenkorf der samenleving," in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tiel, Lannoo, 2011, p. 114.

⁹⁴ Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 107; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, pp. 95-7.

veroorzaakt worden, te bestrijden door op het centraal zenuwstelsel en de hersenen in te werken. Het is als het ware een moderne voortzetting van negentiende-eeuwse hersenbiologische opvattingen. Die nieuwe, fysieke technieken - niet altijd zonder risico - zijn op hun beurt als het ware de prelude op de medicatie van de jaren 50. Tekenend voor die ontwikkeling is het feit dat velen zichzelf "neuropsychiater" beginnen te noemen.⁹⁵

In 1917 begint Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) in Wenen koortsaanvallen uit te lokken door patiënten met malaria te besmetten, nadat hij in de jaren 80 van de 19e eeuw al opmerkt dat hoge koorts een geestesziekte kan verbeteren. De behandeling lijkt vooral in te werken op *paralysie générale*, veroorzaakt door syfilis. Een tiental koortsaanvallen wordt als ideaal beschouwd. In 1927 krijgt hij de Nobelprijs voor zijn ontdekkingen. Na de massale verspreiding van penicilline na de Tweede Wereldoorlog kan syfilis makkelijker bestreden worden en verliest de malariatherapie zijn nut. Het belang van de behandeling ligt vooral in het feit dat het de eerste van vele exponenten van een hernieuwde biologische kijk op de psychiatrie is. Het heeft veel andere onderzoekers ervan overtuigd dat een psychische ziekte inderdaad geneesbaar is en hen zo aangezet om gepaste hersenbehandelingen te zoeken.⁹⁶

Een voorbeeld daarvan is de slaapkuur, die eveneens in die jaren ontwikkeld wordt. Patiënten worden vijf tot tien dagen in een diepe, kunstmatige slaap gehouden. Het idee daarachter is dat de hersenen rust nodig hebben om te herstellen en normaliseren. Vooral depressies en manische toestanden worden ermee behandeld. In de jaren 20 wordt de slaapkuur op punt gesteld door Jakob Klaesi (1883-1980), die Somnifeen en Veronal als narcoticum gebruikt, nadat Neil Macleod in het begin van de 20e eeuw al mensen in continue slaap probeert te houden met behulp van bromiden. Ook Luminal wordt soms ingezet om de mensen zwaar te verdoven.⁹⁷

⁹⁵ Hordern, "Psychopharmacology," p. 101; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 207 en 257; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 215 en 218.

⁹⁶ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 101-4; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 209-213; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 141; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 221-3; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 96; Lothar B. Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments Preceding Pharmacotherapy," in: Frank J. Ayd en Barry Blackwell, eds., *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott, 1970, p. 59.

⁹⁷ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 218-225; Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments," pp. 14-5 en 60.

De insulinekuur wordt door Manfred Sakel (1900-1957) bedacht in het begin van de jaren 30. Hij brengt patiënten, voornamelijk psychoten en schizofrenen, opzettelijk in een staat van hypoglykemie door hoge dosissen insuline toe te dienen. Hun bloedspiegel zakt en ze raken in coma. Na een twintigtal minuten dient hij dan suiker toe, via een buis door de keel en slokdarm rechtstreeks in de maag, zodat de patiënt uit zijn coma ontwaakt. De behandeling moet soms tientallen keren uitgevoerd worden. De bedoeling erachter is als het ware om de hersenen uit te schakelen en nadien te heropstarten. Zo kunnen verstoorde hersenfuncties hersteld worden. In tegenstelling tot de meeste andere experimentele behandelingen, lijkt de insulinetherapie wel degelijk enige effecten te hebben, vandaar dat die behandeling ook in de jaren 50 en zelfs 60 hier en daar nog toegepast wordt. Tijdens die jaren worden de insulineshocks wel steeds meer vervangen door psychofarmaca, temeer omdat een patiënt soms in zijn insulinecoma blijft of zelfs overlijdt. Bovendien is het een erg arbeidsintensieve therapie. Er zijn meerdere mensen nodig om de patiënt vast te houden bij het toedienen van de insuline en nadien om de patiënt te ontwaken en constant te observeren tijdens en na zijn coma. Het kan immers vele uren duren tot de patiënt volledig bij bewustzijn is.⁹⁸

Ook de cardiazolshockbehandeling, een convulsietherapie bedacht door de Hongaar Ladislav von Meduna (1896-1964) in 1934, wordt regelmatig ingezet. Hij merkt op dat de symptomen verlichten van schizofrene patiënten die spastische aanvallen krijgen. Epilepsie en schizofrenie kunnen volgens hem niet samen voorkomen. Met het middel cardiazol probeert hij opzettelijk "therapeutische" krampaanvallen uit te lokken, die vaak eindigen in bewusteloosheid. Hij raadt een vijftwintigtal behandelingen aan. Omdat de behandeling op een valse premisse steunt - het onmogelijk samengaan van epilepsie en schizofrenie - zijn de behaalde resultaten niet erg spectaculair. Er is bovendien veel kans op sterfte. De behandeling zal, na een kort gloriemoment op het einde van de jaren 30, dan ook nooit zo populair worden als bijvoorbeeld insuline- en elektroshocks.⁹⁹

⁹⁸ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 106-8; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 225-231; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 142; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 223-6; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 96; Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments," p. 61.

⁹⁹ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 108-111; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 233-4; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 142; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 226-8.

De eerste elektroconvulsietherapie (ECT) wordt in 1937 uitgevoerd door Ugo Cerletti (1877-1963) en zijn assistent Lucio Bini (1908-1964). Zij doen onderzoek naar voltages, het aantal shocks, de duur van de behandeling ... Inspiratie halen ze bij het toenmalige populaire idee dat spastische toevallen op een of andere manier gunstig zijn voor de psychische zieke. Vooral zware depressies en schizofrenie lijken baat te hebben bij ECT. De behandeling wordt de jaren erna erg populair. Ze is algemeen aanvaard en heel wat patiënten worden soms haast standaard elektroshocks toegediend. Nochtans is het geen aangename behandeling. Door de hevige shocks die via de slaap van de patiënt door zijn hoofd gestuurd worden, is er regelmatig een of andere fractuur. Er zijn bijvoorbeeld gevallen bekend waarin de kaak uit de kom schiet. Na de Tweede Wereldoorlog kan het lichaam van de patiënt wat meer labiel gehouden worden tijdens de shocks door het middel curare, wat het risico op breuken verkleint. Na de invoer van psychofarmaca, die effectiever, gemakkelijker en veiliger werken, verdwijnen elektroshocks vanaf de jaren 60 stilaan naar de achtergrond. Zeker tijdens de jaren 50 komen ze wel nog vaak voor, soms in combinatie met psychofarmaca. Ondertussen weten we dat in de hersenen inderdaad elektrische signalen uitgewisseld worden. De precieze inwerking van elektroshocks blijft nog altijd onbekend, maar soms kan het ook nu nog een succesvolle behandeling zijn bij zeer zware depressies.¹⁰⁰

Midden jaren 30 van de vorige eeuw begint de Portugees Egas Moniz (1874-1955) te experimenteren met de prefrontale lobotomie of leukotomie, een moderne vorm van psychochirurgie. Psychochirurgie wordt al van in de 19e eeuw soms toegepast, maar tot dan toe weinig systematisch en zonder grote resultaten (ook prehistorische gaten en middeleeuwse keisnijdingen kunnen trouwens als vroege voorlopers hiervan gezien worden). Moniz gaat ervan uit dat het psychisch welzijn van de mens gesitueerd is in de voorste hersenkwabben. Door die zieke delen letterlijk los te maken van de rest van de hersenen, kan de patiënt volgens hem genezen. In het begin probeert hij dat te bereiken door pure alcohol door een gat in het hoofd te gieten, maar dat levert weinig resultaat op. Hij ontwikkelt vervolgens een speciaal snijmes om preciezer te werk te kunnen gaan. Hij snijdt daarmee de banen door tussen de frontale lobben en de hersenstam. Onder andere depressieve, obsessieve en psychotische patiënten worden behandeld. Voor zijn onderzoek

¹⁰⁰ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 114-6; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 235-241; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 142; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 229-232; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 96; Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments," p. 63.

ontvangt hij de Nobelprijs in 1949. In 1946 ontwikkelen de Amerikanen Walter Freeman (1895-1972) en James Watts (1904-1994) de transorbitale lobotomie. Die techniek komt erop neer dat de arts een lange pin door de oogkas steekt om bepaalde hersenbanen te vernietigen. Gedurende een tiental jaar worden wereldwijd tienduizenden mensen aan de lobotomie onderworpen, maar die is niet zonder gevaar. Het is een erg precieze ingreep, die makkelijk verkeerd kan lopen. Bovendien ontwaken sommige patiënten niet meer uit de operatie. Diegenen die wel nog wakker worden, leven soms spreekwoordelijk als een plant. Hun ziekte lijkt genezen, maar hun gevoelsleven wordt tot een absoluut minimum herleid.¹⁰¹

Het is belangrijk te weten dat een patiënt achtereenvolgens of tegelijk aan meerdere therapieën onderworpen kan worden. Buiten de malariatherapie, die specifiek door syfilis veroorzaakte psychische problemen tegengaat, worden de experimentele behandelingen ook breed ingezet tegen allerlei ziektebeelden. Het is een erg gedifferentieerde periode in de psychiatrie, met een terugkerende constante: het zijn steeds de hersenen die men wil beïnvloeden. Bovendien gebeurt dat vaak in combinatie met verdovende slaap- en kalmeringsmiddelen (cfr. supra). Er bestaat in de psychiatrie dus zeker en vast al een sterke medicamenteuze traditie in de eerste helft van de 20e eeuw, die deels de weg voor psychofarmaca plaveit. Zoals gezegd bouwt dat alles trouwens voort op de biologische psychiatrie uit de tweede helft van de 19e eeuw. De algemene mentaliteit staat dus open voor zowel medicatie als biologische behandelingen die specifiek op de hersenen inwerken. Bovendien wordt penicilline ontdekt in 1928, wat opnieuw een algemene, optimistische impuls geeft aan de medische wetenschap en het geloof in nieuwe, moderne medicatie.¹⁰²

Het is in die twintigste-eeuwse biomedische context vol hersenonderzoek en -behandelingen, dat ook lithium en chloorpromazine ontdekt worden. Zoals in het begin van dit hoofdstuk aan bod kwam, veroorzaken die middelen een psychofarmacologische beweging in de psychiatrie vanaf medio jaren 50, waardoor de vroegere behandelingen grotendeels verlaten worden vanaf de jaren 60.

¹⁰¹ Hordern, "Psychopharmacology," pp. 111-4; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 241-6; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 143; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 96; Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments," p. 66; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, p. 165.

¹⁰² Majerus, *Parmi les fous*, pp. 211-4 en 236; Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," p. 58; Pieters en Snelders, "Mental ills," pp. 381-401; Joanna Moncrieff, "An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry," in: *History of psychiatry* 10, nr. 40, 1999, pp. 457-490.

Naar Shorters mening is er in de tweede helft van de 20e eeuw dan ook een grote omslag, waarin de psychiatrie oude denkbepelden verlaat ten voordele van genetica en hersenbiologie. De biochemische aanpak in de psychiatrie treedt op de voorgrond, met als ultieme exponent de psychofarmaca. Het probleem wordt al langer in de hersenen gesitueerd, maar nu wordt het mogelijk het probleem daar effectief en efficiënt aan te pakken. De ontdekking van chloorpromazine is zo het begin van een revolutie in de psychiatrie, volgens hem te vergelijken met de ontdekking van penicilline in de gewone geneeskunde.¹⁰³ Alhoewel Shorter zelf de woorden niet in de mond neemt, meent Majerus dat Shorter met die chemische revolutie in zekere zin het einde van de geschiedenis van de psychiatrie afroept.¹⁰⁴ Zelf is hij het daar niet helemaal mee eens. Hij erkent dat vanaf de tweede helft van de jaren 50 bijvoorbeeld elektroshocks terrein verliezen en dat ook andere biologische behandelingen als de insuline- en cardiazolshock verdwijnen in die jaren. Het gebruik van psychofarmaca daarentegen blijft toenemen en eind jaren 60 neemt het merendeel van de patiënten een dergelijk middel.¹⁰⁵ Majerus wijst tegelijk ook op de continuïteiten doorheen de 20e eeuw wat betreft behandelingsmethoden, waardoor hij minder overtuigd is van het revolutionaire karakter van psychofarmaca op chemisch en therapeutisch vlak.¹⁰⁶

Het psychofarmacologische verhaal, dat tijdens de jaren 50 en 60 een snelle en populaire ontwikkeling kent, is er duidelijk een met veel verschillende lagen, benaderingen en meningen. Het roept vragen op (wat met eerdere behandelingen?), veroorzaakt problemen (verslaving en bijwerkingen) en biedt oplossingen (patiënten komen tot rust en lijken te genezen). Op dat alles en nog veel meer wordt in het tweede hoofdstuk dieper ingegaan.

¹⁰³ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 9 en 265 en 274 en 335.

¹⁰⁴ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 29 en 237.

¹⁰⁵ Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution",," p. 59.

¹⁰⁶ Majerus, *Parmi les fous*, p. 211.

Hoofdstuk 2 - Psychofarmaca in de literatuur

1 Algemeen

Dit tweede hoofdstuk behandelt de stand van het onderzoek naar de impact van psychofarmaca. Omdat die vanaf het midden van de jaren 50 en vooral vanaf de jaren 60 van de vorige eeuw een prominente rol innemen in de psychiatrie, is de geschiedenis van de psychiatrie van de afgelopen zestig jaar intens verbonden met psychofarmaca. Veel veranderingen, evoluties, vernieuwingen ... in de psychiatrie zijn deels of voor een groot stuk (of net niet, afhankelijk van de auteur, cfr. infra) te verklaren door de invloed van psychofarmaca. Wat volgt, is dan ook een breed overzicht van allerlei ontwikkelingen in de psychiatrie (en soms daarbuiten) gedurende de tweede helft van de 20e eeuw, die op een of andere manier met psychofarmaca te maken hebben.

Ik ga niet in op de wetenschappelijke of technische aspecten van de wijze waarop de werkzame stoffen in psychofarmaca gemaakt worden of op welke biochemische manier ze inwerken op de hersenen. Niet alleen ontbeer ik de nodige expertise, het is bovendien niet relevant voor dit onderzoek. Des te meer gaat mijn aandacht uit naar de sociale, economische, maatschappelijke, medische ... gevolgen van psychofarmaca. Vooral overkoepelende, structurele veranderingen komen aan bod met daarnaast ook enkele meer praktische, dagelijkse vernieuwingen. Gekoppeld aan die gevarieerde invalshoeken belicht ik verscheidene standpunten in die kwesties. Waar de ene auteur optimistisch over een revolutie spreekt, predikt een andere voorzichtigheid, terwijl nog een andere enkel negatieve aspecten ziet. Op die manier verwacht ik een zo volledig en genuanceerd mogelijk beeld te bekomen van de veranderingen die psychofarmaca volgens de literatuur teweegbrengen in de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw, temeer omdat ik hiervoor verschillende soorten werken raadpleeg: historische overzichten, psychiatrische vaktijdschriften, handboeken psychologie, getuigenissen van verpleegkundigen, eigentijdse en recente werken, (inter)nationale literatuur ...

Het moet wel gezegd dat er over de meeste thema's die hierna aan bod komen, weinig tot geen specifieke boeken of artikelen bestaan.¹⁰⁷ Meestal wordt iets dat relevant is voor mijn onderzoek terloops vermeld, bijvoorbeeld in een algemeen werk of een werk met een ander onderwerp, zonder dat er dieper wordt op ingegaan. Het gebrek aan een coherente onderzoekstraditie verklaart waarom de kennis zo verspreid zit. Bovendien betreft het zeer recente ontwikkelingen, dus is het soms simpelweg onmogelijk om er al meer over te weten, bijvoorbeeld omdat bronnen nog niet raadpleegbaar zijn of omdat de auteur in kwestie een evolutie behandelt die nog volop gaande is. Desalniettemin ben ik ervan overtuigd dat ik, door veel en gevarieerde werken te combineren, een vrij volledig overzicht kan voorleggen van wat inmiddels wel al door anderen is onderzocht en vastgesteld.

Een andere belangrijke kanttekening is de sterk Angelsaksische inslag van de literatuur. Internationale standaardwerken over (de geschiedenis van) de psychiatrie zijn meestal in een Amerikaanse of Britse context tot stand gekomen.¹⁰⁸ Het feit dat psychofarmaca (en medicatie in het algemeen) in Amerika veel zichtbaarder aanwezig zijn in de maatschappij dan in onze streken, bijvoorbeeld omdat reclame daar wel toegelaten is, verklaart waarschijnlijk voor een deel de grote onderzoeksinteresse. Dat heeft als gevolg dat enkele van de veranderingen die hierna besproken worden, vooral verwijzen naar de Amerikaanse situatie of met Amerikaanse cijfers gestaafd worden. Toch is het aannemelijk dat dezelfde tendensen ook in Europa, België, Vlaanderen een rol spelen - zij het misschien later of minder ingrijpend¹⁰⁹ - want de werken die informatie geven over onze contreien, vertonen een grote analogie met de internationale literatuur. Uiteraard is het verkeerd om zomaar blindelings parallellen te trekken, een voldoende kritische houding met aandacht voor de specifieke Belgische context is steeds aangewezen. Waar mogelijk maak ik de vergelijking.

De literatuurstudie valt in meerdere delen uiteen, waarvan de eerste drie het grootst en belangrijkste zijn in functie van mijn onderzoek. Ten eerste focus ik op de structurele macroveranderingen in de psychiatrie als geheel en wat dat betekent voor de maatschappij. Het gaat dan vooral over de veranderende aard van opnames, zowel in duur als in aantal,

¹⁰⁷ Dat probleem heb ik reeds aangehaald in de inleiding.

¹⁰⁸ Belgische werken zijn bovendien ook nog eens in de minderheid vergeleken met sommige andere Europese landen. Ook dat kenmerk van de literatuur kwam al aan bod in de inleiding.

¹⁰⁹ Pieters en Majerus, "The introduction of chlorpromazine," p. 448.

wat leidt tot de de-institutionalisering van de psychiatrische zorg gekoppeld aan meer zorg in de samenleving zelf. Ten tweede bespreek ik op welke manier het alledaagse leven in een psychiatrisch gesticht verandert door de intrede van psychofarmaca. Dat behelst het gedrag van patiënten; het werk van verpleegkundigen en psychiaters; de relaties tussen die groepen; wat er verandert aan de sfeer in en het uitzicht van de instelling; hoe andere behandelingen evolueren onder de invloed van psychofarmaca ... Ten derde bekijk ik, na die structurele macro- en praktische microveranderingen, de argumenten pro en contra psychofarmaca die door voor- en tegenstanders naar voren geschoven worden. Waarom beoordeelt de ene auteur psychofarmaca positief en welke negatieve aspecten stelt een andere daartegenover? Waarom zijn het al dan niet revolutionaire middelen te noemen? Daaraan gekoppeld raak ik ook de Belgische receptiegeschiedenis van psychofarmaca aan.

De onderverdeling die ik hierna hanteer, is schematisch opgesteld met de bedoeling enige orde in de grote hoeveelheid gegevens aan te brengen. Zowel de verschillende onderdelen als de volgorde ervan, zijn volledig arbitrair gekozen. Wel heb ik getracht volgens een zekere logica te werken op basis van bestaande thema's in de literatuur. Toch heeft zo een kunstmatig model onvermijdelijk tekortkomingen. Ten eerste bestaat het gevaar dat sommige verbanden verloren gaan in de verschillende onderverdelingen. Omdat psychofarmaca een behoorlijk ingrijpende verandering zijn op veel gebieden, hangt alles onvermijdelijk aan elkaar vast. Daarom verwijs ik in het ene stuk regelmatig naar het andere en vice versa. Ten tweede valt er soms over te discussiëren of een bepaald thema niet bij een ander onderdeel ingedeeld moet worden. Overlap is natuurlijk onvermijdelijk omdat een structurele verandering uiteraard meestal ook een praktische uitwerking heeft. De grens is soms vaag. De lezer zal het daarom misschien soms niet eens zijn met hoe ik te werk ga. Ten derde vindt niet alles een plaats in het schema. Op het einde komen daarom een paar bijkomende opmerkingen aan bod, die weliswaar niet in de drie hoofdthema's onderverdeeld kunnen worden, maar die niet onvermeld mogen blijven in een onderzoek naar de impact van psychofarmaca.

2 Structurele veranderingen in de psychiatrie tijdens de tweede helft van de 20e eeuw

2.1 Kortere opnames

Psychofarmaca hebben een invloed op de gemiddelde opnameduur in de psychiatrie, die afneemt sinds hun intrede. Door de snelle verbetering die de medicatie kan brengen, hoeven patiënten niet meer jarenlang in de instelling te verblijven. Eens er beterschap optreedt door het toedienen van de medicatie, kunnen patiënten snel ontslagen worden en terugkeren naar de maatschappij. De opnames duren daardoor minder lang.¹¹⁰ (Dat leidt onder andere tot de-institutionalisering en meer extramurale zorg, cfr. infra). De cijfers in Amerika spreken boekdelen. In 1955 (psychofarmaca worden dan nog maar pas gebruikt) duurt een verblijf in een psychiatrische instelling gemiddeld zes maanden. In 1966 is dat al maar twee maanden meer, in 1971 41 dagen en in 1975 slechts 26 dagen.¹¹¹ Ook in Nederland is een dergelijke evolutie merkbaar. In de psychiatrische instelling *Huize Padua* in Boekel bijvoorbeeld verlaat in de periode tussen 1957 en 1962 de helft van de opgenomen patiënten de instelling na drie maanden, een derde na zes maanden en slechts een zesde verblijft langer dan zes maanden.¹¹² De gemiddelde opnameduur van een patiënt in de psychiatrie wordt tegenwoordig trouwens uitgedrukt in dagen, niet in jaren of maanden.¹¹³ Uit een studie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ) op basis van gegevens van 31 021 bij hen aangesloten psychiatrische patiënten, blijkt dat de gemiddelde opnameduur in een psychiatrisch ziekenhuis in de periode tussen 2008 en 2012 69 dagen is. 5% van de personen verblijft langer dan een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis, 2% langer dan vijf jaar.¹¹⁴ Zulke cijfers zijn ondenkbaar in vroegere vormen van psychiatrie. In de middeleeuwen

¹¹⁰ Porter, *Madness*, p. 206; Marlet, "Medicinale therapie," p. 84; Kerry Davies, "'A small corner that's for myself': space, place and patients' experiences of mental health care, 1948-94," in: Leslie Topp, James E. Moran en Jonathan Andrews, eds., *Madness, architecture and the built environment*, New York, Routledge, 2007, p. 317.

¹¹¹ Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, p. 273.

¹¹² Th. G. Lutters en W.C.M. Smits, "Inleidende beschouwingen: de psychiatrische patiënt, voor wie een probleem?" In: Th. G. Lutters en W.C.M. Smits, eds., *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*, Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, p. 2.

¹¹³ Samuel E. Wood, Ellen Green Wood en Denise Boyd, *The World of Psychology*, Boston, Allyn and Bacon, 2011, p. 523.

¹¹⁴ Ingrid Umbach en Vanessa Vanrillaer, "Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?" LOZ, geraadpleegd op 8 april 2016, <http://www.mloz.be/files/24072014-hf19nl-p22-25.pdf>.

bijvoorbeeld wordt een geesteszieke maar zelden terug vrijgelaten en ook patiënten in de morele gestichten worden meestal voor een langere periode opgenomen. Veel mensen die in vroegere periodes in de psychiatrie terechtkomen, verblijven er zelfs tot hun dood.

2.2 Minder opnames

Opnames worden niet enkel korter, er zijn er ook minder.¹¹⁵ Dat heeft twee oorzaken. Enerzijds zijn er minder nieuwe opnames. Door de-institutionalisering is er meer ambulante zorg mogelijk buiten de ziekenhuismuren voor nieuwe patiënten die men vroeger wel zou opnemen (cfr. infra). Anderzijds genezen, vooral in de beginperiode van psychofarmaca, veel chronische patiënten, die al jarenlang in een gesticht zitten. Zij worden nu ontslagen.¹¹⁶ Er verblijven voortaan dus heel wat minder mensen permanent in een psychiatrische instelling.¹¹⁷ Er is sprake van een ongezien aantal ontslagen dankzij de nieuwe medicatie. Voor het eerst in 175 jaar is er in 1956 daardoor een daling in plaats van een stijging (die begint met de morele gestichten) van het totale aantal opgenomen patiënten. Die daling zet zich daarna elk jaar door. Enkele cijfers ter illustratie. In Amerika zijn er in 1975 maar liefst 65% minder patiënten opgenomen in een gesticht tegenover 1955, terwijl er tussen 1945 en 1955 nog elk jaar een toename van 13 000 patiënten is. In 1978 zijn er in totaal al 400 000 minder opnames dan in 1955.¹¹⁸ De cijfers variëren wel wat van bron tot bron. Een andere auteur houdt het bijvoorbeeld op een daling van 600 000 tot 425 000 gehospitaliseerden tussen 1955 en 1975.¹¹⁹ Volgens nog een andere zijn er in 1969 in de Amerikaanse psychiatrie ongeveer 400 000 patiënten die in een of andere instelling verblijven. Dat zijn er nog altijd veel, maar zonder psychofarmaca zouden het er maar liefst 750 000 geweest zijn,

¹¹⁵ Zimbardo, Johnson en McCann, *Psychologie. Een inleiding*, p. 549; Michael W. Passer en Ronald E. Smith, *Psychology. The science of mind and behaviour*, New York, McGraw-Hill, 2004, p. 580; Stephen F. Davis en Joseph J. Palladino, *Psychology*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 2010, p. 529; Edward E. Smith, Susan Nolen-Hoeksema, Barbara Fredrickson en Geoffrey R. Loftus, *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*, Belmont, Wadsworth, 2003, p. 591.

¹¹⁶ Richard D. Gross, *Psychology. The science of mind and behaviour*, Londen, Hodder and Stoughton, 1992, p. 965; Carole Wade en Carol Tavis, *Psychology*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 2003, p. 623.

¹¹⁷ In de tientallen werken die ik heb geraadpleegd, ben ik slechts een auteur tegengekomen die expliciet schrijft dat het aantal opnamen niet vermindert door psychofarmaca. Zie: Kees Hoogduin, "Over psychofarmaca," in: Kees van der Velden en Kees Hoogduin, *Anna Karenina en de plastic zak*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985, p. 34.

¹¹⁸ Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, pp. 271-3; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 4.

¹¹⁹ Robert A. Baron, *Essentials of psychology*, Needham Heights, Allyn and Bacon, 2002, p. 523.

ofwel bijna twee keer zo veel.¹²⁰ In 1990 zijn er trouwens al maar 100 000 opgenomen patiënten meer.¹²¹ In 1996 bedraagt het aantal gestichtpatiënten in Amerika nog slechts 20% van de cijfers van 1956. De algemene tendens is dus duidelijk: er worden in de loop van de tweede helft van de 20e eeuw meer mensen ontslagen dan opgenomen.¹²² Ook in België vertoont het patiëntenbestand een daling. In 1952 zitten er ongeveer 25 000 patiënten in een gesticht.¹²³ In 1987 zijn het er nog 21 213.¹²⁴ Ondanks een groeiende bevolking dalen zowel de relatieve als absolute opnamecijfers.¹²⁵ Patiënten worden ook in Nederland vaker ontslagen. Tussen 1849 en 1926 stijgt het aantal patiënten per 100 000 inwoners van 39 naar 264. De absolute cijfers stijgen eveneens van 4 771 opgenomen patiënten in 1884 tot 26 217 in 1965¹²⁶ (onderstaande tabel toont aan dat het aantal opgenomen patiënten in Nederland, zowel absoluut als relatief, inderdaad stijgt tot medio 20e eeuw). In de periode tussen 1957 en 1962 wordt dan weer een op de vier patiënten ontslagen.¹²⁷

Jaar	Inrichtingen	Inwoners	Patiënten	Patiënten per 100 000 inwoners
1850	12	3 000 000	1 200	40
1900	26	5 000 000	8 000	160
1950	46	10 000 000	27 000	270

Tabel 1. Een overzicht van het aantal inrichtingen, bevolkingsaantallen en patiëntenaantallen (zowel absoluut als relatief ten opzichte van de bevolking) in Nederland, 1850-1950. Bron: Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 141.

¹²⁰ Frank J. Ayd, "The impact of biological psychiatry," in: Frank J. Ayd en Barry Blackwell, eds., *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott, 1970, p. 232.

¹²¹ Wood, Green Wood en Boyd, *The World of Psychology*, p. 523.

¹²² Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35; David G. Myers, *Exploring psychology*, New York, Worth Publishers, 1996, p. 470.

¹²³ Pierloot, "Belgium," p. 147.

¹²⁴ Karel Velle, *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, Kritak, 1991, p. 236.

¹²⁵ In vergelijking met het begin van de psychiatrische zorg zijn er in absolute cijfers uiteraard nog steeds veel meer patiënten medio 20e eeuw. In 1842 zouden er slechts 2 765 krankzinnigen in een Belgisch gesticht zitten. Door de uitbreiding van de sector en ook het ziektebegrip zelf, komen er in de eeuw erna steeds meer patiënten bij. Die evolutie zou dan gestopt worden door de psychofarmaca. Zie: Velle, *De nieuwe biechtvaders*, pp. 235-6.

¹²⁶ Peeters, "Historische fasen," p. 21.

¹²⁷ Lutters en Smits, "Inleidende beschouwingen," p. 2.

2.3 De-institutionalisering

Psychofarmaca worden, door kortere en verminderende opnames, traditioneel gezien als een factor in de de-institutionalisering van de psychiatrie vanaf de jaren 60.¹²⁸ Voor veel ziekten is het niet meer nodig om in grote, allesomvattende instellingen te leven, eten, werken, slapen ... omdat de patiënt de medicatie thuis kan nemen. De behandeling vereist geen overkoepelend institutioneel kader. Er is bijvoorbeeld geen shockbehandeling meer nodig, die uitgevoerd wordt door de psychiater en waarbij verpleegkundigen moeten assisteren (cfr. infra). Ook een voorschrift kan los van het gesticht geschreven worden en de medicatie is buiten het gesticht verkrijgbaar. Met behulp van die medicatie kunnen patiënten terugkeren naar de maatschappij en hun functionele rol buiten het gesticht weer opnemen. Als alles goed geregeld wordt, kunnen ze een behoorlijk normaal leven buiten de instelling leiden. De medicatie brengt hen namelijk tot rust (cfr. infra). Ze zijn niet gevaarlijk en doen geen onverwachte dingen. Familie en vrienden kunnen makkelijker een oogje in het zeil houden, samen met maatschappelijk assistenten. Om de patiënt te controleren, begeleiden en opvolgen, zijn er consultaties en therapie sessies in de private praktijk van de psychiater of in het ziekenhuis zelf, maar de patiënt hoeft niet maanden- of jarenlang in de instelling te verblijven. De zogeheten totale instellingen, waar de antipsychiatrie sterk tegen is (cfr. infra), verdwijnen. Het gesticht is geen ondeelbaar, autarkisch instituut meer, los van de samenleving, waar de patiënt anoniem in opgaat. De psychiatrie opent de deuren, gericht op resocialisatie en inclusieve zorg van het individu (psychofarmaca houden in het algemeen individuelere zorg in, cfr. infra), zodat de patiënt snel geneest en kan functioneren in de maatschappij.¹²⁹ Vanaf de jaren 60 ontstaan er dan ook veel nieuwe open afdelingen en medio jaren 70 zijn er al meer open dan gesloten bedden in de Belgische psychiatrie.¹³⁰

¹²⁸ Wood, Green Wood en Boyd, *The World of Psychology*, p. 523; Davis en Palladino, *Psychology*, p. 529; Barry D. Smith, *Psychology. Science and understanding*, Boston, McGraw-Hill, 1998, p. 599; Saul Kassin, *Essentials of psychology*, Upper Saddle River, Prentice Hall, 2004, p. 580.

¹²⁹ Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson en Loftus, *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*, p. 593; Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, p. 271; Porter, *Madness*, pp. 205-7; Davies, "“A small corner that's for myself”," p. 317; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 4; Passer en Smith, *Psychology*, p. 583; Myers, *Exploring psychology*, pp. 470-2; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, pp. 168 en 183; Stein, *Philosophy of Psychopharmacology*, p. 6; Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 7; David Ingleby, "Mental health and social order," in: Cohen Stanley en Andrew Scull, eds., *Social control and the state*, Oxford, Basil Blackwell, 1985, p. 166; Graham Davey, *Complete psychology*, Londen, Hodder and Stoughton, 2004, p. 597.

¹³⁰ Majerus, "Een fragmentarische geschiedenis," pp. 92 en 285.

Dat is een groot verschil met vroegere vormen van gesloten psychiatrische zorg, waar men niet bezig is met een mogelijke terugkeer naar de maatschappij. De behandelingen die men dan gebruikt, leiden immers nog veel minder tot genezing of voldoende verbetering. Een zeer lang verblijf in een instelling of gesticht is vaak de enige uitweg, wat in de loop van de 19e eeuw aanleiding geeft tot de groei en het succes van grote instituten. In de middeleeuwen wordt men zelfs simpelweg opgesloten en vastgeketend, overgelaten aan zijn lot. In het algemeen verblijven patiënten in die vroegere vormen van gesloten psychiatrie jaren-, decennia- tot zelfs levenslang in de instelling, met weinig of geen contact met de buitenwereld, waar ze totaal van vervreemden. Hun wereld is op den duur niet groter dan het gesticht, waarmee ze vergroeien. Vanaf de 19e eeuw werken patiënten op sommige plaatsen in het kader van de arbeidstherapie (die gepopulariseerd wordt in de morele therapie, cfr. supra) in ateliers en op velden rond het gesticht, zodat het gesticht quasi zelfvoorzienend wordt en onafhankelijk van de buitenwereld kan bestaan. Wanneer Simon de actievere therapie introduceert (cfr. supra), krijgt die ontwikkeling nog een extra impuls in de 20e eeuw. Een goed voorbeeld is het *Hospice Guislain*, waar men van oudsher sterk inzet op arbeidstherapie, waardoor haast een micro-economie tot stand komt binnen de muren van het gesticht. Patiënten koken, poetsen, onderhouden de tuin, doen klusjes ... In de jaren 20 van de vorige eeuw is de instelling geïsoleerd en zelfbedruipend. Er is zelfs eigen geld in omloop, dat patiënten in het gesticht kunnen verdienen en spenderen.¹³¹

Psychofarmaca maken dus volgens veel auteurs via kortere en minder opnames de weg vrij voor een open psychiatrie die meer inzet op een snelle terugkeer van het individu naar de samenleving. Maar niet iedereen is het eens met die visie. Scull bijvoorbeeld heeft drie grote kritiekpunten op dergelijke interpretaties. Ten eerste is er volgens hem geen sprake van een statistische correlatie tussen psychofarmaca en minder opnames. Ten tweede is er al veel vroeger kritiek te vinden op totale gestichten, meerbepaald vanaf John Conolly rond het midden van de 19e eeuw (denk maar aan zijn *no-restraint* beleid, cfr. supra). Ten derde maken de nieuwe geneesmiddelen het niet makkelijker maar net moeilijker om terug een normaal leven buiten het gesticht op te nemen. Het belang van Scull ligt voornamelijk in de alternatieve hypothese die hij naar voren schuift om de de-institutionalisering te verklaren, namelijk dat de kapitalistische staat de grote instellingen waar langdurige zorg wordt

¹³¹ Cailliau en Mortier, "De bijenkorf der samenleving," pp. 112-3.

verleend simpelweg niet langer kan betalen en daarom een goedkope vervanger zoekt en vindt in psychofarmaca.¹³² Ook volgens Baron is er in het proces van de-institutionalisering sprake van een economische realiteit waarin psychofarmaca nu eenmaal goedkoper zijn dan lange, intensieve behandelingen in een instelling. Hij ziet daarnaast eveneens een rol weggelegd voor de effectiviteit van psychofarmaca zelf, zonder dewelke dergelijke grote afname van het aantal patiënten nooit mogelijk zou zijn.¹³³ Langs de andere kant ziet bijvoorbeeld Shorter de de-institutionalisering wel degelijk als een gevolg, zij het ongewild, van de biologische psychiatrie gebaseerd op psychofarmaca. Volgens hem heeft dat trouwens niks te maken met de antipsychiatrische beweging (cfr. infra), waar hij erg kritisch over is. Hij schrijft over een daling van 559 000 opgenomen patiënten in Amerika in 1955 naar 338 000 in 1970 en 107 000 in 1988, ofwel een afname van 80% in dertig jaar tijd, wat hem een positieve houding tegenover psychofarmaca geeft (hij spreekt over een revolutie, cfr. supra). Die massale terugkeer van de zieke naar de gemeenschap beoordeelt hij echter niet als een goede zaak, door het falen van therapeutische gemeenschappen buiten de instelling en de vele nieuwe daklozen die daardoor ontstaan (cfr. infra).¹³⁴

Psychofarmaca zijn natuurlijk niet de enige oorzaak voor een nieuwe blik op de instelling, die zoals gezegd minder totaal wordt. Er is in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw ook invloed van antipsychiatrische kritiek (cfr. infra) en in het algemeen ontstaat er onder de bevolking een bewustzijn van de soms negatieve effecten van (langdurige) institutionalisering. Ongewilde, gedwongen opnames worden politiek en legaal herbekeken. Daarnaast vindt het idee, dat patiënten in de maatschappij zelf met succes opgevangen en verzorgd kunnen worden, steeds meer ingang, onder andere omdat er meer mogelijkheden toe zijn door de toenemende welvaart. Een combinatie van die factoren heeft aan einde gemaakt aan de grote, allesomvattende gestichten. Al is er dus discussie over hoe groot het aandeel van elke factor, bijvoorbeeld psychofarmaca, precies is.¹³⁵

¹³² Andrew Scull, *Museums of Madness. The social organization of insanity in 19th century England*, Harmondsworth, Penguin, 1979, p. 13.

¹³³ Baron, *Essentials of psychology*, p. 532.

¹³⁴ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 292 en 298-301.

¹³⁵ Ingleby, "Mental health and social order," p. 166; Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 11; Davis en Palladino, *Psychology*, p. 529; Myers, *Exploring psychology*, p. 470; Wood, Green Wood en Boyd, *The World of Psychology*, p. 523.

2.4 Extramurale zorg

Door die kortere en verminderende opnames is er zoals gezegd meer nood aan psychiatrische dienstverlening buiten de muren van de traditionele psychiatrische instelling, zowel voor nieuwe als ontslagen patiënten. Psychofarmaca creëren op die manier een grote groep patiënten die buiten het gesticht opgevolgd en behandeld moeten worden. Patiënten gaan bijvoorbeeld meer op consultatie in de praktijk van hun psychiater en er ontstaan initiatieven rond zowel preventie van hospitalisatie als nazorg en begeleiding voor wie ontslagen is uit de instelling. Denk maar aan vormen van begeleid en beschut wonen om de overgang van het gesticht naar de maatschappij minder groot en abrupt te maken. De zorg wordt in het algemeen meer ambulante en minder verbonden aan een grote, gecentraliseerde instelling. Extramurale zorg via poliklinieken neemt toe. Er ontstaan ook meer dagklinieken of net plaatsen waar patiënten enkel 's avonds komen slapen na een dag buiten het gesticht te hebben gewerkt. Anderen mogen dan weer in het weekend op verlof. In ieder geval probeert men patiënten een zo normaal mogelijk leven te laten leiden, liefst van al met zoveel mogelijk contact met de samenleving. Rehabilitatie, re-integratie en resocialisatie zijn de codewoorden van de nieuwe psychiatrische zorg, die zijn blik ook op de buitenwereld richt en aandacht heeft voor de plaats daarin van de patiënt, die misschien ziek is, maar als mens wel een sociaal wezen blijft. Maatschappelijk werkers treden in de loop van de jaren 60 op de voorgrond en helpen patiënten bij hun terugkeer naar de samenleving, bijvoorbeeld in de zoektocht naar werk en een woning of door de relatie met vrienden en familie te onderhouden of herstellen. Ook de huisarts krijgt een belangrijkere rol in de behandeling van psychiatrische problemen. Tegenwoordig krijgt 70 tot 75% van de patiënten voor de eerste keer psychofarmaca voorgeschreven via de eerstelijnszorg. Dat duidt opnieuw op het dalende aandeel van de instelling als enige verstrekker van psychiatrische zorg.¹³⁶

¹³⁶ Brysebaert, *Fundamenten van de psychologie*, p. 322; Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, pp. 271-3; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 4; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 108; Claes, "Het toenemend gebruik van psychofarmaca," p. 5; Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 73; Ayd, "The impact of biological psychiatry," p. 230; Jacques Hochmann, *L'histoire de la psychiatrie*, Parijs, Presses Universitaires de France, 2004, p. 99; Henry L. Roediger, Elisabeth Deutsch Capaldi, Scott G. Paris, Janet Polivy en C. Peter Herman, *Psychologie. Een inleiding*, vertaald en bewerkt door Marc Brysebaert, Gent, Academia Press, 1998, p. 676.

2.5 Heropnames

De keerzijde van korte opnames, gevolgd door buitenzorg, is evenwel dat een patiënt dikwijls kan hervallen en verspreid over zijn of haar leven meerdere keren heropgenomen moet worden.¹³⁷ Het gebruik van psychofarmaca betekent dus niet dat elke patiënt nog lang en gelukkig buiten het gesticht leeft. Vaak is er sprake van een draaideureffect met meerdere heropnames: iemand wordt opgenomen en na een korte periode ontslagen, maar hervalt na een tijd. Er volgt een nieuwe opname met ontslag na een korte periode, maar veel mensen blijven daarna meerdere keren hervallen en opgenomen worden, waardoor ze in een zich steeds herhalende cirkel belanden.¹³⁸ Er zijn verschillende oorzaken mogelijk om dat draaideureffect te verklaren. Soms wordt de medicatie niet meer, te weinig of verkeerd ingenomen. Dat kan onbewust zijn, omdat iemand niet verantwoordelijk genoeg is om voor zichzelf te zorgen, maar vaak wordt de medicatie met opzet, op initiatief van de patiënt zelf afgebouwd of zelfs stopgezet. Het is namelijk zo dat psychofarmaca enkel symptomen tegengaan, waardoor de ziekte onderhuids aanwezig blijft (cfr. infra). Het probleem is dat mensen die psychofarmaca nemen dan kunnen denken dat ze genezen zijn, waardoor ze op eigen houtje gaan experimenteren met hun dosering. Tijdens het wekelijkse of maandelijkse controlegesprek met de psychiater kunnen ze dan misschien een tijdlang de schijn hoog houden, maar uiteindelijk is een terugval meestal onvermijdelijk en breekt de ziekte weer door, met als gevolg een (meestal korte) heropname tot de patiënt weer voldoende hersteld is.

Een andere verklaring voor heropnames ligt in het feit dat sommige mensen simpelweg proberen om terug opgenomen te worden, omdat ze niet weten waar ze anders heen kunnen. Ze voelen zich alleen op de wereld, vinden nergens een luisterend oor en willen daarom terugkeren naar hun gekende, vertrouwde omgeving. Vooral in de psychofarmacologische beginjaren is dat soms een problematiek, omdat de uitstroom van chronische patiënten voor zowel de patiënt, de psychiater als de samenleving een totaal nieuwe situatie is, waar men nog onvoldoende op voorbereid is. Vaak komt iemand die na

¹³⁷ Davies, "“A small corner that’s for myself”,” p. 317.

¹³⁸ Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 37; Gross, *Psychology*, p. 965; Passer en Smith, *Psychology*, p. 583; Wade en Tavis, *Psychology*, pp. 623-4; Wood, Green Wood en Boyd, *The World of Psychology*, p. 526; Neil R. Carlson, G. Neil Martin en William Buskist, *Psychology*, Harlow, Pearson Education, 2004, p. 757.

een lang verblijf ontslagen wordt daardoor in de problemen buiten het gesticht. Tijdens een jarenlange opname wordt het gesticht voor veel mensen immers een nieuwe thuis, omdat contact met vrienden en familie verwatert. In het algemeen treedt trouwens vervreemding op van de buitenwereld. In het gesticht is het soms moeilijk om de actualiteit of nieuwe ontwikkelingen te volgen, zeker als een patiënt in een zeer moeilijke periode zit. Psychofarmaca kunnen bovendien een gebrek aan menselijke en sociale vaardigheden niet vervangen en leren een patiënt niet om in interactie te gaan met anderen, alhoewel heel wat ziekten interpersoonlijk contact bemoeilijken (vandaar dat sommige auteurs vinden dat er steeds veel aandacht moet zijn voor andere vormen van therapie, cfr. infra). Veel patiënten dragen ook een zwaar verleden met zich mee, waardoor het moeilijk is een nieuw leven op te bouwen of opnieuw contact te zoeken met vrienden en familie. Soms zijn alle bruggen definitief opgeblazen en gaan ze gestigmatiseerd door het leven. Vaak beschikken ze ook over onvoldoende financiële middelen om zelfstandig te kunnen overleven, bijvoorbeeld omdat ze een zware schuldenlast met zich meedragen of nergens een kans op werk krijgen. Vooral in Amerika hebben dergelijke problemen in het verleden voor heel wat nieuwe daklozen gezorgd, die door psychofarmaca plots uit de psychiatrie komen, maar om de voormelde redenen totaal onaangepast zijn aan het leven buiten de instelling. Dat ligt dan ook aan het feit dat de maatschappij zelf niet goed voorbereid is op de plotse stroom patiënten uit het gesticht. De opvolging laat dan te wensen over en soms is er simpelweg geen plaats voor hen voorzien in de samenleving. Eens ontslagen, wordt men aan zijn lot overgelaten. In landen waar de nazorg beter georganiseerd wordt, vormt dat een veel kleiner probleem. Daar wordt al snel op dergelijke moeilijkheden geanticipeerd door al tijdens het verblijf in de instelling in te zetten op resocialisatie (cfr. supra). Daarnaast zorgt de afnemende opnameduur ervoor dat patiënten minder vervreemden van de wereld en hun omgeving. Wat België betreft, zijn er geen berichten dat voormalige psychiatrische patiënten massaal op straat terechtkomen. Toch mogen we niet uit het oog verliezen dat hun ontslag en terugkeer naar de maatschappij ook hier vaak erg moeizaam verloopt door allerlei sociale en financiële problemen, al dan niet gekoppeld aan het terechtkomen in een omgeving vol taboes, onbegrip en gebrek aan respect voor psychiatrische patiënten.¹³⁹

¹³⁹ Pieters en Majerus, "The introduction of chlorpromazine," p. 445; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, pp. 59-62; Passer en Smith, *Psychology*, p. 583; Wood, Green Wood en Boyd, *The World of Psychology*, p.

3 Een veranderend gestichtleven tijdens de tweede helft van de 20e eeuw

3.1 Rust en stilte

Het eerste effect van psychofarmaca dat patiënten, verplegers en psychiaters al snel opmerken, is dat het gesticht een rustigere plaats wordt. Voorheen is er veel lawaai, geroep, vernielzucht, agressie en oproer.¹⁴⁰ De ergste gevallen worden vastgebonden aan hun bed, in een dwangbuis gestoken of in een isoleercel opgesloten. Dankzij psychofarmaca worden de patiënten over het algemeen kalmer. De uitspraak “En toen werd het stil ...” doet in psychiatrische kringen waarschijnlijk bij velen een belletje rinkelen. Onrust en geweld worden makkelijker en efficiënter gecontroleerd en verminderd. Patiënten worden beter handelbaar en meer benaderbaar. Largactil en Serpasil nemen angst, spanning, opwinding en onrust weg door hun sedatieve en slaapverwekkende werking. Voordien bestaat er ook al dergelijke medicatie (cfr. supra), maar de psychofarmaca werken veel sterker.¹⁴¹ Er zijn daarom minder fysieke dwangmiddelen nodig om patiënten te fixeren.¹⁴² Dwangbuizen worden minder gebruikt en isoleercellen zijn minder frequent bezet.¹⁴³ Het leven in het gesticht wordt met andere woorden stiller en serene. Die tegenstelling tussen onrust, geschreeuw, angst en agressie in het tijdperk voor psychofarmaca en stilte, kalmte en rust na de introductie van psychofarmaca wordt door vrijwel elke auteur onderschreven.¹⁴⁴ Vaak

526; Kassir, *Essentials of psychology*, p. 580; Myers, *Exploring psychology*, p. 470; Davis en Palladino, *Psychology*, p. 562; R.H. Cawley en W.H. Trethowan, “Psychiatry and the Balanced Hospital Community,” in: *Medical Care* 1, nr. 2, 1963, p. 81.

¹⁴⁰ Lange tijd is er geen toestemming nodig van de patiënt of zijn familie om bijvoorbeeld elektroshocks toe te dienen. Hetzelfde geldt voor insuline- en malariakuren. Dat zijn nochtans stuk voor stuk pijnlijke behandelingen die niet zonder gevaar zijn en vaak zonder verdoving uitgevoerd worden. Ook de lobotomie kan makkelijk verkeerd lopen. Door de angst voor dergelijke behandelingen, worden sommige patiënten extra agressief en opstandig. Zie: Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 24-35.

¹⁴¹ Saskia De Fyn, *Een overzicht van de evolutie der krankzinnigenbehandeling van de 19e eeuw tot 1950*, licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1985, p. 86.

¹⁴² Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson en Loftus, *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*, p. 591; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 109.

¹⁴³ Opvallend is dat zelfs patiënten die wel nog in een isoleercel opgesloten worden, meestal ook een of andere kalmerende medicatie toegediend krijgen, want opgesloten worden in zo een isoleercel kan iemand behoorlijk bang en agressief maken. Meer nog: “Het wordt zelfs onverantwoord gevonden om iemand zonder psychiatrische drugs te isoleren.” Zie: Joop Dekker, Willem Maarschalkerweerd, Jeanne Valkenburg en Anneke Zuidema, *Stenen voor brood. De isoleercel in de psychiatrie*, Utrecht, Cliëntenbond, 1989, p. 30.

¹⁴⁴ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 78; Hochmann, *L’histoire de la psychiatrie*, p. 99; Ayd, “The impact of biological psychiatry,” pp. 230-3; Marlet, “Medicinale therapie,” p. 90; Baron, *Essentials of psychology*, p. 533; Passer en Smith, *Psychology*, p. 580; Zimbardo, Johnson en McCann, *Psychologie. Een*

wordt het tot rust brengen van de psychiatrische patiënt als het grootste voordeel van psychofarmaca gezien (cfr. infra). Het werk van psychiaters en verpleegkundigen wordt minder zwaar en gevaarlijk. Agressieve patiënten kunnen zich beter beheersen en voor de patiënten die reeds uit zichzelf kalm zijn, wordt het aangenamer om in het gesticht te verblijven. Zij worden niet langer aangevallen of gestoord. Bovendien heeft die herwonnen rust ook een effect op andere aspecten van de psychiatrie en zet dat nieuwe tendensen in gang, waarvan enkele hierboven reeds aan bod kwamen, bijvoorbeeld dat een patiënt terug kan keren naar de maatschappij.

3.2 Meer therapie

De medicamenteuze behandeling heeft niet enkel een rechtstreekse invloed op het genezingsproces, maar vergroot ook het aandeel van andere methoden. Omdat patiënten rustiger worden, staan ze namelijk meer open voor andere vormen van therapie. Door psychofarmaca is een patiënt meer vatbaar voor aanvullende en ondersteunende gedragsbeïnvloedende therapie zoals de activerende, culturele, arbeids-, socio- of psychotherapie. Psychofarmaca scheppen ook meer plaats, tijd en aandacht voor muziek, kunst, toneel, ontspanning, beweging, creativiteit ... Zowel individuele als groepsmatige activiteiten en therapieën vinden meer ingang.¹⁴⁵ Omdat de medicatie bovendien enkel de symptomen bestrijdt (cfr. infra), denken sommigen dat het beter is om psychofarmaca sowieso standaard te combineren met andere therapieën, zodat ook de kern van het probleem aangepakt kan worden.¹⁴⁶ De spreekwoordelijke slinger moet dan als een compromis tussen pillen en praten hangen, als een samenwerking eerder dan een keuze

inleiding, p. 549; Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, p. 119; Robert J. Sternberg, *Psychology. In search of the human mind*, Orlando, Harcourt College Publishers, 2001, p. 558.

¹⁴⁵ Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, p. 121; Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 53 en 160; Roediger, Deutsch Capaldi, Paris, Polivy en Herman, *Psychologie. Een inleiding*, p. 676; Peeters, "Historische fasen," p. 22; Sander Gilman, "Psychotherapy," in: W.F. Bynum en Roy Porter, eds., *Companion encyclopedia of the history of medicine. Volume 2*, Londen, Routledge, 1993, passim; W.J. Schudel, *Opgenomen, opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1976, p. 37; Charles Solow, "Drug therapy of mental illness: tranquilizers and other depressant drugs," in: Kenneth E. Moore en Richard H. Rech, eds., *An introduction to psychopharmacology*, New York, Raven Press, 1971, p. 292.

¹⁴⁶ Davis en Palladino, *Psychology*, pp. 529 en 562; Elliot S. Valenstein, *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*, New York, The Free Press, 1988, passim.

tussen de twee.¹⁴⁷ Tegenstanders van psychofarmaca wijzen er maar al te graag op dat dat niet veel nut heeft voor de patiënt, omdat emoties en enthousiasme afgeremd worden door de psychofarmaca (cfr. infra).¹⁴⁸ Ze pleiten er dan bijvoorbeeld voor om eerst andere behandelingen en therapieën te proberen en enkel in uiterste nood naar medicatie te grijpen, als laatste redmiddel, wanneer niks anders helpt.¹⁴⁹ Voor Shorter hoeft al die voorzichtigheid niet, hij ziet het vooral als een voordeel dat “uren van doelloos gebabbel overbodig worden” door medicatie.¹⁵⁰

3.3 Het einde van eerdere behandelingsmethoden

Psychofarmaca faciliteren bepaalde vormen van therapie, maar dragen tegelijk ook bij aan de teloorgang van enkele andere behandelingsmethoden. De verschillende shockmethodes (bijvoorbeeld elektroshocks en de cardiazolbehandeling), koorts- en slaapkuren, de lobotomie ... waar vooral in het interbellum mee geëxperimenteerd wordt, verdwijnen naar de achtergrond vanaf de jaren 60. De nieuwe medicatie is veel efficiënter en effectiever en meestal makkelijk toe te dienen. De resultaten die ermee behaald worden, zijn ook ongezien. Met enkele pilletjes kan op korte tijd veel meer bereikt worden dan men voordien voor mogelijk houdt. Het is niet meer nodig om de patiënt aan pijnlijke, dure en arbeidsintensieve behandelingen te onderwerpen die weinig effect hebben. Dat betekent niet dat plots iedereen in de psychiatrie aan de medicatie zit. Zeker in de beginjaren (i.e. jaren 50) bestaan de verschillende behandelingen nog naast elkaar. Niet elke psychiater is namelijk meteen overtuigd van het nut van de psychofarmaca, anderen staan er zelfs wantrouwig tegenover of blijven halsstarrig vasthouden aan hun vertrouwde overtuigingen. Na verloop van tijd krijgen de psychofarmaca toch de bovenhand. Een nieuwe, jonge generatie psychiaters, die in hun opleiding over psychofarmaca leren, staat op en na enkele kennismakende jaren raakt de psychiatrie in het algemeen vertrouwd met de nieuwe middelen. Ondertussen is ook een enorme marketingmachine opgestart door de farmaceutische bedrijven, waar de nadruk uiteraard sterk op de positieve kenmerken ligt

¹⁴⁷ Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 107; Hans Van Epen, *Schets voor een nieuwe psychiatrie*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1990, p. 144.

¹⁴⁸ Passer en Smith, *Psychology*, p. 578; Davis en Palladino, *Psychology*, p. 562; Gross, *Psychology*, p. 965; Sandra K. Ciccarelli en J. Noland White, *Psychology. An exploration*, Boston, Prentice Hall, 2010, p. 483.

¹⁴⁹ Ras en van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, p. 137.

¹⁵⁰ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 9.

(cfr. infra). Ook in vaktijdschriften worden artikelen aan psychofarmaca gewijd. Psychofarmaca dringen gestaag door tot de kern van de psychiatrie en raken algemeen aanvaard. In de loop van de jaren 60 worden psychofarmaca op veel plaatsen de dominante behandeling. Er komen constant nieuwe middelen op de markt voor steeds meer psychiatrische ziektebeelden, waardoor de actieradius uitbreidt. Psychofarmaca worden ingezet om heel wat problemen te bestrijden, gaande van allerhande depressies en angststoornissen over schizofrenie tot psychosen, paranoia ... Toch zijn andere behandelingen niet volledig verdwenen. Bij zware depressies bijvoorbeeld kunnen elektroshocks vandaag nog een antwoord bieden. Het verschil is vooral dat het nu minder en behoedzamer toegepast wordt: niet langer van bed tot bed in de grote slaapzaal, maar onder strikte controle en verdoving in een ziekenhuis. Zoals gezegd hebben ook andere vormen van bijkomende therapie zeker en vast hun plaats in de behandeling van de meeste ziektes, naast en dankzij psychofarmaca. Het is dus zeker niet zo dat elke patiënt simpelweg pillen begint te slikken tot er genezing optreedt, het verhaal is complexer dan dat.¹⁵¹

3.4 Een nieuw psychiatrisch gelaat

Psychofarmaca leiden tot een andere indeling en inrichting van het psychiatrisch ziekenhuis, zowel institutioneel als architecturaal. Het uitzicht van de psychiatrie verandert op die manier ook letterlijk. Ten eerste omdat de zorg veel individueler wordt verleend dan voordien. Verplegers gaan niet meer met het elektroshocktoestel rond van bed tot bed, maar de patiënt krijgt medicatie waarvan de samenstelling en dosering individueel bepaald wordt volgens zijn of haar noden. Omdat er bovendien minder patiënten zijn waarover het personeel zijn aandacht en tijd moet verdelen, is er meer ruimte voor individuele therapie.¹⁵² De plaatsen en ruimtes waar patiënten verblijven, fragmenteren ondertussen ook. Door de teloorgang van de totale instelling (cfr. supra) en de individualisering van de zorg, is de patiënt niet langer het zoveelste nummer dat opgaat in de massa bedden in de grote slaapzalen. Die raken in onbruik. Meer en meer komen er kleine, aparte kamertjes in de plaats, die trouwens beter geschikt zijn voor de hoge omloopsnelheid door veel en korte

¹⁵¹ Ayd, "The impact of biological psychiatry," p. 230; Marlet, "Medicinale therapie," p. 84; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, p. 167; Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," p. 12; Kalinowsky, "Biological Psychiatric Treatments," p. 66.

¹⁵² Majerus, *Parmi les fous*, p. 213.

(her)opnames (cfr. supra). Dat heeft ook voordelen voor de patiënt zelf. In vergelijking met de vroegere slaapzalen, beschikt hij of zij onder andere over meer privacy, eigen kastruimte en een betere nachtrust. Badzalen worden eveneens ingeruild voor kleinere badkamers. Steeds vaker wordt er trouwens gesproken van een psychiatrisch ziekenhuis in plaats van inrichting, instelling of gesticht. De psychiatrie verandert met de komst van psychofarmaca immers van functie: niet langer enkel het bewaren en verzorgen van zieken, maar eindelijk ook het behandelen met de hoop op genezing (cfr. infra).¹⁵³ Afzondering en fysieke opsluiting komen zoals gezegd minder voor, waardoor fysieke dwangmiddelen ook letterlijk uit beeld verdwijnen in het psychiatrisch ziekenhuis. Isoleercellen, dwangbuizen en -riemen zijn geen dagelijkse kost meer.¹⁵⁴ Bovendien leeft men in het algemeen meer open omdat het gedrag van de patiënten verandert: ze zijn kalmer, socialer en minder gevaarlijk. Deuren hoeven niet langer altijd en overal op slot te zijn omdat de kans op ontsnapping verkleint. Meer nog, er ontstaan open afdelingen waar patiënten behoorlijk vrij kunnen gaan en staan waar ze willen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.¹⁵⁵ Sommige auteurs wijzen er ook op dat het gesticht meer aangekleed en ingericht kan worden met bijvoorbeeld gordijnen en bloemen. Er is niet langer gevaar dat patiënten de bloempotten zullen vernielen of zich zullen ophangen aan de gordijnen. Er kan ook al eens versiering opgehangen worden met de feestdagen en de muren krijgen een laagje verf. Op die manier komt er letterlijk meer kleur in het gesticht.¹⁵⁶ Sommige van die moderne en vernieuwde psychiatrische afdelingen, vooral vanaf de jaren 60, zouden voor een buitenstaander veel weg hebben van zijn eigen huis, met leefruimtes, ontspanningsruimtes, zithoeken, een keuken, aparte kamers met badkamer ... Het is niet moeilijk om je in te beelden dat een rustige, huiselijke omgeving aangenamer is voor patiënten en personeel dan grote, rumoerige, onpersoonlijke slaapzalen. Een ander voordeel waar tot slot soms op gewezen wordt, is dat de geur in de instellingen verbetert dankzij psychofarmaca. Veel van de middelen die voordien gebruikt worden, vooral chlooraalhydraat en paraldehyde, brengen een slechte geur voort.

¹⁵³ J. Van Baar, "Van "gesticht" naar modern psychiatrisch ziekenhuis," in: Th. G. Lutters en W.C.M. Smits, eds., *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*, Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, p. 17; Stichting Centrum St. Bavo Noordwijkerhout, *St. Bavo 65 jaar in beeld*, Organisatie ter bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid, s.l., s.d., p. 10.

¹⁵⁴ Roediger, Deutsch Capaldi, Paris, Polivy en Herman, *Psychologie. Een inleiding*, p. 676; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35.

¹⁵⁵ Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35.

¹⁵⁶ Ayd, "The impact of biological psychiatry," p. 233; Davies, "'A small corner that's for myself,'" p. 317.

Chloorpromazine (Largactil) bijvoorbeeld is in principe geurloos en dus verdwijnt een zekere stank. Daarnaast is er soms sprake van dat bepaalde patiënten hygiënischer worden, zowel wat betreft hun lichaamshygiëne en de staat van hun kleren en beddengoed als het feit dat er minder gegooid en gesmeerd wordt met fecaliën, omdat ze dankzij psychofarmaca en de socialiserende therapieën rustiger, minder agressief en bewuster van hun omgeving worden.¹⁵⁷

3.5 Contact tussen patiënten en psychiaters

Patiënten zijn sinds de komst van de psychofarmaca over het algemeen minder bang voor de arts omdat die geen pijnlijke, gevaarlijke, experimentele kuren meer op hen toepast zoals vroeger. Integendeel, de arts schrijft in de eerste plaats medicatie voor om hen te helpen. Om dat waar te maken, is er wel regelmatig een persoonlijk gesprek nodig, zodat de psychiater zicht heeft op hoe de patiënt reageert op de medicatie. (Hiervoor rekent hij uiteraard ook op feedback van de verpleegkundigen, cfr. infra.) Er ontstaat zo een nieuwe relatie tussen dokters en patiënten. Het individuele contact tussen patiënt en psychiater neemt toe, verloopt minder gespannen en er wordt meer gepraat.¹⁵⁸ De patiënt is door de medicatie vatbaarder voor communicatie, wordt responsiever.¹⁵⁹ In de praktijk blijft het contact tussen arts en patiënt, zeker in het begin, wel vaak formeel en medisch geladen.¹⁶⁰ Toch is er duidelijk een verandering merkbaar in de relatie tussen arts en patiënt. Voorheen blijft die vaak beperkt tot kortstondige observaties door de arts van de patiënten in de grote slaapzaal, terwijl psychofarmaca een meer persoonlijk contact impliceren door de individuele consultaties die nodig worden om de juiste medicatie en dosering te bepalen. De relatie tussen dokter en patiënt is bovendien van groot belang in de werking van psychofarmaca. Sociale en psychologische factoren spelen namelijk ook een rol bij het effect van de medicatie. Een begripvolle, luisterende, met het lot van de patiënt begane dokter die vertrouwen heeft in de medicatie, zal een patiënt meer overtuigen van de werking ervan dan een arts die zelf kritisch en sceptisch tegenover psychofarmaca staat of de patiënt snel als het zoveelste nummer in de rij afhandelt. Het komt in se neer op het bevestigen of

¹⁵⁷ Healy, *The creation of psychopharmacology*, p. 40.

¹⁵⁸ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 68 en 71.

¹⁵⁹ Baron, *Essentials of psychology*, p. 533; Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson en Loftus, *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*, p. 591.

¹⁶⁰ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 36.

ondermijnen van de verwachtingen van de patiënt, wat al dan niet een bijkomend placebo-effect met zich mee kan brengen.¹⁶¹ De sfeer en context waarin medicatie wordt voorgeschreven en ingenomen is dus erg belangrijk voor de werking ervan en ook de patiënt zelf moet ervoor openstaan, het aanvaarden en toelaten. Een empathische arts kan daarop inspelen. Zowel de kennis, ervaring en vaardigheden van de psychiater als de attitude van de patiënt zijn bij dat alles cruciaal.¹⁶² Een medicamenteuze behandeling is duidelijk geen eenrichtingsproces, zoals bij oudere behandelingen wel meer het geval is. De patiënt kan zijn zegje doen, meer nog, communicatie is noodzakelijk om de effecten van de behandeling te kunnen opmeten. Hij kan ook medicatie weigeren, bijvoorbeeld uit onvrede met zijn opname; als tegenreactie op de regels van het gesticht; uit angst voor de medicatie of bijwerkingen; omdat de patiënt zelf niet meent ziek te zijn ... Vroegere behandelingen worden over het algemeen zonder inspraak van de patiënt uitgevoerd, maar psychiater en patiënt moeten voortaan dus in dialoog gaan. Op die manier wordt het beeld dat velen hebben van de patiënt als speelbal van de psychiater toch wat genuanceerd.¹⁶³

De patiënt krijgt dus medicatie voorgeschreven door de arts, maar hoe leert de psychiater die psychofarmaca dan kennen? De praktijk toont aan dat het via allerlei kanalen verloopt. Er is mond-tot-mondreclame tussen psychiaters en veel artsen krijgen vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven over de vloer, die ook via andere kanalen reclame maken (cfr. infra). Verder ontstaat er heel wat academische literatuur en ook vaktijdschriften berichten al snel over de nieuwe ontwikkelingen. Uiteraard integreren ook de opleidingen die nieuwe ontwikkelingen en al snel ontstaan ook de eerste internationale congressen waar nieuwe inzichten, kennis en ervaringen uitgewisseld worden.¹⁶⁴

¹⁶¹ Hoogduin, "Over psychofarmaca," p. 35; Trevor Silverstone en Paul Turner, *Drug treatment in psychiatry. Social and psychological aspects of medical practice*, Londen, Routledge and Kegan Paul, 1974, p. 55; Guido Pieters, "Psychologische aspecten bij het voorschrijven van psychofarmaca," in: Guido Pieters, Jan Cambien, Guido Kongs en Myriam Van Moffaert, eds., *Van REM-slaap tot rêverie. Een multiversum van de psychiatrie*, Leuven, Acco, 1989, p. 211.

¹⁶² Pieters en Majerus, "The introduction of chlorpromazine," p. 447; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 348-9; Michael Balint, *The doctor, his patient and the illness*, Londen, Pitman Medical, 1964, pp. 1-5 en 11 en 242.

¹⁶³ Majerus, *Parmi les fous*, p. 211; Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," p. 59.

¹⁶⁴ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, passim; Majerus, "Making Sense of the "Chemical Revolution"," p. 63.

Over het algemeen wordt gesteld dat psychofarmaca het werk van de psychiater lichter maken, zelfs de zwaarste gevallen kunnen tot rust gebracht worden met de juiste medicatie, en dat hij zich zelfzekerder voelt door een toenemend zelfvertrouwen in zijn medisch kunnen (cfr. infra). Veel ziekten die voordien onbehandelbaar zijn, kan hij nu genezen of tenminste de symptomen ervan bestrijden. Patiënten, zelfs de chronische, kunnen geholpen worden. De psychiater wordt meer en meer een arts, die zieke mensen van hun probleem af kan helpen. Door de biomedische inslag van psychofarmaca - die uitgaan van een storing in de hersenchemie, wat in essentie een organisch of lichamelijk probleem genoemd kan worden - sluit de psychiater steeds meer aan bij een “echte” dokter, die ook problemen oplost via medicatie na de juiste diagnose te stellen tijdens een individuele consultatie. Dat zal in de beginjaren veel psychiaters aanzetten tot een overwegend positieve houding tegenover psychofarmaca (cfr. infra).¹⁶⁵

3.6 De verpleegkundige

Een groep die vaak vergeten wordt in deze hele historie, zijn de psychiatrische verpleegkundigen.¹⁶⁶ Hun job verandert echter ook van inhoud. In de 19e eeuw heeft men vooral nood aan sterke mannen die opgewassen zijn tegen de veelal agressieve patiënten. Meestal oefenen laaggeschoolden dat onaantrekkelijke, zware en slechtbetaalde beroep uit. Het betreft eerder bewaking en bescherming in plaats van verzorging en genezing. Met de bed- en badverpleging in het begin van de 20e eeuw begint een eerste professionalisering van het beroep met kleinschalige, inleidende opleidingen, vaak voorzien door het gesticht zelf. Meer en meer kiezen jonge vrouwen voor de psychiatrische verpleegkunde. Zieken worden namelijk net als in een “echt” ziekenhuis in bed verzorgd, waardoor het beroep wat meer allure krijgt. Daarnaast is een job in de zorg in die tijd nog een van de weinige mogelijkheden om zich als vrouw op de arbeidsmarkt te begeven.¹⁶⁷ Psychofarmaca zijn een volgende stap in de evolutie van het beroep. Zo zien we dat de opleidingen - die trouwens algemeen uitbreiden door de democratisering van het onderwijs - de nieuwe ontwikkelingen in de psychiatrie opvolgen. In 1968 bijvoorbeeld verschijnt een klein handboekje over de verpleging in het psychiatrisch centrum. Daarin wordt verteld dat de opleiding tot

¹⁶⁵ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 160.

¹⁶⁶ Majerus, *Parmi les fous*, p. 169.

¹⁶⁷ Evrard, *Geschiedenis der psychiatrie*, pp. 73-4; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, p. 152.

psychiatrische verpleegkundige dynamisch moet zijn en zich dus moet aanpassen aan veranderende ontwikkelingen. Als de insulineshock quasi niet meer gebruikt wordt, moet de opleiding daar niet te lang bij blijven stilstaan. Beter is het om aandacht te hebben voor nieuwe inzichten: “Men denke bijvoorbeeld aan de psychofarmaca!”¹⁶⁸ Met andere woorden, van de verpleegkundigen wordt hoe langer hoe meer verwacht dat ze correct kunnen omgaan met de medicatie, want de psychiater is lang niet altijd aanwezig om de zorg te overzien. De verpleegkundige wordt de spilfiguur in het genezingsproces. Opmerksaamheid en oplettendheid worden nieuwe vereisten. De verpleegkundige moet te allen tijde attent zijn en patiënten opvolgen. In de beginjaren merken verpleegkundigen bijvoorbeeld op dat Largactil beter via tabletten in plaats van injecties toegediend zou worden; dat de huid door dat middel gevoelig wordt voor de zon; dat vrouwen er baardgroei door kunnen ontwikkelen.¹⁶⁹ Hun rol wordt anders ingevuld dan voorheen door nieuwe dagelijkse procedures en routines, denk maar aan het bijhouden van allerlei nieuwe patiëntengegevens. Hoe moet de medicatie toegediend worden? Wanneer moet die toegediend worden? Welke patiënt moet hoeveel van welke medicatie krijgen? Hoe reageert de patiënt op de medicatie? Heeft hij wel zeker de (juiste) medicatie ingenomen? Met dat soort vragen wordt de verpleegkundige dagelijks geconfronteerd.¹⁷⁰ Psychiatrische zorg is niet langer patiënten wassen en hun bedden verversen. De psychiatrie medicaliseert door de psychofarmaca en ook verpleegkundigen moeten onvermijdelijk op die kar springen, waardoor hun opleidingen de nieuwste ontwikkelingen nauwgezet opvolgen, zodat ze voorbereid zijn op hun veelzijdige en veeleisende job. Daarnaast heeft de verpleegkundige, waarschijnlijk meer nog dan de psychiater, veel menselijk contact met de patiënten. Psychofarmaca bieden zoals gezegd meer ruimte om eens een praatje te slaan, een luisterend oor te bieden, samen een activiteit te ondernemen ... omdat de patiënt rustiger wordt en meer open staat voor persoonlijke communicatie. De verpleegkundige kan zo een vertrouwenspersoon worden of voor een deel bescherming, affectiviteit, aandacht ... geven aan de patiënt die uit zijn thuisomgeving is gehaald.

¹⁶⁸ D. Jacobs, *De verpleging in het psychiatrisch centrum*, Lochem, De Tijdstroom, 1968, p. 19.

¹⁶⁹ Pieters en Majerus, “The introduction of chlorpromazine,” pp. 448-450.

¹⁷⁰ We mogen natuurlijk niet uit het oog verliezen dat medicatie (barbituraten, paraldehyde ...) ook tijdens de eerste helft van de 20e eeuw al aanwezig is in de psychiatrie en dat dergelijke veranderingen in het beroep dan al min of meer een start nemen. Toch lijkt het erop dat psychofarmaca dat proces versnellen en omvangrijker doen verlopen, omdat ze veel meer dan die vroegere vormen van medicatie gebruikt worden.

4 Psychofarmaca beoordeeld

4.1 Psychofarmaca als revolutionaire middelen

Tijdens de wittebroods jaren van psychofarmaca heerst er vooral een optimistisch geloof dat, mits de juiste medicatie, elke ziekte geneesbaar is.¹⁷¹ De Britse psychiater William Sargant (1907-1988) voorspelt daarom in 1967, vanuit een sterk geloof in hun genezende kracht, dat er tegen het jaar 2000 geen enkele zieke meer zou zijn omdat er voor elke ziekte passende medicatie ontwikkeld zou worden.¹⁷² Er zijn op het eerste gezicht in het begin dan ook heel wat factoren die een dergelijke opvatting ondersteunen. Dankzij psychofarmaca kunnen chronische patiënten eindelijk geholpen worden, omdat hun aandoening plots behandelbaar wordt.¹⁷³ Geesteszieken worden niet langer opgesloten en verborgen als een hopeloos geval, maar gezien als een geneesbare zieke.¹⁷⁴ Ze herwinnen rust en vrijheid, kunnen terug op een genoeglijke manier converseren en zich makkelijk re-integreren.¹⁷⁵ Ze genezen, worden aanspreekbaar en socialer.¹⁷⁶ Ze worden uit hun psychisch lijden verlost.¹⁷⁷ Zo worden ze opnieuw een volwaardig mens.¹⁷⁸ Er wordt dan al snel gesproken over een therapeutische revolutie die de patiënt bevrijdt van zijn ziekte¹⁷⁹ en psychofarmaca worden

¹⁷¹ Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," p. 10. Geldhof ziet het toenemende geloof in de geneesbaarheid van de psychiatrische patiënt niet enkel als een kenmerk van de psychofarmaca, maar van de twintigste-eeuwse psychiatrie in het algemeen. Hij denkt dan bijvoorbeeld aan de bed- en badverpleging en experimentele behandelingen, die het gesticht al meer een ziekenhuisachtige sfeer geven. Zie: J. Geldhof, *Pelgrims, dulle lieden en vondelingen te Brugge 1275-1975*, Brugge, Psychiatrische kliniek O.-L.-Vrouw, 1975, p. 291. Langs de andere kant mag niet vergeten worden dat ook vroeger soms al de overtuiging leeft dat psychiatrische problemen geneesbaar zijn. Vooral vanaf de morele therapie is men zeker van zijn stuk. In 1758 bijvoorbeeld schrijft William Battie in zijn *Treatise on Madness* dat krankzinnigheid evenzeer te behandelen is als andere kwalen, zie: Allegaert en Stockman, "De geboorte van het psychiatrisch gesticht," p. 82. Zoals aan bod kwam in hoofdstuk een, gaat ook de biologische psychiatrie vanaf de 19e eeuw al op zoek naar manieren om de ziekte te bestrijden, wat de aanzet geeft tot hersenonderzoek en -experimenten, die de weg voor psychofarmaca vrijmaken.

¹⁷² Porter, *Madness*, pp. 206 en 232; Ayd, "The impact of biological psychiatry," p. 230; Roy Porter, *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*, Londen, Fontana Press, 1997, p. 520.

¹⁷³ Mirek Kabela en Jaap F. van Luin, *Rondom psychiatrie*, Alphen aan den Rijn, Samsom Stafleu, 1988, p. 22.

¹⁷⁴ Pierloot, "Belgium," p. 148.

¹⁷⁵ Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," p. 20.

¹⁷⁶ J. Schut, *Van dolhuys tot psychiatrisch centrum. Ontwikkeling en functie*, Haarlem, De Toorts, 1970, p. 85.

¹⁷⁷ Kabela en van Luin, *Rondom psychiatrie*, p. 22.

¹⁷⁸ Solow, "Drug therapy of mental illness," p. 292.

¹⁷⁹ Henri Bonnet, *Histoire de la psychiatrie à Lyon. De l'Antiquité à nos jours*, Lyon, Césura Lyon Edition, 1988, pp. 230-1.

gezien als een revolutionaire behandeling van mentale en emotionele stoornissen.¹⁸⁰ Healy vindt psychofarmaca (meer bepaald de ontdekking van chloorpromazine) door de grootte van hun impact in de geschiedenis van de geneeskunde even significant als de ontdekking van penicilline (net als Shorter, cfr. supra).¹⁸¹ Ook andere auteurs applaudisseren voor psychofarmaca. Goldstein vindt psychofarmaca een redelijk veilige en kosteneffectieve manier om op korte tijd grote resultaten te behalen. Ze zorgen bovendien voor een golf van zelfvertrouwen en therapeutisch optimisme in de psychiatrie, die door de nieuwe biochemische inslag ook meer en meer zijn plaats kan claimen als harde, exacte wetenschap (denk maar aan de zelfzekere psychiaters, cfr. supra).¹⁸² Alhoewel hij het zelf niet onderschrijft, meldt ook Porter dat heel wat psychiaters naar psychofarmaca kijken als een goedkope, veilige manier om snel resultaat te boeken, waardoor ze meer zelfvertrouwen krijgen, optimistischer worden en zichzelf als exacte wetenschappers zien.¹⁸³ Pichot ziet de intrede van psychofarmaca in de psychiatrie als een beslissend moment in de ontwikkeling van de discipline, omdat de therapeutische voorwaarden fundamenteel transformeren.¹⁸⁴ Ook voor Shorter zijn het revolutionaire middelen (cfr. supra), die het zelfs mogelijk maken veel mensen te helpen die lijden aan alledaagse problemen.¹⁸⁵ Kortom, over het algemeen zien veel eigentijdse maar ook latere auteurs en psychiaters psychofarmaca als middelen die deus-ex-machinagewijs een plotse, vernieuwde biologische wind door de psychiatrie laten waaien, die op korte tijd erg dominant wordt.¹⁸⁶ Psychofarmaca zijn vandaag trouwens de meest gebruikte biomedische behandeling in de psychiatrie.¹⁸⁷ Het is voor sommigen dan ook een kleine stap om ze de meest succesvolle biologische benadering te noemen.¹⁸⁸

¹⁸⁰ Grilly, *Drugs and human behavior*, p. 7.

¹⁸¹ Healy, *The creation of psychopharmacology*, pp. 178-276.

¹⁸² Jan Goldstein, "Psychiatry," in: W.F. Bynum en Roy Porter, eds., *Companion encyclopedia of the history of medicine. Volume 2*, Londen, Routledge, 1993, p. 1367.

¹⁸³ Porter, *The greatest benefit to mankind*, pp. 520-1.

¹⁸⁴ Hij gaat wel niet dieper in op wat dat dan betekent, maar zijn verwoording is typerend. Zie: Pierre Pichot, *Un siècle de psychiatrie*, Parijs, Roche, 1983, pp. 156-7.

¹⁸⁵ Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, p. 335.

¹⁸⁶ Jacobs, "Psychoanalyse en psychofarmacologie," p. 13; Davey, *Complete psychology*, p. 596; Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 10; Smith, *Psychology. Science and understanding*, p. 620; Zimbardo, Johnson en McCann, *Psychologie. Een inleiding*, p. 549; Hordern, "Psychopharmacology," p. 141.

¹⁸⁷ Myers, *Exploring psychology*, p. 470; Gerard Buyse, *Psychiatrie voor niet-psychiaters*, Leuven, Acco, 1989, p. 199.

¹⁸⁸ Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson en Loftus, *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*, p. 591; Sternberg, *Psychology*, p. 557.

Auteurs die de optimistische visie aanhangen, focussen vooral op het contrast tussen de psychiatrie voor en na de psychofarmaca. Ayd bijvoorbeeld beschrijft de situatie voor de intrede van psychofarmaca erg negatief. Er heerst volop pessimisme en wanhoop in de gestichten wegens het gebrek aan een effectieve therapie. Mensen genezen niet en verblijven soms hun hele leven in het gesticht, dat overbevolkt raakt. Het is er druk, vuil, luid, gewelddadig ... Het heeft meer weg van een gevangenis dan een zorginstelling. Wachters, dokters, verplegers en patiënten zijn constant in gevaar en moeten op hun hoede zijn voor agressieve, hallucinerende, paranoïde patiënten. Andere zieken keren zich dan weer volledig in zichzelf, reageren niet meer, weigeren te eten. Nog anderen nemen een haast dierlijk gedrag aan. Experimentele therapieën kunnen misschien even soelaas brengen maar bieden zelden een oplossing op lange termijn. Men voelt zich machteloos tegenover de waanzin. De intrede van psychofarmaca zal dat vervangen door optimisme. Ayd wijst op de vele voordelen die hierboven al aan bod kwamen: mensen kunnen genezen, worden rustiger, er zijn minder opnames nodig ... In zijn positieve beoordeling van psychofarmaca negeert hij verslaving of tolerantie op lange termijn en hij ontkent ook dat het slecht zou zijn voor bijvoorbeeld de nieren of de lever van de patiënt. Hij heeft bovendien geen weet van misbruiken door patiënten of verpleegkundigen. Ik denk niet dat Ayd met opzet blind blijft voor dergelijke nadelen (die er wel degelijk zijn, cfr. infra), maar dat zijn houding vooral in het juiste tijds kader geplaatst moet worden. Hij schrijft dat alles in 1970, wanneer men in het algemeen nog minder kritisch tegenover psychofarmaca staat dan later en nu soms het geval is. Bovendien mag niet vergeten worden dat de psychiatrie daarvoor lange tijd in een doodlopende straat zit (cfr. hoofdstuk een) en dat psychofarmaca plots een licht aan het eind van de tunnel doen schijnen, wat iemand als Ayd hoop geeft. Veel van de negatieve bijwerkingen worden ook pas op langere termijn duidelijk, dus is het enigszins begrijpelijk dat er in het begin minder aandacht aan besteed wordt.¹⁸⁹

De Nederlandse psychiater R.H. van den Hoofdakker (misschien beter bekend onder zijn literair pseudoniem Rutger Kopland) staat op de eerste rij wanneer psychofarmaca hun intrede doen in de psychiatrie. Volgend citaat is - zij het misschien onbedoeld - koren op de molen van het optimistisch discours.

¹⁸⁹ Ayd, "The impact of biological psychiatry," pp. 231-2 en 235-6 en 239.

“Ik heb dit deel van de geschiedenis van de psychiatrie meegemaakt, alle effecten van al deze ingrepen gezien. Ik heb psychosen zien verbleken, angst zien wegvloeien, depressies zien opklaren (...) in enkele weken en ben met stomheid geslagen geweest.”¹⁹⁰

Op die eenzijdige, rooskleurige visie is nogal wat kritiek gekomen. Niet iedereen is overtuigd van het revolutionaire, genezende karakter van psychofarmaca.¹⁹¹ De volgende paragrafen bespreken daarom enkele kritieken die het revolutionaire standpunt ondergraven.

4.2 Symptoombestrijding

Sommige auteurs wijzen erop dat de psychofarmaca enkel symptomen bestrijden en onderdrukken, wat door positieve voorstanders verkeerdelijk geëxtrapoleerd wordt tot een volledige genezing. Er is daarom geen sprake van een revolutionair “genees”middel. De ziekte zelf wordt niet bestreden, dus, zoals reeds aan bod kwam, is er minstens een combinatie met andere therapievormen nodig, wat opnieuw het revolutionaire karakter van de medicatie op zich ondermijnt. Bovendien, omdat de ziekte zelf onderliggend aanwezig blijft, kan moeilijk gestopt worden met de medicatie (cfr. het verhaal van Ricardo in de inleiding). Dat betekent vaak dat de medicatie jaren aan een stuk tot zelfs levenslang ingenomen moet worden. Dat kan soms leiden tot enerzijds gewenning aan de medicatie of anderzijds net een grote afhankelijkheid of zelfs verslaving (cfr. infra).¹⁹²

De antipsychiatrie, die vanaf het eind van de jaren 60 sterk protesteert tegen onder andere de medisch-biologisch georiënteerde psychiatrie, stelt dat de zieke niet zelf lichamelijk ziek is, maar dat het ziektebeeld een uiting is van een zieke maatschappij. Pillen worden in antipsychiatrische kringen dan al snel als een symptoombestrijdend middel gezien dat de ware oorzaak, de verziekte maatschappij en sociale relaties, moet verhullen. Het gesticht wordt in het algemeen trouwens gezien als een middel van sociale controle. De antipsychiatrie is ook gekant tegen te volle slaapzalen waar geen privacy is; het gevaar van experimentele behandelingen; machtsmisbruik door autoritaire psychiaters en

¹⁹⁰ Rutger Kopland en R.H. van den Hoofdakker, *Twee ambachten. Over psychiatrie en poëzie*, Amsterdam, Van Oorschot, 2003, p. 17.

¹⁹¹ Van Epen, *Schets voor een nieuwe psychiatrie*, p. 151.

¹⁹² Jacobs, “Psychoanalyse en psychofarmacologie,” p. 12; Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35.

verpleegkundigen ... Antipsychiaters pleiten er bijvoorbeeld voor om therapeutische gemeenschappen in te richten, waar men zonder dwang samenleeft. Dergelijke radicale ideeën hebben zich weinig of niet kunnen doorzetten, zeker op de lange termijn, maar de antipsychiatrie heeft wel een invloed op enkele ontwikkelingen in de psychiatrie, bijvoorbeeld het meer open zijn van sommige afdelingen en een relevante plaats voor het werk van maatschappelijk assistenten, ergotherapeuten, psychologen ... in de zorg, die interdisciplinair samenwerken met psychiaters en verpleegkundigen. De psychiatrie is ondertussen zeker geen puur medische aangelegenheid meer. Het idee dat er meer nodig is dan enkel symptoombestrijdende pillen om de zieke genezing te kunnen bieden, is deels te danken aan de nieuwe kijk van de antipsychiatrie.¹⁹³

4.3 De “chemische lobotomie”

Er zijn auteurs die de intrede van de psychofarmaca rondit als een ramp beschouwen. Ze zien geen “chemische revolutie”¹⁹⁴, maar een “chemische lobotomie” of “chemische stilte”. In plaats van de vroegere uitwendige dwangmiddelen om het lichaam fysiek in bedwang te houden (boeien en kettingen in de middeleeuwen, dwangbuizen en isoleercellen vanaf de 19e eeuw), zijn psychofarmaca een inwendig dwangmiddel om de geest in te tomen.¹⁹⁵ Patiënten worden afstandelijk en emoties vlakken af. Sommige patiënten vervreemden van hun omgeving of van zichzelf. De persoonlijkheid en karaktertrekken die het individu door de herwonnen rust vertoont, zijn vervormd door psychofarmaca. Mensen die voordien in een psychose leven, worden uit hun kleurrijke droomwereld gehaald en verzeilen in een grijze, realistische variant.¹⁹⁶ Dat patiënten rustig worden, is misschien handig en aangenaam voor dokters en verpleegkundigen, maar voor de patiënt zelf verandert er in essentie niet veel, want er is geen genezing. Revolutionair zijn die middelen dan allesbehalve, het gaat louter om een andere vorm van ziekteonderdrukking, zijnde chemisch in plaats van fysiek.

¹⁹³ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 11; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 292-7; Museum Dr. Guislain, *Geen rede mee te rijmen*, p. 99. De antipsychiatrie zelf valt buiten het bereik van mijn onderzoek. Ik geef enkele bekende antipsychiaters mee voor wie zich verder in dat onderwerp wil verdiepen: Ronald D. Laing, Thomas Szasz, David Cooper, Jan Foudraïne, Kees Trimboos, Franco Basaglia, Steven de Batselier.

¹⁹⁴ Voorstanders spreken wel vaker over de “chemische revolutie” in de psychiatrie. Zie: Porter, *Madness*, p. 205.

¹⁹⁵ Marlet, “Medicinale therapie,” p. 90; Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, p. 4.

¹⁹⁶ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 76-7 en 81.

4.4 Negatieve bijwerkingen

Ondertussen is bekend dat de meeste van de psychofarmacologische middelen op lange termijn erg negatieve bijwerkingen kunnen hebben.¹⁹⁷ Denk maar aan problemen met het hart, de lever en bloedsomloop, allergische reacties, trombose ...¹⁹⁸ Ook op korte termijn trouwens krijgt een patiënt vaak te maken met lichamelijke ongemakken. Elk individu reageert natuurlijk anders op de medicatie, dus is het altijd afwachten welke bijwerkingen precies zullen optreden. Het is ook afhankelijk van de dosering en eventuele combinatie van verschillende middelen. Sommige middelen stimuleren bijvoorbeeld agressie (amfetamine) terwijl anderen dan weer seksuele activiteit onderdrukken (chloorpromazine).¹⁹⁹ Het inspuiten van Largactil kan pijnlijke plekken uitlokken en allergische reacties veroorzaken als de huid in contact komt met de zon.²⁰⁰ Het kan ook als pil ingenomen worden, maar van smaak is het letterlijk een bittere pil. Bovendien is het snel uitgewerkt en moet het dus frequent toegediend worden.²⁰¹ Daarnaast is het ook zo dat medicatie voor andere medische problemen en ziektes vaak niet in combinatie met psychofarmaca genomen kan worden.²⁰² Al die negatieve bijwerkingen en andere praktische nadelen moeten dus afgewogen worden tegenover de voordelen.²⁰³ In die context wordt soms over de *benefit-riskratio* van psychofarmaca gesproken.²⁰⁴ Voor optimisten overtreffen de voordelen de nadelen (of zijn er zelfs geen nadelen, cfr. Ayd), terwijl critici vinden dat de voordelen niet opwegen tegen de vele nadelen, waardoor psychofarmaca niet echt verschillen van vroegere behandelingsmethoden en dus lang niet zo revolutionair zijn als soms wordt gedacht. Dat alles staat dan bovendien nog los van de ethische vraag of we eerder rekening moeten houden met de voor- en nadelen voor patiënten of toch vooral die voor de maatschappij. Dat kan namelijk nogal verschillen, getuige psychofarmaca als “chemische lobotomie” versus psychofarmaca als een goedkopere vorm van geestelijke gezondheidszorg (cfr. infra).

¹⁹⁷ Porter, *Madness*, p. 207; Oakley, *Drugs, society, and human behavior*, p. 129.

¹⁹⁸ Van Epen, *Schets voor een nieuwe psychiatrie*, p. 125.

¹⁹⁹ De Schaepdryver, *Beginselen*, pp. 74 en 79-81.

²⁰⁰ J.G. Hofman, “Een weinig bekende bijwerking van Largactil,” in: *Tijdschrift voor psychiatrie* 9, nr. 1, 1967, passim.

²⁰¹ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 55-7 en 75; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, p. 167.

²⁰² Van Epen, *Schets voor een nieuwe psychiatrie*, p. 125.

²⁰³ Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 39.

²⁰⁴ Van Epen, *Schets voor een nieuwe psychiatrie*, pp. 123-5.

4.5 De tussenpositie

Zoals in de meeste discussies, zijn er ook hier auteurs die de kerk in het midden houden en argumenten van beide kanten overnemen om een gulden middenweg te zoeken. Sommige auteurs hebben daarom oog voor zowel voor- als nadelen en zien psychofarmaca als een tweesnijdend zwaard. Ze zijn dan negatiever dan de optimisten maar ook optimistischer dan de critici. Busfield bijvoorbeeld erkent dat psychofarmaca erg hulpvaardig kunnen zijn - ze spreekt van de belangrijkste transformatie in de psychiatrie van de vorige eeuw - maar schrijft anderzijds dat niet zomaar aan iedereen een pilletje moet gegeven worden. (Ook Pélicier waarschuwt voor een blind vertrouwen in pillen. Er moet aandacht blijven voor andere vormen van therapie.²⁰⁵) Psychofarmaca worden volgens Busfield regelmatig te veel, verkeerd of zonder enig nut toegediend. (Ook Porter schrijft dat psychofarmaca soms onnodig en te veel gebruikt worden.²⁰⁶) Het wordt aangewend als het ultieme antwoord op elk probleem, want er is geen enkele andere behandeling of therapie die dergelijke resultaten kan voorleggen, maar niet alles is op te lossen met medicatie. Daarnaast gaan er regelmatig heel wat nadelige bijwerkingen mee gepaard (cfr. supra). We mogen bovendien ook niet vergeten dat psychofarmaca enkel symptomen bestrijden en niet genezend werken. De ziekte verdwijnt dus niet, maar wordt onderdrukt. Het is dus maar de vraag in welke mate psychofarmaca een oplossing bieden of enkel het probleem verhullen. Busfield pleit er daarom voor om ook de psychosociale origine van bepaalde problemen niet te negeren, want een biochemische behandeling met psychofarmaca laat weinig plaats voor de aanpak van de sociale en culturele oorzaken van de geestesziekte.²⁰⁷ De Fyn erkent enerzijds dat psychofarmaca een nieuwe humaniserende golf in de psychiatrie veroorzaken. Omdat patiënten kalmer worden, moeten ze niet meer vastgebonden worden en kan er meer tijd gaan naar het behandelen met therapie in plaats van louter verzorgen. Anderzijds wijst ze er ook op dat het slechts de symptomen zijn die verzacht worden, terwijl de ziekte zelf eigenlijk niet aangepakt wordt.²⁰⁸ Wade en Tavris zijn van mening dat psychofarmaca veel mensen helpen om terug normaal te functioneren, maar dat er een genuanceerd beeld moet zijn met

²⁰⁵ Pélicier, *Histoire de la psychiatrie*, p. 121.

²⁰⁶ Roy Porter, *Medicine. A history of healing. Ancient traditions to modern practices*, Lewes, The Ivy Press Limited, 1997, p. 65.

²⁰⁷ Joan Busfield, "Mental illness," in: Roger Cooter en John Pickstone, eds., *Medicine in the 20th century*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2000, pp. 647-8.

²⁰⁸ De Fyn, *Een overzicht van de evolutie der krankzinnigenbehandeling*, pp. 87 en 92.

aandacht voor de eventuele negatieve bijwerkingen en afhankelijkheid van de medicatie.²⁰⁹ De afhankelijkheid die bij sommige patiënten na lange tijd optreedt en voor sterke ontweningsverschijnselen zorgt, indien de medicatie stopgezet wordt, is ook bij andere auteurs een veelgehoorde klacht.²¹⁰ Volgens Booij tot slot is het beeld van de psychiatrie niet fundamenteel veranderd door psychofarmaca omdat we (nog) niet volledig snappen waar we eigenlijk mee bezig zijn. De nieuwe middelen kunnen helpen - Largactil (chloorpromazine) en Tofranil (imipramine) bijvoorbeeld kunnen een psychiatrische toestand gunstig beïnvloeden - maar eigenlijk heeft men, zeker in het begin, veel te weinig kennis van de biochemische werking in de hersenen om met psychofarmaca alles te kunnen oplossen. Volgens hem blijven we best voorzichtig in het toedienen van dergelijke middelen tot we meer inzicht hebben.²¹¹

Tot slot nog deze theoretische bedenking aangaande het debat over het al dan niet revolutionaire karakter van psychofarmaca. Voor- en tegenstanders spreken mijns inziens soms over twee verschillende zaken. Door een andere uitgangsbasis voor hun waardeoordeel te hanteren, kunnen ze elkaars standpunt moeilijk begrijpen. Om dat duidelijk te maken, val ik terug op het verschil tussen *efficacy* en *effectiveness* van psychiatrische behandelingen zoals gedefinieerd door de Amerikaanse psychiater Joel Braslow. Diegenen die positief tegenover psychofarmaca staan, baseren zich grotendeels op de effecten, getuigenissen, ervaringen ... in hun eigen tijd. Die vallen vaak voordelig uit: het wordt rustig en stil, patiënten genezen ... De resultaten die in de toenmalige dagelijkse psychiatrie neergezet en herkend worden, is wat Braslow de *effectiveness* van een behandeling zou noemen. Het is als het ware een praktische en synchronistische benadering van psychofarmaca. Tegenstanders kijken volgens mij meer naar de *efficacy* van de medicamenteuze behandeling, namelijk wetenschappelijke inzichten op basis van klinische studies op lange termijn, die eerder de negatieve aspecten benadrukken: bijwerkingen, afhankelijkheid ... Dat behelst dan een theoretische en anachronistische *hindsight* invalshoek. Om de discussie optimaal te kunnen voeren, denk ik dat de deelnemers eerst

²⁰⁹ Wade en Tavris, *Psychology*, p. 624.

²¹⁰ Davis en Palladino, *Psychology*, p. 557; Kassin, *Essentials of psychology*, p. 584; Peter Gray, *Psychology*, New York, Worth Publishers, 1991, p. 678.

²¹¹ Johannes Booij, "Over de ontwikkeling der psychiatrie in de laatste zestig jaar," in: Johannes Adriaan Van Dongen, ed., *De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw*, Amsterdam, De Bussy, 1966, pp. 234-5.

telkens duidelijk zouden moeten maken op welke manier ze de effecten van psychofarmaca benaderen, wat nu weinig gebeurt, waardoor misverstanden ontstaan en men naast de kwestie tegen elkaar ingaat.²¹² Voor Missa bijvoorbeeld telt voornamelijk wat hij noemt de subjectieve effectiviteit. Dat is dan de perceptie die bestaat over de effectiviteit van een behandeling. Op die manier maakt hij duidelijk waar het voor hem over gaat als hij een behandeling beoordeelt.²¹³

4.6 De Belgische receptie van psychofarmaca

Na het bekijken van argumenten van voornamelijk internationale voor- en tegenstanders, is het met het oog op de casestudie nuttig om ook even stil te staan bij hoe psychofarmaca in België ontvangen worden in de jaren 50, 60 en 70 van de vorige eeuw. Zo kan de reactie op en de omgang met psychofarmaca in het Guislainziekenhuis in zowel een internationaal als nationaal kader geplaatst worden. Majerus en Pieters spreken over de introductie van psychofarmaca in België en Nederland als een soort “tango” tussen oude en nieuwe behandelingen, tussen continuïteit en discontinuïteit, wat een evolutie - geen revolutie - in de dagelijkse praktijk inhoudt, afhankelijk van de specifieke snelheid en kenmerken van lokale biotopen.²¹⁴ Oorspronkelijk komen de middelen de psychiatrie binnen als aanvulling op bestaande behandelingen en therapieën. Vanaf november 1952 komen psychiaters in contact met vertegenwoordigers van het Franse bedrijf *Rhône Poulenc*, dat chloorpromazine onder de naam Largactil produceert. Op dat moment is de reclame errond nog beperkt in vergelijking met sommige andere middelen als Phenergan en Antallergan. Largactil wordt wel aan de man gebracht als een zogenaamd *neuroplegicum*, een nieuw middel dat op het zenuwstelsel inwerkt, maar in het begin wordt Largactil niet als revolutionair middel in de markt gezet door *Rhône Poulenc*. Het wordt eerder gepromoot als een ad-hocsupplement bij bestaande methoden, bijvoorbeeld als narcotisch en sedatief middel bij psychochirurgie of slaaptherapie, waardoor dokters een grote vrijheid hebben wat betreft dosering, vorm en gebruik van het middel. Psychiaters worden op de hoogte gebracht van het bestaan van het

²¹² Majerus, *Parmi les fous*, p. 213; Joel T. Braslow, *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley, University of California Press, 1997, pp. 4-5.

²¹³ Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique*, passim.

²¹⁴ Vanuit die these pleiten ze voor een comparatieve historiografie van gevalstudies eerder dan het formuleren van een nationale chronologie van psychiatrische praktijken. Daar sluit mijn onderzoek (vooral dan deel twee) nauw bij aan.

middel via vertegenwoordigers en berichten in vakbladen. Vervolgens beginnen ze er op eigen houtje en op kleine schaal in hun instelling mee te experimenteren, met stalen geleverd door het bedrijf. In België zijn de Broeders van Liefde de eerste om Largactil te testen, in oktober 1953, en ook in Nederland begint men op verschillende plaatsen het middel uit te testen. Al snel wordt opgemerkt dat het inderdaad andere middelen beter doet werken, maar ook dat het therapeutische effecten heeft op zichzelf, vooral bij voorheen onbehandelbare patiënten. Zelfs chronische patiënten bij wie niks anders baat, worden dankzij het middel nu wel rustig, ontwaken uit hun psychose, maken minder lawaai, kunnen opnieuw communiceren, staan open voor therapie ... Langs de andere kant is er ook sprake van een zekere emotionele onthechting, waardoor sommigen al meteen spreken van een soort farmacologische lobotomie. Tegelijk ervaart men ook de nadelen: een verlaagde bloeddruk en lichaamstemperatuur, allergische reacties, pijnlijke injecties ... Bovendien moet het regelmatig toegediend worden zodat de vooruitgang niet verloren gaat door het gebrek aan een langwerkend effect. Er moet dus constant een onderhoudsdosis genomen blijven worden, wat bijwerkingen in de kaart speelt. Desalniettemin is men in de beginmaanden voorzichtig optimistisch en positief, vooral omdat het voor heel veel patiënten gebruikt kan worden. Dat betekent echter niet dat men het plots massaal toedient aan alle patiënten. Zoals gezegd blijft het in de eerste plaats voornamelijk een bijkomend middel in plaats van een nieuwe, alternatieve behandeling. Stap voor stap integreert Largactil zich in de bestaande behandelingen (voornamelijk shock- en slaaptherapie), daarbij geholpen door de vele stalen die *Rhône Poulenc* uitdeelt. Belangrijk om daarbij in het achterhoofd te houden, is dat elk gesticht en zelfs elke psychiater eigen manieren hanteert om dosering en gebruik uit te proberen. Veel hangt af van de heersende mentaliteit. In het *Centre Jean Titeca* in Brussel bijvoorbeeld wordt het pas in 1956 voor het eerst gebruikt en ook tussen de verschillende instellingen van de Broeders van Liefde onderling zijn er verschillen: drie instellingen beginnen er in 1953 al mee, de rest pas in 1954 (op dat moment is trouwens ook Serpasil (reserpine) al in omloop). Die sterk idiosyncratische praktijken maken het moeilijk om een algemene receptiegeschiedenis te schrijven.²¹⁵ Lokale stijlen en culturen op medisch, wetenschappelijk en cultureel vlak bepalen welke kenmerken, betekenissen en identiteiten chloorpromazine toegeschreven krijgt door dokters, patiënten, verpleegkundigen,

²¹⁵ Zie de opmerking in de voorgaande voetnoot.

wetenschappers en marketeers (want de communicatie en marketing moeten daar uiteraard bij aansluiten om te kunnen verkopen). Voor de een is het een (humaner) dwangmiddel, voor de ander een hulpmiddel bij psychotherapie. Opvallend is wel dat men over het algemeen al vroeg opmerkt dat het plots genezen van chronische patiënten sociale problemen kan opleveren bij hun ontslag; dat iedereen het eens lijkt dat het nieuwe middel herstel kan bevorderen; dat men overal opmerkzaam blijft om bijwerkingen niet uit het oog te verliezen. Toch is er op enkele jaren tijd sprake van een grote transitie naar en inclusie van de nieuwe middelen. In België wordt ook haloperidol snel populair. Vanaf het midden van de jaren 50 start dan een nieuwe marketingfase. Nu de nieuwe middelen grotendeels doorgedrongen zijn tot de kern van de psychiatrische behandelingen, wordt in reclame meer en meer de nadruk gelegd op de vernieuwende kwaliteiten, waardoor de psychofarmaca gedifferentieerd worden van vroegere conventionele middelen zoals barbituraten. Op die manier vergroot hun aandeel stelselmatig. Maar eind jaren 50 ruimt het initiële gevoel van hoop, enthousiasme en optimisme ietwat plaats voor enkele kritische, negatieve berichten over bijwerkingen op lange termijn en twijfels over de therapeutische effectiviteit van chloorpromazine en reserpine. Er wordt bijvoorbeeld gemeld dat het aantal patiënten onvoldoende daalt; dat er veel zelfmoorden blijven voorvallen; dat er een grote sociale en culturele kloof blijft bestaan tussen de wereld binnen en buiten de muren van het gesticht. Om op lange termijn therapeutisch voordelig te zijn, wordt er gepleit voor meer buitenklinieken met een focus op een familiale benadering van de dagelijkse zorg. Een radicaler geluid gaat door op het repressieve karakter van psychofarmaca en verwerpt ze als louter symptoombestrijdende middelen. Tijdens de jaren 60 geven die tegengeluiden hier en daar aanleiding tot debat of het nu een “chemische lobotomie” dan wel een “chemische bevrijding” is. Dergelijke ideeën blijven echter in de minderheid tegenover hoopvolle berichten over een nieuw psychofarmacologisch tijdperk, tot de antipsychiatrie in de jaren 70 op de voorgrond treedt. Dat betekent niet dat de jaren 60 een periode van stilstand zijn. Niet alleen worden veel nieuwe middelen ontwikkeld en op de markt gebracht, ook de publieke opinie, de overheid en het verzekeringswezen mengen zich steeds meer en er is bovendien ook een groeiende kennis, ervaring en expertise als het op het gebruik van die middelen aankomt. Dat is ook nodig, want elk middel heeft wel een andere uitwerking en neveneffecten. Psychofarmaca zijn er ondertussen in veel maten en gewichten. Dat alles geeft op zijn beurt dan weer aanleiding tot het bepalen van formele standaarden over welke

combinaties en doseringen therapeutisch veilig zijn; beter omlijnde onderzoekspraktijken om patiënten te monitoren; een toenemend universeel jargon ... De psychiatrische praktijk stemt zich steeds meer af op het gebruik van psychofarmaca. Men begint ook meer neurologisch onderzoek te doen naar de hersenen: hoe ze werken; hoe ze gebouwd zijn; hoe de hersenchemie in elkaar zit; hoe chemische middelen een klinische werking kunnen hebben ... Conferenties, tijdschriften, onderzoekers en grote bedrijven vormen gaandeweg een brede wetenschappelijke gemeenschap rond psychofarmaca, zowel op nationaal als mondiaal vlak, wat de middelen enkel maar meer legitimiteit verschaft. Het onderzoek verlegt zich trouwens steeds meer van testen door psychiaters in de gestichten zelf op zoek naar de therapeutische waarde, naar wiskundig en chemisch labowerk. Daardoor wordt volgens sommigen in de jaren 60 en 70 te weinig rekening gehouden met het feit dat niet alleen de intrinsieke eigenschappen van de medicatie, maar ook het gedrag en de omgeving van het individu belangrijk is als het op de werking van psychofarmaca aankomt (cfr. supra). Over het algemeen stellen Pieters en Majerus dat psychofarmaca in de dagelijkse Belgische psychiatrische praktijk gaandeweg een centrale rol innemen, ondanks de continuïteit van enkele andere behandelingen in het begin.²¹⁶

5 Afsluitende opmerkingen

5.1 Goedkopere zorg

Psychofarmaca hebben niet enkel voor minder en kortere opnames gezorgd, maar paradoxaal genoeg ook voor meer psychiatrische patiënten. In de loop der jaren zijn steeds meer mensen psychofarmaca gaan gebruiken, niet enkel binnen maar velen ook buiten de psychiatrie. Heel wat mensen nemen tegenwoordig een of ander middel tegen angst, depressie, stress ... Dat kan verschillende oorzaken hebben: er zou simpelweg een stijging kunnen zijn van het aantal psychiatrische aandoeningen; mensen zouden meer hulp kunnen zoeken dan vroeger omdat de drempel lager wordt en het taboe kleiner om naar een psychiater te stappen; meer en meer emotionele en gedragsproblemen zouden door steeds bredere en meer omvattende diagnostische criteria geëtiketteerd kunnen worden als een psychiatrische stoornis (denk maar aan de vuistdikke DSM-5 van 947 pagina's); artsen zouden sneller dan vroeger kunnen overgaan tot een behandeling omdat medicatie

²¹⁶ Pieters en Majerus, "The introduction of chlorpromazine," passim; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 236-241.

voorschrijven makkelijker zou zijn om toe te passen dan eerdere behandelingsvormen; het zou te wijten kunnen zijn aan succesvolle marketingcampagnes van de farmaceutische industrie; het zou een uiting kunnen zijn van de goede zorg in de welvarende verzorgingsstaat; wetenschappelijke inzichten zouden ervoor kunnen zorgen dat psychische gezondheid geherwaardeerd wordt ...²¹⁷

Toch wordt er over het algemeen van uitgegaan dat de kostprijs van de psychiatrische zorg gedaald is (cfr. supra de kapitalistische logica waar Scull en Baron op wijzen en ook de opmerkingen van Goldstein en Porter), alhoewel er dus blijkbaar meer patiënten dan vroeger behandeld moeten worden. Medicatie kost uiteraard ook handenvol geld, maar een jarenlange opname in een gesticht is nog veel duurder.²¹⁸ Dalende en kortere opnamecijfers zorgen ervoor dat er minder geld naar de grote instellingen moet vloeien. Tegen 1969 is er daarom al zes miljard dollar bespaard in Amerika, onder andere omdat er 300 000 bedden minder nodig zijn door de de-institutionalisering.²¹⁹ Onderhoudskosten, personeelskosten, infrastructurele kosten (gebouwen, nutsvoorzieningen, inrichting), eten en drinken ... worden op die manier een kleinere uitgavenpost, waardoor het bedrag gespendeerd aan relatief goedkopere psychofarmaca voldoende gecompenseerd wordt.

5.2 De farmaceutische industrie

Ondertussen is een psychiatrie zonder medicatie ondenkbaar. Ook daarbuiten slikken heel wat mensen zoals gezegd elke dag een of andere angstremmer, antidepressivum ... In 1967 reeds gebruikt naar schatting een op de vier volwassen Amerikanen een kalmeringstablet, goed voor 510 miljoen dollar per jaar.²²⁰ De meest verkochte medicatie in de VS tegenwoordig zijn middelen die op het centraal zenuwstelsel inwerken.²²¹ De intrede van psychofarmaca is niet alleen een wetenschappelijk, biomedisch verhaal. Tegelijk is er een enorme industrie op de voorgrond getreden, die zoveel mogelijk geld moet opleveren. Er is

²¹⁷ Claes, "Het toenemend gebruik van psychofarmaca," p. 6; Hordern, "Psychopharmacology," p. 141. Ik ga niet veel dieper in op die kwesties omdat ze buiten het bereik van dit onderzoek vallen. Wederom verwijs ik graag naar het boek van Frances Allen, waarin hij het stijgende gebruik van psychofarmaca kritisch analyseert.

²¹⁸ Ras en van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, p. 137.

²¹⁹ Ayd, "The impact of biological psychiatry," pp. 230-2; Solow, "Drug therapy of mental illness," p. 291.

²²⁰ Steef Davidson, *Drugs. Kruiden van hemel en hel*, Helmond, Uitgeverij Helmond, 1982, p. 118.

²²¹ Porter, *Madness*, p. 207.

een erg gecommmercialiseerde psychiatrische behandeling ontstaan.²²² Of zoals Garai het in 1964 al verwoordt: “The drug industry, like every business in a free enterprise system, must operate at a profit or die.”²²³ De kapitalistische logica is dus duidelijk aanwezig. Ter vergelijking: in 1939 wordt in de VS voor 200 miljoen dollar aan medicatie verkocht. In 1961 is dat al 2,5 miljard en bovendien is 80% van de voorschriften bestemd voor medicatie die 10-15 jaar eerder nog niet op de markt is.²²⁴ In 1994 wordt wereldwijd voor 256 miljard medicatie verkocht.²²⁵ De farmaceutische industrie houdt zich met andere woorden niet enkel bezig met de R&D van nieuwe stoffen en middelen, maar die moeten ook geproduceerd en gedistribueerd worden, liefst tegen zo groot mogelijke winstmarges.²²⁶ Daarom wordt er heel wat geld in reclame gestoken en proberen de bedrijven zich zo positief mogelijk te profileren in de media en professionele kringen, in de hoop zoveel mogelijk voorschriften voor hun middel te realiseren.²²⁷ Jammer genoeg is de reclame vaak misleidend, kunnen soms grote vraagtekens geplaatst worden bij de onafhankelijkheid van congressen en symposia, worden er geschenken overhandigd door vertegenwoordigers ... Dat leidt soms tot een problematische, ongemakkelijke relatie tussen farmaceutische firma’s en de psychiatrie.²²⁸ Zo kan de vraag gesteld worden of de vele reclame die psychiaters te zien krijgen, een invloed heeft op de psychiatrische praktijk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat vaak een stereotiep beeld van de depressieve vrouw en de psychotische man wordt opgehangen. De reclame is meestal ook eerder emotioneel opgebouwd dan dat wetenschappelijke info verstrekt wordt. Men probeert dus in te spelen op het gemoed van de psychiater in plaats van hem rationeel te overtuigen van de werking van de medicatie.²²⁹ Mensen stellen zich ethische vragen bij het feit dat studies, onderzoeken en experimenten

²²² De Fyn, *Een overzicht van de evolutie der krankzinnigenbehandeling*, p. 92.

²²³ Pierre R. Garai, “Advertising and promotion of drugs,” in: Paul Talalay, *Drugs in our society*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, p. 193.

²²⁴ Richard M. Titmuss, “Sociological and ethnic aspects of therapeutics,” in: Paul Talalay, *Drugs in our society*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, p. 243.

²²⁵ Lucy Johnstone, *Users and abusers of psychiatry. A critical look at psychiatric practice*, Londen, Routledge, 2000, p. 166.

²²⁶ Stein, *Philosophy of Psychopharmacology*, p. 5; John T. Connor, “The functions of the pharmaceutical industry in our society,” in: Paul Talalay, *Drugs in our society*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, p. 117.

²²⁷ Johnstone, *Users and abusers*, p. 166; Hoogduin, “Over psychofarmaca,” p. 35; Frances, *Terug naar normaal*, p. 103.

²²⁸ W.A. Nolen, “De psychiater en de farmaceutische industrie,” in: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39, nr. 8, 1997, passim.

²²⁹ Walter Vandereycken en K. Kuyken, “Een analyse van advertenties voor psychofarmaca,” in: *Tijdschrift voor psychiatrie* 51, nr. 6, 2009, passim.

vaak door grote bedrijven gesponsord worden, wat niet bevorderlijk geacht wordt voor de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de onderzoekers.²³⁰ Volgens Valenstein berust het geloof in geneesmiddelen op een misleidende hype. Bedrijven doen enorme investeringen om hun producten te promoten en ons te overtuigen ze te kopen en in te nemen. Via boeken, studies, colloquia, tijdschriften, reclame ... zoeken ze een zo breed mogelijke acceptatie voor middelen die niet zo doeltreffend en positief zijn als voorgesteld.²³¹

5.3 Een nieuw diagnostisch model

Door psychofarmaca is per ziekte een erg eenduidige behandeling mogelijk. Door de sterk biologisch-neurologische insteek worden psychiatrische ziekten gezien als een of ander biochemisch defect in de hersenen dat mits de juiste dosering en combinatie van medicatie verholpen kan worden. Niet elk individu is uiteraard bij een gelijke aandoening vatbaar voor dezelfde medicatie en de combinatie en dosering hangt af van situatie tot situatie (geslacht, leeftijd, aard en gradatie van de ziekte ...), maar over het algemeen wordt voor een bepaalde ziekte meestal naar dezelfde soort medicatie gegrepen. Regelmatig wordt dan ook een link gelegd tussen psychofarmaca en het succes van de DSM.²³² Die “bijbel van de psychiatrie” vormt voor veel psychiaters de leidraad bij het classificeren en diagnosticeren van psychische stoornissen. De psychiater observeert de zieke, waarna de symptomen afgetoetst worden aan de standaardlijsten in de DSM en een bijpassende behandeling gestart wordt. De DSM is zo volgens sommigen als het ware een middel geworden om de vraag (zieke patiënt) en het aanbod (de medicatie van de farmaceutische industrie) via de psychiater op elkaar af te stemmen.²³³

²³⁰ Porter, *Madness*, p. 207. Voor een recent Nederlandstalig boek over die kwestie, verwijs ik net als in de inleiding naar het boek van Walter Vandereycken en Ron Van Deth.

²³¹ Valenstein, *Blaming the brain*, passim.

²³² De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) wordt sinds 1952 uitgegeven door de *American Psychiatric Association* (APA). Het bevat terminologie en criteria om psychiatrische ziektebeelden te benoemen en classificeren. Op die manier is het in de psychiatrische praktijk het standaard diagnostisch model geworden. In 2013 komt de vijfde en voorlopig laatste editie uit, DSM-5. De laatste jaren wordt er heel wat kritiek geuit op de DSM, maar dat is hier minder van belang. Opnieuw verwijs ik naar het werk van Frances Allen voor wie zich in die thematiek wil oriënteren. Hij staat in 1994 mee aan de wieg van de DSM-IV, maar wordt later een groot criticus van de vijfde versie.

²³³ Jacobs, “Psychoanalyse en psychofarmacologie,” p. 13; Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, pp. 317-326; Pieters en Majerus, “The introduction of chlorpromazine,” p. 443; Majerus, *Parmi les fous*, pp. 31-2. Een bekende critica van het psychofarmacologische medicatiemodel (en ook de rol van de farmaceutische

5.4 Verschillen tussen mannen en vrouwen

Er kan ook het een en ander gezegd worden over verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft het gebruik van psychofarmaca.²³⁴ In Noord-Amerika en West-Europa gebruiken vrouwen namelijk twee keer zoveel psychofarmaca als mannen (midden jaren 90 ligt het gebruik van psychofarmaca in België bovendien maar liefst vijf keer hoger dan in Groot-Brittannië en tweeënhalf keer hoger dan in Nederland, het minder liberaal karakter van onze gezondheidszorg is daar waarschijnlijk niet vreemd aan). Vrouwen maken in het algemeen trouwens ook meer gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Wat voorts opvalt, is dat ze psychofarmaca gemiddeld een langere tijd innemen. Het verschil kan deels verklaard worden door het feit dat vrouwen langer leven, aangezien het gebruik van psychofarmaca toeneemt met de leeftijd.²³⁵ Maar dat is een onvoldoende verklaring om een dergelijk groot verschil uit te leggen. Er bestaan dan ook tal van hypothesen om het verschil tussen de twee geslachten te benaderen. Ten eerste de stelling dat vrouwen en mannen aan verschillende psychische stoornissen leiden. Mannen hebben vooral te kampen met alcohol- en andere verslavingen en schizofrenie, terwijl vrouwen allerlei affectieve, emotionele, neurotische, angst- en slaapproblemen hebben waar meer en makkelijker medicatie voor wordt voorgeschreven, ook al heeft het probleem in kwestie misschien weinig met een psychiatrische stoornis te maken. Ten tweede wordt er soms op gewezen dat vrouwen meer

industrie) is Joanna Moncrieff. Zij is sceptisch over het idee dat een psychiatrisch probleem louter terug te voeren is op een biologisch en chemisch hersendefect. Dat is volgens haar een commercieel, professioneel en politiek *disease-centred* model dat ervan uitgaat dat de medicatie een abnormaliteit herstelt en zo de ziekte geneest. Zij gaat wat betreft de werking van psychofarmaca echter uit van een *drug-centred* model. De psychoactieve stoffen hebben volgens haar in het algemeen, bij iedereen die ze inneemt een min of meer gelijke invloed op het denken, voelen en doen. Het zijn dus geen specifieke biologische middelen die enkel een effect hebben op psychiatrische patiënten. Elk middel heeft bepaalde karakteristieken die bij elke mens tot uiting zouden komen indien het ingenomen wordt. Het is wel zo dat die effecten, eerder toevallig, de symptomen van een psychiatrisch ziektebeeld kunnen onderdrukken. Zie: Moncrieff, Joanna. *The Myth of the Chemical Cure. A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2008, 278 p.

²³⁴ Dat is een interessante kwestie, maar het Guislaingesticht staat in de periode die ik onderzoek enkel open voor mannen. Ik ga dan ook niet verder in op dat thema in de rest van mijn onderzoek.

²³⁵ De laatste jaren wordt steeds meer onderzoek gedaan naar het gebruik van psychofarmaca in de ouderenpsychiatrie en ook in de gewone woon- en zorgcentra. Vooral het kalmerend en slaapverwekkend effect maakt bepaalde middelen er erg populair. In mijn onderzoek ga ik daar niet dieper op in, omdat er nog geen enkel historisch onderzoek rond dat onderwerp gedaan is. De bestaande literatuur beperkt zich tot de hedendaagse (wan)toestanden. Een ander thema dat meer aandacht verdient, maar waar ik ook niet op inga, zijn de forensische en justitiële vraagstukken die psychofarmaca oproepen. Is een zware psychiatrische patiënt, die psychofarmaca neemt en een misdaad begaat (denk maar aan Ricardo uit de inleiding) toerekeningsvatbaar en verantwoordelijk voor zijn daden?

naar de dokter gaan voor (de preventie van) specifieke vrouwgebonden condities zoals zwangerschap, menopauze, menstruatie ... en dat er dus simpelweg meer gelegenheid is om problemen ter sprake te brengen en een voorschrift te krijgen. Ten derde wordt soms gezegd dat vrouwen en mannen anders reageren als ze bepaalde symptomen beginnen te vertonen. Vrouwen zouden niet alleen sneller hulp zoeken als ze met een lichamelijk of psychisch probleem kampen, ze gaan de oorzaken ook vaker aan zichzelf toeschrijven dan mannen. Vaak wordt dan de link gelegd met andere sociale normen: mannen moeten sterk zijn en een hoge pijngrens hebben, vrouwen bewaken hun gezondheid nauwgezet en uiten hun klachten. Het is meer sociaal aanvaard voor een vrouw om emotionele problemen uit te drukken en er hulp voor te zoeken. Ze gaan bijgevolg meer naar de dokter, waar ze dan een voorschrift kunnen krijgen. Ten vierde zouden artsen ook anders reageren op mannen dan op vrouwen, opnieuw door een zekere genderbias. Het is dan natuurlijk maar de vraag of vrouwen te veel psychofarmaca voorgeschreven krijgen of mannen te weinig. Ten vijfde is er een hypothese die zich meer op de socio-economische kant van het verhaal richt. Onderzoek wijst uit dat mensen die buitenshuis werken, minder kans lopen op psychische problemen. Vrouwen blijven nog altijd meer thuis als huisvrouw en moeder dan dat ze een betaalde job uitvoeren. Wie bovendien als thuisblijver geen verzorgende rol opneemt (bijvoorbeeld kinderloos blijven) is nog kwetsbaarder. Ten zesde wordt soms met een beschuldigende vinger gewezen naar de farmaceutische industrie. Advertenties voor psychofarmaca zouden minder wetenschappelijk en informatief zijn dan reclame voor andere geneesmiddelen. Ze spelen wel in op stereotiepe gendervooroordelen. Bovendien komen in de reclame veel meer vrouwen dan mannen voor, wat het voorschrijfgedrag van de arts zou beïnvloeden.²³⁶

²³⁶ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 254-6; Claes, "Het toenemend gebruik van psychofarmaca," pp. 4-5; De Winter, "Vrouwen en psychofarmaca," passim. Volgens Ali Hagggett is de mannelijke psychiatrische ziekte niet minder voorkomend, maar moet dat fenomeen begrepen worden in relatie tot een complex medisch en cultureel landschap, waardoor de mannelijke statistieken lager blijven dan de vrouwelijke gegevens. Emotionele problemen bijvoorbeeld uit een man eerder als fysieke ongemakken zoals rug- en maagpijn. Ze vluchten ook sneller in alcoholisme. Zie: Hagggett, Ali. *A History of Male Psychological Disorders in Britain, 1945-1980*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2016, 215 p.

5.5 Op naar de casus: een onconventionele benadering

Tot nog toe heb ik vrijwel uitsluitend gebruikgemaakt van literatuur geschreven door (en vaak voor) psychiaters of academische onderzoekers. Zoals in de inleiding aan bod kwam, zijn dat meestal werken die grote evoluties behandelen met betrekking tot institutionele en therapeutische aspecten, met minder aandacht voor de praktische vernieuwingen die psychofarmaca teweegbrengen in het gesticht zelf. Nochtans kan dat ook nuttig zijn om de grote lijnen beter te begrijpen, in kaart te brengen en te evalueren, maar over de gevolgen van de introductie en het gebruik van psychofarmaca in de alledaagse zorg is nog relatief weinig gekend. Hierboven heb ik getracht zoveel mogelijk de bestaande informatie te verzamelen, maar systematisch onderzoek hiernaar is vrijwel onbestaande. De vraag naar de effecten van psychofarmaca voor de psychiatrische praktijk houdt ook enkele Nederlandse onderzoekers bezig, die daarom in 2006 een zogenaamd *witness seminar* organiseren rond dat thema. Daarin trachten ze aan collectieve orale geschiedenis te doen, waar onderzoekers in contact komen met de herinneringen en interpretaties van ervaringsdeskundigen uit het veld (psychiaters en verpleegkundigen). Historici beoordelen psychofarmaca zoals gezegd vaak als een evolutie die op korte tijd overheerst en andere behandelingen verdringt. Het is een ingrijpende verandering met bijwerkingen, maar die therapeutisch gezien positieve effecten heeft die snel en makkelijk bereikt worden.²³⁷ Tijdens het *witness seminar* kijkt men met een kritische en praktische blik naar die jonge historische ontwikkeling. De resultaten zijn op zijn minst verrassend te noemen. Vandaag zijn psychofarmaca algemeen aanvaard en normaal, een houding die maar al te vaak toegeschreven wordt aan de psychiatrie in de jaren 50. Maar de praktijk toont aan dat men ook dan niet zomaar blind vertrouwen heeft in de nieuwe pillen. Vaak is het “eerst zien, dan geloven”. Het weinig gedifferentieerde beeld dat vaak opgehangen wordt, doet geen recht aan de inspanningen en moeilijkheden die psychiaters, verpleegkundigen en patiënten moeten leveren om met de nieuwe middelen te leren omgaan. Uit hun verhalen blijkt dat er vaker sprake is van een terughoudendheid in plaats van ongebreideld optimisme.²³⁸ Wat vooral opvalt, is dat er geen sprake is van “de” psychiatrie. De situatie verschilt per instelling en is vaak afhankelijk van de achtergrond, kennis, ervaring, persoonlijkheid ... van de

²³⁷ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 7-10.

²³⁸ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 10 en 19.

hoofddarts en de algemene beleids sfeer.²³⁹ Maar eens de psychofarmaca gebruikt worden, merkt men in de praktijk al snel de resultaten op. Zo beschrijft een arts dat een zaal waar chronische onrustigen in verzameld liggen, in 1953 op zes weken tijd een drastische omslag maakt. Door de toediening van Largactil worden patiënten kalm en stil. Hij vertelt wel dat het middel in het begin niet aan bepaalde ziektebeelden gebonden is, maar in het algemeen als kalmeermiddel wordt gebruikt.²⁴⁰ Een verpleegster merkt dan weer op dat men vaak met opzet een hogere dosis Largactil geeft dan voorgeschreven om de patiënten beter onder controle te kunnen houden.²⁴¹ Soms is het eerder een middel dat het personeel helpt om patiënten te kalmeren, om ze beter te kunnen “managen”, in plaats van een middel dat de patiënten zich beter moet laten voelen. Tijdens een onderbezette dienst kan het ook volgens andere auteurs verleidelijk zijn om naar psychofarmaca te grijpen om een zekere macht over de patiënten te krijgen.²⁴² Wat tot slot vaak vergeten wordt, is het reële gevaar dat dergelijke middelen gemakkelijk gebruikt kunnen worden bij een zelfmoord(poging).²⁴³ Meestal blijft het wat betreft de reactie van patiënten op psychofarmaca bij het klassieke, positieve verhaal dat zij het zelf ook aangenaam vinden om kalmer en socialer te zijn door psychofarmaca en meer zelfcontrole te hebben, maar blijkbaar zijn er ook risico's.²⁴⁴

De voorbije twee hoofdstukken is duidelijk geworden hoe en wanneer psychofarmaca ontstaan en welke gevolgen dat tijdens de tweede helft van de vorige eeuw zoal inhoudt voor de psychiatrie. In deel twee van dit werk, ga ik via een casestudie na hoe psychofarmaca alledaagse, praktische veranderingen veroorzaken en beïnvloeden in de periode 1950-1975. Vanuit een microhistorisch perspectief ga ik op zoek naar verhalen over het dagelijkse leven en werk in het psychiatrisch gesticht, om te onderzoeken of dat, net als het *witness seminar*, nieuwe perspectieven opent of andere resultaten oplevert dan wat meestal in de literatuur wordt beschreven.

²³⁹ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, pp. 49 en 159.

²⁴⁰ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 53.

²⁴¹ Pieters, Snelders en Houwaart, *De medicijnrevolutie*, p. 58.

²⁴² Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35; Davis en Palladino, *Psychology*, p. 562; Ras en van Eijk, *Wegwijs in de psychiatrie*, p. 137.

²⁴³ Berthold P.R. Gersons, *Acute psychiatrie*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1986, p. 207.

²⁴⁴ Gottlieb Shapiro, *Caring for the mentally ill*, p. 35.

INTERMEZZO - DE GENTSE KRANKZINNIGENZORG

In dit intermezzo ga ik dieper in op de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Gent. Zo wordt de casus in een lokaal kader geplaatst. Op die manier beschikt de lezer naast de algemene historische feiten en inzichten, die hierboven aan bod kwamen, ook over voldoende specifieke, plaatsgebonden kennis rond de casus, waarvan ik het ontstaan behandel.

1 Algemeen

Eind 12e en vooral vanaf de 13e eeuw ontstaan in Gent de eerste Europese initiatieven omtrent geestelijke gezondheidszorg, zij het nog zeer primitief. Veel meer dan de onruststokende zieken opsluiten, gebeurt er nog niet. In religieus geïnspireerde instellingen valt de situatie nog ietwat mee, maar de particuliere, openbare gestichten laten veel te wensen over. Ze dienen eerder als vergetput waar de zieken verborgen blijven voor de stedelingen dan dat ze een plaats zijn waar de geesteszieken verzorgd worden. Er gaan zeer onmenselijke toestanden mee gepaard, maar toch blijft dat lange tijd de status quo.

Alhoewel het op het eerste gezicht niet veel bijdraagt aan mijn onderzoek om tot in de middeleeuwen terug te keren, kan het toch relevanter zijn dan verwacht. De ronduit erbarmelijke middeleeuwse situatie blijft namelijk in de vroegmoderne periode doorleven en wordt pas in het begin van de 19e eeuw sterk gecontesteerd onder invloed van onder andere Joseph Guislain (1797-1860). Zijn visie en verwezenlijkingen, met als ultieme bekroning de bouw van het *Hospice Guislain* (de casus die centraal staat in deel twee van dit onderzoek), kunnen niet begrepen worden zonder dieper in te gaan op de Gentse voorgeschiedenis waar hij tegen reageert. Bovendien verschillen de architectuur en de organisatie van het Guislaingesticht in 1950 (het beginjaar van de casestudie) niet bijster veel vergeleken met de toestand bij de opening, een kleine eeuw voordien.

Ook moet er daarnaast aandacht zijn voor de voortrekkersrol van Petrus Triest (1760-1836), dankzij wie Guislain nauw bij de Gentse krankzinnigenzorg betrokken raakt. Zonder de samenwerking tussen die twee heren zou de Gentse (en bij uitbreiding Vlaamse en zelfs Belgische) psychiatrie veel langer in de middeleeuwen blijven hangen zijn. Alleen al om hun

grote betekenis voor de Belgische psychiatrie, is het gepast even bij hun werk en leven stil te staan. De bespreking van Triest laat bovendien tezelfdertijd wat meer licht schijnen op de Congregatie van de Broeders van Liefde, die tijdens de periode die ik onderzoek nog altijd instaat voor de zorg in het Guislaingesticht en ook vandaag een zeer grote rol blijft spelen.

De lezer die minder geïnteresseerd is in het biografische verhaal over Triest en Guislain, kan meteen naar het vijfde en belangrijkste punt uit dit intermezzo doorbladeren, dat specifiek handelt over de voorgeschiedenis van het Guislaingesticht.

2 Middeleeuwse en vroegmoderne voorlopers

De stad Gent behoort tot de pioniers wat betreft de gecentraliseerde opvang van geesteszieken. Reeds rond 1191 wordt in Gent onder impuls van de schepbank het Sint-Janshospitaal - ook bekend als Sint-Jans-ten-Dullen en Sint-Jan-in-de-Olie - geopend, gelegen niet ver van de Sint-Jacobskerk aan de huidige Vlasmarkt. Het is het eerste vaste dolhuis in Europa waar geesteszieken, zowel mannen als vrouwen, in opgevangen worden.²⁴⁵ Al is opgesloten misschien een beter woord. Met fysieke dwangmiddelen worden de zieken uit het straatbeeld gehouden. Het zijn trouwens enkel de *dullen* die de openbare orde verstoren, die hier opgesloten worden. Wie geen probleem vormt voor de gemeenschap, hoeft er niet uit verwijderd te worden. Bovendien komen in de middeleeuwen enkel poorters in aanmerking: niet-stedelingen worden simpelweg uit de stad gezet als ze de openbare orde verstoren en daarmee de handel en nijverheid in het gedrang brengen. De verzorging in het Sint-Janshospitaal gebeurt door zogenaamde Broeders en Zusters van het Gemene Leven die de regel van Augustinus naleven. Eind 18e eeuw worden de mannelijke krankzinnigen overgeplaatst naar het Geeraard de Duivelsteen en de vrouwen naar de Zandpoort, wat het einde betekent van het Sint-Jans-ten-Dullen als krankzinnigengesticht.²⁴⁶

²⁴⁵ Er zouden daarvoor ook al kleine, verplaatsbare dolhuisjes bestaan die als een soort tijdelijke isoleercel dienen, maar die vervangen worden door grotere, vaste dolhuizen, die op hun beurt in de loop van de 13e eeuw uitgroeien tot hospitalen. Zie: Frans Van De Putte, "Het Sint-Jans-ten-Dullen hospitaal in het laatmiddeleeuwse Gent. Het vergeten Gentse dolhuis," licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2007, p. 5.

²⁴⁶ Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 21; Van De Putte, "Het Sint-Jans-ten-Dullen hospitaal," pp. 6-7 en 21 en 237; Alexander-Karel Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, Gent, U.Z. Gent, 1993, p. 29; Elke Coolens, "Werking van de Gentse burgerlijke godshuizen (1820-1925), met casus Lousberggesticht," licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1997, p. 65; Koen Houben, "Van

Gent kent lange tijd nog drie andere krankzinnigengestichten. Misschien wel het bekendste is het Geeraard de Duivelsteen, gebouwd in de 13e eeuw, waar van 1578 tot 1623 krankzinnige mannen in opgesloten worden. Nadien doet het Geeraard de Duivelsteen dienst als weeshuis en dan als *Rasphuys* (tuchthuis), waar storende elementen uit de samenleving in ondergebracht worden (zwerwers, bedelaars ...). Vanaf 1756 worden ook krankzinnigen er opnieuw opgesloten en nadat het Rasphuis verhuist naar de Coupure, wordt het Geeraard de Duivelsteen een instelling exclusief voor geesteszieken. De omstandigheden waarin de krankzinnigen leven, zijn echter mensonterend. Er is geen hygiëne, ze krijgen weinig voedsel, liggen vastgeketend op wat stro in de kelders ... Pas begin 19e eeuw zal hun situatie verbeteren als kanunnik Triest in 1815 met de Broeders van Liefde de zorg overneemt (cfr. infra). In 1828 verlaten de krankzinnige mannen uiteindelijk het Geeraard de Duivelsteen en verhuist het gesticht naar het verbouwde Alexianenklooster.²⁴⁷

Voor vrouwen is er op de hoek van de Burgstraat en Ramen een burgerlijk godshuis dat al in gebruik is sinds het eind van de 13e eeuw. Wezen, oude en krankzinnige vrouwen vinden er onderdak. In 1605 verhuist de instelling naar de Korte Violettestraat aan de Zandpoort, vanaf dan Zottepoort genoemd omdat vooral krankzinnige vrouwen er verblijven. Tijdens de Franse overheersing spreekt men van het Hospice n° 8. Begin 19e eeuw stuurt Triest er enkele Zusters van Liefde naartoe om de zorg over te nemen, want ook in de Zottepoort verloopt die allesbehalve goed (cfr. infra). De naam verandert vanaf dan in het Sint-Jozefshuis.²⁴⁸

Guislaingesticht tot Sint-Jozefsinstituut: de ontwikkeling van krankzinnigenzorg naar zwakzinnigenzorg te Gent in de 19e - begin 20e eeuw,” licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, 1990, pp. 7-8.

²⁴⁷ Houben, “Van Guislaingesticht tot Sint-Jozefsinstituut,” pp. 13-4; Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig,” pp. 80-2; Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, p. 97; Hilde Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling in het psychiatrisch centrum Caritas te Melle van 1910 tot 1960,” licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1998, p. 10; Leon Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen vanaf hun ontstaan tot op heden*, Gent, Story-Scientia, 1976, p. 107; Veerle Deforce, “De houding van de psychiatrie ten opzichte van vrouwen in de tweede helft van de 19de eeuw meer bepaald in de Gentse instellingen,” licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1996, p. 25.

²⁴⁸ Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling,” p. 10; Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig,” pp. 5 en 80-2; Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, p. 185; Deforce, “De houding van de psychiatrie,” p. 26; Houben, “Van Guislaingesticht tot Sint-Jozefsinstituut,” pp. 10-2.

Rond 1313 beginnen ook de alexianenbroeders met algemene ziekenverzorging in Gent. Vanaf de 15e eeuw voorzien die cellenbroeders in een hospitaal langs de Oude Houtlei enkele bedden voor krankzinnigenzorg. Eind 18e eeuw wordt de religieuze orde net als vele andere opgeheven door de Franse overheid. Het Sint-Amandusinstituut waar ze huizen, wordt korte tijd een militaire gevangenis en de krankzinnige mannen worden naar het Geeraard de Duivelsteen overgebracht, dat zelf sowieso al te klein is. In 1828 zal het Alexianenklooster na een verbouwing terug in gebruik genomen worden en verhuizen de krankzinnige mannen uit het Geeraard de Duivelsteen naar het klooster. Lang zullen ze daar niet blijven, want in 1857 opent het gloednieuwe *Hospice Guislain* voor krankzinnige mannen de deuren (cfr. infra).²⁴⁹

Tot slot mogen we niet vergeten dat krankzinnigen uit een rijke familie vaak thuis of in betalende privégestichten verzorgd worden, wat natuurlijk niet goedkoop is. Het zijn dan ook de arme mensen die nergens heen kunnen en volgens de stedelijke overheid de straten onveilig maken, die opgesloten worden. De religieus geïnspireerde instellingen (Alexianenklooster, Sint-Janshospitaal) proberen hun deel te doen, maar veel mensen komen terecht in de openbare, particuliere gestichten die door de stad uitbesteed worden aan leken (Geeraard de Duivelsteen, Zandpoort). De zogenaamde wezenmeesters zwaaien daar de plak. Die krijgen van de stad een dagvergoeding per krankzinnige, waar ze zoveel mogelijk winst uit proberen te halen door de geesteszieken vrijwel aan hun lot over te laten.²⁵⁰

Tijdens de eerste helft van de 19e eeuw ijveren kanunnik Triest en psychiater Joseph Guislain voor een humanere behandeling van de geesteszieken. Ze klagen de wantoestanden aan, stellen reglementen op en zorgen voor verbeterde accommodaties. Omdat ik het Guislaingesticht van de Broeders van Liefde als casus onderzoek, lijkt het me relevant om voldoende aandacht te schenken aan de wortels waaruit dat alles gegroeid is.

²⁴⁹ Van Doorselaer, "Een halve eeuw behandeling," p. 10; Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," pp. 80-2; Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, p. 93; Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen*, pp. 99-102; Houben, "Van Guislaingesticht tot Sint-Jozefsinstituut," pp. 15-7.

²⁵⁰ Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 81.

3 Kentering onder Petrus Jozef Triest

Petrus Jozef Triest wordt op 31 augustus 1760 in Brussel geboren als negende kind in een gezin van veertien. Vader Jan Triest (1725-1807) behoort tot een rijke smedenfamilie uit de burgerij, moeder Cecilia Mello (1727-1797) stamt uit een welgestelde magistratenfamilie. Misschien vanaf 1773, maar zeker vanaf 1776 tot 1780 volgt hij les aan de Latijnse School in Geel. Omdat er nog geen internaat is, woont hij in bij een plaatselijk gezin. Daar komt hij ongetwijfeld in contact met de psychiatrische thuisverpleging waar de Kempense gemeente nu nog bekend voor staat. Niet ver van zijn ouderlijk huis bevindt zich trouwens ook een *Simpelhuys* waar geesteszieken ondergebracht worden. De zorg voor geesteszieken heeft dus al vroeg een plaats in zijn leven. Na zijn middelbare studies begint hij in Leuven wijsbegeerte te studeren. Hij voelt echter al snel dat zijn roeping elders ligt. Na het behalen van zijn diploma in augustus treedt hij op 30 oktober 1782, hij is dan tweeëntwintig jaar, binnen in het Grootseminarie in Mechelen. Op 10 juni 1786 wordt hij tot priester gewijd. De jaren nadien vervult hij enkele functies in het seminarie en springt hij her en der in als plaatsvervangend pastoor. In 1791 wordt hij onderpastoor in Mechelen.²⁵¹

Het zijn woelige tijden. Napoleon Bonaparte (1769-1821) verovert vanuit Frankrijk de rest van Europa. In oktober 1795 worden de Oostenrijkse Nederlanden officieel ingelijfd bij de Eerste Franse Republiek, nadat de troepen in november 1792 al Mechelen zijn binnengekomen. Het revolutionaire klimaat is de katholieke geestelijkheid niet welgezind, maar net als vele anderen weigert Triest de eed van gehoorzaamheid en onderwerping aan de wetten van de Republiek af te leggen. In december 1797 duikt hij als *prêtre réfractaire* onder in Ronse, waar hij op 28 augustus van datzelfde jaar nog maar tot pastoor is benoemd. Ondertussen probeert hij zo goed mogelijk zijn werk verder te zetten. Bekend is de anekdote waarin hij de ziekenzalving toedient aan de vrouw van de Franse brigadier Cotton. Triest

²⁵¹ Joris Colla, "Petrus Triest," ODIS, geraadpleegd op 20 november 2015, http://www.odis.be/lnk/PS_4776; Koenraad Gerardus Reichgelt en Elisabeth Lucienne Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest, 1760-1836. Een levensschets*, Menen, Verraes-Pattyn, 1960, pp. 9-12; René Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspsiatrie in België," in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tielt, Lannoo, 2011, p. 51; Gita Deneckere, *De Zusters van Liefde J.M. en de ziekenzorg te Gent, 1805 tot heden*, Gent, Zusters van Liefde van Jezus en Maria, 1997, p. 9; René Stockman, *Pro Deo. De geschiedenis van de christelijke gezondheidszorg*, Leuven, Davidsfonds, 2008, p. 141; René Stockman, "Kanunnik Petrus Jozef Triest, stichter en organisator," in: *Ghendtsche Tydinghen* 25, nr. 4, 1996, pp. 170-2.

wordt betrap, maar de brigadier laat hem begaan. Na enkele jaren dooft de vervolging uit. Wanneer het concordaat tussen Napoleon (ondertussen Eerste Consul van de Franse Republiek) en paus Pius VII (1742-1823) op 15 juli 1801 wordt ondertekend, leidt dat tot kerkvrede en kan Triest zijn ambt weer in het openbaar uitoefenen.²⁵²

Hij komt vervolgens in aanvaring met de antiklerikale burgemeester Ferdinand Eugène Fostier van Ronse en wordt in februari 1803 overgeplaatst naar Lovendegem, een parochie in het bisdom Gent. Dat is mogelijk omdat Ronse, door de herindeling van de bisdommen volgens het concordaat, van het bisdom Mechelen naar het bisdom Gent is overgeheveld. In Lovendegem zet hij vanaf november 1803 enkele initiatieven op poten om arme kinderen te helpen. Geleidelijk aan groeit hieruit de Congregatie van de Zusters van Liefde van Jezus en Maria. Triest zal dan wel niet lang in Lovendegem blijven, maar de Meetjeslandse gemeente ligt hem de rest van zijn leven nauw aan het hart.²⁵³

Op 1 april 1805 bezoekt de Gentse bisschop Etienne Fallot de Beaumont (1750-1835) Lovendegem. Het goede werk van Triest springt hem in het oog. Die zomer nog haalt hij Triest naar Gent met medewerking van burgemeester Joseph Sébastien Ghislain della Faille d'Assenede (1756-1830). In zijn kielzog verhuizen enkele jonge Lovendegemse vrouwen mee: de Zusters van Liefde. Ze voorzien onderwijs voor doven, blinden en armen en verzorging van zieken en bejaarden. In augustus 1806 neemt Triest ontslag in Lovendegem. Zijn rol als pastoor valt niet langer te combineren met het leiden van de Congregatie, waar hij op 26 december 1806 de eerste Generaal-overste van wordt. Zo reist hij zelf naar Parijs om de erkenning in orde te krijgen. Op 14 januari 1807 wordt de Congregatie plechtig geïnstalleerd en Triest wordt tegelijk benoemd tot erekanunnik van Sint-Baafs.²⁵⁴

²⁵² Colla, "Petrus Triest"; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 12-4; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspychiatrie," p. 51; Stockman, "Kanunnik Petrus Jozef Triest," p. 173; Axel Liégois, *Repertorium van het historisch bezit van de katholieke psychiatrische instellingen in Vlaanderen*, Leuven, Acco, 1984, p. 20; Axel Liégois, "Triest, Guislain en de Broeders en Zusters van Liefde," in: Patrick Vandermeersch, ed., *Psychiatrie, godsdienst en gezag. De ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma*, Leuven, Acco, 1984, p. 172.

²⁵³ Colla, "Petrus Triest"; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 14-5; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspychiatrie," p. 52; Stockman, *Pro Deo*, p. 142; Stockman, "Kanunnik Petrus Jozef Triest," p. 174.

²⁵⁴ Colla, "Petrus Triest"; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 15-6; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspychiatrie," p. 53; Liégois, "Triest, Guislain en de Broeders en Zusters van Liefde," p. 172; Stockman, "Kanunnik Petrus Jozef Triest," pp. 175-6.

Triest wordt een belangrijke schakel in het Gentse caritatieve netwerk. Hij zetelt in de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen en heeft zo een vinger in de pap bij maar liefst veertig inrichtingen. Op 1 juli 1807 wordt hij daarnaast lid van het nieuw opgerichte *Comité d'Ordre et d'Economie*, dat moet toezien op de aankopen van de inrichtingen.²⁵⁵ Op 11 juli wordt hij ondertussen directeur van het Bijlokehospitaal en op 12 december wordt hij aangesteld als directeur van de Twaalf Kleine Gestichten, waar ouderen opgevangen en verzorgd worden. Op enkele maanden tijd komt er dus een enorme verantwoordelijkheid op zijn schouders te liggen en krijgt hij de leiding over een grote infrastructuur.²⁵⁶

Al snel ervaart hij een nood tot verbetering van de verzorging. In 1807 richt hij daartoe de Broeders Hospitalieren op, wat later de Congregatie van de Broeders van Liefde wordt. Uit Lovendegem, waar hij steeds een goede band mee behoudt, kan hij enkele jonge mannen overtuigen om in het Bijlokehospitaal te komen werken. In het begin verzorgen ze vooral de bejaarde mannen daar, maar al snel breidt het takenpakket uit: ziekenzorg, psychiatrische zorg, onderwijs voor blinde en doofstomme kinderen ... Er zijn wel enkele moeilijkheden en tegenslagen. De mannen zijn onervaren en onvoorbereid op hun taak. Zo stuurt Triest in november 1808 zes broeders naar het Alexianenklooster, waar ze schrijnende wantoestanden aantreffen. Velen raken gedemoraliseerd en houden het voor bekeken, ook in het Bijlokehospitaal. Midden 1809 blijven slechts twee volhouders over. Uiteindelijk groeit hier na enkele betere jaren een grotere congregatie uit. Op 26 november 1811 leggen zes Broeders van Liefde hun geloften af. In de loop van 1818 zijn er al dertien broeders.²⁵⁷

Gedurende de rest van zijn leven blijft Triest zich inzetten voor de armen- en ziekenzorg en het onderwijs voor arme kinderen. Zo sticht hij in 1826 de Congregatie van de Broeders van Sint-Jan de Deo en is hij ook betrokken bij de oprichting van de Congregatie van de Zusters van de Kindsheid Jesu in 1835. Ook de krankzinnigenzorg is een van zijn stokpaardjes. Zo stuurt hij op 4 april 1808 enkele Zusters van Liefde naar het Vrouwenweeshuis aan de Zandpoort, waar ze wezenmeester Colen vervangen en de zorg op zich nemen. Ook de

²⁵⁵ Dat comité wordt al snel opgeslokt door de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen.

²⁵⁶ Colla, "Petrus Triest"; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 20-2; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspychiatrie," p. 54; Liégois, *Repertorium*, p. 20; Deneckere, *De Zusters van Liefde J.M.*, p. 14.

²⁵⁷ Colla, "Petrus Triest"; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 24-8; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspychiatrie," p. 55; Liégois, *Repertorium*, p. 28; Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen*, p. 103.

Broeders van Liefde worden ingeschakeld om geesteszieken te verzorgen. In 1815 neemt Triest samen met zijn Broeders de verantwoordelijkheid op en breekt letterlijk en figuurlijk de boeien van de krankzinnige mannen in het Geeraard de Duivelsteen. Op 13 september wordt de particuliere wezenmeester Haeck ontslagen en neemt broeder-overste Bernardus De Noter (1749-1832) de leiding over. In 1828 wordt het Geeraard de Duivelsteen gesloten en worden de krankzinnigen overgebracht naar het verbouwde Alexianenklooster. Triests grootste verwezenlijkingen op het vlak van de psychiatrie komen er door zijn samenwerking met de Gentse dokter Joseph Guislain (cfr. infra), die hij op 10 oktober 1828 aanstelt als buitengewoon geneesheer van de twee Gentse krankzinnigengestichten. Samen klagen ze de wantoestanden aan, schrijven ze een intern reglement²⁵⁸ voor de gestichten en ijveren ze voor een betere en humanere behandeling.²⁵⁹

Na een vol en bewogen leven sterft Petrus Jozef Triest op 24 juni 1836 in Gent nadat hij op 17 juni overvallen wordt door een acute astma-aanval. Hij wordt net geen 76 jaar. Zijn laatste woorden zijn “date et dabitur vobis”, wat zoveel betekent als “geef en u zal gegeven worden” (Lucas 6:38). Hij ligt begraven in de grafkapel van de Zusters van Liefde in Lovendegem. In augustus 2001 wordt door het bisdom Gent een procedure tot zaligverklaring opgestart, die nog steeds hangende is.²⁶⁰

De Congregatie van de Broeders van Liefde is na zijn dood enkel maar meer gegroeid en verspreid. Tegenwoordig leven er broeders in meer dan 30 landen op alle continenten. Ook in België blijft de Congregatie een belangrijke actor. De Broeders van Liefde beheren vijftien psychiatrische ziekenhuizen, vijftien orthopedagogische centra en meer dan vijftig scholen voor (buiten)gewoon lager en secundair onderwijs. Zorg en onderwijs blijven dus de kern uitmaken. 14 000 medewerkers ontvangen, verzorgen en onderwijzen dagelijks tot 40 000 kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.²⁶¹

²⁵⁸ Elaut spreekt van “de Magna Charta van de zwakzinnigenzorg in de moderne tijd”. Zie: Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen*, p. 108.

²⁵⁹ Colla, “Petrus Triest”; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 31-8 en 40-6; Stockman, “Het ontstaan van de gestichtpsychiatrie,” p. 56; Liégois, *Repertorium*, pp. 20-1; Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling,” p. 10; Stockman, “Kanunnik Petrus Jozef Triest,” pp. 176-8.

²⁶⁰ Colla, “Petrus Triest”; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, p. 52.

²⁶¹ Broeders van Liefde, “Wie zijn wij?” Geraadpleegd op 11 december 2015, <http://www.broedersvanliefde.be/wie-zijn-wij>.

4 Joseph Guislain: definitief richting de humanere behandeling

Joseph Guislain is zonder twijfel de pionier van de Belgische psychiatrie. Hij kan gerust de eerste psychiater van de Zuidelijke Nederlanden genoemd worden. Nochtans is er bij zijn geboorte op 2 februari 1797 niks dat doet vermoeden dat hij dat vakgebied zo sterk op de kaart zal zetten. Net als vele anderen in zijn rijke familie lijkt hij voorbestemd om architect te worden. De jonge Guislain ontwikkelt echter al snel een interesse in geneeskunde. Tijdens de Napoleontische oorlogen bijvoorbeeld helpt hij gekwetsten te verzorgen in de Gentse militaire hospitalen. Vervolgens volgt hij in 1816 en 1817 geneeskundestudies aan de *Ecole de Médecine*, waar hij uitblinkt in vrijwel elke discipline, en vanaf 1817 is hij student aan de pas opgerichte Gentse universiteit. Wanneer hij op 31 juli 1819 afstudeert, behoort hij tot de eerste generatie gepromoveerde doctoren in de geneeskunde van de universiteit. Vervolgens verdiept hij zich in de studie van geestesziekten. Toch is het al snel duidelijk dat ook het architecturale bloed door zijn aderen stroomt. Het liefst van al combineert hij beide passies. In 1824 bijvoorbeeld ontwerpt hij voor een wedstrijd van de *Société des Beaux Arts de Bruxelles* een plan voor een instelling voor geesteszieken. Later in zijn leven krijgt hij de kans om echt een nieuw gesticht te bouwen (cfr. infra). Guislain neemt ook met zijn medisch werk deel aan wedstrijden. In 1825 bijvoorbeeld zendt hij zijn studie *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés* in voor een wedstrijd van de *Provinciale Commissie voor Geneeskunde van Noord-Holland*.²⁶² Hij wint de hoofdprijs, die hem naast een aanzienlijke som geld vooral internationale weerklank oplevert. Terwijl wordt hij ook opgemerkt door Triest.²⁶³

In zijn werk geeft hij kritiek op de onhygiënische en onredelijke toestanden in onder andere het Geeraard de Duivelsteen, waar hij vermoedelijk tijdens een stage geconfronteerd wordt met mensonterende wantoestanden. In zijn bekroonde boek oordeelt hij dat de

²⁶² Voor dat werk bezoekt Guislain verscheidene gestichten in de Lage Landen om de krankzinnigenzorg in kaart te brengen. Het is de eerste wetenschappelijke publicatie over psychiatrie in de Zuidelijke Nederlanden. Zie: Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 53.

²⁶³ Lucienne Cnockaert, *Pierre-Joseph Triest, 1760-1836. Le Vincent de Paul belge*, Leuven, Publications Universitaires de Louvain, 1974, p. 387; Joris Colla, "Joseph Guislain," ODIS, geraadpleegd op 21 november 2015, http://www.odis.be/lnk/PS_62412; Petra Gunst, "Guislain, Jozef (1797-1860)," UGentMemorie, geraadpleegd op 21 november 2015, www.ugentmemorie.be/personen/guislain-jozef-1797-1860; René Stockman, "Prof. Dr. Joseph Guislain. Zijn leven en zijn werken," in: *Ghendtsche Tydinghen* 26, nr. 4, 1997, pp. 172 en 175-6.

accommodatie absoluut niet aangepast is aan de noden die de verzorging van krankzinnigen stelt. Dat leidt tot een verbouwing van het Alexianenklooster ter waarde van 10 000 gulden, zodat de krankzinnige mannen niet langer in de kelders van het Geeraard de Duivelsteen hoeven te blijven. In september 1828 kunnen ze verhuizen. Op 10 oktober 1828 wordt Guislain door toedoen van Triest door de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen aangesteld als buitengewoon geneesheer van de twee Gentse krankzinnigengestichten.²⁶⁴ Gent is daarmee de eerste stad in de Nederlanden met een eigen psychiater. In februari 1829 schrijven beide heren samen een intern reglement voor de gestichten. Dat zijn voorschriften en afspraken rond hygiëne, voeding, verzorging, dwangmiddelen ... Het reglement vermijdt geweld en schrijft arbeidstherapie voor. Al snel wordt het een voorbeeld voor veel andere instellingen.²⁶⁵

In 1833 schrijft Guislain, onder andere op basis van zijn ervaringen als hoofdarts, zijn *Traité sur les phrénopathies*. Het is meteen een basiswerk. Zijn stelling dat vooral psychische oorzaken aan de basis liggen van geestesziekten, wijst erop dat hij sterk beïnvloed wordt door de morele theorie. Voor Guislain is een geestesziekte voornamelijk een gemoedsstoornis, waar verstandelijke stoornissen uit kunnen voortvloeien. In 1835 schat hij dat negen op de tien geestesziekten een mentale oorzaak kennen, in 1852 houdt hij het op twee derde. Volgens hem is dus slechts een minderheid van de geestesziekten aangeboren of aan organische, lichamelijke oorzaken te wijten. In academische kringen blijft men ondertussen niet blind voor zijn belangrijk werk. In 1835 wordt Guislain professor aan de nieuwe medische faculteit in Gent, eerst in de fysiologie, vanaf 1837 in de hygiëne en de geschiedenis van de geneeskunde en vanaf 1849 in de klinische psychiatrie.²⁶⁶ In 1834 richt

²⁶⁴ Guislain overziet de zorg in de Zandpoort voor de vrouwen en in het Alexianenklooster voor de mannen. Hij krijgt daarvoor 800 gulden per jaar. Zie: Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 53.

²⁶⁵ Liégois, *Repertorium*, pp. 21-2 en 28-30; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 37-8; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtspsychiatrie," p. 55; Gunst, "Guislain, Jozef"; Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 113; Cnockaert, *Pierre-Joseph Triest*, pp. 459-467; Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen*, pp. 103-4; Stockman, "Prof. Dr. Joseph Guislain," p. 177; Gert Maes, "Suicide in de negentiende-eeuwse psychiatrie," masterproef, Universiteit Gent, 2008, p. 50; Museum Dr. Guislain, "Het oude Guislaingesticht," geraadpleegd op 21 november 2015, http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/2d0b201512113223628-het-oude-guislaingesticht.pdf; UGent, "Verkiezing van de Grootste Prof van de UGent. Jozef Guislain," geraadpleegd op 23 november 2015, <http://www.communicatie.ugent.be/prof/fiche/guislain.htm>.

²⁶⁶ Dat laatste vak mondt in 1852 uit in zijn driedelig boek *Leçons orales sur les phrénopathies*.

hij mee de *Société de Médecine de Gand* op en in 1841 hoort hij bij de eerste leden van de *Académie Royale de Médecine de Belgique*. Bovenop al die functies raakt hij ook betrokken bij enkele initiatieven om het wettelijk kader rond geesteszieken te hervormen (cfr. infra). Alsof dat alles nog niet genoeg is, vindt hij ook nog tijd om onderzoek te doen en boeken te schrijven, in 1838 bijvoorbeeld *Exposé sur l'état actuel des aliénés en Belgique et notamment dans la province de la Flandre-Orientale*.²⁶⁷

Guislain engageert zich bovendien in de lokale politiek, waar hij wil lobbyen voor een nieuw gesticht in het Gentse. In 1830 al biedt Hippolyte Metdepenningen (1799-1881) de steun van de orangisten aan, maar Guislain vindt hen te radicaal. Vanaf 1836 stelt hij zich verkiesbaar voor de Gentse gemeenteraad. Pas in 1848 wordt hij verkozen als hij zich bij de gematigde liberalen van Hippolyte Rolin (1804-1833) voegt. Hij wordt trouwens meteen lid van het eerste bestuur van de Liberale Associatie. Na twee ambtstermijnen neemt hij in 1857 afscheid van de gemeentepolitiek.²⁶⁸

In 1852 wordt Guislain daarnaast lid van het bestuur van de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen. In die periode reist hij ook naar verschillende landen, bijvoorbeeld Italië, om bij te leren en nieuwe inzichten te vergaren. Terwijl is hij ook bezig met de bouw van een volledig nieuw gesticht. Samen met de Gentse architect Adolphe Pauli (1820-1895) ontwerpt hij de plannen. In 1852 beginnen de werken en in september 1857 arriveren de eerste patiënten. Er wordt een aangepast reglement ingevoerd. Alhoewel sommigen zich in die tijd vragen beginnen te stellen bij de grote invloed van de geestelijkheid in de gezondheidszorg, blijft Guislain vasthouden aan de Broeders van Liefde als verplegend personeel.²⁶⁹ De jarenlange samenwerking verloopt immers steeds efficiënt en vruchtbaar. Guislain gelooft

²⁶⁷ Museum Dr. Guislain, "Het oude Guislaingesticht"; Liégeois, *Repertorium*, pp. 21-2 en 28-30; Reichgelt en Cnockaert, *Kanunnik Petrus-Jozef Triest*, pp. 37-8; Stockman, "Het ontstaan van de gestichtopsychiatrie," p. 55; Gunst, "Guislain, Jozef"; Maes, "Suïcide in de negentiende-eeuwse psychiatrie," p. 50; Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 113; UGent, "Verkiezing van de Grootste Prof van de UGent."

²⁶⁸ Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 54; Bart D'hondt, *Van Andriesschool tot Zondernaamstraat. Gids door 150 jaar liberaal leven te Gent*, Gent, Liberaal Archief, 2014, p. 145; Liberaal archief, "Joseph Guislain (1797-1860)," geraadpleegd op 11 december 2015, http://www.liberaalarchief.be/waarden_guislain.html.

²⁶⁹ Ondanks sterke tegenkantingen, is de Kerk er in de 19e eeuw in België in het algemeen in geslaagd een sterke positie te behouden in de gezondheidszorg. Zie: Birgit Van Bael, "Ziekenzorg door de Zusters van Liefde van Jezus en Maria te Kongo, 1892-1930," licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1995, pp. 11-2.

ook dat de vrome broeders een moraliserende invloed op de patiënten kunnen hebben. Hun evangelische bewogenheid en toegewijde karakter vindt hij uitstekende eigenschappen. En, niet te vergeten, religieuzen zijn nu eenmaal goedkoop.²⁷⁰

Guislain houdt zich ook bezig met het nationale wettelijk kader rond de verzorging van geesteszieken. Er zijn in die tijd immers amper wettelijke bepalingen. Krankzinnigen worden juridisch beschouwd en behandeld als vondelingen: onzelfstandig, niet toerekeningsvatbaar en handelingsonbekwaam. Vandaar dat de plaatsen waar ze samen opgesloten worden in de volksmond al snel weeshuis gaan heten, bijvoorbeeld het “Vrouwenweeshuis” aan de Zandpoort. Guislain ijvert voor humanere wetten. Hij werkt daarvoor samen met journalist Edouard Ducpétiaux (1804-1868), die in 1833 al het rapport *De l'état des aliénés en Belgique et des moyens d'améliorer leur sort* uitbrengt waarin hij pleit voor een centrale reorganisatie van de gestichten. Gedurende enkele jaren zetelen ze samen in een onderzoekscommissie die Guislain voorziet. Die commissie moet de toestand in de Belgische krankzinnigengestichten in kaart brengen en wettelijke voorstellen formuleren om de situatie te verbeteren. In 1842 is het rapport klaar en in 1846 ligt het wetsontwerp op tafel, maar het duurt door een regeringswissel van katholieken naar liberalen nog tot 18 juni 1850 vooraleer het resulteert in de eerste wet op de krankzinnigenzorg.²⁷¹ Die wet zal, na een aanpassing in 1873, tot 1991 deel van het wettelijk kader blijven uitmaken. De wet voorziet in meer inspectie, een grotere vrijheid en verantwoordelijkheid voor de arts en striktere regels voor opname om willekeur tegen te gaan. De instellingen zelf moeten voortaan aan voorwaarden voldoen omtrent slaap- en badzalen om een vergunning te kunnen krijgen.²⁷²

Guislain is een kind van zijn tijd. In navolging van mannen als Pinel en Esquirol staat zoals gezegd de morele theorie bij hem centraal. Met moreel wordt in die tijd bedoeld: geestelijk, mentaal. Ook Guislain situeert de geestesziekte in de hersenen: hij gelooft dat heftige

²⁷⁰ Liégeois, *Repertorium*, p. 29; Stockman, “Het ontstaan van de gestichtpsychiatrie,” p. 56; Museum Dr. Guislain, “Het oude Guislaingesticht”; Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig,” pp. 76-9; Kramer, *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, p. 73; Stockman, “Prof. Dr. Joseph Guislain,” pp. 178-9; Patrick Vandermeersch, “De religie en het ontstaan van de psychiatrie,” in: Johannes Martinus Wouters Binnenveld, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn, *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*, Baarn, Ambo, 1982, p. 77.

²⁷¹ Gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 21 juni 1850.

²⁷² Colla, “Joseph Guislain”; Museum Dr. Guislain, “Het oude Guislaingesticht”; Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig,” pp. 43-4; Maes, “Suicide in de negentiende-eeuwse psychiatrie,” pp. 48 en 51; Stockman, “Prof. Dr. Joseph Guislain,” p. 171; Stockman, *Van nar tot patiënt*, p. 56.

passies (liefde, wanhoop, droefheid, ambitie ...) psychische ziekten kunnen veroorzaken omdat ze een verstoring teweegbrengen van het verstandelijke en de gemoedshuishouding. Via arbeid, inspanning, ontspanning, het opwekken van emoties ... probeert hij op die geestelijk-mentale functies van de patiënt in te werken. De morele therapie bestaat traditioneel uit drie componenten. Ten eerste wordt de opname in een gesticht reeds als therapeutisch gezien omdat de patiënt uit zijn ziekmakende omgeving wordt weggehaald. Ten tweede is er veel aandacht voor de relatie tussen arts en patiënt, waarbij de autoritaire arts een morele voorbeeldfunctie heeft tegenover de patiënt. Ten derde wil Guislain zijn patiënten actief houden door ze aan het werk te zetten. Volgens hem werken lichaamsbeweging, maar ook ontspanning en muziek positief in op de verstoorde geestelijke functies. Tegelijk koppelt Guislain die morele therapie aan zijn medische kennis. Een psychiater is volgens hem immers iemand die de samenhang tussen lichamelijke en psychische functies begrijpt en gebruikt. Hij hanteert daarom soms de schriktherapie, bijvoorbeeld mensen met een soort lift onverwacht onderdompelen in koud water, omdat hij gelooft dat hevige angst- en schrikreacties een versterkende invloed kunnen hebben op het psychische. In het verlengde daarvan heeft hij ook aandacht voor de rol van het centraal zenuwstelsel, dat hij gunstig wil beïnvloeden door mensen verticaal en horizontaal te laten ronddraaien in zijn rotatietoestellen. Via allerlei zintuiglijke prikkels probeert hij op het zenuwstelsel in te werken, dat verstoord is door een te zware belasting door de heftige passies. Daarnaast behoren tot zijn uitrusting ook enkele middelen die in die tijd al dan niet terecht een heilzame werking toegeschreven krijgen: rode kinawijn, opium, valeriaan, kopersulfaat, kwik, teriakel, bilzekruid, wolfskers ...²⁷³

5 “Het Guislaingesticht”, de eerste moderne instelling

In 1824 tekent Guislain zoals gezegd voor een wedstrijd van de *Société des Beaux Arts de Bruxelles* een ontwerp voor een krankzinnigengesticht. Hij krijgt de smaak te pakken en heel zijn leven lang blijft hij zijn plannen bijschaven, verbeteren en aanpassen. Al snel koestert hij de droom om een nieuw gesticht te bouwen in het Gentse, zodat hij zijn psychiatrische visie

²⁷³ Vanoverschelde, “Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig,” pp. 50 en 59; Quetel en Morel, *Les fous et leurs médecines*, pp. 123-6; Deforce, “De houding van de psychiatrie,” p. 121; Stockman, “Prof. Dr. Joseph Guislain,” pp. 179-182; Museum Dr. Guislain, “Het oude Guislaingesticht”; Eduard Van Staeyen, “Guislain en de “traitement moral,”” in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tielt, Lannoo, 2011, pp. 61-5.

in de praktijk kan omzetten. Wanneer hij gedurende enkele jaren een lokaal politiek mandaat bekleedt, lobbyt hij om medestanders en geld te vinden voor zijn bouwproject. In 1851 geven de gemeenteraad en de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen hun fiat en het jaar nadien start de bouw van een nieuw, modern, wetenschappelijk geconcipteerd gesticht. De stad legt 700 000 frank op tafel, de provincie 500 000 en de staat 100 000. In september 1857 wordt het gloednieuwe *Hospice pour hommes aliénés* eindelijk in gebruik genomen. Dat is geen dag te vroeg, want het Alexianenklooster is veel te klein en verouderd. In 1842 schrijft Guislain er een rapport over: alhoewel de situatie beter is dan vroeger, is er nog steeds te weinig ruimte, licht, lucht, medische behandeling en arbeidstherapie. Guislain maakt de ultieme voltooiing van zijn gesticht niet mee, want pas in 1876 wordt er de laatste hand aan gelegd. Na zijn dood in 1860 verandert men ter nagedachtenis de naam naar *Hospice Guislain*, wat in de volksmond al snel “het Guislaingesticht” wordt.²⁷⁴

De negentiende-eeuwse architect heeft niet echt een persoonlijke stijl. Hij stelt zich vooral ten dienste van de opdrachtgever, wiens wensen en verwachtingen hij zo goed mogelijk werkelijkheid maakt. Voor Guislain is die dienende rol perfect. Niet alleen heeft hij de touwtjes graag stevig in handen, hij heeft zelf ook duidelijke architecturale ideeën. Het gesticht moet rationeel en functioneel ontworpen worden, zodat de architectuur een therapeutisch gereedschap wordt. Tegelijk heeft Guislain ook nood aan een man die genoeg weerwerk kan bieden en die over de nodige ervaring en expertise beschikt om zijn ideeën concreet uit te werken op papier en in steen. In de Gentse architect Adolphe Pauli vindt hij de partner die hij zoekt.²⁷⁵ Samen vormen ze een goed geoliede tandem die op korte tijd een modelinrichting zal neerplanten.²⁷⁶ Guislain bedenkt het concept, Pauli materialiseert.²⁷⁷

²⁷⁴ Liégeois, *Repertorium*, p. 29; Colla, “Joseph Guislain”; Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, p. 124; Elaut, *Het leven van de Gentse ziekenhuizen*, p. 112; Museum Dr. Guislain, “Ons belangrijkste museumstuk,” geraadpleegd op 23 november 2015, http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/6e1b201512113518269-d.-het-gebouw-ons-belangrijkste-museumstuk.pdf.

²⁷⁵ Adolphe Pauli is in die tijd een graag geziene architect in Gent. Tussen 1856 en 1867 is hij stadsarchitect. Hij is tevens de eerste professor-directeur van de Gentse Academie voor Schone kunsten. Zie: Patrick Allegaert en René Stockman, “Gent, Psychiatrisch Centrum en Museum Dokter Joseph Guislain,” in: Marjan Buyle en Sigrid Dehaeck, eds., *Architectuur van Belgische hospitalen*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap - Afdeling Monumenten en Landschappen, 2004, pp. 156-7.

²⁷⁶ Het gesticht van Guislain is het eerste in het land en hoort wereldwijd bij de eerste in zijn soort: een moderne instelling gebouwd naar de wetenschappelijke inzichten van die tijd. Het wordt snel een model voor

Guislain kiest resoluut voor het platteland. Het terrein waarop gebouwd wordt, ligt ten noorden van de Brugse Poortwijk en is eigendom van de Commissie van de Burgerlijke Godshuizen. Alles samen beschikt Guislain over negen hectare grond. Alhoewel het gesticht vandaag opgeslokt is door de zich steeds uitbreidende stad, is de buurt in het midden van de 19e eeuw nog sterk ruraal. Dat is merkbaar aan de straatnamen in de huidige wijk, die vaak naar bloemen verwijzen: Hortensiastraat, Dahliastraat, Lisbloemstraat ...²⁷⁸ In de stad draait de industrie ondertussen op volle toeren. Schoorstenen schieten als paddenstoelen uit de grond. Gent is luid, druk en vuil. De keuze voor een landelijke omgeving past perfect in de visie van Guislain op psychiatrische ziekten: de stad vervuult de mens fysiek en moreel. Om mensen gezond te maken, moeten ze weg uit de stad. Ze hebben nood aan een open, vredige omgeving met voldoende licht en lucht, waar ze in contact kunnen komen met de natuur. De patiënten moeten geestelijk en mentaal tot rust en evenwicht komen. Het gesticht wordt zo een onderdeel van de morele therapie waarin de opname an sich als therapeutisch gezien wordt. Een ander onderdeel van de morele therapie is zoals gezegd de patiëntenarbeid. Daarom worden verscheidene ateliers voorzien: smidse, schoenmakerij, weverij, schrijnwerkerij ... Anderen werken dan weer in de tuin of op het veld.²⁷⁹

Niet alleen de locatie van het gesticht maar ook de indeling ervan weerspiegelt de ideeën van Guislain.²⁸⁰ Hij wil mensen geen opgesloten gevoel bezorgen, maar wel vrijheid en veiligheid bieden. Daarom is slechts twee verdiepingen hoog gebouwd. Op het gelijkvloers zijn de eet-, werk- en vergaderzalen, daarboven de slaapzalen. Grote ramen moeten overal voor voldoende licht en lucht zorgen. Om ze te beveiligen, weigert hij tralies, omdat hij geen gevangenisgevoel wil. De ramen zijn wel versterkt met ijzer, wat doet denken aan glas in

andere nieuwe gestichten. Een zeer gelijkend voorbeeld is het psychiatrisch centrum Caritas in Melle, gebouwd begin 20e eeuw. Zie: Van Doorselaer, "Een halve eeuw behandeling," pp. 13-6.

²⁷⁷ Museum Dr. Guislain, "Ons belangrijkste museumstuk"; Allegaert en Stockman, "De geboorte van het psychiatrisch gesticht," p. 87; Eddy Muyliaert, "'Médecin par état, architecte par goût.'" Joseph Guislain en de architectuur," in: Patrick Allegaert en Annemie Cailliau, eds., *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*, Tiel, Lannoo, 2011, p. 66.

²⁷⁸ Gent staat in die tijd bekend voor zijn bloemeteelt.

²⁷⁹ Museum Dr. Guislain, "Ons belangrijkste museumstuk"; Muyliaert, "Joseph Guislain en de architectuur," pp. 67-8.

²⁸⁰ Tekeningen en grondplannen zijn te vinden in: Stockman, "Prof. Dr. Joseph Guislain," pp. 183-5; Wim Callewaert, "Tussen panopticon en psychoanalyse: de Gentse psychiater Joseph Guislain (1797-1860)," in: Julien Quackelbeen, ed., *Psychoanalyse en klinische psychiatrie. Een geschiedenis van eigenheid of verbondenheid?* Gent, Psychoanalytische Perspectieven, 1987, pp. 51-3.

lood. Samen met de grote, lange gangen rond de binnentuin creëert dat een kloostergevoel, wat opnieuw rust, kalmte en stilte uitdraagt. In de binnentuin staan bomen en planten. Rond de gebouwen zijn velden, tuinen en zelfs een hoeve te vinden. Toch is en blijft de inrichting een beveiligd gesticht. Rondom het complex is een muur gebouwd van 4,5 meter hoog. Ontsnappen (en inbreken) is vrijwel onmogelijk. Om opnieuw vrijheidsgevoel op te wekken, wordt de muur door een heg aan het oog onttrokken. Men voelt zich niet opgesloten. Er zijn wel enkele isoleercellen voorzien, waar de meest agressieve en onhandelbare patiënten in opgesloten kunnen worden. In extreme gevallen moet Guislain zich nog behelpen met dwangmiddelen zoals de dwangstoel, -kist en -riemen. Dat is niet enkel veiliger voor de omgeving maar de patiënt wordt zo eveneens tegen zichzelf beschermd.²⁸¹

Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de casestudie in deel twee zich volledig afspeelt in die gebouwen uit de 19e eeuw. Natuurlijk zijn er af en toe wel wat aanpassingen. In juli 1928 wordt het gesticht getroffen door twee zware branden. Men maakt van de restauratie gebruik om hier en daar een bijkomend gedeelte aan te bouwen (wc, trap ...). In de jaren daarna blijft men bijbouwen, bijvoorbeeld een huis voor de geneesheer en aalmoezenier, een kapel, een watertoren, paviljoenen ... In de jaren 60 en 70 is er een grootscheepse modernisatie (cfr. infra). Pas in 1997 verlaat het psychiatrisch ziekenhuis de gebouwen. Sindsdien verblijven de patiënten in een nieuwbouw op hetzelfde terrein, maar nog steeds zoeken patiënten de rust en stilte op in de originele binnentuinen. In 1999 wordt het oude complex door de Vlaamse Gemeenschap erkend als monument.²⁸²

6 De herinnering aan Joseph Guislain

Op 1 april 1860 overlijdt Guislain aan een ingeklemde breuk. Getrouwd met zijn werk blijft hij een eeuwige vrijgezel en dus kinderloos. Zijn erfenis laat hij na aan het gesticht dat hij uit de grond stampte. Hij ligt begraven op het kerkhof Campo Santo in Sint-Amandsberg. In 1887 krijgt hij een standbeeld in de Begijnhoflaan. De boeken, boeien en bouwstenen die bij hem geplaatst worden, symboliseren zijn werk en leven. In 2006 wordt hij verkozen tot

²⁸¹ Muyliaert, "Joseph Guislain en de architectuur," pp. 69-70; Museum Dr. Guislain, "Ons belangrijkste museumstuk"; Museum Dr. Guislain, "Het oude Guislaingesticht"; Allegaert en Stockman, "De geboorte van het psychiatrisch gesticht," p. 84.

²⁸² Museum Dr. Guislain, "Ons belangrijkste museumstuk."

Grootste Prof van de Universiteit Gent.²⁸³ In 1986 opent, in de gebouwen die Joseph Guislain eigenhandig heeft ontworpen, het Museum Dr. Guislain. Bezieler is Broeder van Liefde en doctor in de maatschappelijke gezondheidszorg René Stockman (1954), tegenwoordig nog steeds conservator van het museum en sinds 2000 Generaal-overste van de Congregatie. In het begin blijft het museum bescheiden van aard. Op de zolder wordt aan de hand van enkele objecten de geschiedenis van de psychiatrie geschetst. In de loop der jaren breidt het museum steeds meer uit. Tegenwoordig verblijven er geen patiënten meer in de oude gebouwen, die voor een groot deel door het museum zijn overgenomen.²⁸⁴ In het museum krijgt Joseph Guislain, uiteraard gekaderd in het overkoepelende verhaal over de geschiedenis van de psychiatrie, een behoorlijk prominente rol. Sinds 2012 reikt het museum bovendien samen met Janssen Research & Development de *Dr. Guislain "Breaking the Chains of Stigma" Award* uit. De award (ter waarde van 50 000 dollar) is internationaal gericht en zet een persoon of organisatie in de kijker die het taboe rond psychiatrie op een sociale of culturele manier probeert te doorbreken.²⁸⁵

Via al die initiatieven wordt de herinnering aan de verwezenlijkingen van Guislain levend gehouden. Guislain heeft immers een indrukwekkende erfenis achtergelaten die nog steeds tot de verbeelding spreekt. Zijn pioniersrol in de Belgische psychiatrie kan moeilijk overschat worden. Zijn hele leven ijvert hij voor een humanere behandeling van geesteszieken en met de bouw van het nieuwe gesticht zet hij de psychiatrie letterlijk op de kaart. Zoals gezegd drukt hij ook zijn stempel op het wettelijk landschap. Door sommigen wordt hij dan ook omschreven als "de Belgische Pinel".²⁸⁶

²⁸³ Gunst, "Guislain, Jozef"; Museum Dr. Guislain, "Het oude Guislaingesticht"; Vanoverschelde, "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig," p. 55; Evrard, *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*, p. 124; Stockman, "Prof. Dr. Joseph Guislain," pp. 171 en 186; UGent, "En de winnaar is..." Geraadpleegd op 23 november 2015, <http://www.communicatie.ugent.be/prof/winnaar.htm>.

²⁸⁴ Museum Dr. Guislain, "Vaste collectie," geraadpleegd op 23 november 2015, http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/8fb7201512113437550-vaste-collectie-uitgebreid.pdf; Museum Dr. Guislain, "Een geschiedenis van het Museum Dr. Guislain," geraadpleegd op 23 november 2015, http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/7172201512113128487-de-geschiedenis-van-het-museum-dr.pdf.

²⁸⁵ Museum Dr. Guislain, "Objective," geraadpleegd op 23 november 2015, <http://www.drguislainaward.org/about-the-award/objective>.

²⁸⁶ Quetel en Morel, *Les fous et leurs médecines*, p. 286; Vandermeersch, "De religie en het ontstaan van de psychiatrie," p. 77.

DEEL 2 - CASUS GUISLAINGESTICHT, 1950-1975

In dit tweede deel volgt een diepgravend, microhistorisch bronnenonderzoek naar het dagelijkse leven in het Guislaingesticht, voornamelijk tijdens het derde kwart van de 20e eeuw. Op die manier ga ik na hoe psychofarmaca in die periode concreet de psychiatrische praktijk veranderen.

In het eerste hoofdstuk bespreek ik kritisch de bronnen. Welke bronnen heb ik (niet) gebruikt? Wat staat er (niet) in? Hoe kwamen ze tot stand en zijn ze bewaard gebleven? Wat zijn de mogelijkheden en moeilijkheden?

De hoofdstukken erna focussen telkens op een bepaald aspect van de psychiatrie, dat breed wordt uitgewerkt: de gebruikte behandelingen, het leven van de patiënten, het werk van het personeel, de relaties tussen die groepen en tot slot de inrichting van de instelling zelf. Ik onderzoek wat in het Guislaingesticht de dagelijkse impact van psychofarmaca is op die thema's en hoe de casus zich op die vlakken verhoudt tot de literatuur in deel een.

Hoofdstuk 1 - Bronnen

In mijn onderzoek maak ik uitsluitend gebruik van bronnen uit het archief van het Provinciaal der Broeders van Liefde.²⁸⁷ Het oorspronkelijke idee was om ook op andere plaatsen archiefmateriaal te raadplegen, maar de voor mijn onderzoek relevante archiefstukken in het P.C. Dr. Guislain en het Museum Dr. Guislain kampen met enkele moeilijkheden en tekortkomingen.

De archieven die het P.C. Dr. Guislain in het verleden zelf heeft gevormd, zijn voor een deel verloren of vernietigd, voor een deel zelf bewaard en voor een deel overgebracht naar het Museum Dr. Guislain. De archieven die het P.C. momenteel zelf nog bewaart, zijn per dienst opgeslagen in dozen (directie, secretariaat, personeelsdienst, allerlei ...). Het probleem is dat alles grotendeels onsystematisch en zonder inventarisatie bewaard is, waardoor de archivaris van het Provinciaalarchief mij afraaide in dat archief onderzoek te doen.

De patiëntenarchieven van het P.C. - die goed van pas zouden kunnen komen in dit onderzoek - kampen met nog een groter struikelblok. Jammer genoeg moeten de medische en administratieve dossiers van patiënten blijkbaar slechts tot dertig jaar na het ontslag of overlijden van de patiënt bewaard worden. Daarna mogen ze in principe vernietigd worden, wat in het P.C. ook gebeurde. Dat betekent dus dat alle dossiers, die relevant zijn voor dit onderzoek, in principe niet meer zouden bestaan (er is wel een kans dat in het archief van het P.C. nog dossiers te vinden zouden zijn). Langs de andere kant zijn er wel medische en administratieve registers bewaard in het Museum Dr. Guislain (uit de 19e en begin 20e eeuw zijn daar ook patiëntendossiers te vinden, maar voor de tweede helft van de 20e eeuw is het slechts een zeer kleine fractie). Het is mogelijk om allerlei patiëntengegevens uit die registers te verzamelen, maar het opstellen van een patiëntenprofiel valt - alhoewel het zeker interessant kan zijn, zowel op zichzelf als in een psychofarmacologisch verhaal - buiten het bereik van dit onderzoek. Daarom heb ik die bronnen niet stelselmatig bestudeerd. Nochtans is er meestal ook een observatieverslag in te vinden, maar uit enkele steekproeven blijkt dat veel te beperkt om een breed onderzoek naar de dagelijkse impact van psychofarmaca mee te onderbouwen.

²⁸⁷ De komende hoofdstukken verwijs ik in de voetnoten naar dat archief als "BVL".

Gelukkig ben ik in het Provinciaalarchief op meer informatie gestoten dan verwacht. De archiefbestanden daar zijn wel voor het grootste deel toevallig bewaard en in het archief van het Provinciaalarchief terechtgekomen (sommige archiefstukken in het Provinciaalarchief zijn trouwens wel dubbels die eveneens op die andere locaties bewaard worden). Het zijn dan ook overwegend fragmenten, zelden is een ononderbroken serie bronnen beschikbaar. Gelukkig is er wel af en toe een reeks die een langere periode beslaat.²⁸⁸

De eerste hoofdbron in dit onderzoek, zijn de jaarverslagen, bewaard in het archief voor de jaren 1952 tot en met 1977, 1988, 1993 en 1994. Elk jaar wordt in het ziekenhuis op 1 januari een verslag opgesteld over het voorbije jaar, het zogenaamde “Jaarlijks verslag over de toestand van de Psychiatrische Inrichting Guislain te Gent”. Het is eigenlijk een vragenlijst die centraal door de Broeders van Liefde opgesteld wordt, met de bedoeling zicht te krijgen op de toestand in hun instellingen. De eerste jaren bestaat die lijst uit ongeveer 120 voorgedrukte vragen. Op veel van die vragen kan met een simpele ja of nee geantwoord worden of moet er een getal of korte uitleg gegeven worden. De vragen zijn in verschillende categorieën verdeeld: bestuur, geestelijke verzorging, lichamelijke verzorging op gewone afdelingen (reiniging en voedsel), observatieafdeling, ziekenzaal, afdeling voor toevallijders, afdeling voor onrustigen, afdeling voor onzindelijken, werkverschaffing, ontspanning, lekenpersoneel, bevolking. Omdat het een standaarddocument is, dat door elke instelling van de Broeders van Liefde ingevuld moet worden, zijn sommige vragen niet relevant voor het Guislaingesticht. Er is daar geen aparte afdeling voor toevallijders, epileptici zitten verspreid over de andere afdelingen. Langs de andere kant moeten we er ons van bewust zijn dat er ook dingen niet aan bod komen in de jaarverslagen, omdat er niet naar gevraagd wordt. Misschien zijn er jaren dat men niet alles op het formulier kwijt kan dat men wil melden. Daarnaast zijn er soms jaren dat er grote delen niet worden ingevuld, de invuller besteedt er het ene jaar blijkbaar meer aandacht aan dan het andere. Tegelijk zitten er soms extra, losse bladen bij het jaarverslag, bijvoorbeeld over patiëntenaantallen (opnames, ontslagen, doden), over toegepaste behandelingen of over het personeelsbestand. Die documenten geven meer achtergrondinformatie. Uit de manier van invullen (nu eens kort en sec, dan weer breed uitgesponnen) en de soms erg verschillende handschriften (het ene jaar

²⁸⁸ Archief Provinciaalarchief der Broeders van Liefde, *Inventaris Communautiteit HH Engelen (1815-)*, Gent, 2013, p. 4.

wordt er op het aangeleverde blad getypt, het andere jaar wordt de lijst met de hand ingevuld) leid ik af dat verschillende personen de lijsten invullen tijdens de bestudeerde periode. Het is wel niet zo duidelijk wie dat dan precies is. Tot en met 1961 wordt het document afgetekend door broeder-overste, maar vult hij de vragen ook in of tekent hij enkel af? Na 1961 is het trouwens onduidelijk wie bij manier van spreken het laatste woord heeft, een handtekening ontbreekt namelijk vanaf dan. Het lijkt wel logisch dat het nog steeds broeder-overste zal zijn en in latere jaren de directeur. In ieder geval mogen we niet onderschatten dat de persoonlijke visie of mening van de invuller, wie hij ook moge zijn, een rol kan spelen in zijn beoordeling van de verschillende aspecten, wat naar voren kan komen in zijn antwoorden. Een zekere subjectiviteit in de bronnen mag niet genegeerd worden. De ene hecht bijvoorbeeld veel belang aan het eten of de hygiëne; de ander vindt misschien dat er zeker genoeg werk of ontspanning moet zijn; voor nog een ander primeert de religiositeit ... Vanaf 1960 wordt de vragenlijst wat aangepast. Enkele vragen verdwijnen, komen erbij of worden opgesplitst. Het is vooral een modernisering: er komen vragen bij over elektrische scheerapparaten, maatschappelijk assistenten, televisie, de ouderenafdeling ... Vanaf 1967 volgt er een ingrijpendere update. Het jaarverslag verandert grondig op structureel vlak, wat ook inhoudelijke tendensen onthult. Er zijn bijvoorbeeld geen aparte onderdelen meer over hygiëne, kledij en voedsel. Vertrouwt men erop dat die zaken sowieso wel in orde zijn? Andere nieuwe vragen die ons iets kunnen vertellen over psychofarmaca, personeel, administratie ... worden in de komende hoofdstukken behandeld. In het algemeen is het wel zo dat er op geen enkel moment in de bewaarde jaarverslagen een specifieke vraag rond psychofarmaca wordt gesteld, ook niet bij de aanpassingen in 1960 en 1967.²⁸⁹ Dat zou kunnen betekenen dat ze niet gebruikt worden, maar uit het ander bronnenmateriaal weten we dat dat zeker en vast niet het geval is. Een eerste mogelijkheid (die ook uit andere bronnen blijkt, cfr. infra) is dat de medicatie in 1960 en zeker in 1967 ondertussen zo aanvaard en alledaags is geworden, dat het overbodig is om ernaar te vragen. Een andere mogelijkheid is dat het centrale controleorgaan eerder geïnteresseerd is in bestuur en beheer van de instelling en minder aandacht heeft voor de manier waarop de zieken medisch behandeld worden. Alhoewel de nadruk in de jaarverslagen inderdaad op de organisatie ligt, zijn er wel degelijk ook vragen over behandelingen. Die blijven echter

²⁸⁹ In alle bronnen zijn er trouwens maar weinig expliciete sporen van psychofarmaca te vinden.

oppervlakkig: welke (nieuwe) behandelingen worden ingezet? De reden voor het gebrek aan specifieke vragen rond psychofarmaca, zal waarschijnlijk een combinatie van de twee mogelijkheden zijn. Vanaf 1975 tot slot is er eerder sprake van een jaarboek in plaats van jaarverslag als rapporteermiddel. Het is geen losse vragenlijst meer, maar een deftig ingebonden, doorlopende tekst over alle activiteiten en de dagelijkse werking. Het wordt trouwens niet langer opgesteld door een persoon, die de instelling afwandelt en alle vragen oplost. Vanaf nu stellen de verschillende diensten zelf hun verslagen op.

Om de gebruiken in het Guislaingesticht wat breder te kaderen, grijp ik ter aanvulling van de jaarverslagen soms terug naar het tijdschrift *Ziekenverpleging*, dat sinds november 1924 tweemaandelijks door de Broeders van Liefde wordt uitgegeven.²⁹⁰ Bezieler is broeder Virgile. Het doel van het tijdschrift is het “steeds beter verplegen van de ons toevertrouwde patiënten”.²⁹¹ Dat probeert men te bereiken door broeders via het tijdschrift te professionaliseren met medisch onderricht, verplegingsrichtlijnen, praktische nieuwigheden ... Het is ook een communicatiemiddel om ervaringen tussen verschillende instellingen uit te wisselen. In de beginjaren wordt het tijdschrift grotendeels opgevuld met artikelen die uit andere tijdschriften worden overgenomen, maar na enkele jaren bestaat het merendeel van de berichten uit stukken ingezonden door en voor dokters en verpleger-broeders. De artikelen zijn zeer gevarieerd. Het grootste gedeelte in het begin is medisch: anatomie, ziekteleer, dieetleer, hygiëneleer, berichten over geneesmiddelen ... Daarnaast zijn er gelovige berichten en spreuken, conferentieverlagen, algemene jaarlijkse overzichten, morele citaten, een lied of gebed, een in memoriam, een ethisch stuk over bijvoorbeeld euthanasie ... Uiteraard zijn er ook heel veel psychiatrische berichten over isolatie, over ziektebeelden en hun (nieuwe) behandelingsmogelijkheden, over de verpleging, over beroepsgeheim ... Op die manier is het mogelijk om wat meer zicht te krijgen op de heersende mentaliteiten onder de Broeders van Liefde en in hun instellingen, zowel algemeen als specifiek over psychofarmaca.

²⁹⁰ Vanaf 1956 heet het tijdschrift *Psychiatrie en Verpleging*. De meeste inrichtingen van de Broeders van Liefde zijn namelijk psychiatrisch van aard, maar met bijkomend ook het verplegen van zieken en ouderen die er verblijven. Tot en met 1959 worden de publicaties trouwens in een lange reeks doorlopend genummerd, niet per jaar. Vanaf 1960 (eigenlijk het decembernummer van 1959 reeds) wordt er met jaargangen van zes nummers gewerkt. Het tijdschrift richt zich vanaf dan niet meer specifiek op de geestelijke verplegers, maar ook op het lekenpersoneel.

²⁹¹ *Ziekenverpleging*, nummer 1, november 1924.

Tot slot zijn er nog heel wat kleine, fragmentarische bronnen die aan bod zullen komen, zoals brieven, rekeningen, inspectieverslagen, brochures, werkmappen, aangiftes van (arbeids)ongevallen en zelfmoorden, notulen van vergaderingen, personeels- en infobladen ... Dergelijke dagelijkse, informele, microhistorische bottom-upbronnen geven een verrassend inzicht in de heersende psychiatrische praktijk en mentaliteit omtrent psychofarmaca, soms nog meer dan de jaarverslagen en het tijdschrift, die uiteraard veel informatie bevatten maar eerder top-down tot stand komen.

In fragmenten van allerlei financiële documenten, begrotingen, uitgavenlijsten, boekhoudkundige registers ... is jammer genoeg nergens iets specifiek over psychofarmaca te vinden.²⁹² Wel is er soms sprake van “medische kosten” of “gezondheidszorg”, maar die begrippen zijn veel te ruim en worden niet onderverdeeld. In de geaggregeerde categorie “medische kosten” kunnen bijvoorbeeld ook dokters- en ziekenhuiskosten zitten of kosten voor gewone medicatie, medische apparatuur ... Het is dus onmogelijk om te weten wat er precies mee bedoeld wordt. Soms gaan er betalingen uit naar apothekers in het Gentse (bijvoorbeeld apotheek De Pannemaeker) en enkele farmaceutische bedrijven (Panpharma, Beiersdorf, Pharacobel, Bayer Belgium, Pfizer, Belgo Pharma), maar er wordt niet vermeld hoeveel van welke soort medicatie het betreft. Soms staat er wel een bedrag bij, maar meestal wordt simpelweg met een nummer naar een bepaalde rekening verwezen, die niet bijgevoegd is. Het is dus onmogelijk om te achterhalen wat dan precies aangekocht wordt. Door de algemene onduidelijkheid en vaagheid van de financiële bronnen, komt dat aspect dan ook weinig of niet aan bod in mijn onderzoek.

²⁹² Rekeningfragmenten, BVL 53; registers van de boekhouding, 1977 en 1978, BVL 55; dossiers provisionele prijs, 1978 en 1979, BVL 56; registers boekhouding, 1978 tot 1993, BVL 57; registers boekhouding, 1954 tot 1979, BVL 58.

Hoofdstuk 2 - Behandelingen

1 De jaren 30 en 40

In het Guislaingesticht gebruikt men vanaf het begin van de jaren 30 de malariatherapie. 30% van de patiënten die getroffen worden door *paralysie générale* (het derde stadium van syfilis) kunnen hier blijkbaar door genezen.²⁹³ Op 8 juli 1937 wordt voor het eerst een patiënt behandeld met een insulinekuur.²⁹⁴ In datzelfde jaar doet ook cardiazol zijn intrede. Enkele jaren later wordt Azoman gebruikt, een middel dat convulsie uitlokt en veiliger en makkelijker is dan de cardiazol- en malariatherapie.²⁹⁵ Ook elektroshocks zijn populair.²⁹⁶ Daarnaast zijn er verschillende slaap- en kalmeringsmiddelen in omloop: broom, chlooraalhydraat, paraldehyde, adaline, Evipan, Veronal, dial, Somnifeen, Luminal, Phanodorm, opium, morfine, scopolamine ...²⁹⁷

In 1944 krijgen 44 nieuw opgenomen patiënten elektroshocks. 24 van hen kunnen snel als genezen ontslagen worden.²⁹⁸ In 1945 worden 149 nieuwe patiënten opgenomen. 75 ondergaan een of andere shockkuur, 35 genezen.²⁹⁹ Eind jaren 40 zijn de insuline- en elektroshock samen met Azoman de meest gebruikte middelen.³⁰⁰ We mogen er dus gerust van uitgaan dat ook begin jaren 50, vlak voor psychofarmaca ontstaan, alle toenmalige gangbare behandelingen toegepast worden in het Guislaingesticht.³⁰¹

²⁹³ Liégois, *Repertorium*, p. 30; René Stockman, "Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut," in: *Ghendtsche Tydinghen* 19, nr. 1, 1990, pp. 68-9.

²⁹⁴ Ziekenverpleging, nummer 83, juli 1938.

²⁹⁵ Ziekenverpleging, nummer 117, maart 1944; nummer 48, april 1949.

²⁹⁶ Ziekenverpleging, nummer 108, september 1942; nummer 109, november 1942.

²⁹⁷ Ziekenverpleging, nummer 19, november 1927; nummer 61, november 1934.

²⁹⁸ Ziekenverpleging, nummer 125, juli 1945.

²⁹⁹ Ziekenverpleging, nummer 130, mei 1946.

³⁰⁰ Ziekenverpleging, nummer 142, mei 1948; nummer 148, april 1949.

³⁰¹ Voor de insulinekuur, cardiazol- en elektroshocks, zie bijvoorbeeld: Ziekenverpleging, nummer 164, december 1951. De ene behandeling zal al meer toegepast worden dan de andere. De lobotomie bijvoorbeeld is altijd beperkt gebleven, dat blijkt onder andere uit de bronnen die in dit hoofdstuk besproken worden. Ook in *Ziekenverpleging* is er maar weinig aandacht voor die psychochirurgie. Het komt in weinig nummers voor. Zie bijvoorbeeld: Ziekenverpleging, nummer 147, februari 1949; nummer 151, oktober 1949.

Ondertussen voelen de Broeders van Liefde dat er een nieuwe ontwikkeling aankomt, want de voorgaande decennia zijn nieuwe medicijnen ontdekt zoals penicilline en middelen tegen tyfus en tuberculose. In *Ziekenverpleging* leidt het in 1951 tot volgende profetische opmerking: “De industrie - want het is een grote industrie geworden - werkt onder druk. De concurrentie eist steeds nieuwe ontdekkingen. (...) De grote fabrieken beschikken over laboratoria, waar de beste geleerden zijn tewerkgesteld, loven prijzen uit, steunen het wetenschappelijk werk aan de universiteiten. De concurrentiestrijd tussen de verschillende landen werkt mee tot verhoging van de activiteit. Vermoedelijk staat men nog slechts bij het begin van een ontwikkeling. De mens komt in een andere verhouding te staan tot zijn lichaam en tot zijn medemensen. In zover zijn natuur gewijzigd wordt, mag men zeggen dat hij zelf product van de industrie gaat worden. De grote ondernemers, zo heeft men vroeger gezegd, veranderen de levensomstandigheden van de mensen. Het ziet er thans naar uit dat ze ook bezig zijn de mensen zelf, binnen de grenzen van het mogelijke en het door de schepping toegelaten, te veranderen.”³⁰²

2 Standaardbehandelingen en nieuwe medicatie in de jaren 50

In de jaren 50 valt men in de psychiatrie in eerste instantie dus terug op dezelfde behandelingen als in de jaren 30 en 40, die, bij gebrek aan een beter alternatief, grotendeels de standaard zijn. In 1952 worden 74 zieken opgenomen in het Guislaingesticht die nog nooit eerder in een gesticht verbleven. Twaalf zwakzinnigen daarvan worden bijvoorbeeld na een elektroshockbehandeling spoedig ontslagen. Negen schizofrenen worden aan een insulinetherapie onderworpen, vier worden ontslagen, waarvan drie genezen. Drie andere schizofrenen worden behandeld met elektroshocks, geen enkele heeft er baat bij. Er is een enorm angstige alcoholicus die met slechts een elektroshock van zijn probleem af is. Ook twee manisch-depressieve patiënten zijn spoedig gezond na enkele elektroshocks. Twee paranoïde doven en een aan ijverzucht lijdende patiënt met multiple sclerose (MS) genezen niet met elektroshocks. Van de nieuwe patiënten worden er uiteindelijk negentien redelijk snel genezen verklaard en bijgevolg ontslagen.³⁰³ In 1952 worden ook verscheidene therapeutische methoden ingezet om patiënten, die al langere tijd in het gesticht verblijven, te proberen genezen. Zeven patiënten worden met een insulinekuur behandeld, waarvan er

³⁰² *Ziekenverpleging*, nummer 162, augustus 1951.

³⁰³ Kort verslag 1952 door dokter Karel Van Acker, BVL 17.

twee naar huis mogen. Een persoon wordt ontslagen na een combinatie van insuline- en elektroshocks. 31 patiënten krijgen elektroshocks toegediend. Slechts een mag definitief naar huis, drie anderen op proef. Er wordt een slaapkuur onderbroken want “de patiënt kon het niet doorstaan”.³⁰⁴ Kortom, regelmatig ondergaan patiënten een shockbehandeling. Blijkbaar hebben die wel wat succes, aangezien negentien van de nieuwe patiënten al snel naar huis mogen. De meerderheid stroomt echter gewoon door naar een langer verblijf in het gesticht. Langs de andere kant worden die behandelingen ook toegepast op chronische patiënten, maar het is een kleine minderheid die geneest en naar huis kan. In het begin van het jaar zijn er 774 patiënten in het gesticht en over het ganse jaar worden er 53 als hersteld ontslagen. Daar horen de negentien nieuwe patiënten van daarnet bij, dus van de 774 oorspronkelijke patiënten, die waarschijnlijk al een tijdje in het gesticht verblijven, worden er in de loop van 1952 slechts 34 als hersteld ontslagen, ofwel 4,4%.³⁰⁵ Verderop ga ik dieper in op opname- en ontslagcijfers, maar het is meteen duidelijk dat iemand die niet snel na opname ontslagen wordt, veel kans heeft om lange tijd in het gesticht te blijven. Bij chronische patiënten is er voor de komst van psychofarmaca namelijk maar zelden een behandeling die voldoende aanslaat. Die situatie staat echter op het punt om te veranderen.

In oktober 1953 reeds verschijnt in *Ziekenverpleging* het artikeltje “De Largactil in de psychiatrie”. Daarin valt te lezen: “In enkele van onze inrichtingen worden patiënten met Largactil behandeld: we oordelen het dan ook belangwekkend er - na lezing van een wetenschappelijke brochure (sic) - in gewone verplegerstaal iets over mee te delen.” Het artikel begint met een technische bespreking van de samenstelling en werking van het middel. Nadien volgt een bespreking van allerlei casussen en berichten van onderzoekers, wetenschappers en psychiaters die er resultaten mee behalen. Er is sprake van uitmuntende uitslagen, onder andere omdat het de werking van andere behandelingen ondersteunt. Er worden richtlijnen meegegeven omtrent dosering, toediening, duur van de kuur ... net als enkele aandachtspunten: de bloeddruk kan verlagen of onregelmatig zijn; het hart kan sneller slaan; de lichaamstemperatuur kan stijgen of dalen; er is risico op verhoogde urineproductie. De lichaamsfuncties moeten goed in de gaten gehouden worden. Verplegers moeten tot slot handschoenen aandoen om huidcontact met chloorpromazine te vermijden,

³⁰⁴ Jaarverslag 1952, BVL 18.

³⁰⁵ Jaarverslag 1952, BVL 18.

anders is er kans op jeuk, uitslag en eczeem.³⁰⁶ Dat bericht toont dat men in verschillende instellingen van de Broeders van Liefde vrijwel meteen met Largactil aan de slag gaat - ook in het Guislaingesticht is dat het geval - maar dat men het van bovenaf in goede banen wil leiden. Op dat moment is het immers nog een zeer experimentele behandeling.

In 1953 wordt in het Guislaingesticht ECT uitgevoerd, maar we weten niet hoeveel patiënten behandeld worden. Er zijn insuline- en slaapkuren, vier patiënten ondergaan de lobotomie en vijf krijgen Azoman. 1953 is het eerste jaar dat men psychofarmaca gebruikt, zij het nog zeer beperkt: twee patiënten krijgen Largactil.³⁰⁷ Uit de literatuur weten we dat in 1953 volop de testfase loopt (cfr. deel een) en men het middel moet leren kennen op het vlak van dosering, gebruik, effecten en bijwerkingen (zie ook het artikel in *Ziekenverpleging* hierboven). Een patiënt in het gesticht krijgt namelijk het anti-emeticum Longifene, dat helpt tegen braken en misselijkheid, veroorzaakt door narcose of het gebruik van andere middelen.³⁰⁸ Het is gissen of het een patiënt is die bijvoorbeeld misselijk is als bijwerking van Largactil of een patiënt die bijvoorbeeld moet braken na een shockbehandeling onder verdoving. Het is aannemelijk dat het wel degelijk een patiënt is die maagproblemen krijgt door Largactil, want het is opvallend ten eerste dat slechts een patiënt Longifene krijgt (andere behandelingen worden op veel meer dan twee patiënten uitgevoerd) en ten tweede dat het middel genoemd wordt in hetzelfde jaar dat men Largactil uitprobeert. Tegen misselijkheid door oudere narcosemiddelen heeft men op dat moment waarschijnlijk al andere standaardmedicatie. Dat zou dan betekenen dat men zelfs in de testfase al geconfronteerd wordt met de negatieve lichamelijke bijwerkingen van Largactil, tenminste bij een van de twee testpatiënten. Dat vormt evenwel geen bezwaar tegen de uitbreiding van het gebruik ervan in de jaren erna. Daarvoor blijken de voordelen te groot. In het algemeen instellingenoverzicht van het jaar 1953 valt in *Ziekenverpleging* namelijk te lezen: "(...) en vooral de Largactilkuur vonden ook ingang; deze laatste reeds toegepast in het Strop, Guislain, Mortsel, Dave, vooral bij opgewekten en onrustigen, boekte buitengewoon flinke uitslagen, en zal wellicht het beeld van onze onrustige afdelingen voordelig wijzigen."³⁰⁹

³⁰⁶ *Ziekenverpleging*, nummer 175, oktober 1953.

³⁰⁷ Jaarverslag 1953, BVL 18.

³⁰⁸ Voor alle duidelijkheid: Longifene zelf is geen psychofarmacon.

³⁰⁹ *Ziekenverpleging*, nummer 181, oktober 1954.

In 1954 ondergaan 49 patiënten in het Guislaingesticht samen 340 keer ECT. Elf worden in insulinecoma's gebracht, twee krijgen een lobotomie en negen patiënten krijgen samen veertig keer cardiazol. Een patiënt krijgt vier keer Azoman. Het gebruik van psychofarmaca neemt toe. Negentien patiënten krijgen Largactil, een vertienvoudiging tegenover vorig jaar, men lijkt er dus meer vertrouwd mee te zijn. Voor de eerste maal krijgen twee patiënten Serpasil. Alhoewel het gebruik van Largactil uitbreidt, betekent dat niet dat een ander nieuw middel al meteen evenveel toegediend wordt. Waarschijnlijk wil men het eerst beperkt uittesten en leren kennen. Het is dus niet zo dat nieuwe psychofarmacologische middelen meteen breed gebruikt worden, de vroegere behandelingen blijven dominant tegenover de eenentwintig psychofarmacologische patiënten. Bovendien worden psychofarmaca niet als afzonderlijke kuur, maar als bijkomende, ondersteunende methode gebruikt ter aanvulling op bestaande behandelingen. Dat geldt vooral voor Largactil, de twee Serpasilpatiënten in 1954 zijn zoals gezegd waarschijnlijk de spreekwoordelijke proefkonijnen voor dat middel.³¹⁰

De resultaten van psychofarmaca in het Guislaingesticht worden niet expliciet vermeld. We kunnen ervan uitgaan dat het gelijkend zal zijn met wat dokter Jacobs in Zelzate ervaart. Bij chronische, ongeneesbaar geachte patiënten wordt psychomotorische onrust gekalmeerd. Andere slaapmiddelen, zoals Luminal, werken beter in combinatie met Largactil, dat zelf ook wordt gezien als een slaapverwekkend middel. Patiënten met manie, schizofrenie, paranoia, hallucinaties, psychose, melancholie ... worden rustiger. Ze hoeven niet in een isoleercel afgezonderd te worden. Hun agressie verdwijnt, ze worden beter handelbaar. Vernielzucht, depressies, zelfmoordneigingen, storend gedrag ... worden ingetoomd. Alhoewel het niet bij elke patiënt effect heeft, is de werking toch indrukwekkend. "Het is als een medicamenteuze leucotomie (sic). Sedert wij Largactil bezigen, heeft de afdeling van de onrustigen een ander uitzicht gekregen. Waar vroeger tientallen agressieve, opgewekte, lawaaimakende patiënten met moeite te bed gehouden werden, of herhaaldelijk afgezonderd, heerst nu kalmte, rust en stilte." De conclusie is positief. In veel gevallen heeft het een gunstige invloed, zelfs bij chronische patiënten. Largactil schept een serene atmosfeer van kalmte en rust. Het is een snel werkend en gemakkelijk middel dat met voordeel de vergelijking met convulsiotherapie en elektroshock kan doorstaan, waar het wel nog vaak mee gecombineerd wordt.³¹¹

³¹⁰ Jaarverslag 1954, BVL 18.

³¹¹ Ziekenverpleging, nummer 181, oktober 1954; Psychiatrie en Verpleging, nummer 197, juni 1957.

In 1955 krijgen in het Guislaingesticht 113 patiënten in totaal 424 elektroshocks. Acht van hen worden ontslagen, zes verbeteren. Twee patiënten krijgen in totaal twaalf cardiazolinjecties. Slechts een verbetert. Een andere patiënt gaat erop vooruit na een malariatherapie. Negen patiënten ondergaan insulinecoma's: een wordt ontslagen, vier verbeteren, bij de anderen moet de behandeling onderbroken worden. Er wordt opnieuw medicatie gegeven. Hoeveel precies, is niet geweten, maar het lijkt toch alweer meer dan het vorige jaar: "Serpasil en Largactil wordt veel als onderhoudsdosis gebezigd zonder te spreken van kuur." Let vooral op "veel" en "onderhoudsdosis": Largactil als Serpasil lijken op amper een tweetal jaar al ver doorgedrongen in de dagelijkse psychiatrie, maar omdat ze eerder een supplementsfunctie vervullen, blijven oudere behandelingen voorlopig op min of meer hetzelfde niveau als de vorige jaren.³¹² Psychofarmaca veroorzaken met andere woorden niet plotsklaps een revolutionaire therapeutische omslag ten nadele van de shocktherapieën.³¹³ "De vroegere behandelingen handhaven zich flink, op de leucotomie (sic) na, die overal wat verlaten wordt. (...) De medicamenteuze behandelingen met Largactil en Serpasil wonnen dit jaar merkwaardig veld, echter met meer verbeteringen dan ontslagingen."³¹⁴

In 1955 worden in de instelling van de Broeders van Liefde in Sint-Truiden zes gevallen met Serpasil behandeld na positieve ervaringen met Largactil. "Zo heeft stellig de Largactil reeds veel goeds teweeg gebracht in veel van onze inrichtingen." Serpasil wordt ook goed ontvangen. Patiënten kalmeren, slapen beter, eten meer, zijn socialer en minder verward. Hallucinaties, angst en agressie verdwijnen. Fysieke afzondering of dwang, morfine en scopolamine worden overbodig. "Geef mij maar Serpasil voor zo'n mannen: ge spaart er een bediende mee uit; een afzonderingskamer en dwangjassen worden overbodig."³¹⁵

³¹² Jaarverslag 1955, BVL 18.

³¹³ Ook Majerus komt in zijn casusonderzoek tot de conclusie dat de intrede van Largactil geen revolutie teweegbrengt. Zijn hypothese is dat het trager verloopt dan meestal wordt aangenomen en ook dat er zelfs regelmatig weerstand tegen is. Het is uiteraard wel zo dat die situatie kan verschillen tussen verschillende ziekenhuizen, zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 239-241.

³¹⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 192, augustus 1956.

³¹⁵ Ziekenverpleging, nummer 183, februari 1955.

In 1956 genezen cardiazolshocks in het Guislaingesticht een schizofreen die ontslagen kan worden, twee andere gaan erop vooruit.³¹⁶ Ook door insulinecoma's worden twee schizofrenen ontslagen. Twee anderen verbeteren, bij vier anderen blijft de toestand onveranderd. Vier patiënten die aan dementia paralytica leiden, ondergaan malariatherapie. Twee verbeteren, een blijft onveranderd en de laatste patiënt overlijdt (het is wel niet duidelijk of dat aan de malariatherapie te wijten is). Psychofarmaca worden nog altijd ingezet als verdovende middelen (hetzij om andere behandelingen te ondersteunen, hetzij om onrustige patiënten te kalmeren), maar (nog) niet als een behandeling op zich: "Largactil en Serpasil gaven goede uitslagen als sedativa. Geen eigenlijke kuren gedaan."³¹⁷

De situatie in het Guislaingesticht verschilt wat van de algemene toestand in de instellingen van de Broeders van Liefde, waar psychofarmaca wel reeds als behandeling tot ontslag leiden en zelfs al de insulinekuur overtreffen: "In onze Belgische huizen werden in 1956 niet minder dan 134 insulinekuren gedaan met 63 genezingen en 40 verbeteringen. Deze kuren werden natuurlijk vooral bij schizofrenen aangewend. We tellen ook 97 ontslagingen bij de kuren gedaan met Serpasil en Largactil; terwijl deze neuroplegica tevens intensief gebruikt werden als sedatieve onderhoudsdoses: zo werd in 1956 te Beernem Largactil aan 395 patiënten gegeven en Serpasil aan 111 te Sint-Truiden."³¹⁸ Een algemeen artikel in *Ziekenverpleging* meldt dat "chronische, hopeloze gevallen" er baat bij kunnen hebben.³¹⁹

In het jaarverslag van 1957 is er melding van een bijgevoegd formulier waarop de therapeutische methodes besproken worden, maar jammer genoeg is het niet bewaard gebleven.³²⁰ Waarschijnlijk blijft de medicamenteuze therapie geleidelijk aan uitbreiden - zij het nog steeds vooral als sedativa - en worden de resultaten, zowel positief als negatief, duidelijker. "Serpasil doet de prikkelbaarheid, de onrust en de nerveuze spanning ophouden. (...) De toevlucht tot Serpasil bij psychiatrische aandoeningen gaat niet zozeer op het genezen van de basisziekte, maar wel op de overheersende symptomatologie. Wij bedoelen hiermee de psychomotorische agitatie, de nerveuze spanning en de manische agitatie. (...)

³¹⁶ Het is vermoedelijk het laatste jaar dat cardiazolshocks toegepast worden, nadien zijn ze niet meer terug te vinden in de bronnen. Op andere plaatsen stopt men er soms zelfs in 1954 al mee, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 228.

³¹⁷ Jaarverslag 1956, BVL 18.

³¹⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 198, augustus 1957.

³¹⁹ Ziekenverpleging, nummer 184, april 1955.

³²⁰ Jaarverslag 1957, BVL 18.

Geesteszieken met Serpasil behandeld vereisen zelden afzondering en, als dit toch eens moet gebeuren, zijn twee à drie uren meer dan voldoende. Ernstige agressieve impulsen worden zeldzaam. In de zalen van de onrustigen heerst er een kalme atmosfeer. (...) Meermalen hoort men door een dokter of iemand anders zegen: "Wat is het hier stil! Men zou niet zeggen op de onrust te zijn." (...) Men mag nochtans niet gaan denken dat Serpasil een wonderpreparaat is, dat het geschikt is voor iedereen en met gegarandeerd succes. Neen. Enkel en verdragen dit medicament niet."³²¹ Ook elders in *Psychiatrie en Verpleging* is men zowel optimistisch als kritisch: "(...) sedert het veelvuldig gebruik van neuroplegica aangetoond heeft dat een essentiële deel van hun werking voortspruit uit de betere contacten met het milieu die ze mogelijk maakten; uit de verandering van de atmosfeer van de dienst die ze tot gevolg hadden. De neuroplegische therapieën verwekten een golf van hoop in onze oude inrichtingen. Deze hoop is gerechtvaardigd door de prachtige resultaten die geboekt werden zowel door de werking op de pijnlijkste symptomen: angst, gejaagdheid, hinderende gedragingen, als door de verbazende genezing van zekere zieken. Maar wat diep in de geest moet gegrift blijven, is dat de wonderbaarlijkste pillen nooit de complexe (sic) menselijke problemen van onze zieken zullen wegwissen."³²²

In 1958 verbetert de malariakuur in het Guislaingesticht de toestand van twee patiënten die lijden aan dementia paralytica, maar geen enkele wordt ontslagen. De toestand van drie anderen blijft onveranderd en bij een patiënt wordt de behandeling onderbroken. De insulinekuur wordt toegepast op tien schizofrenen en patiënten met paranoia. Vier worden ontslagen, twee verbeteren, twee blijven onveranderd en twee kuren worden onderbroken. Elektroshocks worden toegediend aan patiënten met schizofrenie, melancholie en manie. Acht worden ontslagen, een verbetert, vijf blijven onveranderd en twee behandelingen worden onderbroken. Er is ook specifiekere informatie over de nieuw opgenomen patiënten. Negen van hen ondergaan tweeënhalve maand lang insulinecoma's. Vier worden ontslagen. Vijf patiënten ondergaan drie weken lang de malariatherapie, maar geen enkele wordt ontslagen. Negentien patiënten krijgen elektroshocks, waardoor er negen kunnen ontslagen worden. Al de andere nieuwe patiënten verbeteren soms wel, maar moeten toch opgenomen worden op een afdeling. Opvallend is dat in het jaarverslag van dat jaar nergens

³²¹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 195, februari 1957.

³²² Psychiatrie en Verpleging, nummer 199, oktober 1957.

sprake is van psychofarmaca. Nochtans weten we dat ze ondertussen breed ingezet worden als sedativa. Oudere kalmeermiddelen worden ook nooit vermeld, dus het gebrek aan info over psychofarmaca - niet enkel in jaarverslagen, maar vaak ook in andere bronnen - kan betekenen dat ze na testjaren inderdaad vooral een nieuw, aanvullend sedatief middel zijn, dat algemeen aanvaard is, waardoor het misschien niet de moeite is te vermelden.³²³ Zo meteen zal duidelijk worden dat ze wat later wel degelijk als een kuur gebruikt worden.

In 1959 worden zestien nieuwe patiënten met elektroshocks behandeld. Elf worden ontslagen, vier verbeteren. Vijf patiënten ondergaan insulinecoma's, vier worden ontslagen. Drie worden behandeld met de malariatherapie. Twee daarvan worden ontslagen, een patiënt overlijdt. Het is het eerste jaar dat Haldol gebruikt wordt. Men bouwt, in tegenstelling tot Largactil en Serpasil, geen testperiode in. Vertrouwt men Haldol op zich meer? Of is de initiële scepsis tegenover psychofarmaca in het algemeen aan het wegebben door de resultaten van Largactil en Serpasil? In elk geval, liefst dertig nieuwe patiënten krijgen meteen Haldol ("een kostbare aanwinst in het arsenaal van de psychiater"³²⁴, "klinisch een stempel gezet op de evolutie van de moderne psychiatrie"³²⁵). Slechts twee worden ontslagen, vijftien worden er beter van. Bij de anderen heeft het voorlopig geen effect. Er krijgen tot slot vier patiënten een vitaminekuur, zij worden allemaal ontslagen.³²⁶

In een ander gesticht van de Broeders wordt in 1959 Haldol getest op 78 patiënten. Het besluit laat vermoeden waarom ook het Guislaingesticht dat middel al snel veel inzet: "(...) naast het snelle sedatieve effect op de motorische activiteit die de werking van chloorpromazine benadert, de R. 1625³²⁷ een belangrijke nieuwe weg opent voor de psychiatrische behandeling door het feit dat ze er het genezend effect van de reserpine aan toevoegt. (...) hier de synthese bereikt wordt van de tegenwoordige neuroplegica, en dat nieuwe uitzichten worden geopend voor hen die door een wreed noodlot ver worden gehouden van de maatschappij."³²⁸

³²³ Jaarverslag 1958, BVL 18.

³²⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 1, februari 1960.

³²⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 6, jaargang 18, november 1977.

³²⁶ Jaarverslag 1959, BVL 18.

³²⁷ Dat is de productienaam van Haldol.

³²⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 208, april 1959.

Eind jaren 50 maken psychofarmaca in het algemeen een grote indruk op de psychiatrie, die ze stilaan lijken te overheersen en bepalen³²⁹: “Deze ziekte toestanden waarvoor reeds alle mogelijke middelen zijn beproefd geworden, maar die tot nu toe zeer weinig resultaten gaven, schijnen goed te reageren op de neuroleptica. We mogen werkelijk zeggen dat onze gestichten met deze nieuwe medicatie, als van gedaante veranderd zijn.”³³⁰ Het zorgt voor een behoorlijk groot vertrouwen in psychofarmaca: “De neuroleptica zijn heel zeker een aanwinst in de psychiatrie. Zij helpen de zieken vroeger tot herstel te komen, zodat zij terug naar huis kunnen gaan. Zij genezen gevallen waarvoor eerder geen hoop op genezen was. In de gestichten zelf is er de psychotherapie door vergemakkelijkt. (...) hoop geven voor de toekomst.”³³¹ Dat zorgt ervoor dat oudere slaap- en kalmeermiddelen steeds sneller verdwijnen: “Ik weet niet meer wat vroeger gegeven werd, maar ’t is een feit dat een patiënt behandeld met deze nieuwe uitvindingen, na een tijd niet meer te herkennen is.”³³²

3 Meer psychofarmaca en therapie in de jaren 60

In jaren 50 blijven de bestaande behandelingen dus grotendeels overeind, wat het heterogene therapeutische landschap uit het interbellum in stand houdt.³³³ Psychofarmaca veroveren in het Guislaingesticht gestaag elk jaar een groter aandeel, voorlopig vooral als aanvullend middel.³³⁴ Tijdens de jaren 60 ontwikkelen ze zich meer en meer als een aparte behandeling, waardoor oudere alternatieven hun plaats verliezen en er ruimte komt voor nieuwe therapievormen. Die evolutie wordt eind jaren 50 al aangevoeld: “Zijn de shockkuren nog in gebruik en werd de laatste tijden de E.S.-behandeling door pentotal en scoline gehumaniseerd, het blijkt dat met het verdwijnen van de leucotomie (sic), de opgang van de zuivere medicamenteuze behandeling zich zo snel voltrekt, dat we denkkelijk binnen afzienbare tijd, het hoofdzakelijk zullen kunnen stellen, zoals in de gewone geneeskunde, met louter medicamenten. (...) Het is niet gebleven bij Largactil en Serpasil, de neuroleptica

³²⁹ Majerus, *Parmi les fous*, p. 241.

³³⁰ Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

³³¹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

³³² Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

³³³ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 213-236.

³³⁴ Het feit dat er ook voordien al heel wat medicamenten in omloop zijn in de psychiatrie, heeft zeker voor een deel de weg vrijgemaakt voor psychofarmaca, samen met het medicamenteuze optimisme in die jaren dankzij de ontdekking van bijvoorbeeld penicilline en antituberculeuze middelen, zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 218-220 en 243.

van 't eerste uur: er zijn meer gedifferentieerde medicamenten gekomen en hun aantal stijgt met de dag. R. 1625 (haloperidol) van Dr. Janssen van Turnhout, naast Prazine voor sterk motorische gestoorden, deden met het tymolepticum Tofranil reeds hun intrede in verschillende van onze gestichten. We noteren aan de hand van de jaarverslagen niet minder dan 22 psychotische medicamenten, alleen in de Belgische instituten aangewend.”³³⁵

Tabel 2 geeft een overzicht van de behandelingen in 1960 en de resultaten ervan. Cardiazol- en slaapkuren zijn verlaten, de malariatherapie kent slechts een patiënt (de behandeling moet trouwens onderbroken worden), de insulinekuur nog zeven patiënten. Zesentwintig patiënten krijgen elektroshocks. In 1960 zijn er in het begin van het jaar 754 patiënten, dus slechts een zeer kleine minderheid van 34 patiënten (ofwel 4,5%) ondergaat nog een oude behandeling. Bovendien kunnen maar negen patiënten ontslagen worden, allen door elektroshocks. Dat is 26,5% van de groep van 34 en 1,2% van het totaal aantal patiënten. Bij 24 van de 34 (ofwel 70,6%) treedt er verbetering op, dat is wel nog altijd maar 3,2% van alle patiënten. In het begin van de jaren 60 verliezen de shockbehandelingen dus duidelijk terrein. Hoe zitten die cijfers dan bij psychofarmaca?³³⁶ Haloperidol is het populairste middel. Maar liefst honderd patiënten krijgen het (“R. 1625 is een ernstige vooruitgang in de serie van neurotrope geneesmiddelen en geeft een gewettigde kans om patiënten te genezen, bij wie alle andere hulpmiddelen faalden.”³³⁷). Dan komen Largactil (89 patiënten) en Serpasil (33 patiënten). Enkelen krijgen Tofranil (“ongetwijfeld een belangrijke psychiatrische aanwinst”³³⁸), Prazine, Lidepran, Siquil, Truxal of Vethoïne.³³⁹

³³⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 211, oktober 1959.

³³⁶ Bij de bespreking van tabel 2 en tabel 3 ben ik ervan uitgegaan dat elke patiënt maar aan een behandeling onderworpen wordt. Het valt echter niet uit te sluiten dat sommige patiënten een combinatie van behandelingen ondergaan, zowel psychofarmacologisch als een shockbehandeling, maar dat is onmogelijk te achterhalen. Dat betekent wel dat de berekende percentages misschien een vertekend beeld geven. Bovendien is het ook zo dat het begin jaren 60 al behoorlijk normaal is dat patiënten een cocktail van verschillende psychofarmaca krijgen, wat opnieuw een teken is dat ze belangrijker worden (zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 17-8), maar dat betekent ook dat dergelijke patiënten misschien bij meerdere psychofarmaca geteld worden.

³³⁷ Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 1, februari 1960.

³³⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 211, oktober 1959. Voor andere positieve berichten over Tofranil, zie: Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 1, februari 1960.

³³⁹ Vitaminen betrek ik niet bij de cijfers van psychofarmaca, alhoewel ze hier opgelijst worden onder neuroleptica en tymoleptica. Ze kunnen namelijk helpen tegen psychosen of schizofrenie (vitamine B3), maar ik reken ze in mijn onderzoek niet bij psychofarmaca omdat het niet echt als een vorm van (chemische) medicatie gezien kan worden.

Behandeling	Aantal	Ontslagen	Verbeterd	Onveranderd	Onderbroken	Voortgezet	Overleden
ELEKTROSHOCK							
Zonder curare	25	9	15	0	1	0	0
Met curare	1	0	1	0	0	0	0
Verlengde shock	0	0	0	0	0	0	0
KUREN							
Insuline	7	0	7	0	7	0	0
Cardiazol	0	0	0	0	0	0	0
Slaap	0	0	0	0	0	0	0
Somnolencie	1	0	0	0	0	1	0
Desintoxicatie	5	4	1	0	0	0	0
Vitaminen	0	0	0	0	0	0	0
Penicilline	1	1	0	0	0	0	0
Malaria	1	0	1	0	1	0	0
Gemengde	0	0	0	0	0	0	0
NEUROLEPTICA EN TYMOLEPTICA							
Largactil	86	0	58	5	5	60	0
Serpasil	33	0	26	4	4	29	0
Haloperidol	100	3	68	19	29	77	0
Tofranil	1	0	0	0	1	0	0
Vitaminen	3	2	0	1	0	0	0
Prazine	1	0	0	1	0	0	0
Lidepran	1	0	0	1	0	1	0
Siquil	1	0	1	0	0	1	0
ANTI- EPILEPTICA							
Luminal	60	0	60	0	0	58	2
Truxal	1	0	1	0	0	1	0
Vethoïne	1	0	1	0	0	1	0

Tabel 2. Een overzicht van de gebruikte behandelingen en hun resultaten in het Guislaingesticht, 1960. Bron: jaarverslag 1960, BVL 18.

In totaal nemen 225 patiënten een of ander psychofarmacon. Dat is 29,8% van alle patiënten. Alhoewel dat een pak meer is dan vroegere jaren - denk aan de twee patiënten die Largactil krijgen in 1953 en de twee die Serpasil krijgen in 1954 - en het ook duidelijk oudere behandelingen naar de achtergrond verdringt, is het zeker niet zo dat psychofarmaca aan elke patiënt gegeven worden, zelfs niet aan de meerderheid. Het gaat over iets minder dan een derde. Dat doet vermoeden dat men ze vanaf begin jaren 60 steeds meer als een specifiek therapeutisch middel gaat inzetten. Psychofarmaca worden niet langer gezien als algemene sedativa zoals bijvoorbeeld in 1956, maar aangeduid als neuroleptica. Het zijn geen aanvullende middelen meer bij oude behandelingen, maar een aparte soort medicatie met genezende eigenschappen, die op zichzelf als therapie kan dienen. Dat veroorzaakt evenwel niet plots een ontslaggolf. Slechts drie patiënten kunnen dankzij Haldol ontslagen worden, dat is nog minder dan de resultaten van de shockbehandelingen. Psychofarmaca scoren wel beter als het aankomt op een verbetering van de psychische toestand van de patiënten, het is dan waarschijnlijk ook daarom dat ze meer en meer de oudere behandelingen vervangen. 155 patiënten, ofwel 68,8% van de patiënten behandeld met psychofarmaca, verbeteren. Dat is 20,5% van het totale aantal patiënten, tegenover 3,2% bij oudere shockbehandelingen (die natuurlijk wel veel minder gebruikt worden). Er zijn dertig patiënten (13,3% van de 225) bij wie de medicamenteuze behandeling geen effect heeft. Bij 39 patiënten (17,3% van de 225) moet de behandeling worden onderbroken. Zijn de bijwerkingen te hevig? Slaat de behandeling niet aan? Langs de andere kant zijn er ook veel patiënten bij wie de medicamenteuze therapie nog verder wordt gezet, namelijk 170 (75,5% van de 225). Dat kan betekenen dat men vertrouwen heeft dat de therapie op langere termijn tot genezing zal leiden ofwel dat de effecten van de medicatie voordelig genoeg uitvallen tegenover eventuele nadelen zodat men ze blijft gebruiken om een verbeterde toestand te bewaren met onderhoudsdosissen. Dat blijkt ook uit *Psychiatrie en Verpleging*: “Van belang is, dat een voldoende dosis gegeven wordt en dat de toediening lang genoeg aangehouden wordt. Na de kuur mag de onderhoudsdosis niet verwaarloosd worden.”³⁴⁰ Naast psychofarmaca is het opvallend dat het oudere middel Luminal nog bij zestig epileptici gebruikt wordt. Op anti-epileptisch vlak breken psychofarmacologische alternatieven dus niet door in het Guislaingesticht. Of worden ze gecombineerd?

³⁴⁰ Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

Bij de aanpassing van de vragenlijst die het jaarverslag eigenlijk is, komt er in 1960 trouwens de vraag bij of het medicamentenboek wel goed wordt bijgehouden, wat er opnieuw op wijst dat psychofarmaca steeds verder doordringen in de dagelijkse psychiatrie.³⁴¹ Niet enkel wordt de behandeling met neuroleptica in 1960 “goed doorgezet”, men maakt daarnaast ook kennis met de moeilijkheden die ermee gepaard gaan, want chronische patiënten genezen “zodat de re-integratie van zulke mensen in de maatschappij en in hun familie een probleem wordt”.³⁴² Alhoewel het re-integratie- en socialiseringsvraagstuk begin jaren 60 duidelijk al opborrelt - in 1960 bijvoorbeeld komt er in het jaarverslag een vraag bij over maatschappelijk assistenten³⁴³ - zal het toch nog enkele jaren duren vooraleer op dat vlak grote stappen ondernomen worden (cfr. infra). Desalniettemin wijst het op een groeiend gebruik van psychofarmaca.³⁴⁴

Ook voor het jaar 1961 is een tabel met cijfers per behandeling beschikbaar. Uit tabel 3 blijkt dat er nog een malariakuur is en vier insulinekuuren, die wel alle vier verbetering brengen. Van de oudere behandelingen zijn het voorts enkel de elektroshocks die nog enige rol spelen. Het is wel niet duidelijk hoeveel patiënten die precies ondergaan, want men heeft het totale aantal shocks genoteerd. Het is ook niet mogelijk om de cijfers uit de kolommen “ontslagen”, “verbeterd”, “onveranderd”, “onderbroken” en “voortgezet” op te tellen, want waarschijnlijk zijn er dan patiënten die dubbel geteld worden: als een patiënt verbeterd door een behandeling, wordt die meestal verder gezet en daarom in beide kolommen meegerekend. In ieder geval is het wel duidelijk dat de shockbehandelingen in het algemeen aan belang inboeten, zelfs tegenover het voorgaande jaar, waarin ze ook al niet zoveel meer voorstellen.

³⁴¹ Jaarverslag 1960, BVL 18.

³⁴² Inspectieverslag, 8 tot 10 maart 1960, BVL 31.

³⁴³ Jaarverslag 1960, BVL 18.

³⁴⁴ Zoals in het eerste deel aan bod kwam, zijn er natuurlijk nog andere oorzaken die deels verantwoordelijk geacht worden voor dat proces, maar in de bronnen ervaart men blijkbaar vooral de onverwachte genezing van chronische patiënten als aanleiding tot het re-integratieprobleem.

Behandeling	Aantal	Ontslagen	Verbeterd	Onveranderd	Onderbroken	Voortgezet	Overleden
ELEKTROSHOCK							
Zonder curare	309 shocks	12	17	10	2	4	1
Met curare	4	0	0	0	0	0	0
Verlengde shock	0	0	0	0	0	0	0
KUREN							
Insuline	4	0	4	0	0	0	0
Cardiazol	0	0	0	0	0	0	0
Slaap	0	0	0	0	0	0	0
Somnolencie	0	0	0	0	0	0	0
Desintoxicatie	6	5	6	0	0	0	0
Vitaminen	2	0	2	0	0	0	0
Penicilline	2	0	2	0	0	0	0
Malaria	1	0	0	0	0	0	0
Gemengde	0	0	0	0	0	0	0
Streptomycine	1	0	1	0	0	0	0
NEUROLEPTICA EN TYMOLEPTICA							
Largactil	34	0	19	6	0	19	0
Serpasil	44	0	11	8	2	31	1
Haloperidol	99	1	30	3	12	62	0
Tofranil	0	0	0	0	0	0	0
Vitaminen	0	0	0	0	0	0	0
Majeptil	1	0	0	0	0	1	0
ANTI- EPILEPTICA							
Luminal	63	0	11	4	0	58	0
Comital	8	0	3	0	0	8	0
Mysoline	2	0	1	0	0	2	0

Tabel 3. Een overzicht van de gebruikte behandelingen en hun resultaten in het Guislaingesticht, 1961. Bron: jaarverslag 1961, BVL 18.

Psychofarmaca ondertussen blijven prominent aanwezig. Enkele soorten verdwijnen wel in vergelijking met het vorige jaar, namelijk Prazine, Siquil, Lidepran, Truxal³⁴⁵ en Vethoïne. Die middelen worden in 1960 telkens maar aan een patiënt gegeven, waarschijnlijk zijn dat dan nieuwe middelen die men eens wil uittesten maar niet het geleverde resultaat leveren en daarom verdwijnen uit het gesticht. Prazine en Lidepran veranderen namelijk de toestand van de zieke niet. Langs de andere kant zorgen Siquil, Truxal en Vethoïne volgens de tabel wel voor verbetering. Misschien worden die middelen dan toch verlaten door bijwerkingen. Het toont in ieder geval aan dat er begin jaren 60 veel middelen op de markt komen - niet enkel meer Largactil, Serpasil en Haldol - en dat het gesticht zijn weg probeert te vinden in het groeiende psychofarmacologische aanbod, wat blijkbaar niet altijd even makkelijk verloopt. Het lijkt een proces van trial-and-error. In 1961 probeert men opnieuw enkele middelen uit, namelijk Comital, Mysoline en Majeptil, samen goed voor elf patiënten. Geen enkele daarvan kan echter ontslagen worden, maar vier verbeteren wel. Alle behandelingen zet men daarom voort. Geen enkel middel kan voorlopig echter tippen aan het trio haloperidol, reserpine en chloorpromazine. Er zijn 99 patiënten die Haldol krijgen, 44 nemen Serpasil en 34 nemen Largactil. Die drie middelen blijven begin jaren 60 duidelijk het populairst ondanks het groeiende marktaanbod. In totaal zijn er 188 patiënten die psychofarmaca nemen. Dat is 24,9% van de 754 patiënten die er in het begin van het jaar zijn. Er is een daling tegenover het vorige jaar van 4,9%. Dat bewijst dat het dus zeker niet zo is dat psychofarmaca elk jaar exponentieel groeien en alle patiënten na enkele jaren aan de pillen zitten. In totaal wordt in 1961 maar een vierde van de patiënten met psychofarmaca behandeld. Dat kan er opnieuw op wijzen dat psychofarmaca voor een bepaalde groep patiënten de standaardbehandeling worden ter vervanging van vroegere shockmethoden. Er is bovendien maar een ontslag mogelijk, door Haldol. Van een grote uitstroom patiënten dankzij psychofarmaca is voorlopig dus ook zeker geen sprake. 64 andere patiënten verbeteren wel, dat is 34% van de 188. Bij zeventien patiënten (9% van de 188) verandert er niks. Veertien behandelingen worden stopgezet (7,4% van de 188). Net als vorig jaar wordt de meerderheid van de behandelingen wel verder gezet, namelijk 123 van de 188 (65,4%). Luminal tot slot blijft men gebruiken voor 63 epileptici.

³⁴⁵ Dat is opvallend, want er staat een positief bericht over Truxal in: Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 2, augustus 1961.

In 1962 probeert men Ospolot (sultiam) tegen epilepsie, we weten wel niet of de testen succesvol zijn.³⁴⁶ Voor de rest tasten we vanaf dat jaar wat psychofarmaca betreft grotendeels in het duister in de jaarverslagen. Tabellen met cijfers over behandelingen, zoals hierboven, zijn jammer genoeg niet meer beschikbaar na 1961. In het jaarverslag van 1963 zit wel een blad bijgevoegd met een dergelijke tabel. Echter, met potlood staat bovenaan dat losse blad “Beernem?” geschreven. In Beernem hebben de Broeders van Liefde namelijk ook een psychiatrisch gesticht. Om een of andere reden twijfelde er blijkbaar iemand aan de oorsprong van de cijfers (of is de notitie van een later tijdstip?), die uiteindelijk toch bij het jaarverslag gevoegd zijn. Toch heb ik het niet opgenomen in mijn onderzoek. Ik denk dat het inderdaad cijfers uit Beernem zijn. Er zijn volgens dat blad namelijk maar 85 patiënten die psychofarmaca krijgen, wat geen realistisch cijfer lijkt in vergelijking met voorgaande jaren in het Guislaingesticht. Slechts achttien patiënten zouden bijvoorbeeld Haldol krijgen, wat een zeer sterke en plotse daling zou zijn van het populairste psychofarmacon aldaar.

Vanaf 1961 wordt trouwens de badverpleging officieel niet meer toegepast als therapeutisch middel. Tot het jaar daarvoor wordt nog telkens “ja” geantwoord op de vraag of er badverpleging gebeurt in het gesticht (dat is dan wel vooral nog voor de onrustigen op de observatieafdeling). Dat kan erop duiden dat psychofarmaca in de loop van de jaren 50, wanneer ze vooral als sedativa dienen, grotendeels de kalmerende rol van de badverpleging overnemen, waardoor die overbodig wordt.³⁴⁷ De badverpleging is natuurlijk al lang achterhaald als genezende behandeling, maar wordt, na het einde van de bed- en badverpleging in het interbellum, soms nog ingezet als rust- of afzonderingsmoment.³⁴⁸

Ook de andere oudere behandelingen komen definitief aan hun einde in de eerste helft van de jaren 60.³⁴⁹ Slaapkuren en cardiazolshocks zijn sowieso nooit echt zeer veel ingezet geweest in het Guislaingesticht, net als de lobotomie. Van dergelijke behandelingen zijn maar weinig sporen te vinden in de bronnen. Zoals eerder al aan bod kwam, zijn dat dan ook gevaarlijke en arbeidsintensieve behandelingen (cfr. deel een). Tot en met 1966 is er in de jaarverslagen wel elk jaar melding van insuline- en elektroshocks, al zullen dat er op het

³⁴⁶ Jaarverslag 1962, BVL 18.

³⁴⁷ Hetzelfde verhaal valt te lezen in: Majerus, *Parmi les fous*, p. 215.

³⁴⁸ Jaarverslag 1961, BVL 18.

³⁴⁹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 6, augustus 1965.

einde maar weinig meer geweest zijn. Daarna lijkt het erop dat ook die behandelingen niet meer gebruikt worden.³⁵⁰ Een andere opvallende evolutie is dat men vanaf het midden van de jaren 60 expliciet afstand neemt van dwangmiddelen. In 1965 worden ze “practisch (sic) niet meer gebruikt”, in 1966 zijn ze “eerder zeldzaam” en in 1967 worden ze “zo goed als verlaten”.³⁵¹

Van 1952 tot 1966 zijn kleine, korte inspectieverslagen bewaard gebleven. Die worden opgesteld door een inspecteur van de Broeders van Liefde, die een tot twee maal per jaar langskomt in het gesticht en een beknopt document opstelt. Toch wordt er soms iets in verteld dat ons een inkijk geeft in het leven in het gesticht, of geeft het rapport bepaalde cijfers die tendensen duiden. Er is op het einde van het rapport bovendien steeds ruimte voorzien voor een schouderklopje, bedenkingen over wat slecht loopt of aanpassingen die nodig zijn naar de toekomst toe. De gegevens uit die inspectierapporten, sluiten nauw aan bij de evoluties die uit de jaarverslagen blijken. Wat bijvoorbeeld in het rapport uit 1953 opvalt, is dat er nogal wat badverpleging gebeurt.³⁵² In 1955 vervolgens wordt er al gemeld dat de badverpleging sterk wordt afgebouwd. De voor de hand liggende verklaring is dat psychofarmaca al snel en succesvol als sedatief middel gebruikt worden. Enkele onrustigen worden wel nog aan de badverpleging onderworpen, maar voor de rest zijn er dan blijkbaar al zo goed als geen dwangmiddelen meer.³⁵³ Toevallijders krijgen “gepaste medicatie”.³⁵⁴ We weten van daarnet dat het waarschijnlijk vooral over Luminal gaat. Dwangmiddelen raken in onbruik en de isoleercellen blijven zo goed als onbenut.³⁵⁵ Herinner dat Largactil en Serpasil volgens het jaarverslag in 1956 “goede resultaten” geven als sedativa. In 1957 blijkt dat bedverpleging volledig is uitgeschakeld. Er wordt expliciet gesteld dat onrustigen rustig worden “omwille van medicamenten en van de werktherapie.”³⁵⁶ De bedverpleging wordt uiteraard wel nog toegepast in de ziekenzaal en ook bij de ouderen, maar over het algemeen

³⁵⁰ Jaarverslagen 1962 tot 1966, BVL 18. Ook in andere instellingen ervaart men vanaf de tweede helft van de jaren 50 een sterke daling van elektroshocks, alhoewel ze daarom nog niet meteen volledig verdwijnen omdat ze in eerste instantie vaak gecombineerd worden met medicatie, zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 230-2.

³⁵¹ Jaarverslagen 1965 en 1966, BVL 18; jaarverslag 1967, BVL 19.

³⁵² Inspectieverslag, 29 september 1953, BVL 31.

³⁵³ Inspectieverslag, 22 en 23 november 1955, BVL 31. Op de afdeling voor onrustigen, meldt het jaarverslag in 1952 trouwens al dat dwangmiddelen enkel nog op voorschrift van de dokter gebruikt worden. Zie: jaarverslag 1952, BVL 18.

³⁵⁴ Inspectieverslag, 24 mei 1955, BVL 31.

³⁵⁵ Inspectieverslag, 17 tot 19 december 1956, BVL 31.

³⁵⁶ Inspectieverslag, 20 en 22 november 1957, BVL 31.

“leveren Largactil en Serpasil goede resultaten.”³⁵⁷ Er is in de jaren 50 dus vrij snel een verband te leggen tussen psychofarmaca en het afnemend gebruik van dwangmiddelen, isoleercellen en de restanten van de bed- en badverpleging, terwijl de inspectieverslagen nergens melding maken van de shockbehandelingen die tanende zouden zijn. Dat ondersteunt opnieuw de these dat ze in de jaren 50 vooral als nieuwe kalmeermiddelen gezien worden. Tegen 1960 worden psychofarmaca volgens de inspectierapporten volop ingezet in het gesticht. Op de afdeling voor de onrustigen wordt de behandeling met neuroleptica “goed doorgezet”.³⁵⁸ Er is sprake van een aparte kamer waar nog insulineshockbehandelingen gebeuren.³⁵⁹ Dat is opvallend: de weinige oudere behandelingen die nog gebeuren, worden blijkbaar uit de grote slaapzaal gehaald. In 1963 worden nog een paar elektroshocks, insuline- en slaapkuren toegepast, maar ook medicijnen hebben een belangrijke plaats. Het lijkt erop dat ze een steeds grotere rol innemen in het gesticht, want het personeel beschikt over documenten die de medicamenteuze behandeling in goede banen moeten leiden: “Voor de behandelingen met medicamenten hebben de broeders hun medicamentenboek, daarbij nog ten geleide voor de leerlingen de medicamentenlijst.”³⁶⁰ Als er een medicamentenboek is, kunnen we daaruit afleiden dat elke patiënt die psychofarmaca krijgt waarschijnlijk zijn eigen, specifiek bepaalde soort en hoeveelheid moet krijgen. Het lijkt er opnieuw op dat psychofarmaca meer om hun therapeutische waarde gebruikt worden en een behandeling op zich worden. In 1966 krijgen ook in de inspectieverslagen de laatste onrustigen elektroshocks toegediend.³⁶¹

Zoals de tabel 2 en 3 duidelijk maken, krijgen lang niet alle patiënten psychofarmaca. Het zijn waarschijnlijk de zwaarste, agressiefste, luidruchtigste ... gevallen die dankzij psychofarmaca rustig worden en zich minder agressief gedragen, waardoor geen dwangmiddelen nodig zijn om hen te bedwingen. Shockbehandelingen worden overbodig, want psychofarmaca bestrijden de geestesziekte sneller en efficiënter. Het verdwijnen van die oudere praktijken laat wel een vacuüm achter in de dagelijkse psychiatrie. Er is meer tijd en plaats om therapie in te richten, waar de patiënten ook meer voor open staan en kans toe krijgen.

³⁵⁷ Inspectieverslag, 9 tot 12 november 1958, BVL 31.

³⁵⁸ Inspectieverslag, 8 tot 10 maart 1960, BVL 31.

³⁵⁹ Inspectieverslag, 6 tot 8 december 1960, BVL 31.

³⁶⁰ Inspectieverslag, 27 tot 29 november 1963, BVL 31.

³⁶¹ Inspectieverslag, 26 tot 28 februari 1966, BVL 31.

Zo zetten nieuwe therapievormen vanaf de jaren 60 hun eerste stappen in de psychiatrie. In de loop van de jaren 60 worden werk-, bezigheids-, ontspannings-, bewegings- en creatieve therapie veel vermeld in bijvoorbeeld de inspectieverslagen.³⁶² Ook in *Psychiatrie en Verpleging* verschijnen er in de loop van de jaren 60 meer en meer artikelen over allerlei therapieën.³⁶³ Nochtans gebeurt daar in de jaren 50 ook al sporadisch eens iets rond. In 1955 bijvoorbeeld is er om de veertien dagen turnen en bewegingstherapie.³⁶⁴ De jaren nadien echter verdwijnt dat, pas in 1962 is er opnieuw sprake van bewegingsoefeningen, die door leerlingen van de school gegeven worden.³⁶⁵ In 1963 wordt alweer melding gemaakt dat er geen bewegingstherapie meer is. In dat jaar is er zeker nog geen bewegingstherapeut in dienst dus, een arbeidstherapeut evenmin trouwens.³⁶⁶ De bewegingstherapie wordt officieel ingevoerd in 1965.³⁶⁷ Vanaf 1966 staat ook turnen op het programma.³⁶⁸ In 1962 is er ondertussen voor het eerst in de jaarverslagen sprake van bezigheidstherapie.³⁶⁹ In 1964 begint de creatieve therapie.³⁷⁰ Al bij al blijft dat alles wel nog relatief beperkt.³⁷¹ In 1967 bijvoorbeeld hebben de creatieve, arbeids-, bewegings- en bezigheidstherapie wel hun plaats, maar er is nog te weinig ruimte en een gebrek aan gespecialiseerde therapeuten.³⁷²

Dat alles wijst er desalniettemin op dat er een verschuiving van het psychiatrisch behandelingslandschap gaande is in de loop van de jaren 60. Voorlopig blijft het dus wel beperkt. Het zijn vooral de fundamenteën die gelegd worden voor de volle ontplooiing in de jaren 70 (cfr. infra). Die nieuwe therapieën steken zoals gezegd niet toevallig voor de eerste maal serieus de kop op in dezelfde jaren dat de oudere praktijken uitdoven en psychofarmaca meer en meer een behandeling op zich worden, die aangevuld kan (of moet) worden met therapie.

³⁶² Inspectieverslagen, 1952 tot 1963 en 1966, BVL 31.

³⁶³ Zie bijvoorbeeld: *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 5, jaargang 6, augustus 1965; nummer 3, jaargang 7, april 1966; nummer 5, jaargang 7, augustus 1966; nummer 5, jaargang 9, augustus 1968; nummer 3, jaargang 10, april 1969.

³⁶⁴ Jaarverslag 1955, BVL 18.

³⁶⁵ Jaarverslag 1962, BVL 18.

³⁶⁶ Jaarverslag 1963, BVL 18.

³⁶⁷ Jaarverslag 1965, BVL 18.

³⁶⁸ Jaarverslag 1966, BVL 18.

³⁶⁹ Jaarverslag 1962, BVL 18.

³⁷⁰ Jaarverslag 1964, BVL 18.

³⁷¹ Majerus, *Parmi les fous*, p. 250.

³⁷² Jaarverslag 1967, BVL 19.

De arbeidstherapie moet wel even apart vermeld worden. Die heeft al van oudsher een grote plaats in het Guislaingesticht, ook voor de jaren 50 en 60.³⁷³ De wortels daarvan liggen namelijk bij Joseph Guislain, die het als een belangrijk onderdeel van de morele therapie ziet (cfr. het intermezzo), waarna die traditie voortgezet wordt. Men probeert volgens de inspectieverslagen steeds zoveel mogelijk mannen actief aan het werk te zetten. “Goddank is er wat bezigheid.”³⁷⁴ Veel andere activiteiten of therapiemogelijkheden voor patiënten zijn er dan immers nog niet. De mate en aard van tewerkstelling verschilt wel van patiëntengroep tot patiëntengroep, want er zijn in het Guislaingesticht afdelingen voor senielen, onrustigen, onzindelijken, toevallijders ...³⁷⁵ Niet iedereen kan alles aan of is met alles te vertrouwen. De werkverschaffing is erg gevarieerd: huiswerk, veldarbeid, boerderijwerk, aardappelen schillen, keukenwerk, brood bakken, weverij, timmerij, etiketten plakken, spelden maken, wasserij, boodschappen doen, boekbinden, bureelwerk, smederij, zakkenplakken, oud papier verwerken ...³⁷⁶ Haast elk jaar werkt men ook volgens een ander dagritme.³⁷⁷ In de jaren 50 valt echter vaak iets te lezen over het feit dat men “meer werk zou verlangen”.³⁷⁸ Men is daarvoor namelijk afhankelijk van externe leveranciers die het gesticht als goedkope werkplaats zien (bijvoorbeeld de productie van wasspelden), maar niet altijd evenveel werk liggen hebben. Het is niet altijd mogelijk om alle patiënten voldoende aan het werk te zetten.³⁷⁹ In 1964 is er dan weer “zeer veel werktherapie”, dus blijkbaar raakt men die jaren makkelijker aan werk.³⁸⁰ Het zijn natuurlijk economische hoogdagen. Of zien we hier de impact van psychofarmaca en kunnen de patiënten, die voordien agressief en onrustig waren, nu wel in de arbeidstherapie ingeschakeld worden? De werkverschaffing

³⁷³ Het wordt ook in *Ziekenverpleging* al vroeg gemeld dat er in het *Hospice Guislain* veel werkverschaffing is. Zie: *Ziekenverpleging*, nummer 18, september 1927; nummer 20, januari 1928.

³⁷⁴ Jaarverslag 1955, BVL 18.

³⁷⁵ Jaarverslag 1961, BVL 18; inspectieverslagen, 29 september 1953 en 9 september 1954, BVL 31.

³⁷⁶ Jaarverslag 1955, BVL 18.

³⁷⁷ Er wordt in 1952 gewerkt van 8u30 tot 11u en in de namiddag van 13u tot 17u. In 1953 loopt de werkdag van 8u30 tot 11u30 en dan van 13u30 tot 17u15. In 1954 werkt men van 8u30 tot 11u30 en van 13u30 tot 17u30. In 1955 werkt men van 8u15 tot 11u en van 13u tot 16u30. In 1956 wordt er gewerkt van 8u20 tot 11u15 en van 13u tot 16u30. In 1957 loopt de werkdag van 8u30 tot 10u30 en van 13u tot 17u. In 1958 werkt men van 8u30 tot 11u15 en van 13u tot 17u. De werkuren vallen in 1959 van 8u30 tot 11u en van 13u tot 17u. In 1962 werkt men van 8u30 tot 11u50 en van 13u tot 16u30. Zie: jaarverslagen 1952 tot 1959 en 1962, BVL 18.

³⁷⁸ Jaarverslag 1953, BVL 18.

³⁷⁹ Jaarverslag 1958 tot 1960, BVL 18.

³⁸⁰ Jaarverslag 1964, BVL 18.

staat in de jaren 50 trouwens maar in “grote trekken” onder medische begeleiding.³⁸¹ Er is waarschijnlijk te weinig personeel om alle patiënten te begeleiden. Het grote probleem is dat de patiënten verspreid over het domein allerhande werk doen: “Centrale werkplaats lijkt me nodig willen we werkelijk komen tot werk-therapie.”³⁸² In 1963 is de centrale werkplaats er echter nog altijd niet, maar het is echt wel een noodzaak aan het worden.³⁸³ De vele aparte ateliers en werkposten wil men dus verlaten. Patiënten zouden dan niet meer als goedkoop personeel ingezet worden in de keuken of op het veld. Het is duidelijk dat de nadruk meer op het therapeutische dan op het economische aspect komt te liggen.³⁸⁴ In 1967 wordt het werken bovendien aangemoedigd met weekgeld, deelname aan uitstappen en verlof bij familie. De nadruk, zo schrijft de inspecteur, moet evenwel liggen op therapie, niet op het productief zijn. Men blijft hameren op een centrale werkplaats, zodat de afdelingen zelf netjes blijven en de werktherapie volledig zijn waarde kan bewijzen.³⁸⁵

Over het algemeen kunnen we stellen dat, alhoewel de arbeidstherapie reeds voor psychofarmaca bestaat en belangrijk is, die therapievorm in de jaren 60 eveneens aan veranderingen onderhevig is. In de jaren 50 is het vooral als bezigheid tegen verveling en knappen de patiënten allerlei werkjes op in het gesticht, waarschijnlijk vanuit het idee “twee vliegen in één klap”. In de loop van de jaren 60 verandert de invulling van de arbeid, met meer nadruk op het therapiegedeelte. Dat is te merken aan het feit dan men vraagt om een centrale werkplaats. Het is niet de bedoeling dat patiënten her en der klusjes doen, het moet een echte, begeleide therapievorm worden, in functie van het herstelproces van de patiënt.

In 1967 is er daarnaast nog geen psychologisch onderzoek of kinesitherapie, want er is nog geen psycholoog of kinesist in dienst. Muziek en toneel zijn ook afwezig als therapievormen, al wordt door externen af en toe wel een voorstelling verzorgd (cfr. infra). Op de vraag wat de nieuwe behandelingen dat jaar zijn, wordt simpelweg geantwoord “meestal medikamenteuze (sic)”.³⁸⁶ De creatieve, muziek- en bewegingstherapie en psychologisch onderzoek blijven ook in 1968 op een laag pitje staan, alhoewel er ondertussen een kinesist

³⁸¹ Jaarverslag 1954, BVL 18.

³⁸² Jaarverslag 1960, BVL 18.

³⁸³ Jaarverslag 1963, BVL 18.

³⁸⁴ Jaarverslag 1964, BVL 18.

³⁸⁵ Jaarverslag 1967, BVL 19.

³⁸⁶ Jaarverslag 1967, BVL 19.

is aangeworven. Men gaat dat jaar tevens op zoek naar een psycholoog en ergotherapeut. De sociale dienst ondertussen wordt wel steeds meer ingeschakeld in vooral nazorg, op aanduiding van de dokter of directeur. Voorlopig bemant een persoon die dienst. Er is daarnaast sprake van nieuwe medicatie.³⁸⁷ Ook in 1969 is er melding van “enkele nieuwe medikamenteuze (sic) behandelingen”.³⁸⁸ Jammer genoeg is het niet duidelijk om welke middelen het gaat of hoeveel patiënten psychofarmaca krijgen, maar we kunnen er wel uit afleiden dat het aantal soorten en waarschijnlijk ook het gebruik uitbreidt. In die jaren komen namelijk steeds meer middelen op de markt voor alsmaar meer psychiatrische aandoeningen.³⁸⁹ Het is echter niet makkelijk om daar een weg in te vinden: “Op dit ogenblik is het voor ieder psychiater een onmogelijkheid geworden al de bestaande produkten (sic) te kennen, of beter gezegd voldoende te beheersen om ze werkelijk therapeutisch aan te wenden. (...) deze variatie van bestaande specialiteiten wordt daardoor al gauw beschouwd als een verwarrende chaos.”³⁹⁰

Uit dat alles komen de jaren 60 naar voren als de overgang van oudere shockbehandelingen naar nieuwe therapieën, in gang gezet en voortgedreven door psychofarmaca.³⁹¹ “De betekenis ervan voor de individuele geesteszieke is enorm, omdat de therapeutische mogelijkheden belangrijk verrijkt zijn. Het storende element is weggenomen (roepen, geweld, onrust); meer contact mogelijk met familie, vrienden, buitenwereld; psychiatrie raakt dus meer open.”³⁹²

4 Socialisering in de jaren 70

Eerder kwam aan bod dat men al vroeg geconfronteerd wordt met de plotse terugkeer naar de maatschappij van chronische patiënten dankzij psychofarmaca. Tijdens de jaren 60 probeert men daar al hier en daar iets aan te doen. Bij de aanpassing van de vragen in het jaarverslag in 1967 bijvoorbeeld wordt er nagegaan of er richtlijnen verstrekt worden om het

³⁸⁷ Jaarverslag 1968, BVL 19.

³⁸⁸ Jaarverslag 1969, BVL 19.

³⁸⁹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 6, februari 1965.

³⁹⁰ Psychiatrie en Verpleging, nummer 3, jaargang 9, april 1968.

³⁹¹ Een gelijkaardige conclusie is te lezen bij Majerus, in wiens onderzoek naar voren komt dat eind jaren 60 maar liefst 86% van de patiënten in het *Hôpital Brugmann* een psychotroop middel krijgen, waardoor andere biologische behandelingen verdwijnen. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 242.

³⁹² Psychiatrie en Verpleging, nummer 3, jaargang 4, april 1963.

socialiserend proces te bevorderen en komt er ook de vraag bij: “Konden door tussenkomst van de Sociale Dienst patiënten ontslagen worden, met aangepast sociaal-familiaal milieu met gepaste werkgelegenheid?”³⁹³ Enkele ontslagen patiënten worden bijvoorbeeld in beschutte werkplaatsen tewerkgesteld of als knechten in het klooster, maar gans dat socialiseringsproces verloopt in de jaren 60 nog niet van een leien dakje. Het aanwerven van een maatschappelijk assistent bijvoorbeeld, heeft heel wat voeten in de aarde (cfr. infra). Pas in de jaren 70 wordt het socialiserende aspect eindelijk meer benadrukt in de behandeling van de patiënt.³⁹⁴ In 1970 zijn er twee sociaal assistenten aan het werk.

Resocialisatie hangt nauw samen met de uitbouw van de verschillende therapieën. De arbeidstherapie bijvoorbeeld moet helpen om dicht bij een “normaal” leven te blijven. Daarvoor is een centrale werkplaats - die er blijkbaar nog steeds niet is - wel cruciaal, want “patiënten kunnen naar hun werk gaan en keren er van terug. Evenaren van wat er in de maatschappij gebeurt. Kontakt (sic) met andere mensen belangrijk.”³⁹⁵ Meer en meer worden de therapieën een belangrijke, zo niet noodzakelijke component in de socialiserende behandeling en genezing van de geesteszieke, naast en zelfs dankzij medicatie: “Inderdaad, de neuroleptika (sic) bedoelen hulpmiddelen te zijn in het kader van een doorgevoerde psychotherapie. Ze dienen de zieken in de noodzakelijke voorwaarden van kalmte en afhankelijkheid te brengen om hem vatbaar te maken voor de therapeutische initiatieven.”

De jaren 70 zien zo ook de veralgemening van allerlei vormen van ergotherapie. Het wordt in het genezingsproces gebruikt als diagnostisch, revaliderend en therapeutisch middel. In zo goed als elk informatieblad van het personeel bijvoorbeeld is er wel een bericht over patiënten te werk stellen, creatief bezighouden, in beweging brengen ... Inactiviteit is uit den boze. Ergotherapie moet daarom vertrekken vanuit verantwoordelijkheden en vaardigheden die patiënten nog zelfstandig kunnen opnemen.³⁹⁶ Ook uit andere bronnen blijkt dat nieuwe therapievormen zich eind jaren 60, begin jaren 70 in sneltempo ontwikkelen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het paramedisch personeel in die jaren sterk groeit en er ook infrastructurele ingrepen nodig zijn (cfr. infra).

³⁹³ Jaarverslag 1967, BVL 19.

³⁹⁴ Majerus, *Parmi les fous*, p. 251.

³⁹⁵ Jaarverslag 1970, BVL 19.

³⁹⁶ Informatieblad personeel, jaargang 1 (1971) tot jaargang 4 (1974), BVL 59.

In 1970 hoopt men dat “dit jaar psychologisch onderzoek zal kunnen verwezenlijkt worden”. Buiten muziek en toneel, zijn alle andere vormen van therapie die hierboven vermeld zijn ondertussen uit de startblokken geschoten. Er zijn bijvoorbeeld twee ergotherapeuten in dienst. Een bewegingstherapeut moet wel nog altijd aangeworven worden. Wat betreft nieuwe behandelingen, valt te lezen: “Meestal medicamenteuse (sic) behandeling. Proefnemingen met nieuwe medicamenten in samenwerking met de farmaceutische firma’s.” Het lijkt er dus op dat nieuwe middelen nog altijd in het gesticht zelf uitgetest worden, met stalen voorzien door de farmaceutische bedrijven. Terwijl de verscheidene nieuwe therapievormen zich verder ontwikkelen, blijft men dus ook op zoek gaan naar nieuwe medicatie. Dat kan erop wijzen dat men vertrouwen heeft in de positieve effecten van psychofarmaca, bijvoorbeeld net het mogelijk maken van therapie, en dat men daarom ook de medicamenteuze therapie blijft uitbreiden en vernieuwen.³⁹⁷

In 1971 is er een voltijds psycholoog in dienst met zelfs een assistent.³⁹⁸ Een persoon staat in voor kinesithérapie, beweging, sport en spel. Muziektherapie, met zang en dans, behoort nu ook tot het aanbod. De maatschappelijke dienst krijgt steeds meer vorm en functie (cfr. infra). Nieuwe behandelingen worden vaag omschreven: “Nieuwe neuroleptica, voor deze op lange termijn.”³⁹⁹

In 1972 is er creatieve therapie zodat “zieken zich kunnen uitleven, mogelijkheden opnieuw ontdekken”. Er is eindelijk ook een centrale werkplaats en die is “zeer nuttig en doeltreffend, socialiserend, vergemakkelijkt resocialisering”. Wat opvalt - ook in voorgaande jaren trouwens - is dat er steeds veel aandacht is voor samenwerking tussen directie, geneesheren, paramedisch personeel en verpleegkundigen via allerlei overlegmomenten, vergaderingen, verslagen ... Het duidt erop dat de behandeling van de patiënten een complex gegeven wordt, bestaande uit allerlei therapievormen en medicatie, waardoor het personeel erg interdisciplinair moet samenwerken (cfr. infra).⁴⁰⁰

³⁹⁷ Jaarverslag 1970, BVL 19.

³⁹⁸ Het is opvallend dat psychologen, ook in andere instellingen, vanaf de jaren 70 meer en meer de psychiatrie binnentreden. In de jaren 60 namelijk creëren psychofarmaca goede psychotherapeutische voorwaarden, maar de psychiaters zijn daar onvoldoende mee vertrouwd, waardoor dat alles zich pas ten volle ontwikkelt met de komst van psychologen, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 254.

³⁹⁹ Jaarverslag 1971, BVL 19.

⁴⁰⁰ Jaarverslag 1972, BVL 19.

De psychotherapie is ondertussen ook opgestart, zowel individuele als groepsgesprekken. In 1974 zijn er tachtig testen omtrent intelligentie en persoonlijkheid. Die dienen als diagnostisch middel om inzicht te krijgen in de hersenwerking en -beschadigingen van de patiënt. Er zijn ook 187 individuele gesprekken. Die hebben veel voordelen voor de patiënt, zo schrijft men. Die voelt zich veilig, kan problemen uiten en er zelf inzicht in krijgen. Daarnaast kan of wil de patiënt niet altijd alles vertellen in groepsgesprekken - in een individueel gesprek is de drempel lager - of komt in een groepsgesprek iets aan bod waar de therapeut dieper op in wil gaan tijdens een persoonlijk gesprek. Een patiënt kan tot slot zelf spontaan met een probleem naar buiten komen. Er zijn daarnaast 134 groepsgesprekken, die vooral openheid, onderling vertrouwen en resocialisatie versterken.⁴⁰¹ Ook tijdens latere jaren blijven psychologische (groeps)gesprekken belangrijk.⁴⁰²

In het algemeen ligt er als opstap naar re-integratie vanaf begin jaren 70 steeds meer nadruk op revalidatie, waar die groepstherapie toe behoort, net als bewegings-, ergo-, kinesi- en ontspanningstherapie. Ook de verpleging en de sociale dienst kunnen helpen om de patiënten terug te integreren in de maatschappij. Zowel in woon-, werk- als ontspanningssituaties moet er aandacht zijn voor de fysieke, psychische, sociale, economische ... socialisatie van de patiënt.⁴⁰³ Bovendien, door de nadruk op samenwerking tussen verpleegkundigen, ergo-, kinesi-, bewegings- en psychotherapie, wordt de patiënt op meerdere manieren therapeutisch benaderd. Met het oog op volledige integratie, moeten de verschillende therapieën namelijk idealiter door elkaar lopen.⁴⁰⁴ Ze zijn allen een schakel in de ketting die voor de patiënt de poort opent tot de maatschappij.

Al die inspanningen leveren ook resultaten op. Er zijn in de jaren 70 bijvoorbeeld patiënten die af en toe een weekend naar huis mogen of zelfs voor een langere periode verlof kunnen krijgen, zodat het contact met de buitenwereld zo continu mogelijk onderhouden wordt. Langs de andere kant zijn er ook patiënten die nooit bezoek krijgen en geen contact meer hebben met familie en vrienden. Daar probeert de maatschappelijke dienst, die niet toevallig in de jaren 70 belangrijker wordt, dan in te begeleiden en bemiddelen. "Sociale begeleiding.

⁴⁰¹ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁴⁰² Jaarboek 1976, BVL 20.

⁴⁰³ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁴⁰⁴ Jaarboek 1976, BVL 20.

(...) Voor patiënten die geen bezoek meer ontvangen de verwanten opzoeken en met hen de mogelijkheden in dit verband bespreken. We nemen ook met gezins- of familieleden contact (sic) op om verlof mogelijk te maken. (...) Dit houdt in dat de omgeving betrokken wordt met wat er met de zieke gebeurt en welke de vooruitzichten zijn. Het kan ook nodig zijn dat ziekmakende houdingen of relatiepatronen moeten gewijzigd worden. (...) De dienst steunt patiënten ook bij het verhogen van hun sociale vaardigheden zoals aankopen doen, post- en bankverrichtingen uitvoeren, gebruik maken van openbaar vervoer enz.” Ook reclassering behoort tot het takenpakket, “hiermee wordt de hulp bedoeld die verstrekt wordt als directe voorbereiding op het ontslag”. Het gaat dan over het helpen zoeken naar werk en woonst; voorbereidende verlofdagen; werkgever en omgeving voorbereiden en aanspreken; de patiënt in contact brengen met ambulante zorg voor na het ontslag.⁴⁰⁵

Naast al die socialiserende therapieën, blijven psychofarmaca in de jaren 70 ook op de voorgrond.⁴⁰⁶ In 1973 probeert men een nieuw middel uit: “Momenteel experimenteert men een nieuw medicament Piportil (specia) speciaal op schizofrenie.”⁴⁰⁷ Zijn er nieuwe behandelingen in 1976? “Ja. 1. Clopimozide: nieuw medicament - nog niet in de handel - dat geprobeerd werd bij patiënten die symptomen van (akute (sic) of chronische) psychose vertonen. 2. Loxapac: medicament met antipsychotische en anxiolytische eigenschappen. Wordt geprobeerd bij schizofrenen. De proef is nog aan de gang.”⁴⁰⁸ In 1977 zijn Semap (neurolepticum) en Lerivon (antidepressivum) nieuwe behandelingen.⁴⁰⁹

Vanaf 1976 wordt er aangeduid dat er consultaties, partiële hospitalisatie en extramurale dienstverlening gebeuren.⁴¹⁰ Er is vanaf 1977 ook een centraal gebouw, het revalidatiecentrum, waar ergo-, bewegings-, kinesi- en groepstherapie gebeuren. De

⁴⁰⁵ Jaarboek 1975, BVL 20.

⁴⁰⁶ Voor enkele berichten over (nieuwe) medicijnen in de jaren 60 en 70, zie: Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 3, februari 1962; nummer 4, jaargang 3, juni 1962; nummer 2, jaargang 4, februari 1963; nummer 4, jaargang 5, juni 1964; nummer 2, jaargang 6, februari 1965; nummer 1, jaargang 7, december 1966; nummer 2, jaargang 9, februari 1968; nummer 2, jaargang 10, februari 1969; nummer 5, jaargang 11, augustus 1970; nummer 6, jaargang 11, oktober 1970; nummer 3, jaargang 12, april 1971; nummer 5, jaargang 12, augustus 1971; nummer 2, jaargang 13, februari 1972; nummer 3, jaargang 13, april 1972; nummer 4, jaargang 13, juni 1972; nummer 5, jaargang 14, augustus 1973; nummer 6, jaargang 15, oktober 1974; nummer 1, jaargang 17, december 1975.

⁴⁰⁷ Jaarverslag 1973, BVL 19.

⁴⁰⁸ Jaarverslag 1976, BVL 20.

⁴⁰⁹ Jaarverslag 1977, BVL 20.

⁴¹⁰ Jaarboek 1976, BVL 20.

maatschappelijke werkers houden zitdagen waar de familie op terecht kan, maar er wordt wel gevraagd om een uitbreiding van de dienst.⁴¹¹ Dergelijke evoluties in de praktische, dagelijkse psychiatrie wijzen erop dat de socialisering van de patiënten, ondersteund door therapie en psychofarmaca, een psychiatrisch kerngegeven wordt in de loop van de jaren 70.

5 Samenvattend

Het Guislaingesticht is er snel bij om Largactil en Serpasil uit te testen. Tijdens de tweede helft van de jaren 50 wordt de medicamenteuze behandeling vervolgens snel uitgebreid. Psychofarmaca vormen nog geen behandeling op zich. Ze zijn in eerste instantie aanvullende verdovende middelen. Uit de bronnen blijkt daardoor dat oudere behandelingen doorheen de jaren 50 nog vaak gebruikt worden en sommige zelfs - zij het in mindere mate - tot het midden van de jaren 60. De Guislaincasus sluit daarom nauw aan bij de "tango" die Pieters en Majerus beschrijven tussen oude en nieuwe behandelingen, tussen continuïteiten en discontinuïteiten (cfr. 4.7 in hoofdstuk twee uit het eerste deel). Het is niet zo dat op een paar jaar tijd de oudere behandelingen collectief verlaten worden en alle patiënten massaal medicatie krijgen. Lange tijd doorkruisen de verschillende behandelingen elkaar.⁴¹² Belangrijk om weten is wel dat, door de verdovende werking van psychofarmaca, ze snel de rustgevende badverpleging en dwangmiddelen vervangen. Ook oudere psychiatrische sedativa (morfine, bromiden, chloraalhydraat, paraldehyde ...) verdwijnen.⁴¹³

De redenen waarom psychofarmaca in de jaren 50 nog veel minder gebruikt worden, stemmen waarschijnlijk nauw overeen met wat Frances Allen in die jaren in Amerika ervaart. "Vóór de jaren vijftig was er maar weinig handel in psychofarmaca en waren geneesmiddelen een verschrikking. De opiaten en barbituraten waren populair onder patiënten, maar hadden een niet-specifieke uitwerking en leidden tot gigantische problemen met verslaving en overdosering. Bromiden, paraldehyde, chloorhydraten en meprobaat haalden allemaal vrij weinig uit en gaven ondraaglijke bijwerkingen. (...) begon met het voorschrijven van psychofarmaca, waren deze oude geneesmiddelen bijna allemaal vervangen door de pas ontdekte, meer specifieke wondermiddelen van de psychiatrie -

⁴¹¹ Jaarverslag 1977, BVL 20.

⁴¹² Majerus, *Parmi les fous*, pp. 211-2

⁴¹³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

chloorpromazine tegen psychose, lithium tegen manie en amitriptyline en Nardil tegen depressie. Maar het was betrekkelijk nieuw dat je deze geneesmiddelen aan patiënten gaf - en dat deed je niet zomaar. (...) waren wij er doodsbang voor - een overdosis kon een patiënt doden of zijn nieren kapot maken en we wisten nog niet precies wat de meest effectieve doseringen en de veiligste bloedspiegels waren. De doses chloorpromazine die wij gebruikten, bleken veel te hoog te zijn en veranderden onze geagiteerde patiënten in gedrogeerde zombies. (...) en ze bezorgden veel patiënten die ze slikten een ellendig leven - een kurkdroge mond, een zeer moeizame stoelgang en flauwvallen bij het opstaan als veelvoorkomend risico. (...) De eerste psychofarmaca waren allemaal zo gevaarlijk en hadden zoveel vervelende bijwerkingen dat alleen de allerziekste patiënten ze kregen toegediend en alleen grondig opgeleide psychiaters ze durfden voor te schrijven.”⁴¹⁴

Psychofarmaca veroveren na enkele testjaren gradueel een grotere plaats en belang in de dagelijkse praktijk. Tijdens de jaren 60 leidt dat tot het verdwijnen van oudere praktijken. Ze worden niet meer gecombineerd met of ondersteund door psychofarmaca, die hun supplementsfunctie overstijgen en meer gebruikt worden wegens hun eigen therapeutische waarde. Ze zijn veiliger, makkelijker en effectiever. In 1955 krijgen 113 patiënten elektroshocks, in 1960 nog maar vijftwintig meer. In 1954 krijgen eenentwintig patiënten psychofarmaca, in 1960 loopt dat op tot 225 patiënten. Vooral Haldol is populair. De jaren 60 vormen de overgangperiode van oudere behandelingen, die in onbruik raken en vervangen worden door psychofarmaca, naar het voorzichtige begin van nieuwe therapieën, die vanaf de tweede helft van de jaren 60 mogelijk gemaakt worden dankzij psychofarmaca. Ze “realiseren een graad van medewerking van de patiënt, die weleer ondenkbaar was”.⁴¹⁵

Op die manier veranderen psychofarmaca het therapeutische landschap van de psychiatrie behoorlijk fundamenteel tijdens de jaren 60. Het is trouwens opvallend dat in de bronnen haast nergens een negatief tegengeluid te vinden is. In *Ziekenverpleging* en *Psychiatrie en Verpleging* zijn er wel heel wat artikelen over de nieuwe medicatie waarin men wijst op bijwerkingen en andere ongemakken die psychofarmaca kunnen veroorzaken.⁴¹⁶ Het gaat

⁴¹⁴ Frances, *Terug naar normaal*, pp. 100-1.

⁴¹⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 4, jaargang 11, juni 1970.

⁴¹⁶ Zie bijvoorbeeld: Psychiatrie en Verpleging, nummer 6, jaargang 14, oktober 1973; nummer 1, jaargang 15, december 1973. Voorts de vele citaten doorheen dit hoofdstuk.

echter nooit echt verder dan aanmanen tot voorzichtigheid. Het gebruik van psychofarmaca wordt niet veroordeeld. “Deze samenstellingen brachten een omwenteling teweeg in de behandeling van geestesziekten: ze vermogen geweld en spanning te verminderen bij verwarde en vernielzuchtige patiënten, schorten onrust en angst op zonder het bewustzijn te benevelen.”⁴¹⁷ Psychofarmaca zijn “een groep van geneesmiddelen die sedert het begin van de 50-er jaren een ware revolutie in de psychiatrie hebben bewerkt.”⁴¹⁸

Bewegings- arbeids-, ergo-, kinesi-, psycho- en creatieve therapie worden dus verkend in de jaren 60, maar komen pas tot wasdom in de jaren 70.⁴¹⁹ Dat komt omdat het re-integratieprobleem van patiënten, die na een lang verblijf weer in de samenleving terechtkomen, dan sterk op de voorgrond treedt.⁴²⁰ Revalideren en socialiseren worden centraal in de behandeling van de patiënt en de verschillende therapievormen worden daar aan gekoppeld. “De psychiatrische instituten beginnen hun deuren te openen.”⁴²¹ Die therapieën kunnen een oplossing bieden, samen met psychofarmaca. Want ook in de jaren 60 en 70 blijft men zoals gezegd nieuwe soorten medicatie zoeken.

We kunnen voor de casus dan ook stellen dat psychofarmaca tijdens de onderzochte periode op een paar jaar tijd een centrale rol in de psychiatrie innemen en die vervolgens ook succesvol behouden. “Het jaar 1953 is een gewichtig historisch jaar geworden in de annalen van de psychiatrie door het aanwenden van de chloorpromazine, largactiel (sic), bij de psychotische patiënten. Ze werd op de voet gevolgd door de serpasiel (sic) en weldra door talrijke andere “psychofarmaka” (sic), vooral tegen agitatie: ze hebben in korte tijd het aanzijn van de psychiatrische inrichtingen veranderd. (...) soms spectaculaire genezingen verwekt, terwijl in ieder geval de chronische patiënten er de heilzame invloed ook van

⁴¹⁷ Psychiatrie en Verpleging, nummer 4, jaargang 11, juni 1970.

⁴¹⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 11, augustus 1970.

⁴¹⁹ Vanaf dan zijn er ook meer artikelen over, zie: Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 11, augustus 1970; nummer 6, jaargang 11, oktober 1970; nummer 4, jaargang 12, juni 1971; nummer 5, jaargang 12, augustus 1971; nummer 6, jaargang 12, oktober 1971; nummer 4, jaargang 13, juni 1972; nummer 5, jaargang 13, augustus 1972; nummer 1, jaargang 14, december 1972; nummer 2, jaargang 14, februari 1973; nummer 4, jaargang 14, juni 1973; nummer 1, jaargang 19, januari 1978; nummer 2, jaargang 19, maart 1978; nummer 3, jaargang 19, mei 1978.

⁴²⁰ Zie bijvoorbeeld: Psychiatrie en Verpleging, nummer 4, jaargang 15, juni 1974; nummer 5, jaargang 15, augustus 1974; nummer 6, jaargang 15, oktober 1974; nummer 5, jaargang 16, augustus 1975.

⁴²¹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

ondergaan.”⁴²² Meer nog, ze kunnen zelfs verbonden worden met een serieuze omslag in de dagelijkse psychiatrische praktijk, van oude behandelingen naar nieuwe socialiserende therapieën. Bezigheidstherapie, beschutte werkplaatsen en een meer open psychiatrie zijn grotendeels te danken aan de ontdekking en uitbreiding van psychofarmaca.⁴²³ “De patiënt geniet meer vrijheid en de sociale aanpassing wordt vergemakkelijkt.”⁴²⁴ Kortom: “De psychiatrie is door de psychofarmaka (sic) veranderd.”⁴²⁵ “(...) laatste jaren, heeft de psychiatrische therapie een merkwaardige vooruitgang gemaakt. De biologische methoden enerzijds en de psychotherapeutische methode anderzijds hebben de diagnose van de mentale zieken gewijzigd. De psychiatrie van vandaag, lijkt helemaal niet meer op die van amper twintig jaar geleden.”⁴²⁶

Tot slot nog een opmerking: het is niet zo dat de situatie in het Guislaingesticht exemplarisch is voor de psychiatrie in het algemeen. In het Nederlandse psychiatrisch ziekenhuis *Endegeest* in Oegstgeest bijvoorbeeld zijn in 1954 de eerste sporen van psychofarmaca te vinden, dan worden namelijk 45 mensen met Largactil behandeld en 65 met Serpasil. Dat zijn er veel meer dan op dat moment in het Guislaingesticht. In 1958 krijgen in totaal al 200 patiënten in *Endegeest* een of ander middel. In 1962 worden in dat ziekenhuis vijftien verschillende soorten medicatie gebruikt. In het Nederlandse gesticht *Voorburg* in Vught daarentegen, wordt Largactil pas in 1957 gebruikt, terwijl andere psychofarmaca er vroeger hun intrede doen.⁴²⁷ Wat betreft resultaten van psychofarmaca, ervaart men in *Endegeest* dezelfde kenmerken als in het Guislaingesticht. Symptomen van bepaalde ziekten verminderen of verdwijnen volledig. Patiënten zijn aanspreekbaar, staan open voor contact en communicatie en zijn minder agressief. Toch zijn er ook bijwerkingen. Patiënten worden apathisch, krijgen motorische stoornissen, trillende ledematen, spierverslapping of verstijving en tics of kampen met huidaandoeningen. Desalniettemin wordt de medicatie

⁴²² Psychiatrie en Verpleging, nummer 3, jaargang 5, april 1964.

⁴²³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 6, augustus 1965.

⁴²⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 10, augustus 1969.

⁴²⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 4, jaargang 9, juni 1968. Zie voor een gelijkaardig bericht ook: Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 10, augustus 1969.

⁴²⁶ Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 15, februari 1974.

⁴²⁷ Henricus Franciscus Maria Peeters en C.P. de Vos, “Een historische analyse van een provinciaal psychiatrisch centrum over de periode 1885-1977,” in: Binnenveld, Johannes Martinus Wouters, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn, *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*, Baarn, Ambo, 1982, pp. 158-173.

daar al snel veel gebruikt. Men is optimistisch over de mogelijkheden van psychofarmaca. Blok en Vijselaar wijzen er wel op dat de medicatie niet voor een compleet nieuw verzorgingsklimaat zorgt, maar dat het eerder een verbetering van de bestaande situatie inhoudt. Opnieuw zijn er parallellen met het Guislaingesticht. Patiënten in *Endegeest* kunnen bijvoorbeeld sneller doorstromen naar andere therapeutische activiteiten (sport, arbeid, therapie). Naast medicatie worden in het begin trouwens ook andere behandelingen toegepast. Tot 1955 krijgen jaarlijks een vijftigtal patiënten nog elektroshocks en een tiental worden in insulinecoma gebracht. Een enkeling ondergaat een malaria- of slaapkuur. De lobotomie wordt wel afgebouwd en de cardiazolbehandeling raakt in onbruik. Begin jaren 60 verdwijnen ook de insulinecoma en elektroshocks. Opvallend is dat biologische psychiatrie (psychofarmaca) daar een van meerdere pijlers is, naast de actievere therapie (arbeid, beweging, creatief) en de sociale psychiatrie.⁴²⁸

De (psychofarmacologische) geschiedenis van elk psychiatrisch ziekenhuis kent zijn eigen snelheid, dynamiek en kenmerken. Het gamma van behandelingen en de manier waarop ze gebruikt worden, hangt in de psychiatrie onder andere af van de al dan niet enthousiaste hoofdgeneesheer.⁴²⁹ Ook Pieters en Majerus stellen wat betreft de receptie van psychofarmaca lokale verschillen en instellingsspecifieke praktijken vast en pleiten daarom eerder voor gevalstudies dan een generaliserende benadering (cfr. supra).

⁴²⁸ Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, pp. 151 en 153 en 155 en 163-5 en 167-9 en 171 en 175 en 180-1.

⁴²⁹ Van Doorselaer, "Een halve eeuw behandeling," pp. 19 en 26 en 31-2.

Hoofdstuk 3 - Patiënten

1 Wie zijn ze?

De geraadpleegde bronnen lenen er zich zoals gezegd niet toe om een uitgebreid sociaal profiel van de patiënten op te stellen (leeftijd, geografische afkomst, opleiding, echtelijke status ...). Af en toe is er wel een bronfragment dat ietwat inzicht geeft in die kwestie. In 1954 bijvoorbeeld meldt een bijgevoegd document bij het jaarverslag dat van de 116 nieuw opgenomen patiënten, er 114 uit Oost-Vlaanderen komen. De andere twee komen uit West-Vlaanderen en Luik. Van het totaal aantal patiënten komen er maar liefst 659 uit Oost-Vlaanderen, voorts 32 uit Brabant, 30 uit Antwerpen, negentien uit West-Vlaanderen, negen uit Henegouwen, drie uit Luik, een uit Limburg en acht “andere”.⁴³⁰ Zijn dit buitenlanders?⁴³¹ Mensen die niet praten en dus niet kunnen vertellen waar ze vandaan komen? In 1957 zijn er 87 Oost-Vlamingen die worden opgenomen en ook een Henegouwer. In totaal zijn er dat jaar 649 Oost-Vlamingen, 32 Brabanders, 28 Antwerpenaars, 22 West-Vlamingen, twaalf Henegouwers, twee Luikenaars en vier “anderen” aanwezig. Er worden 49 Oost-Vlamingen ontslagen en 50 Oost-Vlamingen overlijden, net als twee West-Vlamingen, een Limburger en een Brabander.⁴³² In het gesticht verblijven dus vooral mannen uit Oost-Vlaanderen en hoogstwaarschijnlijk komt het merendeel van hen zelfs uit (de omgeving van) Gent.

2 De cijfers

Als we de internationale literatuur mogen geloven, zorgen psychofarmaca voor een ontslaggolf in de psychiatrie door de snelle genezing (of beter gezegd, de snelle bestrijding van symptomen) die ze kunnen leveren (cfr. deel een). Samen met de preventie van nieuwe opnames door ambulante zorg, leidt dat tot een kleinere patiëntenpopulatie in het gesticht zelf. Patiëntenaantallen en opnamecijfers komen verderop aan bod, eerst ga ik wat dieper in op de evolutie van ontslagcijfers in het Guislaingesticht.

⁴³⁰ Jaarverslag 1954, BVL 18.

⁴³¹ Door migratie is het best mogelijk dat enkele buitenlanders in die jaren in Belgische gestichten verzeild raken. Voor andere mogelijke verklaringen, die ons hier te ver leiden, zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 88-92.

⁴³² Jaarverslag 1957, BVL 18.

2.1 Ontslag

Daar komt tabel 4 goed bij van pas. Er dienen wel enkele opmerkingen vooraf te gaan aan de verwerking van de tabel. Ten eerste zijn er wat hiaten in de cijfers (in alle tabellen aangeduid met een liggend streepje). Niet elk jaarverslag geeft alle informatie. Ten tweede spreken andere bronnen de jaarverslagen soms tegen. Volgens een brief worden er in 1977 323 patiënten ontslagen, terwijl uit het jaarverslag slechts 247 ontslagen af te leiden zijn, wat toch een pak minder is.⁴³³ Losse documenten bij sommige jaarverslagen spreken het jaarverslag in kwestie ook soms tegen. De cijfers in de jaarverslagen lijken trouwens niet altijd even consequent opgesteld, in die zin dat een bepaalde categorie soms anders ingevuld wordt. Patiënten die op proef het gesticht mogen verlaten, worden nu eens bij de categorie “niet-hersteld ontslagen”, dan weer bij de categorie “hersteld ontslagen” geteld. In het merendeel van de jaarverslagen wordt niet eens verduidelijkt bij welke categorie proefverlofpatiënten horen, wat opnieuw onzekerheid over de cijfers met zich meebrengt. Om die verschillen en onduidelijkheden ietwat te neutraliseren, zal ik voornamelijk werken met de totaalcijfers (laatste kolom), hoewel die ook een vertekend beeld geven omdat niet elk jaar alle cijfers beschikbaar zijn om de totaalsom te maken. Zelfs als alle cijfers beschikbaar zijn, is dat nog geen garantie dat ze correct zijn. Dat wordt duidelijk als we ze combineren met tabel 9, waarvan de cijfers nochtans uit dezelfde bron komen. Volgens tabel 4 worden in 1956 32 patiënten uit het gesticht ontslagen. Op basis van tabel 9 zouden we kunnen berekenen dat het er eigenlijk 38 zouden moeten zijn. Aan het begin van het jaar zijn er 766 patiënten, op het einde 764 patiënten. Wetende dat er 88 opnames zijn en 52 overlijdens, geeft dat: $766 + 88 - 52 = 802$. Om vervolgens op het einde van het jaar in totaal 764 patiënten over te houden, zouden er 38 ontslagen moeten worden ($802 - 764$) en geen 32. Welke cijfers zijn correct? Waar zit de fout? Dat valt onmogelijk te achterhalen, het duidt er vooral op dat we de cijfers misschien eerder als indicator moeten zien en niet zozeer letterlijk moeten gebruiken. Eenzelfde probleem stelt zich namelijk meer dan een keer. Volgens tabel 4 zijn er in 1962 76 ontslagen in totaal. Volgens tabel 9 zijn er in het begin van dat jaar 766 patiënten, op het einde 743. Er zijn 73 opnames en 56 sterfgevallen, dus $766 + 73 - 56 = 783$. Als er op het einde van het jaar 743 patiënten overblijven, moeten daar volgens tabel 4 dus nog 40 van ontslagen worden ($783 - 743$) en geen 73.

⁴³³ Brief aan inspecteur-generaal broeder Augustinus, BVL 31.

Jaar	Niet-krankzinnig opgenomen	Hersteld ontslagen	Niet-hersteld ontslagen	Overgeplaatst	Totaal ontslagen
1952	1	53	9	3	66
1953	1	32	10	13	56
1954	2	38	11	5	56
1955	-	45	-	-	45
1956	0	26	3	3	32
1957	0	38	7	4	49
1958	4	27	17	8	56
1959	1	46	5	3	55
1960	1	49	6	8	64
1961	1	52	10	0	63
1962	1	69	1	5	76
1963	0	44	2	4	50
1964	0	31	45 (op proef)	6	82
1965	0	52 (op proef)	4	4	60
1966	3	3	49 (op proef)	3	58
1967	-	-	-	14	14
1968	-	73	-	3	76
1969	-	107	-	1	108
1970	-	158	-	2	160
1971	-	176	-	2	178
1972	-	156	-	1	157
1973	-	199	-	33	232
1974	-	184	-	0	184
1975	-	-	-	-	380
1976	-	295	-	96 (binnen gesticht zelf)	391
1977	-	194	-	53	247

Tabel 4. Ontslagcijfers in het Guislaingesticht in de periode 1952-1977, opgesplitst in patiënten die als niet-krankzinnig opgenomen zijn en daarom ontslagen worden, (niet-)herstelde ontslagen en overplaatsingen. Bron: jaarverslagen 1952 tot 1966, BVL 18; jaarverslagen 1967 tot 1974, BVL 19; jaarverslagen 1975 tot 1977, BVL 20.

Al die bedenkingen in het achterhoofd houdende, kunnen toch enkele uitspraken gedaan worden op basis van de cijfers in tabel 4. Doorheen de jaren 50 zijn er wat fluctuaties in het aantal patiënten dat als hersteld ontslagen wordt, maar over het algemeen blijft dat steeds rond hetzelfde, nogal lage niveau hangen. Ook begin jaren 60 is er geen grote stijging van het aantal ontslagen. Het gebruik van psychofarmaca komt hier dus niet naar voren als een breukmoment. Op korte termijn zorgen psychofarmaca in het Guislaingesticht alvast niet voor een revolutie op het vlak van herstelde ontslagen. Dat hoeft niet te verrassen, want uit het vorige hoofdstuk weten we dat psychofarmaca de eerste paar jaren niet heel veel gebruikt worden en dat ze bovendien eerst als aanvullend, verdovend middel gezien worden. Shockbehandelingen blijft men in eerste instantie verder zetten, maar die zijn niet erg succesvol, waardoor maar weinig patiënten herstellen en ontslagen kunnen worden. Ook het totale aantal ontslagen ondervindt om diezelfde reden in de tweede helft van de jaren 50 geen grote invloed van de intrede van psychofarmaca tegenover voorgaande jaren. Dat is toch wel een opvallende vaststelling, die tegen de verwachtingen ingaat die geschapen worden door nogal wat literatuur (cfr. deel een).

Alhoewel psychofarmaca eind jaren 50 al breed gebruikt worden, neemt het aantal ontslagen ook dan niet spectaculair toe. Psychofarmaca blijven voorlopig namelijk vooral sedativa. We zouden dan kunnen denken dat begin jaren 60, wanneer de medicatie zoals gezegd steeds meer de therapeutische rol overneemt van vroegere behandelingen, meer patiënten ontslagen worden, maar blijkbaar zorgt het gebruik van psychofarmaca als kuur op zich ook niet tot een revolutionaire ontslaggolf (dat bleek ook uit de bespreking van tabel 2 en 3 in het vorige hoofdstuk). Dat duidt waarschijnlijk op een thema dat ook in deel een aan bod kwam, namelijk dat psychofarmaca enkel symptomen bestrijden. Ze kunnen een patiënt wel kalmeren en de indruk geven dat hij genezen is, maar daarmee zijn nog lang niet alle problemen opgelost. Het blijft om allerlei redenen moeilijk om een patiënt los te laten en op eigen benen te laten staan buiten het gesticht (cfr. 2.5 in het tweede hoofdstuk in deel een).

Eind jaren 60 en zeker begin jaren 70 stijgt het aantal patiënten dat als hersteld ontslagen wordt wel. In 1953, vlak voor psychofarmaca hun intrede doen, worden 56 patiënten ontslagen. In 1960, wanneer psychofarmaca al redelijk veel gebruikt worden, zijn er 64 ontslagen. In 1970 zijn er 160 ontslagen en in 1975 al 380 ontslagen. Het aantal ontslagen stijgt dus op langere termijn. Tussen 1953 en 1975 is het zelfs bijna een verzevenvoudiging.

Psychofarmaca op zich leiden met ander woorden niet tot massale ontslagen, maar wanneer de nieuwe, resocialiserende therapieën eraan gekoppeld worden, heeft dat blijkbaar wel een weerslag op het aantal patiënten dat ontslagen wordt. In het vorige hoofdstuk kwam aan bod dat die therapieën eind jaren 60 al opkomen, maar zich pas goed doorzetten vanaf de jaren 70. Al die ontwikkelingen in de behandeling en zorg van de geesteszieken, kunnen dus duidelijk in verband gebracht worden met toenemende ontslagcijfers (het is dan ook niet toevallig dat in die jaren de de-institutionalisering van de psychiatrie zich sterk doorzet, cfr. infra). Het is dan natuurlijk maar de vraag in welke richting de causaliteit in dat proces verloopt. Ontstaan er meer socialiserende therapieën omdat er meer patiënten ontslagen worden, of worden er meer patiënten ontslagen omdat er meer socialiserende therapieën zijn? Aangezien psychofarmaca an sich in de jaren 50 en 60 niet tot een aanzienlijke toename van ontslagcijfers leiden, lijkt de tweede optie het meest voor de hand liggend, maar we mogen niet uit het oog verliezen dat het net door de resultaten van psychofarmaca is dat het re-integratievraagstuk ontstaat. Het lijkt dus vooral een versterkende wisselwerking tussen psychofarmaca en socialiserende therapieën te zijn, zoals het einde van volgend bronfragment doet vermoeden: “De kleine comprimés die “de krankzinnigheid genezen” zoals sommigen zeggen, verwekten een euphorische (sic) golf in de psychiatrische middens. Indien de neuroplegica een beter contact toelaten met de zieken, is dit contact des te dieper in de mate dat het voorzien, georganiseerd en geleid wordt. De arbeid op de werkplaats, in groepsverband, de inschakeling in de activiteitscentra van de psychiatrische inrichtingen maken de uitwerksels van deze scheikundige stoffen efficiënter, zij die aanvankelijk de aanstoot gaven.”⁴³⁴

2.2 (Her)opname

Bij opname, worden persoonlijke bezittingen in bewaring gehouden voor de duur van het verblijf.⁴³⁵ Patiënten worden daarna gewassen en van standaardkledij voorzien.⁴³⁶ Vervolgens passeren ze allen langs de observatieafdeling, waarna ze ofwel ontslagen worden

⁴³⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 199, oktober 1957.

⁴³⁵ Voor redenen en manieren van opname alsook het wettelijke kader, zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 125-144.

⁴³⁶ De standaardpraktijk in die tijd. Door patiënten in bad te steken, komen ze hygiënisch het gesticht binnen, maar het is ook een kans om het naakte lichaam van de patiënten te “lezen” in functie van de diagnosestelling.

Jaar	Opnames
1952	102
1953	102
1954	116
1955	119
1956	88
1957	88
1958	92
1959	109
1960	127
1961	116
1962	73
1963	80
1964	99
1965	86
1966	92
1967	69
1968	102
1969	137
1970	188
1971	195
1972	233
1973	264
1974	206
1975	301
1976	324
1977	280

Tabel 5. Het aantal opnames in het Guislaingesticht, 1952-1977. Bron: jaarverslagen 1952 tot 1966, BVL 18; jaarverslagen 1967 tot 1974, BVL 19; jaarverslagen 1975 tot 1977, BVL 20.

ofwel verder doorverwezen worden naar een specifieke afdeling. Dat is echter niet helemaal hoe men het zou willen. Op de vraag of alle nieuwe patiënten, zowel rustigen als onrustigen, naar eenzelfde observatiezaal gebracht worden, antwoordt men in het jaarverslag van 1953:

De patiënt zelf zal het eerder ervaren als een agressieve schending van de lichamelijke integriteit of zelfs een vorm van geweld, waarschijnlijk meestal bovenop een schaamtegevoel. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 144-8.

“Ja, jammer genoeg wel. Verbetering kan zeker!” In 1954 wordt de observatieafdeling daarom ingedeeld in een zaal voor rustigen en een zaal voor onrustigen, maar in 1956 heeft men er wel alweer te weinig plaats door het gebrek aan een dagzaal.⁴³⁷

Uit tabel 5 zou men kunnen afleiden dat het aantal patiënten in het gesticht vanaf de jaren 70 sterk toeneemt. Er zijn dan immers meer opnames dan voorheen (alhoewel er soms ook grote verschillen zijn tussen voorgaande jaren, bijvoorbeeld 116 in 1954 en 69 in 1967). Uit tabel 4 weten we echter dat er vanaf dat moment ook veel meer patiënten ontslagen worden. Het verband tussen die twee tendensen ligt in het feit dat de patiëntenpopulatie minder uit nieuwe patiënten bestaat tegenover meer heropgenomen patiënten, die voor een korte periode terugkeren naar het gesticht en dan weer snel ontslagen kunnen worden. “De psychiatrische revolutie tengevolge van het aanwenden van de neuroleptika (sic) brengt niet slechts een aanzienlijke vermeerdering van het aantal ontslagingen mee, maar ook van het aantal wederopnamen.”⁴³⁸

Op 13 november 1977 stuurt Louis Van Hove een brief aan de Provinciaal Overste. Louis is op dat moment 47 jaar oud en wil graag intreden bij de Broeders van Liefde. Hij schrijft dat het zijn levenslange wens is, maar dat hij op veertienjarige leeftijd als enige man het huishouden moest rechthouden door te gaan werken en er dus geen mogelijkheid was op een religieus leven. Sindsdien heeft hij al heel zijn leven grote persoonlijke problemen gekend. Op het moment van de brief verblijft hij in het Guislaingesticht, maar “het is niet de eerste keer dat ik hier verblijf, spijtig genoeg ben ik er zelfs de tel bij kwijtgeraakt”. Na al zijn tegenslagen, wil Louis nu graag werken bij gehandicapten, zodat hij zijn leven zinvol kan invullen als hulp voor wie nog ongelukkiger is dan hij. Op 17 november krijgt hij echter nul op het rekest. Via een brief wordt hem meegedeeld dat hij niet aangenomen kan worden als broeder, maar “ook als goede leek in de wereld en in het Guislaininstituut kunt U zich verdienstelijk maken en een schoon en diep christelijk leven leiden”.⁴³⁹

De brief van Louis is een voorbeeld van het feit dat er patiënten zijn die meerdere keren in hun leven opgenomen moeten worden. Ondanks de nadruk op sociale integratie in de jaren 70 en het feit dat de patiënt verlost van symptomen bijvoorbeeld zijn werk terug kan

⁴³⁷ Jaarverslagen 1952 tot 1954 en 1956, BVL 18.

⁴³⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 12, oktober 1971.

⁴³⁹ Briefwisseling, BVL 17.

opnemen, blijft dagelijkse medicatie nodig.⁴⁴⁰ Heel wat ontslagen patiënten leggen echter te weinig de link tussen medicament en herstel. Vaak verwatert ook het contact met de dokter. Patiënten denken dat ze niet meer ziek zijn. Wanneer ze zich beter voelen, nemen ze het middel niet meer. “Maar dan hervalt hij en wordt de hospitalisatie weer nodig. Bij zekere zieken gebeurt er zulk een cyclische evolutie dat het aantal opnamen en ontslagingen talrijker wordt in de loop van de jaren door het uitwissel van de behandelingen.”⁴⁴¹ Het is dan ook logisch dat extramurale zorg toeneemt op hetzelfde moment dat er veel ontslagen en heropnames zijn, omdat men dan patiënten bijvoorbeeld via consultaties kan opvolgen en begeleiden buiten het gesticht, ter preventie van een terugval.⁴⁴² In de jaren 70 nemen daarom ambulante vormen van zorg “in de psychiatrische praktijk van langs om meer een ruime plaats in en dat werd mogelijk door de recente psychofarmakologische (sic) vooruitgang”.⁴⁴³ Die nieuwe psychiatrische vormen van dienstverlening zijn met andere woorden het resultaat van het verband tussen enerzijds meer ontslagen en heropnames en anderzijds psychofarmaca en de socialiserende therapieën (cfr. het vorige hoofdstuk).

De opname in het gesticht evolueert onder invloed van al die veranderingen daarbovenop van een chronisch naar een kort verblijf.⁴⁴⁴ Dat valt af te leiden uit het aantal verpleegdagen per jaar. Uit tabel 6 blijkt dat die in de jaren 70 afnemen en in de jaren 80 blijven dalen.⁴⁴⁵

⁴⁴⁰ In het *Hôpital Brugmann* wordt een derde van de patiënten minstens vijf maal opgenomen in de jaren 70. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 95-6.

⁴⁴¹ *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 5, jaargang 13, augustus 1972.

⁴⁴² Majerus, *Parmi les fous*, pp. 97-8.

⁴⁴³ *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 5, jaargang 13, augustus 1972.

⁴⁴⁴ In het *Hôpital Brugmann* schrijft het reglement vanaf 1932 voor dat een verblijf niet langer mag duren dan zestig dagen, wat voor Europa een uitzonderlijk laag getal is in die periode. Reeds voor de komst van psychofarmaca en andere ontwikkelingen, verblijft slechts een minderheid van de patiënten langer dan twee maanden in dat gesticht. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 92-3.

⁴⁴⁵ Er zijn geen dergelijke cijfers beschikbaar om na te gaan of de verpleegduur onder invloed van psychofarmaca ook al vroeger daalt. Op 13 maart 1961 wordt er wel een brief gestuurd naar het Ministerie van Volksgezondheid waaruit we kunnen afleiden dat ook voor de jaren 70 en 80 de verblijfsduur in het gesticht al begint af te nemen. De brief is een vraag om meer geld en middelen te krijgen wegens de verhoging van de dagelijkse onderhoudsprijs. In het gesticht kampt men namelijk met plaatsgebrek, “niettegenstaande de verplegingsduur verkort en wellicht nog verkort kan worden”. Zie: brief, BVL 31. In het psychiatrisch ziekenhuis *Endegeest* worden in 1963 317 patiënten opgenomen, waarvan er datzelfde jaar nog 208 naar huis mogen. De opnameduur verkort er dus ook al begin jaren 60, wat daar ook het zogenaamde draaideureffect met zich meebrengt (cfr. deel een). Zie: Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, passim. Ook in *Voorburg* daalt de opnameduur in die periode, gepaard met frequente heropnames. De meeste opnames duren korter dan een half jaar en slechts enkelen duren nog langer dan twee jaar. Men legt de oorzaak ook daar in een combinatie

Alhoewel er in de jaren 70 veel meer opnames zijn dan vroeger (zie tabel 5), daalt het totale aantal dagen dat alle patiënten samen in het gesticht verblijven. Dat kan enkel verklaard worden door het feit dat de gemiddelde opnameduur per patiënt afneemt. “Een langdurige internering in psychiatrische diensten gebeurt al minder en minder, het is zelden dat de hospitalisatie langer dan een maand duurt; dankzij de nieuwe behandelingsmethoden en de verbetering van de postkuur- en readaptatiediensten.”⁴⁴⁶ Zoals in tabel 7 te zien is, blijft het aantal verpleegdagen ook recenter nog dalen.

Jaar	Onderhoudsdagen
1961	272 772
1969	245 700
1970	226 261
1971	-
1972	-
1973	225 123
1974	221 333
1975	215 596
1976	210 474
1977	211 387
1978	210 171
1979	207 683
1980	206 048
1981	203 965
1982	193 978
1983	191 314
1984	191 737
1985	188 715
1986	186 009
1987	181 730
1988	180 978

Tabel 6. Het totale aantal verpleegdagen in het Guislaingesticht, 1961 en 1969-1988. Bron: documentatie dokter Van Acker, BVL 13; jaarverslag 1970, BVL 19; jaarverslag 1988, BVL 21.

van psychofarmaca en poliklinieken. Zie: Peeters en de Vos, “Een historische analyse van een provinciaal psychiatrisch centrum,” pp. 158-173.

⁴⁴⁶ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

Jaar	Verpleegdagen ziekenhuis	Verpleegdagen PVT	Verpleegdagen totaal
2002	95 908	57 990	153 898
2003	96 730	56 824	153 554
2004	96 421	56 221	152 642
2005	97 165	52 848	150 013
2006	99 792	47 985	147 777
2007	100 429	47 658	148 087
2008	101 403	45 766	147 169
2009	98 795	42 735	141 350
2010	98 383	40 396	138 779

Tabel 7. Een overzicht van het aantal verpleegdagen in het P.C. Dr. Guislain, opgesplitst in het ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis, 2002-2010. Bron: jaarverslagen 2007, 2009 en 2010, BVL 11.

Een andere verandering in het verblijf van heel wat patiënten, is zoals gezegd dat vanaf eind jaren 60 ze sowieso al veel meer in contact gebracht worden met de buitenwereld via socialiserende therapieën, bijvoorbeeld door op proefverlof te mogen of in het weekend eens bij hun familie te logeren.⁴⁴⁷ Dat zal ook bijdragen aan de dalende verpleegdagen.

Het is daarnaast ook zo dat, sinds de intrede van psychofarmaca, veel patiënten, die vroeger met hun diagnose in het gesticht opgenomen zouden zijn, buiten het gesticht behandeld kunnen worden en helemaal nooit opgenomen moeten worden. “Voortaan is de hospitalisatie van de geestesziekten geen volstrekte noodzakelijkheid meer: dankzij de moderne farmakologie (sic), kunnen meer en meer patiënten ambulante of tijdelijk in dag- of nachtklinieken verzorgd worden. De ambulante behandeling van de geestesziekten komt al meer en meer voor.”⁴⁴⁸ Op nog langere termijn betekent dat alles trouwens dat het publiek van de psychiatrische instelling verandert. In 1985 is een op de drie patiënten in het Guislainziekenhuis een mentaal gehandicapte volwassene. Ze hebben uiteraard een achterstand, maar zijn in wezen niet psychisch ziek te noemen. Toch zal het ziekenhuis hoogstwaarschijnlijk hun definitieve woon- en werksituatie zijn.⁴⁴⁹

⁴⁴⁷ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 162 en 166.

⁴⁴⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

⁴⁴⁹ Infoblad Guislain, jaargang 1, nummer 1, p. 17, 1985, BVL 11.

Ook in latere jaren blijft de psychiatrie trouwens gekenmerkt worden door een groot aantal heropnames. In 1988 bijvoorbeeld zijn er in totaal 254 opnames, waarvan 96 eerste opnames (37,8%) en 158 heropnames (62,2%). Er zijn meer opnames dan het vorige jaar en “de stijging (...) is uitsluitend te wijten aan de toename van heropnames”.⁴⁵⁰ In 1993 zijn er 119 eerste opnames (34,8%) en 223 heropnames (65,2%).⁴⁵¹ In 1994 zijn er 103 eerste opnames (32,7%) en 212 heropnames (67,3%).⁴⁵²

2.3 Patiëntenaantallen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal patiënten in het Guislaingesticht in de jaren voorafgaand aan mijn onderzoek. Daaruit blijkt dat de patiëntenpopulatie verdubbelt op iets minder dan een eeuw tijd. Bij de aanvang van de onderzochte periode, zijn er in het Guislaingesticht 720 patiënten aanwezig.

Jaar	1860	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950
Aantal patiënten	364	478	492	500	520	550	550	720	717	720

Tabel 8. Het aantal patiënten in het Guislaingesticht, 1860-1950. Bron: Stockman, “Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut,” p. 74.

Interessanter voor dit onderzoek is tabel 9, met cijfers uit het derde kwart van de 20e eeuw.⁴⁵³ Aangezien de totale aantallen grotendeels de slotsom zijn van opnames en ontslagen, is het logisch dat al die cijfers op hetzelfde moment bepaalde tendensen vertonen.

⁴⁵⁰ Jaarverslag 1988, BVL 21.

⁴⁵¹ Jaarverslag 1993, BVL 22.

⁴⁵² Jaarverslag 1994, BVL 23.

⁴⁵³ Wie deze tabel uitgebreid bekijkt, zal merken dat de cijfers niet altijd juist lijken te zijn. Op het einde van 1954 zijn er bijvoorbeeld 763 patiënten, in het begin van 1955 zijn het er 741. Dat is nogal een groot verschil op een dag tijd. Nochtans zijn dat de cijfers zoals die in de jaarverslagen aan bod komen. Is men soms slordig om cijfers in te vullen? Of heeft men niet altijd even goed zicht op hoeveel patiënten er in het gesticht verblijven? Betreft het misschien een rekenfout? Bovendien komen de aantallen die in het jaarverslag genoteerd worden, ook hier niet altijd overeen met cijfers die soms op een bijgevoegd document staan, maar om de continuïteit en coherentie in de tabel te bewaren, heb ik die opgemaakt op basis van een bron, waarin de cijfers in principe van dezelfde kwaliteit zouden moeten zijn. Daarnaast valt het, in het verlengde van de opmerking over dergelijk extra los document met “Beernem?” op geschreven (cfr. supra), niet uit te sluiten dat die bladen soms nog van dubieuze oorsprong zijn. Gans deze opmerking geldt trouwens in het algemeen: ook de cijfers in andere tabellen die aan bod komen, vertonen zoals gezegd soms inconsistenties, zowel in een bron als tussen verschillende bronnen.

Jaar	Begin	Opgenomen	Ontslagen	Overleden	Einde
1952	774	102	66	58	752
1953	752	102	56	54	744
1954	744	116	56	41	763
1955	741	119	45	49	766
1956	766	88	32	52	764
1957	764	88	49	54	749
1958	749	92	56	48	737
1959	737	109	55	37	754
1960	754	127	64	63	754
1961	754	116	63	41	766
1962	766	73	76	56	743
1963	743	80	50	39	735
1964	735	99	82	41	731
1965	722	86	60	40	704
1966	700	92	58	37	701
1967	700	69	14	26	680
1968	680	102	76	34	672
1969	672	137	108	48	651
1970	651	188	160	23	656
1971	656	195	178	39	634
1972	634	233	157	37	629
1973	629	264	232	52	607
1974	608	206	184	36	594
1975	-	301	380	37	-
1976	578	324	391	38	573
1977	573	280	247	27	579
1982	536	-	-	-	-
1985	520	-	-	-	-

Tabel 9. Een overzicht van de patiëntenaantallen bij het begin en op het einde van het jaar, 1952-1977, samen met het aantal overleden, ontslagen (cijfers uit tabel 4) en opgenomen patiënten. Bron: jaarverslagen 1952 tot 1966, BVL 18; jaarverslagen 1967 tot 1974, BVL 19; jaarverslagen 1975 tot 1977, BVL 20; onthaalbrochure voor nieuwe personeelsleden, 1985, BVL 12.

Het aantal patiënten tussen 1952 en 1977 daalt van 774 tot 573, terwijl uit tabel 8 blijkt dat de aantallen tot 1950 steeds stijgen. Het grootste deel van de daling begint echter pas in de loop van de jaren 60, waarna die beweging zich sterker doorzet in de jaren erna. De redenen daarvoor (psychofarmaca, socialisering, ambulante zorg met als gevolg heropnames en veel snelle ontslagen ...) zijn ondertussen uitgebreid aan bod gekomen in het vorige hoofdstuk en op de pagina's hierboven. Ook de volgende tabel toont aan dat het aantal patiënten in het Guislaingesticht in de onderzochte periode een neerwaartse beweging vertoont.

Datum	Patiënten
29 september 1953	742
27 en 29 oktober 1954	750
22 en 23 november 1955	767
24 mei 1955	750
14 september 1956	760
17 tot 19 december 1956	756
30 en 31 juli 1957	747
20 en 22 november 1957	751
9 tot 12 november 1958	742
20 tot 22 april 1959	739
8 tot 10 maart 1960	742
6 tot 8 december 1960	757
28 februari en 1 tot 3 maart 1961	754
6 tot 8 december 1961	760
16 tot 18 april 1962	757
8 tot 10 december 1962	749
20 tot 23 maart 1963	740
27 tot 29 november 1963	734
26 tot 28 februari 1966	705
16 en 17 januari 1966	715

Tabel 10. Patiëntenaantallen in het Guislaingesticht op een bepaalde datum, 1953-1963 en 1966. Bron: inspectieverslagen, 1953 tot 1963 en 1966, BVL 31.

3 Psychofarmaca en het dagelijkse leven van de patiënt

3.1 Lichamelijke bijwerkingen

Zoals al meerdere malen is besproken, gaan er (zoals bij elke vorm van medicatie) vaak fysieke ongemakken met psychofarmaca gepaard. Daarvan zijn in dit werk al vele voorbeelden aan bod gekomen. Het gebruik van een psychofarmacon leidt (afhankelijk van patiënt, dosering, medicatiesoort ...) soms tot allergische reacties, slaperigheid, apathie, hartkloppingen, een droge mond, oprispingen, verhoogde bloeddruk ...⁴⁵⁴ Psychofarmaca kunnen ook zwaarlijvigheid in de hand werken (cfr. infra). In *Psychiatrie en Verpleging* valt wel te lezen dat dergelijke “kleine stoornissen” belet kunnen worden door andere “correctieve medicamenten” te geven, denk maar aan Longifene (cfr. supra).⁴⁵⁵ Men lijkt dus van mening te zijn dat lichamelijke bijwerkingen geen reden zijn om psychofarmaca te verlaten, omdat de neveneffecten niet opwegen tegen de psychische voordelen. Verderop komt aan bod dat die ongewenste effecten wel goed in de gaten gehouden moeten worden, met andere woorden dat men constant bezig is met de afweging tussen voor- en nadelen.

3.2 Gedrag en emoties

Psychofarmaca kunnen psychisch uiteraard voordelig zijn. Patiënten kalmeren, hun emotionaliteit normaliseert, agitatie vermindert, waanbeelden worden onderdrukt ... Zo worden ze handelbare gestichtpatiënten.⁴⁵⁶ Door hun minder storend gedrag, kunnen voorheen agressieve patiënten deelnemen aan therapieën in plaats van in een isoleercel te zitten. Andere patiënten worden uit hun psychose of paranoia gehaald. In het vorige hoofdstuk kwam aan bod dat na verloop van tijd de socialisering van de patiënt centraal komt te staan, met andere woorden de patiënt begeleiden naar conventioneel gedrag en het maatschappelijk aanvaardbaar uiten van emoties, met het oog op een terugkeer naar de maatschappij.

⁴⁵⁴ *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 206, december 1958.

⁴⁵⁵ *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 199, oktober 1957.

⁴⁵⁶ *Psychiatrie en Verpleging*, nummer 2, jaargang 1, februari 1960. Merk op dat men in 1960 nog expliciet over “gestichtpatiënt” spreekt, wat erop wijst dat psychofarmaca op dat moment vooral nog aanvullende middelen zijn, waardoor ze nog niet tot veel ontslagen leiden en het socialiseringsprobleem nog minder sterk is.

Volgende fragmenten maken duidelijk dat men van bovenaf bekeken voor de patiënt vooral voordelen ziet in het gebruik van psychofarmaca tegenover vroegere behandelingen: “Schizofrenen die sinds jaren (...) buiten de werkelijkheid leefden, in zichzelf getrokken met niemand in contact kwamen; andere die wezenloos voor zich uit staarden of die om hun discordantie en impulsiviteit moeten afgezonderd worden, zien we onder invloed van de neuroleptica als geheel nieuwe mensen worden.”⁴⁵⁷ “Een dertig jaar geleden, waren de enige medikamenten (sic) waarover men beschikte om de geestesziekten te trachten te behandelen de sedativa, zoals morfine, bromuren, chloraalhydraat en paraldehyde. De meeste tijd suften of sliepen de patiënten, maar hun toestand verbeterde praktisch niet, toen ze wakker werden. Vandaag de dag kunnen de moderne psychotropische medikamenten (sic) de symptomen verminderen zonder de zieke te doen slapen, en laten hem feitelijk toe, in veel gevallen althans, opnieuw een normaal leven te leiden.”⁴⁵⁸

Het is nochtans niet enkel rozengeur en maneschijn voor de patiënt als het op psychofarmaca aankomt. De medicatie mag dan wel rust brengen, dat betekent niet dat alle agressie verdwenen is uit de psychiatrie. Dat blijkt uit enkele bewaarde verzekeringsformulieren waarin arbeidsongevallen worden aangegeven. Op zaterdag 31 december 1976 bijvoorbeeld krijgt hulpverpleger Kamiel Verstuyft op de afdeling voor onrustigen rond 13u een stoot van een patiënt waarna hij op zijn rug valt. Op dinsdag 8 november 1977 krijgt hulpverpleegkundige Remie De Bruyne om 14u op de ziekenafdeling slagen in het gezicht en stampen in de liesstreek bij een ontsnappingspoging van een agressieve patiënt.⁴⁵⁹ We mogen de optimistische berichtgeving dus zeker niet veralgemenen naar alle patiënten, al was het trouwens maar omdat niet elke patiënt psychofarmaca krijgt en niet elke met psychofarmaca behandelde patiënt vatbaar is voor de medicatie (cfr. supra).

Het is ook niet zo dat elke patiënt nu tevreden en rustig in het gesticht zijn genezing afwacht. Er zijn soms patiënten die het gesticht willen ontvluchten. Af en toe verdwijnt een patiënt, maar meestal wordt die na een paar dagen teruggevonden. In de bronnen wordt verteld dat ze vaak op café gaan om zich te bezatten, waarna ze in het ziekenhuis belanden om hun roes

⁴⁵⁷ Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

⁴⁵⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

⁴⁵⁹ Aangiften arbeidsongeval, BVL 14.

uit te slapen. Soms loopt een ontsnapping wel minder onschuldig af. Valeer Meeuws bijvoorbeeld is een patiënt die verblijft op de gesloten afdeling, maar begin november 1970 neemt hij de vrije voeten. Op een of andere manier verzeilt hij op de steenweg tussen Maldegem en Knokke, waar hij blindelings de straat oversteekt. Een tegenligger moet hem ontwijken, waarna die auto tegen een boom rijdt.⁴⁶⁰

Er zijn dus ook in het psychofarmacologische tijdperk patiënten die zich tegen het gesticht, tegen hun opname, tegen de autoriteit van de psychiater, tegen hun ziekte-etiket ... blijven verzetten.⁴⁶¹ Jammer genoeg kunnen psychofarmaca ook in een drastische mogelijkheid daartoe gebruikt worden. Af en toe onderneemt een patiënt een zelfmoord(poging), al dan niet door een overdosis medicatie in te nemen.⁴⁶² Patiënten eigenen zich met andere woorden ook de mogelijk negatieve effecten van de nieuwe middelen toe. Ik bespreek enkele zelfmoorden in het hoofdstuk over het personeel, omdat het vooral veel vertelt over de manier waarop hun omgang met psychofarmaca verandert door dergelijke incidenten.

Een andere manier van verzet, is simpelweg weigeren om de pillen in te nemen. Zeker in het begin smaakt een psychofarmakon soms slecht, het is dus niet te verwonderen dat sommigen er zich vanonder proberen te muizen of hun medicatie verstoppen. Het kan natuurlijk ook zijn uit angst voor de (bij)werking van de medicatie of uit onvrede met de voorgeschreven behandeling.⁴⁶³ Zoals in het tweede hoofdstuk van het eerste deel aan bod kwam, is de relatie tussen psychiater en patiënt cruciaal in dat proces. Verderop komt aan bod dat het personeel allerlei procedures en technieken gebruikt om het (niet) innemen van medicatie in de gaten te houden.

De zakken en bedden van de patiënten worden regelmatig nagezien op het verboden bezit van lucifers.⁴⁶⁴ Ook patiënten die van een vrije buitenwandeling terugkomen, worden gecontroleerd.⁴⁶⁵ In 1955 zijn er nochtans “patiënten die er hebben”.⁴⁶⁶ De controle lijkt niet overal even nauw te gebeuren, alhoewel lucifers in principe strikt verboden zijn: “Volgens de

⁴⁶⁰ Aangiften van ongevallen, BVL 31.

⁴⁶¹ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 243-250; Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling,” p. 47.

⁴⁶² Voor een ander voorbeeld van zelfmoord(poging), zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 15.

⁴⁶³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 13, augustus 1972.

⁴⁶⁴ Jaarverslagen 1952 en 1953, BVL 18.

⁴⁶⁵ Jaarverslag 1957, BVL 18.

⁴⁶⁶ Jaarverslag 1955, BVL 18.

opgave van de broeders zijn de steksken verboden, of het in werkelijkheid wel zo is?”⁴⁶⁷ Ook in 1957, 1958 en 1959 hebben sommige patiënten lucifers, bijvoorbeeld omdat ze er krijgen van bezoekers.⁴⁶⁸ In 1960 en 1961 wordt nogmaals expliciet gewezen op het verboden bezit, maar vanaf 1962 zijn ze onder controle toegelaten, wat nogmaals verduidelijkt wordt in 1964.⁴⁶⁹ In 1965 blijven ze wel verboden op de onrustige afdelingen.⁴⁷⁰ In 1966 vindt men het verbod “minder noodzakelijk”.⁴⁷¹ Het is opvallend dat er lange tijd een verschil is tussen de praktijk en de richtlijnen wat betreft (de controle op) het bezit van lucifers. Waarschijnlijk is dat afhankelijk van op welke slaapzaal een patiënt verblijft (Hoe streng is de broederverpleger? Is het een risicovolle zaal?) en hoe de patiënt zich gedraagt. Een rustige patiënt zal waarschijnlijk lossier behandeld worden dan een agressieve of suïcidale patiënt. In de eerste helft van de jaren 60 is er wel ook officieel een verandering. Het verbod wordt opgeheven en quasi alle patiënten mogen lucifers gecontroleerd bezitten, niet enkel meer degenen die door de broeders vertrouwd worden. Is hier een verband met de veranderende behandelingsvormen in die jaren? Zorgen psychofarmaca als kuur ervoor dat ook opstandige en gevaarlijke patiënten tot rust komen, zodat zij op een verantwoorde manier lucifers kunnen bezitten en een verbod ook voor hen overbodig wordt? Of merkt men dat het verbod onhoudbaar is en men dan maar beter zelf het bezit kan reguleren?

3.3 Hygiëne

Over de hygiëne zijn nooit echt klachten te horen. Er is een wekelijks bad en patiënten worden tweemaal per week geschoren, vanaf 1960 met elektrische scheerapparaten trouwens. Blijkbaar wordt daar “van overheidswege fel op gedrukt”.⁴⁷² In 1957 zitten de sproeiers in de douchezaal wel dikwijls verstopt en in 1960 levert de centrale badzaal niet genoeg warm water. Er wordt in 1952 expliciet vermeld dat elke patiënt een eigen handdoek heeft. In 1956 hebben sommigen daarnaast ook een eigen washandje. Wekelijks wordt het ondergoed verschoond, “zo nodig, zelfs meer”⁴⁷³, beddenlakens een keer per maand (vanaf

⁴⁶⁷ Jaarverslag 1956, BVL 18.

⁴⁶⁸ Jaarverslagen 1957 tot 1959, BVL 18.

⁴⁶⁹ Jaarverslagen 1960 tot 1962 en 1964, BVL 18.

⁴⁷⁰ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁴⁷¹ Jaarverslag 1966, BVL 18.

⁴⁷² Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁴⁷³ Jaarverslag 1955, BVL 18.

1959 om de twee weken). In 1965 “moet alle vuil linnen vervangen, ongeacht de duur”. Patiënten die in bed verpleegd worden, krijgen wel telkens verse bovenlakens als het bezoekdag is. Toch is het soms onvermijdelijk dat sommige patiënten “niet vrij van ongedierte” blijven, zoals het jaarverslag van 1962 het verwoordt.⁴⁷⁴ Er is desalniettemin steeds aandacht voor de hygiëne van de patiënten en in de slaapzalen: “Meer en meer drukt de overste op algemene reinheid. Beter wat te veel uitgeven om alzo door netheid winst te maken.”⁴⁷⁵ Op het vlak van hygiëne lijkt het er dus niet op dat er door psychofarmaca grote veranderingen gebeuren, de lichaamsverzorging van de patiënten sluit simpelweg aan bij de bredere maatschappelijke normen uit die tijd. Zoals de bronnen aangeven, betekent dat uiteraard niet dat elke patiënt even proper door het leven gaat, maar dat ligt dan eerder aan het individu in kwestie dan aan de algemene hygiënische toestand in het gesticht.

3.4 Kledij

Het passen van de schoenen, kleren en sokken “laat soms te wensen over”.⁴⁷⁶ De aankleding van de patiënten kan met andere woorden beter gebeuren.⁴⁷⁷ Het hangt vaak wel af van het afdelingshoofd waar de patiënt onder valt. De ene let al meer op de toestand van de kleren (kwaliteit, deftig aanhebben, is alles proper) dan de andere.⁴⁷⁸ Het kan ook aan de patiënt zelf liggen natuurlijk: “Er zijn altijd speciale gevallen die niet netjes te houden zijn.”⁴⁷⁹ Op de afdelingen Sint-Vincentius en Sint-Paulus is de situatie in 1965 bijvoorbeeld het slechts, maar het “dient gezegd dat het gehalte van de zieken ook zeer laag is”.⁴⁸⁰

Het is wel mogelijk dat patiënten, die voorheen slordig en onhygiënisch door het leven gaan, zich als gevolg van alle behandelingsevoluties in de jaren 60 en 70 (psychofarmaca, therapie, socialisering) bewuster worden van zichzelf, hun omgeving en medepatiënten, waardoor ze meer aandacht schenken aan hun uiterlijk, lichaamshygiëne en algemeen voorkomen.

⁴⁷⁴ Jaarverslagen 1952, 1953, 1955 tot 1960, 1962 en 1964, BVL 18.

⁴⁷⁵ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁴⁷⁶ Jaarverslagen 1952 en 1965, BVL 18.

⁴⁷⁷ Jaarverslag 1958, BVL 18.

⁴⁷⁸ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁴⁷⁹ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁴⁸⁰ Jaarverslag 1965, BVL 18.

3.5 Voeding

Over het voedsel valt niet te klagen. Er is genoeg, het is verzorgd en er is meestal voldoende variatie. In 1962 vindt men wel dat er wat meer afwisseling mag zijn maar voor de rest is vrijwel elk jaarverslag positief over de kwaliteit.⁴⁸¹ Men heeft er dan ook veel moeite voor over om de patiënten deftige maaltijden te kunnen voorschotelen. In 1965 bijvoorbeeld komt er een grote diepvries voor vlees, want “gezien wij speciaal onze aandacht richten op de maaltijden der zieken hopen wij het onze mensen steeds beter te maken”.⁴⁸² De patiënten bedienen over het algemeen zichzelf, enkel “de sukkelaars bedienen zichzelf niet, ze worden geholpen”.⁴⁸³ Er moet wel steeds op gelet worden dat er geen eten verspild wordt. Vooral brood is daarbij een aandachtspunt, er wordt soms te licht mee omgesprongen. Afhankelijk van het seizoen is er elke dag of een paar keer in de week fruit beschikbaar. Men drinkt water of koffie, uitzonderlijk eens (tafel)bier, bijvoorbeeld op feestdagen. Het vlees wordt meestal op voorhand gesneden, zodat er zo weinig mogelijk messen aan tafel gebruikt moeten worden. In 1955 zijn er bijvoorbeeld slechts op vier van de tien afdelingen tafelmessen in gebruik. Ook in 1959 zijn ze enkel maar op de rustigste afdelingen toegelaten.⁴⁸⁴ Nadien wordt er nergens meer gesproken over het gebruik van messen, maar waarschijnlijk zal de houding ertegenover, net als bij de lucifers hierboven, wel veranderen in de loop der jaren. Als dat het geval zou zijn, dan kan vermoedelijk opnieuw de link gelegd worden met het veranderende karakter van patiënten als gevolg van de nieuwe behandelingen.

Tot slot, wat betreft voeding, van bijvoorbeeld Serpasil en Nozinan is geweten dat die middelen zwaarlijvigheid in de hand kunnen werken, omdat ze de eetlust opwekken en tegelijk de patiënt inactief kunnen maken. Het personeel moet er dus op toezien dat patiënten voldoende bewegen en niet te veel eten, sommigen krijgen zelfs een speciale “chemotherapeutische diëtiëk” voorgeschreven.⁴⁸⁵

⁴⁸¹ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁴⁸² Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁴⁸³ Jaarverslag 1955, BVL 18.

⁴⁸⁴ Jaarverslagen 1952 tot 1959, BVL 18.

⁴⁸⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 199, oktober 1957; nummer 5, jaargang 16, augustus 1975.

In ieder geval kunnen de verscheidene voorbeelden hierboven aantonen dat psychofarmaca misschien niet altijd een zeer grote en merkbare impact hebben, maar dat ze, samen met andere behandelingsveranderingen die ze teweegbrengen, wel op kleine, dagelijkse handelingen en gewoontes in het leven van de patiënt een haast onmerkbare invloed kunnen hebben. Dat geldt ook voor het recreatieve aanbod, waarin in de loop der jaren enkele verschuivingen plaatsvinden naar analogie met de veranderingen op andere gebieden.

3.6 Ontspanning

Ter ontspanning beschikken de patiënten over nieuws- en dagbladen zoals Het Volk, De Gentenaar, Het Nieuws van de Dag, Sportblad, La Libre Belgique ... Daarnaast zijn “de gewone Katholieke gazetten” verkrijgbaar.⁴⁸⁶ Er is een radio, biljarttafel, tafeltennis, dam-, kaart- en schaakspelen. Vanaf 1955 is er een ganzen- en paardenspel en knikkers, vanaf 1959 zijn er bakspelen en in 1962 is er een dominospel. Nu eens op donderdag, dan weer op zaterdag, kunnen er boeken uit de bibliotheek ontleend worden, maar er wordt zeer weinig gebruik van gemaakt. In de loop der jaren breidt de bibliotheek wel uit (1953: 568 boeken; 1954: 630 boeken; 1955: 672 boeken; 1956: 700 boeken; 1957: 740 boeken; 1963: bijna 1 000 boeken). Er is ook sport. Elke tweede en vierde zondag is er mogelijkheid tot voetbal (de dagen en tijdstippen variëren wel wat doorheen de jaren).⁴⁸⁷ In 1955 is er mogelijkheid tot handbal en volleybal. Een toneelclub is er dan weer niet, maar in 1953 en 1954 wordt er vier keer een voorstelling opgevoerd door “vreemden” en in 1955 spelen enkele patiënten een kerstspel. Regelmatig wordt er ook een bioscoopzaal ingericht waar een vertoning plaatsvindt. In 1954 zijn er dertien films te zien, in 1955 worden er al negentien films getoond, nadat men apparaten voor 16mm en 32mm aankoopt. Dat jaar zijn er nog andere activiteiten ook: goochelaar Joris komt langs, de vakjongens voeren vier keer toneel op en oud-leerlingen ook twee maal, er wordt een “Bonte Avond” georganiseerd door de juvenisten uit Zwijnaarde en er is ook een namiddag vol turnprestaties. In 1956 zijn er al 28 filmvertoningen en komt er een clown langs, net als de harmonie van Wondelgem. Er is

⁴⁸⁶ Jaarverslag 1958, BVL 18.

⁴⁸⁷ Een enkele keer is bij de jaarverslagen ook een overzicht van de vertoonde films te vinden, voorzien van commentaar door de broeders. De ene film is “zeer goed”, de andere “niet veel bijzonder” of net “spannend en bewogen”. Een film kan ook geschikt zijn voor “wereldse personen”, maar is “niets voor kloosterlingen”. Zie bijvoorbeeld: jaarverslag 1959, BVL 18.

opnieuw toneel door oud-leerlingen. In 1957 zijn er 21 filmvoorstellingen en voeren oud-leerlingen vijf keer toneel op. Er wordt wel minder gevoetbald en geturnd. In 1958 is er enkel nog voetbal op donderdagnamiddag, voor de rest worden geen andere sporten of turnen voorzien. Er is ondertussen wel een toneelclub opgestart en twee maal per maand is er een film te zien. In 1959 en 1960 is er enkel voetbal op zaterdagnamiddag, wanneer enkele studenten van de school kunnen meespelen. Voor de rest is er nog altijd geen gelegenheid tot turnen of beweging. De toneelclub voert opnieuw enkele vertoning op. In 1961 is er voor het eerst sprake van televisie in het gesticht. Er zijn zelfs al vier tv's, maar de programma's worden wel gecontroleerd. De toneelclub is ondertussen alweer opgedoekt. Alhoewel er nu tv's zijn, worden in 1962 nog steeds zeventien films vertoond. In 1964 klinkt het dat de "T.V. alles overheerst" op het gebied van ontspanning. In 1965 wordt er maar weinig meer gelezen: "T.V. oorzaak." Op alle afdelingen is er ondertussen een toestel te vinden.⁴⁸⁸

Een wekelijkse wandeling wordt er niet gemaakt met de patiënten, of toch zeer zelden: "Nee, soms per uitzondering, getal eerder beperkt, men is er geen liefhebber van!"⁴⁸⁹ "Er wordt weinig aan gedaan. De Broeders voelen er niet veel voor."⁴⁹⁰ De voornaamste reden is de drukke buurt, waardoor er veel kans is op ongevallen.⁴⁹¹ De meeste broeders zijn bang voor de gevaren van het verkeer. In 1959 maakt broeder Aïchard wel elke week een wandeling met een vijftal patiënten van zijn afdeling. Veel hangt dus ook hier weer af van de broeder in kwestie.⁴⁹² In 1960 worden het gebrek aan personeel, apathie van de broeders en het stadsmilieu als contra's genoemd.⁴⁹³ Ook in 1961 vindt men geen geschikte wandelingen mogelijk.⁴⁹⁴ De slechte ligging is een nadeel.⁴⁹⁵ In 1963 wordt daarnaast simpelweg toegegeven dat het "geen gewoonte" is.⁴⁹⁶ Er zijn maar weinig patiënten liefhebber om langs de overgrote drukte op de baan te gaan wandelen.⁴⁹⁷ Sommige patiënten mogen wel eens

⁴⁸⁸ Jaarverslagen 1952 tot 1965, BVL 18. De ontspanning is gelijkend met het psychiatrisch ziekenhuis *Caritas* in Melle, zie: Van Doorselaer, "Een halve eeuw behandeling," p. 37.

⁴⁸⁹ Jaarverslag 1953, BVL 18.

⁴⁹⁰ Jaarverslag 1954, BVL 18.

⁴⁹¹ Jaarverslag 1958, BVL 18.

⁴⁹² Jaarverslag 1959, BVL 18.

⁴⁹³ Jaarverslag 1960, BVL 18.

⁴⁹⁴ Jaarverslag 1961, BVL 18.

⁴⁹⁵ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁴⁹⁶ Jaarverslag 1963, BVL 18.

⁴⁹⁷ Jaarverslag 1965, BVL 18.

mee gaan wandelen met hun bezoekers.⁴⁹⁸ Er zijn daarnaast patiënten die op zondag zelf vrij op wandel mogen gaan, maar dat is de minderheid. Van 1952 tot 1966 zijn het er respectievelijk 49, 50, 56, 62, 54, 44, 55, 57, 41, 43, 42, 46, 50, 49 en 50.⁴⁹⁹ In 1975 mogen er 76 vrij buiten en in 1977 70, bij anderen hangt het af van de situatie op het moment zelf.⁵⁰⁰ In ieder geval zijn er in de jaren 50 en 60 maar weinig patiënten die het gesticht zelfstandig mogen verlaten. Tot slot is er elk jaar een grote “buitengewone wandeling”, namelijk wanneer men op bedevaart gaat naar Oostakker.⁵⁰¹ Vanaf eind jaren 60 is er elk jaar een bedevaart naar Lourdes.⁵⁰²

Elke zomer is er een grote reis met de beste patiënten, het aantal plaatsen zal ook afhangen van het beschikbare budget dat men eraan kan spenderen. In 1952 bijvoorbeeld mogen er 228 zieken mee.⁵⁰³ In 1953 gaan 180 patiënten op reis naar Beauraing.⁵⁰⁴ In 1954 gaat men met 310 patiënten in autobussen richting Banneux.⁵⁰⁵ In 1955 gaan 290 patiënten even op vakantie naar de Kempen.⁵⁰⁶ In 1956 vinden we 295 patiënten in Dinant.⁵⁰⁷ In 1957 trekken 300 patiënten naar Adinkerke.⁵⁰⁸ In 1958 logeren 270 patiënten in Maredsous.⁵⁰⁹ In 1959 ontdekken 280 patiënten Bokrijk.⁵¹⁰ In 1960 maken 220 patiënten een reis.⁵¹¹ In 1961 is er een rondreis met 350 patiënten in Namen, Charleroi en Dinant.⁵¹² In 1962 bezoeken 300 patiënten Brussel, Scherpenheuvel en Antwerpen.⁵¹³ In 1963 doen 271 patiënten mee aan de grote busreis.⁵¹⁴ In 1964 gaat de jaarlijkse reis richting de Ardennen.⁵¹⁵ In 1960 is er daarnaast een daguitstap naar Antwerpen en naar de koers te Beveren, telkens met twintig

⁴⁹⁸ Jaarverslag 1956, BVL 18.

⁴⁹⁹ Jaarverslagen 1952 tot 1966, BVL 18.

⁵⁰⁰ Jaarboek 1975 en jaarverslag 1977, BVL 20.

⁵⁰¹ Jaarverslag 1953, 1954 en 1957 tot 1959, BVL 18.

⁵⁰² Jaarverslag 1967, BVL 19.

⁵⁰³ Jaarverslag 1952, BVL 18.

⁵⁰⁴ Jaarverslag 1953, BVL 18.

⁵⁰⁵ Jaarverslag 1954, BVL 18.

⁵⁰⁶ Jaarverslag 1955, BVL 18.

⁵⁰⁷ Jaarverslag 1956, BVL 18.

⁵⁰⁸ Jaarverslag 1957, BVL 18.

⁵⁰⁹ Jaarverslag 1958, BVL 18.

⁵¹⁰ Jaarverslag 1959, BVL 18.

⁵¹¹ Jaarverslag 1960, BVL 18.

⁵¹² Jaarverslag 1961, BVL 18.

⁵¹³ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁵¹⁴ Jaarverslag 1963, BVL 18.

⁵¹⁵ Jaarverslag 1964, BVL 18.

patiënten.⁵¹⁶ In 1961 is er een reisje naar Heist.⁵¹⁷ Ook in 1963 is er met 128 patiënten opnieuw een reisje naar de zee.⁵¹⁸ In 1965 zijn er uitstappen naar de zee, de Antwerpse Kempen en het voetbal in Sint-Niklaas en Beernem.⁵¹⁹

In de jaren 70 blijven heel wat ontspanningsactiviteiten ingericht worden: af en toe een quiz, film- en toneelvoorstellingen, sport (bijvoorbeeld voetbal en atletiek), kaarten ... Ook worden er, naast de typische reizen en grote wandelingen, meer daguitstappen gemaakt, waardoor patiënten zich buiten de vertrouwde muren van het gesticht begeven: museumbezoeken, de jaar- en lentebeurs, het circus, kerkhofbezoek, stadswandeling, zwemmen, culturele activiteiten en een “drive-in avond” met muziek en dans. Men is er duidelijk niet langer tegen om met een groep patiënten het stadsleven te verkennen. Er wordt daarnaast een ontspanningsclub opgericht door enkele personeelsleden om ontspanning te voorzien: volksspelen, vakantiecampen, ontspanningsavonden, toneel. Er zijn ook kerstfeesten, opgeleukt met versiering, een kerstboom, muziek en zang.⁵²⁰

In het algemeen kunnen we dus stellen dat doorheen de jaren de normale ontspanningsmogelijkheden aanwezig zijn in het gesticht. Toch zijn er evoluties merkbaar in het aanbod, die zeker te maken kunnen hebben met psychofarmaca. In de jaren 50 zijn er vooral passieve activiteiten, die zich binnen het gesticht zelf concentreren: kranten en boeken lezen, naar de radio luisteren, een film bekijken, een spel spelen ... Af en toe is er mogelijkheid tot sport en er is natuurlijk de jaarlijkse reis en grote wandeling, maar over het algemeen worden de patiënten binnenshuis gehouden en gaat men opwinding en actie uit de weg, net als fysieke confrontatie met de buitenwereld. Patiënten leven geïsoleerd in het gesticht.⁵²¹ Dat ligt waarschijnlijk aan het feit dat begin en midden jaren 50 veel patiënten nog moeilijk te kalmeren zijn. Psychofarmaca bestaan wel al, maar worden vooral nog experimenteel gebruikt. Het is dan onveilig en onverantwoord om, met het weinige beschikbare personeel, elke week speciale activiteiten op poten te zetten, laat staan regelmatig met veel patiënten op stap te gaan buiten het gesticht. Bovendien ondergaan heel wat patiënten nog de oudere

⁵¹⁶ Jaarverslag 1960, BVL 18.

⁵¹⁷ Jaarverslag 1961, BVL 18.

⁵¹⁸ Jaarverslag 1963, BVL 18.

⁵¹⁹ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁵²⁰ Jaarverslag 1971, BVL 19; jaarboek 1975, BVL 20; informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 3, p. 3, 1971, BVL 59.

⁵²¹ Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling,” p. 44.

shockbehandelingen, waardoor ze lange tijd in bed moeten blijven en dus niet kunnen deelnemen aan ontspanning ofwel onder medische controle in het gesticht moeten blijven. Daarnaast is het maar de vraag of de publieke opinie in die tijd graag grote groepen psychiatrische patiënten op openbare, recreatieve plaatsen ziet verschijnen. Er is tot slot geen wekelijkse wandeling, maar dat ligt misschien inderdaad eerder aan de drukkende stedelijke omgeving dan onwil vanuit de broeders zelf, bovendien ligt het gesticht op een groot, groen domein waar men ook kan wandelen.

Men zou kunnen verwachten dat, eens psychofarmaca eind jaren 50 goed ingeburgerd zijn, veel gebruikt worden en als sedativa een rustige sfeer in het gesticht brengen, de patiënten en het personeel daarvan gebruik maken om de ontspanning uit te breiden, maar in het begin van de jaren 60 moeten andere ontspanningsmogelijkheden op weekavonden en op zondagnamiddag het onderspit delven tegen de tv. Het is trouwens niet ondenkbaar dat sommige broeders de nieuwe technologie niet zo erg vinden en patiënten zelf genieten misschien ook van die rustmomenten, die mede mogelijk gemaakt worden door psychofarmaca. Patiënten die voorheen al kalm leven, worden tijdens hun ontspanning minder gestoord door rumoerige medepatiënten, die nu zelf meer aan ontspanning kunnen deelnemen in plaats van vastgebonden te worden of in de isoleercel te zitten.

Zoals gezegd, is de tweede helft van de jaren 60 de periode waarin allerlei therapieën opgestart worden, die vooral succes kennen vanaf de jaren 70, wanneer het socialiserende aspect belangrijk wordt. Die tendens, die sterke banden heeft met psychofarmaca, laat sporen na in de ontspanning van de patiënt. Vooral vanaf de jaren 70 worden patiënten via allerlei daguitstappen en activiteiten meer meegenomen in de maatschappij, buiten het gesticht, waar ze contact kunnen leggen met andere mensen; nieuwe dingen leren kennen; ondervinden hoe ze zich in het openbaar horen te gedragen; voeling blijven houden met de samenleving ... Waar ontspanning in vroegere jaren vooral gericht was op het invullen van vrije tijd, wordt het meer ingeschakeld als een verlengstuk van de socialiserende en activerende therapieën. Op die manier kan inderdaad gesteld worden dat psychofarmaca op het vlak van ontspanning voor de patiënten de deuren van het gesticht hebben geopend, door patiënten te kalmeren, waardoor ze vatbaarder worden voor ontspanning en meer welgekomen zijn in de buitenwereld. Dat wordt dan ook nog eens versterkt door de extra tijd en middelen die eraan besteed worden als de focus op socialisering ontstaat.

Hoofdstuk 4 - Personeel

1 Psychiaters

1.1 Algemeen

Van groot belang in de onderzochte periode is dokter Karel Van Acker (1895-1975), van 1 december 1931 tot 1 januari 1961 hoofdgeneesheer in het Guislaingesticht. In de drie decennia dat hij aan het roer staat, ziet de psychiatrie de opkomst en neergang van shockbehandelingen en de opkomst en groei van psychofarmaca. Gelukkig is de man gesteld op wetenschap en is hij steeds op zoek naar de nieuwste inzichten en ontwikkelingen, die hij in het Guislaingesticht introduceert. Daarbovenop is zijn zoon Johan ook hoofdgeneesheer van 1964 tot 1987. Tussen 1961 en 1964 is dokter D'Haenens de hoofdgeneesheer.⁵²²

In het begin van de onderzochte periode werken er twee psychiaters in het gesticht (Van Acker en D'Haenens), samen met arts De Regge. Er zijn amper drie geneesheren voor meer dan 700 patiënten. Uit de jaarverslagen blijkt dat de psychiaters elk ongeveer vier uur per dag doorbrengen in het gesticht (de voormiddag). Dat lijkt al weinig, maar het staat in schril contrast met het anderhalf uur dat dokter De Regge beschikbaar is.⁵²³ In de jaarverslagen is regelmatig te lezen dat het toch wel wat meer mag zijn. Hij wordt er regelmatig op gewezen en hij krijgt een speciale regeling, maar stiptheid blijft een werkpunt. Vaak komt hij te laat, maar het is blijkbaar een uitstekende arts ("een zeer ideale geneesheer", "zeer goed") en dan ziet men dat al eens graag door de vingers. Over de andere dokters valt nooit een slecht woord te horen, laat staan dat er klachten zouden zijn.⁵²⁴

Belangrijk om te melden is dat de dokters elke ochtend sowieso al tijd moeten uittrekken voor het dagelijks rapport om 9.00 uur, waarin ze overleg plegen met de zaalverantwoordelijken. Rekening houdende met het feit dat ze daarnaast ook les geven op

⁵²² Stockman, "Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut," pp. 69 en 73; stukken betreffende dokter Van Acker, BVL 13.

⁵²³ Het is in die jaren geen uitzondering dat psychiaters weinig tijd doorbrengen in het gesticht, omdat ze vaak nog op andere plaatsen werken of een praktijk hebben. In het *Hôpital Brugmann* brengen psychiaters in de jaren 30 twee uur en een half door in het gesticht, na de Tweede Wereldoorlog loopt dat op tot drie en een half uur per dag, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 113.

⁵²⁴ Jaarverslagen 1952, 1953, 1961, 1964 en 1965, BVL 18; jaarverslag 1970, BVL 19.

de school (cfr. infra) en die uren soms overlappen⁵²⁵, kunnen we vragen stellen bij het feit of er genoeg tijd overblijft voor de dokters om aan elke patiënt kwalitatieve zorg te verlenen. Het is namelijk zo dat hun aantal doorheen de jaren 50 en 60 steeds beperkt blijft tot twee psychiaters en een internist.⁵²⁶ Soms wordt er bijvoorbeeld wel een tandarts van buitenaf ingeschakeld als er gespecialiseerde ingrepen nodig zijn, maar voor de rest lijkt het erop dat de dokters alles in verband met de geestelijke en lichamelijke zorg beslissen, uitvoeren en overzien. Zelfs tot medio jaren 70 moet het Guislaingesticht het stellen met amper twee psychiaters. De dokters zijn bovendien meestal enkel in de voormiddag beschikbaar. “De noodzaak van de aanwezigheid van een geneesheer in de namiddag wordt sterk aangevoeld. Dit zou kunnen opgelost worden bij het aanwerven van een derde psychiater. Wel te verstaan is op heden de wachtdienst in de namiddag verzekerd.”⁵²⁷ Vanaf 1970 hebben de dokters elk hun eigen afdelingen waar ze verantwoordelijk voor zijn (of tenminste, dan wordt dat voor het eerst in de jaarverslagen gemeld). Tijdens hun rondgang, controleren ze vooral de medicatie. In gevalbesprekingen kan die dan eventueel aangepast worden, ook aan de hand van opmerkingen van de verplegers.⁵²⁸

In 1974 zijn er in totaal vier geneesheren aanwezig: twee neuropsychiaters (dokter Johan Van Acker en dokter J. Geerts), een internist (dokter J. Versieck) en een omnipractor (dokter A. De Regge).⁵²⁹ Er is een grote vraag naar een derde en zelfs vierde psychiater, want de twee psychiaters komen slechts op de afdeling als de patiënt er via de verpleger om vraagt. De dokters hebben te weinig tijd door het lesgeven.⁵³⁰

In 1977 wordt eindelijk een derde psychiater in dienst genomen, dokter J. Van de Velde. Het contract van dokter De Regge wordt bovendien met een jaar verlengd (normaal kan hij op pensioen). In totaal zijn er nu vijf geneesheren in het gesticht: een hoofdgeneesheer en psychiater (Johan Van Acker), twee gewone psychiaters (Geerts en Van de Velde), een internist (Versieck) en een omnipracticus (De Regge).⁵³¹

⁵²⁵ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁵²⁶ Jaarverslagen 1967 tot 1969, BVL 19.

⁵²⁷ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁵²⁸ Jaarverslag 1970, BVL 19.

⁵²⁹ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁵³⁰ Jaarverslag 1976, BVL 20.

⁵³¹ Jaarverslag 1977, BVL 20.

In het derde kwart van de vorige eeuw, blijft het aantal psychiaters in het Guislaingesticht beperkt tot twee, terwijl het aantal patiënten duidelijk daalt (cfr. supra). Pas eind jaren 70 komen er eindelijk psychiaters bij. Op dat vlak is er allesbehalve sprake van een verandering door psychofarmaca. Het werk van de psychiater wordt wel anders ingevuld en ook het (weinig) contact met patiënten verandert door psychofarmaca van aard.

1.2 Psychiaters en psychofarmaca

De doorsnee dagindeling van een psychiater in het Guislaingesticht blijft grotendeels gelijk, maar inhoudelijk worden van de psychiater gaandeweg andere dingen verwacht. Begin jaren 50 zijn het vooral shockbehandelingen die uitgevoerd worden. Die verlopen meestal volgens dezelfde, gestandaardiseerde procedure. Patiënten worden soms als het ware aan de lopende band behandeld, bijvoorbeeld door met het elektroshocktoestel van bed tot bed te gaan in de slaapzaal. Op het vlak van behandelingen zijn er maar weinig vernieuwingen. Het is dus wel zo dat, op het moment van de toediening van de behandeling, de dokter over het algemeen bij de patiënt aanwezig is, alhoewel dat maar zeer kort duurt (de patiënt raakt al snel buiten bewustzijn of in een coma). Vervolgens verdwijnt de dokter uit beeld, tijdens de insulinecoma bijvoorbeeld worden patiënten gecontroleerd (bloeddruk, hartslag, temperatuur) door de verplegers. Tot slot is het zo dat de dokters maar weinig genezingen zien gebeuren bij de door hun behandelde patiënten. Het is vechten tegen de bierkaai. Psychiaters bevinden zich aan de marge van de medische wetenschap.⁵³²

Wanneer psychofarmaca meer en meer gebruikt worden, verandert het werk van de psychiater. Om te beginnen moet hij leren omgaan met de medicatie. Welk middel helpt tegen welke symptomen? Hoeveel en hoe vaak moet het toegediend worden? Wat zijn de bijwerkingen waar op gelet moet worden? In het begin valt dat nog wel mee, als enkel Largactil, Serpasil en Haldol gebruikt worden en in de jaren 50 vaak nog gecombineerd worden met de shockbehandelingen, maar de psychiater moet op den duur een zeer brede kennis hebben over de vele middelen die ontwikkeld worden (cfr. deel een) en wat de verschillen ertussen zijn. Uit *Psychiatrie en Verpleging* valt af te leiden dat er ontelbaar veel middelen in omloop zijn in de psychiatrie: Anatsol, Dominal Forte, Majeptil, Melleril, Neuleptil, Nozinan, Phenergan, Prazine, Stemetil, Theralène, Trilafon, Ludiomil, Lerivon,

⁵³² Majerus, *Parmi les fous*, p. 110.

Valan, Noveril, Deprex, Istonil, Anafranil, Deanxit, Allegron, Concoridin, Notrilen, Petrofan, Tryptizol, Redomex, Laroxyl, Sinequan, Limbritol, Surmontil, Quitaxon, Dixeran, Eudatine, Marplan, Marsilid, Nardelzine, Niamid, Parnate ...⁵³³ De psychiater moet zich constant bijscholen en nieuwe ontwikkelingen opvolgen. Het beroep wordt zeer dynamisch. Psychofarmaca vereisen op een zekere manier dus andere intellectuele capaciteiten van de psychiater. In plaats van de robuuste, ongedifferentieerde shocks, moet de psychiater nu nauwgezet medicatiedosissen berekenen per individuele patiënt (cfr. infra). Psychiatrie wordt inderdaad meer een exacte medische wetenschap, waar het verschil tussen ziekte en gezondheid (of beter: afwezigheid van symptomen) in kleine details kan zitten.⁵³⁴ Een zekere creativiteit in het aanwenden van psychofarmaca komt daar waarschijnlijk goed bij van pas, net als een voldoende kritische houding om gewapend te zijn tegen de toenemende reclame vanuit de farmaceutische sector, waar de psychiater in tijdschriften en op congressen mee geconfronteerd wordt. Daarnaast is het arsenaal van de psychiater voorheen beperkt tot een viertal shockkuren, maar dankzij de vele medicijnen kan de psychiater bij manier van spreke (combinaties van) middelen blijven proberen tot er succes bereikt wordt. “Als het ene produkt (sic) niet pakt, is het goed een ander te beproeven. Het is meermalen voorgevallen dat verschillende medicamenten niets gegeven hebben en dat men, met het beproeven van weer een ander, plots voor onverwachte uitlagen is komen te staan.”⁵³⁵ Dat zorgt ervoor dat psychiaters meer gaan geloven in hun kennis en kunnen en zichzelf als genezende dokter zien.⁵³⁶ “Men kan een geesteskranke behandelen met eenvoudige pillen! Dat is een feit, en voorwaar een zeer geruststellend! Wel zeker, voor een specialist zijn daarmee niet alle problemen opgelost, maar ’t staat toch vast dat de scheikunde aan de psychiaters zoveel wapens ter hand stelt als een de andere dokters: ze bedwingt de maniakale opgewektheid, verlicht de zware depressie, kalmeert de konvulsie (sic), enz.”⁵³⁷ “De psychiater, die doorging als gespecialiseerde medicus voor ziekten van mentale aard, is voortaan een dokter die, niet alleen tevreden met het behandelen van neurosen, psychosen en affektieve (sic) stoornissen, ze ook tracht te voorkomen.”⁵³⁸

⁵³³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 4, jaargang 22, juli 1981; nummer 6, jaargang 22, november 1981.

⁵³⁴ Majerus, *Parmi les fous*, p. 111.

⁵³⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 206, december 1958.

⁵³⁶ Majerus, *Parmi les fous*, p. 45.

⁵³⁷ Psychiatrie en Verpleging, nummer 1, jaargang 5, december 1963.

⁵³⁸ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

In ieder geval is het duidelijk dat psychofarmaca voor de gestichtpsychiater op professioneel vlak veel veranderen. Mijns inziens ontstaat er wel een zekere paradox. Langs de ene kant krijgt de psychiater meer grip op en macht over het gesticht, de patiënt en behandelingen. Dankzij psychofarmaca kan hij dat alles in zekere zin meer naar zijn hand zetten. De uitvoering van shockbehandelingen is moeilijk, de uitwerking ervan onzeker, onvoorspelbaar en vaak onsuccesvol. Bovendien zorgt het voor angst onder de patiënten. Psychofarmaca zijn makkelijk toe te dienen en leveren goede resultaten. De psychiater kan patiënten tot rust brengen en gaat een nieuwe relatie met hen aan (cfr. infra). Door de genezing die hij brengt, wint zijn beroep aan legitimiteit. Het is goed mogelijk dat al die ontwikkelingen in het beroep een zekere herwaardering inhouden van de psychiater, die zowel in het gesticht als in de samenleving als van andere dokters op meer respect en aanzien kan rekenen. De paradox zit hem in het feit dat de psychiater anderzijds de patiënt en de behandeling meer los moet laten. Hij stelt de diagnose en beslist welke medicatie de patiënt moet krijgen, maar daar stopt het meestal. Door tijdsgebrek en de overbevolking van het gesticht (cfr. infra), is het onmogelijk om elke patiënt uitgebreid op te volgen. Dat wordt meer een taak voor verpleegkundigen, die centraler in het genezingsproces komen te staan (cfr. infra). In het leven van de patiënt nemen zij voor een deel de vroegere autoriteit van de psychiater over, die nu op hun verslagen vertrouwt. Zij dienen de medicatie toe, controleren de resultaten, melden waar bijsturing nodig is, observeren en begeleiden de patiënten. Voorheen is de psychiater de autoritaire figuur die de verplegers moeten volgen, maar dat eenrichtingsverkeer vervaagt.⁵³⁹ Ook op andere vlakken wordt de positie van de psychiater ondermijnt. Om te beginnen verlaten veel patiënten het gesticht, waardoor de psychiater in zekere zin de macht over hun dagelijks leven verliest. Ze keren terug naar de maatschappij, los van het gesticht. Daarbovenop verliest de psychiater in het gesticht zijn machtsmonopolie, niet enkel aan de verplegers, maar ook aan paramedisch personeel (psychologen, therapeuten), vooral vanaf de jaren 70 (cfr. infra). De zorg wordt namelijk meer interdisciplinair (cfr. infra). Door de socialiserende therapieën, heeft de medische benadering van de psychiater niet meer het alleenrecht, maar is het een component van een meer holistische zorgverlening. Over die schaduwzijde van psychofarmaca voor de positie van de psychiater, wordt haast nooit gesproken. De literatuur focust voornamelijk op de voordelen (cfr. deel een).

⁵³⁹ Hillaert, "De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling," p. 32.

1.3 Psychiaters en patiënten

Voorheen is de resultaatsanalyse beperkt tot observatie, zonder de patiënt inspraak te geven in het behandelingsproces. Het contact tussen psychiater en patiënt is echter cruciaal in het psychofarmacologische genezingsproces, omdat hij de patiënt via individuele consultaties kan overtuigen van de werking van medicatie (cfr. deel een). “Meer en meer sluit de psychiater tegenwoordig een soort contract met zijn cliënt (sic), die hem moet raadplegen voor zijn psychische problemen. De bezoeker moet de indruk krijgen dat de dokter zijn tijd neemt en hij daar is om hem te aanhoren.”⁵⁴⁰ De dokter gaat in consultaties het gesprek aan om te peilen naar effecten, verwachtingen, ervaringen ... bij de patiënt omtrent medicatie.⁵⁴¹ In het Guislaingesticht hebben psychiaters echter te weinig tijd om vaak en lang met elke patiënt te praten. Dat wordt een taak voor de verpleger (cfr. infra).

Alhoewel de betrekkingen tussen dokters en zieken beperkt blijven tot sporadische en kortstondige gesprekken, gaat hun relatie de goede kant op dankzij de voortdurende vooruitgang op psychisch gebied. “Men hoeft slechts de behandelingen met neuroleptica na te gaan, men heeft mooie resultaten.”⁵⁴² Dat ligt dan vooral aan het feit dat psychofarmaca een persoonlijkere en individuelere benadering van de zieke inhouden tegenover de vroegere shockbehandelingen, die breed ingezet worden tegen allerlei ziektebeelden. De psychiater moet door psychofarmaca gaandeweg meer aandacht besteden aan individuele diagnoses, waar de behandeling op afgestemd wordt (denk in dat kader maar aan de opkomst van de DSM, cfr. deel een). “(...) mag het toedienen niet verworden tot gestandaardiseerde voorschriften. Het is uiterst belangrijk voor elk geval afzonderlijk te oordelen qua dosage (sic), ze bijna dagelijks aan te passen en de nodige therapeutische sfeer te creëren door een levendig contact met de medikale (sic) staf en de medezieken. Elke zieke moet als individu gezien en behandeld worden.”⁵⁴³ Met andere woorden, elk geval is individueel en vereist een aangepaste vorm van behandeling.⁵⁴⁴

⁵⁴⁰ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 15, augustus 1974.

⁵⁴¹ Individuele zorg van de psychiater voor de patiënt, bijvoorbeeld via consultaties, wordt gaandeweg de norm in de psychiatrie, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 113.

⁵⁴² Inspectieverslag, 6 tot 8 december 1960, BVL 31.

⁵⁴³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 3, jaargang 9, april 1968.

⁵⁴⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 202, april 1958; nummer 2, jaargang 1, februari 1960.

2 Verpleegkundigen

2.1 Algemeen

In 1957 werken er in het gesticht twintig broeders en 52 leken in de verpleging.⁵⁴⁵ In 1959 zijn er 33 verpleegbroeders en 45 leken.⁵⁴⁶ In de jaren 50 bestaat het lekenpersoneel in de verpleging vooral uit mannen van hogere leeftijd.⁵⁴⁷ Het betreft eerder oppassers en bewakers dan gediplomeerde verplegers.⁵⁴⁸ Het gaat er op dat moment vaak nog hardhandig aan toe. Eind jaren 50, begin jaren 60 komt daar verandering in. Psychofarmaca worden steeds meer gebruikt en zelfs de meest agressieve patiënten kunnen gekalmeerd worden met pillen. Agressie en geweld nemen af, het wordt veiliger werken in het gesticht.

Vanaf de jaren 60 komen er trouwens steeds meer lekenverplegers in het gesticht.⁵⁴⁹ Dat loopt echter niet altijd van een leien dakje. “De nieuwe regeling inzake ziekteverzekering werkt de afwezigheid wegens ziekte zeer in de hand. Het worden nu allemaal gevallen van 8 of 14 dagen.”⁵⁵⁰ Pas vanaf 1967 wordt in het jaarverslag in de opsomming van afdelingshoofden een onderscheid gemaakt tussen broeders en leken. Daaruit blijkt dat reeds vijf van hen leken zijn.⁵⁵¹ In 1968 staat aan zes van de dan elf afdelingen een leek aan het hoofd.⁵⁵² Dat wijst op de toenemende machtsovername van lekenverplegers in het gesticht in de loop van de jaren 60. We kunnen ons natuurlijk afvragen waarom lekenverpleegkundigen net in de jaren 60 op de voorgrond treden. Krijgt het psychiatrisch verplegerberoep meer aanzien omdat het dankzij psychofarmaca uit de marge van de geneeskundige verpleging gehaald wordt? Zijn er minder nieuwe broeders die intreden of die bereid zijn om in de verpleging te stappen?⁵⁵³ Of beseft het gesticht dat, om patiënten in de moderne psychiatrie optimaal te verzorgen, er professioneel gevormde verpleegkundigen nodig zijn? Het is misschien niet toevallig dat het beroep van psychiatrisch verpleegkundige

⁵⁴⁵ Jaarverslag 1957, BVL 18.

⁵⁴⁶ Jaarverslag 1957, BVL 18.

⁵⁴⁷ Inspectieverslag, 22 en 23 november 1955, BVL 31.

⁵⁴⁸ Onthaalbrochure voor nieuwe personeelsleden, BVL 12.

⁵⁴⁹ Onthaalbrochure voor nieuwe personeelsleden, BVL 12.

⁵⁵⁰ Inspectieverslag, 20 tot 23 maart 1963, BVL 31.

⁵⁵¹ Jaarverslag 1967, BVL 19.

⁵⁵² Jaarverslag 1968, BVL 19.

⁵⁵³ Ook andere Belgische congregaties hebben minder instroom in die jaren, zie: Van Doorselaer, “Een halve eeuw behandeling,” p. 57.

in diezelfde periode professionaliseert (cfr. infra), want het is namelijk zo dat de dagtaak van de verpleegkundige in het gesticht in de onderzochte periode aan grote veranderingen onderhevig is. In de eerste helft van de 20e eeuw is vooral praktische kennis nodig, die de broederverplegers snel aanleren in het gesticht. De wetenschappelijke achtergronden zijn minder van belang. Met de medicalisering van de psychiatrie sinds de komst van psychofarmaca (en breder uiteraard de uitbouw van de verzorgende welvaartsstaat) ontstaat er een nood aan geschoolde psychiatrische verpleegkundigen.⁵⁵⁴

2.2 Verpleegkundigen en psychofarmaca

De verpleegkundigen, of het nu leken zijn of broeders, worden voor psychofarmaca vaak geconfronteerd met agressie en geweld (vandaar dat de leken die dan ingeschakeld worden sterke, grote mannen zijn die zichzelf en andere patiënten kunnen beschermen tegen de geweldenaars). Dat gevaar lijkt af te nemen in het psychofarmacologische tijdperk: “De geneesmiddelen met sedatieve en hypnotische uitwerking betekenen bij psychomotorische opgewektheid een spectaculaire vooruitgang, en wel tot welzijn van onze zieken en het gemak van het verplegend personeel.”⁵⁵⁵ In hoofdstuk twee kwam al aan bod dat dwangmiddelen en isoleercellen daardoor ook minder gebruikt worden, wat inderdaad wijst op rust in plaats van chaotische oproer. Fysieke confrontaties nemen af, maar verdwijnen zoals gezegd nooit volledig. Tot in de eerste helft van de 20e eeuw bestaat de verpleging voornamelijk uit mannen uit de lagere sociale klassen, maar psychofarmaca leiden tot een grotere vraag naar verzorging in plaats van bewaking.⁵⁵⁶

Door het veranderende gedrag van de patiënt en de nieuwe ontwikkelingen in de zorg, ziet de taak van de verpleegkundige er helemaal anders uit eens psychofarmaca dominant worden in de psychiatrie. Voorheen moet de verpleegkundige vooral observeren en ervoor zorgen dat in de mate van het mogelijke de rust bewaard wordt in de grote slaapzalen. In het psychofarmacologische tijdperk blijft dat uiteraard een belangrijke opdracht voor de verpleegkundige. Observeren evolueert wel naar het weloverwogen, deskundig waarnemen van de eigenschappen en reactiewijzen van de patiënt als individu in verschillende situaties

⁵⁵⁴ Hillaert, “De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling,” pp. 29-30.

⁵⁵⁵ Ziekenverpleging, nummer 184, april 1955.

⁵⁵⁶ Majerus, *Parmi les fous*, p. 98.

met de bedoeling een samenvattend beeld van de persoonlijkheid te krijgen. Dat zegt namelijk veel over hoe de medicatie (niet) werkt bij de patiënt. De verpleegkundige wordt een actief en onmisbaar therapeutisch element van het psychiatrisch team.⁵⁵⁷ Hij is de schakel tussen arts, patiënt en paramedisch personeel (cfr. infra). De verpleger moet in groep kunnen samenwerken met in het middelpunt de patiënt, met wie er dagelijks contact is. Een therapeutische houding moet steeds aangenomen worden: zelfbeheersing is nodig en men mag zich niet laten leiden door gevoelens van anti- of sympathie. Men moet elke patiënt leren kennen en naar hem luisteren “en dit alles om het welzijn en de genezing van onze zieken zo efficiënt mogelijk in de hand te werken en te bevorderen”.⁵⁵⁸

Voorheen ondersteunt de verpleegkundige louter de psychiater als die een shockbehandeling uitvoert, maar het toedienen van de nieuwe medicatie (uiteeraard volgens de richtlijnen van de psychiater) valt wel onder de verantwoordelijkheid van de verpleger. Die moet meerdere keren per dag de medicatie voorbereiden en toedienen aan de patiënten. Dat vraagt veel tijd en moet met zorg gedaan worden, want een vergissing is snel gemaakt.⁵⁵⁹ Daarom worden nieuwe procedures en voorzorgsmaatregelen ingevoerd om een correcte omgang met de medicatie te garanderen. “Voor de behandelingen met medicamenten hebben de broeders hun medicamentenboek, daarbij nog ten geleide voor de leerlingen de medicamentenlijst.”⁵⁶⁰ Dat medicamentenboek wordt vermoedelijk eind jaren 50 ingevoerd.⁵⁶¹ Elke afdeling heeft een medicamentenboek waarin de verstrekking van de medicatie wordt bijgehouden in functie van de medicamenteuze behandeling.⁵⁶² Waarschijnlijk staat daarin per patiënt vermeld hoeveel van welke soort medicatie de dokter voorschrijft, wanneer en hoe die toegediend moet worden. Dat wijst erop dat alles strikt volgens de regels moet verlopen. Als men bijhoudt wie wanneer hoeveel psychofarmaca toegediend krijgt, kan men dat, als er een extreme bijwerking optreedt, gebruiken om na te gaan welke middelen in het lichaam van de patiënt aanwezig zijn en wat men eraan kan doen. Het bijhouden van medicatiegegevens maakt het ook mogelijk om achteraf te controleren of er te weinig of net te veel medicatie is toegediend, door het medicamenten-

⁵⁵⁷ Psychiatrie en Verpleging, nummer 2, jaargang 12, februari 1971.

⁵⁵⁸ Informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 11, p. 2, 1971, BVL 59.

⁵⁵⁹ Psychiatrie en Verpleging, nummer 5, jaargang 13, augustus 1972.

⁵⁶⁰ Inspectieverslag, 27 tot 29 november 1963, BVL 31.

⁵⁶¹ Vanaf 1960 is er de vraag: “Wordt het medicamentenboek bijgehouden?” Zie: jaarverslag 1960, BVL 18.

⁵⁶² Jaarverslag 1967, BVL 19.

boek af te toetsen aan de apotheek en medicijnkast. Zo kan misbruik en diefstal voorkomen worden. Het is ook een manier voor de psychiaters om de behandeling op te volgen, omdat het onmogelijk is om van honderden patiënten alle details te onthouden.⁵⁶³ In een werkmap met basisrichtlijnen voor op de afdeling, worden de regels uitgelegd waaraan het personeel zich moet houden wat betreft het toedienen en bewaren van medicatie. De nachtverpleger mag volgens de richtlijnen en op verzoek van de patiënten enkele bijkomende medicaties toedienen, zoals die voorzien zijn in het daartoe bestemde nachtmedicatiekastje. Telkens de nachttoezichter medicatie gebruikt uit dat kastje, zal hij noteren aan wie hij die medicatie heeft gegeven en waarom. De gewone medicatievoorraadkast staat niet ter beschikking van het nachtpersoneel. Overdag wordt medicatie “niet uitgedeeld, maar toegediend”. Men moet zich steeds afvragen of het de juiste hoeveelheid, tijdstip, medicijn en patiënt betreft. Ook moet gecontroleerd worden of de patiënt de toegediende medicatie wel degelijk inneemt. Er wordt met een individueel systeem gewerkt. “Dat wil zeggen dat er voor elke patiënt individueel geneesmiddelen worden bewaard en aangevraagd. Een uitgebreide brochure is ter beschikking.” Dat gaat wel degelijk over psychofarmaca, aangezien wat verderop te lezen valt dat medicatie voor algemeen gebruik onafhankelijk van de individuele medicatievoorraad bewaard wordt in een kast achter slot en grendel. Verpleegkundigen zijn natuurlijk ook maar mensen en niks menselijks is hen bijgevolg vreemd. “Vergissingen in klaarleggen en toedienen van medicatie kunnen steeds voorkomen worden. Het is van groot belang deze vergissingen niet te verzwijgen.” Tot slot wordt op het einde van de werkmap - in vetgezette letters - meegedeeld dat studenten geen medicatie mogen toedienen.⁵⁶⁴

Het werk van de verpleegkundige wordt niet enkel wetenschapstechnischer. Ook de omgang met de rustige, socialiserende patiënt wordt een continue opdracht. Uit het personeelsblad wordt duidelijk dat het personeel zelf ook ervaart dat hun beroep gevoelsmatig grondig wijzigt (cfr. infra). De verpleegkundige moet beschikken over een denkend hoofd met voldoende kennis, een bezielend hart dat mensen begrijpt en tot slot een leidende hand die de ideale verpleging kan inrichten.⁵⁶⁵ Verplegen valt uiteen in enerzijds verpleegkunde, op basis van kennis en theorie, en anderzijds de verpleegkunst, bestaande uit de aangeboren persoonlijkheid, ervaring, talent en praktische vaardigheden van de verpleegkundige om

⁵⁶³ Inspectieverslag, 27 tot 29 november 1963, BVL 31.

⁵⁶⁴ Werkmap met basisrichtlijnen op de afdeling, BVL 25.

⁵⁶⁵ Informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 1, p. 3, 1971, BVL 59.

lijden te herkennen, benaderen en de zieke op te beuren.⁵⁶⁶ De doortastende en tactvolle verpleegkundige moet beleefd en respectvol zijn en zich aan het beroepsgeheim houden. Pijnlijke waarheden moeten gezegd worden, maar liefst met de juiste woorden zodat de persoon in kwestie niet gekwetst wordt. Een fijn waarnemingsvermogen en aanvoelen in de omgang met anderen en in het eigen doen en praten is daarbij noodzakelijk.⁵⁶⁷ Dat moet gebeuren vanuit een oprechte toewijding, inzet en bereidheid. Bij moeilijkheden moet men geduld en kalmte bewaren en verstandig optreden. Sommigen zijn van nature uit een begrijpende verzorger, anderen moeten via beroepsvorming en ervaring werken aan hun gebreken tot ze bekwaam genoeg zijn. In het algemeen wordt er verwacht dat men zijn kennis op peil houdt in de snelle evoluties en grote vooruitgangen.⁵⁶⁸ De verpleegkundige moet in het praktische contact met de patiënt steeds een scherpe opmerkingsgeest hanteren en bijvoorbeeld observeren door gesprekken aan te knopen, niet als nieuwsgierige ondervrager maar als luisterend oor.⁵⁶⁹ Men moet aandacht en begrip voor de zieke over hebben, met tact en geduld luisteren naar wat gezegd wordt, hoe het gezegd wordt, over wat het gaat. De patiënt mag niet onderbroken worden, maar moet tijd en kans krijgen om zijn verhaal te doen. Dat helpt niet alleen de patiënt zelf, maar geeft het personeel een beter inzicht in de ziek(t)e. Belangrijk daarbij is om objectief en discreet te werk te gaan.⁵⁷⁰

De taak van de verpleger is dus erg veelzijdig: medische en psychiatrische gegevens observeren en doorspelen aan de dokter; medicijnen toedienen; algemene en persoonlijke hygiëne bewaken; menselijk contact aangaan met de patiënt; een verzorgende en therapeutische rol opnemen; patiënten begeleiden, heropvoeden, vertrouwen geven, erkennen en waarderen (cfr. infra) ... De psychiatrische verpleegkundige wordt een medische, sociale en psychologische professional, die gespecialiseerde en tegelijk gedifferentieerde taken op zich moet nemen en interdisciplinair moet (samen)werken.⁵⁷¹ “Geleidelijk aan worden wij beroepsverplegers.”⁵⁷²

⁵⁶⁶ Informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 10, p. 2, 1971, BVL 59.

⁵⁶⁷ Informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 12, p. 2, 1971, BVL 59.

⁵⁶⁸ Informatieblad personeel, jaargang 2, nr. 6, pp. 2-4, 1972, BVL 59.

⁵⁶⁹ Informatieblad personeel, jaargang 2, nr. 11, pp. 2-4, 1972, BVL 59.

⁵⁷⁰ Informatieblad personeel, jaargang 2, nr. 2, p. 3, 1972, BVL 59.

⁵⁷¹ Informatieblad personeel, jaargang 3, nr. 1, pp. 5-9, 1972, BVL 59.

⁵⁷² Jaarverslag 1968, BVL 19.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de opleiding tot verpleegkundige zich moet aanpassen aan die nieuwe beroepsinvulling. “Voor de verpleegkundige komen gebieden vrij waar hij thans van verstoken blijft, remotivatie, huishouding, ontspanning. Nog teveel wordt de nadruk op het medische karakter gelegd, hij die vuile karweitjes moet opknappen, de “pillengever”.”⁵⁷³ “Deze therapeutische vooruitgang gaat dus voor het verplegend personeel nieuwe vereisten meebrengen, en men moet zeggen dat hun studiën volgens het huidige programma ver zijn van te beantwoorden aan de noodwendigheden van de nieuwe structuur van de instelling.”⁵⁷⁴

Om adequaat in het beroepsveld te staan, moeten de afgestudeerden dus de laatste nieuwe methoden, technieken en inzichten beheersen. In een naam- en datumloos (waarschijnlijk medio jaren 50) “pleidooi voor de psychiatrische verplegingschool met eigen programma” stelt de schrijver dat “de snelle evolutie, vooral sedert 1953, het jaar van de neuroleptica, die zich in alle landen op gebied van psychiatrische verzorging voor doet, het noodzakelijk maakt deze verpleging op veelal nieuwere basis te organiseren. (...) zou de psychiatrische verpleging haar eigen programma moeten hebben in ons land.”⁵⁷⁵ Vanaf het midden van de jaren 50 betekent dat dus een zekere kennis van psychofarmaca. Daarom heb ik er bewaarde lessenroosters (bijgehouden door de studenten zelf) op nageslagen uit de periode tussen 1957 en 1974 van de nabijgelegen school voor psychiatrische verpleegkunde.⁵⁷⁶ Een kwantitatieve analyse ligt buiten het bereik van dit onderzoek, maar toch zijn er enkele inzichten uit te halen. Vooral het vak “beroepstechniek” is daarbij van belang, waarin de studenten allerlei verpleegkundige technieken en behandelingen leren. Wat meteen opvalt, is dat eind jaren 50 de meeste lessen toch nog over insulineshocks, slaapkuren,

⁵⁷³ Jaarboek 1976, BVL 20.

⁵⁷⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 202, april 1958.

⁵⁷⁵ Pleidooi voor de psychiatrische verplegingschool met eigen programma, BVL 62.

⁵⁷⁶ De school voor psychiatrische verpleegkunde heeft al voorlopers in het begin van de 20e eeuw, eerst enkele jaren in los verband, vanaf 1908 meer formeel georganiseerd in het Strop (het *Maison de Repos dites Le Strop*, opgericht in 1842 door de Broeders van Liefde, waar de rijkere burgers psychiatrische zorg kunnen krijgen; later het Neuropsychiatrisch Centrum Sint-Alfons, dat in 1997 fuseert met het P.C. Dr. Guislain omdat door de democratisering en uitbouw van de sociale zekerheid na de Tweede Wereldoorlog het verschil tussen de twee ziekenhuizen uitvlakt). Op 17 augustus 1952 wordt de opleiding volledig geconcentreerd naast het Guislaingesticht. In 1988 is er de fusie met het Instituut voor Verpleegkunde Sint-Vincentius in Eeklo, waaruit het Katholiek Instituut voor Verpleegkunde ontstaat met afdelingen in beide steden. In 1995 wordt de opleiding opgenomen in het Instituut voor Verpleegkunde Sint-Vincentius van de Zusters van Liefde in Gent, met ook afdelingen in Ronse en Oudenaarde. Zie: Archief Provinciaal der Broeders van Liefde, *Inventaris Communautéit HH Engelen (1815-)*, p. 3.

elektroshocks en zelfs af en toe de malaria- en cardiazolbehandelingen gaan. Buiten een sporadische les over Largactil en Serpasil is er nog geen enkel spoor van psychofarmaca te vinden. Dat komt overeen met de praktijk in het gesticht, waar de shockkuren in de jaren 50 zeker blijven bestaan (cfr. supra). Vanaf het begin van de jaren 60 veranderen de lessen, eveneens naar analogie met de situatie in het gesticht. Steeds meer lessen worden farmacologisch ingevuld. Het gaat voornamelijk over medicatie in het algemeen: indeling, soorten, bewaring, toediening, gebruik, dosering, vormen, gevaren ... Termen als “neuroleptica” en “medicamentenleer” duiken vaker op in het lessenrooster, naast nog altijd behoorlijk veel aandacht voor de insulinebehandeling in de eerste helft van de jaren 60. Daarna verdwijnen die oudere behandelingen gaandeweg uit het lessenpakket.⁵⁷⁷ De houding in de school komt dus grotendeels overeen met die van de psychiaters in het gesticht, die zelf vaak lesgeven. Op het moment dat zij psychofarmaca meer gebruiken en als kuur inzetten, dringen psychofarmaca door tot de kern van de opleiding tot psychiatrische verpleegkundige, van wie men een beheersing van die kennis verwacht. Daarnaast is het zo dat de studenten van de school vaak stage lopen in het Guislaingesticht (“We profiteren van de school.”⁵⁷⁸), waarna ze doorstromen tot het vaste personeelsbestand. De groei en uitbreiding van de school in de jaren 60 valt dan ook niet toevallig samen met de toename van lekenverplegers in die jaren.⁵⁷⁹

2.3 Verpleegkundigen en patiënten

Het spreekt voor zich dat al die ontwikkelingen ook een weerslag hebben op de relatie tussen patiënten en verplegers. De verpleger krijgt in vergelijking met vroeger veel meer een therapeutische rol toegeschreven, waardoor hij centraal komt te staan in het leven van de patiënt, zeker omdat andere personeelsleden maar weinig contact hebben met de patiënten (cfr. infra), zoals bijvoorbeeld de psychiaters door tijdsgebrek.

Het werk is zeker en vast niet simpelweg de pillen uitdelen, die voorgeschreven zijn door de arts (cfr. supra). Verplegers moeten in de gaten houden wat de effecten zijn, hoe het middel werkt, of het ingenomen wordt ... Ze moeten een kritische houding aannemen tegenover de

⁵⁷⁷ Lessenregisters, 1957 tot 1974, BVL 75.

⁵⁷⁸ Jaarverslag 1966, BVL 18.

⁵⁷⁹ Onthaalbrochure voor nieuwe personeelsleden, BVL 12. Omdat het beroep meer en meer een opleiding vereist, wordt het aantrekkelijker voor de middenklasse, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 99.

medicatie en in functie van de patiënt suggesties doen aan de psychiater. Enerzijds controleren ze daarom objectieve, lichamelijke factoren: polsslag, bloeddruk, temperatuur, eetlust, beweeglijkheid of net stijfheid, pupillen, huidverschijnselen (kleur, plekken), urine en stoelgang (hoeveelheid en aard) ... Daarnaast moeten ze uiteraard ook het gedrag van de patiënt nauw opvolgen om de psychische werking van de medicatie te beoordelen. Hoe verloopt de angst, labiliteit, agitatie, dwang, obsessie ...⁵⁸⁰ Een van de hoofdtaken van de verpleegkundige blijft dus de observatie, alhoewel dat zoals gezegd na verloop van tijd medicaliseert en professionaliseert.⁵⁸¹

Door de individuelere behandeling die psychofarmaca impliceren (cfr. supra), komt de verpleger veel meer in persoonlijk contact met de zieke. “Het uitdelen van de Largactil krijgt dan een sociaal karakter op het paviljoen, want de zieken komen zelf in een speciaal lokaal het medikament (sic) halen, dat in een eigen glas geschonken wordt. (...) een gelegenheid zal zijn voor het aanwezig personeel enige bemoedigende woorden tot de patiënten te sturen.”⁵⁸² Daardoor “wordt de sociale rol van de psychiatrische verpleegkundige primordiaal”. Het gesticht is niet langer een bewaarplaats, gekenmerkt door bedrust en bewaking. Na een tijd ligt de nadruk op de rehabilitatie, socialisatie en sociale integratie van de patiënt. De verpleger, als vertegenwoordiger van de normale gemeenschap, moet de patiënt daarin leiden en begeleiden via “het contact met de zieke, dat men elke dag moet vernieuwen door te leren hem beter te kennen”.⁵⁸³ De intermenselijke betrekkingen tussen verplegende en patiënt blijven niet beperkt tot puur het medisch-hygiënische (orde, netheid, discipline, goed eten, proper zijn) zoals vroeger wel vaak het geval is. De verpleger bouwt nu een persoonlijke band op met de patiënt, die daar dankzij psychofarmaca meer toe in staat is. Om die nieuwe situatie in goede banen te leiden, ontstaan er zoals gezegd allerlei nieuwe waarden en normen waaraan een verpleger moet voldoen. De kwaliteit van de verpleging ligt niet meer in de brute kracht, om agressieve patiënten te neutraliseren, maar in een fijne geest, die de persoonlijkheid van de patiënt eerbiedigt met een gepast affectief karakter, die de ziekte erkent maar niet belachelijk maakt, die zich begrijpend opstelt en actief in contact probeert te treden, zowel door een gesprek aan te knopen als non-verbaal. De verpleger

⁵⁸⁰ Psychiatrie en Verpleging, nummer 6, jaargang 3, oktober 1962.

⁵⁸¹ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 100 en 104.

⁵⁸² Psychiatrie en Verpleging, nummer 199, oktober 1957.

⁵⁸³ Psychiatrie en Verpleging, nummer 202, april 1958.

krijgt een opvoedende rol toegedicht en moet de patiënt een huiselijk, vertrouwd gevoel geven.⁵⁸⁴ Het is goed mogelijk dat, door de verruiming van het takenpakket, tegelijk ook de werkdruk verhoogt voor de verpleegkundige.⁵⁸⁵

Zelfmoord komt niet regelmatig voor, maar toch genoeg om er even bij stil te staan. Op 2 januari 1957 brengt een patiënt zichzelf om het leven door een zelf verzamelde overdosis Luminal in te nemen. Op 16 januari komt inspecteur Bruyninckx ter plaatse om het zaakje van naderbij te onderzoeken. Hij wil dat er aanpassingen gedaan worden aan de omgang met medicatie, om toekomstige voorvallen te vermijden. De eerst maatregel is dat de kast met medicijnen op slot moet, zodat enkel het personeel met een sleutel in de kast kan. Ten tweede moeten medicamenten steeds in de aanwezigheid van een broeder toegediend worden en moet hij bij de patiënt blijven om te controleren of die de medicatie wel inneemt en niet via slinkse truckjes achter de hand houdt voor later. Tot slot moeten de bedden en kleren van de patiënten regelmatig nagezien worden om medicatieverzamelingen tijdig op het spoor te komen vooraleer men genoeg heeft om zichzelf iets aan te doen. Het baat echter niet. Op 8 maart 1957 sterft opnieuw een patiënt, Oscar Kaesen. De dokters kunnen de doodsoorzaak niet precies bepalen, maar alles wijst erop dat hij zelfmoord heeft gepleegd door een grote hoeveelheid Pertranquil in te nemen. Dan rest natuurlijk de vraag hoe hij die medicatie in zijn bezit heeft gekregen en verborgen heeft kunnen houden. Ditmaal komt inspecteur Dumoulin de spijtige gebeurtenis onderzoeken. Opnieuw stelt hij dezelfde drie maatregelen voor: medicijnen in een gesloten kast; medicatie toedienen in het bijzijn van een verpleger; bedden en kleren controleren. Na dat voorval lijkt het erop dat men zijn lesje wel geleerd heeft. In de bronnen is nergens nog een spoor te vinden van zelfmoord met psychofarmaca. Dat betekent uiteraard niet dat het nadien niet meer gebeurt, de bronnen zijn te fragmentarisch om daar zeker van te zijn, maar het historisch materiaal wijst er toch op dat patiënten vanaf dan eerder naar andere zelfmoordmiddelen grijpen. Er is onder andere de melding dat een patiënt op 12 september 1961 een zelfmoordpoging onderneemt door zijn polsen met scheermesjes over te snijden. Op 11 mei 1964 overlijdt Leopold Herman door zichzelf op te hangen en op 2 februari 1966 maakt ook Hillaire Haelvoet op die manier een einde aan zijn leven. De verdrinkingsdood is ook een

⁵⁸⁴ Psychiatrie en Verpleging, nummer 6, jaargang 3, oktober 1962.

⁵⁸⁵ Hillaert, "De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling," p. 49.

manier om zichzelf van het leven te beroven. Ernest De Meyer wordt op 19 september 1966 opgenomen en krijgt de diagnose schizofrenie opgeplakt. Uit een brief op 27 augustus 1974 weten we dat hij zichzelf heeft laten verdrinken. Nochtans mag hij elke zondag vrij wandelen en zijn er geen tekenen dat hij aan zelfmoordneigingen lijdt.⁵⁸⁶ Men vraagt zich dan ook af of het misschien geen ongeluk betreft. Hetzelfde verhaal komt naar voren bij Robert René Jozef De Groot, eveneens een schizofreen patiënt die op zondag vrij mag wandelen en nooit tekenen tot zelfmoord toont, maar op 27 september 1973 dood aangetroffen wordt.⁵⁸⁷

De zelfmoorden met medicatie in de jaren 50 wijzen er vooral op dat psychofarmaca een totaal nieuwe dynamiek door het gesticht laten waaien wat betreft de relatie tussen patiënten en verplegers. Het vergt nieuwe afspraken, procedures, voorzorgsmaatregelen ... ieder moet, ten goede of ten kwade, zijn weg zoeken en vinden in de snelveranderende psychiatrie, wat een proces is van vallen en opstaan, waarbij men leert uit praktijkgevallen.

3 Paramedisch personeel

Bij de aanpassing van het jaarverslag in 1967 zijn er minder vragen over de “geestelijke verzorging” (i.e. het religieuze aspect) van de patiënten, namelijk slechts nog zes in plaats van voordien twintig. In de eerste jaarverslagen wordt dat aspect nog zeer uitgebreid en in het begin van het verslag bevraagd: hoeveel patiënten gaan er naar de mis, in de week en op zondag; hoe zit het met de biecht en het gebed; hoe verloopt de stervensbegeleiding ...⁵⁸⁸ Er komen in 1967 wel hoofdstukken bij over paramedisch, technisch, administratief en verplegend personeel. Dat valt te verklaren door het feit dat leken in steeds grotere getale te werk worden gesteld.⁵⁸⁹ De aalmoezenier bijvoorbeeld maakt idealiter nochtans ook deel uit van het psychiatrische team, om de broeders en patiënten bij te staan in hun geloof. Op 15 februari 1976 overlijdt aalmoezenier Ogiers na vijfentwintig jaar pastorale dienst, maar in de jaarverslagen uit die periode is toch regelmatig een negatief geluid te horen. Men is niet onverdeeld tevreden over zijn prestaties. Hij wordt vervangen door Paul Vanderstichele, die

⁵⁸⁶ Iemand die op zondag vrij mag wandelen buiten het gesticht, moet zich aan strikte regels houden. Bij ongeregheden worden de privileges ingetrokken. De schorsing kan tijdelijk of permanent zijn en ook een eventueel proefverlof kan de mist ingaan. Zie: jaarverslagen 1952 tot 1966, BVL 18.

⁵⁸⁷ Aangiften van suïcides, BVL 31.

⁵⁸⁸ Over het algemeen zijn dat meestal nogal negatieve antwoorden. De dagelijkse mis onder andere wordt maar weinig bijgewoond. Zie bijvoorbeeld: jaarverslag 1959, BVL 18.

⁵⁸⁹ Jaarverslag 1967, BVL 19.

zich blijkbaar beter van zijn taak kwijt. Hij heeft meer interesse en animatie voor patiënten en besteedt meer aandacht aan de eucharistieviering, zowel in de kapel als op de zalen voor bedlegerige patiënten. Er zitten meer patiënten in de zondagsmis en de biecht wordt opgewaardeerd. De aalmoezenier komt regelmatig op de afdelingen, maakt tijd voor een praatje en er is een goede samenwerking met het lekenpersoneel.⁵⁹⁰

In het jaarverslag van 1988 is volgend fragment te lezen over de voorgaande 30 jaar: “In 1954 werden de geneesmiddelen op de markt gebracht die een enorm effect hadden op de geest van de mens, zodat het beeld in de psychiatrie sterk veranderde. De jaren 60 werden gekenmerkt door een sterke uitbreiding van het personeel. Waar vroeger alleen broeders-verplegers en een aantal oppassers de zorg hadden voor de patiënten, werd het personeelskader verruimd door leken-verpleegkundigen en paramedici. Door de aanwezigheid van een eigen verplegerschool, sinds 1952 binnen de muren van het centrum gevestigd, kon men het aantal verpleegkundigen sterk uitbreiden.”⁵⁹¹

Wat betreft het personeel, moeten we het dus ook over paramedici hebben, wiens introductie in het gesticht op gang gebracht wordt door psychofarmaca (cfr. supra). Dan hebben we het niet over ziekenoppassers, zaalwachters, klusjesmannen, portiers, kuisvrouwen ... Die zijn er ook al voor psychofarmaca en geven vooral praktische ondersteuning in wat in de jaarverslagen “nevendiensten” heten.⁵⁹² Wel gaat het over psychologen, therapeuten, kinesisten ... Kortom, gespecialiseerde paramedici voor wie in het Guislaingesticht vooral plaats gecreëerd wordt vanaf de jaren 70 (zoals gezegd komen dan de socialiserende therapieën prominent in beeld).

Uitzondering is de maatschappelijke dienst, die in de loop van de jaren 60 al opgestart wordt (cfr. supra). Dat loopt echter niet van een leien dakje. In 1960 lijkt men nog geen maatschappelijk assistent te hebben. Op de vraag “Wordt de voor-, tussen- en nazorg door de M.A. (maatschappelijk assistent) degelijk waargenomen?” wordt in 1960 het volgende geantwoord: “We hebben dringend een sociaal assistent nodig voor de inrichting. Dr. K. Van Acker stond zeer negatief tegenover het werk van de S.A.”⁵⁹³ Of betekent het dat een

⁵⁹⁰ Jaarverslag 1976, BVL 20.

⁵⁹¹ Jaarverslag 1988, BVL 21.

⁵⁹² Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁵⁹³ Jaarverslag 1960, BVL 18.

persoon die in 1959 wordt aangeworven, al ontslagen is en dat men op zoek is naar een vervanger? In ieder geval is er een maatschappelijk assistent in 1961, die echter slechts 1/3 werkt. “Het Guislaingesticht beschikt nog niet over een eigen M.A. zodat geen regelmatig werk mogelijk is. Het is hoogdringend een fulltime M.A. te hebben.”⁵⁹⁴ Ondanks de nood, werkt de maatschappelijk assistent in 1962 nog altijd maar 1/3.⁵⁹⁵ Dat blijft ook zo in 1963, maar de situatie is stilaan onhoudbaar: “Wanneer een vaste M.A.! Het is hoogdringend een fulltime M.A. te hebben.”⁵⁹⁶ In 1964 klinkt het: “Gezien wij slechts over wat minder dan 1/3 M.A. beschikken laten deze zaken natuurlijk veel te wensen over.”⁵⁹⁷ Ook in 1965 is het probleem nog niet opgelost: “Beschikken slechts een dag per week over een M.A. De rest dient niet gezegd.”⁵⁹⁸ In 1965 staat het “nog niet op punt. Absoluut noodzakelijk een fulltime M. A. te hebben.”⁵⁹⁹ In 1967 “geeft de sociale dienst voldoening”.⁶⁰⁰

In 1967 is er ook een halftijdse laborant in dienst.⁶⁰¹ In 1968 is men daarnaast op zoek naar een psycholoog, daarom legt men contacten met de universiteit, desnoods om een stagiair te kunnen inschakelen. Men hoopt dat jaar ook een ergotherapeut aan te werven van de Sint-Michielschool in Brugge, omdat die psychiatrisch gevormd zijn. Ondertussen is er wel een halftijdse kinesist aangeworven en een maatschappelijk werker. Een sociaal assistent is er dan al, blijkbaar wordt er een verschil gemaakt, maar welk is niet duidelijk. De laborant werkt voortaan voltijds.⁶⁰² In 1970 besluit men over te gaan tot het aanwerven van een eerste klinisch psycholoog. Het jaar nadien wil men het paramedisch personeel uitbreiden met een bewegingstherapeut, die er dus nog altijd niet is. Een tweede maatschappelijk werker zou ook welgekomen zijn, maar de andere aanstellingen krijgen voorrang.⁶⁰³ Twee ergotherapeuten en een neuropsychiater worden wel aangeworven.⁶⁰⁴ In 1971 is er een voltijdse psycholoog in dienst met zelfs een assistent. Er zijn twee medewerkers voor EEG en

⁵⁹⁴ Jaarverslag 1961, BVL 18.

⁵⁹⁵ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁵⁹⁶ Jaarverslag 1963, BVL 18.

⁵⁹⁷ Jaarverslag 1964, BVL 18.

⁵⁹⁸ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁵⁹⁹ Jaarverslag 1966, BVL 18.

⁶⁰⁰ Jaarverslag 1967, BVL 19.

⁶⁰¹ Jaarverslag 1967, BVL 19.

⁶⁰² Jaarverslag 1968, BVL 19.

⁶⁰³ Brief, BVL 14.

⁶⁰⁴ Jaarverslag 1970, BVL 19.

radiografie. Een persoon staat in voor kinesithérapie, beweging, sport en spel.⁶⁰⁵ In 1974 zouden er twaalf paramedische personeelsleden zijn.⁶⁰⁶ In 1977 zijn er twee klinische psychologen voltijds aan de slag, net als een deeltijdse apotheker.⁶⁰⁷ In 1980 werkt de apotheker ondertussen voltijds en de klinische psychologen hebben er twee assistenten bij gekregen.⁶⁰⁸ Het is een erg fragmentarisch overzicht, maar de bronnen zijn niet altijd even duidelijk. Toch is het algemene plaatje duidelijk: eind jaren 60 en vooral vanaf de jaren 70 krijgen paramedici een plaats in het Guislaingesticht, maar het is een trage en moeizame evolutie.⁶⁰⁹ Is er onvoldoende budget? Staan de broeders weigerachtig tegenover nog meer lekeninmenging? Of zien de psychiaters de andere professionals niet graag op hun terrein komen?⁶¹⁰ Buiten misschien de apotheker en laborant, komt de rest van het paramedisch personeel nochtans niet in contact met psychofarmaca. De medische sfeer ligt grotendeels buiten hun bereik, maar zoals gezegd worden zij wel een belangrijk onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg door het toenemende belang van verschillende therapievormen.⁶¹¹ Vanaf de jaren 70 wordt de patiënt dus omringd door een multidisciplinair team van psychiaters, artsen, verplegers, sociaal assistenten, klinische psychologen, ergo- en bewegingstherapeuten, die elk hun eigen rol en specialiteit hebben. In een ideaal scenario overstijgen ze hun particulariteit door middel van overleg en dialoog en is het geheel groter dan louter de som van de verschillende diensten, maar de therapeuten huizen eind jaren 70 in een apart revalidatiecentrum en ook de psychologen en sociaal assistenten opereren los van de dienst waar de patiënt verblijft. Buiten bij manier van spreken het wekelijkse spreekuurtje, komen ze maar weinig in contact met de patiënt.⁶¹² De belangrijkste zorgverlener voor de patiënt in het gesticht is dan ook de verpleger (cfr. supra).

⁶⁰⁵ Jaarverslag 1971, BVL 19.

⁶⁰⁶ Jaarverslag 1974, BVL 19.

⁶⁰⁷ Brief aan inspecteur-generaal broeder Augustinus, BVL 31.

⁶⁰⁸ Brief, BVL 31.

⁶⁰⁹ Dat verschilt nogal van de situatie in het *Hôpital Brugmann*, waar begin jaren 50 (nog voor psychofarmaca ontstaan) al een kinesist, ergotherapeut en sociaal assistent werken, waarna het paramedisch personeelsbestand in de loop van de jaren 60 nog uitbreidt. Zie: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 122.

⁶¹⁰ Er heerst soms nogal wat concurrentie tussen verschillende beroepslagen, bijvoorbeeld psychiaters die hun legitimiteit bedreigd zien door psychologen, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 123.

⁶¹¹ Het biomedische aspect blijft wel primeren op het psychologisch onderzoek, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 124.

⁶¹² Hillaert, "De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling," pp. 40 en 49-51.

Wat tot slot in het algemeen opvalt als het op het personeel aankomt, is dat er in de onderzochte periode haast enkel mannen tewerkgesteld worden in het Guislaingesticht. Dat is natuurlijk logisch. In het begin is het nog een zwaar en onaantrekkelijk beroep dat ongeschikt geacht wordt voor vrouwen. Wanneer de inhoud van het verplegerberoep als het ware verzacht (cfr. supra), blijven vrouwen echter buiten beeld. Waarschijnlijk probeert men de broeders weg te houden van vrouwelijke aandacht. Bovendien verblijven in het gesticht ook enkel mannelijke zieken en wil men misschien vrouwelijke verpleegkundigen niet onnodig in gevaar brengen. Het is ook maar de vraag in welke mate hun autoriteit aanvaard zou zijn geweest door de patiënten. Het omgekeerde geldt trouwens ook. In *Caritas* in Melle bijvoorbeeld, dat in handen is van de Zusters van Liefde, worden enkel vrouwen opgenomen en zet men enkel verpleegsters in.⁶¹³

⁶¹³ Van Doorselaer, "Een halve eeuw behandeling," passim.

Hoofdstuk 5 - De instelling

Tot nog toe ging dit werk over eerder immateriële aspecten van de psychiatrie. Welke behandelingen worden toegepast? Hoe leven de patiënten? Hoe werkt het personeel? Hoe verhoudt dat alles zich tegenover elkaar? De fysieke, tastbare omgeving waarin die geschiedenis zich afspeelt, verdient echter ook de aandacht.⁶¹⁴ Dat speelt evenzeer mee in de wisselwerking tussen al het voorgaande. De manier waarop de zorg ruimtelijk wordt ingedeeld, hoe patiënten fysiek verdeeld worden en zich tot hun materiële leefwereld verhouden, de inrichting en infrastructuur van het gesticht ... ondervinden, zij het in verschillende mate, invloed van psychofarmaca.⁶¹⁵ Dat verloopt in het algemeen trager en moeizamer dan op de andere besproken vlakken. Stenen veranderen niet zomaar van functie of invulling. De link met psychofarmaca is daarom niet altijd even duidelijk. Het betreft een oude architectuur en infrastructuur, die totaal onaangepast is aan de nieuwe situatie in de jaren 50, 60 en 70.⁶¹⁶ Men is beperkt door die bestaande omstandigheden. Het gaat in het begin dan ook eerder over functionele aanpassingen in plaats van grote, structurele veranderingen.⁶¹⁷ Van een revolutie op korte termijn is wel zeker geen sprake in dit geval. Daarnaast is het ook zo dat vele van de veranderingen die hierna aan bod komen, ongetwijfeld ook deels te wijten zijn aan bredere maatschappelijke verschuivingen. Er is dus, net als bij andere aspecten, zeker discussie mogelijk over hoe groot het aandeel of de invloed van psychofarmaca is op de interne organisatie en het uitzicht van het gesticht.

⁶¹⁴ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 39-41.

⁶¹⁵ Zie het intermezzo voor de voorgeschiedenis en architecturale kenmerken van het Guislaingesticht. Daarnaast is er op de terreinen van het gesticht vanaf begin jaren 30 een observatiecentrum te vinden van de Gentse Universiteit, waar ook soms lessen gegeven worden. Die afdeling sluit in 1975, wanneer in het Universitair Ziekenhuis (UZ) een psychiatrische afdeling opent. Zie: Stockman, "Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut," pp. 68-9. Lange tijd staat Jacques De Busscher (1902-1966), professor in de neurologie, psychiatrie en orthopedagogiek, aan het hoofd van dat centrum. Het is interessant om te weten dat hij het niet zo begrepen heeft op de stand van de psychiatrie in de jaren 50 en 60. Volgens hem is er te weinig aandacht voor de particulariteit van elke patiënt. Behandelingen worden bepaald op basis van symptomen, zonder aandacht voor het referentiekader en het verleden van de patiënt. Die symptomen zijn volgens hem nochtans niet los te zien van de individuele mens als uniek organisme. Hij pleit daarom voor een individualisering van de psychiatrie, vooral gestoeld op psychotherapie, waar hij sterke voorstander van is. Hij heeft namelijk grote kritiek op de medicalisering van de psychiatrie, gedomineerd door een Amerikaans marktmodel waarin de psychiater de distributeur van de farmaceutische bedrijven wordt. Zie: Pat Jacobs, "Jacques De Busscher: criticus en clinicus," in: *Psychoanalytische Perspektieven*, nr. 36, 1999, pp. 65-7 en 75.

⁶¹⁶ Majerus, *Parmi les fous*, p. 42.

⁶¹⁷ Majerus, *Parmi les fous*, p. 40.

1 Ruimtelijke organisatie van de psychiatrische zorg

Bij aanvang van de onderzochte periode, verblijven de patiënten op grote slaapzalen, waar tientallen bedden staan. Privacy is onbestaande en rust is er moeilijk te vinden. Er is altijd wel iemand die roept, onrustig is, anderen lastigvalt, ruzie maakt met de verplegers ...⁶¹⁸ Zoals in de voorgaande hoofdstukken duidelijk werd, hoeven patiënten niet de hele dag in bed te blijven. Veel patiënten werken overdag (alhoewel dat soms ook op de afdeling zelf is) en 's avonds en op zondag is er ruimte voor ontspanning in een speciaal daarvoor voorzien lokaaltje. Voor de dagelijkse hygiëne zijn er lavabo's op de slaapzalen voorzien, voor de wekelijkse wasbeurt zijn er badzalen. De inspecteur haalt aan dat er nadelen verbonden zijn aan het hebben van een grote, gemeenschappelijke badzaal. Zo is er een afdeling met 140 patiënten, maar zonder eigen badgelegenheid. Dat is allesbehalve een ideale situatie.⁶¹⁹

Die ruimtelijkheid laat weinig plaats voor de individualiteit van de patiënt, die opgaat in de massa en gemeenschappelijkheid. Hij wordt niet gedefinieerd door zijn psychische ziekte. De vertoonde symptomen bepalen op welke soort afdeling hij terecht komt.⁶²⁰ De verschillende afdelingen worden in de jaren 50 namelijk nog ingedeeld op basis van gelijkaardig gedrag en de toestand van de patiënten, bijvoorbeeld (on)rustigen, onzindelijken, ziekenzaal ...⁶²¹ Daar zitten trouwens alle mogelijke leeftijden door elkaar.⁶²² Pas in 1962 is er voor de eerste keer sprake van een afzonderlijke afdeling voor "ouderen van dagen".⁶²³ De bedverpleging wordt daar niet al te streng doorgevoerd. Zolang als mogelijk is, wordt vrije beweging toegelaten om doorliggen te vermijden. Er moet dan wel op gelet worden dat de patiënten steeds een pyjama dragen.⁶²⁴ In 1964 wordt de afdeling alweer opgedoekt. Ouderen verblijven voortaan opnieuw verspreid over de andere afdelingen.⁶²⁵ Ook voor epileptici is er geen aparte afdeling voorzien, zij worden verdeeld over de verschillende slaapzalen.⁶²⁶

⁶¹⁸ Majerus, *Parmi les fous*, p. 20.

⁶¹⁹ Inspectieverslag, 27 en 29 oktober 1954, BVL 31.

⁶²⁰ Een gangbare praktijk in de psychiatrie op dat moment, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 47.

⁶²¹ Tijdens de onderzochte periode varieert het aantal afdelingen van jaar tot jaar tussen acht en elf afdelingen.

Zie: inspectieverslagen, 1952 tot 1963 en 1966, BVL 31.

⁶²² Dat is normaal in die tijd, zie bijvoorbeeld ook: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 86-7.

⁶²³ Jaarverslag 1962, BVL 18.

⁶²⁴ Jaarverslag 1963, BVL 18.

⁶²⁵ Jaarverslag 1964, BVL 18.

⁶²⁶ Jaarverslagen 1952 tot 1954, BVL 18.

Op de ziekenzaal heerst een “rustige en gezellige atmosfeer”. Een fysiek zieke patiënt is uit zichzelf waarschijnlijk al wat bedaarder. Er is isolatie mogelijk bij een besmettelijke ziekte (in de jaren 50 is er nog regelmatig eens sprake van tbc bijvoorbeeld). De patiënten op de ziekenzaal beschikken begin jaren 50 over een persoonlijk kastje waarin achter slot het een en ander bewaard kan worden.⁶²⁷ De ziekenzaal heeft geen lokaal waar op zondag ontspanning mogelijk is of waar patiënten “versnaperingen kunnen aanschaffen”. Op andere afdelingen is er wel een kantineruimte voorzien waar de maaltijden genuttigd worden.⁶²⁸

Op de afdelingen voor onzindelijken zijn enkele patiënten bedlegerig (het is trouwens goed mogelijk dat hier veel van de oudere patiënten verblijven). Anderen mogen vrij rondlopen. In de zomer worden de bedpatiënten wel eens in ligbedden in de zon geplaatst, om van de gezonde buitenlucht te kunnen genieten.⁶²⁹ “Bij schoon weer worden de 3 of 4 grootste sukkelaars buiten gebracht in een zetel.”⁶³⁰

Psychofarmaca brengen in de jaren 50 en 60 weinig ruimtelijke verandering. Isoleercellen worden minder gebruikt (cfr. supra), verder blijft de indeling in slaapzalen behouden. Patiënten wassen zich steeds in grote badzalen. Ze slapen, eten, werken samen met tientallen anderen. Grote ruimtelijke herverdelingen zijn niet aan de orde. In grote slaapzalen is het makkelijk met weinig personeel overzicht te bewaren en patiënten te controleren in tegenstelling tot wanneer ze verdeeld zijn over kleine kamertjes. Dankzij psychofarmaca worden de luidruchtige, agressieve patiënten ingetoomd. Nachtlawaai verdwijnt niet maar vermindert in ieder geval wel.⁶³¹ Die positieve evolutie lenigt misschien de nood aan een eigen kamer. Langs de andere kant blijft er een gebrek aan privacy. De patiënt wordt ongewild met de (naakte) lichamelijke van anderen geconfronteerd.⁶³²

⁶²⁷ In 1954 zijn er hier en daar persoonlijke kastjes te vinden, maar zeker niet overal. “Méér kastjes waren wenselijk.” De jaren nadien blijft de situatie dezelfde. In 1959 wordt duidelijk dat de beschikbare kastjes naar de beste patiënten gaan. Grote kleerkasten of dergelijke zijn al zeker niet beschikbaar, zelfs niet op de rustige afdelingen in 1960. In 1962 zouden de patiënten op rustige afdelingen wel beschikken over eigen kastjes met slot. In 1964 blijkt dat er nog altijd te weinig kastruimte is. In 1976 is de situatie ondertussen al beter. Op de afdeling Sint-Vincentius bijvoorbeeld worden oude kleerkasten van de andere zalen geplaatst, zodat iedereen een individuele kast heeft. Zie: jaarverslagen 1954 tot 1964, BVL 18; jaarboek 1976, BVL 20.

⁶²⁸ Jaarverslagen 1952 tot 1954, BVL 18.

⁶²⁹ Jaarverslagen 1952 tot 1955, BVL 18.

⁶³⁰ Jaarverslag 1956, BVL 18.

⁶³¹ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 15 en 75-6.

⁶³² Majerus, *Parmi les fous*, pp. 75-7.

In plaats van de groepsbenadering, impliceren psychofarmaca een kijk op het individu. In het Guislaingesticht worden de shockbehandelingen bijvoorbeeld in de jaren 60 in aparte kamertjes uitgevoerd. Er komen ook consultatielokalen. De slaapzaal is niet langer de plaats waar de dokter onderzoeken of behandelingen uitvoert.⁶³³ Wanneer de behandelingen nog meer individualiseren en socialisering de zorg binnenkomt (vooral eind jaren 60, begin jaren 70, cfr. supra), speelt het gesticht daar opnieuw op in door de beschikbare ruimte anders in te vullen. “In de huidige psychiatrie tekent zich sedert een tiental jaren een nieuwe tendens af, die naast medicamenteuze behandeling de nadruk legt op resocialisatie en dit door grondige hervormingen binnen de organisatiestructuur van de “inrichtingen”.”⁶³⁴ Een eerste effect is dat er kleinere kamers ontstaan die de grote slaapzalen vervangen (cfr. infra, dat is ook dan pas mogelijk omdat er meer plaats vrijkomt door dalende patiëntenaantallen, hier kan dus een onrechtstreekse invloed van psychofarmaca gezien worden). Daarnaast opent de psychiatrie de deuren. Publieke ruimtes worden aangesneden, denk maar aan de uitbreiding van ontspanningsmogelijkheden (cfr. supra). De patiënt wordt niet enkel in de besloten ruimte van het gesticht behandeld. Sommigen verblijven in het weekend thuis of mogen op proefverlof. Tot 1968 is elke afdeling een gesloten dienst. Vanaf 1969 is er in de jaarverslagen voor het eerst sprake van een onderscheid tussen de gesloten afdelingen en de opname- en observatieafdelingen.⁶³⁵ In de praktijk houdt dat maar weinig verschil in vergeleken met voorgaande jaren, maar in 1971 komen er open afdelingen.⁶³⁶ In de bronnen wordt daar niet veel over verteld, maar het duidt in ieder geval op de hervormende sfeer in het gesticht in die jaren, al is het maar om tegemoet te komen aan de veranderende opnamecultuur van korte (her)opnames (cfr. supra), die baat heeft bij een open psychiatrie waar patiënten snel terug kunnen uitstromen. “Het wordt hoog tijd dat men denkt, hier en elders, aan open afdelingen willen onze gestichten niet stilaan worden tot een inrichting voor oude en seniele patiënten.”⁶³⁷ Met de opening van het revalidatiecentrum (cfr. supra) worden tot slot ook in het gesticht zelf nieuwe psychiatrische ruimtes aangeraakt waar patiënten zich kunnen begeven.

⁶³³ Majerus, *Parmi les fous*, pp. 62-3.

⁶³⁴ Informatieblad personeel, jaargang 2, nr. 4, 1972, p. 2, BVL 59.

⁶³⁵ Jaarverslag 1969, BVL 19.

⁶³⁶ Jaarverslag 1971, BVL 19. Dat is wat later dan in het *Hôpital Brugmann*, waar de grote slaapzalen en gesloten afdelingen al in de loop van de jaren 60 verlaten worden, zie: Majerus, *Parmi les fous*, p. 65.

⁶³⁷ Inspectieverslag, 16 en 17 januari 1966, BVL 31.

Een ander voorbeeld van het gesticht als een al dan niet open psychiatrische ruimte, is de fysieke barrière met de buitenwereld. Op 2 maart 1933 geeft de stad Gent de toelating om langs de Francisco Ferrerlaan een afsluiting met betonstijlen en ijzerdraad te bouwen.⁶³⁸ Zoals al aan bod kwam, bouwde ook Joseph Guislain een hoge muur rond zijn gesticht. De psychiatrie bevindt zich lange tijd aan de marge van de samenleving en soms zelfs erbuiten.⁶³⁹ In maart 1982 beslist het dagelijks bestuur dat het hek rond het gesticht moet verdwijnen. “Met het wegnemen van een deel van de afsluiting brengen wij meer de tijdsgeest in onze instelling. De meeste patiënten dienen niet meer “gehouden te worden”.”⁶⁴⁰ Er waait een andere wind door de psychiatrie (en de samenleving), namelijk dat de patiënt niet meer gescheiden moet leven van de rest van de bevolking. In plaats van gans het gesticht af te sluiten, kiest men grotendeels voor openheid.⁶⁴¹ Het gesticht is niet langer de enige therapeutische plaats waar genezing mogelijk is.⁶⁴² Enkel de kwetsbaarste en gevaarlijkste patiënten worden in gesloten afdelingen opgenomen. Gans die socialiserende dynamiek, en de rol van psychofarmaca daarin, is eerder in dit werk uitgebreid besproken.⁶⁴³

De afdelingen in het gesticht worden ondertussen steeds kleiner, maar patiënten leven wel intensiever met elkaar samen. Patiëntengroepen worden opgesplitst zodat de patiënt individueler benaderd kan worden dan in de grote, onpersoonlijke slaapzalen. “Door de opsplitsing van één afdeling in drie kleinere leefgroepen wordt ook het individualiseren van de begeleiding vergemakkelijkt.” In die leefgroepen wordt een grote zelfstandigheid van patiënten verwacht als het aankomt op eten, wassen, aankleden, scheren ... Ze moeten ook huishoudelijke taken op zich nemen: de tafel dekken, de vaat doen, bedden opmaken ... Dat gebeurt via een beurtrol. Planning is belangrijk in de leefgroepen: activiteiten worden in een vast schema ingepland om orde en structuur aan de patiënten te bieden. Een belangrijk aspect is het samenleven, waarbij het socialisatieaspect primeert: contact met elkaar, met de samenleving, met personeel, met bezoekers ... De leefgroepen wonen haast in een eigen huis, compleet met leefruimtes (eet-, zit- en ontspanningshoek), slaapkamers, badkamers,

⁶³⁸ Brief, BVL 52.

⁶³⁹ Majerus, *Parmi les fous*, p. 49.

⁶⁴⁰ Vergadering dagelijks bestuur, 8 maart 1982, BVL 25.

⁶⁴¹ Majerus, *Parmi les fous*, p. 268.

⁶⁴² Majerus, *Parmi les fous*, p. 42.

⁶⁴³ Zie ook: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 65-70.

keuken, een tuintje ...⁶⁴⁴ Het spreekt voor zich dat, in dergelijke psychiatrische sfeer, de patiënt veel bewuster en actiever met zijn fysieke omgeving en medepatiënten in contact komt en er een relatie mee aangaat dan in de kille, afstandelijke slaapzalen. Zoals verderop aan bod komt, wordt het gesticht in die jaren trouwens veel warmer en huiselijker ingericht.

Enkele jaren later komen er daarnaast initiatieven rond beschut en begeleid wonen, waarbij de patiënt met een been in het gesticht en met het andere in de samenleving staat.⁶⁴⁵ Er ontstaat zo een halfopen psychiatrische ruimte, tussen het gesloten gesticht en de open samenleving. Die nieuwe organisatievormen zijn specifiek gericht op patiënten die uit de psychiatrie opnieuw in de samenleving gere-integreerd moeten worden. Op zichzelf zijn ze alleen en onaangepast, maar via die woonvormen kunnen patiënten terugvallen op opvang, hulp en steun om de overgang te maken. Enerzijds is er beschermd wonen, een soort semimuraal tussen- of doorgangshuis. De klemtoon ligt op begeleiding tijdens een kort verblijf. De opdracht is revalideren en resocialiseren door in te zetten op zelfstandigheid en progressiviteit, zodat er snel doorstroming naar het vroegere milieu kan gebeuren. Het betreft eerder de draaideurpatiënten, die even wat hulp nodig hebben om er terug bovenop te komen. Anderzijds is er beschut wonen. Hier is er een minimum aan begeleiding en ligt de klemtoon op een langdurig verblijf met andere patiënten, met wie als het ware een kleine zelfhulpgroep gevormd wordt. Het gaat dan eerder over patiënten waarvan men denkt dat het onwaarschijnlijk is dat ze ooit volledig zelfstandig zullen kunnen leven.⁶⁴⁶

2 Infrastructuur en inrichting

In 1954 is er een document met “enige wetenswaardigheden als bijvoegsel van het jaarverslag”. Er valt te lezen dat het buitenwerk geschilderd is en dat het elektrisch licht aangepast is met nieuwe buizen als “lamplichten”. Bestaande leidingen worden vervangen. Voorts zijn er nieuwe bedden, nachttafels, stoelen, kasten, ijzeren wagentjes en brancards. Het labo en de apotheek zijn vernieuwd en er is een zuurstofapparaat aangeschaft.⁶⁴⁷ Echt grote infrastructurele werken zijn dat niet. Nochtans kampt het gesticht met een zeer groot

⁶⁴⁴ Infoblad Guislain, jaargang 1, nummer 1, pp. 18 en 21 en 29, 1985, BVL 11.

⁶⁴⁵ Psychiatrie en Verpleging, nummer 3, jaargang 24, mei 1983 is een themanummer gewijd aan die nieuwe psychiatrische woonvormen.

⁶⁴⁶ Infoblad Guislain, jaargang 1, nummer 1, pp. 18 en 21 en 29, 1985, BVL 11; jaarverslag 1988, BVL 21.

⁶⁴⁷ Jaarverslag 1954, BVL 18.

structureel probleem, namelijk plaatsgebrek op alle vlakken. Om te beginnen is er te weinig badruimte voor alle patiënten, vandaar dat ze zich met velen tegelijk in een grote badzaal moeten wassen. De ontspanningsruimte wordt ook te beperkt gevonden.⁶⁴⁸ Men klaagt daarnaast regelmatig over het feit dat er te weinig plaats is in de slaapzalen.⁶⁴⁹ In 1952 schrijft de inspecteur dat het opvallend is dat “patiënten op alle afdelingen opeengepakt zitten”. Daaruit mogen we gerust afleiden dat het gesticht overbevolkt is.⁶⁵⁰ Dat zorgt voor te drukke eet-, bad- en slaapzalen.⁶⁵¹ In het algemeen remt het plaatsgebrek kwalitatieve zorg af. “Zeer nijpend plaatsgebrek beletten de broeders goede idées (sic) uit te werken.”⁶⁵² “Moeten de patiënten zo maar altijd in dezelfde zaal vertoeven tussen 2 stellen bedden? Weinig verkwikkend en aanmoedigend.”⁶⁵³ Men beseft de problematische aard van de situatie, maar in de oude gebouwen is het moeilijk om uit te breiden. Plaatsgebrek blijft daarom lange tijd een probleem, ook in 1970 nog: “Men dringt er wel op aan, om het mogelijke te doen om het aantal patiënten op de afdelingen te verminderen. Te grote groepen zijn nadelig op alle gebied. Eerste plaats en ruimte scheppen.”⁶⁵⁴

In de jaren 50 laat de infrastructuur dus in het algemeen te wensen over. In elk jaarverslag wordt opgemerkt dat het gesticht te klein, te verouderd, te vol ... is. Er wordt geen extra ruimte gecreëerd, noch door bij te bouwen, noch door dalende patiëntenaantallen (dat gebeurt immers pas later, cfr. supra). De ruimte blijft beperkt, maar men verwacht wel een betere atmosfeer “als de zalen zullen opgeschikt zijn en geverfd”.⁶⁵⁵ In het begin van de jaren 60 begint het gesticht namelijk sterk van uitzicht te veranderen. De inrichting ondergaat vanaf dan een grote transformatie. “Links en rechts ziet men enkele nieuwe, moderne meubelen: zetels, canapés.”⁶⁵⁶ In 1963 stelt de inspecteur: “Het Guislaingesticht krijgt vanbinnen een gans nieuw uitzicht. Geleidelijk komt men rond met het herschilderen en het aanpassen van de bemeubeling om op alles een moderne stempel te drukken: zachte en aangename kleuren, kleuren op de kasten, tafelbladen in levendige kleuren, stalen

⁶⁴⁸ Brief, BVL 52.

⁶⁴⁹ Jaarverslag 1955, BVL 18.

⁶⁵⁰ Inspectieverslag, 4 december 1952, BVL 31.

⁶⁵¹ Jaarverslag 1964, BVL 18.

⁶⁵² Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁶⁵³ Jaarverslag 1955, BVL 18.

⁶⁵⁴ Jaarverslag 1970, BVL 19.

⁶⁵⁵ Jaarverslag 1955, BVL 18.

⁶⁵⁶ Inspectieverslag, 8 tot 10 december 1962, BVL 31.

stoelen. De gewone dagelijkse schoonmaak wordt nergens vergeten!” “Geleidelijk worden al de afdelingen onder handen genomen om zo een modern uitzicht te geven.”⁶⁵⁷ In 1964 meldt het jaarverslag dat de ziekenzaal “dit jaar nog gezelliger zal worden”.⁶⁵⁸ En inderdaad, in 1965 klinkt het als volgt: “Dit jaar is de ziekenzaal totaal van aanschijn veranderd.”⁶⁵⁹

Het gesticht wordt huiselijker, warmer, moderner ingericht. Er is een duidelijke evolutie op dat vlak in inspectierapporten. In de jaren 50 is er vaak sprake van een onaangepast, verouderd gesticht, maar in het midden van de jaren 60 zijn er vooral lovende woorden na de modernisering, aanpassingen en verbeteringen: “Guislain is onze meest aangepaste inrichting. Men heeft er buiten het gewone schilderswerk aan gedacht de leefruimten voor de zieken eveneens te moderniseren. Zo kan deze inrichting haar woordje meespreken, hoe men van een oude inrichting een aangepaste inrichting kan maken.”⁶⁶⁰ Ook in de jaren 70 blijft men op verschillende afdelingen bezig met “nieuwe schilderbeurt, leefmilieu verruimen, aanpassen en moderniseren”.⁶⁶¹ Om een dergelijk verouderd gesticht te transformeren in een moderne instelling, is er heel wat werk nodig, zeker omdat de patiënten ondertussen in het gesticht blijven wonen. Het is een moeilijk werk van lange adem tot de verscheidene afdelingen geschilderd of behangen zijn om zo van het gesticht een aangename leefomgeving te maken.⁶⁶² In die jaren worden daartoe ook tapijten, boekenkasten, zetels, kasten, radio’s, een tweedehands flipperkast, overgordijnen en gordijnstof, tafelkleden, binnenhuisinrichting, een salontafel, servetten, matrassen, bedspreiën, dekens ... aangekocht.⁶⁶³ “De afdeling is er veel fraaier op geworden, gezelliger. Het nieuw meubilair (zetels + tafeltjes) dat wij gekregen hebben draagt ertoe bij een huiselijke sfeer te scheppen op de zaal. Het enige dat nu nog ontbreekt zijn enkele tapijten: de aankoop ervan werd door de directie (sic) goedgekeurd en staat op de begroting van volgend jaar, samen met de kleurentelevisie.”⁶⁶⁴

⁶⁵⁷ Inspectieverslag, 20 tot 23 maart 1963, BVL 31.

⁶⁵⁸ Jaarverslag 1964, BVL 18.

⁶⁵⁹ Jaarverslag 1965, BVL 18.

⁶⁶⁰ Inspectieverslag, 26 tot 28 februari 1966, BVL 31.

⁶⁶¹ Jaarverslag 1972, BVL 19.

⁶⁶² Jaarverslag 1974, BVL 19; jaarboek 1976, BVL 20; informatieblad personeel, jaargang 1, nr. 3, p. 3, 1971, BVL 59.

⁶⁶³ Jaarboek 1975, BVL 20; dossiers provisionele prijs, 1978 en 1979, BVL 56.

⁶⁶⁴ Jaarboek 1976, BVL 20.

Niet enkel wordt het gesticht aangekleed, de slaapzalen verbrokkelen. In de jaren 60 worden al pogingen ondernomen tot compartimentering door strategisch kasten te plaatsen, waardoor een kamergevoel ontstaat voor de patiënt.⁶⁶⁵ Dat is een doekje voor het bloeden. Privacy is er allerm minst, in tegenstelling tot geluids- en andere hinder. In de jaren 70 worden de afdelingen grondig onder handen genomen en gesplitst in functie van kleinere leefgroepen (cfr. supra). In 1975 wordt er bijvoorbeeld verbouwd op de opnamedienst. Van een slaapzaal worden vijf kamers van vijf bedden gemaakt, met per kamer drie lavabo's en een toilet. Daarnaast zijn er vijf individuele kamers met lavabo. Die kamers delen een gemeenschappelijke douche en toilet. Een andere slaapzaal wordt eveneens zo heringericht. "De patiënten kunnen beter geselecteerd (sic) worden, oudjes bij oudjes, rustige patiënten, storende patiënten, enz." Het nadeel is wel dat het minder overzichtelijk is voor de nachtwaker dan de grote slaapzalen. Men wil niet aan klassenpsychiatrie doen: "De kamers voor één persoon zouden in de toekomst enkel mogen gebruikt worden voor de patiënten die alleen moeten liggen omdat hun ziekte dat vereist (bv. woelige zieken) en niet door de patiënten die er financieel beter voor staan. De dokter en het verplegend personeel beslissen wie er voor een afzonderlijk kamer in aanmerking komt. Het financiële aspect (sic) zou hier geen rol mogen spelen."⁶⁶⁶ In de jaren 70 komen er nog individuele kamers bij.⁶⁶⁷

Het gelaat van het Guislaingesticht wijzigt dus grondig in de periode 1950-1975.⁶⁶⁸ In plaats van een vol, onaantrekkelijk, onpersoonlijk massagesticht is er een moderne, huiselijke instelling, gericht op het individu. Psychofarmaca zorgen misschien niet letterlijk voor een nieuw uitzicht of een moderne infrastructuur, maar de veranderingen die ze in gang zetten, leiden op hun beurt tot een nieuwe indeling en inrichting van psychiatrische ruimtes. Tot slot nog de opmerking dat al de besproken veranderingen vanaf eind jaren 60, begin jaren 70 (open psychiatrie met individuele kamers in plaats van slaapzalen) ook onder antipsychiatrische druk tot stand komen.⁶⁶⁹

⁶⁶⁵ Inspectieverslag, 8 tot 10 december 1962, BVL 31.

⁶⁶⁶ Jaarboek 1975, BVL 20.

⁶⁶⁷ Jaarverslag 1976, BVL 20.

⁶⁶⁸ In een onthaalbrochure voor nieuw personeel (het jaar is onbekend, vermoedelijk medio jaren 80) wordt verteld dat psychofarmaca een grote impact hebben gehad op de geest van de mens en het beeld van de psychiatrie hebben veranderd. Zie: onthaalbrochure voor nieuwe personeelsleden, p. 5, BVL 12.

⁶⁶⁹ Ik ga daar niet dieper op in, maar zie bijvoorbeeld: Majerus, *Parmi les fous*, pp. 78-81 en 257-286.

Algemeen besluit

Deze masterproef behandelde drie problematieken omtrent psychofarmaca.

Ten eerste zijn heel wat mensen, ook gebruikers van psychofarmaca, niet op de hoogte van de oorsprong van die middelen en hun plaats in de geschiedenis van de psychiatrie. Vandaag zijn psychofarmaca dominant in de psychiatrie, omdat oudere behandelingen uit beeld zijn verdwenen. We zien daar tegenwoordig geen sporen meer van, waardoor de aandacht voor dat verleden verslapt. Men staat bijgevolg niet stil bij het feit dat psychofarmaca een jonge evolutie zijn in de psychiatrie. Midden jaren 50 van de vorige eeuw komen ze echter pas op de markt en in de jaren 60 breken ze algemeen door. De geschiedenis van de psychiatrie begint in zekere zin nochtans reeds vele duizenden jaren geleden, wanneer de eerste mensen boze geesten uit het hoofd van de geesteszieke willen verjagen met behulp van schedelboringen. In de oudheid legt Hippocrates dan de oorzaak van de ziekte via zijn humeurenleer in het lichaam zelf. Tijdens de middeleeuwen wordt dat aangevuld met bijgeloof, religieuze tradities, natuurlijke en magische middeltjes ... Aangezien dat geen genezing brengt, worden krankzinnigen opgesloten. Vastgeketend worden ze aan hun lot overgelaten. Doorheen de vroegmoderne periode probeert men her en der rationeel en natuurwetenschappelijk op te treden, maar in de praktijk blijft men geesteszieken toch vooral zonder zorg opsluiten. Het kantelpunt komt er rond 1800, wanneer de krankzinnige door de morele therapie verlost wordt van zijn boeien. Het gesticht als therapeutisch instrument is het alternatief voor de mensonterende toestanden en dwangmiddelen. Een andere tegenreactie is de biologisch en organisch georiënteerde benadering. De geestesziekte wordt gezien als een hersenziekte, een biologisch, lichamelijk defect. De moderne psychiatrie wordt geboren, waarin men voor het eerst wetenschappelijk probeert om de zieke van zijn ziekte te genezen. De laatste twee eeuwen ontstaan in sneltempo nieuwe biologisch-neurologische theorieën en wetenschappelijke inzichten, die ons meer kennis over geestesziekten en de werking van de hersenen verschaffen. Het leidt tijdens het interbellum tot experimenten als de malaria-, slaap- en insulinekuur, cardiazol- en elektroshocks en de lobotomie, die meestal uitgaan van hersenproblemen als oorzaak van psychiatrische aandoeningen. Uiteindelijk zal de biologische behandeling culminereren in het ontstaan van de nieuwe, chemische medicaties. Die zijn met andere woorden het resultaat

van nieuwe ontdekkingen, maar evengoed van tendensen die al veel langer gaande zijn. Er bestaat naast de biologische benadering bijvoorbeeld al langer een medicamenteuze traditie van slaap- en kalmeringsmiddelen in de psychiatrie, onder andere tijdens de bed- en badverpleging. Toch lijken psychofarmaca grotere successen te boeken dan welke eerdere behandeling dan ook, zeker als ze vergeleken worden met vroegere vormen van psychiatrie.

Dat brengt ons bij het tweede punt. Er zijn namelijk verscheidene waarderungen mogelijk van psychofarmaca. Optimistische voorstanders spreken van een voordelige “chemische revolutie”. Ze menen dat psychofarmaca ongeziene geneesmiddelen zijn, die op allerlei vlakken positieve effecten hebben tegenover vroegere vormen van psychiatrie. Ze baseren zich voornamelijk op de *effectiveness* van psychofarmaca, dat zijn de historische effecten en toenmalige resultaten die ze in de psychiatrie verwezenlijken. Patiënten komen tot rust en verliezen hun agressie. Angst, spanning en luidruchtig gedrag worden ingeperkt. Fysieke dwangmiddelen zoals dwangbuizen en isoleercellen verliezen terrein dankzij de “chemische stilte”. Oudere medicijnen verdwijnen al in de jaren 50 en de shockbehandelingen, die vaak eerst gecombineerd worden met psychofarmaca, gaan definitief ten onder in de eerste helft van de jaren 60. Ze verliezen hun nut, want psychofarmaca lijken zelf de patiënten te kunnen genezen. Met pillen kan snel, effectief en efficiënt psychische verbetering gebracht worden. Resocialisatie en revalidatie worden kernbegrippen, want psychofarmaca maken door hun snelle genezing de baan vrij voor een terugkeer van de zieke naar de samenleving. De nieuwe therapieën (ergo-, arbeids-, socio-, psycho- ... therapie), waar de rustige patiënt voor openstaat, spelen daarop in door een nadruk op de socialiserende component. Patiënten kunnen het gesticht verlaten en zich re-integreren in de maatschappij. De gestichten lopen leeg door het proces van de-institutionalisering. De totale instellingen, die ook zware antipsychiatrische kritiek te verduren krijgen, eroderen. Chronische patiënten worden ontslagen, nieuwe patiënten vinden extramurale hulp bij poliklinieken, privépraktijken en huisartsen. Opnames in een gesticht verminderen en verkorten, wat een goedkopere geestelijke gezondheidszorg mogelijk maakt. De patiënten die er wel nog verblijven, leven bovendien in een veel opener regime dan voorheen (open afdelingen, proefverlof, dagklinieken ...). Nieuwe psychiatrische woonvormen, bijvoorbeeld begeleid en beschermt wonen, worden ook veel huiselijker gebouwd en warmer ingericht dan de grote, onpersoonlijke slaapzalen van weleer. Er komen kleinere of zelfs individuele kamers.

Psychofarmaca impliceren trouwens in het algemeen een individuelere zorg. De medicatie moet op de specifieke patiënt afgestemd worden. De psychiater, die dankzij de genezende kracht van psychofarmaca meer zelfvertrouwen krijgt in zijn medisch kunnen, moet daarom in dialoog gaan met de patiënt. Ook de verpleegkundige, wiens werk medicaliseert en professionaliseert door psychofarmaca, treedt in een therapeutisch contact met de patiënt.

Op het eerste gezicht brengen psychofarmaca dus enkel maar vooruitgang in de psychiatrie, ware het niet dat er ook kritische geluiden bestaan. Er zijn wel degelijk nadelen aan de medicatie verbonden, die weliswaar minder aan bod komen. Die komen voornamelijk naar voren als er achteraf naar de theoretische *efficacy* van psychofarmaca gekeken wordt, bijvoorbeeld via klinische studies op langere termijn. Een eerste problematisch aspect is dat psychofarmaca enkel symptomen onderdrukken zonder de ziekte in de kern aan te pakken. Revolutionair zijn ze dan niet te noemen, ze werken überhaupt niet eens genezend. Een goed voorbeeld daarvan zijn de vele draaideurpatiënten, die regelmatig hervallen en meerdere keren in hun leven moeten heropgenomen worden. Medicatie is niet de oplossing, want het wekt enkel de illusie van genezing door emoties uit te schakelen of af te vlakken en het gedrag van de patiënt te vervormen. Radicale tegenstanders van psychofarmaca spreken daarom soms van de “chemische lobotomie”. In plaats van de vroegere uitwendige, fysieke dwangmiddelen tegen het lichaam zien zij nu chemische dwangmiddelen die inwendig de geest in bedwang houden. Bovendien mag, om die genezingsillusie hoog te houden, de medicamenteuze behandeling niet gestopt worden. Het jarenlang nemen van een symptoombestrijdende onderhoudsdosis kan echter leiden tot misbruik, lichamelijke bijwerkingen en verslaving of net tolerantie en gewenning. Tot slot kunnen vraagtekens geplaatst worden bij de bedenkelijke rol die farmaceutische bedrijven spelen. Zij zouden, via reclame en de DSM, de vraag naar psychofarmaca beïnvloeden en kunstmatig hoog houden.

Of het nu een positieve, negatieve dan wel gewoon een dubbelzinnige ontwikkeling is, die niet eenduidig voor- of nadelen met zich meebrengt, het valt niet te ontkennen dat het ontstaan van psychofarmaca ingrijpende gevolgen heeft op economisch, medisch, sociaal, maatschappelijk, wetenschappelijk ... vlak. Er bestaat dan ook onnoemelijk veel literatuur over het onderwerp. Maar, en dat is de derde en grootste problematiek die in dit werk is behandeld, al dat onderzoek blijft meestal hangen op een institutioneel of structureel macroniveau. Er wordt vaak abstract en theoretisch over nagedacht en geschreven,

waardoor de aandacht voor de dagelijkse, praktische impact van psychofarmaca er wat bij inschiet. Door de Guislaincasus historisch te onderzoeken op microniveau, heb ik getracht om na te gaan hoe psychofarmaca in verband kunnen gebracht worden met allerlei alledaagse uitdagingen, moeilijkheden, vernieuwingen, ervaringen ... in een psychiatrisch gesticht in de periode 1950-1975. Met andere woorden, het onderzoek geeft een antwoord op de vraag hoe de chemische medicatie de psychiatrie al dan niet verandert.

Het is nogal vanzelfsprekend dat de gebruikte behandelingen in het Guislaingesticht wijzigen in de onderzochte periode. Begin jaren 50 zijn de shockbehandelingen en oude slaap- en kalmeermiddelen nog de standaard. Wanneer psychofarmaca midden jaren 50 het gesticht binnenkomen, gebeurt dat in eerste instantie voorzichtig en afwachtend. Slechts een handvol patiënten krijgen de chemische medicatie. Reeds bestaande behandelingen blijven dominant. Na enkele jaren worden psychofarmaca wel meer ingezet. Door hun sedatieve werking is dat voorlopig vooral in combinatie met de shockbehandelingen of als slaap- en kalmeermiddelen. Oudere medicijnen worden over het algemeen daarom al in de jaren 50 vervangen door psychofarmaca. Ook fysieke dwangmiddelen, isoleercellen en restanten van de badverpleging worden snel verdrongen. Begin jaren 60 worden psychofarmaca meer en meer gebruikt en ontgroeien ze hun supplementsfunctie. Ze worden gaandeweg een behandeling op zich. In de eerste helft van de jaren 60 krijgen de oudere shockbehandelingen dan ook de definitieve genadeslag. Op therapeutisch vlak volstaat de medicatie op zich echter niet, want enkel symptomen worden bestreden. In de loop van de jaren 60 worden daarom allerlei nieuwe therapievormen verkend (de arbeidstherapie, die al ruim aanwezig is, wordt ook meer begeleid en als therapeutisch instrument gezien). Toch zullen die therapieën pas eind jaren 60 en vooral vanaf de jaren 70 doorbreken. Dan wordt er meer plaats, tijd, personeel en middelen aan besteed. De therapieën worden dan namelijk ingeschakeld in de revalidatie, resocialisatie en re-integratie van de patiënt, aspecten van de zorg die op dat moment sterk op de voorgrond treden. Patiënten moeten een normaal leven leiden, in contact blijven met vrienden en familie en niet vervreemden van de buitenwereld. Opvallend is ook dat de aangeboden ontspanningsmogelijkheden daar vanaf de jaren 70 bij betrokken worden. Terwijl de patiënt voorheen passief binnen de muren van het gesticht gehouden wordt, trekt men dan wel de stad in, waar hij op verkenning kan gaan in de maatschappij en contact kan leggen met mensen. Het is wel belangrijk om te beseffen dat

medicatie ook in de jaren 70 de basis van de psychiatrische behandeling blijft, dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat men nieuwe middelen blijft zoeken en proberen. Dat is logisch, want het is maar door de medicatie dat veel patiënten vatbaar zijn voor socialisatie.

Die ontwikkelingen hebben een uitwerking op de patiëntcijfers. We merken bijvoorbeeld dat ontslagcijfers pas eind jaren 60 en vooral vanaf begin jaren 70 sterk toenemen. Psychofarmaca brengen al langer psychische verbetering, maar niet voldoende om patiënten massaal te ontslaan. Ze bestrijden zoals gezegd enkel symptomen. Het is dus pas als ze aangevuld worden met socialiserende therapieën, dat het aantal ontslagen merkbaar toeneemt door de versterkende relatie tussen die twee evoluties. Vreemd genoeg neemt op hetzelfde moment het aantal opnames toe. Uit de daling van het aantal verpleegdagen per jaar kunnen we echter afleiden dat ook in het Guislaingesticht chronische verblijven evolueren naar korte heropnames, wat de toenemende opnamecijfers nuanceert. Dat alles zorgt er, samen met nieuwe vormen van psychiatrische zorg buiten de instelling, voor dat patiëntenaantallen in het gesticht duidelijk afnemen. Die cijfers stijgen ononderbroken tot 1950. Dan zijn er 720 patiënten in het gesticht, maar in 1976 zijn het er al maar 573 meer.

Dat alles heeft eveneens een weerslag op het leven van de gestichtpatiënt. Die krijgt niet alleen te maken met allerlei lichamelijke bijwerkingen van de medicatie, ook zijn gedrag en emoties worden uiteraard gemodificeerd. Agressie en oproer maken plaats voor rust en stilte. Dat betekent niet dat elke patiënt vredevol zijn dagen doorbrengt. Geweld, ontsnappingen en zelfmoord(poging)en nemen misschien af, maar verdwijnen zeker niet volledig. Het blijven vaak de enige manieren voor de patiënt om ongenoegen, om welke reden dan ook, te uiten. Hij kan ook de medicatie weigeren in te nemen, maar door de strikte controle ligt die vorm van verzet niet voor de hand. Langs de andere kant is het niet ondenkbaar dat psychofarmaca, later in combinatie met socialiserende therapie, het leven van de patiënt ook aangenamer maken. De patiënt zit niet in een isoleercel of ligt vastgebonden op zijn bed, maar kan vrij rondwandelen en deelnemen aan activiteiten. (Mede)patiënten besteden meer aandacht aan hun persoonlijke hygiëne, kledij en uiterlijk. Op vlak van lucifers, messen, persoonlijke bezittingen ... gaat het personeel lossier om met de rustige, betrouwbare patiënten, waardoor de sfeer in het gesticht verandert. Het is in dergelijke kleine, moeilijk detecteerbare, dagelijkse gewoontes, afspraken en handelingen dat er wel degelijk een invloed merkbaar is van psychofarmaca op het leven in het gesticht.

Ook het werk van het quasi uitsluitend mannelijk personeel ondergaat evoluties onder invloed van psychofarmaca, zowel inhoudelijk als in relatie tot patiënten en andere personeelsgroepen. Geneesheren zijn enkel in de voormiddag aanwezig in het gesticht, bijvoorbeeld omdat ze lesgeven op de nabijgelegen school voor psychiatrische verpleegkunde. Bovendien blijft het aantal psychiaters tijdens de onderzochte periode beperkt tot twee. Alhoewel hun werk in het gesticht zeker en vast anders ingevuld wordt in het psychofarmacologische tijdperk (bijvoorbeeld individuele medicatiebehandelingen voorschrijven in plaats van een gestandaardiseerde shock toe te dienen) en meer gewaardeerd wordt (de psychiater als zelfzekere medicus), is er te weinig tijd om met alle patiënten voldoende persoonlijk contact te onderhouden via consultaties. Dat is nochtans belangrijk om de effecten van de medicatie op te volgen en zo nodig bij te sturen. Hier komt de verpleegkundige meer op de voorgrond. Terwijl die voorheen eerder een uitvoerend verlengstuk is van de psychiater, moet die laatste nu vertrouwen op de observatie van de verpleegkundigen. Zij dienen medicatie toe (waar allerlei regels en procedures voor ontstaan, denk maar aan het medicamentenboek of de maatregelen na de zelfmoorden), begeleiden en volgen de patiënt dagelijks op, melden problemen ... De verpleger wordt een therapeutische schakel die interdisciplinair moet samenwerken. Tot het multidisciplinaire team behoren vanaf eind jaren 60, begin jaren 70 ook allerlei therapeuten (dat is zoals gezegd opvallend later dan in sommige andere gestichten). Zij komen net als de psychiaters echter maar weinig in contact met de patiënten. Het is voornamelijk de verpleegkundige die centraal staat in de zorgverlening door constant een erg veelzijdige (medisch, hygiënisch, psychiatrisch, opvoedkundig, psychologisch, socialiserend ...) en persoonlijke relatie aan te gaan met de patiënt. Zoals aan bod kwam, leidt dat tot een paradoxale positie van de psychiater. Enerzijds vergroot het aanzien, het kunnen en het vertrouwen in en van de psychiater, die anderzijds zijn positie en legitimiteit ondermijnd ziet door een grotere rol voor verpleegkundigen en allerlei nieuwe therapeuten.⁶⁷⁰ Opvallend tot slot wat betreft het personeel is dat, met de medicalisering en professionalisering van het verpleegkundig beroep, de religieuze verplegers in de jaren 60 overvleugeld worden door lekenpersoneel.

⁶⁷⁰ Dat is echter een specifiek kenmerk van het Guislaingesticht. Het is goed mogelijk dat er op andere plaatsen meer psychiaters voor minder patiënten zijn, waardoor die twee groepen veel meer rechtstreeks met elkaar kunnen communiceren (alhoewel er overal meer patiënten ontslagen worden en extramurale hulp belangrijker wordt).

Op (infra)structureel en organisatorisch vlak zijn er ook verschuivingen merkbaar in de onderzochte periode. Door de beperkingen van de oude architectuur van de gebouwen, verloopt dat wel behoorlijk traag. De link met psychofarmaca is daardoor niet altijd makkelijk te leggen. Op korte termijn gaat het eerder over kleine aanpassingen om toch ietwat aan de nieuwe situatie tegemoet te komen. Zo gaat men bijvoorbeeld kasten opstellen tussen de bedden op de slaapzalen om het kamergevoel op te wekken. Het gesticht kampt echter met plaatsgebrek op alle vlakken, dus worden de grote bad-, eet- en slaapzalen lange tijd behouden. Dat is dan namelijk een efficiënt gebruik van de beschikbare ruimte. De verschillende afdelingen, waar patiënten met vele tientallen samen zitten op basis van hun gedrag, maken het ook makkelijk om het overzicht te bewaren. Wanneer de psychiatrische zorg steeds individueler wordt en patiëntenaantallen afnemen, komt er ruimte om de grote slaapzalen te vervangen door kleinere kamers met apart sanitair. Terwijl opent het gesticht letterlijk de deuren naar de samenleving. De muur rond het gesticht wordt neergehaald en er ontstaan kleinere (half)open afdelingen, die een mooie aanvulling zijn op de socialiserende therapieën, temeer omdat patiënten er in groep samenleven. Ondertussen is het gesticht tijdens de jaren 60 geëvolueerd van een verouderd, onaantrekkelijk, onaangepast instituut naar een verbeterde, moderne, warme, kleurrijke en huiselijk ingerichte instelling. Er wordt geschilderd en behangen, er komen tapijten en gordijnen, men krijgt allerlei nieuwe meubels ...

Er is steeds discussie mogelijk over hoe groot nu het aandeel is van psychofarmaca in de besproken veranderingen. De medicatie op zich is zeker niet de enige factor die in rekening gebracht moet worden. Het valt echter niet te ontkennen dat psychofarmaca een breukmoment zijn in de geschiedenis van de psychiatrie. Er zijn uiteraard continuïteiten van oudere behandelingen en sommige vernieuwingen komen al eerder op gang. In het Guislaingesticht is er daarom zeker geen sprake van een allesomvattende revolutie die op een paar jaar tijd gans het gesticht overneemt. In het begin is er een afwachtende houding. Men probeert de nieuwe middelen voorzichtig uit, men neemt de tijd en men doet inspanningen om ze te leren kennen en gebruiken, men ondervindt moeilijkheden ... Men geeft zeker niet zomaar meteen aan elke patiënt pillen vanuit een blind vertrouwen in de medicatie. Men integreert de medicatie in eerste instantie vooral in bestaande behandelingen en structuren. Het gesticht functioneert en evolueert volgens een eigen

dynamiek op basis van de instellingsspecifieke kenmerken en historische erfenis. Veranderingen door psychofarmaca komen daardoor trager op gang dan in sommige andere gestichten in die jaren misschien het geval is. De “tango” die Pieters en Majerus zien tussen continuïteiten en discontinuïteiten is voor deze casus dan ook goed van toepassing.

Uiteindelijk is er wel een evolutie naar een dominante, centrale rol van psychofarmaca. Het dagelijkse leven in het gesticht en de psychiatrische praktijken zijn op langere termijn daarom aan heel wat veranderingen onderhevig die inderdaad met psychofarmaca verbonden kunnen worden. Zeker als we de onderzochte periode in zijn geheel met vorige perioden in de geschiedenis van de psychiatrie contrasteren, vallen heel wat verschillen op en zijn in de casus quasi alle algemene tendensen te onderscheiden die ook in de literatuur naar voren komen. Ik sluit me dan ook aan bij Stockman, die stelt dat de sfeer in het Guislaingesticht verandert door psychofarmaca, omdat ze nieuwe perspectieven openen in de psychiatrische zorg. Het is een nieuwe periode in de geschiedenis van de psychiatrie, die het gelaat van het gesticht grondig wijzigt.⁶⁷¹

⁶⁷¹ Stockman, “Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut,” pp. 58 en 70.

Reflectie en perspectieven op verder onderzoek

In mijn onderzoek heb ik getracht om met een microhistorische casestudie de bestaande literatuur aan te vullen. Ik heb daarbij vooral gefocust op het dagelijkse leven en de psychiatrische praktijk in het gesticht. Een eerste moeilijkheid daarbij is de bronnensituatie. Die is voor deze casus nogal beperkt. In de inleiding kwam aan bod dat de geschiedenis van de psychiatrie vaak geschreven wordt op basis van top-downbronnen, een val waar ik misschien ook ietwat in ben gelopen. Een historicus is natuurlijk altijd afhankelijk van het beschikbare bronnenmateriaal, maar de stemmen, ervaringen, mentaliteiten en getuigenissen van patiënten, psychiaters, verplegers, paramedici, bezoekers ... zouden in verder onderzoek zeker meer aan bod mogen komen om niet al te dicht bij de schriftelijke bronnen te blijven, bijvoorbeeld via mondelinge geschiedenis en egodocumenten. Jammer genoeg zijn dergelijke bronnen maar weinig terug te vinden, vermoedelijk ook wat betreft andere casussen. Dat brengt ons meteen bij een tweede mogelijke verdere onderzoekspiste. Er is omtrent de tweede helft van de 20e eeuw namelijk nog heel wat onderzoek nodig omtrent andere gestichten. Dat zou dan samen met dit en ander werk gecombineerd kunnen worden in een comparatieve studie, om de bevindingen uit de verscheidene casussen af te toetsen en te nuanceren. Door in mijn onderzoek grotendeels de interne huishouding van het Guislaingesticht onder de loep te nemen, is tot slot de patiënt die buiten het gesticht leeft, onaangeroerd gebleven als onderzoekslijn, alhoewel psychofarmaca in zijn leven waarschijnlijk ook heel wat veranderingen teweegbrengen. In het algemeen zou het trouwens aangewezen zijn om het onderzoek nog meer in de bredere maatschappelijke context in te bedden, waar de psychiatrie, zeker in deze psychofarmacologische tijden, niet los van kan gezien worden.

Opgave van bronnen en literatuur

1 Onuitgegeven bronnen

Archief Provinciaal der Broeders van Liefde, Stropkaai 119, 9000 Gent

Afdeling 8: huizen

Communauteit Heilige Engelen, 1815 - ...

Psychiatrische zorg - P.C. Dr. Guislain

Prospectussen

- 11 Verzameling prospectussen

Personeel

- 12 Loonboek 1960-1961, onthaalbrochure nieuwe personeelsleden, arbeidsreglement 1981
- 13 Stukken betreffende Dr. Ingels, D'Haenens, Teirlinck, Van Acker 1931-1964 en aalmoezeniers Segers, Eeckhout, Ogiers, Vanderstichele 1928-2012, personeelslijsten 1955-1990, enkele stukken betreffende individuele personeelsleden
- 14 Overige stukken met betrekking tot personeel (fragmenten) 1953-1997: aanwervingen, benoemingen, syndicale vertegenwoordiging etc.

Patiënten

- 17 Overige stukken met betrekking tot patiënten (fragmenten) 1952-1980: lijst overledenen 1952, verslag kampdagen Haasdonk 1974, enkele brieven etc.

Jaarverslagen

- 18 Jaarverslagen 1952-1966
- 19 Jaarverslagen 1967-1974
- 20 Jaarverslagen 1975-1977
- 21 Jaarverslag 1988
- 22 Jaarverslag 1993
- 23 Jaarverslag 1994

Notulen, beleidsstukken

- 25 Notulen (fragmenten) OR en CVGV 1982-1987, vergaderingen afdelingshoofden 1971, dagelijks bestuur 1982-1988

Inspectie en statistieken

- 31 Inspectieverslagen, statistische gegevens, aangiftes van ongevallen en suicides etc. (fragmenten) 1907-1993

Patrimonium

- 52 Overige stukken met betrekking tot patrimonium 1909-2004: brieven, bouwplannen, onderhoudscontracten, statuut beschermd monument 1999 etc.

Rekeningen

- 53 Fragmenten 1968-2003
- 55 Register van de boekhouding 1977-1978
- 56 Dossier provisionele prijs 1980
- 57 Registers van de boekhouding 1978-1993
- 58 Registers van de boekhouding 1954-1979

Tijdschriften en monografieën

- 59 't Klokske: tijdschrift personeelsbond, jaargang 6, nummer 2 (1983) tot jaargang 9, nummer 4 (1986)
Informatieblad (personeel), jaargang 1 nummer 1 (1971) tot jaargang 4, nummer 3 (1974)

School voor psychiatrische verpleegkunde, 1952 - ...

Hervorming van de opleiding, scholenfusie

- 62 Stukken betreffende hervorming van de opleiding 1955-1970: brieven, teksten etc.

Lessenregisters

- 75 Lessenregisters 1957-1974

2 Gedrukte bronnen

Ziekenverpleging, nr. 1 (november 1924) - nr. 188 (december 1955).

Psychiatrie en Verpleging, nr. 189 (februari 1956) - nr. 211 (oktober 1959).

Psychiatrie en Verpleging, nr. 1, jaargang 1 (december 1959) - ...

3 Geraadpleegde literatuur

Ackerknecht, Erwin. "A plea for a "Behaviorist" Approach in Writing the History of Medicine." In: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 22, 1967, pp. 211-4.

Ackerknecht, Erwin. *A short history of psychiatry*. New York, Hafner, 1959, 98 p.

Allegaert, Patrick en René Stockman. "De geboorte van het psychiatrische gesticht." In: Buyle, Marjan en Sigrid Dehaeck, eds. *Architectuur van Belgische hospitalen*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap - Afdeling Monumenten en Landschappen, 2004, pp. 80-8.

Allegaert, Patrick en René Stockman. "Gent, Psychiatrisch Centrum en Museum Dokter Joseph Guislain." In: Buyle, Marjan en Sigrid Dehaeck, eds. *Architectuur van Belgische hospitalen*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap - Afdeling Monumenten en Landschappen, 2004, pp. 156-9.

Angell, Maria. *The truth about the drug companies*. New York, Random House, 2004, 319 p.

Archief Provinciaal der Broeders van Liefde. *Inventaris Communautiteit HH Engelen (1815-)*. Gent, 2013, 13 p.

Avorn, Jerry. *Powerful medicines, the benefits, risks and costs of prescription drugs*. New York, Vintage Books, 2005, 480 p.

Ayd, Frank J. "The impact of biological psychiatry." In: Ayd, Frank J. en Barry Blackwell, eds. *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia, Lippincott, 1970, pp. 230-243.

Balint, Michael. *The doctor, his patient and the illness*. Londen, Pitman Medical, 1964, 395 p.

Baron, Robert A. *Essentials of psychology*. Needham Heights, Allyn and Bacon, 2002, 600 p.

Binneveld, Hans. *Filantropie, repressie en medische zorg. Geschiedenis van de inrichtingspsychiatrie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985, 226 p.

Blok, Gemma en Joost Vijselaar. *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997*. Nijmegen, Sun, 1998, 319 p.

Bonnet, Henri. *Histoire de la psychiatrie à Lyon. De l'Antiquité à nos jours*. Lyon, Césura Lyon Edition, 1988, 300 p.

Booij, Johannes. "Over de ontwikkeling der psychiatrie in de laatste zestig jaar." In: Van Dongen, Johannes Adriaan, ed. *De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw*. Amsterdam, De Bussy, 1966, pp. 226-239.

Bouma, Joop. *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam, Veen, 2006, 426 p.

Bower, Willis. "Chlorpromazine in psychiatric illness." In: *New England Journal of Medicine*, nr. 251, 1954, pp. 689-692.

Braslow, Joel T. *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley, University of California Press, 1997, 262 p.

Brink, Cornelia. *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980*. Göttingen, Wallstein, 2008, 551 p.

Broeders van Liefde. "Wie zijn wij?" Geraadpleegd op 11 december 2015. <http://www.broedersvanliefde.be/wie-zijn-wij>.

Brysebaert, Marc. *Fundamenten van de psychologie*. Gent, Academia Press, 2014, 413 p.

Busfield, Joan. "Mental illness." In: Cooter, Roger en John Pickstone, eds. *Medicine in the 20th century*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2000, pp. 633-651.

Buyse, Gerard. *Psychiatrie voor niet-psychiaters*. Leuven, Acco, 1989, 231 p.

Cade, John. "Lithium salts in the treatment of psychotic excitement." In: *Medical Journal of Australia* 2, 1949, pp. 349-352.

Cailliau, Annemie en Erwin Mortier. "De bijenkorf der samenleving." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 112-6.

Callewaert, Wim. "Tussen panopticon en psychoanalyse: de Gentse psychiater Joseph Guislain (1797-1860)." In: Quackelbeen, Julien, ed. *Psychoanalyse en klinische psychiatrie. Een geschiedenis van eigenheid of verbondenheid?* Gent, Psychoanalytische Perspectieven, 1987, pp. 47-88.

Carlson, Neil R., G. Neil Martin en William Buskist. *Psychology*. Harlow, Pearson Education, 2004, 912 p.

Cawley, R.H. en W.H. Trethowan. "Psychiatry and the Balanced Hospital Community." In: *Medical Care* 1, nr. 2, 1963, pp. 77-83.

Ciccarelli, Sandra K. en J. Noland White. *Psychology. An exploration*. Boston, Prentice Hall, 2010, 495 p.

Claes, Stephan. "Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep Metaforum Leuven." Katholieke Universiteit Leuven. Geraadpleegd op 16 februari 2016, 28 p. https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_1_e.pdf.

Cnockaert, Lucienne. *Pierre-Joseph Triest, 1760-1836. Le Vincent de Paul belge*. Leuven, Publications Universitaires de Louvain, 1974, 657 p.

Colla, Joris. "Joseph Guislain." ODIS. Geraadpleegd op 21 november 2015. http://www.odis.be/lnk/PS_62412.

Colla, Joris. "Petrus Triest." ODIS. Geraadpleegd op 20 november 2015. http://www.odis.be/lnk/PS_4776.

Condrau, Flurin. "The Patient's View Meets the Clinical Gaze." In: *Social History of Medicine* 20, nr. 3, 2007, pp. 525-540.

Connor, John T. "The functions of the pharmaceutical industry in our society." In: Talalay, Paul. *Drugs in our society*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, pp. 117-130.

Coolens, Elke. "Werking van de Gentse burgerlijke godshuizen (1820-1925), met casus Lousbergsgesticht." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1997, 201 p.

Dane, Corrie. *Geschiedenis van de ziekenverpleging*. Lochem, De Tijdstroom, 1985, 130 p.

Davey, Graham. *Complete psychology*. Londen, Hodder and Stoughton, 2004, 849 p.

Davidson, Steef. *Drugs. Kruiden van hemel en hel*. Helmond, Uitgeverij Helmond, 1982, 128 p.

Davies, Kerry. "'A small corner that's for myself': space, place and patients' experiences of mental health care, 1948-94." In: Topp, Leslie, James E. Moran en Jonathan Andrews, eds. *Madness, architecture and the built environment*. New York, Routledge, 2007, pp. 305-320.

Davis, Stephen F. en Joseph J. Palladino. *Psychology*. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2010, 660 p.

Deforce, Veerle. "De houding van de psychiatrie ten opzichte van vrouwen in de tweede helft van de 19de eeuw meer bepaald in de Gentse instellingen." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1996, 150 p.

De Fyn, Saskia. *Een overzicht van de evolutie der krankzinnigenbehandeling van de 19e eeuw tot 1950*. Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1985, 92 p.

Dekker, Joop, Willem Maarschalkerweerd, Jeanne Valkenburg en Anneke Zuidema. *Stenen voor brood. De isoleercel in de psychiatrie*. Utrecht, Cliëntenbond, 1989, 254 p.

Delrue, Eline. "Psychiatrie in de greep van farmasector." In: *De Morgen*, 15 maart 2012, p. 12.

Deneckere, Gita. *De Zusters van Liefde J.M. en de ziekenzorg te Gent, 1805 tot heden*. Gent, Zusters van Liefde van Jezus en Maria, 1997, 176 p.

De Schaepdryver, André. *Beginnelen van de psychofarmakologie*. Gent, s.n., n.d., 104 p.

De Winter, Anita. "Vrouwen en psychofarmaca: weer een keurslijf?" In: *Verslagen van het RUG-centrum voor genderstudies* 3, nr. 4, 1994, pp. 55-69.

D'hondt, Bart. *Van Andriesschool tot Zondernaamstraat. Gids door 150 jaar liberaal leven te Gent*. Gent, Liberaal Archief, 2014, 284 p.

Elaut, Leon. *Het leven van de Gentse ziekenhuizen vanaf hun ontstaan tot op heden*. Gent, Story-Scientia, 1976, 239 p.

Evrard, Alexander-Karel. *Acht eeuwen Gentse ziekenhuizen*. Gent, U.Z. Gent, 1993, 206 p.

Evrard, Alexander-Karel. *Geschiedenis der psychiatrie*. Amsterdam, Wereldbibliotheek, 1955, 107 p.

Foucault, Michel. *Madness and Civilization. A history of insanity in the Age of Reason*. Londen, Tavistock, 1967, 299 p.

Frances, Allen. *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijks leven*. Amsterdam, Nieuwezijds, 2013, 318 p.

Froeyman, Anton. "Concepts of Causation in Historiography." In: *Historical Methods* 42, nr. 3, 2009, pp. 116-128.

Garai, Pierre R. "Advertising and promotion of drugs." In: Talalay, Paul. *Drugs in our society*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, pp. 189-202.

Geldhof, J. *Pelgrims, dulle lieden en vondelingen te Brugge 1275-1975*. Brugge, Psychiatrische kliniek O.-L.-Vrouw, 1975, 355 p.

Gersons, Berthold P.R. *Acute psychiatrie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1986, 291 p.

Gilman, Sander. "Psychotherapy." In: Bynum, W.F. en Roy Porter, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine. Volume 2*. Londen, Routledge, 1993, pp. 1029-1049.

Goldacre, Ben. *Bad Pharma*. London, Fourth Estate, 2012, 448 p.

Goldstein, Jan. "Psychiatry." In: Bynum, W.F. en Roy Porter, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine. Volume 2*. Londen, Routledge, 1993, pp. 1350-1372.

Goodman, Louis Sanford, Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner en Björn C. Knollmann, eds. *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics*. New York, McGraw-Hill, 2011, 2084 p.

Gottlieb Shapiro, Patricia. *Caring for the mentally ill*. New York, Franklin Watts, 1982, 100 p.

Gotzsche, Peter. *Deadly medicines and organised crime*. London, Radcliffe Publishing, 2013, 322 p.

Gray, Peter. *Psychology*. New York, Worth Publishers, 1991, 684 p.

Greenfield, Susan. *Brain Power: Working out the Human Mind*. Rockfort, Element Books, 2000, 192 p.

Grilly, David M. *Drugs and human behavior*. Needham Heights, Allyn and Bacon, 1998, 388 p.

Grob, Gerald N. *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*. Princeton, Princeton University Press, 1991, 406 p.

Gross, Richard D. *Psychology. The science of mind and behaviour*. Londen, Hodder and Stoughton, 1992, 1063 p.

Gunst, Petra. "Guislain, Jozef (1797-1860)." UGentMemorie. Geraadpleegd op 21 november 2015. www.ugentmemorie.be/personen/guislain-jozef-1797-1860.

Haggett, Ali. *A History of Male Psychological Disorders in Britain, 1945-1980*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2016, 215 p.

Healy, David. *Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York, New York University Press, 2004, 351 p.

Healy, David. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, Harvard University Press, 2002, 469 p.

Hess, Volker en Benoît Majerus. "Writing the history of psychiatry in the 20th century." In: *History of Psychiatry* 22, nr. 2, 2011, pp. 139-145.

Hillaert, Sylvia. "De implementatie van het psychoanalytisch werken binnen een psychiatrische instelling. Het verhaal van een afdeling binnen het P.C. Dr. Guislain." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2002, 87 p.

Hochmann, Jacques. *L'histoire de la psychiatrie*. Parijs, Presses Universitaires de France, 2004, 128 p.

Hofman, J.G. "Een weinig bekende bijwerking van Largactil." In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 9, nr. 1, 1967, pp. 54-8.

Hoogduin, Kees. "Over psychofarmaca." In: van der Velden, Kees en Kees Hoogduin. *Anna Karenina en de plastic zak*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985, pp. 31-6.

Hordern, Anthony. "Psychopharmacology. Some historical considerations." In: Joyce, C.R.B. en Michael Balint. *Psychopharmacology: dimensions and perspectives*. Londen, Tavistock Publications, 1968, pp. 99-144.

Houben, Koen. "Van Guislaingesticht tot Sint-Jozefsinstituut: de ontwikkeling van krankzinnigenzorg naar zwakzinnigenzorg te Gent in de 19e - begin 20e eeuw." Licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, 1990, 168 p.

Ingleby, David. "Mental health and social order." In: Stanley, Cohen en Andrew Scull, eds. *Social control and the state*. Oxford, Basil Blackwell, 1985, pp. 141-188.

Jacobs, D. *De verpleging in het psychiatrisch centrum*. Lochem, De Tijdstroom, 1968, 44 p.

Jacobs, Pat. "Jacques De Busscher: criticus en clinicus." In: *Psychoanalytische Perspektieven*, nr. 36, 1999, pp. 63-75.

Jacobs, Seppe. "Psychoanalyse en psychofarmacologie." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2002, 63 p.

Johnstone, Lucy. *Users and abusers of psychiatry. A critical look at psychiatric practice*. Londen, Routledge, 2000, 298 p.

Kabela, Mirek en Jaap F. van Luin. *Rondom psychiatrie*. Alphen aan den Rijn, Samsom Stafleu, 1988, 216 p.

Kalinowsky, Lothar B. "Biological Psychiatric Treatments Preceding Pharmacotherapy." In: Ayd, Frank J. en Barry Blackwell, eds. *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia, Lippincott, 1970, pp. 59-67.

Kassin, Saul. *Essentials of psychology*. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2004, 711 p.

Kopland, Rutger en R.H. van den Hoofdakker. *Twee ambachten. Over psychiatrie en poëzie*. Amsterdam, Van Oorscot, 2003, 197 p.

Kramer, F. *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*. Lochem, De Tijdstroom, 1980, 167 p.

Liberaal archief. "Joseph Guislain (1797-1860)." Geraadpleegd op 11 december 2015. http://www.liberaalarchief.be/waarden_guislain.html.

Liégois, Axel. "Guislain tussen morele en organische benadering." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 57-60.

Liégois, Axel. *Repertorium van het historisch bezit van de katholieke psychiatrische instellingen in Vlaanderen*. Leuven, Acco, 1984, 194 p.

Liégois, Axel. "Triest, Guislain en de Broeders en Zusters van Liefde." In: Vandermeersch, Patrick, ed. *Psychiatrie, godsdienst en gezag. De ontstaansgeschiedenis van de psychiatrie in België als paradigma*. Leuven, Acco, 1984, pp. 171-195.

López-Muñoz, Francisco, Cecilio Alamo, Eduardo Cuenca, Winston Shen, Patrick Clervoy, Gabriel Rubio. "History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine." In: *Annals of Clinical Psychiatry* 17, nr. 3, 2005, pp. 113-135.

Lutters, Th. G. en W.C.M. Smits. "Inleidende beschouwingen: de psychiatrische patiënt, voor wie een probleem?" In: Lutters, Th. G. en W.C.M. Smits, eds. *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*. Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, pp. 1-12.

Maeckelbergh, Bjorn en Martijn Vanhinsberg. "Ouders zien zoon die verplegers neerstak ook als slachtoffer." In: *Het Laatste Nieuws*, 27 januari 2016, p. 6.

Maehle, Andreas-Holger. "Pharmacological experimentation with opium in the eighteenth century." In: Porter, Roy en Mikuláš Teich, eds. *Drugs and narcotics in history*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 52-76.

Maes, Gert. "Suicide in de negentiende-eeuwse psychiatrie." Masterproef, Universiteit Gent, 2008, 137 p.

Majerus, Benoît. "Een fragmentarische geschiedenis van de Belgische psychiatrie (19de - 20ste eeuw)." In: *Geschiedenis der geneeskunde* 14, nr. 2, 2010, pp. 89-94.

Majerus, Benoît. "La psychiatrie au XXe siècle." In: *Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur in Luxemburg*, nr. 302, 2010, pp. 24-5.

Majerus, Benoît. "Making Sense of the "Chemical Revolution". Patients' Voices on the Introduction of Neuroleptics in the 1950s." In: *Medical History* 60, nr. 1, 2016, pp. 54-66.

Majerus, Benoît. *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, 305 p.

Majerus, Benoît. "Revisiting psychiatry in twentieth-century Europe." In: *European Review of History* 15, nr. 1, 2008, pp. 55-67.

Marlet, J.J.C. "Medicinale therapie." In: Lutters, Th. G. en W.C.M. Smits, eds. *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*. Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, pp. 83-92.

Meyer, Jerrold en Linda Quenzer. *Psychopharmacology. Drugs, the Brain, and Behavior*. Sinauer Associates, Sunderland, 2013, 722 p.

Micale, Mark S. "The Psychiatric Body." In: Cooter, Roger en John Pickstone, eds. *Medicine in the 20th century*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2000, pp. 323-346.

Missa, Jean-Noël. *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*. Parijs, PUF, 2006, 378 p.

Moncrieff, Joanna. "An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry." In: *History of psychiatry* 10, nr. 40, 1999, pp. 457-490.

Moncrieff, Joanna. *The Myth of the Chemical Cure. A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2008, 278 p.

Museum Dr. Guislain. "Een geschiedenis van het Museum Dr. Guislain." Geraadpleegd op 23 november 2015.

http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/7172201512113128487-de-geschiedenis-van-het-museum-dr.pdf.

Museum Dr. Guislain. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, 160 p.

Museum Dr. Guislain. "Het oude Guislaingesticht." Geraadpleegd op 21 november 2015.

http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/2d0b201512113223628-het-oude-guislaingesticht.pdf.

Museum Dr. Guislain. "Objective." Geraadpleegd op 23 november 2015.

<http://www.drguislainaward.org/about-the-award/objective>.

Museum Dr. Guislain. "Ons belangrijkste museumstuk." Geraadpleegd op 23 november 2015.

http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/6e1b201512113518269-d.-het-gebouw-ons-belangrijkste-museumstuk.pdf.

Museum Dr. Guislain. "Vaste collectie." Geraadpleegd op 23 november 2015.

http://cms.canjotto.be/CMS_pictures/canjottomuseumdrguislain/8fb7201512113437550-vaste-collectie-uitgebreid.pdf.

Muyllaert, Eddy. "'Médecin par état, architecte par goût.'" Joseph Guislain en de architectuur." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 66-70.

- Myers, David G. *Exploring psychology*. New York, Worth Publishers, 1996, 544 p.
- Nolen, W.A. "De psychiater en de farmaceutische industrie." In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39, nr. 8, 1997, pp. 631-3.
- Nolen, W.A. "Vijftig jaar farmacotherapie van stemmingsstoornissen: zijn de verwachtingen uitgekomen?" In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 50, jubileumnummer, 2008, pp. 111-6.
- Oakley, Ray. *Drugs, society, and human behavior*. St. Louis, Mosby Company, 1983, 512 p.
- Passer, Michael W. en Ronald E. Smith. *Psychology. The science of mind and behaviour*. New York, McGraw-Hill, 2004, 631 p.
- Peeters, Henricus Franciscus Maria. "Historische fasen in aard en behandeling van geestesziekten." In: Binnenveld, Johannes Martinus Wouters, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn. *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*. Baarn, Ambo, 1982, pp. 11-25.
- Peeters, Henricus Franciscus Maria en C.P. de Vos. "Een historische analyse van een provinciaal psychiatrisch centrum over de periode 1885-1977." In: Binnenveld, Johannes Martinus Wouters, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn. *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*. Baarn, Ambo, 1982, pp. 154-180.
- Pélicier, Yves. *Histoire de la psychiatrie*. Parijs, Presses Universitaires de France, 1971, 128 p.
- Pichot, Pierre. *Un siècle de psychiatrie*. Parijs, Roche, 1983, 189 p.
- Pierloot, R. "Belgium." In: Howells, John G., ed. *World History of Psychiatry*. Londen, Ballière Tindall, 1975, pp. 136-149.
- Pieters, Guido. "Psychologische aspecten bij het voorschrijven van psychofarmaca." In: Pieters, Guido, Jan Cambien, Guido Kongs en Myriam Van Moffaert, eds. *Van REM-slaap tot rêverie. Een multiversum van de psychiatrie*. Leuven, Acco, 1989, pp. 209-218.
- Pieters, Toine en Benoît Majerus. "The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features." In: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 42, 2011, pp. 443-452.
- Pieters, Toine en Stephen Snelders. "Mental ills and the 'hidden history' of drug treatment practices." In: Gijswijt, M. et al., eds. *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century: Comparisons and approaches*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 381-401.
- Pieters, Toine, Stephen Snelders en Eddy Houwaart. *De medicijnrevolutie in de psychiatrie (1950-1985)*. Diemen, Veen Magazines, 2006, 174 p.
- Pöldinger, Walter. *Compendium of psychopharmacotherapy*. Bazel, Roche, 1984, 203 p.

Porter, Roy. *Madness. A brief history*. New York, Oxford University Press, 2002, 241 p.

Porter, Roy. *Medicine. A history of healing. Ancient traditions to modern practices*. Lewes, The Ivy Press Limited, 1997, 224 p.

Porter, Roy. *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*. Londen, Fontana Press, 1997, 833 p.

Porter, Roy. "The Patient's View: Doing Medical History from below." In: *Theory and Society* 14, nr. 2, 1985, pp. 175-198.

Quétel, Claude en Pierre Morel. *Les fous et leurs médecines de la Renaissance au XXe siècle*. Parijs, Hachette, 1979, 302 p.

Ras, H.J.C. en Inez van Eijk. *Wegwijs in de psychiatrie*. Amsterdam, Boom Meppel, 1986, 310 p.

Reichgelt, Koenraad Gerardus en Elisabeth Lucienne Cnockaert. *Kanunnik Petrus-Jozef Triest, 1760-1836. Een levensschets*. Menen, Verraes-Pattyn, 1960, 64 p.

Roediger, Henry L., Elisabeth Deutsch Capaldi, Scott G. Paris, Janet Polivy en C. Peter Herman. *Psychologie. Een inleiding*. Vertaald en bewerkt door Marc Brysebaert. Gent, Academia Press, 1998, 916 p.

Rosenberg, Charles E. "Erwin H. Ackerknecht, Social Medicine, and the History of Medicine." In: *Bulletin of the History of Medicine* 81, nr. 3, 2007, pp. 511-532.

Schudel, W.J. *Opgenomen, opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1976, 174 p.

Schut, J. *Van dolhuys tot psychiatrisch centrum. Ontwikkeling en functie*. Haarlem, De Toorts, 1970, 133 p.

Scull, Andrew. *Museums of Madness. The social organization of insanity in 19th century England*. Harmondsworth, Penguin, 1979, 275 p.

Scull, Andrew. "Somatic treatments and the historiography of psychiatry." In: *History of Psychiatry* 5, nr. 17, 1994, pp. 1-12.

Shorter, Edward. *Een geschiedenis van de psychiatrie: van gesticht tot Prozac*. Amsterdam, Ambo, 1997, 432 p.

Shorter, Edward. "The history of lithium therapy." In: *Bipolar disorders* 11, nr. 2, 2009, pp. 4-9.

Silverstone, Trevor en Paul Turner. *Drug treatment in psychiatry. Social and psychological aspects of medical practice*. Londen, Routledge and Kegan Paul, 1974, 223 p.

- Smith, Barry D. *Psychology. Science and understanding*. Boston, McGraw-Hill, 1998, 700 p.
- Smith, Edward E., Susan Nolen-Hoeksema, Barbara Fredrickson en Geoffrey R. Loftus. *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*. Belmont, Wadsworth, 2003, 677 p.
- Solow, Charles. "Drug therapy of mental illness: tranquilizers and other depressant drugs." In: Moore, Kenneth E. en Richard H. Rech, eds. *An introduction to psychopharmacology*. New York, Raven Press, 1971, pp. 289-319.
- Stein, Dan J. *Philosophy of Psychopharmacology*. Cambridge, Cambridge University Press, 2008, 210 p.
- Sternberg, Robert J. *Psychology. In search of the human mind*. Orlando, Harcourt College Publishers, 2001, 735 p.
- Stichting Centrum St. Bavo Noordwijkerhout. *St. Bavo 65 jaar in beeld*. Organisatie ter bevordering van de Geestelijke Volksgezondheid, s.l., s.d., 39 p.
- Stockman, René. "Heksenvervolging, exorcisme en devotie." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 16-8.
- Stockman, René. "Het leven binnen de muren van het Guislaininstituut." In: *Ghendtsche Tydinghen* 19, nr. 1, 1990, pp. 58-76.
- Stockman, René. "Het ontstaan van de gestichtspsychiatrie in België." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 51-6.
- Stockman, René. "Kanunnik Petrus Jozef Triest, stichter en organisator." In: *Ghendtsche Tydinghen* 25, nr. 4, 1996, pp. 170-181.
- Stockman, René. *Pro Deo. De geschiedenis van de christelijke gezondheidszorg*. Leuven, Davidsfonds, 2008, 182 p.
- Stockman, René. "Prof. Dr. Joseph Guislain. Zijn leven en zijn werken." In: *Ghendtsche Tydinghen* 26, nr. 4, 1997, pp. 170-188.
- Stockman, René. *Van nar tot patiënt: een geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*. Leuven, Davidsfonds, 2000, 127 p.
- Stockman, René, Patrick Allegaert, Annemie Cailliau en Frank Goethals. *Geen rede mee te rijmen: geschiedenis van de psychiatrie*. Sint-Martens-Latem, Aurelia Books, 1989, 239 p.
- Swazey, Judith. *Chlorpromazine in psychiatry: A study of therapeutic innovation*. Cambridge, MIT Press, 1974, 336 p.

Titmuss, Richard M. "Sociological and ethnic aspects of therapeutics." In: Talalay, Paul. *Drugs in our society*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, pp. 243-253.

UGent. "En de winnaar is..." Geraadpleegd op 23 november 2015. <http://www.communicatie.ugent.be/prof/winnaar.htm>.

UGent. "Verkiezing van de Grootste Prof van de UGent. Jozef Guislain." Geraadpleegd op 23 november 2015. <http://www.communicatie.ugent.be/prof/fiche/guislain.htm>.

Umbach, Ingrid en Vanessa Vanrillaer. "Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?" LOZ. Geraadpleegd op 8 april 2016. <http://www.mloz.be/files/24072014-hf19nl-p22-25.pdf>.

Valenstein, Elliot S. *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*. New York, The Free Press, 1988, 304 p.

Van Baar, J. "Van "gesticht" naar modern psychiatrisch ziekenhuis." In: Lutters, Th. G. en W.C.M. Smits, eds. *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting*. Amsterdam, Agon Elsevier, 1968, pp. 13-22.

Van Bael, Birgit. "Ziekenzorg door de Zusters van Liefde van Jezus en Maria te Kongo, 1892-1930." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1995, 157 p.

Van De Putte, Frans. "Het Sint-Jans-ten-Dullen hospitaal in het laatmiddeleeuwse Gent. Het vergeten Gentse dulhuis." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 2007, 273 p.

Vandereycken, Walter en K. Kuyken. "Een analyse van advertenties voor psychofarmaca." In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 51, nr. 6, 2009, pp. 407-411.

Vandereycken, Walter en Ron Van Deth. *Psychiaters te koop? De invloed van de farmaceutische industrie op het psychiatrisch denken en handelen*. Antwerpen, Garant, 2006, 272 p.

Vandermeersch, Patrick. "De religie en het ontstaan van de psychiatrie." In: Binnenveld, Johannes Martinus Wouters, Christine Brinkgreve en Andy Lameijn. *Een psychiatrisch verleden: uit de geschiedenis van de psychiatrie*. Baarn, Ambo, 1982, pp. 64-93.

Van der Meij-de Leur, A.P.M., P. Klijnsma en F. Meyboom. *Van olie en wijn: geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*. Amsterdam, Elsevier, 1974, 253 p.

Van Doorselaer, Hilde. "Een halve eeuw behandeling in het psychiatrisch centrum Caritas te Melle van 1910 tot 1960." Licentiaatsverhandeling, Universiteit Gent, 1998, 82 p.

Van Epen, Hans. *Schets voor een nieuwe psychiatrie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1990, 406 p.

Vanoverschelde, Vaast. "Tot herstel der krankheid van mijn zwakke geest is nodig. De psychiatrische praktijk in het Sint-Jozefshuis en het Maison de Santé te Gent door de Zusters van Liefde en Jozef Guislain (1808-1860)." Masterproef, Universiteit Gent, 2008, 168 p.

Van Praag, H.M. *Psyche aan banden*. Amsterdam, De Erven Bohn, 1974, 200 p.

Van Staeyen, Eduard. "Guislain en de "traitement moral"." In: Allegaert, Patrick en Annemie Cailliau, eds. *Geen rede mee te rijmen. Geschiedenis van de psychiatrie*. Tielt, Lannoo, 2011, pp. 61-5.

Velle, Karel. *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*. Leuven, Kritak, 1991, 352 p.

Wade, Carole en Carol Tavris. *Psychology*. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2003, 766 p.

Wood, Samuel E., Ellen Green Wood en Denise Boyd. *The World of Psychology*. Boston, Allyn and Bacon, 2011, 568 p.

Zimbardo, Philip G., Robert L. Johnson en Vivian McCann. *Psychologie. Een inleiding*. Amsterdam, Pearson Benelux, 2013, 612 p.