

Hoofdstuk 3

HET ONTSTAAN VAN DE PSYCHIATRIE

Patrick Vandermeersch

Sinds Foucault weten we dus dat de psychiatrie niet zomaar is ontstaan omdat Philippe Pinel de moed had te affirmeren dat krankzinnigen geen misdadigers zijn maar wel zieken, die het recht hebben op een medische behandeling. Het doorprikken van deze mythe opent plots een heel nieuwe kijk op de geschiedenis. Niet dat je direct een nieuw, duidelijk zicht hebt. In een eerste moment heb je eerder de indruk dat je het object van je onderzoek kwijt bent. De klassieke mythe betreffende de edelmoedige filantropie van Pinel had het bestaan van dit object - de psychiatrie - misschien al te vanzelfsprekend voorgesteld. Ook al wist je dat het verhaal gulden franjes had, het beeld van de aan kettingen geslagen patiënten die op de verlossende hand van de arts wachtten deed spontaan veronderstellen dat er eigenlijk al lang - wellicht altijd - een psychiatrie had moeten zijn. De krankzinnige die, aan zijn kettingen geklonken, eeuwen hierop had moeten wachten, suggereerde dat het psychiatrisch probleem van alle tijden is. De psychiatrische patiënt moest altijd bestaan hebben, alleen de adequate medische zorg was erg laat gekomen.

Na Foucaults kritiek is het fenomeen dat je historisch wil onderzoeken plots iets met erg vlottende contouren geworden. Waarover heb je het als je over "psychiatrie" praat? Heb je het over een groep patiënten die hulp nodig hebben? Als je nagaat welke typen van psychiatrische patiënten twee eeuwen geleden in de handboeken en de classificaties voorkwamen en wie er nu in het meest recente overzicht van de psychiatrische stoornissen, de DSM III, zijn plaatsje heeft gevonden, lijkt het vaak om een heel andere populatie te gaan.¹ Een aantal mensen, zoals de neurotici, die aanvankelijk zeker niet als psychiatrische patiënten werden aangezien, kwamen stilaan het psychiatrisch systeem binnengewandeld, dat lang voor hun intrede met het oog op andere patiënten was opgezet. Anderen, zoals de epileptici en de oligofrenen, hebben het verlaten. Je kunt je dus de vraag stellen of er wel zoiets als een algemeen en continu begrip is van de "krankzinnigheid" waarop de psychiatrie haar bestaan kan gronden. Het is met de psychiatrie precies vergaan als met die leegstaande Franse kerkgebouwen, die beurtelings tot markthal, tot parkeergarage en tot cultureel centrum evolueerden, en waarbij ze overigens al deze verschillende functies voortreffelijk vervuld hebben.

Niet alleen de groep patiënten die onder de noemer psychiatrie geplaatst werden, maar ook de behandeling die ze ondergingen, is steeds opnieuw gaan verschuiven. Men hamerde aanvankelijk op morele behandeling

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychiatric Association, 3e ed., 1980.

maar men ging daarna over naar bedbehandeling, naar arbeidstherapie, naar shocks, naar medicatie. Er was ook een voortdurende koerswijziging in de richting waarin men een verklaring zocht voor die psychiatrische stoornis, waarvan we ons zopas afvroegen of die wel een eenzinnige realiteit dekt. Afwisselend keek men naar een lichamelijke en naar een "niet-lichamelijke" oorzaak, en dit bracht overigens geen directe consequenties mee voor de therapeutische praktijk. De meest fervente voorstanders van de organische optiek waren soms de meest overtuigde adepten van de "morele" behandeling. Ook de woorden ziet men trouwens steeds weer verschuiven in de loop van deze geschiedenis. Als de pen zoëven bij het woordje "morele" behandeling aarzelde en die aarzeling oploste door het plaatsen van aanhalingstekens, dan is het omdat wij het woord "moreel" hedentendage niet meer op dezelfde wijze in de mond nemen. Hetzelfde geldt voor het woordje "ziel", dat we dan maar vertaald hebben in "niet lichamelijke oorzaak", en voor het huidig woordgebruik is het vreemd als je bedenkt met welke passie men in Duitsland tussen 1850 getwist heeft over de vraag of je nu over een "zielsziekte" of "zielsstoornis" moest spreken, afhankelijk van de vraag of het de ziel zelf was die ziek was of het lichaam, dat als stukgeraakt instrument de ziel niet meer toeliet op grond van een correct gepercipieerde realiteit te oordelen. Men had het woord "psychisch gestoord" toen nog niet uitgevonden om die twisten te vergeten. En zo is het ook voor het detail: de "manie" van vroeger heeft weinig te maken met de manie die de psychiater tegenwoordig diagnosticeert, en nog minder met de "maniak" die het alledaagse taalgebruik herkent aan het feit dat hij wanhopig wordt bij een vergeten asbak op een rommelige tafel... En wie herinnert zich nog dat de "melancholie" ooit tot "lypemanie" werd omgedoopt omdat de eerste naam toen synoniem van "monomanie" moest worden?

Misschien is de enige constante dat de psychiatrie altijd een medisch specialisme is geweest, of tenminste contacten heeft onderhouden met de geneeskunde. Maar ook dit is bij nader toezien erg vaag. Is de geneeskunde zelf namelijk altijd aan zichzelf gelijk gebleven? Zeker, het feit dat er medische faculteiten bestaan en dat er diploma's van doctor in de medicijnen uitgereikt worden is sinds de middeleeuwen een constante in onze westerse cultuur. Maar laat ons niet vergeten dat tot voor twee en een halve eeuw het beoefenen van de geneeskunde onverzoenbaar was met de praktijk van de chirurgie, terwijl de verloskunde nog eens een aparte bevoegdheid was: pas na hevige ruzie kwamen die terreinen bijeen, iets wat meestal niet meer beseft wordt door de kandidaat die vandaag het diploma behaalt van doctor in de "genees-, heel- en verloskunde". Overigens is de wijze waarop de arts zijn kennis fundeert, het terrein dat hij onder de term "gezondheid" of "hygiëne" tot het zijne rekent, zijn sociale status en zijn invloed op de maatschappij zozeer gewijzigd dat je ook hier een hele verandering ziet plaatsgrijpen in de betekenis van de uitspraak: "dit is medisch".

Wie de geschiedenis van de psychiatrie wil opmaken moet dan ook verschillende lijnen volgen, die mekaar soms doorkruisen en zich met mekaar verbinden, maar op andere momenten naast mekaar een eigen en niet altijd parallelle ontwikkeling doormaken. Er zijn de lotgevallen van het medisch beroep en zijn invloed in de maatschappij, er is de migratie van de groepen hulpbehoevenden die zich onder de noemer "psychiatrisch patiënt" gaan plaatsen of omgekeerd elders een onderkomen zoeken; er zijn de variaties in de classificaties van de ziekten en in de therapieën... Voor wie zich in die geschiedenis verdiept wordt het gauw erg complex. Laat ons toch proberen met de grove borstel wat structuur aan te brengen.

Nieuwe ideeën uit Engeland

Klassiek laat men een eerste lijn uit Engeland vertrekken, en dit blijkt bij nader toezien inderdaad terecht. Wel moet men dan nuances aanbrengen bij de plaats die men in de klassieke optiek aan William Cullen (1710-1790) toekent, die men soms als stichter van de psychiatrie beschouwt omdat hij de term "neurose" introduceert. Zeker, het is zo dat Cullen van alle ziekten een systematische classificatie opstelt die haar invloed zal uitoefenen in heel Europa, en hierin de "zenuwziekten" of de "neuroses" inlast.² Sinds het begin van de 18e eeuw waren er verschillende pogingen geweest om zoiets als een totaal-panorama van het object van de geneeskunde voor te stellen, en in het spoor van de botanica had men heel uitvoerige systematische tableaux ontworpen waarbij de verschillende ziektes volgens genus en species geklasseerd werden. De belangrijkste van deze systematieken waren die van Fr. Boissier de Sauvage³ en van Linnaeus,⁴ maar hun uitvoerigheid getuigde meer van vindingrijkheid dan van praktische zin. Cullens pragmatische aanpak bracht een bruikbaar overzicht, dat meer in Frankrijk dan in Engeland invloed zal hebben. Pinel kende zijn werk in ieder geval: hij heeft het in 1785 in het Frans vertaald.⁵ Het feit dat Cullen over "neurosen" spreekt betekent echter nog helemaal niet dat hij zoiets als het psychiatrisch terrein afgrenst. Bij nader toezien vinden wij in deze klasse van de neurosen een rij ziekten die wij zeker niet bij de psychiatrie zouden plaatsen; fenomenen die voor ons typisch

2. Voor het belang van Cullen in zijn invloed op de nosologische systematiek zie: W. Leibbrand & A. Wettley, *Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie*, Freiburg/München, 1961.

3. Fr. Boissier de Sauvage, *Nouvelles classes des maladies*, Paris/Avignon, 1731.

4. C. von Linnaeus, *Genera Morborum*, Uppsala, 1763 (gecteerd door W. Leibbrand & A. Wettley, *o.c.*, p. 648. Het was ons echter onmogelijk de bevestiging te vinden dat de grote plantkundige een werk met deze titel geschreven zou hebben.)

5. W. Cullen, *Institutions de médecine pratique*. (Traduction française par Ph. Pinel) Paris, Duplain, 1785, 2 vol. Zie hierover J. Postel, *Genèse de la psychiatrie*, p. 260-262.

psychiatrisch zijn zoals de hallucinatie plaatst Cullen in een heel andere klasse, nl. die der lokale aandoeningen. Nergens vinden wij trouwens een teken dat Cullen zelf de bedoeling zou gehad hebben om "psychiatrische ziekten" bij elkaar te zetten. Hij wil gewoon zoiets als een algemeen tableau van de geneeskunde opstellen, en het bekommert hem weinig dat de melancholie en de razernij bij de neurosen staan, terwijl de hallucinatie elders een plaatsje moet zoeken, hoewel ze precies samen de populatie uitmaken van diegenen die in bewaarplaatsen voor krankzinnigen geplaatst worden. Als wij uit Cullens classificatie kunnen opmaken dat de medici toen reeds de vormen van psychopathologie die wij nu kennen, als "ziekten" bestempelden, dan is het helemaal niet duidelijk dat ze op weg waren om de psychiatrie als een afzonderlijk medisch specialisme te zien.

Het opstellen van deze medische classificatie, waarvan sommige termen nu nog tot ons vocabularium behoren, had overigens niet tot gevolg dat er naar een specifiek medische behandeling voor de geestesstoornis werd gezocht. Als er in deze periode een verandering komt in de wijze waarop krankzinnigen behandeld worden, dan is het niet vanuit een medische optiek in de huidige betekenis van het woord. De eigenlijke grote vernieuwing die dan in Engeland ingang vindt is dat men de krankzinnigen "moreel" gaat behandelen, en ook al zijn het vaak geneesheren die hiervoor ijveren, de beweging is radicaal tegengesteld aan wat wij "medicalisatie" zouden noemen.

De term "morele behandeling" komt van William Battie die in 1758 in zijn "Treatise on madness" het "moral management of the insane" prijst. De basisidee van deze "morele" behandeling - die niet met de "no-restraint" (het afschaffen van lijfdwang) verward mag worden - is dat de krankzinnige tot rust gebracht en soms genezen kan worden door wat wij een "psychologische aanpak" zouden noemen. De methode zou in het grote publiek bekendheid verwerven als de eerste Engelse vorst die opnieuw naar een absolutistische macht streefde in het parlementaire Engeland, in 1791 krankzinnig zou worden. Hij werd aan Francis Willis toevertrouwd, een priester die na zijn wijding geneeskunde had gestudeerd en een privé-instelling had geopend waar hij de morele behandeling toepaste met de "heilzame vrees" als centraal thema. De verslagen die Willis en andere artsen moesten opmaken over de gezondheid van de koning en de prognoses voor herstel hebben uiteraard bij een ruim publiek de sensibiliteit voor de psychiatrie wakker gemaakt. Het is aan Willis dat een beroemde repliek wordt toegeschreven. Toen men hem verweet dat hij de koning toeliet zich te scheren met een mes en men vroeg hoe hij hem in bedwang zou kunnen houden indien een vlaag van razernij opkwam, was Willis' legendarisch antwoord: "met de ogen".

Met de term "morele behandeling" raken we opnieuw op een terrein waar de precieze betekenis van de woorden steeds verder lijkt weg te glippen. Zopas hebben we de term even omschreven met "psychologische aanpak", en misschien was het beter om van "psychologische beïnvloeding" te spreken.

Velen zouden het wellicht ook zo willen horen: onder de term moraal ging het toen over iets heel anders dan nu, nl. over psychologie. Maar zeggen dat het niets met moraal te maken had in de betekenis die onze tijdsgenoten aan moraal geven - in de veronderstelling dat die een klaar begrip terzake hebben - is ook weer overdreven. De term morele behandeling had duidelijk verband met een heropvoeding tot de wijze waarop mensen leven omdat ze menen zo te moeten leven, en met de invloed die ze ondergaan van mensen van wie ze weten dat ze invloed horen te ondervinden... Maar het is wellicht nog te vroeg om de precieze inhoud van die morele behandeling in detail te onderzoeken, vermits het blijkbaar alleen de term zal zijn en niet een uitgewerkte theorie, die enig effect zal sorteren. Als Pinel in zijn beroemd *Traité Médico-philosophique* de behandelingswijze wereldkundig zal maken, zal hij stellen dat niet de Engelse geneesheren, maar wel hijzelf voor het eerst op coherente wijze de "traitement moral" heeft beschreven en op georganiseerde wijze in de praktijk heeft omgezet. Misschien zou een nieuwe en een meer precieze analyse tot het besluit komen dat de Engelsen wel een coherente en gesystematiseerde visie terzake hadden. Maar de feitelijke evolutie heeft het anders gewild: het is pas via Frankrijk en Pinel dat de "morele behandeling" een begrip zal worden met een goed omschreven en geaccepteerde inhoud. De buitenstaanders begrepen voorheen het Engelse "moral treatment" niet anders dan een verwijzing naar die algemene trend tot humanitaire hervormingen die destijds door heel Europa gingen inzake de behandeling van krankzinnigen.

Hetzelfde gold wellicht voor de hervormingen die in Engeland leidden tot de eerste échte krankzinnigengestichten in de moderne zin van het woord, en als een institutionalisering konden beschouwd worden van deze "morele behandeling". Men plande nieuwe grote bouwwerken met een specifiek plan om krankzinnigen efficiënt aan deze morele behandeling te onderwerpen.

Krankzinnigen hadden tot dan toe verbleven in huizen die door particulieren gerund werden of, voor de armeren, in de grote hospitalen, die toen nog geen ziekenhuizen waren, maar wel gasthuizen. In deze gasthuizen werden niet alleen krankzinnigen, maar marginalen van allerlei aard als verplichte "gasten" opgesloten. De toestand was er meestal vreselijk: de verslagen die aan de hervormingen vooraf gaan tekenen apocalyptische beelden van vochtige cellen, waar de temperatuur onder het vriespunt kon dalen, met de aan kettingen geslagen naakte krankzinnigen die er hun razernij uitschreeuwden. Het verhaal van William Norris, die 12 jaar lang in dezelfde houding aan kettingen geslagen was geweest voor hij stierf, zou het luide protest en de eis tot hervorming uitlokken. De typische gravure van deze "martelaar" van de barbaarse behandeling vinden wij herhaaldelijk op protest-affiches gereproduceerd, en het is niet toevallig dat ze als eerste de rij van de 27 beroemde gravures zal openen in het traktaat van Esquirol.

De eisen tot hervorming op grote schaal, die vanaf 1845 succes zullen hebben, grepen hierbij terug op een toen reeds 50 jaar lopende, goed geslaagde maar geïsoleerde poging terzake, nl. die van Tuke in York. De aanleiding was ook daar weer een schandaal geweest: een quakervrouw was kort na haar internering in het York Asylum in verdachte omstandigheden gestorven. De quakers besloten toen met eigen financiële middelen een groot gesticht op te richten, waar in een familiale quaker-stijl de principes van de morele behandeling op de krankzinnigen zouden toegepast worden. Dit was de oorsprong van de Retreat te York, dat met zijn tralielooze ramen en zijn rustige ligging op het platteland als het model gepropageerd zou worden van de nieuwe, meer menselijke maar ook meer efficiënte aanpak van de krankzinnigheid.

Men ziet dus wat typisch is voor de ontwikkeling in de tweede helft van de 18e en het begin van de 19e eeuw in Engeland: er is een groeiende belangstelling voor het fenomeen "krankzinnigheid", men wil een meer menselijke behandeling en steeds sterker duikt zelfs de idee op dat er genezing kan volgen uit een "morele behandeling". Wat de medische kant van de zaak betrof is het wel zo dat verschillende vormen van psychiatrische ziekten die wij nu als zodanig bestempelen in de medische classificaties een plaats krijgen, maar er wordt niet naar een specifieke medische behandeling in de huidige betekenis van het woord gezocht, ook al zijn het houders van een diploma in de geneeskunde die de "morele behandeling" propageren. En voor wie zich aan de introductie van de term "neurose" door Cullen wil vastklampen moet men in ieder geval opmerken dat de neurotici zowel buiten de vroegere als buiten de nu nieuw opgerichte krankzinnigenzorg bleven vallen.

Als men in die tijd van krankzinnigheid of waanzin spreekt lijkt het enkel over de pathologie te gaan die men vandaag tot de psychose zou rekenen. Het is wel delicaat als we proberen toenmalige begrippen in onze huidige diagnostische categorieën te vertalen: de wijze waarop we de fenomenen bekijken is erg veranderd, en het is daarbij mogelijk dat ook de ziektebeelden zelf anders waren. Maar in ieder geval zijn de steeds terugkerende woorden die we in de beschrijvingen lezen die van geweld, razernij en visioenen.

Als we MacDonald⁶ mogen geloven verschuiven overigens precies op dit ogenblik de diagnostische criteria van de waanzin. Voorheen was het het ontembare en irrationele geweld dat de krankzinnige als dusdanig kenmerkte; nu werd de hallucinatie meer en meer het herkenningsteken bij uitstek. De reden van die verschuiving moet in het feit gezocht worden dat steeds meer aanhangers van toenmalige charismatische bewegingen, in het bijzonder de volgelingen van Wesley, als krankzinnigen werden geïnterneerd. We raken

6. M. MacDonald, *Insanity and the Realities of History in Early Modern England*, in *Psychological Medicine* 11(1981) 11-25.

hier een terrein dat voor de relatie tussen levensbeschouwing, religie en geestelijke gezondheid erg boeiend is, maar spijtig genoeg weinig bestudeerd. Het volstaat echter enkele typische handboeken uit deze periode te doorbladeren om te zien dat de Engelse artsen heel duidelijke opvattingen hadden over het verschil tussen een gezonde en een morbiede religieuze beleving. Maar zoals de andere aspecten van hun opvattingen over waanzin moeten we ook deze zoeken tussen de verschillende gevalsbeschrijvingen waarvan de bundeling meestal het gehele handboek uitmaakt. Ook hier zal het in Frankrijk zijn dat men, rekening houdend met het Engelse materiaal, de eerste systematische uiteenzettingen zal neerschrijven.

Gesystematiseerd in Frankrijk

Philippe Pinel is de eerste systematische geest die een coherente visie op de krankzinnigenzorg in de praktijk zou weten door te drukken. Pinel kende de Engelse geschriften, waarvan hij er nog enkele, naast Cullens nosologie, in het Frans vertaald had. Bovendien was het klimaat in Frankrijk rijp. Voor hem had er al een belangrijke hervorming plaatsgegrepen, nl. te Chambéry door Dacquin, die daarbij een theoretisch werk had geschreven, nl. zijn *Philosophie de la Folie*. Maar vooral: voor Pinel bood de Franse Revolutie en meer bepaald de reactie van Thermidor de kans om carrière te maken, en deze kans zou hij aangrijpen op het terrein van de psychiatrie, waar hij op dit ogenblik na een aantal andere levenskeuzes - hij was 48 jaar toen hij zich te Bicêtre liet benoemen - ietwat toevallig was terechtgekomen.⁷ Pinel behoorde tot de kring van de "ideologen", de filosofen die een actieve rol speelden in de revolutionaire politiek, en die hun naam ontleenden aan hun oorspronkelijk epistemologische interesse: zij waren aanhangers van het denken van Locke dat via Condillac in Frankrijk was binnengekomen. Voor hen kwam iedere kennis uit zintuigelijke ervaring, en hiermee braken zij zowel met de traditionele Franse rationalistische traditie als met het Kantiaans denken, waarvan de echo's vanuit Königsberg ook stilaan in het Westelijk buurland begonnen door te dringen. Maar zij waren ook erg politiek geëngageerd, en ze slaagden erin een decisieve invloed uit te oefenen op de hervorming van het onderwijs dat in de revolutionaire context tegen de heersende privileges in doorgevoerd zou worden. Hun politieke banden zouden er echter ook de oorzaak van zijn dat hun wijsgerige opties beurtelings staatsfilosofie zouden worden maar dan weer verguisd in de wisselende politieke omstandigheden van de Restauratie. Oorspronkelijk waren ze fervente aanhangers van Napoleon geweest, die

7. J. Postel vat de vaststaande gegevens die men achter de legende over Pinel kan vinden samen in *Genèse de la psychiatrie*, p. 39-46.

trouwens graag in hun wijsgerige kringen had vertoefd, maar ze waren hem gaan bekampen zodra zijn absolutistische neigingen duidelijk werden. Napoleon had dan gepoogd de invloed van de ideologen te beperken, en hij had sleutelposten gegeven aan traditionalistische en romantische denkers, die filosofisch radicale tegenstanders waren van van de ideologen: de Bonald en Fontanes, de vriend van Chateaubriand. Niets was meer verwijderd van de kritische instelling der ideologen dan het appél op de romantische intuïtie en het gevoel in *Le Génie du Christianisme*. Precies het feit dat ze onder Napoleon in ongenade waren gevallen zou de ideologen op paradoxale wijze in ere herstellen onder de Bourbons. De beweging zou echter geen hoge vlucht meer nemen, en de geest van de romantiek zou samen met een nieuw type van spiritualisme op ruime schaal verspreid worden.

Het is dus in ideologische geest dat de psychiatrie start, al doet Pinel het niet even uitvoerig als Guislain die vijftwintig jaar later in een eerste moment van zijn oeuvre de ganse psychopathologie op de epistemologie van de ideologen zal willen grondvesten. Maar ook bij Pinel is de wijze waarop het intellect functioneert het criterium om de verschillende psychiatrische stoornissen - of liever, om steeds dreigende anachronismen te vermijden: de vormen van de "mentale aliënantie" - te onderscheiden. De classificatie van Pinel zal overigens gauw door haar beknoptheid en haar praktische bruikbaarheid algemeen ingang vinden.

Aan de basis van deze classificatie ligt een grote tweedeling: er is de "manie", dit is de waanzin of de stoornis van het verstand, waardoor men tot bizarre of incoherente overtuigingen komt, en er is de "dementie", of de afwezigheid van het verstandsvermogen. Beide grote klassen worden nog eens in twee verdeeld. De manie kan ofwel het gehele geestesvermogen treffen, ofwel slechts beperkt zijn tot één object, of één rij gedachten, b.v. de waan dat men geruïneerd is. In dit laatste geval krijgt ze de naam "melancholie", een ietwat verwarrende term gezien de betekenis van het woord in vorige eeuwen, en die daarom door Esquirol in "monomanie" zal veranderd worden.

Ook de dementie of de afwezigheid van het verstandelijke vermogen wordt door Pinel in twee soorten onderscheiden. Ofwel zien we hier het resultaat van een aftakelingsproces: het rationeel vermogen, dat er ooit was, is verloren gegaan. Dit is de eigenlijke dementie. Daarnaast is er het idiotisme, en in dit geval gaat het om een aangeboren gebrek.⁸ Het veld van de psychiatrie is dus goed omschreven: de manie en de dementie. Het zijn de twee assen waarlangs men kan ontsporen, al moet direct toegevoegd worden dat de

8. We volgen hier de indeling zoals die in de handboeken uit die tijd ingang vond. In feite is er wel een evolutie in Pinels classificatie. In zijn *Traité Médico-philosophique* somt hij gewoon vijf soorten na mekaar op: *mélancholie ou délire exclusif*, *manie sans délire*, *manie avec délire*, *démence ou abolition de la pensée*, *idiotisme ou oblitération des facultés intellectuelles et affectives*.

éne stoornis zich met de andere kan combineren. Men ziet echter dat het veld veel beperkter is dan dit dat nu onder de psychiatrie hoort.

Meer dan voor deze classificatie is Pinel vooral belangrijk omdat hij uitdrukkelijk stelt dat de waanzin te genezen valt als ze aan een systematisch therapeutisch proces onderworpen wordt. Zijn invloed bestaat er vooral in dat hij de Engelse idee van de morele behandeling methodisch weet toe te passen en te propageren, en dat hij een ontwerp van psychiatrische instelling weet door te drukken waarbij de instelling tot in het kleinste detail geconcipieerd wordt als instrument voor deze morele behandeling.

De tekst van Pinel verdient hier geciteerd te worden. Hij vertelt eerst het droevige levenslot van een van zijn vrienden, die zijn juridische studies had opgegeven, aan achtervolgingswaan was beginnen te lijden, en spijs lange wandelingen op het land door Pinel maar niet van zijn waanideeën afgebracht kon worden. Tenslotte werd hij dood in een bos teruggevonden, met Plato's dialoog over de onsterfelijkheid van de ziel in de handen. Dit brengt Pinel tot volgende bedenking:⁹

"De belangrijkste remedie tegen de waanzin stond toen niet ter mijner beschikking. Dit vind je slechts in een goed geordende instelling. Het bestaat in de kunst de gealiënerde in zekere zin te overweldigen en te temmen, door hem in een nauwe afhankelijkheid te plaatsen van iemand die hem door zijn fysische en morele kwaliteiten onweerstaanbaar in de greep heeft. Pas daardoor kan een ziekelijke aaneenschakeling van ideeën gebroken worden".

Als men zich de vraag stelt of we hier nu aan het begin staan van de medische psychiatrie, dan zien we het centrale probleem opduiken dat we reeds bespraken als een van de cruciale punten betreffende het statuut van deze discipline: is een behandeling religieus omdat ze door religieuzen wordt toegepast? Is een behandeling medisch omdat medici er de auteurs van zijn? Wat Pinel betreft is het in ieder geval zo dat hij zijn *Traité Médico-philosophique sur la manie* zeker geen medisch standpunt verdedigt als men hieronder zou begrijpen dat hij een organicistische visie heeft op de oorsprong van de krankzinnigheid. Voor hem is het duidelijk dat de oorzaken meestal "moreel" van aard zijn (opnieuw: mogen we de term zomaar vertalen door "psychologisch?"), en dat de geneesheer op de eerste plaats dus de morele behandeling moet toepassen. Moet dit nu per se door een geneesheer gebeuren? Op het ogenblik dat Pinel schrijft lijkt het nog niet nodig om op betwistingen terzake te replikeren. Pas zijn opvolger Esquirol zal dit moeten doen.

9. Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Parijs, jaar IX (1801).

Traditioneel ziet men in Esquirol de leerling van Pinel die de ideeën van zijn leermeester trouw verder ontwikkeld heeft. Ook hier zijn er minstens nuances aan te brengen. Aanvankelijk was Esquirol alleen maar de uitbater van een kleine privé-instelling voor krankzinnigen die net tegenover de grote Salpêtrière lag waar Pinel met matig succes zijn hervormingen poogde door te voeren. Esquirol stelde aan Pinel voor om zijn visie in zijn kleinschalige instelling uit te testen, en hierdoor kon hij tegelijk delen in de reputatie van de beroemde arts.¹⁰ Scipion, de zoon van Philippe Pinel, was allerminst even briljant als zijn vader. Dat was wellicht een tweede reden waarom Esquirol Pinels opvolger zou worden.¹¹ In feite heeft Esquirol Pinels ideeën niet in eenzelfde lijn verder ontwikkeld. Had hij met meer systematische denkkraft zijn oeuvre tot eenheid gebracht, dan zou dit voor iedereen duidelijk geweest zijn. Hij schreef echter de ene studie na de andere, weinig bekommerd om het voortschrijden van zijn denken met een systematische reflectie te verbinden. Zo kon een decisieve wending die Esquirol aan de psychiatrie gaf onopgemerkt blijven, nl. dat hij de 'passie' als sleutelbegrip invoerde.

Esquirols proefschrift, "Over de passies, beschouwd als oorzaken, symptomen en geneesmiddelen van de mentale aliënatie",¹² was nochtans van meetaf een breuk met Pinels ideologische interpretatie van de waanzin als een defect van het kenvermogen. Zeker, Pinel had reeds over de passies gesproken. Gaandeweg was hij tot de slotsom gekomen dat het zogoed als altijd passies waren die het kenvermogen in de normale uitoefening van zijn functie stoorden. Pinel was deze passies echter als een uiterlijke oorzaak blijven beschouwen, in de aard van de schok die een delicaat uurwerkmechanisme komt ontregelen. Esquirol gaat duidelijk verder: voor hem maken de passies het hart van het krankzinnig gedrag zelf uit. Het gaat dus niet om een uiterlijke schok, maar een innerlijke kracht die de waanzin veroorzaakt om zich te uiten.¹³ Het krankzinnige gedrag is dus zinvol, en de therapie moet dus niet van buitenuit starten, maar van binnenin. In het kader van de preventie zal de arts zich dan ook steeds meer verantwoordelijk voelen om

10. M. Gauchet & G. Swain, *La pratique de l'esprit humain*, p. 41-51.

11. J. Postel, *Genèse de la psychiatrie*, p. 50, 81.

12. Een reprint van dit onvindbaar werk werd samen met een erg interessante inleiding onlangs op de markt gebracht: *Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale par E. Esquirol, précédé de Du traitement de la manie aux passions: la folie et l'union de l'âme et du corps par Marcel Gauchet et Gladys Swain, et suivi de Documents pour servir à l'histoire de la naissance de l'asile 1797-1811*, Parijs, Librairie des Deux-Mondes, 1980.

13. In welke mate Esquirol eigenlijk gewoon de impliciete opvatting van Pinel heeft verwoord maar niet in staat was tot theoretisch doordenken, kan bediscussieerd worden. Terzake willen we de bedenkingen van J. Pigeaud signaleren op het "Premier colloque d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse" te Bonneval op 18 nov. 1983, waarvan de teksten gepubliceerd zullen worden.

over de hygiëne van het passionele leven te waken.¹⁴ Als de waanzin toch doorbreekt, dan zal de therapie erin bestaan dat men planmatig de éne passie tegen de andere opstelt om op die wijze een nieuw evenwicht te bereiken.

Als deze verandering in de optiek onopgemerkt bleef, dan was het wellicht omdat dit voor de praktijk van de internering niets veranderde. Ook voor Esquirol was de psychiatrische instelling het therapeutische instrument bij uitstek, en in zijn insistentie op "zonder instelling geen genezing" leek hij inderdaad de trouwe leerling van Pinel. Het is onder Esquirols impuls dat in 1838 in Frankrijk de eerste wet ter wereld inzake psychiatrie werd gestemd. De kern van de wet lag in het feit dat een vrijwillige opname (*le placement volontaire*) nu wettelijk mogelijk werd.

Dit begrip van de vrijwillige opname was echter zeer ambigu, en dat zal regelmatig tot betwisting van de wet leiden, ook al is die in Frankrijk nog steeds in voege. "Vrijwillige" opname betekende nl. helemaal niet dat de patiënt op eigen vraag in een instelling terecht kwam. Het betekende dat er geen gerechterlijke interdictieprocedure meer ingesteld moest worden om iemand wegens krankzinnigheid op te sluiten. Nu kon de arts, zonder tussenkomst van de rechtbank, beslissen dat een gealiënerde moest opgenomen worden. Op dit punt is de discussie erg hevig geweest, en het is in reactie tegen de concentratie van alle macht in de medische handen dat de Belgische wet van 1850 bij iedere psychiatrische opname zowel de interventie van de burgemeester als die van de procureur des Konings zal eisen. Ook in Frankrijk zal er snel oppositie groeien tegen dat medisch monopolie, zonder dat de wet evenwel veranderd zal worden.¹⁵ In 1838 genoot de arts echter nog het volle vertrouwen. Spijts een lange discussie werd de wet eenparig goedgekeurd.¹⁶ De wet is belangrijk omdat zij op levensbeschouwelijk vlak een dubbel keerpunt bezegelt, en deze twee keerpunten zijn wel degelijk van mekaar te onderscheiden, al lijkt het op het eerste gezicht om dezelfde zaak te gaan.

Er is vooreerst de organisatie en het beheer van de instelling. Deze wilde men aan de privé-sector onttrekken, waar ze sinds Napoleon na de Franse Revolutie opnieuw terecht gekomen waren, om ze weer aan de staat toe te vertrouwen. Het wetsvoorstel voorzag trouwens aanvankelijk dat alle

14. Er zal heel wat over la "médecine des passions" geschreven worden. F. Bérard, *Doctrine des rapports du physique et du moral, pour servir de fondement à la physiologie dite intellectuelle et à la métaphysique*, Parijs, 1823; J.L. Alibert, *Physiologie des passions, ou nouvelle doctrine des sentiments moraux*, Brussel, 1825; J.B.F. Descuret, *La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec la maladie, les lois et la religion*, Parijs, 1844.

15. J. Thirard, *Les aliénistes et leur opposition sous le second empire*, in: *Psychanalyse à l'Université* (1977), 321-338.

16. Naast het standaardwerk van R. Castel *L'ordre psychiatrique*, zijn er de artikels van M. Gourevitch, *La législation sur les aliénés en France, de la Révolution à la monarchie de Juillet*, en Cl. Quérel, *Le vote de la loi de 1838*, beide in J. Postel & Cl. Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 171-178 en 179-187.

privé-instellingen zouden gesloten worden, en dat ieder departement één grote nieuwe inrichting volgens de nieuwe normen zou bouwen. Dit ambitieus plan werd echter niet uitgevoerd, omdat de departementen deze financiële last niet konden dragen. Snel verkozen heel veel departementen contracten met privé-instellingen te sluiten, en de religieuze congregaties, waarvan de positie zich na de val van de juli-monarchie steeds meer verstevigt, zullen hiervan gebruik maken om op veel plaatsen de krankzinnigenzorg weer in handen te nemen.

Dit zou echter het tweede keerpunt die de wet van 1838 had tot stand gebracht niet meer in vraag stellen, nl. de uitbreiding en de versterking van de medische functie. Hiermee werd een medicalisatie geconsacreerd die echter niets te maken heeft met de medicalisatie in de huidige betekenis van het woord, nl. van een verzorging van de waanzin doorheen het lichaam. Als de geneesheer de directeur van de instelling wordt, dan blijft de argumentatie die van "morele behandeling": wil een krankzinnige genezen, dan moet hij zich radicaal onderworpen voelen aan één sterke figuur, zodat hij gedwongen wordt diens wil tot de zijne te maken. Als de psychiatrische instelling het instrument van de genezing is, dan is het precies omdat zij de afhankelijkheidsrelaties doelbewust in een onontkoombare structuur organiseert. Er mag dus maar één opperste gezagsfiguur zijn als sluitstuk van de systematisch opgezette hiërarchie, en voor deze functie lijkt de arts nu vanzelf aangewezen. Waarom de arts? Wie de toenmalige handboeken terzake openslaat is verwonderd dat er zo gemakkelijk over die vraag heen wordt gegleden. Dat er maar één gezag moet zijn, dat wordt in detail beargumenteerd. Eenmaal dit verworven is, lijkt het bijna vanzelfsprekend dat het de arts is die deze functie gaat vervullen. Wie zou het anders doen? Zeker, men weet dat in het buitenland ook anderen, zoals een wijsgeer, een jurist of zelfs een theoloog een instelling kunnen leiden, maar daar gebeurt het meestal in de vorm van een collegiaal bestuur. Vermits het echter duidelijk is geworden dat men voor één man moet kiezen, ligt het voor de hand dat men de arts moet nemen. De tekst van Esquirol zal steeds opnieuw geciteerd worden:¹⁷

"De geneesheer moet in zekere zin het levensprincipe van een krankzinnigengesticht zijn. Door hem moet alles in beweging gebracht worden, zoals hij ook geroepen is om de regulator te zijn van alle gedachten... Hij moet bekleed zijn met een gezag waaraan niemand zich kan onttrekken. In een krankzinnigengesticht moet er één hoofd zijn en slechts één, van wie alles moet afhangen. Reil en de anderen die in zijn spoor het beleid van een

17. E. Esquirol, art. "Maison d'aliénés", *Dictionnaire des sciences médicales*, geciteerd door C.J.W. Roller, *Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen dargestellt*, Karlsruhe, 1831, p. 336-337. Deze laatste auteur geeft overigens een uitvoerig overzicht van alle argumenten die in het toen hete debat gebruikt werden. Esquirol zelf zal zijn ideeën uitvoerig uitwerken in zijn eigen handboek: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Parijs, 1838, 2 vol.

instelling aan een geneesheer, een psycholoog en een moralist wilden toevertrouwen, hadden duidelijk geen praktische ervaring: anders hadden ze het nadeel ervaren van een dergelijke machtsverdeling".

Is er betwisting van dit monopolie geweest? Wellicht wel, maar de verhalen die ons terzake zijn overgeleverd zijn zo gek dat ze de positie van de medici eerder gesteund zullen hebben. De meest kleurrijke figuur was de halfgekke broeder Hilarion Tissot, die in Charenton opgenomen was geweest. Genezen verklaard, was hij bij de trappisten ingetreden, maar daar was hij diep onder de indruk gekomen van het leven van Sint Jan de Deo. In navolging begon hij in kruisvaarderstijl de éne instelling na de andere op te richten om de krankzinnigen op religieuze basis te gaan genezen. Het is nog niet opgeklaard of de man inderdaad zo actief is geweest als hijzelf in zijn mémoires beschrijft. Misschien was hij slechts een pittoresk personage waarvan dankbaar gebruik gemaakt werd om de klerikale bemoeienis met de krankzinnigenzorg te ridiculiseren.

Hier en daar vindt men wel sporen van het feit dat men in kerkelijke kringen vond dat men de morele behandeling even goed in eigen handen kon nemen. Na de val van de vreselijk conservatief-katholieke Karel X in 1830 verschijnen steeds meer teksten waarin de psychiaters het onzalige van de religie in de verf zetten, en hierbij halen zij gekleurde hoofdstukken uit de kerkgeschiedenis naar boven over heksenwaan, duivelbezetenheid, kettervervolgingen en bijgeloof.¹⁸ Het is uit die jaren dat de meeste geschriften dateren waarvan men de neerslag tot op heden in de historische inleidingen in de psychiatrische handboeken terugvindt, nl. in de stelling dat het nodig was dat de verlichte psychiater in de figuur van Ph. Pinel opkwam om de sfeer van religieus obscurantisme te doorbreken die de krankzinnigheid als duivelbezetenheid interpreteerde. Historisch houdt dit natuurlijk geen steek: ten tijde van Pinel behoort de interpretatie van de waanzin als duivelbezetenheid al lang tot het verleden. Het werk reveleert wel iets over de situatie in 1845. Precies toen vond men het nodig om zich tegen de religie af te zetten en de verhalen op te dissen waaruit blijken moest hoezeer zij verantwoordelijk was voor het brutale, mensonwaardige vastketenen van die arme zieken. Maar waren deze antikerkelijke geschriften de uiting van een reactie tegen een kerkelijke bemoeienis inzake behandeling van geesteszieken of enkel een kribbigheid om het feit dat men van kerkelijke zijde het beheer van de gestichten begon waar te nemen en dus van een meer algemene reactie tegen

18. Het meest beroemde boek in die stijl is dit van L.-F. Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; Description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué, qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères. Exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu*, Parijs, 1845. Een herdruk verscheen met een voorwoord van M. Collée bij Lafitte Reprints, Marseille, 1982.

clericale bemoeienissen in wat staatszaken zouden moeten zijn? Als Van Leeuwen in 1853, op het ogenblik dat na de val van de juli-monarchie kerk en staat weer naar mekaar toe lijken te groeien, een ontwerp voor de krankzinnigenzorg op het eiland Jersey opmaakt, waarschuwt hij krachtig voor de "clerico-morele" behandeling zoals die in Frankrijk soms nog wordt toegepast.¹⁹ Was men van kerkelijke zijde wel écht geïnteresseerd om de "morele behandeling" naar zich toe te trekken? Het lijkt van niet. Wel wou men de mogelijkheid gebruiken om privé-instellingen uit te baten en te besturen. Het ging dus om het recht van de christelijke "caritas" om hulpverlening op allerlei vlak met eigen hand te organiseren. Over de therapie, ook al heette die "morele behandeling", lijkt de kerk de bevoegdheid van de arts in zijn therapeutisch oppergezag niet betwist te hebben. Ook al wou men van kerkelijke zijde uit weer vat krijgen op de gehele sector van de "liefdadigheid", zoals het toen heette, en provoceerde dit begrijpelijke anticlericale reflexen, inhoudelijk heeft de Kerk zich weinig bekommerd om de betekenis van de krankzinnigheid en de impliciete levensbeschouwing die in het "medisch-moreel" therapeutisch proces stak.

Een morele bekommernis van artsen was trouwens ook buiten de psychiatrie meer en meer een feit. Vanaf de anticlericale burgerlijke revolutie van 1830 ging het medisch gezag een steeds grotere maatschappelijke plaats innemen. Alles wijst erop dat het triomferend anticlericalisme dringend een nieuwe morele gids nodig had, en de arts leek hiervoor bij uitstek geschikt. Onder de term "hygiëne" werden steeds meer terreinen van het leven aan de medische richtlijnen onderworpen, en al die terreinen werden op deze wijze steeds meer met elkaar in verband gebracht.²⁰ Dit geldt in het bijzonder voor de terreinen van de seksualiteit, van de criminaliteit en van de krankzinnigheid. De medische expertise bij rechtszaken neemt een steeds grotere plaats in, en Esquirols "monomanie", die op dit terrein zijn toepassing vindt, wordt steeds meer het onderwerp van een publiek debat. Er wordt aan Esquirol zelfs verweten dat de psychiatrie tot niets anders dient dan om schuldigen te disculperen, vermits zij de stelling huldigt dat er moordenaars zijn die alleen op het ogenblik van hun daad aan zinsverbijstering lijden terwijl ze, noch ervoor, noch erna die abnormale geestestoestand laten blijken.²¹ De heftigheid van het debat was een bewijs hoe geïnteresseerd het

19. D.H. Van Leeuwen, *Rapport sur la fondation, la construction et l'organisation des meilleurs asiles d'aliénés en France et ailleurs, présenté au Comité des Etats de l'île de Jersey*, Jersey, 1853, p. 24-27.

20. Zie de erg boeiende studie, verscholen onder een speelse titel, van J.P. Aron & R. Kempf, *Le pénis et la démoralisation de l'occident*, Parijs, 1978.

21. E. Esquirol, *Note sur la monomanie homicide*. Dit artikel werd door de auteur toegevoegd op het eind van het eerste handboek voor forensische psychiatrie dat in Frankrijk op de markt kwam en dat... een vertaling uit het Duits was: J.-C. Hoffbauer, *Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence*, (traduit de l'Allemand sur

grote publiek in dat soort zaken geraakt: de *Gazette des Tribunaux* begint dagelijks te verschijnen en de meer wetenschappelijke beroemde *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* worden in 1829 gesticht. Bij het wegvallen van de kerkelijke sanctie wordt de publieke opinie de richtsnoer voor de moraal. De rechtszaken leveren als het ware een empirisch materiaal dat de morele zin van de burger tot nadenken moet stemmen, en de geneeskunde wordt steeds meer de wetenschap die deze reflectie moet leiden.

Op het stuk van de psychiatrie was deze geneeskunde echter aan een herbronning toe. Wat de Franse psychiatrie tot dan toe had gepresteerd en wat haar toonaangevend had gemaakt was de realisatie van haar systematisch opgezette psychiatrische instelling, en het beschrijvend werk van allerlei types van ziektebeelden. Doch op die twee terreinen dreigde men vast te geraken. De instelling die Pinel in functie van de morele behandeling had opgezet leverde niet het verwachte therapeutische resultaat. De genezingen die in massa beloofd waren bleven uit. Wat de beschrijving en de systematisatie van de ziektebeelden betreft was men uitstekend getraind in de klinische beschrijving. Er waren meesterlijke tekeningen van de meest verschillende monomanieën met alle mogelijke nuances, maar waar was de samenhang gebleven van het psychiatrisch terrein? Hoe kon men het gehele veld van de psychiatrie, waarvan men de uitbreiding toejuichte, opnieuw organiseren en definiëren? Dit zou gebeuren door Magnan en Morel die het begrip van de degeneratie zullen uitwerken.

Het begrip "degeneratie" was inderdaad goed gekozen om aan het psychiatrische veld en de psychiatrische praktijk een naam te geven, ook al moest men dan even vergeten wat de oorspronkelijke opzet en het actievelde van een Pinel was geweest. De term "degeneratie" verwees uitstekend naar de morele context waarin de psychiatrie steeds dieper was terecht gekomen; tegelijk was het gebruik van de term een excuus voor het onvermogen van de psychiater. Zijn belangrijkste taak zou er nu in bestaan uit een nauwkeurige analyse van de mislukkingen de nuttige lessen voor de toekomst te trekken. De efficiëntie van de arts situeert zich inzake psychiatrie vooral op het vlak van de preventie. Daarbij is de term degeneratie een wijze om aan te knopen bij de Duitse psychiatrie, die in de eerste helft van de 19e eeuw een weliswaar boeiende maar heel geïsoleerde geschiedenis had gekend, en nu Frankrijk van haar toonaangevende plaats begon te verdringen.

Pinel en Esquirol zijn hiermee verlaten. Het gaat niet meer om het intellect, om de passies, noch om de morele behandeling. Het gaat om een relatief duister en moraliserend begrip van erfelijkheid, dat schipbreuk zal leiden zodra de erfelijkheidswetten duidelijker gekend zullen zijn. Maar

la dernière édition par A.-M. Chambeyron, avec des notes par MM. Esquirol et Itard), Parijs/Londen, 1827.

intussen zal men Pinel en Esquirol, de glorieuze stichters, toch zo maar niet vergeten. Men zal ze blijven eren, maar hun werk anders interpreteren: Pinel wordt de filantroop, en in dit kader wordt hem het historisch onjuiste beeld van de bevrijder uit de ketenen opgelegd; Esquirol wordt de grote observator en de clinicus. De geschiedenis heeft een keerpunt genomen: vermits het werk van Pinel en Esquirol niet langer als een verworvenheid van de wetenschap kan gelden, worden de twee stichters nu vergoed met het goud van de legende.

De functie van de psychiater wordt vastgelegd

De invloed van Frankrijk is beslissend geweest om aan de psychiatrische praktijk een aantal vaste contouren te geven die tot de institutie zullen gaan behoren.

Psychiatrie is eerst en vooral een *medische* zaak geworden, wat in die zin begrepen moet worden dat haar therapeutische techniek gebaseerd is op de efficiëntie van het medische imago. Wat bepaalt er de psychiatrische behandeling? Het feit dat er een relatie is met een psychiater. Wat maakt er iemand tot psychiater? Het feit dat hij in zo'n positie is geplaatst dat de relatie tot hem psychiatrisch werkt.

Psychiatrie wordt dan in tweede instantie een *institutionele* zaak. Psychiatrie gebeurt alleen doorheen een opname in een instelling, en dat is dan ook het object van de wetgeving terzake. Aanvankelijk is dit alleen maar een consequentie van de eerste wending: de instelling is het instrument waarmee de arts zijn imponerende greep op het innerlijke van de gealiënerde op de meest doortastende wijze kan leggen. Eens men grote instellingen begon te bouwen keerde de logica van de feiten echter de relatie om. De facto was het de instelling, met haar hiërarchische structuur, haar geregeld levensritme, en vooral, de isolatie van de patiënt uit zijn dagelijks milieu, die op het voorplan trad. De arts, die in een persoonlijke relatie eerst geacht werd de therapie te verzekeren, kreeg toen de plaats toegewezen van sluitstuk van het gebouw - tot men ging inzien dat het gebouw zonder sluitstuk eigenlijk ook overeind kon blijven. Zijn persoonlijke aanwezigheid werd niet meer in alle concreetheid onontbeerlijk geacht; integendeel, het ging vaak even goed als hij in de verte een soort supereem gezag symboliseerde. Dit betekent niet dat de plaats van de arts aangevochten werd. Men was wel degelijk overtuigd dat het gezag een vertegenwoordiger moest hebben, en voor de meeste organisatorische en bestuurlijke taken zou men hem de leiding blijven toevertrouwen, maar de therapie werd geacht meer door de structuur te gebeuren dan door de persoonlijke relatie tussen diegenen die toen nog de namen droegen van "gealiënerde" en de "aliënist".

Bij deze medicalisatie gaat het dus niet om een somatische belangstelling, maar om een "morele" optiek, d.w.z. om de "morele" oorzaken en de "morele" behandeling. Om te insisteren: soms wordt hierbij gezegd dat dit woordje "moreel" iets heel anders uitdrukt dan wat wij onder "moraal" verstaan. Het valt te bezien... In ieder geval was het de overtuiging dat er een welbepaalde wijze was waarop een mens zijn passies behoorde te ordenen. Men was tevens overtuigd dat deze ordening door een afhankelijkheidsrelatie tot gezagsfiguren moest geschraagd worden, en dat waar die steun was weggevallen, men die met een reëducatieve therapie moest herstellen: dit was de functie van de psychiatrische inrichting.

Op zichzelf is dit alles nogal eenvoudig en coherent, en dit geldt eveneens voor de vraag: wie zijn de krankzinnigen? Het zijn namelijk diegenen die al eeuwen door de volkswijsheid als dusdanig waren herkend. Wat er juist is in de mythe van de bevrijding van Bicêtre, is dat Pinel de krankzinnigen als een bestaande groep heeft aangetroffen. Hij heeft ze dus niet moeten verzamelen met een aparte medische diagnose; er was geen specifieke blik nodig om onderscheidingen te zien die aan lekenogen voorbijgingen. De krankzinnigen waren diegenen die gek deden, d.w.z. die waandenkbeelden hadden, of aan onverklaarbare vlagen van razernij leden; de dementen waren diegenen die al te "simpel" waren en bij wie niet zozeer de wanorde als wel het ontbreken van geestelijke activiteit voor iedereen duidelijk was. Beide vormden ze samen de goed herkenbare groep van de gealiënerden.

Zolang alles even duidelijk bleef dook er geen levensbeschouwelijk conflict op, en was de samenwerking tussen medici en religieus verzorgend personeel in principe geen probleem. Ongetwijfeld, de "morele behandeling" had wel degelijk een levensbeschouwelijke kant, maar die gaf geen aanleiding tot ruzie. Zowel de medici als de religieuze congregaties waren ervan overtuigd dat het voor een mens goed is zich aan gezagsfiguren te onderwerpen. Dat het gezag niet brutaal met ijzeren hand moet uitgeoefend worden, maar dat het zich in een ietwat afstandelijk, maar toch minzaam paternalisme moest uiten, hier was men het ook over eens. Men deelde dus terzake dezelfde levensbeschouwing. Overigens kaderde dit perfect in het gentlemensagreement dat Kerk en Staat in de 19e eeuw hadden gesloten: de religie vroeg om erkenning - en gebeurlijk ook om subsidiëring - omdat zij nuttig en wellicht onontbeerlijk was als steun voor de publieke moraliteit.

Ook het ideaal van de liefdadigheid of de caritas paste, zoals we verder zullen zien, perfect in dit kader, en als er conflicten kwamen dan was het niet zozeer over het ideaal zelf, maar wel om de vraag hoever het privé-initiatief inzake liefdadigheid mocht gaan en wat als het exclusieve terrein van de Staat moest beschouwd worden. Wat de praktische gang van zaken in de instellingen betreft zien we een gelijkaardig probleem af en toe in verkleinde schaal optreden: behoort het tot de bevoegdheid van de geneesheer om bezoeken toe te staan, opmerkingen te maken over de kleding, te bepalen welk werk men

aan de krankzinnigen zal opleggen en de keuze te maken uit welke stichtende boeken er voorgelezen zal worden, of is dit het terrein van de broeder-overste? Het enige verschil tussen de liefdadigheidsbetrachting van de religieuzen en de morele behandeling van de geneesheren was wellicht dat de laatsten aanvankelijk over grootse therapeutische resultaten gedroomd hadden, terwijl de eersten veel sneller een gewone verzorgende optiek hadden aangenomen en van het gesticht een blijvende leefgemeenschap wilden maken.

Als we de geschiedenis verder volgen, zien we hoe precies vanuit de psychotherapeutische praktijk kritiek zal komen op de levensbeschouwelijke stelling dat het goed is voor een mens om zich aan gezagsfiguren te onderwerpen. Dit is natuurlijk een duidelijk twintigste eeuws inzicht. Nochtans hadden men wellicht reeds in de helft van de negentiende eeuw tot dit besluit kunnen komen. Het accent dat Esquirol legde op het beheersen van de passies had de aanzet kunnen vormen tot het stellen van de vraag waarom de ordening van de passies doorheen een imponerende menselijke relatie tot stand komt. Met wat we nu weten over verdringingsmechanismen en innerlijke remmingen, is het nog meer verwonderlijk dat die vraag zich na 1850 niet in alle scherpte opdringt. Op dit moment breidt het terrein van de psychiatrie zich nl. uit tot het terrein van de neurosen, en tot dit van de hysterie in het bijzonder, en we weten dat het precies uit de analyse van de hysterie is dat de psychotherapie zich zal ontwikkelen. Het is een ogenblik waarop ook op politiek gebied sociale ideeën over ontvoogding opgang maken. Toch zal de levensbeschouwelijke vraag niet gesteld worden, integendeel. De ethische problematiek, die in de naam "morele behandeling" een expliciete formulering had gevonden, wordt nu niet meer met name genoemd. Er wordt wel nog ethiek bedreven, maar in stilte, zonder het woord te laten vallen.

Vanaf 1850 ligt de functie van de psychiater vast, en zij bepaalt precies de uitbreiding van zijn terrein. De wetgevingen over het instellingswezen zijn in de meeste landen net gestemd en men begint ijverig instellingen te bouwen of minstens te verbouwen. De geneesheer, die beargumenteerd had dat de uitstraling van zijn persoon belangrijk was omdat zijn behandeling een "morele" behandeling was, heeft in de nieuwe structuren zijn leidinggevende positie geconsolideerd. Over het belang van zijn imago voor de therapie zal echter niet meer gesproken worden, integendeel. De tweede helft van de negentiende eeuw is het moment waarop de psychiatrie de organische toer opgaat, en zich tot de studie van het lichaam beperkt.

De belangstelling voor het somatische wordt een massief feit en voor sommige historici valt het ontstaan van de ware psychiatrie samen met deze wending. Dit gaat overigens gepaard met de verplaatsing van het zwaartepunt van de discipline van Frankrijk naar Duitsland, en het is in deze context dat de Duitse term "psychiatrie" het Franse woord "aliénisme" gaat vervangen. De grote stichter wordt dan Griesinger, en de voltooiër van deze échte medische wending is dan Kraepelin, die op het eind van de negentiende eeuw het

volledige tableau van de psychiatrische ziektebeelden zal uittekenen dat tot op heden ons denken beïnvloedt.

Om de ombuiging naar een organische benadering te verklaren wijst men graag op het feit dat er al lang dergelijke tendensen in de psychiatrie waren, en dit niet alleen in de verre voorgeschiedenis van het geloof in lichaamsvochten en planeteninvloeden, maar ook in de eerste helft van de negentiende eeuw. Pinel en Esquirol waren al bestreden geworden door Broussais, die erg materialistisch in de zenuwen de oorzaken van de geestesstoornis zocht. In Duitsland heeft men terzake gesproken over de strijd tussen "somatici" en "psychici". Als na 1850 de wending naar een strikt-organische optiek zich radicaal doorzet, dan zou het zijn omdat de ontdekking van de lichamelijke bepaaldheid van de dementia paralytica, als gevolg van syphillis, een decisieve rol gespeeld heeft.

De vraag dient gesteld of deze wending naar het somatische ook niet een verdedigingsreactie was van een psychiatrie die, eenmaal bevestigd in haar functie, door nieuwe vragen overspoeld werd. Misschien valt de ontwikkeling namelijk ook zo te lezen: in een poging om krankzinnigen te behandelen ontdekte de geneesheer met welke kracht een gezagsimago op een anders innerlijke kan ingrijpen. Bij nader toezien was dit trouwens iets dat ook op niet-krankzinnigen actief kon worden. Na een aanvankelijke vastberadenheid om met dit mechanisme te werken, volgde er terughoudendheid. Uit wat we uit de huidige psychotherapeutische ervaring weten, vermoeden we dat de arts in een eerste moment heeft ervaren dat een sterke band met zijn persoon herstructurend kan werken voor psychotische patiënten, maar dat hij gauw heeft gezien dat het niet zo eenvoudig is om psychotische patiënten écht te genezen. Op het ogenblik dat ook andere typen van patiënten naar hem toegeschoven werden voelde hij zich dan geklemd in de minder massieve maar meer complexe overdrachtsrelaties die zich hier ontwikkelden. Dit was wellicht de reden dat er over de morele behandeling en over het imago van de arts niet meer gesproken werd.

De vraag is dan verder waarom die andere patiënten bij hem terecht kwamen? Misschien precies omwille van het imago dat hij gecultiveerd had en dat, alhoewel niet langer expliciet verdedigd, dan toch bleef bestaan. In ieder geval lijkt er een onbehagen meegespeeld te hebben toen de psychiatrie na 1850 de organische toer opging.

Een halve eeuw organische benadering

Als je meer in detail gaat onderzoeken wat die wending naar een organische optiek precies inhield, blijken de zaken helemaal niet zo simpel te liggen als op het eerste gezicht lijkt. Zeker, van 1850 tot 1900 is het de periode van de microscoop en van de hersensecties, en tot op heden zal de ene organische

verklaring na de andere met wisselend succes uitgeprobeerd worden. Op zichzelf was het feit dat men lichamelijk onderzoek verrichtte overigens een erg goede zaak. Over het imago van de arts wordt gezwegen, maar tegelijk breidt het psychiatrische veld zich uit tot die terreinen waar de relationele en ethische inslag nog veel sterker zijn dan in de echte waanzin en in de dementie. De psychiater behandelt nu ook de "moral insanity", de degeneraties en de hysterie, alle pathologieën waarvan wij nu de relationele aspecten erkennen. Hoe legitiem ze ook op zichzelf is, je hebt de indruk dat de organische optiek mede gediend heeft om de vraag toe te dekken naar de zin en de functie van de menselijke relatie, en meer bepaald naar de technische wijze waarop ze gehanteerd en gemanipuleerd kan worden. En als die vraag dringend toegedekt moest worden, dan was het omdat de gebiedsuitbreiding van de psychiatrie precies ziektebeelden had binnengebracht waarin de relationele problemen tussen mensen, de ethische mechanismen om drift-impulsen te controleren en de problemen in de relaties tot gezagsfiguren centraal stonden. Het werd blijkbaar te veel. Achter de deur die Pinel in zijn eerste formulering van de morele behandeling op een kier had gezet stak een al te duistere diepte. De deur werd dus dichtgegooid. Over de relatie psychiater-patiënt zou dus niet meer gesproken worden, ook al besefte de arts nog steeds dat de relatie tot zijn imago belangrijk was. Pas met Freud zouden deze problemen opnieuw onder woorden gebracht worden.

Waarom zocht de psychiatrie dan precies gebiedsuitbreiding op deze terreinen waar het relationele en het ethische zo direct aanwezig waren? Als men het blijkbaar moeilijk had met de overdrachtsverhoudingen - om dit modern woord te gebruiken - waarin een psychiater terecht kan komen, waarom heeft men dan niet een veel veiliger koers genomen en de organische optiek verstevigd door nog meer duidelijk organische pathologieën binnen het psychiatrische veld onder te brengen? Precies het tegenovergestelde gebeurde, en zal overigens blijven gebeuren. Zo zullen de dementen en de oligofrenen, wiens defect op een duidelijke organische deficiëntie berust, het terrein van de psychiater verlaten. De psychiatrie werd blijkbaar door maatschappelijke processen in de hoek geduwd, en zij moest zich willens nillens met problemen bezighouden die zij niet in de veilige, organische optiek kon plaatsen. Blijkbaar vervulde ze een maatschappelijke functie waarvan ze zich de precieze draagwijdte niet realiseerde. Ze werd gedwongen de problemen van de persoonlijke identiteit en van de menselijke relatie te formuleren, maar ze was daartoe nog niet in staat. Pas in onze tijd is men gaan inzien dat deze tot de kern van ieders geestelijke gezondheid behoren.

Men kan nochtans niet zeggen dat men die problemen helemaal niet gezien had in verband met de ziektebeelden die men nu binnen het psychiatrisch veld zou plaatsen. Dit geldt zowel voor de moral insanity, voor de hysterie als voor het debat materialisme-spiritualisme als dusdanig. Maar het

typische van de wending na 1850 is dat men voor die problemen een oplossing zoekt waarbij ze precies niet ter sprake gebracht moeten worden.

De "moral insanity" vormt samen met de "no-restraint" de voornaamste bijdrage van Engeland aan de ontwikkeling van de psychiatrie in de eerste helft van de negentiende eeuw. Engeland was erg praktisch en pragmatisch zijn inrichtingen aan het hervormen, publiceerde goede observaties, maar leunde op theoretisch gebied heel sterk aan bij Frankrijk. De "moral insanity" zou in de psychiatrie binnengebracht worden omdat die in veel gevallen van toepassing kan zijn in expertises bij gerechtszaken, en ze heeft tot ons begrip van "psychopathie" of "sociopathie" geleid. Het gaat dus duidelijk om een relationele en ethische problematiek, die niet in de lijn lag van een coherente medicalisatie van de psychiatrie. Dit geldt overigens ook voor de "no-restraint" in het gesticht, nl. de overtuiging dat een welbepaalde vorm van menselijk contact met de patiënt het gebruik van dwangmiddelen, die in de morele behandeling wél gebruikt werden, overbodig kon maken. Men had dus de mogelijkheid van een technische manipulatie van het menselijk contact gezien, maar men heeft er niet op doorgedacht, het feit ten spijt dat de termen van "moral insanity" en "no-restraint" gemeengoed werden.

Sterker nog gaat het in verband met de hysterie, die goed bekend was en de volle aandacht van de medici genoot, zij het aanvankelijk buiten iedere psychiatrische context. Reeds op het eind van de achttiende eeuw was er rond Mesmer in Parijs een hele rage rond het magnetisme en zijn therapeutische eigenschappen. Het fenomeen had zo'n uitbreiding genomen dat men een commissie met o.a. Benjamin Franklin, die de bliksemafleider had uitgevonden, had aangesteld om de zaak te onderzoeken. Op dit ogenblik was men toe aan de eerste ontdekkingen op het gebied van de elektriciteit, en men veronderstelde dat deze mysterieuze energie ook aanwezig was in de vorm van een fluïdum dat de menselijke geesten onderling verbond. Mesmer stelde dan ook zijn hysterische patiënten op in een kring, hand in hand, om ze met "magnetische passes" te behandelen.

De polemiek over het al dan niet bestaan van het dierlijk magnetisme zou jaren aanhouden. De fenomenen werden overigens soms religieus-charismatisch geïnterpreteerd, o.a. door A.M. Ampère, wiens naam nu prozaïsch op onze elektrische kabels prijkt, maar die toen voorzitter was van de Société Chrétienne, een mystieke groep die in 1804 in Lyon gesticht was.²² Eenmaal men het elektrische model verlaten had als symbool van de vitale energie die de verschillende wezens met mekaar verbond, ging men het fenomeen "suggestibiliteit" noemen. Vanaf 1860 werden in Nancy die fenomenen door Liébault en Bernheim systematisch bestudeerd; de hypnotische techniek wordt er op punt gezet. Ook in het kader van het neurologisch

22. E. Bréhier, *Histoire de la philosophie* III, p. 561-567.

onderzoek dat in dezelfde periode te Parijs met Richer en Charcot een hoge vlucht nam, was men terzake erg geïnteresseerd, en men begon met Nancy te rivaliseren in het onderzoek van de gelijkenis tussen de hysterische en de hypnotische verschijnselen.²³ Het is overigens pas op dit ogenblik dat de hysterie stilaan tot het veld van de psychiatrie gaat behoren.²⁴ Het is dus duidelijk dat men wist dat hysterische symptomen te maken hadden met de wijze waarop de relatie tot een andere een stuk van het eigen ik, zelfs van het eigen lichaam, veranderingen kon doen ondergaan. En toch: alle aandacht van de psychiatrie ging naar de studie van de lichamelijke processen. Het ander aspect werd zo goed verdrongen dat het voor Freud een hele schok zou betekenen als hij, als jonge fysioloog, te Parijs aan de Salpêtrière en te Nancy het feit gedemonstreerd zag dat hysterische symptomen door suggestie konden geprovoceerd en verwijderd worden. Het ging eigenlijk om iets dat men al lang geweten had, maar dat men blijkbaar had willen vergeten.

Het debat tussen spiritualisme en materialisme is in de psychiatrie vooral in Duitsland erg hevig geweest. Het stond er zelfs in het brandpunt van de belangstelling, en de echo's die men er in het buitenland over hoorde deden wel eens vreemd met de ogen knipperen. Zoals we in een apart hoofdstuk zullen zien, had Duitsland echter tussen 1800 en 1850 een heel eigen ontwikkeling inzake psychiatrie gekend, die niet te vergelijken valt met wat er in het buitenland was gebeurd, en ook geen sporen zou nalaten in de psychiatrie zoals ze zich na 1850 op Europees vlak zou ontwikkelen. Het wijsgerige leven nam in de Duitse cultuur een grote plaats in, en de psychologie, die nog steeds een geïntegreerd deel van de filosofie was, wordt er niet alleen druk beoefend, maar ook naar het brede publiek gebracht. Gezien het eigene van de Duitse situatie, is deze filosofische geest niet verbonden met een anticlericale tendens. Het gaat dus om de reflectie hoe men de eigen geest het best cultiveert. In het begin van de 19e eeuw had Kant in zijn antropologie trouwens uitdrukkelijk gepleit voor de vulgarisatie van zo'n levenswijsheid, en hij had in een met goede bedoelingen posthuum uitgegeven tekst zijn eigen, ietwat komisch aandoende ervaringen neergeschreven.²⁵ Hij had zelfs uitdrukkelijk de competentie van de artsen aangevallen in hun poging om de expertise bij gerechtszaken

23. Voor een uitvoerige bibliografie over hypnose zie P. Barrucand, *Histoire de l'hypnose en France*, Parijs, 1967. Men vindt een goed en nog naar de toenmalige actualiteit ruikend historisch overzicht in A. Castelein, *Les Phénomènes de l'hypnotisme et le surnaturel*, Brussel, 1911. De mystiek-religieuze achtergrond die aanvankelijk kan meespelen wordt er echter niet besproken. Zie E. Benz, *Theologie der Elektrizität. Zur Begegnung und Auseinandersetzung von Theologie und Naturwissenschaft im 17. und 18. Jahrhundert*, Mainz-Wiesbaden, 1971. Het thema van de hypnose en de hysterie komt in het tweede volume uitvoerig aan de orde.

24. Voor een korte schets van de geschiedenis van de hysterie zie J. Corraze, *La question de l'hystérie*, in J. Postel & Cl. Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 401-411.

25. I. Kant, *Von der Macht des Gemüths durch den blossen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein*, gepubliceerd door C.W. Hufeland.

naar zich toe te trekken, en met succes gepleit om bij de oude formule te blijven: de vraag of iemand krankzinnig en dus niet-toerekeningsvatbaar was moest beantwoord worden door een commissie bestaande uit de traditionele universitaire faculteiten: theologen, juristen en medici.²⁶ Het is dan ook niet te verwonderen dat de eerste psychiatrische hervormingen met wijsgerige formuleringen vergezeld gingen. Als de eerste pioniers, Langermann en Reil, tot de spiritualisten behoren, dan ligt dit helemaal in de lijn van de verwachtingen. En als de eerste systematische auteur, Heinroth, zijn handboeken baseert op het begrip zonde, en het conflict tussen "Ik" en "Ueber-Uns" centraal stelt op een wijze die direct aan Freud doet denken, dan is de religieuze terminologie wellicht voor de Fransen erg storend, maar in Duitsland nog erg acceptabel, vermits men door de termen heen nog de realiteit kan vatten die men in het door kerkelijke problematiek geteisterde Frankrijk al lang in andere termen zocht te formuleren.

In Duitsland is het conflict tussen spiritualisme en materialisme niet hetzelfde als wat onder die naam in Frankrijk naar de helft van de 19e eeuw toe zal doorbreken. Het ging over de vraag of de ziel zelf ziek kon worden, en de materialist kon in feite de grootste spiritualist zijn indien hij geloofde dat de ziel als goddelijk principe niet zelf ziek kon worden, maar slechts in haar activiteit gestoord kon worden omdat ze verkeerd geïnformeerd werd door het lichaam en zijn zintuigen. Het is dus in die zin dat men over "Seelenkrankheit" versus "Seelenstörung" polemiseerde. Wat de discussie stopzette was een pragmatisch besluit om de term Seele (ziel) te laten vallen, niet meer te discussiëren over het wezen van de geestesziekte, en zich te verenigen in het psychiatrische werk.²⁷ Dit vormt de kern van het proces dat in de tweede helft van de negentiende eeuw zijn neerslag vindt: er groeit een praktische consensus over het terrein van de psychiatrie, die niet door een bewust vooropgezet plan wordt bepaald, noch door een bereflecteerd theoretisch kader, maar door een aantal complexe zij het geruisloze processen. Er worden steeds meer verschillende patiënten naar de psychiater toegeschoven en hij neemt er ook steeds meer aan vanuit een vaag gevoel dat dit inderdaad eveneens "psychiatrische patiënten" zijn... De psychiatrie is een "functie" geworden waaraan de maatschappij blijkbaar nood begint te krijgen, en deze functie zal zich steeds verder uitbreiden. De motieven die hieraan ten grondslag liggen dringen echter niet door tot de arts, en het is vanuit een erg

26. Vanuit zijn materialistische optiek zal Friedreich hiertegen heftig polemiseren, maar zijn gekleurd historisch overzicht van het probleem is als tijdsdocument niettemin erg interessant: J.B. Friedreich, *System der gerichtlichen Psychologie für Gerichtsärzte, Richter und Verteidiger*, Regensburg, 3e ed., 1852, p. 1-46.

27. Zie het *Nachwort* van Damerow bij M. Jacobi, *Bemerkungen über die Bedeutung des Ausdrucks "Seelenstörung in der Psychiatrie*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1 (1844) 422-429.

vaag en impliciet aanvoelen van de ambigue verwachtingen die men in hem stelt, dat hij toch naar een lichamelijk verklaringsmodel zal zoeken om zijn eigen identiteit gerust te stellen, ook al moet hij de ethische bijklanken die met de nieuwe patiënten verbonden zijn toch ergens verdisconteren. Dit vormt wellicht het succes van het begrip "degeneratie", dat het instrument wordt om het voor de medische blik erg disparate veld van de psychiatrie toch onder één noemer te brengen. Tevens wordt er meer en meer gepleit voor een "terugkeer naar de kliniek".

Terugblik

Teruggaan naar de observatie is altijd een wijs besluit. Alleen moet men bewust blijven van de wijze waarop een aantal verschillende objecten in het blikveld bij elkaar werden geplaatst en of ze wel degelijk een groep vormen waaruit men door analyse gemeenschappelijke kenmerken kan vinden. Verschillende soorten vlinders klasseren kan een lastig werk zijn dat veel geduld vereist, maar de voornaamste en belangrijkste moeilijkheid is overwonnen eenmaal men tot de slotsom is gekomen dat de verzameling die men voor zich heeft inderdaad helemaal uit vlinders bestaat. Maar veronderstel dat je in je verzameling vlinders en vleermuizen samen had geplaatst, en dat je die als één diersoort zou aanzien... de basiskenmerken die je van deze groep zou overhouden zouden wellicht niet zoveel inzicht toelaten, en essentiële verschillen zouden precies door je klassering steeds weer ontsnappen.

In zo'n toestand zal de psychiatrie zich steeds meer bevinden en ook al heeft ze zich nog merkwaardig goed uit de slag weten te trekken door nauwgezet te observeren, ze heeft steeds nieuwe onderverdelingen moeten opstellen en steeds bleef de samenhang van de verschillende klassen een moeilijke zaak. Nog vandaag zijn er, volgens de *DSM III*, stoornissen die meestal reeds in de kindertijd duidelijk worden, stoornissen die een lichamelijke oorzaak hebben, stoornissen die op het gebruik van toxische stoffen teruggaan, schizofrene stoornissen, psychoseksuele stoornissen... en de andere stoornissen. Het is alsof je je huisraad zou onderverdelen in eikenhouten meubelen, geverfde meubelen, zware meubelen, ronde meubelen... of om nogmaals het klassieke voorbeeld van M. Foucault te citeren: er zijn de honden van de keizer, de opgezette honden, de honden die met een zijden penseel getekend zijn...

Is het toeval dat al die verschillende fenomenen in de loop der tijden tot psychiatrische ziektebeelden verklaard worden en bij mekaar geplaatst worden? Of hangen zij toch op verborgen wijze samen, ook al is de samenhang op het eerste gezicht niet duidelijk en heeft men in een rationalisatie naar andere termen gegrepen om de eenheid van het psychiatrische veld te formuleren?

De vraag zal verder uitvoerig aan de orde komen, en het is overigens een vraag die verder reikt dan de periode die in dit boekdeel aan de orde is. Doch deze verdere ontwikkeling lijkt het gevolg te zijn van het feit dat er van 1800 tot 1850 een nieuwe functie werd gecreëerd, en het is wellicht omdat deze functie geïnstitutionaliseerde erkenning had gevonden, dat al deze problematieken naar haar toe werden gezogen. Het is het beroep op de arts als nieuwe gezagsfiguur dat de verschillende types van psychopathologie bij mekaar heeft gebracht en tot het psychiatrische veld heeft gecreëerd.

Als je op dit feit dieper ingaat blijkt al gauw dat je onvoldoende verklaring geeft als je op te eenvoudige wijze de categorie van "macht" als uitleg laat aanrukken. Zeker: er is een machtsuitbreiding van de geneeskunde geweest, en de vaak erg pittoreske ruzies tussen arts en religieuze congregaties binnen de krankzinnigengestichten kunnen als een machtsstrijd beschreven worden. Doch er is een diepere vraag: waarom heeft een bepaald imago zo'n greep op iemands innerlijke dat hij erdoor veranderd kan worden?

Het is precies de constatering van dit feit dat de psychiatrie heeft doen ontstaan. Dit brengt ons tot de culturele verschuivingen die met haar ontstaan samengaan: de verschillende imago's waaraan mensen gehecht zijn, worden over de verschillende instituties herverdeeld. De vaak gehoorde zin dat de psychiater de pastoor gaat vervangen is dus in zekere zin waar. Niet dat het terrein van de psychiatrie vroeger tot de religie behoorde, zoals het polemisch zal gesteld worden door medici die de verhalen over bezetenheid oprakelen als was het nodig om in contrast daarmee hun relatief recente beroepsactiviteit te rechtvaardigen. Wat wel het geval lijkt is dat de arts met een imago bekleed wordt dat men vroeger terugvond in de sacrale sfeer van de Kerk en het gelegitimeerde gezag van de door God aangestelde vorst; en dat precies de bekleding met dit imago de totstandkoming van het psychiatrische veld mogelijk maakte.

Bovendien vereiste de Franse Revolutie en het wegvallen van het monarchische gezag nieuwe imago's in de maatschappij. Vaak wijst men erop dat het burgerlijke ethos en de idealen van de Verlichting gebaseerd waren op een verinnerlijkte moraliteit. Zolang het gezag van buitenuit met geweld zijn macht kon opdringen en als dusdanig geaccepteerd was, was de idee van de sanctie voldoende om de orde te handhaven. Eenmaal met de democratisering het souverain uiterlijk gezag afgewezen wordt is de zelfcontrole van de verschillende principieel gelijke burgers vereist. Vandaar het belang van het innerlijk schuldgevoel waarvan men vaak zegt dat het met de burgerlijke maatschappij massief op de voorgrond treedt.

Het feit dat de arts met het imago van het gezag bekleed wordt kan precies in verband gebracht worden met het groeiend belang dat gehecht wordt aan de zelfcontrole en het schuldgevoel. Men kon aan de kerk deze functie niet toevertrouwen, hoe graag ze die ook had opgenomen: ze was te erg gecompromiteerd met het Ancien Régime en met de ongelukkige restauratie-

pogingen nadien. De arts daarentegen, die het verlichtingsideaal ook tijdens de restauratieperiode had kunnen blijven representeren, die het symbool was van de wetenschap en het vertrouwen in een fundamentele goede natuur, was hiervoor uiterst geschikt.

Van kerkelijke zijde heeft men zich blijkbaar niet direct neergelegd bij dit functieverlies. Het feit dat de kerk nodig is om de publieke moraliteit te ondersteunen is wel het klassiek apologetische argument in de 19e eeuw. In functie hiervan zocht men dus naar andere imago's, die het nog konden doen, en die zelfs een complementaire rol konden spelen ten overstaan van imago's die nu met andere functies verbonden waren. Er komt dus een priesterbeeld, dat meer pastoraal is, dat niet meer vanuit de hoogte leiding geeft, maar via een omweg toch nog op andermans innerlijke een duidelijke invloed kon uitoefenen. Er komt een nieuw pausbeeld dat het absolute geestelijke gezag incarneert. Het is ook in die geest dat een aloud en respectabel christelijke ideaal in zijn verschijningsvorm wordt aangepast, nl. de caritas. Het beeld van de christelijke zorg is het beeld van eenvoudige broeders en zusters, die zichzelf verloochenen, niet op geleerdheid of maatschappelijke posities kunnen bogen, maar in alle stilte aan liefdadigheid doen. Het was een beeld dat echter eveneens een gevoelige snaar kon raken en bewondering opwekken; het was een nieuw imago waardoor de kerk in de nieuwe maatschappij haar plaats zocht te vrijwaren.

Is dit imago goed? Is het effect ervan voor de betrokkenen positief? Dit is de vraag die zowel voor het medische als voor het pastorale imago van nu af aan gesteld wordt. En een andere vraag is dan wat precies "levensbeschouwing", wat precies "ethiek" en wat precies "religie" is in de interactie van al deze imago's?

Doch vooraleer op die vraag te antwoorden moet meer detailwerk verricht worden, en daarom is het leerrijk van nabij te gaan bekijken hoe levensbeschouwelijke elementen hebben meegespeeld bij de totstandkoming van de psychiatrie in twee landen waar de conflicten niet zo scherp zijn geweest, nl. Engeland en Duitsland.