

# EEN KLINIEK VOOR VERSLAVINGSZIEKTEN, ALS ANNEX BIJ HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS HUIZE PADUA TE BOEKEL

door J. VAN BAAR, geneesheer-directeur

Wanneer wij op deze voorjaarsvergadering Uw aandacht vragen voor het chronisch alcoholisme, dan doen wij dit met enige schroom. Wij zijn ons er namelijk van bewust nog niet in staat te zijn veel nieuws toe te voegen aan de reeds bestaande uitgebreide hoeveelheid documentatie over dit onderwerp. Wij hebben ook niet de bedoeling U een verantwoord overzicht te geven van de huidige opvattingen over het alcoholisme. Wanneer wij het er desondanks toch op wagen, geschiedt dit op grond van een grote dosis enthousiasme en op grond van zekere trots over het feit dat wij sedert kort de beschikking hebben gekregen over een fraaie buitenkliniek voor alcoholisten.

Wij vinden het een voorrecht vandaag deze kliniek aan psychiatrisch Nederland te mogen voorstellen en in zekere zin willen wij hiermede tegenover de buitenwacht kenbaar maken dat het alcoholisme naar onze mening nog altijd primair thuishoort binnen het vlak van de psychiatrie. Het is mijn taak om in deze eerste inleiding U in het kort mede te delen hoe in ons psychiatrisch centrum de belangstelling voor de problematiek rondom het alcoholisme is gegroeid.

Evenals dit waarschijnlijk bij meerdere psychiatrische inrichtingen het geval was, werd Huize Padua van oudsher geconfronteerd met de psychiatrische stoornissen van alcoholisten. Periodiek werden patiënten opgenomen met de bekende psychotische beelden als het delirium tremens, de acute hallucinose, de paranoïde toestanden, enz. Ook werden van tijd tot tijd totaal ontredderde en sociaal vastgelopen alcoholisten bij ons binnengebracht. Al deze gevallen werden volgens de, voor die tijd, gebruikelijke methoden behandeld en verpleegd. Nadat de psychotische verschijnselen verdwenen waren, werd de patiënt ontslagen, waarbij dan in sommige gevallen, waarin dit mogelijk was, het maatschappelijk werk van de alcoholistenzorg werd ingeschakeld.

Toen omstreeks 1960 onze Staf een intensievere bijdrage kon gaan leveren aan de zgn. extra-murale activiteiten in de geestelijke gezondheidszorg, betekende dit ook een nauwere samenwerking met en participatie in het regionale consultatiebureau voor alcoholisme. Het was hier, dat wij ons geplaatst zagen tegenover de problematiek van de chronische drinker bij wie de voornamelijk op het maatschappelijk werk gebaseerde ambulante zorg, hoe goed en intensief ook toegepast, had gefaald. Maar ook onze, als consulent aan dit bureau verbonden psychiater, moest vaak noodgedwongen van zijn machteloosheid getuigen omdat hij voor deze gevallen niet kon beschikken over adequate klinische behandelingsmethoden. Hij had weliswaar zijn psychiatrische

inrichting op de achterhand, waarop hij voor noodgevallen kon terugvallen, maar in de praktijk leverde dit meestal grote moeilijkheden op. De weerstand van de alcoholisten tegen een vrijwillige opname in een psychiatrische inrichting was meestal bijzonder groot. Bovendien is het niet moeilijk om te begrijpen dat het klimaat in de psychiatrische inrichting verre van gunstig is voor de niet meer geïntoxiceerde alcoholist. Wij konden in onze inrichting gedurende de laatste 5 jaar dan ook maar weinig patiënten van deze categorie opnemen. De aanpak bleef meestal beperkt tot een ontwenningsskuur en roborerende maatregelen. Wij waren organisatorisch niet in staat de alcoholisten een andere verblijfsmogelijkheid te bieden dan die te midden van de overige psychisch gestoorden.

In de meeste gevallen leverde deze situatie grote verpleegkundige moeilijkheden op zowel voor de alcoholist als voor de overige patiënten.

Het was dan ook niet verwonderlijk dat er zowel van onze eigen inrichting als ook van de kant van de consultatiebureaus een sterke behoefte werd gevoeld aan een specifieke klinische voorziening voor alcoholisten. Bij ons leefde het besef dat het diagnostisch en therapeutisch apparaat van ons eigen psychiatrisch instituut een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren aan een te stichten kliniek voor alcoholisten. De talrijke gesprekken met omliggende consultatiebureaus en met het centrumbestuur resulteerden in het oprichten van een Stichting Klinische Zorg voor Verslavingsziekten; deze stichting waarin een evenredig aantal vertegenwoordigers van onze inrichting en de regionale consultatiebureaus zitting had, had zich primair tot taak gesteld de oprichting van een Kliniek voor Verslavingsziekten voor te bereiden. In een werknota werd de doelstelling van deze te stichten kliniek als volgt omschreven:

Het doel van de kliniek dient te zijn het scheppen van een mogelijkheid tot kortdurende opname (men dacht in die tijd aan een duur van ca. 4 weken) ten dienste van en in nauwe samenwerking met een ambulante behandeling in principe voor alle alcoholisten voor wie dit nodig en mogelijk wordt geacht. Als indicaties voor opname in de kliniek werden in diezelfde werknota genoemd:

- 1 observatie en diagnostiek ten behoeve van verdere ambulante behandeling,
- 2 begin van een eventuele ontwenningsskuur en daarbij aangepaste behandeling,
- 3 doorbreking van de verslavingsgewoonten en van een tijdelijk onhoudbare situatie als gevolg van alcoholmisbruik.

Doelstelling en opname-indicatie vonden hun uitgangspunt in de gedachte, dat bij deze opzet in het geheel van de zorg voor de alcoholisten de consultatiebureaus een centrale plaats innemen. Deze bureaus immers werkend op basis van de teamgedachte zullen in de meeste gevallen contact met de patiënt hebben en houden. De consultatie-

bureaus kunnen aan de kliniek de basisgegevens leveren en zij zullen na afloop van de opname de behandeling ambulantly weer over moeten nemen.

Het was van begin af aan duidelijk dat er naast het geïntegreerd functioneren van de kliniek met de consultatiebureaus, een organisatorische relatie zou moeten zijn tussen de kliniek en het psychiatrisch ziekenhuis. Naast het beschikbaar stellen van de medische, verpleegkundige en economische outillage, zou dit ook de mogelijkheid scheppen een eventueel in de kliniek niet handhaafbare patiënt gemakkelijk over te plaatsen.

Het heeft weinig zin U te vermoeden met de talrijke organisatorische problemen welke zich hebben voorgedaan bij de pogingen om de kliniek van de grond te krijgen. Ik moge volstaan met de volgende korte samenvatting. In 1965 kwam in de gemeente Beek en Donk, dat op ca. 10 km van hier is gelegen, een groot pand vrij. Het pand bood voor de ontwikkeling van onze psychiatrische inrichting interessante mogelijkheden, want niet alleen zouden hierin de plannen voor een alcoholistenkliniek verwezenlijkt kunnen worden, maar tevens lag er een bijzonder gunstige situatie om een ander idee, dat ons reeds lang bezighield, eveneens te realiseren nl. het stichten van een buiten-afdeling met psychosociaal gerichte revalidatie-mogelijkheden.

In het voorjaar van 1966 kon deze buitenkliniek, waaraan de heemkundige naam „Leefdael” werd gegeven, na een aangepaste verbouwing, in gebruik genomen worden, en wel 30 plaatsen voor de revalidatieafdeling en 15 voor de alcoholisten.

Het organisatorisch beheer van deze buitenkliniek kwam geheel in handen van bestuur en directie van Huize Padua, omdat gebleken was dat een zelfstandige exploitatie van deze kliniek door de daartoe opgerichte stichting, economisch veel ongunstiger zou uitvallen.

Zowel ten aanzien van de selectie voor de opname als voor het onderzoek- en behandelingsschema hadden wij tevoren bepaalde eisen en criteria in een programma vastgelegd.

De op te nemen patiënt zou 'vrijwillig', d.w.z. zonder rechterlijke machtiging, moeten komen en blijk moeten geven van een duidelijke coöperatie. Hij mocht geen psychotische verschijnselen vertonen. Bovendien moest de mogelijkheid van een terugkeer naar zijn milieu van herkomst tevoren gegarandeerd zijn.

Zoals reeds eerder is gezegd zou de opnameduur ca. 4 weken bedragen en in feite een fase betekenen in het totaal van de ambulante behandeling op de consultatiebureaus.

Met het oog op een goede documentatie stelden wij als bijzonder belangrijke eis dat de resultaten van het onderzoek, met name de gegevens betreffende de sociale, de psychologische, psychiatrische en somatische aspecten uitvoerig en nauwkeurig dienden te worden geregistreerd. Ten aanzien van het behandelingsplan stelden wij, dat dit een duidelijk geprogrammeerd karakter zou moeten hebben met als basiselementen: groepsbeïnvloeding, farmacotherapie en actievere therapie.

Toen de kliniek eenmaal ging draaien en wij ruimere ervaring kregen was het noodzakelijk het oorspronkelijk uitgestippelde beleid op enkele punten te wijzigen. Het bleek vooral in de beginperiode niet mogelijk de opgestelde selectie-criteria strak te handhaven. De aangeboden patiënten verkeerden vaak in een dermate noodsituatie dat het doorbreken van deze onhoudbare toestand meestal de dringendste indicatie tot opname betekende. Wij moesten derhalve vaak patiënten in een ernstiger toestand opnemen dan wij in de oorspronkelijke selectie-eisen hadden bepaald.

Wij hadden echter ook de indruk dat, dank zij de hulp van psychofarmaca, patiënten die vroeger in een setting als onze kliniek niet te handhaven zouden zijn geweest, thans zonder al te grote moeilijkheden daar konden worden verpleegd. In 5 van de 100 gevallen die wij sedert de ingebruikneming hebben opgenomen moesten wij echter de patiënt overplaatsen naar onze psychiatrische inrichting omdat zijn gedrag in de alcoholistenkliniek tot te grote moeilijkheden en spanningen in de groep aanleiding gaf.

Nog een ander punt uit het oorspronkelijk plan hebben wij later moeten wijzigen nl. de opnameduur. Wij ontdekten al spoedig dat een periode van 4 weken te kort was. De meeste patiënten verkeerden nog in een toestand van desintoxicatie, d.w.z. het geestelijk en lichamelijk regeneratieproces was nog niet voltooid. Wij hadden de indruk dat de ontzuiveringingsfase slechts zeer geleidelijk verliep en dat er pas omstreeks de 6e week na opname een duidelijke stabilisatie in het gedragspatroon te onderkennen viel. Meestal ging dit gepaard met een beter inzicht in de eigen situatie, een grotere bereidheid tot coöperatie en een verhoging van de frustratietolerantie, soms met een duidelijk vermeerderd gevoel van subjectief welbevinden. Ook bij het klinisch-psychologisch onderzoek konden omstreeks de 6e week objectief waarneembare verbeteringen worden geconstateerd. Wij zijn ertoe overgegaan de opnameduur minimaal op 6 weken te stellen.

In de oorspronkelijke opzet was gedacht dat de medisch psychiatrische leiding van de kliniek een weliswaar ruime, desalniettemin part time functie zou zijn. In de praktijk is echter gebleken dat wij ons hierin hadden vergist. Het is niet mogelijk dat een psychiater een dergelijke taak er zo maar even bijneemt. Zelfs bij een bescheiden opzet en doelstelling als waarmee onze kliniek van start was gegaan, was het al spoedig noodzakelijk 2 psychiaters in te schakelen. Ook het verplegend personeel vroeg een bijzondere aandacht, de omgang met alcoholisten vereist een totaal andere attitude dan die welke men gewoon was in te nemen tegenover de psychisch gestoorden in de psychiatrische inrichting.

Wij hebben juist in de combinatie van deze kliniek met onze psychiatrische inrichting weer eens kunnen ervaren dat de doorsnee verplegende in de inrichting in zijn of haar relatiemogelijkheden tot de patiënt vaak niet verder komt dan een simplistische, goedwillende in-

stelling met een duidelijke moraliserende inslag en dit alles ondanks een betere selectie, moderne opleiding, hogere salarissen en begeleiding vanuit de Staf. Ook ten aanzien van de personeelsbezetting is het aanleunen tegen een moeder-inrichting van groot belang omdat men kan putten uit een groot bestand en uitwisselingen snel mogelijk zijn.

De huidige bezetting van ons team in de kliniek is duidelijk gegroeid naar een grotere zekerheid in de omgang met de alcoholisten. Deze groei in zekerheid heeft er ons inziens belangrijk toe bijgedragen dat er in de laatste maanden een grotere stabilisatie in het groepsgebeuren valt waar te nemen.

Is de bijdrage van de inrichting in het leveren van allerlei diensten van groot belang voor het goed functioneren van de kliniek, omgekeerd heeft de kliniek ook een gunstige invloed op de inrichting zelf. Naast een prikkel tot bezinning en verdere ontwikkeling, kan deze setting van de kliniek ook gebruikt worden als een soort proeftuin, waarin gemakkelijk bepaalde experimenten voornamelijk op het gebied van verpleging en organisatie kunnen worden gedaan.

De kliniek heeft ons nu sedert een jaar de gelegenheid geboden ervaringen op te doen en vertrouwd te raken met de problemen rondom de alcoholist in een klinische setting.

Ruim 100 patiënten zijn in dit jaar opgenomen geweest. U zult begrijpen dat de gegevens over deze patiënten nog niet rijp zijn voor uitgebreide beschouwingen. Slechts enkele algemene ervaringen zullen door de medewerkers van de kliniek aan U worden voorgehouden. Wij hopen hiermede te bereiken dat de belangstelling van de nederlandse psychiaters voor het chronisch alcoholisme levendig blijft.

Onze plannen voor de toekomst bestaan voornamelijk in het verdiepen van ons inzicht in de kennis omtrent het chronisch alcoholisme en het zoeken naar effectieve en nieuwe behandelingsmethoden voor deze patiënten. Wij willen ons op den duur niet beperken tot het alcoholisme maar ook andere verslavingen daarbij betrekken. Wij weten dat elders in ons land ook reeds dergelijke initiatieven bestaan. Daarom zouden wij tenslotte de wens willen uitspreken dat er, meer dan dit tot nog toe het geval is geweest, een gemeenschappelijk overleg en samenwerking mogen groeien tussen psychiaters die op het gebied van de verslavingsziekten werkzaam of geïnteresseerd zijn.

Het lijkt nu dat er in onze verenigingen wel ruimte zou bestaan voor een sectie of werkgroep voor verslavingsziekten.

## SUMMARY

*Lack of adequate treatment for chronic alcoholics in the Mental Hospital „Huize Padua” at Boekel, Netherlands, stimulated the building of a separate in-patient clinic for addicts, at some distance from the basis hospital. Admission in this clinic aims at the following three principles:*

- 1 To collect the necessary diagnostic data in clinical observation for further treatment.
  - 2 To begin with some special treatment.
  - 3 To dishabituate the patient and release the critical social situation, caused by his alcohol abuse.
- The importance of close co-operation between clinic and the mental health services for addicts was pointed out.

## KLINISCHE ERVARINGEN MET 80 ALKOHOLISTEN

door F. H. KROON, zenuwarts

Medisch Leider van de Kliniek voor Verslavingsziekten, „Leefdael”,  
Beek en Donk

Bij de voorbereiding van deze mededeling, moest ik denken aan een uitspraak van Dollard en Miller, die ongeveer zo luidt: Klinische ervaringen zijn moeilijk overdraagbaar; zij zijn voor de toehoorders weinig overtuigend en voor degene die de ervaring opdeed, te overtuigend. Dit geldt wel in het bijzonder voor deze voordracht. Het bleek niet mogelijk de opgedane klinische ervaringen in één referentiekader te passen. De ervaringen zijn voor een groot deel te beschouwen als nog losse puzzelstukjes, met de complicatie, dat het niet duidelijk is hoeveel puzzels er bestaan.

Uit het aan het slot toegevoegde overzicht (blz. 198) kan een indruk worden verkregen:

- 1 van de populatie die wij tot heden in onze kliniek hebben gehad;
- 2 van een aantal feitelijkheden, die ons zijn opgevallen;
- 3 van gegevens die aansluiten op de inzichten in de literatuur over het onderhavige onderwerp.

In de voordracht zelf wil ik mij beperken tot enige kanttekeningen bij de opgedane ervaringen — en wel aan de hand van de driedelige opzet van de kliniek, die U reeds door collega Van Baar werd geschetst.

Niet zonder reden wordt daarbij begonnen met de als nummer drie genoemde doelstelling van de kliniek: nl. *doorbreking van de verslavingsgewoonte en van de tijdelijk onhoudbare situatie ten gevolge van het alcoholmisbruik.*

Met het doorbreken van de verslavingsgewoonte wordt bedoeld, dat klinische opname noodzakelijk is gebleken, omdat ambulante behandeling er niet toe leidde, dat de patiënt zijn excessieve drinkgewoonte met alle gevolgen van dien, ook slechts maar tijdelijk een halt kon toeroepen.