

## ERVARINGEN MET KORTE GROEPSBEHANDELING BIJ SOCIAAL VASTGELOPEN CHRONISCHE ALCOHOLISTEN

door T. JONGSMA

*Geneesheer-directeur van het sanatorium 'Hoog-Hullen' te Eelde (Dr.)*

De behandeling van alcoholisten kan, behalve boeiend, ook uitermate frustrerend zijn. Wie niet gekrenkt wil worden in zijn therapeutisch narcisme, kan zich beter verre houden van patiënten die in ernstige mate aan alcohol of aan andere stoffen verslaafd zijn. De redeloosheid waarmee alcoholisten dikwijls na een periode van abstinentie toch weer het glas grijpen, en alles wat moeizaam opgebouwd was in korte tijd vergoien, grenst dikwijls aan het on-invoelbare.

Misschien ligt hier de verklaring van het feit, dat de houding van het personeel van alcoholklinieken ten opzichte van de alcoholist in veel opzichten uitgesproken negatief is. In 1963 rapporteerden Pittman en Sterne naar aanleiding van een onderzoek bij personeel van ziekenhuizen, dat de houding tegenover alcoholisten moralistisch was en dat men pessimistisch gestemd was ten aanzien van hun verbeteringskansen. In 1965 deed mevrouw Hendriksen-Snelder een onderzoek in de M.C.B.-klinieken te Amsterdam en Rotterdam en in 'Hoog-Hullen' te Eelde. Tegen haar verwachting in bleken ook hier verplegend personeel en maatschappelijk werkers een uitgesproken negatieve houding ten aanzien van alcoholisten te bezitten.

Nu ligt het voor de hand, dat de klinieken dikwijls een negatieve selectie opnemen. De relatief gezondste patiënten redden het met de poliklinische begeleiding op een M.C.B. Met name is een negatieve selectie te verwachten in excentrisch gelegen klinieken, zoals b.v. 'Hoog-Hullen', waarheen dikwijls patiënten verwezen worden, die al eens gedurende korte of lange tijd in een M.C.B.-kliniek zijn behandeld.

Elk M.C.B., elke S.P.D. en vele huisartsen kennen hun zgn. 'hopeloze gevallen', mensen die al vele malen zijn opgenomen, zonder succes, mensen die zich steeds weer aan behandeling onttrekken, mensen die op grond van psychopathisering, debiliteit of dementie moeilijk te reguleren zijn. Het is op deze groep dat een door frustratie gewekte, latent aanwezige wrok zich makkelijk kan ontladen in een therapeutisch nihilisme. In veel opzichten kan het deze groep alcoholisten vergaan als de gestoorde bejaarden: geen ziekenhuis wil ze graag hebben, want ze nemen een bed in beslag zonder kans op genezing. Nochtans zijn ze vaak in een toestand, die behandeling beslist noodzakelijk maakt. En dan begint noodgedwongen het corvee van het afbellen van vele inrichtingen om een bed. En dan komt de verleiding om de patiënt te verkopen als met iets betere perspectieven dan hij eigenlijk heeft, iets wat een keer kan lukken, maar wat de onvermijdelijk komende volgende keer dan minder goed lukt.

Als de 'postpakket-kindertjes' van de Kinderbescherming worden deze

'hopeloze gevallen' dan ook volkomen willekeurig naar steeds weer een andere inrichting gestuurd, wáár maar toevallig plaats is. En steeds meer ziekenhuizen wijzen opname van een bepaalde patiënt af, die ze toch als ongeneeslijk hebben leren kennen.

Het spreekt vanzelf, dat vooral de patiënten met diepgaande stoornissen in hun affectieve relaties zo elke kans onthouden wordt om in de continuïteit van een behandeling althans iets van een constante relatie op te bouwen.

Overigens verschillen op dit punt de meningen. De M.C.B.-klinieken, verbonden aan medische consultatiebureaus voor alcoholisme, zijn in opzet bedoeld voor korte opnames van patiënten, die langere tijd in ambulante behandeling zijn of komen. Daar is dus een mogelijkheid om continuïteit in de behandeling en met name in de persoonlijke relaties te brengen, maar men neemt hier en daar principieel het standpunt in, dat die continuïteit vermeden moet worden om niet te sterke persoonlijke bindingen te krijgen.

Overigens is het bekend, dat veel opnames in M.C.B.-klinieken noodgedwongen langdurig worden, omdat de patiënten tè zeer sociaal vastgelopen zijn.

De M.C.B.'s in het noorden beschikken niet over een eigen kliniek. Voor hen moeten 'Hoog-Hullen' en de psychiatrische ziekenhuizen als zodanig dienst doen, zoals in het zuiden 'Leefdael' en 'St. Paschalis'.

In 1965 stelde één der M.C.B.'s ons voor om in 'Hoog-Hullen' constant vier bedden voor 'hopeloze gevallen' te reserveren, die dan gedurende 14 dagen opgenomen zouden worden en dagelijks als groep van vier informatie en instructie zouden ontvangen. Gedurende die twee weken konden ze tevens lichamelijk onderzocht en zondig behandeld worden, eventueel op refusal ingesteld.

Elke twee weken zou er zodoende gelegenheid zijn om minstens vier patiënten op te nemen van een categorie voor wie vaak moeilijk een plaats te krijgen is. Bij tenminste drie M.C.B.'s meende men, dat er ruimschoots voldoende patiënten waren, die voor een dergelijke korte opname in aanmerking kwamen.

We hebben deze proef genomen en de M.C.B.'s, die ons geregeld patiënten sturen, hiervan op de hoogte gesteld. De indicatie zou dan zijn: hope-loze, chronische alcoholisten, die men in het algemeen een kliniek nauwelijks meer durft aan te bieden.

We maakten een program, dat naast de routine voorzag in dagelijkse groepszittingen, onder leiding van de maatschappelijk werker, waar onderwerpen besproken werden als: 'Eigenschappen van alcohol', 'Redenen om (weer) te gaan drinken', 'Drinkgewoonten', 'Tekenen van verslaving', 'Reactie van familie en vrienden', 'Mislukte pogingen om het drinken te staken', etc. Elke groep kreeg tweemaal instructie van een arts omtrent lichamelijke en psychische gevolgen van chronisch alcoholmisbruik.

Ongeveer een jaar na het begin van dit werk stuurden we follow-up-

formulieren met vragen over alcoholgebruik;

— over de algehele toestand, gemeten aan somatische en psychische toestand, huwelijk en familie-relaties, woon- en werksituatie, financiële situatie, sociale contacten en vrijetijdsbesteding;

— over de contacten met een begeleidende instantie;

— over gebruik van medicamenten;

— en hoe patiënt de opname en de instructie beleefde.

De verkregen informatie is ten dele samengevat in onderstaand overzichtje.

In een periode van vijftien maanden, te weten van september 1965 tot december 1966, werden acht groepen gehouden, waarvan drie niet volledig bezet waren. Het betrof in totaal 27 mannen, van wie twee tweemaal deelnamen, met een tussenpoos van ruim een jaar. Van deze 27 patiënten kunnen 20 'hopeloze gevallen' genoemd worden. Vrijwel allen waren reeds eerder opgenomen geweest in 'Hoog-Hullen' of elders. De overige 7 waren patiënten voor wie dit soort groepswerk niet was bedoeld. Ze werden gestuurd, omdat ze niet te motiveren waren voor een langdurige klinische behandeling. Drie van hen hadden een korte 'alcohol-carrière', en hun opname was bedoeld om verder afzakken te voorkomen en om een behandeling op het Consultatiebureau voor te bereiden. Bij alle drie lukte dit. Alle patiënten waren excessief-frequente drinkers met verslavingskenmerken (gamma-alcoholisten), maar omdat de genoemde 7 patiënten toch duidelijk meer mogelijkheden hadden dan de overige 20, zijn ze in het overzicht apart vermeld (de cijfers tussen haakjes).

*Overzicht van enkele resultaten van korte groepsbehandeling bij 20 sociaal vastgelopen, chronische alcoholisten en bij 7 excessief-frequente drinkers*

	achteruit- gegaan	gelijk	verbeterd	abstinent	onbekend
Drinkgewoonte		9 (2)	5 (3)	(2)	6
Algehele toestand	8 (1)	2	5 (3)		5 (3)
Relatie met Consultatiebureau	2	6 (3)	3 (1)	verbroken 4	5 (3)
Oordeel omtrent groepsinstructie	negatief	indifferent 8	positief 2 (4)		10 (3)
Oordeel omtrent duur van de opname; (twee weken)	4 (3)	2	5 (1)		9 (3)

Deze getallen bewijzen niet veel, maar zijn wel bemoedigend. Ze betreffen bij enkele patiënten de toestand zeven maanden na ontslag en bij

de grote meerderheid de toestand één tot anderhalf jaar na ontslag. Van de 20 'hopeloze gevallen' zijn er 5 verbeterd qua drinkgewoonte, gedurende gemiddeld één jaar.

Ook wat betreft de algehele toestand zijn 5 'hopeloze gevallen' verbeterd. Dit is een verbeteringspercentage van 25%; met langdurige opnamen van chronische alcoholisten bereiken we dikwijls geen hoger percentage. Opgemerkt moet worden, dat van 5 patiënten die duidelijk minder dronken, slechts 3 ook verbeterd waren qua algehele toestand. Maar deze 3 maken nog altijd 15% uit van de 20 hopeloze gevallen.

Bij de zeven patiënten die sociaal minder vastgelopen waren, zijn de resultaten duidelijk beter. Twee bleven zelfs abstinēt, beiden patiënten met een relatief korte 'carrière'.

Al deze patiënten werden naar ons verwezen door consultatiebureaus voor alcoholisme.

De volgende praktische moeilijkheden deden zich voor:

Een aantal groepen was incompleet, omdat sommige patiënten niet kwamen opdagen of voortijdig vertrokken.

De toevoer van patiënten was inconstant, ondanks de herhaalde verzekering van enkele consultatiebureaus, dat men genoeg patiënten had die in aanmerking kwamen voor deelname aan een dergelijke groep. Blijkbaar kon men niet op tijd en in voldoende mate met hen in contact komen, wat in verband met de vacatures op de consultatiebureaus begrijpelijk is.

De consultatiebureaus hielden zich niet steeds aan de afgesproken indicatie, maar gebruikten deze opnamemogelijkheid ook wel eens om een andere patiënt onder dak te krijgen.

Concluderende zou ik nog het volgende willen opmerken:

Bij een aantal hopeloos vastgelopen, recidiverende alcoholisten heeft een korte opname een even goed resultaat als een langduriger opname. Deze mensen kan men beter meerdere malen gedurende korte tijd opnemen dan een enkele maal gedurende langere tijd.

Zelfs indien na ontslag weinig resultaat blijkt, kan een dergelijke opname nuttig zijn voor de lichamelijke toestand van de patiënt, voor zijn familie en omgeving en eventueel voor de relatie met het consultatiebureau.

Het creëren van meer mogelijkheden voor korte klinische behandeling bevordert een soepel contact met consultatiebureaus en sociaal-psychiatrische diensten. Het kan een aantal wachttijden bekorten.

In de sector alcoholistenzorg is economisch werken met de beschikbare mankracht dringend nodig, gezien het tekort. Dit vereist meer landelijke planning en coördinatie en meer rekening houden met de verschillen tussen 'alcoholisten'.

Het soort groepswerk dat ik boven beschreef kan in principe in elk besloten tehuis met goede leiding en medisch-psychiatrische supervisie

plaatsvinden. Daar zijn geen dure ziekenhuis- of sanatoriumbedden voor nodig!

Dit pleit voor het oprichten van 'Halfway-houses' en pensioentehuizen onder medisch-psychiatrische supervisie. Voorzover nodig mochten wij ons hiermee aanpassen aan het feit, dat een groot aantal alcoholisten te infantiel, te passief en te onzelfstandig blijft om ongesteund in de maatschappij te staan. Met geringe steun en met name met een gezellig thuis kunnen ze vaak langdurig goed functioneren.

De groep patiënten, die een dergelijk huis bevolken, moet echter niet te heteroog en niet te groot zijn (bij voorkeur tien à twaalf patiënten). Er kan zich dan een groep vormen met een goede interne groepscontrole, waarbij slechts minimale leiding van buitenaf nodig is. In Londen bestaan al enige tijd een aantal dergelijke kleine 'hostels', waar de patiënten zelf vrijwel de leiding in handen hebben, met goed resultaat.

Langs deze weg is zelfs voor zeer verstokte drinkers een menselijk bestaan mogelijk.

#### SUMMARY

*A description is given of experiences with shortterm group treatment of chronic alcoholics. No great differences were found from long-term treatment of this kind of patients. More halfway-houses and hostels are needed for treatment of different groups of alcoholics in various ways.*

#### MEDEDELINGEN

##### INTERDISCIPLINAIR GENOOTSCHAP VOOR BIOLOGISCHE PSYCHIATRIE

secretariaat: Dr. E. W. Dijk, Psychiatrische Inrichting „Dennenoord”, Zuidlaren

##### Symposium

*'Gedrag en de mogelijkheid van kwantificering van gedrag'*

*op vrijdag 24 januari 1969 in het RAI Congrescentrum te Amsterdam*

##### Programma

10.15 uur	Opening door de voorzitter van het Genootschap, Dr. H. M. van Praag
10.30 uur	Prof. Dr. J. Kruithof, filosoof, Gent
11.15 uur	Prof. Dr. H. C. J. Duijker, psycholoog, Amsterdam
12.00 uur	Prof. Dr. A. Poslavsky, Den Dolder
12.45—14.00 uur	Lunchpauze
14.00 uur	Prof. Dr. L. de Rooter, fysioloog-etholoog, Groningen
15.00 uur	Dr. A. J. M. Vossen, dierpsycholoog, Nijmegen
15.45—16.00 uur	Theepauze
16.00—17.00 uur	Discussie van sprekers, discussanten en belangstellenden

##### Discussanten

Prof. Dr. G. P. Baerends, bioloog-etholoog, Groningen

Dr. F. H. L. Beyaert, psychiater, Utrecht