

door Dr. W. PLOEGSMA †

(eerste geneesheer-directeur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort)

Alhoewel het dikwijls de schijn heeft, dat de psychiatrische inrichting een thans overbodige instelling is uit vroeger tijden en er een zekere huiver bestaat voor het psychiatrisch ziekenhuis, ziet men niettemin, dat de maatschappij een vrijwel continue druk uitoefent om patiënten opgenomen te krijgen.

Men kan zich afvragen hoe dit komt.

De wet kent maar één indicatie tot opneming in de psychiatrische inrichting nl. het *gevaar* voor de patiënt zelf of voor anderen. Er zijn echter veel meer indicaties. Ik zou deze willen samenvatten onder de betiteling: overschrijding van de tolerantie-limiet in de maatschappij. Deze overschrijding leidt tot de zgn. vrijwillige of sanatoriumopneming, meestal met behulp van suggestieve druk van medische instanties, of ook wel met in bewaringstelling.

In Santpoort, zoals waarschijnlijk overal elders is de verhouding opneming zonder machtiging tot opneming met machtiging 5 : 1. De overschrijding van de tolerantie-limiet is dus de meest voorkomende indicatie tot opneming en niet de gevaarsituatie. Deze overschrijding van de grens van wat men nog verdraagt van de patiënt, is een uitermate complex gebeuren. De psychiatrische 'diagnose' doet hier weinig ter zake. De omschrijving van de situatie is meestal 'dat het niet langer gaat.' Wij horen dan van conflicten in het gezin, op het werk, met de burens of zo maar op straat, van onregelmatig gedrag, ja zelfs van vreemd gedrag. Men ziet in, dat de patiënt verkeert in een gestoorde verhouding tot de wereld. De stoornis kan zich op allerlei wijze voordoen: huwelijksconflicten, gewelddadig optreden, mutistisch in bed liggen, zwerven, zich ongekleed op straat begeven, etc. Bij deze gestoorde verhouding tot de wereld blijkt dat de patiënt een van zijn allerbelangrijkste functies, de stuurmacht, de beschikking over zichzelf, is kwijtgeraakt en voorts dat hij somtijds besef van zijn toestand mist. Dit laatste is vrijwel bij alle dwang-opnamen aanwezig. Merkwaardigerwijs kan dit besef ook bij de naaste omgeving ontbreken, en is deze niet te bewegen tot de juiste maatregelen. In extreme situaties komt het tot inductie. Meestal echter wordt men overheerst door de vrees van het 'unheimliche', het vreemde van de zieke.

In sommige gevallen ligt de ziekte-toestand in de sfeer van de zogenaamde begrijpelijkheid: bijvoorbeeld een melancholie legitime, of een paranoïde toestand tengevolge van een onwel-

willende chef op kantoor. Dit geeft een gevoel van beheersing van de situatie en leidt gemakkelijk tot bemanteling daarvan. Tot deze bemanteling is de omgeving dikwijls geneigd; men schaamt zich er voor met een ziek familielid voor de dag te komen. Bovendien is het altijd plezierig de schuld af te schuiven op anderen, die in hun boosheid de zieke belagen of teleurstellen. De omgeving voelt zich mee betrokken in het geval. In de gestoorde zoon voelen de ouders zichzelf blootgegeven. Ergens voelen ze zich mee schuldig aan de verandering, die in de patiënt heeft plaats gegrepen. Heeft men niet iets verzuimd? Was dit alles niet te voorkomen geweest? De geestelijk gestoorde leeft in een isolement, doch hij zuigt zijn omgeving in dit isolement mee. Ergens schaamt men zich ervoor, doch men is tevens bang. Men bemantelt de zieke zoals men het eigene bemantelt. Doch de nimmer aflatende zorg voor de patiënt stelt zeer dikwijls een praktische limiet aan al dit doen, en meestal leert het gezonde verstand, dat men niet in het belang van de zieke en niet in het eigen belang handelt door aldus te doen.

Zoals U ziet zijn er dikwijls grote weerstanden bij de omgeving te overwinnen om de patiënt prijs te geven, te doen opnemen, want de sfeer van onheimelijkheid, die om de patiënt hangt, omhult nog dichter de psychiatrische inrichting. Zal dit niet een afscheid voor altijd worden? Zal de toestand van de patiënt nog niet erger worden door al die 'andere' patiënten? Ergens gelooft men nog in de gezondheid van de patiënt, doch men kan het niet meer aan. Het zijn de omstandigheden die tot opneming nopen, denkt men, en derhalve neemt men enigermate opgelucht afscheid bij de poort. Soms met tranen, doch veel vaker met de blik van hen, die zich met een mysterie geconfronteerd voelen, en die niet meer klaar kunnen zien. Soms ook is het verlaten van hem, die men 'bezat', moeizaam. Het kan niet langer zo! Dit is de sfeer waarin de zogenaamde vrijwillige opneming zich meestal voltrekt. Om dit voor de zieke en voor zichzelf acceptabel te maken, schildert men de psychiatrische inrichting als een sprookjesland, een huis in de duinen, een klein paradijs waar het goed rusten is, maar niet als een ziekenhuis waar men behandeld wordt. Dat dergelijke mededelingen de 'vrijwilligheid' van de opneming niet doen toenemen, spreekt van zelf.

Het bovenstaande is slechts een summiere schets van de overschrijding van de tolerantiegrens in de maatschappij. Het is de meest voorkomende indicatie tot opneming. Een vraag blijft: welke sociaal-psychiatrische regelmatigheden c.q. wetmatigheden doen zich hierbij voor? Wij weten hier zeer weinig van. Men kan komen met vermoedens, overwegingen, beschouwingen en

dergelijke. Een sociaal-psychiatrisch onderzoek, dat ons middelen verschaft om uit te maken of de tolerantiegrens terecht of ten onrechte is overschreden, is mij niet bekend. Wij moeten varen op hetero-anamnestiche gegevens en op het kompas van de sociaal-psychiater, die ons meer of minder uitvoerige gegevens verschaft.

Het ware te wensen dat, wanneer straks vrijere verpleeg- c.q. behandelingsvormen gaan worden beproefd — ten einde het odium te ontgaan dat op de psychiatrische inrichting nu eenmaal rust — men zich tevens uitvoerig oriënteert over deze limiet, welke tenslotte beslist over aard en omvang van de psychiatrische behoefte in de maatschappij.

Wij zijn nog weinig voortgeschreden op dit gebied. Door de nood gedreven is er een begin gemaakt met de studie van de behoefte aan psychiatrische bedden voor geestelijk gestoorde bejaarden. Dit bedoel ik niet als een verwijt, dit gemis, want aan een dergelijk onderzoek zit zeer veel vast — het vereist geld, organisatie en personeel.

Voorlopig zou men kunnen zeggen, zolang de mogelijkheid tot opneming in de psychiatrische inrichting zo krap is, lijkt mij een dergelijk onderzoek prematuur.

Tenslotte is de patiënt in de inrichting opgenomen. Hij verkeert in een min of meer gedepersonaliseerde toestand — meer biologisch uitgedrukt: in een toestand van decompensatie. Ik bedoel het woord depersonalisatie niet in de zin van de subjectieve beleving van ik-verlies, ik-verandering, doch veeleer het sociaal-psychiatrische aspect, nl. het veranderd *zijn*, 'aliené' zijn, verlies van identiteit, van persoon. De heer Jansen is niet meer de persoon die hij was, of wellicht zou kunnen zijn. Er zijn aan de heer Jansen merkwaardige aspecten te bespeuren, hij is anders dan vroeger, zo wordt ons medegedeeld. Vroeger zei men: hij is een psychose-lijder. Hij is meneer Jansen met een psychose, waaraan hij lijdt. Tegenwoordig zegt men: hij is geestelijk gestoord. Wat men daarbij onder geest moet verstaan, is niet duidelijk. Men gaat af op het manifeste of mogelijkwijs te verwachten gedrag. Toch kan men niet zeggen, dat de heer Jansen tot een gedragspatroon is gereduceerd. In de op de juiste wijze therapeutisch ingestelde inrichting blijft men aan de heer Jansen als persoon geloven. Alle therapeutische maatregelen zijn gericht op het doel de patiënt weer een persoon te doen worden. De patiënt wordt aanvaard. Hij is weer binnen de tolerantiegrens gekomen, welke ruimer is getrokken dan buiten de inrichting. Hij is geborgen, echter niet opgeborgen.

Gesteld, dat men nu de kans heeft een sociaal werkster onmiddellijk na opneming van de patiënt, naar het milieu van

herkomst te dirigeren, dan komt men al spoedig iets te weten van de gesteldheid van deze tolerantiegrens. Feitelijk zou een dergelijk onderzoek bij iedere patiënt moeten gebeuren, want de resocialisering begint in wezen bij de opneming. Helaas ontbreekt ons de mankracht dit programma volledig uit te voeren. Zouden wij daar wel toe in staat zijn, dan blijft een dergelijk onderzoek te incidenteel, te casuïstisch en zal waarschijnlijk geen sociaal-psychiatrische wetmatigheden aan de dag brengen.

Neem nu aan, dat het met alle ten dienste staande diagnostische en therapeutische middelen gelukt de heer Jansen gestichtssociaal te maken, hem zover te personaliseren dat een binnen het gestichtsmilieu, zoveel mogelijk zelfstandig te voeren levensbeleid mogelijk wordt. Dan ontstaan er nieuwe gevaren. De tolerantie in de inrichting is groot. Er worden geen eisen gesteld waaraan hij niet kan voldoen. Er ontstaat bij de patiënt al spoedig een toestand van 'gewenning', de patiënt gaat 'wonen' in zijn situatie. Het komt aldus gemakkelijk tot verstarring van de adaptatie. Hij wordt niet meer bedreigd, wanen kunnen verbleken en hallucinaties kunnen minder kwelend worden. De panische angst, waarin patiënten bij opneming soms verkeren, verdwijnt en dreigt alleen nog maar door te breken in bepaalde situaties.

Ik heb hier dus niet op het oog het maar geresigneerd meelopen in de sleur, evenmin het zich aanmeten van een zekere gestichtsaanpassing, die vooral bij psychopathen en dissimulerende suicidanten tot allerlei foutieve prognoses aanleiding kan geven, evenmin de verdere verstarring en verstening van schizofrenen, het voortvegeteren der dementen, de van geborgenheid zeer afhankelijke oligofrenen.

Het is vooral de vrees voor het leven buiten het hek, dat velen weerhoudt een schrede daarbuiten te wagen. De patiënt geraakt al te vertrouwd met de inrichting. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat opheffing van dwang, van belemmering, de angst vergroot en aldus de overhospitalisering in de hand werkt.

Een concrete belemmering is een uitdaging, doch tevens beveiliging. Zij wekt initiatief om deze te overwinnen. Valt deze belemmering weg, dan is de vrijheid bereikbaar. Het probleem van de vrijheid is een innerlijk probleem geworden. Is de mens vrij tot zijn vrijheid, dan dringt het problematische daarvan zich in hem op en angst bevangt hem. Het is deze angst, die in sommige gevallen, de geborgenheid van het ziekenhuis doet verkiezen. Iedere poging nu om de vrijheid van het persoonlijk initiatief te verwezenlijken is een schrede verder uit het rijk van de psychose, waar een caricatuurvrijheid heerst in zinsbegoocheling en waan, starre afweer, dwang, conversie

en fobie, depressieve onmacht en de saltimbanque van de maniacus.

Hoe kunnen wij nu de psychotische mens helpen dat imaginaire hek te overwinnen? Er is door het wegvallen van de lijfelijke dwang een eminent sociaal-psychiatrisch en zeker ook psychotherapeutisch probleem ontstaan.

Een van de eerste vragen, die men zich daarbij voorlegt is deze: is er mogelijkheid dat de patiënt de kans krijgt, na het doorstaan van de acute fase, weer aan te knopen bij het milieu van herkomst? Sociale rapportage en een eventuele soepele verlofregeling zijn hier aangewezen. Daarbij moet men rekening houden met de mogelijkheid van rechutes, het niet meer innemen van geneesmiddelen, het opvlammen van oude conflict-situaties. Is het milieu van herkomst bereid de patiënt waer op te nemen? In hoeverre zijn schuld en angst werkzaam een negatieve instelling t.o.v. de patiënt te onderhouden? Men moet het milieu niet belasten met een patiënt, die het niet aankan, want een bestaande kloof zou slechts breder worden.

Dit alles is moeilijk sociaal-therapeutisch werk. Het succes hangt af van de juiste omvang en frequentie van het verlof en eventueel van psycho-therapeutische beïnvloeding van het milieu. Niet alleen door een goede verlofregeling gaan wij de overhospitalisering tegen. Een ander aspect van deze sociaal-therapeutische arbeid is de revalidering. Het is voor een lichame-lijk defecte mens van grote persoonlijke betekenis, dat hij zijn defecte lijf weer leert gebruiken. Voor de psychisch gestoorde geldt dit op psychisch niveau eveneens. Psychische functies, intelligentie, situatie-inzicht, aandacht, beheersing van de psychomotoriek moeten weer worden geoefend. Van groot persoonlijk belang is de materiële zelfstandigheid. De patiënt verdient een *loon*, hij wordt in zijn werk gekend. Wij hebben in de loop van 7 jaar een ruime ervaring gekregen met sociaal-psychiatrische revalidatie-experimenten, dank zij de arbeid van onze sociaal-psychiatrische werksters. Er zijn opmerkelijke successen geboekt, echter mede door een ruime werkgelegenheid. Op de techniek van dit werk komen wij later gedetailleerd terug.

Dit alles kan ingeleid en gesteund worden door patiënten zoveel mogelijk te doen deelnemen aan kerkgang en aan ontspannings-evenementen buiten het ziekenhuis. De vrijheidsmogelijkheden buiten de poort helpen mede het imaginaire hek te overwinnen. Tenslotte een enkel woord over de zgn. kampeerexperimenten. Een groep van ongeveer 40 patiënten onder leiding van enige jonge leerling-verplegenden, een arts en een oudere verplegende, verblijft jaarlijks een week in een door particulieren geëxploiteerd zomerhuis. De keuze van de patiënten omvat zeer chronische patiënten: oude bewoners van het ziekenhuis en

jongeren. De initiatieven tot actie komen deels van het personeel, deels van de patiënten zelf. De ziekenhuissfeer bestaat niet. Er wordt niet gearbeid. Mannen en vrouwen slapen gescheiden, doch alle overige activiteiten geschieden gezamenlijk. Deze kampementen hebben een bevrijdende werking en wel zodanig, dat particuliere bewoners van het kamphuis gaarne deelnemen aan festiviteiten van de 'patiënten'. Ontslag uit het ziekenhuis is, vooral bij jongeren, na zo'n kampweek soms het gevolg.

Ik zal geen lange ziektegeschiedenissen aanhalen, doch ik noem bv. een patiënte, een betrekkelijk jonge vrouw, met een zwaar gestoorde ontwikkelingsgang, gedetermineerd door een heftig ambivalente moederbinding, waarbij de vrees voor en de vijandelijkheid tegen de almachtige moeder, die zij evenwel niet los durft laten, zich in het ziekenhuis manifesteert in heftige scènes. Het is isoleer in, isoleer uit. Na enige jaren van geduldige actievere therapie is de patiënte zover, dat zij zich, zij het met moeite, over laat halen aan het kamp deel te nemen. De angst determineert hierbij de weerstand. Het imaginaire hek, waarachter zij zich geborgen weet, heeft een krachtige greep op de patiënte. Doch zij gaat en zij ervaart dat zij angstvrij kan zijn. Zij leert er op uit te trekken en zelfs mee te helpen in de ménage. Zij komt aldus tot een 'corrective emotional experience', nl. dat de wereld buiten het ziekenhuis niet meer als almachtige moeder figureert. Gecombineerd met een geschikt revalidatieproject vindt zij een zelfstandige betrekking buiten het ziekenhuis. Voorlopig blijft zij in het ziekenhuis slapen. En tenslotte waagt zij de laatste stap en gaat wonen buiten het ziekenhuis. Op deze wijze kan men frappante successen beleven na jarenlange internering.

De toegemeten tijd laat geen verdere uitgebreide casuïstische besprekingen toe.

Het ziekenhuis heeft tot taak de acute psychoticus de geborgenheid en de behandeling te geven die hij nodig heeft, doch daarnaast met alle middelen te waken tegen overhospitalisering. Hierbij zijn de schizofrene patiënten het allermoeilijkst te hanteren. Velen verdragen de mundanisering niet zo goed, anderen daarentegen reageren daar zeer gunstig op. Geen twee schizofrenen zijn gelijk. Het taxeren van de vrijheidsmogelijkheden van de schizofrene persoon blijft één der aller moeilijkste therapeutische opgaven. De late zogenaamde genezingen vormen daarbij een interessant probleem. Echter dit vergt een afzonderlijke behandeling, die buiten het bestek van deze voordracht valt.

Tegen de overhospitalisering heeft men menig middel. Deze middelen zou ik willen aanduiden als *sociale psychotherapie*. Dit

is ziekenhuiswerk, het is daarbij een zaak van 'trial and error'. Het vereist een grote souplesse in de hantering van deze middelen. Men komt daarbij op het terrein van de sociaal-psychiater, zij het slechts kortdurend. Na ontslag uit het ziekenhuis, dat aldus op gunstige wijze werd voorbereid, wordt de patiënt losgelaten en overgegeven aan de zorg van de sociaal-psychiatrische dienst. Doch te voren trachten wij zoveel mogelijk mislukking van de resocialisatie te voorkomen.

T.a.v. chronische patiënten, die decennia lang in het ziekenhuis verpleegd worden, ligt er de taak deze mensen aan een aanvaardbaar bestaan in het ziekenhuis te helpen. Men mag daarbij nimmer uitgaan van de opvatting: eenmaal chronisch, altijd chronisch. Er zijn in principe geen chronische patiënten, dat hebben onze ervaringen wel geleerd. Er komen nog regelmatig gevallen voor van patiënten, die langer dan 10 jaar verpleegd zijn en voor wie een zelfstandig bestaan buiten het ziekenhuis, dikwijls na veel experimenteren, gevonden kan worden. Een psychiatrische inrichting heeft vele functies. Door de actievare therapie, die een sterk socio-therapeutisch aspect vertoont, is het sociale werk noodzaak geworden.

Dit is ziekenhuiswerk, een arbeid die ten doel heeft personalisering van de patiënt, die aldus zijn eigen levensbeleid zelfstandig kan voeren.

EEN „JUVENIEL” GEVAL VAN DE ZIEKTE VAN ALZHEIMER

door J. WAAGE en Dr. H. C. JELGERSMA
(uit het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort)

„Der Wert kasuistischer Mitteilungen wird nicht von allen Seiten in gleicher Weise eingeschätzt. Viele halten derartige Beiträge für minderwertige Leistungen. Gewiss ist auch zuzugeben, dass unsere schreibfreudige Zeit uns eine Ueberfülle gedruckter Krankengeschichten beschert, deren Studium uns kaum mehr sagt, als was an anderen Orten schon besser beschrieben steht”.

A. Alzheimer: aus dem Nachlass (1916)

Het is welhaast typisch, dat iedere beschouwing over de ziekte van Alzheimer vermeldt, dat het eerste geval beschreven werd in 1906 en dat de naam: 'ziekte van Alzheimer' gegeven werd door Kraepelin in 1910.

Het ziektebeeld zelf is in een aantal gevallen minder typisch en, zoals Von Braunmühl opmerkt, hoe vroeger het debuut van de ziekte, des te atypischer zijn het klinische beeld, het verloop en de pathologisch-anatomische bevindingen.

In de oorspronkelijke mededeling van Alzheimer: 'Über einen