

matic disease, a cultural or existential disease. In consequence the writer approaches the disease from an existential anthropological viewpoint. Human existence is defined as a polar entity of tension between the personal aspect of being and the bodily subjectivity "corps sujet". This concept implies that an intimate relationship exists between the nature of the Parkinson patient's existence and his bodily subjectivity. The somatic phenomena are details, indicative of the panorama which is the existential mode of the Parkinson patient. Conversely the unity which exists between the personal aspect of being and the bodily subjectivity implies that alternations in the condition of the body (of which the nervous system is a part) exert an influence on the personal (as well as the social existence) and on the existence as a totality.

The somatic focal lesion brought about in circumscribed parts of the internal thalamus opticus or in the globus pallidus (pallidum) evokes a modified mode of existence in the patient; on the new level of functioning tremor no longer occurs and the somatic stiffness is diminished. These changes have an extremely favourable effect on the social life of the patient. The somatic de-armourisation can be seen in the sphere of personal existence, inter alia in the fact that the operated patient is less perfectionistic than previously, and the spastic hyper-rational mode of personal being which makes him a slave to his accentuated norms, is considerably reduced. The emotional-affective aspect of his post-operative existential mode also differs from the pre-operative. The operated individual is much better able to express himself emotionally than previously was the case and hence it is possible for him to make social contacts easier. Moreover they feel that they have been liberated from emotional tensions and obsessional impulses.

The disappearance of the tremor has for the patient great importance, for the shaking is experienced as a symptom involving marked social disorganisation.

PRAKTISCHE CONSEQUENTIES VAN DE INZICHTEN IN HET CEREBAAAL BESCHADIGDE KIND

door **A. M. BATENBURG-PLENTER**, zenuwarts

Goldstein beschreef bij soldaten, met in de eerste wereldoorlog opgelopen hersenverwondingen, uitvoerig de totaliteitsveranderingen van de persoonlijkheid. Mede ook hierdoor werden de inzichten van Hughlings Jackson (laatste decennia van de negentiende eeuw) geactualiseerd. Ook hij had gesteld, dat de gangbare localisatietheorieën geen dieper inzicht konden geven in de functionele totaliteit van het cerebrum.

Gerhard Göllnitz (Saarbrücken 1954) vroeg in een publicatie speciale aandacht voor de — ook late — gevolgen van vroeg kinderlijke hersenbeschadigingen binnen het kader van het kinderspsychiatrisch denken. De belangstelling voor deze materie was er van paediatrische zijde al eerder (Dollinger, Voegeli, Drillien).

Zo is dus, vooral in de laatste decennia, de interesse voor de (vroeg) cerebrale laesies zeer toegenomen en daarmee hun betekenis voor de totale persoonlijkheid. Het is bijna overbodig te vermelden, dat ook de ontwikkeling van bepaalde onderzoeksmethoden (electro-encephalografie) en van de psychodiagnostische methodieken, (bijvoorbeeld Strausz en Wewetzer), een belangrijke rol spelen en soms een cerebrale beschadiging opsporen of aanneemelijk maken, daar waar men die op grond van het neurologisch onderzoek (in engere zin) en van de anamnese niet vermoedde. Dat er nog vele problemen en desiderata zijn ten aanzien van de diagnostische mogelijkheden, doet op zichzelf aan de toch positieve ontwikkeling niets af en kan veel meer de belangstelling actueel houden en tot een verdere ontplooiing bijdragen.

Bij deze voordracht gaat het niet om de diagnostische problematiek, maar om de therapie in de ruimste zin, dat wil zeggen het toepassen van de verkregen inzichten in zo veel mogelijk levenssituaties van cerebraal beschadigden.

A. Strauss, L. Lehtinen (1947) en anderen stelden dit ook aan de orde in hun „Psychopathology and the Education of the Brain Injured Child”. Bijna parallel aan de observaties van Goldstein beschrijven zij onder andere de waarnemings-, aandachts- en concentratiestoornissen van cerebraal beschadigde kinderen. In dit verband staan zij uitvoerig stil bij het onvermogen de aandacht te fixeren en te concentreren. Terecht nemen daarbij een belangrijke plaats in: a. het fenomeen van het overgeleverd zijn aan irrelevante prikkels en b. het symptoom van het onvermogen tot het structureren van voor- en achtergrond. Hiermede is verwant het ook veel voorkomende wisselen van voor- en achtergrond (een overigens ook normaal op te wekken verschijnsel).

Op grond hiervan komen zij dan tot het scheppen van een „therapeutisch klasselokaal”, dat wil zeggen een lokaliteit waar de irrelevante prikkels tot een minimum zijn beperkt. Dit bereiken ze door de ligging van de klas (niet aan een drukke straat, niet met veel intern verkeer er langs), door de constructie van de ramen (geen uitzicht, matglas), door prikkelarm leermateriaal en zelfs door een prikkelarme kleding van de leerkrachten (cave-overbodige sieraden, etc.). Deze klas is overigens geïntegreerd in een normaal gebouw, met „gewone” lokaliteiten, maar ze staat — op indicatie — de hele dag, of delen daarvan, ter beschikking van bepaalde leerlingen. Ook wordt door hen beschreven hoe het mogelijk is, in een „gewoon” lokaal, door een bepaalde opstelling (bijvoorbeeld een bank tegen een blinde muur) voor een kind het aantal stimuli te reduceren.

Men krijgt de indruk, dat het bij Strausz en Lehtinen vooral gaat om cerebraal beschadigde kinderen van een betrekkelijk goed ver-

standelijk niveau en met weinig of geen duidelijke neurologische verschijnselen. Volledigheidshalve dient echter ook vermeld, dat zij hun visie ook aanbevelen voor de zwaarder gestoorden en de „mental deficient” groep. Dit laatste vooral lijkt mij van veel belang voor allen die met oligophrene kinderen therapeutisch en paedagogisch moeten werken. Het is immers bekend dat vooral onder de lagere oligophrenen (de internaatskinderen) de cerebrale beschadiging een belangrijke — vaak causale — factor is in het totaliteitsbeeld. In dit verband is overbekend het afgeleide, zich overal en nergens op richtende kind, dat, soms, flitsen van adequaat reageren of manipuleren te zien geeft, maar nergens „bij te houden” is.

Het onderzoeken van zo'n kind is vaak, zowel neurologisch, psychiatisch als psychodiagnostisch buitengewoon moeilijk en de interpretatie van de, met veel moeite verkregen, resultaten is veelal een precare of onmogelijke zaak. Soms wordt een en ander nog gecompliceerd door de stellige bewering van de moeder, dat het kind het opgedragene thuis beslist wel kan, „als ik maar alleen met hem ben”. Wie met het psychiatisch onderzoek van kinderen te maken heeft, weet dat gezegdes van dergelijke strekking vaak door moeders gelanceerd worden, op basis van een irrealistische visie op hun kind, waarbij de wens de plaats van de realiteit inneemt. Toch is het zeer noodzakelijk dat men de zo juist genoemde uiting van moeder op zijn waarde taxeert en niet zonder meer naast zich neerlegt. Dit geldt des te meer als het gaat om cerebraal beschadigde kinderen, zoals onder andere vele van de laag oligofrenen. Er moet nagegaan worden wanneer het kind het rustigste is en nog tot enige gerichtheid kan komen: namelijk als het alleen met moeder thuis is, als de andere kinderen ook thuis zijn, etc. De vraag wanneer de moeder de gedragsmoeilijkheden met het kind heeft, mag niet achterblijven en daarmee is uit de aard der zaak de informatie naar de aard van de moeilijkheden van het grootste belang. Het is lichtvaardig zonder meer te concluderen, dat een kind dat met moeder alleen „hanteerbaar” is, een kind is dat blijkbaar alle „aandacht” alleen wil hebben, dat geen andere kinderen naast zich duldt, dat een bazig kind is, etc. etc.

De mogelijkheid dat een op organische basis berustende hyperreagibiliteit en afleidbaarheid een rol spelen, moet naast de — op zichzelf ook belangrijke — andere psychologische overwegingen steeds in de gedachten blijven, zeker wanneer het de beoordeling van lage oligofrenen betreft.

Het is niet erg als een kind in een voor hem zeer prikkelrijk milieu wordt onderzocht, omdat het belangrijk is dan zijn reacties te zien, maar het is wel erg als het daarnaast niet de kans krijgt, zich ook in een prikkelarme omgeving te presenteren !! En hiermede

zijn wij beland bij de titel van de voordracht; wordt er in de praktijk voldoende met het bovenstaande rekening gehouden? Ik meen van niet. Vele onderzoekkamers, om maar met het bureau van de dokter te beginnen, nodigen door hun veelheid van irrelevant prikkels tot een „vluchtig” gedragspatroon, dat weer tot verbieden — door de moeder — voert en secundair tot een ontstemming van het kind leidt, met alle gevolgen van dien. Portretlijstjes, ballpoints, klokjes, inktpotten en dergelijke, zijn in dit opzicht uitnodigende objecten, die beter van het bureau van de onderzoeker kunnen verdwijnen. Maar ook buiten het enge terrein van het bureau zijn er in vele onderzoekkamers nog talloze, tot chaotisch, verbrokkeld gedrag leidende voorwerpen (te veel deuren, kranen, knoppen, enz.) en dit geldt dan heus niet alleen voor de „dokterskamer”, maar ook voor de vertrekken waarin het psychologisch-psychodiagnostisch onderzoek wordt verricht!

Als al deze „luxe” een blijvend bestanddeel uitmaakt van de enige onderzoekruimte, dan is ze niet alleen overbodig, maar ook schadelijk, omdat het een belemmering vormt voor het verkrijgen van een juist inzicht in de onderzochte. Slechts wanneer het gebruikt wordt als observatie-opstelling en ernaast de mogelijkheid is tot onderzoek in een prikkelarm milieu, is alle niet ter zake doende versiering tolerabel. Is dit echter, door ruimteproblemen, niet realiseerbaar, dan is het beter de enige onderzoekruimte zo sober mogelijk in te richten.

Dat het bovenstaande niet alleen geldt voor de onderzoeksituatie, maar ook in de individueel-therapeutische situatie (iets wat bij oligofrenen vaak gewenst en mogelijk is, zie de publikatie van collega's Hoeyenbos en Kuiper), spreekt vanzelf. De spelkamer dient idealiter zo ingericht te zijn, dat de therapeut zelf kan beslissen welk medium hij à vue zal brengen. Hij moet kunnen beschikken over kasten, waarin hij onopvallend alles wat niet ter zake doet kan wegsluiten (pas op voor opvallende deurknoppen en sleutels), inclusief al het ongevormde materiaal, zoals zand, water, etc.

In de didactisch-paedagogische situatie, zoals op de school voor B.L.O. of op de Mytylschool, zal het probleem van de prikkel-dosering ook terdege moeten meespreken bij het zoeken naar een optimale situatie voor het kind. Deze noodzaak komt dan in botsing met de heel begrijpelijke en menselijke neiging de lokaliteiten „gezellig” te maken, wat dan bestaat uit versieringen, ten toon spreiding van werkstukken, levende have (vogels), etc. Als dit alles opgesteld staat in een ruimte, waar men min of meer cerebraal zwaargestoorden tot enige aandacht en prestatie hoopt te brengen, dan heeft men — ondanks de gezellige sfeer — toch geen optimale werksituatie geschapen.

De psychiater en de schoolpsycholoog hebben een delicate taak wat betreft het doorgang doen vinden van deze ideeën in het schoolmilieu. Gewoonte en traditie, maar ook narcisme (het prikkelarme milieu is weinig toonbaar) vormen daarbij te verwachten tegenstanden.

Er is weinig exacts bekend over het leerproces bij en de leerbaarheid van oligofrenen. In de Anglo-Saksische landen, maar ook in ons land is echter ook uit de praktijk (Speyer, Den Haag) wel gebleken, dat dit niet zo simplistisch ligt als men wel aannam. Experimenteel-psychologisch ligt hier een terrein braak. Hierin zal ook de betekenis van het scheppen van een zo gunstig mogelijke Umwelt, in bovengenoemde zin, betrokken moeten worden. Het is ook niet eenvoudig het probleem van de prikkeldosering praktisch en begrijpelijk aan ouders en opvoeders uit te leggen. De ouders zijn — naar mijn ervaring — geneigd dit te interpreteren als een vorm van somatische zwakte (hij kan en mag van de dokter niet te veel hebben en hij heeft rust nodig) en gebruiken dit dan als motivatie voor een hyperprotectieve houding.

At last, but not least (!) zij vermeld, dat de visie op het optimale milieu voor cerebraal gestoorden niet gerealiseerd kan worden, als de architectonische opzet van de gebouwen zich daartoe niet leent. Een intensief contact over deze materie met de architecten is noodzakelijk. De ligging van bijvoorbeeld een les-therapielokaal, het aantal en de plaatsing van de ramen, etc. zal door de architect zo geprojecteerd moeten worden, dat een minimum aan irrelevant prikkels, zoals straatlawaaï, gangverkeer, uitzicht, daarin wordt toegelaten. Naar mijn overtuiging geldt dit zelfs ook voor vele moderne gebouwen voor normalen, waarin, om welke reden ook, aandacht en concentratie een vereiste is. (Lagere scholen). Er is altijd een percentage mensen dat zich, om welke reden ook, moeilijk kan concentreren, zoals nerveus labielen, asthenici, etc. Klasselokalen, door grote ramen uitziend op een marktplein, met de vele visuele en acustische prikkels van dien en met de binnenramen op een gang met vrij veel intern verkeer, zijn zelfs voor niet cerebraal gestoorden een onnodige extra psychische belasting. En als er dan — voor recreatie — een kelderruimte met vrijwel geen ramen en zonder uitzicht bij is, dan is er sprake van „een omgekeerde wereld” wat de bouw betreft, althans als deze getoetst wordt aan psychologische eisen. Dergelijke situaties zijn geen uitzondering, maar zouden door een intensief contact tussen architect en psychiater of psycholoog vermeden kunnen worden. Dit klemmt temeer voor de cerebraal gestoorden en oligofrenen, die immers „overgeleverd” zijn aan een te prikkelrijke omgeving.

Het probleem van de prikkeldosering is slechts één van de vele facetten in de benadering van cerebraal gestoorde oligofrenen. Het

is echter niet het minst belangrijke en het minst aantrekkelijke, onder andere omdat er in deze sector in de praktijk nog wel het een en ander te doen is !!

Summary

To a large extent, the general disturbance of the highgrade mentally defectives, is based on „Brain Injury”, that can manifest itself among other things in disorders of the perception and selection of stimuli (mostly external). In the treatment of mentally defectives, it is necessary to take this question into consideration, especially in those situations, who demand whatever may be the reason-concentration and attention.

The construction, grouping, furnishing and so on of the Institutes and Clinics, have to be more adapted to this principle, than up to the present.

Literatuur

- Göllnitz, G. *Die bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die kinderpsychiatrie.*
- Strauss, A. A. en Lehtinen, L. E. *Psychopathology and education of the brain-injured child.*
- Wewetzer, K. H. *Das hirngeschädigte Kind.*

DE VERBLIJFSPATIENT IN EEN ARBEIDSTHERAPEUTISCHE SITUATIE

door H. BEEK, arts; J. ten BRINK, arts; Br. A. van ROOY, Hoofd Arbeidstherapie; J. SCHUT, arbeidstherapeut

(uit het Psychiatrisch Centrum „St. Willibrord” te Heiloo, Geneesheer-directeur J. de Smet)

De arbeidstherapie in de psychiatrische inrichting is in discussie. Het leek ons noodzakelijk ook de patiënt in deze discussie te betrekken door na te gaan, welke kenmerken hij in deze werksituatie vertoont en door te luisteren naar de visie, die hij op onze arbeidstherapie heeft. In de literatuur over de arbeidstherapie ontbreekt deze informatie namelijk vrijwel geheel.

In het psychiatrisch centrum St. Willebrord (620 bedden voor mannen) werken 203 patiënten in een centraal gebouw voor arbeidstherapie. Hiervan zijn er 148 patiënten, die reeds langer dan twee jaar achtereen in het centrum verblijven.

Uit deze patiënten werd een groep van 74 samengesteld, die repre-