

- Wilmanns, K., Die Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1922, band 78, blz. 325.
- Wyrsh, J., *Die Person des Schizophrenen*. Verlag Paul Haupt, Bern 1949.
- Wyrsh, J., *Die Klinik der Schizophrenie. Psychiatrie der Gegenwart*. Band II: Die Klinische Psychiatrie, 1960.
- Wyrsh, J., Beitrag zur Kenntnis schizophrener Verläufe. Ueber Schizophrenien mit langen Zwischenzeiten. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1941, band 172, blz. 797.

OVER TOEDIENINGSFREQUENTIE VAN PSYCHOFARMACA

door Dr. F. HIDDEMA en J. POLS, zenuwartsen. Uit het psychiatrisch ziekenhuis „Licht en Kracht” en „Port Natal”, Assen (geneesheer-directeur K. Visser)

Inleiding

Sedert de ontdekking van de moderne psychofarmaca krijgen de meeste patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis deze medicijnen toegediend, met als gevolg dat onder meer gedragsafwijkingen, stemmings-stoornissen, hallucinaties en wanen beter kunnen worden bestreden.

Afgezien van het gunstige effect van de psychofarmaca, zijn er echter ook nogal eens nadelen verbonden aan het gebruik, zoals bijv. het optreden van overgevoelighedsreacties, extrapyramidale verschijnselen, tensiewisselingen en bloedafwijkingen. Als een relatief gering, maar wel steeds terugkerend bezwaar moet ook de op traditie berustende 3x dagelijkse toediening van de medicatie worden genoemd. Dit brengt, zowel voor de patiënt als voor de verpleging, ongerief met zich: voor de patiënt bijvoorbeeld het vaak als beschamend beleefde gevoel herhaaldelijk geconfronteerd te worden met het feit, dat op soms ongelegen momenten tabletten of pillen moeten worden ingenomen; voor de verpleging het frequente klaarzetten en uitdelen ervan. Geldt dit voor patiënten die tranquillizers en neuroleptica gebruiken, het geldt evenzeer voor patiënten die anti-epileptische medicatie nodig hebben.

Wij hebben ons daarom afgevraagd, of een toediening 3x dagelijks van de medicijnen inderdaad nodig is om een gunstig effect te waarborgen, of dat wellicht met een 1x, of zonodig met een 2x dagelijkse toediening kan worden volstaan, zonder dat dit afbreuk doet aan het resultaat van de medicatie; immers een 3x dagelijkse toediening lijkt weinig zinvol omdat ze meestal plaatsvindt tijdens de maaltijden, om ongeveer 8, 13 en 18 uur, dat wil zeggen zich uitstrekt over de helft van het

etmaal, terwijl in de overige 12 uren geen medicatie wordt gegeven.

Op bovengenoemde vraagstelling is onder anderen ook ingegaan door *Haden, Kruse, Lit, Roberts* en *Tibbits*. Zij kozen voor het bestuderen van de werking van een 1x dagelijkse toediening echter een geselecteerde groep patiënten met een beperkte medicatie. De gegevens van bovengenoemde onderzoekers hebben dus *niet* betrekking op een gemengde groep van patiënten, zoals die meestal in een psychiatrisch ziekenhuis wordt aangetroffen. Doel van ons onderzoek is om ook bij een gemengde groep patiënten, gemengd onder meer wat betreft sekse, leeftijd, diagnose, duur van het verblijf in het ziekenhuis en hoeveelheid en aard van de medicijnen, een indruk te krijgen van het klinisch effect van een zoveel mogelijk 1x dagelijkse en zonodig 2x dagelijkse toediening. De medicijnen werden bij een 1x dagelijkse toediening 's avonds om 9 uur gegeven; werd een toediening 2x dagelijks nodig geacht, dan werden daarvoor de tijdstippen 8 uur 's morgens en 9 uur 's avonds gekozen. Op de volgende veronderstellingen werd getracht een antwoord te vinden.

1. Het gunstig effect van moderne psychofarmaca en anti-epileptica blijft behouden bij een 1x daagse, of zonodig bij een 2x daagse toediening.
2. Er kan met een geringe hoeveelheid medicijnen worden volstaan, onder anderen doordat er minder slaapmiddelen nodig zijn.
3. Er kunnen zich onvoorziene effecten voordoen.
4. De patiënten zijn overdag en 's avonds actiever en ze voelen zich fitter.
5. De patiënten vinden deze toedieningsfrequentie prettiger.
6. Er treedt een aanmerkelijke arbeidsbesparing op voor de verpleging.

Materiaal en methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in een paviljoen waar bij het begin van het één maand durende experiment 65 vrouwelijke en 35 mannelijke patiënten werden verpleegd. De observatieperiode van één maand werd gekozen, omdat door de vrij snelle doorstroming bij een langere duur van de proefneming de patiëntenbezetting zich te veel zou wijzigen.

20 patiënten werden voor het onderzoek uitgesloten, omdat zij geen medicijnen kregen, of omdat zij binnen één week na het begin van het experiment werden ontslagen. Er bleven zodoende

52 vrouwelijke en 28 mannelijke patiënten over, die werden betrokken bij het experiment. 50 van de deelnemende patiënten waren ten tijde van het onderzoek in een stabiel psychisch evenwicht; 30 verkeerden in een labiel evenwicht. Als stabiel werd een psychisch evenwicht aangemerkt, dat als habitueel, dus als min of meer constant, kon worden beschouwd voor een bepaalde patiënt. Als labiel psychisch evenwicht werd beschouwd de toestand waarin de patiënten met acute psychosen zich bevinden en de toestand van die patiënten, bij wie een min of meer habitueel evenwicht gemakkelijk werd verstoord. Deze indeling leek ons zinvoller dan die in acute en chronische ziekten, onder meer omdat het begrip chronisch vaak vooral geassocieerd wordt met de duur van het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis; chronisch ziek wordt tevens vaak als synoniem met ongeneeslijk beschouwd. 51 patiënten verbleven langer dan één jaar in de inrichting, 29 kortere tijd. In het algemeen konden de patiënten, wat de diagnose betreft, met betrekkelijk weinig moeite worden ingedeeld in 6 groepen: 1. schizofrene psychose, 2. manisch depressieve psychose, 3. psychogene psychose, 4. debiliteitspsychose, 5. organische psychose, 6. epileptische psychose. Patiënten met ernstige vormen van oligofrenie en dementie werden in het paviljoen niet verpleegd.

De genoemde diagnostische categorieën dienen ruim genomen te worden. Onder schizofrene psychose werden in dit onderzoek alle patiënten met schizofrene syndromen gerekend, zoals die bijvoorbeeld ook bij de zogenaamde degeneratie psychose voorkomen. Tot de manisch-depressieve groep werden gerekend de patiënten bij wie duidelijk cyclisch stemmingsveranderingen optraden en bij wie het ziektebeeld vitale kenmerken toonde. Patiënten met psychogene psychosen maakten desintegratie toestanden door op grond van psychische 'stress' terwijl de persoonlijkheidsstructuur sterk bepaald leek door neurotische of psychopathische kenmerken.

De diagnose debiliteitspsychose heeft betrekking op zwakbegaafde patiënten, bij wie een meestal snel herstellende min of meer typische psychose optrad. Tot de groep van organische psychosen werden de patiënten gerekend met dementia paralytica, psychische stoornissen bij Parkinsonisme en dementie. De diagnose epileptische psychose slaat op psychotische stoornissen en zogenaamde psychische equivalenten, al of niet in combinatie met grand mal en petit mal verschijnselen bij epileptici.

Bij veel patiënten heeft de diagnose betrekking op het acute ziektebeeld waarin de patiënt destijds, soms jaren geleden, werd opgenomen en waarvan een meer of minder ernstige resttoestand is blijven bestaan.

Thans volgt een overzicht van de wijze, waarop de verschillen-

de medicamenten, al of niet gecombineerd, over de patiënten verdeeld waren.

Van de <i>phenothiazinen</i>	
werd chloorpromazine (largatil)	gebruikt door 23 vr. en 16 ml. pt.
werd promazine (prazine)	gebruikt door 12 vrl. en 5 ml. pt.
werd levomepromazine (nozinan)	gebruikt door 10 vrl. en 2 ml. pt.
Van de <i>thioxanthenen</i>	
werd chloorprothixeen (truxal)	gebruikt door 6 vrl. en 6 ml. pt.
werd clopenthixol (sordinol)	gebruikt door 2 vrl. en 0 ml. pt.
Van de <i>dibenzyliminoderivaten</i>	
werd imipramine (tofrasil)	gebruikt door 11 vrl. en 6 ml. pt.
Van de <i>rauwolfia alkaloiden</i>	
werd reserpine (serpasil)	gebruikt door 1 vrl. en 3 ml. pt.
Van de <i>orphenadrine derivaten</i>	
werd orphenadrinum (disipal)	gebruikt door 2 vrl. en 2 ml. pt.
Van de <i>barbituurzuurderivaten</i>	
werd phenobarbitalum (luminal)	gebruikt door 9 vrl. en 4 ml. pt.
Van de <i>hydantoïne derivaten</i>	
werd phenytoinum (diphantoïne)	gebruikt door 4 vr. en 0 ml. pt.

De keuze van de medicamenten en de hoeveelheden, die worden gegeven, is veelal voor een belangrijk gedeelte nog steeds een kwestie van persoonlijke voorkeur en ervaring, waarbij enkele algemeen geldende richtlijnen in acht worden genomen. Bij patiënten met bloeiende schizofrene syndromen gaven wij in de regel, al of niet gecombineerd, chloorpromazine, chloorprothixeen, en reserpine. Pas als hiermee geen, of onvoldoende, resultaat was bereikt, werd een ander preparaat toegevoegd of afzonderlijk gegeven. Bij patiënten met depressies werd meestal begonnen met imipramine en bij onrustige patiënten met levomepromazine al of niet in combinatie met imipramine en soms met chloorpromazine als de angst bijzonder groot was. Epileptische patiënten met psychische stoornissen kregen naast barbituurzuur en hydantoïne derivaten tevens psychofarmaca, vooral chloorpromazine.

Bij het bepalen van de keus van het medicament werd speciaal op het gedrag van de patiënten gelet en meer secundair op de innerlijke belevingswereld.

In plaats van de gebruikelijke toediening 3x daags werd, behoudens de hieronder vermelde uitzonderingen, nadat de patiënten 's avonds tevoren in een korte geruststellende toelichting de wijziging in de toediening van de medicatie was meegedeeld, plotseling overgegaan op een 1x dagelijkse gift om 9 uur 's avonds; dit tijdstip werd gekozen omdat de eventueel te verwachten grotere sufheid na de hogere dosering beter 's nachts dan overdag en 's avonds kon optreden. Bij 9 patiënten vonden we het echter niet verantwoord om de medicijnen 1x daags te geven, vanwege een slechte lichamelijke toestand (diabetes, hartaandoeningen), omdat de patiënten diverse medicamenten of

een hogere dosering kregen, of omdat ze in een te labiele toestand verkeerden; in deze gevallen werd een toediening 2x daags gegeven om 8 uur 's morgens en 9 uur 's avonds. Tevens werd in 71 gevallen, afgezien van de toedieningsfrequentie, de hoeveelheid of de aard van de medicatie veranderd, omdat we het gevoel hadden dat de tevoren gegeven medicatie niet zou voldoen bij een 1x dagelijkse toediening, bijvoorbeeld vanwege een te hoge of een te lage dosering, of een niet-optimale lichamelijke toestand.

Bij het onderzoek werden de reacties van de patiënten, zoals reeds vermeld, gedurende één maand nauwkeurig geobserveerd, waarbij waardevolle inlichtingen van het verplegend personeel werden verkregen.

Van de patiënten, volgens bovenstaande wijze in groepen verdeeld, volgt nu een overzicht van de medicatie en de toedieningsfrequentie voor en direct na het begin van het experiment. Onder het hoofd 'reacties' worden vermeld reacties in ongunstige zin, de nodig geachte wijziging der toedieningsfrequentie en de wijziging in de soort van het geneesmiddel. De patiënten worden met een nummer aangeduid en de hoeveelheden medicatie worden aangegeven in milligrammen.

Vrouwelijke patiënten

Groep I - Schizofrene psychose

A. In *stabiel* evenwicht verkerende patiënten

<i>no. van de patiënte</i>	<i>medicatie voor het begin</i>		<i>medicatie na het begin</i>	<i>reacties</i>
1	promazine	3dd 100	1dd 200	geen
	orphenadrinum	3dd 25	1dd 50	
3	promazine	3dd 25	1dd 100	geen
4	promazine	3dd 100	1dd 200	geen
5	chloorpromazine	3dd 50	1dd 100	geen
6	chloorpromazine	3dd 100	2dd 150	geen
8	chloorprothixeen	3dd 75	1dd 50	geen
			chloorpromazine	
			1dd 200	
9	chloorpromazine	3dd 50	1dd 100	geen
10	chloorpromazine	3dd 50	1dd 100	geen
	promazine	3dd 50	1dd 100	
12	chloorpromazine	3dd 50	1dd 75	geen
	phenobarbitalum	3dd 25	1dd 75	
13	chloorpromazine	3dd 50	1dd 150	geen
	reserpine	3dd ½	1dd 1	
14	promazine	3dd 100	1dd 200	geen
15	chloorpromazine	3dd 75	1dd 200	enkele dagen 's morgens suf
17	chloorpromazine	3dd 50	1dd 150	geen

B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
<i>no. van de patiënte</i>	<i>medicatie voor het begin</i>			<i>medicatie na het begin</i>	<i>reacties</i>
2	chloorprothixeen	3dd	50	1dd 150	geen
	clopenthixol	3dd	10	1dd 20	
7	promazine	3dd	100	1dd 300	geen
	chloorprothixeen	3dd	50	levome- promazine 1dd 50	
11	chloorpromazine	3dd	50	1dd 150	geen
	phenobarbitalum	3dd	50	1dd 100	
16	chloorpromazine	3dd	100	chloor- prothixeen 2dd 150	aanvankelijk onrustig, angstig, wanend halluci- nerend, herstelde snel
	clopenthixol	3dd	5	2dd 10	
	orphenadrium	3dd	25	2dd 25	
18	chloorprothixeen	3dd	50	1dd 150	onrust, verergering hy- pochondere wanen, toe- diening na 5 dagen 2dd en geneesmiddel gewij- zigd
19	chloorpromazine	3dd	50	2dd 150	onrust, agressiviteit, ge- neesmiddel gewijzigd na 4 dagen

Groep II - Manisch depressieve psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
23	chloorpromazine	3dd	25	1dd 50	geen
	chloorprothixeen	3dd	25	1dd 50	
	levomepromazine	3dd	50	1dd 100	
24	levomepromazine	3dd	25	1dd 75	geen
	imipramine	3dd	50		
25	promazine	3dd	25	1dd 50	geen
	phenobarbitalum	3dd	50	1dd 75	
27	imipramine	3dd	50	2dd 75	geen
31	levomepromazine	3dd	25	1dd 50	geen
32	levomepromazine	3dd	50	1dd 100	geen
33	promazine	3dd	75	1dd 100	geen

B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
26	chloorpromazine	3dd	75	1dd 100	geen
	imipramine	3dd	50	1dd 100	
28	imipramine	3dd	25	1dd 75	depressieve reactie, toe- diening na 3 dagen
				chloor- promazine 2dd. 1dd 25	
29	promazine	3dd	50	1dd 100	geen
30	levomepromazine	3dd	100	1dd 100	depressieve reactie, medi- cijnen na 7 dagen ge- staakt, daarna electro-shock
	imipramine	3dd	25	1dd 25	

<i>no. van de patiënte</i>	<i>medicatie voor het begin</i>			<i>medicatie na het begin</i>	<i>reacties</i>
34	chloorpromazine	3dd	50	levome- promazine 1dd 100	depressieve reactie, toe- diëning na 10 dagen 2dd
	imipramine	3dd	50	1dd 150	en geneesmiddelen gewijzigd

Groep III - Psychogene psychose

<i>A. In stabiel evenwicht verkerende patiënten</i>					
36	chloorpromazine	3dd	50	1dd 100	querulerend over de me- dicijnen, toediening na 13 dagen 2dd
	phenobarbitalum	3dd	30	1dd 50	
37	levomepromazine	3dd	75	1dd 50	geen
38	chloorpromazine	3dd	75	1dd 100	geen
39	chloorpromazine	3dd	100	1dd 150	geen
40	chloorpromazine	3dd	50	1dd 100	geen
44	levomepromazine	3dd	50	1dd 75	geen
	imipramine	3dd	25	1dd 75	

<i>B. In labiel evenwicht verkerende patiënten</i>					
35	chloorpromazine	3dd	100	2dd 100	geen
	imipramine	3dd	50	2dd 75	
	phenobarbitalum	3dd	50	2dd 50	
41	levomepromazine	3dd	75	1dd 200	geen
	imipramine	3dd	25	1dd 75	
42	levomepromazine	3dd	50	1dd 100	verergering, toediening na 10 dagen 2dd
				imi- pramine 1dd 50	
43	chloorpromazine	3dd	25	1dd 75	geen
	phenobarbitalum	3dd	25	1dd 75	

Groep IV - Debiliteitspsychose

<i>A. In stabiel evenwicht verkerende patiënten</i>					
21	levomepromazine	3dd	50	1dd 100	geen
	imipramine	3dd	25	1dd 50	
22	promazine	3dd	50	1dd 150	geen

<i>B. In labiel evenwicht verkerende patiënten</i>					
20	chloorpromazine	3dd	50	1dd 100	geen
				levome- promazine	
				1dd 100	

Groep V - Organische psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
<i>no. van de patiënte</i>	<i>medicatie voor het begin</i>			<i>medicatie na het begin</i>	<i>reacties</i>
45	chloorprothixeen	3dd	25	1dd 50	geen
46	promazine	3dd	25	1dd 50	geen
	imipramine	3dd	25	1dd 50	
47	promazine	3dd	50	1dd 100	geen
B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
geen patiënten					

Groep VI - Epileptische psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
48	chloorpromazine	3dd	50	2dd 75	toeneming insuluten, ge-
	phenobarbitalum	3dd	125	2dd 150	neesmiddelen gewijzigd
	phenytoinum	3dd	40	2dd 75	na 2 dagen
49	levomepromazine	3dd	50	1dd 100	geen
	phenobarbitalum	3dd	25	1dd 75	
	phenytoinum	3dd	25	1dd 75	
51	chloorpromazine	3dd	50	1dd 100	geen
	phenobarbitalum	3dd	15	1dd 50	
B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
50	phenobarbitalum	3dd	100	2dd 150	toeneming insuluten, toe-
	phenytoinum	3dd	40	2dd 100	diening tijdelijk 3dd,
					erna 2dd
52	phenobarbitalum	3dd	50	2dd 100	geen
	phenytoinum	3dd	50	2dd 100	

Manlijke patiënten

Groep I - Schizofrene psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten					
2	chloorpromazine	3dd	75	1dd 100	geen
				chloor-	
				prothixeen	
				1dd 100	
4	promazine	3dd	100	1dd 200	geen
5	imipramine	3dd	25	chloor-	geen
				promazine	
				1dd 50	

<i>no. van de patiënt</i>	<i>medicatie voor het begin</i>		<i>medicatie na het begin</i>	<i>reacties</i>
8	chloorpromazine	3dd 100	1dd 200	geen
10	chloorpromazine	3dd 75	1dd 200	geen
14	chloorpromazine	3dd 50	1dd 50	geen
	imipramine	3dd 50	1dd 50	
15	chloorpromazine	3dd 100	1dd 200	geen

B. In *labiel* evenwicht verkerende patiënten

1	chloorpromazine	3dd 100	1dd 300	geen
3	chloorpromazine	3dd 50	1dd 100	depressieve reactie, toe-
	chloorprothixeen	3dd 50	1dd 100	diening na 5 dagen 2dd
	reserpine	3dd ½	—	
6	promazine	3dd 100	1dd 200	negativisme, voedselwei-
	chloorprothixeen	3dd 25	1dd 75	gering, toediening tijde-
	reserpine	3dd 1	—	lijk 3dd, erna 2dd
7	chloorpromazine	3dd 100	1dd 200	geen
9	chloorpromazine	3dd 100	2dd 150	tijdelijk angstig gespan-
	reserpine	3dd ½	2dd 1	nen, dreigend.
	orphenadrium	3dd 25	2dd 25	
11	imipramine	3dd 50	1dd 100	onrust,
	chloorprothixeen	3dd 75	1dd 200	ontremming, toediening na 3 dagen 2dd
12	chloorpromazine	2dd 100	1dd 100	geen
	chloorprothixeen	3dd 25	1dd 75	onrustig,
13	chloorpromazine	3dd 50	1dd 100	gejaagd,
	levomepromazine	3dd 50	1dd 50	sexueel ontremd,
	phenobarbitalum	3dd 50	1dd 50	toediening na 3 dagen 2dd

Groep II - Manisch depressieve psychose

A. In *stabiel* evenwicht verkerende patiënten

20	chloorprothixeen	3dd 50	1dd 150	geen
----	------------------	--------	---------	------

B. In *labiel* evenwicht verkerende patiënten

19	imipramine	3dd 100	1dd 100	somber, geremd, geneesmiddelen gewijzigd na 6 dagen
20	levomepromazine	3dd 75	1dd 150	geen

Groep III - Psychogene psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
no. van de patiënt	medicatie voor het begin			medicatie na het begin		reacties
22	promazine	3dd	25	1dd	50	geen
23	promazine	3dd	50	1dd	100	geen
	imipramine	3dd	50	1dd	100	
25	chloorpromazine	3dd	50	1dd	75	geen
	phenobarbitalum	3dd	50	1dd	50	

B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
24	chloorprothixeen	3dd	50	chloorpromazine	1dd 100	somber, geremd, geneesmiddelen gewijzigd na 4 dagen

Groep IV - Debiliteitspsychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
16	chloorpromazine	3dd	50	1dd	50	geen
17	imipramine	3dd	50	1dd	100	geen
B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
18	chloorpromazine	3dd	100	1dd	300	geen

Groep V - Organische psychose

A. In <i>stabiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
26	promazine	3dd	100	1dd	200	geen
	phenobarbitalum	3dd	25	1dd	75	
27	chloorpromazine	3dd	50	1dd	100	geen
	phenobarbitalum	3dd	100	1dd	100	
	orphenadrinum	3dd	100	1dd	50	
28	chloorpromazine	3dd	50	1dd	100	geen
B. In <i>labiel</i> evenwicht verkerende patiënten						
geen patiënten						

Groep VI - Epileptische psychose

geen patiënten						
----------------	--	--	--	--	--	--

Bij de beoordeling van de resultaten dient men rekening te houden met een aantal factoren, die de resultaten kunnen beïnvloeden. Enkele van deze factoren zijn:

1. Een verergering of verbetering in de toestand van een patiënt kan het gevolg zijn geweest van schommelingen in het beloop van de psychose, onafhankelijk van een wijziging in de medicatie en/of de toedieningsfrequentie.
2. Uit het feit, dat patiënten, die in een stabiel psychisch evenwicht verkeerden naast een wijziging in de toedieningsfrequentie ook een vermindering in de hoeveelheid van de medicijnen goed verdroegen, mag wellicht ook worden geconcludeerd, dat deze patiënten vóór het onderzoek meer medicijnen kregen dan noodzakelijk was.
3. Misschien is niet altijd de meest aangewezen medicijn, combinatie van medicijnen, of dosering gebruikt en is dit een reden waarom sommige patiënten 1x dagelijkse toediening niet goed verdroegen.
4. Het onderzoek is oriënterend en dus niet streng methodologisch opgezet: zo is er geen dubbele blind-proef gedaan. Wij zullen nu met bovengenoemde beperkingen voor ogen nagaan in hoeverre de geopperde vraagstellingen bevestigd konden worden.

Veronderstelling 1

Van de 50 in een stabiel psychisch evenwicht verkerende patiënten waren er 3, die een 2x dagelijkse toediening van de medicijnen behoeften; van de 30 in een labiel psychisch evenwicht verkerende patiënten hadden er 6 een 2x dagelijkse toediening nodig.

Uit deze gegevens blijkt dat het gunstig effect van de medicatie bij een 1x dagelijkse toediening bij patiënten, die in een stabiel psychisch evenwicht verkeren, in vrijwel alle gevallen behouden bleef; bij in een psychisch labiel evenwicht verkerende patiënten is het resultaat van een 1x dagelijkse toediening minder gunstig, doch er kon in deze gevallen met een toediening 2x dagelijks worden volstaan.

Veronderstelling 2

Bij 57 patiënten was een geringere hoeveelheid van dezelfde medicijnen nodig; bij 4 patiënten werd de hoeveelheid van dezelfde medicatie vermeerderd; bij 9 patiënten bleef de hoeveelheid van dezelfde medicatie gelijk; bij 10 patiënten werd zowel de hoeveelheid als de soort van de medicatie gewijzigd.

Als geheel genomen kon met aanzienlijk minder medicatie worden volstaan. Hierbij komt nog dat voor het experiment 32 pa-

tiënten slaapmiddelen kregen (paraldehydum of barbituurzuurderivaten), terwijl erna slechts 16 patiënten deze medicijnen behoefden.

Veronderstelling 3

Onvoorziene effecten traden nauwelijks op. 2 patiënten kregen last van zuurbranden na het innemen van de medicijnen. Wanneer de tabletten werden ingenomen met een glas melk verdwenen deze klachten.

Veronderstelling 4

De patiënten waren overdag en 's avonds minder suf. Vooral 's avonds hadden de afdelingen een veel levendiger aspect, waardoor het aanzienlijk minder moeite kostte om de patiënten te activeren. Aan het verplegend personeel viel op dat de levendigheid groter was bij groepen van patiënten dan bij iedere patiënt afzonderlijk.

Veronderstelling 5

In het begin maakten patiënten uit alle diagnose-groepen bezwaren tegen de verminderde toedieningsfrequentie. Na enkele dagen echter waren deze bezwaren grotendeels verdwenen en werd de verandering positief gewaardeerd.

Opgemerkt moet worden, dat als regel iedere wijziging in een evenwichtstoestand eerst dikwijls negatief en na enige tijd positief wordt gewaardeerd.

Veronderstelling 6

De arbeidsbesparing bedroeg 14 werkuren per week van een gediplomeerde verpleger.

Beschouwingen

Zoals reeds opgemerkt, had het onderhavige onderzoek plaats bij een gemengde bevolking die een gemengde medicatie kreeg. Uit genoemde mededelingen in de literatuur blijkt dat de beschreven onderzoekingen op dit gebied een beperktere opzet hebben. Zo heeft *Haden* epileptici uitgesloten, terwijl hij de patiënten alleen phenothiazine derivaten verstrekke. *Kruse* beperkte zijn onderzoek tot chronische vrouwelijke schizofrene patiënten, die 1 of 2x dagelijks trifluoperazine toegediend kregen. *Lit* deed zijn onderzoek met een 1x dagelijkse toediening bij vrouwelijke patiënten, die een betrekkelijk lage onderhouds-

dosering kregen (150 mg chloorpromazine, 6mg reserpine of 24 mg perfenazine). *Roberts* behandelde gedurende 9 maanden een gemengde groep patiënten wat betreft sekse, leeftijd, diagnose en verblijfsduur met een 1x dagelijkse toediening van alleen phenothiazine derivaten. *Tibbits* deed een proefneming met een 1x dagelijkse gift bij 35 chronische mannelijke patiënten.

De genoemde auteurs maken de gevolgtrekking dat een 1x dagelijkse gift van moderne psychofarmaca en met name van phenothiazine derivaten, zeer goed mogelijk is. Uit dit eigen onderzoek en de ervaringen erna gedurende meer dan zes maanden, komen ook wij tot de conclusie dat een 1x dagelijkse toediening 's avonds van psychofarmaca bij patiënten, die reeds enige tijd deze middelen gebruiken en die géén verschijnselen meer tonen van een labiel psychisch evenwicht, met name niet in de zin van gedragsafwijkingen, als regel uitstekend wordt verdragen en vele voordelen heeft. Zo vormt een 1x dagelijkse toediening van medicatie een geringere psychische belasting; dit laatste is ook speciaal van belang voor patiënten, die worden ontslagen en bij wie het toch aanbeveling verdient dat ze de medicijnen blijven gebruiken. Immers vooral voor patiënten, die werken in de maatschappij is het vaak pijnlijk als ze in gezelschap van anderen medicijnen moeten innemen. De patiënten voelen zich verder 's middags en 's avonds fitter, er zijn minder slaapmiddelen nodig en het spaart het verplegend personeel veel tijd. Opvallend was, dat de patiënten vooral in groepsverband levendiger zijn, hetgeen onder meer in allerlei gezelschapsactiviteiten tot uiting kwam. Onaangename bijwerkingen werden niet waargenomen.

Bij patiënten in een labiel psychisch evenwicht en bij patiënten met epileptische stoornissen, in de vorm van insulten, lijkt het aanbeveling te verdienen om de medicatie 2x dagelijks te geven. Nadrukkelijk moet nogmaals worden vermeld, dat het onderhavige onderzoek een oriënterend, voorlopig karakter draagt, waarbij het ons alleen ging om een grove indruk te krijgen van het effect van een 1x, zonodig 2x daagse toediening van de medicatie. Een zeer methodisch opgezet experiment zal allicht een meer gedifferentieerd resultaat te zien geven.

Summary

In a ward of a psychiatric hospital an experiment was carried out in order to investigate the possibility of administering in a single dosis, or if necessary twice a day, the medicines, instead of a dosage three times a day as is usual. The population of the ward was heterogenous as regards sex, age, kind of medicines taken and type of illness.

The results obtained were favourable, it was found that patients, who were in a psychically stable state did very well on a dosage of medicines once a day at nine p.m.

Patients in an instable psychic state and patients with epileptic disorders were suited best by a dosage of medicines twice a day.

Literatuur

1. Haden, Ph., 1959, Drugs-single or multiple daily dosage? *Am. J. Psychiat.*, 115.932.
2. Kruse, W., 1959, Experience with trifluoperazine in 110 female schizophrenies, *Am. J. Psychiat.*, 115.1031.
3. Lit, A. C., 1963, Het gebruik van neuroleptica in één dosis per dag, *Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 107.16.
4. Roberts, F. J., 1961, Single daily dose treatment of psychiatric patients with phenothiazine derivatives, *J. Ment. Sci.*, 107.104.
5. Tibbits, J. C. N., 1958, Single daily dose of chlorpromazine, *Lancet*, I, 689.

DRIEVOUDIGE GELUKWENS IN EEN KRONIEK

Er gebeuren in de 'psychiatrische wereld' — de wereld van de klinische en ambulatorische geestelijke gezondheidszorg — vele opmerkelijke dingen welke, behoudens in een kleine kring, geen ruchtbaarheid krijgen. De redactie van de Voordrachtenreeks acht het goed om af en toe aan enkele van deze gebeurtenissen iets meer dan de gebruikelijke aandacht te schenken.

In juli 1924 werd uit het initiatief van Dr. Janssens, destijds Eerste Geneesheer van het Gesticht 'Voorburg' te Vught, de R.K. *Vereniging van Gestichtsartsen* geboren. De eerste Voorzitter was Collega Hoogvelt. De belangrijkste reden tot oprichting van deze Vereniging was gelegen in de wens om de overgangsexamens van de leerling-verplegenden, welke door de Wet op de Ziekenverpleging een wettelijke status hadden gekregen, in eigen kring af te nemen en zodoende het pijl van het onderwijs op te voeren.

Op 1 januari 1925 startte de *Examen-commissie van de R.K. Gestichtsartsenvereniging* haar activiteiten.

In 1928 werd in de boezem van de Vereniging de wenselijkheid van oprichting van een vereniging tot voor- en nazorg van psychiatrische patiënten overwogen, hetgeen leidde tot de constituering van de R.K. Charitatieve Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid, de latere Katholieke Centrale Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid. De R.K. Gestichtsartsenvereniging behartigde en behartigt nog steeds de maatschappelijke belangen van haar leden, maar trad zelden naar buiten. Nochtans werd in 1936 een congres gehouden over de onvruchtbaar-making, in 1938 (en in 1965) — in samenwerking met de Katholieke Artsenvereniging — een congres over de homosexualiteit, en in 1958 een studiedag over verantwoordelijkheid.

Terugkerend naar eerder genoemde Examen-Commissie: de eerste tien jaar, nl. tot zijn benoeming van Inspecteur bij het Staatstoezicht op Krankzinnigen en het Krankzinnigenwezen, was Collega Koenen secretaris van deze Commissie. Vanaf 1 januari 1935 is Collega F. J. M. Schmidt secretaris van de Examen-Commissie.

In totaal werden door deze Commissie in de loop van veertig jaren 24⁶⁸ examens bij 9604 kandidaten afgenomen. Het eerste overgangsexamen vond plaats in 1925 voor 9 kandidaten van de psychiatrische inrichting 'Voorburg'. Het volgende jaar legden reeds 53 kandidaten uit meerdere inrichtingen proeven van bekwaamheid af. Van 1925 tot en met 1934 waren het er gemiddeld 92 per jaar, van 1935 tot en met 1944 bedroeg dit aantal 212, van 1945 tot en met 1954 was het gemiddelde aantal per jaar opgelopen tot 320, terwijl van 1955 tot en met 1964 jaarlijks gemiddeld 358 kandidaten aan de examens deelnamen. Bijzondere vermelding verdient het feit, dat de overgangsexamens in 1945 in België werden afgenomen, t.w. in Zelzaten (4 kandidaten), Beernem (2), Corbeek-Loo (1) en Lovenjoul (12) waarheen de inrichtingen 'St. Bavo', 'St. Servatius' en 'St. Anna' waren geëvacueerd.

Als merkwaardigheid mag nog worden genoemd, dat in juni 1929 besprekingen hebben plaats gevonden tussen de secretarissen van de van de drie Examen-Commissies, nl. van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, de Vereniging voor Protestant Christelijke Verzorging van Krankzinnigen en de R.K. Vereniging van Gestichtsartsen, met de bedoeling tot een uniforme leerstof te komen. Het verhoopde resultaat werd destijds niet bereikt. Blijkbaar was toen de samenwerking tussen de onderscheiden zuilen niet zo hecht als tegenwoordig, nu gedurende ettelijke jaren de Commissie Westerhuis een grote uniformiteit ten deze heeft weten te realiseren.

Wat verwacht mocht worden en in werkelijkheid ook is gebeurd: in 1964 werd het grootste aantal leerling-verplegenden geëxamineerd, nl. 394 (220 eerste jaars en 174 tweede jaars). Te wensen is dat dit getal nóg sneller moge groeien dan in het verleden reeds het geval was, zodat in de toenemende behoefte aan verpleegkundigen in de B-sector redelijkerwijs kan worden voorzien.

Tenslotte wensen wij de R.K. Gestichtsartsenvereniging en speciaal haar onvermoeibare Examen-Commissie geluk met haar 40-jarig bestaan en feliciteren wij tevens Collega Schmidt die bij deze zelfde gelegenheid de dag herdenkt waarop hij 30 jaren gelden begon met een secretariële werkzaamheid welke hij tot op heden met respectabele ijver en weergaloze nauwkeurigheid heeft volvoerd.

Redactie

VERANTWOORDING

De bijdrage van Collega van der Meer — eerder uitgebracht in de kring van medewerkers van Prof. Dr. H. C. Rümke — is de eerste publicatie in de Voordrachtenreeks (en vermoedelijk niet de laatste) van de P.U.K.-groep. Het artikel van de zenuwartsen Hiddema en Pols is een oorspronkelijke bijdrage. De redactionele kroniek werd geschreven bij gelegenheid van het 40-jarig jubileum van de R.K. Vereniging van Gestichtsartsen en het 30-jarig jubileum van Collega F. J. M. Schmidt als secretaris van de Examen-Commissie van deze Vereniging.