

- 4 P. Fouquet — *The neurotic alcoholic in European Seminar and Lecture Course on Alcoholism*, Copenhagen, 40-42, WHO Geneva, 1951.
- 5 A. Sunier — Twee drinkers. Twee typen, *Mndbl. Geestel. Volksgezondheid*, 14, 52—56, 1959.
- 6 M. Keller — The definition of Alcoholism and the estimation of its Prevalence. Chapter 17, 310—329 in Pittman and Snyder: *Society, Culture and Drinking Patterns*, John Wiley, New York-Londen, 1962.
- 7 E. M. Jellinek — *The phases of Alcohol Addiction* in WHO Techn. Report Series No. 48, 26—39, 1952 (zie ook 6).
- 8 P. H. Esser — Psychotherapie für Alkoholiker. Prognostische Aspekte, *Wiener Med. Wochschr.* 113, 629—631, 1963.

ENKELE KLINISCHE ERVARINGEN MET TRILAFON (PERFENAZINE)

door E. J. M. CRABBENDAM, zenuwarts

(Uit het psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo, geneesheer-directeur J. P. de Smet)

Tussen 1 februari 1963 en 1 februari 1965 werden op de afdeling Jozef B van het psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo 61 kuren met trifalon gegeven. We gebruikten trifalon, wanneer in het psychiatrische toestandbeeld verwardheid, paranoïdie of hallucinaties (of een combinatie van twee of drie van deze symptomen) op de voorgrond stonden. Aanvankelijk gaven we bij deze beelden echter ook wel sordinol, nozinan, largactil of prazine. In 1964 gebruikten we bij de zojuist genoemde beelden uitsluitend trilafon, omdat we daarmee de beste ervaringen hadden opgedaan. Deze handelwijze werd mede ingegeven door de wens van tenminste één der psychofarmaca meer dan een indruk te krijgen. Daarom werden de ziektegeschiedenissen bestudeerd van alle patiënten, die in de bovengenoemde periode met een trilafonkuur werden behandeld.

Ieder, die de resultaten wil nagaan van een door hem gebruikt medicament, ziet zich geplaatst voor een aantal moeilijkheden. Gewezen zij op het voortreffelijke artikel van Wertenbroek in de Voordrachtenreeks (1960), waar hij verslag uitbrengt van de kli-

nische ervaringen met de nieuwere psychofarmaca. In de inleiding van dat artikel attendeert hij erop, dat we ons moeten realiseren, dat de reactie van een patiënt op een medicament bestaat uit de directe farmacologische werking van dit medicament plus de psychologische reactie van de patiënt op deze farmacologische werking. Voorts wijst hij op het therapeutisch effect van de situatie, dat men kan trachten te elimineren door de dubbelblinde methode.

In hetzelfde nummer van de Voordrachtenreeks spreekt Van Rhijn over de irrationele factoren, die het succes van een kuur bepalen. Op grond van gegevens uit de literatuur en eigen indrukken noemt hij daarbij onder meer:

1. het belang van de 'attitude' van de medicus ten opzichte van het medicament; de positief ingestelde arts is succesvoller dan de passieve, de twijfelaar of de cynicus;
2. het vertrouwen van de verpleging in de arts; de door de verpleging vertrouwde arts boekt betere resultaten;
3. het vertrouwen van de verpleging in het medicament; hier is voorlichting van groot belang;
4. het vertrouwen van de patiënt in de inrichting, in de arts, in de verpleging en in het medicament; positieve bevindingen van reeds herstelde patiënten oefenen een grote invloed uit;
5. het vertrouwen van de familie van de patiënt; vaak denkt de familie nog negatief over de opname.

Ook wij achten al deze factoren van groot belang voor het uiteindelijke resultaat. Wat wij U voorleggen zijn de resultaten van trilafonkuren door ons gegeven in de situatie, zoals die op de in de aanhef genoemde afdeling bestaat.

Deze situatie was geen toevallige. Er werd naar gestreefd een sfeer van vertrouwen te scheppen, waarin naar onze mening het medicament het beste werkzaam zou zijn. Hiertoe werd met de hoofdbroeder steeds uitvoerig overlegd over de keuze van het medicament en er werd gesproken over het te verwachten resultaat. Ook met de patiënt werd over de behandeling gepraat. Hoe psychotisch ook, hem werd altijd verteld, dat er een behandeling met injecties zou plaatsvinden. Bezwaren tegen de kuur werden besproken en zo mogelijk uit de weg geruimd. Soms weigerde de patiënt de kuur. Na een paar dagen werd meestal op deze weigering teruggekomen. Ook in de enkele gevallen, waarin de patiënt weigerachtig bleef werd na enige weken toch met de kuur begonnen omdat de klinische toestand ons daartoe dwong. Juist deze gevallen, die we eerst wat hadden laten 'rijpen', gaven een opmerkelijke verbetering te zien. Waar bleek, dat bij de familie angst of scepsis aanwezig was, hebben we

getracht deze gevoelens in positieve zin te wijzigen. In tegenstelling tot Van Rhijn hadden we de indruk, dat de familie over het algemeen positief ingesteld was.

Zoals uit het bovenstaande blijkt, werd er naar gestreefd de omstandigheden zodanig te maken, dat het medicament optimaal werkzaam zou zijn. Bovendien probeerden we bij alle behandelingen de omstandigheden zo gelijk mogelijk te doen zijn. Alleen dan is een vergelijking van resultaten zinvol. In de aanhef vermeldden we reeds, dat we trilafon gaven wanneer in het psychiatrische toestandsbeeld verwardheid, paranoia of hallucinaties, al of niet in combinatie, op de voorgrond stonden. Deze symptomen komen echter voor bij verschillende ziektebeelden. Terecht wijst Booy er in een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1964) op, dat het een hachelijke zaak is symptomen te behandelen in plaats van ziekten. We willen bij ons onderzoek daarom tevens nagaan of de resultaten van een trilafonkuur samenhangen met de psychiatrische ziektebeelden. Zou uit ons onderzoek blijken, dat de bovengenoemde symptomen bij het ene ziektebeeld wèl op trilafon reageren en bij het andere ziektebeeld niet, dan kan dit bijdragen tot een verifiërende indicatiestelling.

Bij de beoordeling van de resultaten hanteerden we twee criteria: de werkactiviteit en het al dan niet actief zijn van psychopathologische verschijnselen. We scoorden met goed, matig of geen resultaat. We noemden het resultaat van de kuur goed, als de patiënt een constante werkactiviteit vertoonde en geen voor de omgeving hinderlijke psychopathologische verschijnselen had. Wij kwalificeerden de uitslag als matig, wanneer de patiënt wel werkte, maar toch nog hinderlijke c.q. actieve verschijnselen vertoonde. Wanneer de patiënt niet werkte, hetgeen praktisch altijd gepaard ging met actieve psychopathologische verschijnselen, werd geen resultaat gescoord.

Dat de criteria gezocht zijn in werkactiviteit en het al dan niet actief zijn van psychopathologische verschijnselen, komt voort uit praktische overwegingen. Het zijn immers deze twee factoren, die bepalend zijn voor opname of ontslag.

In het gunstigste geval leidt het verdwijnen van de verschijnselen tot volledig herstel. Vaak echter is er een stabiel defekt, dat niet hinderlijk is. Vandaar, dat we voor onze beoordeling uitgaan van het verdwijnen van actieve verschijnselen. Met andere woorden: het bereiken van een stabiele defekttoestand (die sociaal aanvaardbaar moet zijn) bij constante werkactiviteit, werd door ons als een goed resultaat beschouwd.

Alvorens de resultaten nu nader te bespreken moet iets gezegd

worden over de techniek van de kuur. De kuur wordt ingezet met injecties. De eerste dag krijgt de patiënt een injectie van 1 cc, d.i. 5 mgr. trilafon en wel 's avonds om half 10. De tweede dag krijgt hij twee injecties, één om half 9 's morgens en één om half 10 's avonds. De derde dag drie injecties en wel om half 9 's morgens, om half 5 's middags en om half 10 's avonds. Zo ook de vierde dag. Ook op de vijfde dag drie injecties, maar nu is de avondinjectie 2 cc, d.i. 10 mgr. In totaal krijgt de patiënt dan 20 mgr. trifalon intramusculair per dag. Dit gedurende 7 dagen. Daarna, dus op de 12de dag van de kuur, weer driemaal 1 cc, maar daarnaast voor het eerst ook trilafon per os en wel driemaal 8 mgr. De 13de en de 14de dag twee injecties, 's morgens één en 's avonds één, nu gecombineerd met 8, 16, 8 mgr. per os. De 15de en de 16de dag nog één injectie 's avonds, nu gecombineerd met 16, 16, 8 mgr. per os. De 17de dag van de kuur komt de patiënt dan op driemaal 16 mgr. per os. Op deze dosering blijft hij 10 dagen staan. Dan gaat er 8 mgr. af en zo vervolgens iedere 10 dagen 8 mgr. minder tot een onderhoudsdosering van tweemaal 8 mgr. Dit laten we 's morgens en 's avonds innemen. Vanaf de eerste dag van de kuur krijgt de patiënt driemaal daags twee tabletten plexonal om slaap en rust te bevorderen. Wanneer hij op de 12de dag van de kuur weer driemaal 1 cc trilafon krijgt, wordt de plexonal gehalveerd tot driemaal één tablet en gelijkelijk met de injecties tenslotte weggelaten.

Zoals bekend geven kuren met psychofarmaca nogal was nevenverschijnselen. Daar de hinder voor de patiënt vaak groot is, zijn we van mening, dat het wenselijk is deze nevenverschijnselen zoveel mogelijk te vermijden. We zijn er daarom toe overgegaan iedere patiënt vanaf het begin van de kuur 3 maal 100 mgr. disipal te geven. Wanneer van de orale dosering trilafon 8 mgr. wordt geminderd, wordt eveneens 50 mgr. disipal geminderd, zodat een onderhoudsdosering van tweemaal 8 mgr. trilafon en tweemaal 50 mgr. disipal resteert. Op deze manier zagen we weinig nevenverschijnselen. Een enkele patiënt had last van tremoren. Een uitgesproken parkinsonsyndroom zagen we nooit, wel aanduidingen ervan. We zagen geen kramptoestanden, ofschoon er veel jonge patiënten behandeld zijn. Bewegingsdrang meenden we wel op te merken, doch merkwaardigerwijze werd er niet over geklaagd. Wel over stoornis in de accommodatie van de ogen, dit vooral bij ouderen dan 40 jaar. Het verschijnsel was steeds passagère en verdween na enkele weken. Ook werd een enkele maal geklaagd over vermindering van de libido.

Een belangrijk punt in ons kuurschema achten we de maat-

regel om de patiënt zo mogelijk steeds twee uur na de injectie weer te mobiliseren. Gedurende de gehele kuur blijft hij dus min of meer mobiel. 's Morgens na half 11 en 's middags werkt hij in de zaaltherapie. 's Avonds doet hij mee aan de zaalactiviteiten of kijkt naar de tv. Aan het gemobiliseerd houden van de patiënten schrijven we het ook toe, dat we nimmer de kuur moesten onderbreken wegens temperatuurverhoging. We zagen geen infiltraten en hadden geen tromboses of andere lichamelijke complicaties. Ook psychisch lijkt ons deze gang van zaken te verkieszen boven een echte slaapkuur, want de patiënt blijft in de groep en bij het werk ingeschakeld.

Van de 61 met trilafon gegeven kuren werden er 58 op deze wijze met injecties ingeleid. Driemaal werd het medicament alleen per os gegeven, steeds met goed resultaat, maar terwille van de vergelijkbaarheid werden deze drie gevallen buiten beschouwing gelaten. Drie kuren werden afgebroken, eenmaal omdat de patiënt wegliep, eenmaal omdat een patiënt bleek te smokkelen met de medicijnen en eenmaal omdat een patiënt grote weerzin had om de medicijnen per os in te nemen. Ook deze drie gevallen werden buiten beschouwing gelaten, zodat 55 kuren ter beoordeling overblijven.

Hiervan leidden er 41 (75 pct.) tot een goed resultaat.

In 5 gevallen (9 pct.) werd een matig resultaat geboekt.

In 9 gevallen (16 pct.) werd geen resultaat geboekt.

Zoals boven reeds uiteengezet, interesseren ons ook de resultaten, bekeken vanuit de verschillende ziektebeelden.

We krijgen dan het volgende:

| | resultaat: goed | matig | geen |
|---|-----------------|----------|----------|
| paranoïde vormen van schizofrenie | 25 | 3 | 2 |
| paranoïde beelden bij psychogene psychose | 11 | — | — |
| debiliteitspsychose | 2 | — | — |
| manisch-depressieve beelden | 1 | 1 | 1 |
| exogene psychose | 1 | — | — |
| paranoïd beeld bij lues cerebri | 1 | — | — |
| katatoon beeld bij psychogene psychose | — | 1 | — |
| hebefrenie | — | — | 2 |
| hysterische psychose | — | — | 2 |
| dementia posttraumatica met waanvorming | — | — | 1 |
| encefalopathisch beeld met waanvorming | — | — | 1 |
| totaal: | 41 | 5 | 9 |

De aantallen zijn klein. Ze prikkelen tot verder onderzoek. Misschien zal later blijken, dat de indicatie tot een trilafonkuur nauwkeuriger te stellen is, wanneer rekening wordt gehouden,

niet alleen met een bepaald symptoom, maar ook met de ziekte, die het symptoom veroorzaakt.

Uit ons onderzoek komt wel naar voren, dat men bij paranoïde beelden bij psychogene psychose en bij de paranoïde vormen van schizofrenie in veel gevallen een goed resultaat mag verwacht.

SUMMARY

Results of a trilafoin (perfenazine)-injection-treatment were checked upon for 55 cases. Criteria for applying the treatment were the predominance of either confusion, paranoic reaction or hallucinations; or of a combination of two or three of these criteria. The results of the treatment turned out to be 'good' 75%, 'slightly improved' 9%, 'no improvement' 16% of the cases. Trilafoin treatment proved to be effective in cases of psychogenic psychoses and schizophrenia if paranoic states defined the patients behaviour.

VERANTWOORDING

De gelukwens aan het adres van Dr. N. Speyer bij gelegenheid van zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in de sociale psychiatrie aan de Leidse Universiteit opent dit 28ste nummer van de Voordrachtenreeks op veelbetekende wijze.

De artikelen van Dr. C. Buis en Dr. P. H. Esser werden in 1965 reeds als lezingen gehoord respectievelijk in Rotterdam en Amsterdam. De klinische bijdrage van Collega Crabbendam is eveneens nieuw voor de leden van onze Vereniging.



MINISTERIE VAN JUSTITIE

Het Rijksasiel De Kruisberg te Doetinchem, waarin psychisch gestoorde delinquenten worden opgenomen en behandeld, vraagt een

PSYCHIATER

met ervaring in c.q. belangstelling voor de forensische psychiatrie, die als lid van de Directie verantwoordelijkheid draagt voor het forensisch-psychiatrisch werk in de inrichtingen en de wetenschappelijke ontwikkeling daarvan. Als zodanig geeft deze functionaris leiding aan afdelingsartsen, klinisch psychologen, psycho-therapeuten en maatschappelijke werkers.

Gegadigden dienen over voldoende organisatorische en wetenschappelijke kwaliteiten te beschikken om leiding te geven aan een staf van wetenschappelijke medewerkers van verschillende disciplines. Woning beschikbaar.

Inlichtingen worden verstrekt door de Psychiatrisch Adviseur voor de Psychopatenverpleging, Koninginnegracht 20 (tel. 070—11 24 57) te 's-Gravenhage.

Sollicitaties richten aan de Minister van Justitie, Plein 2B te 's-Gravenhage, t.a.v. de Inspecteur-Generaal voor de Psychopatenverpleging.