

Training in realiteitsoriëntering - een benadering van de psycho-geriatrie patiënt

door M. Mas en L. Migerode

As long as we keep a philosophy of keeping the aged physically alive, we should also strive to keep them mentally alive.

J. A. Barnes, M.A.

Inleiding

Bejaard worden betekent voor de meeste mensen progressief prijs geven van terrein, van beroeps- en maatschappelijke verantwoordelijkheid. De betekenis die de omgeving bij het ouder worden aan de persoon toekent, alsook de betekenis die de bejaarde aan zijn omgeving geeft, nemen af. Relaties verminderen in aantal en belangrijkheid. Het appel van de omgeving op de bejaarde wordt steeds kleiner. Vaak gaat de bejaarde zich terugtrekken in zichzelf, breekt hij nog bestaande relaties af of laat ze verkommeren. Stilaan wordt hij zich minder bewust van en is hij minder geïnteresseerd in de omgeving. Inactiviteit en gebrek aan adequate stimulatie uit de omgeving kan aanleiding geven tot een mentaal deterioratieproces, zonder dat er noodzakelijk van een pathologische hersen-organische aftakeling sprake is. Het spreekt vanzelf dat beide genoemde factoren op elkaar inwerken in die zin dat ze elkaar versterken. De uit deze deterioratie voortkomende verwardheid, het verlies van adequate oriëntatie in tijd en ruimte en het geheugendeficit zijn de handicaps die 'reality orientation training (ROT)' te lijf wil gaan.

Dit gebeurt hoofdzakelijk langs twee wegen. Enerzijds wordt de patiënt voortdurend gestimuleerd door een herhaaldelijk en steeds opnieuw aanbieden van basisinformatie: een gerichte en aan hem aangepaste stimulatie uit de omgeving. Anderzijds wordt hij in een groep geplaatst waar hij in contact komt en in competitie treedt met andere patiënten. Beide wegen dwingen hem uit zijn isolement en richten hem opnieuw in en naar de omgeving.

Verder in dit artikel zullen wij een bondige historische schets geven van de groei van ROT, vooral in de V.S., waarbij ook de werkwijze aan bod komt. Daarna geven wij een overzicht van de werking op onze afdeling, hierbij speciale aandacht schenkend aan de uitbouw van ROT-klassen. De effecten van ROT worden beschreven door een kwalitatieve en klinische beschrijving van enkele cases enerzijds. Anderzijds wordt in een rondvraag bij het verple-

gend personeel nagegaan welke de effecten zijn die zij merken bij de patiënten en bij zichzelf.

De ontwikkeling van ROT begon in 1959 in het Winter Veterans Administration Hospital, Topeka, Kansas. Uit een analyse van de werking op een geriatrische afdeling in het hospitaal bleek dat aan de fysieke behoeften van de patiënten zeer goed werd tegemoetgekomen, doch dat er een gebrek aan aandacht was voor hun emotionele en individuele noden. Alle verantwoordelijkheid voor hun leven werd vervuld door het personeel. De belangrijkste levensverantwoordelijkheid van de patiënten bestond erin dat zij niet mochten vergeten te ademen. De patiënten zaten ganse dagen zwijgend te staren. Het personeel nam de verantwoordelijkheid voor hun totale verzorging. In een poging deze lethargie te doorbreken en tevens om maximaal gebruik te maken van het beschikbare personeel, werd het ganse team gestimuleerd om activiteiten te bedenken die zij samen met de oudere patiënten zouden willen vervullen. De hieruit voortvloeiende activiteiten zoals zingen en klei bewerken werden over de ganse dag ingepast in een 'zorg-zoveel-mogelijk-voor-jezelf' houding ten opzichte van de patiënten.

Als resultaten worden vermeld dat de levendigheid van de afdeling sterk toenam. Zowel patiënten als personeel trachtten zo snel mogelijk de routinetaken af te werken om zich te kunnen bezig houden met interessantere dingen. De patiënten begonnen te praten en vrienden te maken.

In 1961 werd door J. C. Folsom, M.D. een tweede project ROT opgezet te Mount Pleasant, Iowa. De patiënten die betrokken werden bij het project voldeden aan de volgende voorwaarden: (1) ouder dan 65, (2) mobiel, (3) nieuw opgenomen, (4) mentaal gedeterioreerd waarbij de graad van deterioratie geen rol speelde.

In een 24 op 24 uren programma werd er gezocht naar gebieden waar de patiënt zich wél voelde en deze werden maximaal uitgebreid. Men poogde de patiënten opnieuw naar de realiteit te oriënteren door het voortdurend verstrekken van basisinformatie zoals: zijn naam, de plaats waar hij is, de tijd, de dag, de datum. Personeelsleden stelden zich telkens voor met hun naam. De atmosfeer op de afdeling werd zo kalm mogelijk gehouden. Vragen, antwoorden en verzoeken werden in een zo klaar en simpel mogelijke taal gesteld. De structuur en tijdsindeling van de dag werd duidelijk en eenvormig gesteld. Zowel patiënten als personeel werden aangespoord om bij het verrichten van dagelijkse activiteiten zoveel mogelijk voorwerpen en handelingen te benoemen. Als resultaat wordt vermeld dat na een jaar van het programma 57% van de patiënten in staat bleken te zijn terug te keren naar hun pre-hospitaal situatie. Zonder het programma was dit slechts het geval voor 3% van de patiënten.

Het programma dat door Folsom gestart werd in het Veterans Administration Hospital, Tuscaloosa, Alabama, in 1965 was net als dat van 1961 een 24 uren programma met deze belangrijke nieuwigheid dat er speciale klassen in reoriëntatie werden ingelast. De klassen waren verdeeld in een basisgroep die tweemaal per dag

samenkwam, 7 dagen op 7, en een gevorderde groep die dagelijks gedurende 5 dagen samenkwam. De resultaten werden door het personeel in kwalitatieve termen beschreven: de patiënten zijn o.a. actiever, lachen frequenter, zijn minder verward, hebben verbeterde eetgewoonten, verzorgen zich beter, praten meer, betonen meer zelfrespect.

J. A. Barnes trachtte in 1974 op meer experimentele wijze de effecten van de ROT-klassen na te gaan. Hij zette een studie op waarbij 12 patiënten gedurende 6 weken dagelijks een ROT-klas kregen. Als controle werd het functioneren van de groep genomen in de periode voorafgaand aan het experiment. De effecten op geheugenverlies, desoriëntatie en verwardheid werden nagegaan door middel van een vragenlijst en van observaties. Na 6 weken verschilden de antwoorden op de vragenlijst niet significant van de controle. De observaties duiden echter wel op een positieve of gewenste verandering bij de patiënten. Barnes stelt dat een langere behandelingsperiode een duidelijker effect zou hebben. Dit wordt bevestigd door een studie gerapporteerd door Brook, Degun & Mather (1975). Zij vonden een significante verbetering bij 9 gedementeerde patiënten die dagelijks een ROT-klas volgden en dit gedurende 16 weken. De controlegroep die gedurende dezelfde periode enkel passief geconfronteerd werd met het materiaal vertoonde een tendens tot deterioratie.

Vanuit de bovenstaande resultaten kunnen we de stap zetten naar de filosofie die achter ROT steekt. De idee is dat de demeterende patiënt een soort sensorische deprivatie ondergaat die alleen maar versterkt kan worden door een onderliggende organische pathologie of aftakeling. De rijkdom van de prikkelaanbieding die de bejaarde ontvangt neemt af. De omgeving wordt minder rijk en doet minder appel op hem waardoor hij zich minder belangrijk gaat voelen, doel en richting in zijn leven gaat verliezen en als gevolg hiervan minder actief naar stimulatie gaat zoeken. Naarmate de dagen aldus meer en meer monotoon worden, wordt het voor de bejaarde ook minder belangrijk feiten en gegevens netjes, logisch en chronologisch geordend te houden, ze te onthouden. Hij laat zich steeds meer leiden door het-goed-menende vrienden of familieleden en verliest aldus zijn identiteit, zodanig dat het niet meer belangrijk is zich bijv. zijn eigen naam of geboortedatum te herinneren.

ROT wil dit proces van deterioratie tegengaan door een prikkelverrijking van de omgeving. Door deze prikkelverrijking wordt de blik van de bejaarde, die naar binnen gericht is, op de realiteit buiten hem betrokken. Door het steeds aanspreken met zijn naam en door maximaal beroep te doen op zelfverantwoordelijkheid leert de bejaarde opnieuw het belang van zijn eigen identiteit, krijgt hij meer betekenis in zijn omgeving. De bejaarde wordt voortdurend aangepord om zich bewust te zijn van wat er rond en met hem gebeurt. Dit gebeurt o.a. door het voortdurend noemen van dingen en handelingen, door het vangen van zijn aandacht en die te richten op gebeurtenissen met of rond hem op de afdeling, door het be-

trekken van de patiënt bij handelingen die voorheen quasi automatisch gebeurden. Het prikkelaanbod van de omgeving kan dus enerzijds verrijkt worden door de reeds bestaande realiteit dwingender te laten inwerken. Anderzijds kan dit ook door de realiteit in spe te verrijken door het aanbieden van prikkels die ze anders niet te zien of te horen krijgen. Op het niveau van de hersenfuncties nemen we aan dat bepaalde inactief geworden gedeelten of circuits gestimuleerd worden. Misschien kunnen zelfs alternatieve banen geactiveerd worden om de vervallen of beschadigde te vervangen en aldus verloren gegane functies gedeeltelijk of volledig te recupereren.

Toepassing

Bij ons op de afdeling wordt omtrent ROT nogal gedacht en gesproken in termen van denkprocessen. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat er bij het zich richten op de realiteit een aantal operaties nodig zijn die wij dus trachten te stimuleren. Deze gaan van de eenvoudigste zoals sensorisch waarnemen, eenvoudig discrimineren en noemen tot de moeilijkste: middel-doel redeneren, oorzaak-gevolg, open redeneren e.a.

Voor de concrete uitwerking en de strategie die in de ROT gebruikt werd, lieten we ons o.a. inspireren door een mededeling van H. Groenendaal (1980).

In januari 1980 werd in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Camillus te Bierbeek op de afdeling intensieve psychogeriatric gestart met een experimenteel ROT-programma.

In de bewuste uitwerking ervan bestond dit programma enkel uit klassen in reoriëntatie. Alle patiënten werden in het programma betrokken behalve enkele zeer storende (bijv. ernstig apathische patiënten) en enkele zeer goede die door de dag in het revalidatiecentrum gingen werken. Uiteindelijk hebben 21 op 30 patiënten minstens één ROT-klas gevolgd. De patiëntenpopulatie die meedeed bestond uit licht tot zwaar dementen en chronische schizofrenen met een langdurige opnamegeschiedenis en verschijnselen van hospitalisme. De klassen werden gegeven eerst door één vaste leraar, later door twee, aan groepen van 3 à 4 patiënten. De indeling van de groepen was eerder toevallig en varieerde telkenmale. Sporadisch werd het verplegend personeel ingeschakeld bij het geven van de klassen, eerst onder begeleiding, later alleen. In het totaal werden 30 klassen gegeven in de periode van januari tot juni. De klassen hadden telkens een tijdsduur van ongeveer 30 minuten. Ze gingen door in een gedeeltelijk afgeschermd gedeelte van de slaapzaal. Het materiaal was vrij beperkt en bestond uit: een uurwerk met verstelbare wijzers, een 10-tal grote tekeningen van verzamelingen van dagelijkse objecten, later aangevuld met geïsoleerde objecten, een blad met letters, werktuigen en een klein schoolbord. In de klassen werd vooral aandacht geschonken aan het benoemen van de getekende (50 cm op 70) en reële objecten, klok-kijken, datum noemen, elkaars namen noemen respectievelijk na-

zeggen, en het becommentariëren van de tekeningen.

Er werd een rapport-schrift bijgehouden waarin telkens na een klas de indrukken van de leraar over de patiënten werden neergeschreven. Deze rapporten behelsden vooral motivatie, coöperatie, aandacht, oriëntatie in tijd en ruimte, een kwalitatieve indruk van het kennisniveau en speciale gebeurtenissen in de klas zoals lachen, verwondering en andere onverwachte gedragingen.

Uit deze als proef opgezette ROT-klassen konden we een aantal conclusies trekken die het mogelijk en wenselijk maakten om met een uitgebreider ROT-programma te starten. Een belangrijke conclusie was dat het verplegend personeel ondervond dat een 'klas-setting' mogelijk was. Dit hield in dat zij het mogelijk vonden om: een kleine groep patiënten te isoleren om hiermee intensiever bezig te zijn, de positie van leraar in te nemen, vanuit deze positie iets te bieden aan de patiënten.

Een tweede belangrijke conclusie was dat de patiënten zich deze structuur lieten wegvallen. Indien gevraagd voor een ROT-klas kwamen de patiënten mee en een aantal hadden er duidelijk plezier in. De momenten dat er een patiënt was die protesteerde omdat hij zich als klein kind behandeld voelde waren zeldzaam, en dit was, zoals later bleek, gemakkelijk te vermijden door een modificatie van de houding van de leraar.

Een belangrijke factor in de voortzetting van het programma was de gedragsverandering die optrad bij patiënt J. W., 65 jaar. J. W. is gehospitaliseerd sedert 1950 en werd beschreven als chronisch schizofreen. Meneer W. was iemand met wie geen contact mogelijk was. Hij zei nooit een woord, zat ganse dagen in 'zijn' zetel of maakte in de zaal stereotiepe wandelingen met een vast ceremonieel.

Om de evolutie aan te tonen geven we hier twee verslagjes weer, opgetekend na een ROT-klas.

Op 19.2.80 wordt genoteerd: J. blijft aanvankelijk zonder reactie, gesloten. Na een paar minuten is het alsof hij zich veilig voelt en van dan af volgt hij geïnteresseerd. Kan alle vragen beantwoorden. Gaat iets aanwijzen als hem dat gevraagd wordt. Zeer positief. Geeft zeer tevreden indruk.

Op 28.5.80 luidt het rapport als volgt: ging vlot mee. Het gewone openbloeien. Er kan een zalige smile vanaf. De nieuwe tekeningen zijn geen problemen, zelfs als sommige vragen erbuiten gaan.

Toen besloten werd met het programma verder te gaan werden naar aanleiding van het eerste proefopzet een aantal modificaties ingevoerd. Zo bleek het noodzakelijk het materiaal uit te breiden. Er werd een groot schrijfbord tegen de muur van het klasje aangebracht, een bord dat de patiënten zelf vervaardigd hadden tijdens de bezigheidstherapie. De tekeningen werden aangevuld met geïsoleerde voorwerpen, situaties en beroepen, verkeersborden, een kaart van België. Verder werden er uit weekbladen foto's gehaald o.a. van kledingstukken, seizoen en situaties. Er werd een bandje opgenomen met geluiden zoals van een wekker, een huilende baby, vogels . . . Een lijst met algemene weet-vragen werd opgesteld met

o.a. aardrijkskundige vragen, vragen in verband met de geschiedenis van België, een lijst met afkortingen, een lijst met merknamen, vragen over weetjes allerhande . . .

Reclamefolders werden gebruikt in verband met prijsbewustzijn. Een radio-pick-up en platen werden eveneens in de klas geplaatst. In een ander lokaal werd een groot vierkant op de muur geschilderd om levensgroot dia's te projecteren.

Uit de proefopzet bleek eveneens dat de noodzakelijkheid bestond om een regelmaat in het klasprogramma te brengen. Hiertoe werden de patiënten ingedeeld in vaste groepen met telkens twee vaste begeleiders uit de verpleging. Gezien de beperktheid in beschikbare tijd vanwege het personeel werd vooropgesteld dat elke groep minstens tweemaal per week een klas zou moeten volgen. Het tijdstip werd niet vastgelegd om het verplegend personeel de kans te geven met ROT bezig te zijn op het ogenblik dat het hun het beste paste. Het schema van tweemaal per week verhinderde wel dat door een 'wanneer-het-eens-te-pas-komt' houding het programma verwaterde. De patiënten werden in vaste groepen ingedeeld om verschillende redenen. Enerzijds hadden we gemerkt uit het voorprogramma dat er een niveauverschil was in het functioneren van de patiënten, wat soms storend was voor het verloop van de lessen. Zo kon het gebeuren dat een meer alerte patiënt een zwakkere nooit de tijd liet om een antwoord te proberen. Anderzijds zijn constante groepen een voordeel zowel voor de patiënt als voor de begeleiding. De patiënten kunnen elkaar beter leren kennen o.a. wat betreft elkaars naam, leeftijd, beroep en huidig gedrag. De begeleiding is beter in staat om een aan zijn groep aangepaste aanpak uit te bouwen, weet beter waar hij of zij staat met de groep, of er bijv. moet worden herhaald wat in de vorige klas aan bod kwam, of een nieuw onderwerp aangesneden, waar de interessevelden liggen van elke individuele patiënt.

De groepen werden ingedeeld aan de hand van de na elke sessie in het vooronderzoek bijgehouden rapport-schriftjes. Uiteindelijk werden 16 patiënten geselecteerd voor het programma. De uitvallers waren dezelfde als die uit het vooronderzoek, aangevuld met een aantal mannen met perceptuele stoornissen, vooral gehoorstoornissen, en gedragsmatig te storende individuen.

Er werden drie niveau's bepaald.

- Niveau-groep III richtte zich vooral op het reactiveren van beschikbare kennis, het stimuleren van hogere denkprocessen zoals redeneren. De onderwerpen die in de klassen naar voren kwamen moesten niet onmiddellijk een nuttigheidsaspect hebben in het dagelijkse leven van de patiënt alhoewel dit element zeker niet mag worden vergeten. In deze groep werd er naar gestreefd de leraarsrol zoveel mogelijk om te vormen naar een positie als quizmaster, animator, discussieleider. Aldus werd getracht de interactie binnen de groep te verrijken. Er werd in de groep veel nuttige informatie van buiten de kliniek aangebracht. Deze groep bestond uit 3 chronische schizofrenen.

- Niveau-groep II richtte zich meer op de concrete realiteit. De

denkprocessen die aan bod kwamen gingen van eenvoudig benoemen tot benoemen op grond van functie, het hanteren van begrippen, eventueel eenvoudig redeneren. De onderwerpen waren eenvoudiger en gingen meer uit van het visuele materiaal. Zij behelsden o.a. beroepen, seizoenen, voorwerpen, werktuigen, verwarming, enz.

Op niveau II hadden we twee groepen van drie patiënten waaronder twee met een Korsakov syndroom, twee chronische schizofrenen, één met preseniele dementie, en één met een posttraumatisch syndroom.

– Bij niveaugroep I lag het accent vooral op het richten van de aandacht, het selecteren, discrimineren en benoemen van de aangeboden prikkels. Op dit niveau stelden we een groep samen van drie en een groep van vier patiënten. De diagnose was hier niet altijd duidelijk maar het betrof voornamelijk matig tot zwaar dementen. De duur van één ROT-klas werd bepaald op ongeveer 30 minuten. Er werd een algemene structuur voorgesteld waarbij in het eerste gedeelte aandacht wordt besteed aan de namen van de patiënten en de leraar, eventueel meer inhoud gegeven door hun leeftijd of vroeger beroep te laten bijnoemen en aan het beseffen van de plaats waar ze zich bevinden en de tijd waarin ze leven: datum, dag, maand, jaar, eventueel nabijheid van feestdagen. Op het einde van de les wordt dit procédé herhaald. Tussentijd wordt, naar gelang het niveau en de interesse van de patiënten, het beschikbare materiaal en de inspiratie van de leraar een onderwerp aangesneden waar omheen vragen kunnen worden gesteld of iets kan worden verteld door de patiënten. De opzet was de patiënten zoveel mogelijk zelf te laten vertellen, gegevens en antwoorden opnieuw te ontdekken en aan elkaar mee te delen. Hierbij wordt, indien nodig, gebruik gemaakt van facilitatie en regulatietechnieken. Met facilitatie wordt bedoeld dat, indien een vraag een beroep doet op een denkniveau dat de patiënt in dit geval niet aan kan, de vraag opnieuw gesteld wordt maar zich richtend naar een eenvoudiger niveau. Met regulatie worden technieken bedoeld die de patiënt meer specifiek richten op wat van hem gevraagd wordt o.a. herhalen, laten uitvoeren, aandacht richten.

Resultaten

Op het ogenblik van het schrijven van dit artikel loopt ons ROT-programma 9 weken.

Voor de 5 groepen gingen er in die tijdspanne 69 ROT-klassen door. Met een gemiddelde van 1,5 klas per groep per week liggen we dus nog onder ons streefdoel.

Hieronder trachten we nu een beschrijving te geven van wat wij menen te zien als de gevolgen van het programma.

Wat betreft de groepen van niveau III en II zien wij een duidelijke verhoging van het niveau van denkprocessen dat in de klassen aan bod komt. Waar het ook hier in het begin vooral het benoemen betrof van visueel materiaal, zijn de patiënten nu in staat een gesprek

te houden dat het concrete overstijgt en dat een beroep doet op processen als redeneren, abstract discrimineren. Dit is duidelijker het geval in groep III dan in groep II.

De interesse van de patiënten in de klassen is gestegen. Dit komt tot uiting in het feit dat de weerstand van sommige, voorheen weigerachtige, patiënten verlaagd is. Een positievere uiting van interesse vinden we in het stellen van vragen door sommige patiënten, het zoeken naar informatie over de buitenwereld.

De verbalisatie van sommige patiënten is rijker geworden. Waar het in het begin hoofdzakelijk directe antwoorden betrof op een vraag en dit meestal in één woord of een erg eenvoudige zin, zien we nu rijkere antwoorden zowel wat betreft de inhoud, de omschrijving van iets, als wat betreft het taalgebruik, meerdere zinnen en ingewikkelder van grammaticale structuur.

Binnen de klassen merken we dat de oriëntatie in tijd en ruimte verbeterd is. De 3 leden van groep III kennen allen de juiste datum. In de groepen van niveau II kennen twee patiënten steeds de juiste datum, twee soms en twee nooit. Vóór het ROT-programma waren er slechts 2 van de 9 die hiertoe in staat waren. Bij sommigen kan het opgemerkt worden dat ze moeite doen om de datum te onthouden, al dan niet met behulp van het kalenderbord dat op de afdeling hangt.

Binnen de groepen is de interesse voor elkaar toegenomen. In het begin waren de groepen niet meer dan 3 naast elkaar zittende individuen. Nu kennen 6 van de 9 elkaar bij naam. In groep III kennen ze ook elkaars vroegere beroep; 2 patiënten uit groep II weten dit soms. Waar er in het begin alleen rechtstreeks op een vraag van de leraar werd geantwoord, zijn nu de interacties binnen de groep toegenomen. Er wordt naar elkaar geluisterd, en soms wordt er ingegaan op wat een andere patiënt zegt.

We zien ook dat buiten de klassen de interacties zijn toegenomen. Patiënten beginnen spontaan een praatje met hun gebuur. Het is duidelijk dat sommigen zich meer bewust geworden zijn van het gebeuren op zaal. Er zijn zelfs een paar vastere relaties ontstaan: patiënten die spreken van 'hun vriend'.

Wat betreft de groepen van niveau I zijn de resultaten van het ROT-programma niet zo duidelijk. Er is slechts één patiënt op 6 die een verbetering vertoont. Drie blijven op hetzelfde niveau en twee vertonen een verval, vooral door toegenomen somnolentie. Binnen deze groep kan niemand zich oriënteren in de tijd en zijn de namen van de andere groepsleden niet gekend. Het grootste deel van de tijd wordt in deze klassen dan ook besteed aan oriëntatie in tijd en ruimte, dit in tegenstelling tot de groepen II en III waar dit tot een klein, maar belangrijk, element van de lessen is gereduceerd. Over al deze groepen heen merken we een toename van de deelname aan de bezigheidstherapie. Waar vroeger alle patiënten sterk moesten worden geappelleerd om te komen, zijn er nu een 10-tal die spontaan meedoen.

Een effect van de ROT-klassen is ook dat we zien dat de principes van ROT van de lessen overwaaien naar het dagelijkse leven op de

zaal. In die zin dat er spontaan een evolutie optreedt naar een 24 uren ROT-programma. Tijdens de dagelijkse activiteiten worden meer zaken en handelingen benoemd. Ons inziens is dit een gelukkige evolutie die moeilijk langs rechtstreekse weg zou zijn te bereiken. Inderdaad, het gevaar is reëel dat bij het starten van een 24 uren ROT-programma dit nogal artificieel zou overkomen bij de mensen die het moeten uitvoeren, met als gevolg dat het snel verwatert of in het geheel niet van de grond komt.

Bij rondvraag onder het verplegend personeel komt naar voren dat de houding tegenover de patiënten veranderd is. De waardering voor de mensen stijgt doordat men merkt dat sommigen meer kunnen dan men had verwacht.

Deze houding tegenover de patiënten is een belangrijk punt dat in de literatuur over ROT beschreven wordt als een voorwaarde, doch dat bij ons eerder naar voren komt als een gevolg. Waar de filosofie van de afdeling vroeger vooral gericht was op het zoveel mogelijk en zo lang mogelijk zelf laten uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals kleden, wassen en eten, is daar nu een element bijgekomen van het zoveel mogelijk zelf laten denken en verantwoordelijkheid nemen door de patiënten. Deze houding zouden we willen samenvatten als een benaderen van de patiënt als een volwassen persoon met een eigen verantwoordelijkheid en waardigheid. Aldus wordt verhinderd dat men door een ouderlijke houding de patiënt in een meer afhankelijke positie manoeuvreert dan dat op basis van zijn verminderde mogelijkheden nodig is.

Bij een gedeelte van het verplegend personeel wordt het ROT-programma ervaren als een belangrijk element in de beroepsbevrediging. Als oorzaak hiervan wordt vermeld dat ROT een mogelijkheid is om op meer individuele basis met een patiënt contact te hebben buiten het verzorgende werk. Tevens biedt ROT een specifieke naar de problemen van de patiënten gerichte therapeutische activiteit, wat zorgt voor een gevoel dat er werkelijk iets gebeurt voor de opgenomen bejaarden.

Een belangrijk bij-effect van de ROT-klassen is dat deze een enige mogelijkheid bieden tot een continue evaluatie van de bejaarden vooral op het gebied van de cognitieve functies en de sociale interactie. Psychodiagnostisch is dit ook verantwoord daar het gaat om een vrij eenvormige situatie.

In het algemeen kunnen we stellen dat het effect groter is bij de groep die voor het programma reeds op een hoger niveau functioneerde. Gezien het hoge aantal chronische schizofrenen in onze beste groepen kunnen we ons afvragen of onze verwezenlijking van ROT een beter effect heeft op schizofrenen dan op zwaar dementen.

Casuïstiek

Als laatste punt in dit artikel geven wij nu een viertal korte gevalbesprekingen.

Vroeger in dit artikel gaven wij reeds een beschrijving van de evo-

lutie die wij bij de heer J. zagen optreden tijdens het proefprogramma. Deze beweging heeft zich duidelijk doorgezet in het actuele programma. Tijdens de ROT-klassen merken wij op dat J. in interactie treedt met de andere groepsleden. Soms lacht hij om wat iemand anders vertelt, hij luistert aandachtig en gaat in op het commentaar van anderen, hij is duidelijk geïnteresseerd en stelt soms vragen over iets dat hij wil weten. Buiten de klassen wordt opgemerkt dat hij gemakkelijker toegankelijk is voor een praatje, soms spontaan een opmerking maakt en eerder deelneemt aan alerhande activiteiten. Hij kent de meeste personeelsleden bij naam. De heer L. werd geboren in 1907 en werd in 1969 in onze kliniek opgenomen omwille van verwaarlozing. Hij vertoonde een Korsakov syndroom als gevolg van alcoholabusus. Er was sprake van verwardheid, agressiviteit en geheugendeficit. In de loop van de opname verdween de verwardheid. Zijn taalgebruik was adequaat. Tijdens een vakantie in 1978 werd opgemerkt dat L. beschikte over een rijke kennis vooral wat betreft aardrijkskunde, geschiedenis en algemene weetjes. Het Korsakov syndroom is gedeeltelijk gerecupereerd maar er blijft een volledig deficit van het recent geheugen. De heer L. heeft geen benul van tijd noch van plaats. Hij kent geen andere patiënten bij naam. De oriëntatie binnen de afdeling is goed. Dit beeld blijft constant tot vóór de start van het ROT-programma, waar hij in groep II wordt geplaatst. Binnen het ROT-programma komt langzaam zijn rijke kennis uit het verleden naar voren. Hij spreidt deze ook met zeer veel plezier ten toon. Na 9 weken is hij nu altijd in staat om het juiste jaar te noemen.

Maand, dag en datum zijn soms goed, doch indien verkeerd nooit ver verwijderd van de realiteit. De heer L. is er ook in geslaagd de namen van de andere patiënten in zijn ROT-groep te onthouden.

De heer V. werd geboren in 1900 en werd voor het eerst opgenomen in 1978. Sedert 1973 verbleef hij in een rustoord. De reden van opname in 1978 was agitatie, verloren lopen in de stad, verwardheid. Na een korte opname keert hij terug naar het rusthuis, doch de achteruitgang zet zich door en een heropname wordt noodzakelijk. Bij de start van het ROT-programma is deze patiënt nog verder achteruit gegaan: hij begrijpt alleen eenvoudige opdrachten, heeft last bij het aankleden, is soms incontinent. Uit een verslag van een ROT-klas van 5.5.80 halen we: het is moeilijk zijn aandacht bij het gesprek te houden. Voor 75% wist hij voorwerpen correct te benoemen alsook waarvoor ze dienden. De oriëntatie in tijd is slecht. Na 9 weken van het actuele programma zien we dat V. somnolenter geworden is. Hij neemt nog zelden deel aan de activiteiten in het atelier, meestal heeft hij grote moeite om zelfs eenvoudige opdrachten correct uit te voeren. Binnen de klassen zien we dat de heer V. slechts gedurende een 15-tal minuten erbij kan blijven en dit slechts indien er een stevig appel naar hem uitgaat. Behalve in de zeldzame heldere momenten die hij doormaakt, heeft hij grote moeite met het correct benoemen van voorwerpen. Na 15 minuten begint hij in te dommelen en kan hij geen correcte antwoorden meer geven. Hij schijnt ook de vraag niet meer te begrijpen. Ook in

heldere ogenblikken zien we dat hij moeite heeft om het juiste woord te vinden.

Meneer G. werd in 1980 op onze afdeling opgenomen. Hij heeft een tienjarige psychiatrische voorgeschiedenis met depressieve beelden. Hij werd geboren in 1909. Bij opname merken we een schuw en teruggetrokken persoon. Hij heeft last bij het aankleden en is incontinent. De antwoorden die soms verkregen worden bij het aanspreken zijn éénwoordzinnen, stereotiep en zeer beperkt in aantal (bijv. 'eten', 'stillekens'). Tijdens de eerste sessies van het ROT-programma geeft hij geen enkel antwoord. Meestal wil hij gaan lopen. Na negen weken is er een kleine maar positieve evolutie. Meneer G. zegt soms zijn naam in de klas, hij wil minder frequent verdwijnen, enkele malen is hij erin geslaagd de dagen van de week op te noemen, de naam van een ander groepslid te herhalen en correcte antwoorden te geven op eenvoudige vragen zoals het benoemen van lichaamsdelen. Soms gebruikt hij zinnen die een volledige grammaticale structuur hebben. Op de afdeling is zijn gedrag minder storend, is hij meer geïnteresseerd in wat rond hem gebeurt en neemt hij op vraag en aandrang soms deel aan een activiteit in het atelier.

Beide laatste beschreven patiënten nemen deel aan de ROT-klas- sen van niveau I.

Zoals ook uit bovenstaande gevalbeschrijvingen blijkt, zijn niet alle resultaten van ons programma positief.

Als besluit zouden wij graag de volgende opmerkingen maken.

Het lijkt ons nodig te benadrukken dat de resultaten van een dergelijk programma niet uitsluitend dienen gezocht te worden in een vooruitgang, doch ook kunnen liggen in een stabilisatie of een vertraging van het deterioratieproces.

Tenslotte kunnen wij terugkeren naar het citaat van Barnes dat zo- lang wij een inspanning doen om mensen fysiek in leven te houden wij niet mogen nalaten om een gelijksoortige inspanning te leveren op mentaal vlak.

Literatuur

- Barnes, J. A. (1974), Effect of reality orientation classroom on memory loss, confusion, and disorientation in geriatric patients. *The Gerontologist*, Vol. 14, p. 138-142.
- Degun, G. (1976), Reality orientation: a multi-disciplinary approach. *Nursing times*, August, p. 117-120.
- Folsom, J. C. (1968), Reality orientation for the elderly mental patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, p. 291-307.
- Folsom, J. C. (1967), Intensive hospital therapy for geriatric patients. *Current psychiatric therapies*, 7, 209-215.
- Groenendaal, H. J. (1980), Diagnostiserend onderwijzen, vroegtijdige hulpverlening aan zwakfunctionerende kleuters. Medegedeeld op Winterconferentie N.I.P. en V.V.K.P. te Noordwijk aan Zee.
- Woods, R. T. and P. G. Beiton (1977), Psychological approaches to the treatment of the elderly. *Age and Ageing*, 6, p. 104-112.