1 To collect the necessary diagnostic data in clinical observation for further treatment.
2 To begin with some special treatment.
3 To dishabituate the patient and release the critical social situation, caused by his alcohol abuse.
The importance of close co-operation between clinic and the mental health services for addicts was pointed out.

KLINISCHE ERVARINGEN MET 80 ALKOHOLISTEN

door F. H. KROON, zenuwarts
Medisch Leider van de Kliniek voor Verslavingsziekten, „Leefdael", Beek en Donk

Bij de voorbereiding van deze mededeling, moest ik denken aan een uitspraak van Dollard en Miller, die ongeveer zo luidt: Klinische ervaringen zijn moeilijk overdraagbaar; zij zijn voor de toehoorders weinig overtuigend en voor degene die de ervaring opdeed, te overtuigend. Dit geldt wel in het bijzonder voor deze voordracht. Het bleek niet mogelijk de opgedane klinische ervaringen in één referentiekader te passen. De ervaringen zijn voor een groot deel te beschouwen als nog losse puzzelstukjes, met de complicatie, dat het niet duidelijk is hoeveel puzzels er bestaan.
Uit het aan het slot toegevoegde overzicht (blz. 198) kan een indruk worden verkregen:
1 van de populatie die wij tot heden in onze kliniek hebben gehad;
2 van een aantal feitelijkheden, die ons zijn opgevallen;
3 van gegevens die aansluiten op de inzichten in de literatuur over het onderhavige onderwerp.
In de voordracht zelf wil ik mij beperken tot enige kanttekeningen bij de opgedane ervaringen — en wel aan de hand van de driedelige opzet van de kliniek, die U reeds door collega Van Baar werd geschetst.
Niet zonder reden wordt daarbij begonnen met de als nummer drie genoemde doelstelling van de kliniek: nl. *doorbreking van de verslavingsgewoonte en van de tijdelijk onhoudbare situatie ten gevolge van het alkoholmisbruik.*

Met het doorbreken van de verslavingsgewoonte wordt bedoeld, dat klinische opname noodzakelijk is gebleken, omdat ambulante behandeling er niet toe leidde, dat de patiënt zijn excessieve drinkgewoonte met alle gevolgen van dien, ook slechts maar tijdelijk een halt kon toeroepen.

Het drinkpatroon moet dus worden doorbroken. Wanneer de patiënt eenmaal is opgenomen (het komt vaak voor dat hij nog een laatste teug neemt, voordat hij op de bel drukt), wordt er van hem verwacht dat hij niet meer drinkt. Psychiatrisch gezien lijkt dat feitelijk iets ongehoords. De patiënt moet zijn symptoom opgeven op het moment, dat de behandeling begint. Naar mijn mening is het ook iets ongehoords, wanneer het alkoholisme alleen maar als symptoom wordt beschouwd. Ik geloof niet, dat dit bij de meeste alkoholisten verdedigbaar is. Alkoholisme is een proces, waarbinnen zich meerdere vicieuze cirkels afspelen. Continuering van het drinken zal meestal aanleiding geven tot verdere vervreemding van de werkelijkheid, tot verdere regressie en tot verdergaande toxische beschadiging. Wanneer het drinken niet wordt gestaakt, is een reëducatieve behandeling, die gericht is op het aanleren van een nieuwe levenshouding onmogelijk.
In de loop van het voorbije jaar hebben wij geleidelijk aan meer oog gekregen voor de verschijnselen, die zich vaak in het begin van de abstinentie-periode voordoen. De lichamelijke abstinentieverschijnselen zijn, in overeenstemming met de literatuur, ook naar onze mening, met psychofarmaca veelal te voorkomen of te couperen. Wij zagen tweemaal een epileptisch insult, dat wel als 'with-drawal' effect moest worden beschouwd. Bij drie patiënten ontwikkelde zich een begin van een psychotische toestand in het kader van de alkoholpsychosen.
Even belangrijk, zoniet belangrijker is de vraag, hoe de patiënt zich psychisch zonder alkohol handhaaft. Hiermee wordt bedoeld: wanneer wij aannemen, dat de alkoholist zich door de alkohol een illusoire wereld verschaft — het beroemde kunstmatige paradijs — dan komt de vraag op, hoe hij zich probeert aan te passen wanneer hij op de gewone aarde moet terugkeren.
Onze voorlopige ervaringen wijzen erop, dat in ieder geval globaal een tweetal soorten van reacties — zo men wil: adapties — kunnen worden onderscheiden. Een minderheid van de patiënten reageerde met een depressieve toestand. Dit kwam voor bij de patiënten, die in staat bleken hun werkelijke situatie min of meer onder ogen te zien. Karakterologisch kan men deze groep beschouwen als bestaande uit personen met een rijpere emotionele ontwikkeling. Hun depressie ging meestal gepaard met een grotere mate van hulpbehoevendheid, zij klemden zich aan de verpleging vast, die hen emotioneel moest steunen en moed inspreken. Tegelijkertijd was deze groep echter ook in staat, zij het met hulp, om later initiatieven te ontplooien ter oplossing van concrete problemen.
Een veel grotere groep toonde echter allerminst de toch wel te verwachten depressieve reactie. Integendeel, zij bleven of waren na korte tijd opgewekt en optimistisch, ondanks de allerberoerdste omstandigheden waarin zij verkeerden. Zij vertoonden een versterking van een bij alkoholisten bekend gedragspatroon. Rümke [1] gebruikte in een iets ander verband hiervoor de term 'Mangel an Ernstwertung'. Het scheen

ons toe, dat de illusoire wereld van de alkohol door een andere niet minder illusoire werd vervangen. Deze patiënten bagatelliseerden en negeerden hun omstandigheden op extreme wijze, zij projecteerden alle schuld op de buitenwereld, hoewel vaak met een bijna evenredige verontschuldiging van diezelfde buitenwereld. Voor hen gold in sterke mate, dat zij meesters waren in het liegen. Esser heeft eens gezegd of geschreven, dat zonder het symptoom liegen de diagnose alkoholisme twijfelachtig wordt. Wat het liegen betreft kan worden opgemerkt, dat de alkoholist door het liegen niet alleen de werkelijkheid onjuist weergeeft, maar bovenal, dat hierin de 'magie van het woord' in sterke mate naar voren treedt. De 'magie van het woord' en de magie van de alkoholische werking horen trouwens bij elkaar. Waar de alkohol wegvalt, krijgt, zo lijkt het, de 'almacht van de woorden' nog meer betekenis.
Wanneer men deze groep patiënten in het dagelijks leven van de kliniek observeert, komt vanzelf de gedachte op aan een parafrase op een leuze uit een ander verslavingsgebied nl: 'Geen daden, maar woorden'. Pas tegen het einde van de opname, wanneer deze patiënt voor concrete moeilijkheden komen te staan, verdwijnt veelal hun opgewekte stemming en wordt de spraakdrang getemperd. Niet zelden zakken zij in deze fase door.
Wij bevinden ons in de kliniek nog midden in de vraagstelling, wat we verder moeten ondernemen om, indien het al mogelijk is, dit overcompenserend optimisme tegen te gaan. Dit optimisme werkt in de groep, naar onze ervaring, ook bijzonder aanstekelijk.

Om een zo goed mogelijk therapeutisch klimaat in de kliniek te scheppen, is vanaf de oprichting o.a. een maatschappelijk werker van een consultatiebureau aan de kliniek verbonden, die wekelijks groepsinstructies over de feiten van het alkoholisme geeft.
Later werd nog een groepswerkster aan het team toegevoegd, die wekelijks discussieegroepen leidt, waarbij vooral gepoogd wordt bij de patiënten de confrontatie met de werkelijkheid te doen toenemen en hen tot het nemen van initiatieven te stimuleren. Anders uitgedrukt: wij proberen o.a. door deze beïnvloeding het gevaar van kroegsfeer-zonder -alkohol, die gemakkelijk in een alkoholistenkliniek kan ontstaan, tegen te gaan. Wij beseffen, dat meer confrontatie met de werkelijkheid, die toch noodzakelijk is, vaker tot allerlei reacties kan leiden, die psychotherapeutisch en ook anderszins moeten worden opgevangen.

Een tweede punt betreffende de doorbreking van het habituele drinkpatroon heeft onze aandacht gevraagd, nl.: Kunnen wij achterhalen hoe het bij de patiënt met de hang naar alcohol staat?
Het is moeilijk gebleken hierover een oordeel te vellen. Wèl is het ons duidelijk geworden, dat hetgeen hij ons hierover meedeelt minder belangrijk is voor de beantwoording van de vraag dan zijn gehele gedragspatroon, inclusief datgene wat hieromtrent in zijn gesprekken met

mede-patiënten naar voren komt. Op een bepaald moment blijkt bij de meeste patiënten de 'bewustzijnsvernauwing' — de toestand waarin hij geheel op de alkohol geconcentreerd is — af te nemen.
Bij de patiënten, die tot hun opname veel hadden gedronken, hebben wij herhaaldelijk langdurige verschijnselen opgemerkt, die wij hypothetisch in verband willen brengen met een subtiele reversibele functiestoornis van de hersenen. D.w.z., dat wij bij een aantal patiënten de klinische indruk hadden, dat zij soms wel gedurende een zes- tot achttal weken in een toestand verkeerden die moeilijk is te omschrijven, maar die gelijkenis vertoont met een lichte alkohol-intoxicatie. Het bewustzijn van deze patiënten leek iets verlaagd. Hun denken was onscherp en wijdlopig, er was een wat vlak-euforer gevoelsleven; herhaaldelijk bleek, dat zij bepaalde mededelingen, b.v. door de verpleging gedaan, niet hadden onthouden. Dit alles leek minder het geval te zijn wanneer zij kortdurende concrete opdrachten hadden te vervullen. Pas na geruime tijd, zo zou men kunnen zeggen, klaarde de lucht op.
Tot heden hebben wij deze klinische indruk, die wij ons trouwens pas de laatste tijd beter hebben gerealiseerd, niet systematisch experimenteel -psychologisch onderzocht. Wanneer deze observatie geverifieerd kan worden, heeft dit m.i. zijn invloed op de praktijk van de benadering van deze patiënten. Wij hadden al eerder de indruk, dat het opnemen van de anamnese bij verschillende patiënten weinig 'aansloeg'. Indien men er vanuit gaat dat aan psychiatrische interviews in het kader van het opnemen van de ziekte- en levensgeschiedenis over het algemeen in de psychiatrie een psychotherapeutische betekenis toekomt, dan moet dit wat de alkoholist in deze fase betreft, in hoge mate worden betwijfeld. Zoals begrijpelijk heeft deze ervaring ertoe geleid, dat de opnameduur in het afgelopen jaar steeds langer is geworden. Een andere reden hiervoor was trouwens gelegen in de bijzonder slechte sociale omstandigheden waarin de patiënten veelal verkeerden. In de aanvankelijk geplande opnameduur was er onvoldoende tijd om tot de noodzakelijke sanering hiervan te komen.

In het kort mag de aandacht worden gevraagd voor een ander aspect van de alkoholonthouding, dat gelegen is in de rol die de behandelende arts hierbij in de ogen van de patiënt speelt of kan spelen. Door de patiënt 'voor te schrijven' niet meer te drinken, onthoudt hij hem een belangrijke bevredigingsmogelijkheid. De meeste patiënten vertonen nu een duidelijke 'voor wat, hoort wat'-houding. 'Ik zal wel niet meer drinken, maar wat krijg ik ervoor in de plaats?' Zonder hier verder op in te gaan, wil ik toch opmerken dat indien de patiënt tijdens de opname wel gaat drinken, het team zich in verband met het zojuist genoemde in de eerste plaats moet afvragen of zij met deze houding voldoende rekening heeft gehouden.

Als tweede doelstelling van de kliniek werd door collega Van Baar

genoemd: *het begin van de ontwenningskuur en daarbij aangepaste behandeling.* In onze kliniek hebben wij tot heden medicamenteus alleen maar gebruik gemaakt van psychofarmaca, disulfiram (eventueel calcium carbimide citraat) en vitamine-suppletie. Slechts over de disulfiram een paar opmerkingen. Dit wordt de patiënt in ieder geval voorgeschreven, als hij in de kliniek blijft doordrinken. Het wordt hem zo toegediend, dat hij er niet mee kan smokkelen. Disulfiram is voor de alkoholist geen neutrale medicatie; in de literatuur waar het tablet o.a. de superegopil wordt genoemd, wordt gewezen op de symbolische betekenis die het kan krijgen.
Het is vaak moeilijk uit te maken, of de bijwerkingen, die door de patiënten worden opgegeven, inderdaad worden ondervonden. Nu worden van disulfiram inderdaad een groot aantal lichte bijwerkingen vermeld. Een bijzondere plaats hierbij neemt de werking op de sexuele potentie in. Dat wij in ieder geval rekening moeten houden met een paranoïde verwerking van dit medicament, evenals trouwens van b.v. de vitaminetabletten, is ons gebleken in twee korte perioden, waarin te beginnen met de disulfiramgebruikers, vrijwel alle patiënten meenden, dat door deze middelen een aanslag op hun potentie werd gepleegd.

Het laatste thema, dat ik wil aansnijden, is dat van de *observatie en diagnostiek* ten behoeve van de verdere ambulante behandeling. De diagnostiek is uiteraard op de eerste plaats de gebruikelijke psychiatrische diagnostiek in de brede zin van het woord. Een groot voordeel hebben wij door de grote hoeveelheden sociale gegevens, die ons door de consultatiebureaus, die de patiënt vaak al lang kennen, worden verschaft.
Terloops kan erop gewezen worden, dat vóór de patiënt ontslagen wordt, de betreffende maatschappelijk werker van het consultatiebureau wordt uitgenodigd de patiëntenbespreking bij te wonen.
Terugkerend tot de diagnostiek kan worden opgemerkt, dat deze ons bij de alkoholist voor grote moeilijkheden plaatst, die samenhangen met de theoretische problematiek van de ontstaanswijze van het alkoholisme. De vragen naar de aetiologie hebben — zoals bekend — al heel lang verschillende wetenschappen beziggehouden.
Voor de psychiatrische diagnostiek geldt, dat vaak de vraag opkomt in hoeverre gevonden afwijkingen of strukturen voor het alkoholisme relevant zijn en ook, in hoeverre deze door het alkoholmisbruik zijn veroorzaakt (vergelijk W. McCord en J. McCord [2]).
De hypothese waarmee wij werken is dat rekening moet worden gehouden met een interactie van aetiologische faktoren. Enige van deze faktoren die in onmiddellijk verband staan met bepaalde facetten van diagnostiek en behandeling mogen worden gememoreerd.
(1) *Sociologische voorwaarden* — Macrosociologisch heeft men te maken met het begrip 'alkoholisatie', een term van Fouquet,[3] waarin de beschikbaarheid van alkohol, de drinkgewoonten en de relatie tussen

beide bij een volk of bevolkingsgroep tot uitdrukking komen.
Volgens o.a. Jellinek[4] en Solms[5] kan van het alkoholisme worden gezegd, dat er een omgekeerde evenredigheid is tussen individuele psychologische en psychiatrische voorwaarden enerzijds en socio-culturele faktoren anderzijds, d.w.z. dat in gemeenschappen, die een tolerante houding t.o.v. het alkoholgebruik aannemen, een geringe individuele dispositie voldoende is om alkoholist te worden en omgekeerd. Wanneer deze hypothese juist is, betekent dit voor Nederland, dat individuele factoren relatief groot zijn.
Een voorwaarde, die soms als macrosociologisch, soms als microsociogisch kan worden beschouwd, is gelegen in de psychologische betekenis die het alkoholmisbruik heeft. Bij de diagnostiek van de alkoholist, moet men zich m.i. steeds afvragen, wat het gebruik van alkohol voor deze patiënt, uit déze provincie, uit dít dorp, of behorende tot díe en díe groep heeft betekend.
Het is in dit verband ook nog interessant te wijzen op een voordracht van Madfousek,[6] die wees op de struktuur van bepaalde drinkersgroepen. In de beschreven drinkersgroepen zouden gevorderde drinkers de toon aangeven en het tempo van het drinken regelen. Door lokmiddelen, maar ook door agressieve methoden, wordt door de groep pressie op de nieuwelingen uitgeoefend. Voor zover mij bekend heeft in Nederland geen onderzoek naar drinkersgroepen plaats gevonden. Het is echter ook onze ervaring, dat verschillende van onze patiënten, die niet meer 'willen' drinken — en dit geldt speciaal voor mensen uit de kleine dorpen — daardoor hun plaats in hun kennissengroep hebben verloren en wanneer zij daarin toch willen terugkeren, tot drinken worden aangezet.
(2) Een tweede groep voorwaarden is gelegen in *de persoon van de alkoholist zelf.* — Op fysiologische basis is misschien te verklaren, dat de latere alkoholist in sommige opzichten anders op het eerste drankgebruik reageert dan de niet-alkoholist: hij zou een bijzonder effect voelen, een hogere tolerantie hebben en vaak geen kater ondervinden. Wij hebben hier voorbeelden van gezien.
De psychiatrische diagnostiek richt zich echter uiteraard vooral op de mogelijke psychologisch-psychiatrische ontstaansvoorwaarden van het alkoholisme. Jammer genoeg is het nog lang niet duidelijk waarop het onderzoek bij de alkoholist zich speciaal heeft te richten en zoals reeds werd opgemerkt, of de bevindingen in psychiatrische en psychologische zin wel alle relevant zijn voor het ontstaan en voortbestaan van het alkoholisme.
Dit lijkt van direct belang, omdat het de bedoeling is de consultatiebureaus van praktische adviezen te voorzien aangaande de verdere behandeling en begeleiding. Wij moeten komen tot een realiseerbare behandeling. Bij de meeste patiënten kan b.v. geen langdurige ontdekkende therapie worden toegepast. Dit is al niet mogelijk wegens het grote aantal alkoholisten dat er in Nederland is. (Ketel[7] schatte enige

jaren geleden het aantal op ruim 80.000). Wanneer wij de eerste 80 patiënten bekijken, die in onze kliniek werden opgenomen, moet m.i. vastgesteld worden, dat op grond van hun persoonlijkheidsstruktuur en andere faktoren ook slechts bij een enkeling de mogelijkheid van een ontdekkende psychotherapeutische behandeling zou kunnen worden overwogen. Deze mening is in overeenstemming met inzichten in de literatuur. Desondanks is het opsporen van psychodynamische-psychogenetische factoren natuurlijk ook voor de meeste andere behandelingsmethoden van essentieel belang. In dit verband is het wellicht goed, wat de psycho-analytische gezichtspunten betreft, te wijzen op een overzicht van Eva Blum.[8] Er is nogal eens het misverstand, dat de psychoanalyse zich zou beperken tot het benadrukken van orale fixatie en regressie bij het tot stand komen van het alkoholisme. In genoemd overzicht komt o.m. tot uiting, dat het alkoholisme als substituut voor een volwassen aanpassing, is gefundeerd of kan gefundeerd zijn in fixaties òp of regressies tòt verschillende ontwikkelingsstadia, en dat tevens stoornissen in ik-functies (gedeeltelijk als autonoom op te vatten) bij het tot stand komen een grote rol kunnen spelen.
In Nederland heeft in de laatste jaren Van der Does de Willebois,[9] een belangrijke bijdrage geleverd tot het begrijpen van de reëel en potentieel aan alkohol verslaafde mens. De kennisname van zijn studie kan m.i. ons diagnostisch werk bij de alkoholist in hoge mate verrijken. Uit deze en andere publikaties is overigens aannemelijk geworden, dat een groep alkoholisten toch wel bepaalde kenmerken gemeen heeft, hoewel het zoeken naar de 'alkoholistische persoonlijkheid' steeds meer een vruchteloze onderneming schijnt te zijn.
Bij het onderzoek van de alkoholist mag de individueel-symbolische betekenis die de alkohol voor hem heeft, niet uit het oog worden verloren; bovendien — en hiermee in samenhang — moet men zich steeds afvragen wat de setting is, waarin het alkoholmisbruik plaatsvindt. Om de motieven van het drinken te achterhalen kan men proberen gebruik te maken van een analyse van de roes en de kater. Het is hierbij goed te denken aan een opmerking van Rümke,[10] 'dat ieder zijn eigen roes krijgt'. Wanneer men in staat is zelf een roes van de patiënt te observeren, kan dit waardevolle inlichtingen verschaffen.
Na enige sociologische en persoonlijkheidsfaktoren te hebben genoemd, moet nog gewezen worden op
(3) een groep faktoren die gelegen is in het *proces van het alkoholisme zelf*. — Dit zijn faktoren, die het alkoholisme onderhouden, of in ieder geval tot het blijven bestaan van het syndroom méde aanleiding geven. De biochemische verklaringen — die inderdaad waarschijnlijk meer betrekking hebben op het blijven voortbestaan van het alkoholisme dan op het ontstaan — laat ik buiten beschouwing. Hetzelfde geldt voor hypothesen op grond van leertheorieën. Gedragstherapie hebben wij niet toegepast. Dit behoeft misschien enige uitleg. Bij het oprichten van de kliniek hebben wij ons voorgesteld om gedurende geruime tijd al-

gemene ervaringen op te doen, op basis waarvan later het toepassen van andere onderzoekings- en behandelingsmethoden zou kunnen plaats vinden.
Een begrip dat thuishoort in een bespreking van het alkoholisme-als-proces is het controleverlies. Het is opvallend hoe weinig rekening er in de medische en para-medische wereld nog steeds wordt gehouden met dit fenomeen, waartoe men bij de diagnostiek en behandeling van alkoholisten elke dag te maken heeft. Onder controleverlies wordt verstaan, dat de alkoholist na het gebruik van een kleine (effectieve) hoeveelheid alkohol niet in staat is met het verdere drinken te stoppen, tenzij door dwingende uitwendige omstandigheden. Volgens velen is dit controleverlies onherroepelijk en blijft het dus ook nog na jarenlange abstinentie bestaan. De betekenis van dit begrip voor de behandeling is daardoor zonder meer duidelijk. Het proceskarakter van het alkoholisme wordt door sommigen in verband gebracht met de psychische gevolgen van excessief drankgebruik. Prout [11] wees erop, dat bij de alkoholist door het alkoholmisbruik een steeds grotere kloof ontstaat tussen de werkelijke situatie, waarin hij zich bevindt en zijn zelfbeleving in de alkoholroes. De enige remedie voor deze pijnlijke kloof is toename van het drinken. Op grond van de ervaringen in de kliniek hebben wij ons verder ook afgevraagd, of het excessief drinken in de adolescentieperiode niet leidt tot een ontwikkelingsremming, omdat de patiënt door het drinken van de noodzaak tot constructieve aanpassing wordt ontheven. De meeste van onze patiënten begonnen reeds op jeugdige leeftijd te drinken; het gedragspatroon, dat wij in de kliniek konden observeren, heeft grote overeenkomst met het gedrag van adolescenten. Voor het verkrijgen van inzicht in de patiënt en zijn ziekteproces is het gewenst onderscheid te maken tussen primaire en secundaire motieven voor het drinken. (Kjolsted [12]). Onder secundaire motieven worden verstaan de pogingen om te ontsnappen aan de gevolgen van het alkoholmisbruik. (Kjolsted wees ook op het voorkomen van valse motieven. Deze zouden worden gekenmerkt door het feit, dat met het naar voren brengen van de motieven door de patiënt tegelijkertijd de oplossing van de problemen wordt meegedeeld). Eén secundair motief moet met name worden genoemd. Meer dan de helft van onze patiënten was mede door het drinken volkomen alleen komen te staan. De eenzaamheid werd nu door hen vaak gehanteerd als motief, waarom zij steeds weer het café bezochten. Welke waarde men aan het motief ook wil toekenen, rekening houdende met de persoonlijkheidsstruktuur van vele van de patiënten ,hebben wij steeds meer de indruk gekregen, dat voor een aantal van hen opname en ambulante behandeling weinig zin hebben, wanneer het ons niet gelukt hun in de toekomst een gemeenschap te bieden, waarin zij althans gedeeltelijk van hun eenzaamheid worden verlost. De betekenis die de A.A. hier kan hebben is duidelijk. Wij denken in dit verband ook aan het oprichten van speciale kleine tehuizen.

Tenslotte moge nog opgemerkt worden, dat door het excessief drinken in de directe omgeving en vooral in het gezin van de patiënt vaak weliswaar een pathologisch relatiepatroon optreedt, maar dit toch een zeker evenwicht vertoont. Bij de diagnostiek van de alkoholist zal rekening dienen te worden gehouden met de vraag, welke verstoringen van het evenwicht zullen kunnen optreden wanneer hij niet meer drinkt, en in verband met het therapeutische programma zal moeten worden overwogen, hoe deze moeten worden opgevangen.
Wanneer wij het alkoholisme beschouwen in zijn proceskarakter komt onwillekeurig de (gewaagde) gedachte op het te vergelijken met het verloop van de schizofrenie. Bij de schizofrenie hebben wij ook steeds beter geleerd secundaire gevolgen van het syndroom te onderkennen, te behandelen en te voorkomen. Naar onze mening moet bij de diagnostiek en behandeling van de alkoholist ook uitdrukkelijk rekening worden gehouden met de secundaire gevolgen vàn, en de reciproque faktoren ìn het alkoholisme.

ENIGE GETALLEN BETREFFENDE 80 OPGENOMEN ALKOHOLISTEN

Leeftijd bij opname

t.m. 20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66 e.o.
2	7	12	11	7	10	8	14	5	3	1

Burgerlijke staat

gehuwd	38	
gescheiden	12	= 20
seperatie	8	
ongehuwd	22	

Criminaliteit

1. openbare dronkenschap, rijden onder invloed	11	
2. andere delicten	11	= 31
3. combinatie van 1 en 2	20	

Opname motief uiterlijke dwang 70

Leeftijd 1e alkoholgebruik

t.m. 15	16-20	21-25	26-30	31 e.o.
14	50	10	—	6

Leeftijd begin alkoholmisbruik

t.m. 15	16-20	21-25	26-30	31-35	36 e.o.
4	25	19	12	10	10

Duur van het alkoholmisbruik (jaren)

< 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26 en langer
16	16	13	12	11	12

Drinkgewoonten		
uitsluitend thuis	5	
uitsluitend in café	43	
thuis + café	21	
tevens heimelijk	11	(waarvan 2 uitsluitend heimelijk)
Dranksoorten		
bier	36	
gedistilleerd	12	
bier + gedistilleerd	27	
wijn, andere combinaties	5	
Gedrag tijdens roes		
vrolijk	10	
gedeprimeerd	8	
agressief	10	
prikkelbaar	7	
vrolijk + agressief	10	
agressief + prikkelbaar	13	
andere combinaties	6	
andere gedragingen	16	
Duidelijk controleverlies	70	
Amnesieën	67	
Tolerantie-vermindering	33	
Ernstige gebitsafwijkingen (merendeels prothese)	54	
Ulcus pepticum (in anamnese)	23	
waarvan vóór ontstaan van alkoholisme	9	
waarvan nà ontstaan van alkoholisme	14	
Leverafwijkingen (o.a. tijdelijk gestoorde leverfunctieproeven)	12	
Duidelijk overheersende moeder	42	
Vader onvoldoende indentificatieobject	43	
Vader alkoholist	27	
Moeder alkoholiste	2	
Karakterologische- en gedragskenmerken		
onafhankelijkheids-/afhankelijkheidsconflicten		68
ontbreken van hogere interessen		58
wantrouwen, paranoïde instelling		43
'Diagnose'		
overwegend neurotische persoonlijkheidsstructuur		23
overwegend psychopatische persoonlijkheidsstructuur		15
neurotisch psychopatische persoonlijkheidsstructuur		29
anderszins gestoord		13

Van de 80 patiënten vertoonden er 20 (beginnende) dementeringsverschijnselen.

SUMMARY

Description of the experiences with the first 80 male alcoholics in a new hospital department for addicts.
Some somatic, psychiatric and sociological data are given. With the threefold purpose of the clinic as a basis, some problems regarding abstinence, diagnostics and treatment are briefly discussed.
It is emphasized, that special attention must be paid to the 'process-nature' of chronic alcoholism: reciprocal conditioning factors in alcoholism are of essential importance for diagnostics and treatment.

LITERATUUR

1 Rümke, H. C. — *Psychiatrie II De Psychosen.* Scheltema & Holkema 1960.

2 McCord, W., McCord, J. — *Origins of alcoholism,* Tavistock Publications 1959.

3 Fouquet, P. — Voordracht op de 9th European Institute on the prevention and treatment of alcoholism, Lausanne 1963.

4 Jellinek, E. M. — *The disease concept of alcoholism,* New Haven 1960.

5 Solms, H. — Voordracht op het Int. Symposion Alcoholismus, Wenen 1962.

6 Madfousek, J. — Voordracht op de 8th European Institute on the prevention and treatment of alcoholism, Warschau 1962.

7 Ketel, A. D. — 'Gegevens over alcoholzucht en ambulante behandeling van alcoholisme', *Ned. T. Geneesk.* 107, 641 (1963).

8 Blum, E. — 'Psychoanalytic Views of alcoholism', *Quart. J. Stud. Alc.* 23, 94 (1962).

9 Van der Does de Willebois, A. E. M. — *Vervreemding en verslaving,* Dekker & Van de Vegt, 1965.

10 Prout, C. J. e.a. — 'Current issues in addiction research', in: *Problems of addiction and habituation.* Ed.: Hoch. P. H. en Zubin J. Grune and Stratton 1958.

11 Kjølsted, Th. — Voordracht op de 10th Institute on the prevention and treatment of alcoholism, London 1964.

ERVARINGEN BIJ HET PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK VAN ALKOHOLICI IN DE VERSLAVINGSKLINIEK 'LEEFDAEL'

door Dr. W. C. M. SMITS, psycholoog

Een bekend hoogleraar in de neurologie en psychiatrie heeft eens gezegd: de psycholoog is de reïncarnatie van een alchimist met de klemtoon op mist. Gaarne wil ik 'mist', 'alchimist' en 'reïncarnatie' als kernpunten nemen voor deze korte verhandeling.