

- 12 Mollier, V., Vallée, A. EEG Symptomatology of psychiatric Alcoholism. *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 1966, 20: 285—290.
- 13 Postel, J., Cossa, P. 'L'atrophie cérébrale des alcooliques chroniques, étude pneumocéphalographique'. *Rev. neurol.* 94: 1956 604—607.
- 14 Victor M. 'L'Alcohol Withdrawal Syndromes'. *Psychosom. Med.* XXVIII — 4 july—aug. 1966.

ENIGE BESCHOUWINGEN OVER DE GEDWONGEN OPNAME VAN ALKOHOLISTEN

door L. J. VAN HIELE, zenuwarts*

Dhr. X, een 43-jarige caféhouder en kolenhandelaar, is een gesloten werkzame man, die, toen hij op 29-jarige leeftijd huwde, reeds een drinker was en die 's morgens vroeg met alcoholica moest beginnen, en niet zonder een dagelijkse portie van minstens een liter kon. Zijn vader overleed toen patiënt nog maar 2 jaar oud was, waarna zijn (dominerende) moeder met een knecht het bedrijf voortzette. Al op de leeftijd van ± 15 jaar kreeg patiënt veel zakgeld, dat hij met vrienden omzette in overvloedige hoeveelheden alcoholika.

In 1957 vroeg de huisarts het Consultatie Bureau om hulp, aangezien hij zich zorgen maakte over het drankmisbruik. De maatschappelijk werker van het C.B. deed enige malen huisbezoek, maar patiënt ontkende misbruik te maken van sterke drank. Zijn inwonende moeder, die tegen iedere bemoeienis was, weigerde inlichtingen te geven. Vooral door haar afwerende houding durfde de echtgenote geen medewerking te geven.

In het voorjaar van 1962 waarschuwde de huisarts dat het met patiënt bergafwaarts ging. Weliswaar was hij nooit 'echt dronken' en verlichtte hij zijn gehele dagtaak, maar was hij toch steeds 'geïntoxiceerd' en reed in deze toestand in zijn vrachtauto.

Bij huisbezoek door de m.w. bleek de echtgenote zich grote zorgen te maken. Ze vond dat het uithoudingsvermogen van haar man achteruit ging, en dat zijn geheugen minder werd. Ze had op vele plaatsen in huis en in het pakhuis flesjes jenever, kennelijk door patiënt daar verstopt, gevonden. Na een voorbereiding door de m.w. bezocht ik patiënt thuis en in een lang gesprek erkende patiënt veel te veel te drinken en aan een langzame zelfmoord bezig te zijn. Patiënt wilde op dat moment hulp aanvaarden en beloofde zich in de herfst, nadat de klanten van

* Districts-psychiater S.G.V. Drente (Direkteur Chr. van der Ree, Zenuwarts te Assen).

Psychiatrisch medewerker C. B. v. Alcoholisme (Direkteur F. van Dellen te Assen).

brandstof zouden zijn voorzien, voor 6 weken te laten opnemen in een Psychiatrische Inrichting.

Toen dat moment gekomen was, bleek de grossier nog geen kolen te kunnen leveren en weigerde patiënt de afgesproken opname. We bezochten de grossier (de bejaarde directeur had de vader van patiënt nog gekend) en ondanks de grote schaarste was deze bereid mede te werken en leverde hij enkele wagons kolen. De distributie bracht voor patiënt zoveel drukte mee, dat een groter quantum alcohol nodig was om dit te kunnen verwerken. In deze toestand weigerde patiënt opname, hij persevereerde en was niet meer tot een echt gesprek in staat. De blauw-paarse gelaatskleur en zijn trillende handen bewezen mede de ernst van zijn toestand.

In deze situatie achtte ik een opname met Rechterlijke Machtiging geïndiceerd, maar gezien de grote gespannenheid van patiënt en de kans op wanhoopsdaden, was een Inbewaringstelling mogelijk en noodzakelijk om acuut hulp te kunnen bieden. De geneeskundige verklaring vermeldde o.a. 'zonder opname een zekere dood door de alcohol', 'ernstige chronische vergiftiging'.

Reeds tijdens zijn zes weken durende opname besloten patiënt en zijn vrouw het café te verkopen, terwijl de m.w. de motieven voor deze gedwongen opname met hem besprak. Aangezien we ervan overtuigd waren, gezien de anamnese, dat patiënt het na ontslag zonder Antabus niet zou klaren, werd op ons verzoek tijdens de opname reeds met Antabus begonnen wat sindsdien (ca. 4 jaar) tot op heden praktisch ononderbroken is gebruikt.

Bij thuiskomst werd patiënt verrast door de zeer positieve reacties van zijn gezin, de buurt, en de klantenkring (alle klanten waren hem trouw gebleven). Patiënt voelde zich na de opname ongekend goed. Mede hierdoor kon patiënt over zijn wrok, door de politie te zijn opgehaald, heen komen, wat bleek, toen ik een gesprek met hem hierover had, waarin hem een intensief contact en alle mogelijke steun in de toekomst werd aangeboden.

Na enige maanden, toen patiënt dagen met zijn Antabus had gesmokkeld, greep hij weer naar de fles, wat door zijn vrouw werd gemeld en bij daarop volgend huisbezoek door de m.w. geconstateerd (adem rook naar drank).

In het hierop volgende gesprek kwam het tot een, voor deze gesloten man, ongekende openhartigheid. Patiënt vertelde zich al vele jaren somber te gevoelen, zich snel te ergeren, en deze ergernis nooit te hebben kunnen uiten. Deze onlustgevoelens hadden patiënt naar de fles gedreven.

Ik deed een poging zijn stemming met antidepressiva te verbeteren, waarop hij fraai reageerde. Eindelijk begon patiënt zich echt voor zijn gezin te interesseren en bleek hij, ook volgens zijn echtgenote, van diverse gebeurtenissen thuis te genieten. Afgezien van een licht, kortdurend recidief, is patiënt nu ruim 4 jaar droog. Hij verklaarde 'ik

wilde dat men mij hiertoe jaren eerder had gedwongen'.

Hij bezocht, vaak samen met zijn vrouw, het spreekuur en is een positieve figuur in de wachtkamergesprekken geworden.

Deze patiënt noemde ik als voorbeeld; sindsdien zijn er in mijn district tot op heden nog 5 patiënten met een Rechterlijke Machtiging opgenomen, terwijl 6 patiënten zich 'vrijwillig' lieten opnemen, nadat ik hen voor de keuze had gesteld: of vrijwillig of met een Rechterlijke Machtiging. Deze opnames hadden deels in een Psychiatrische Inrichting, deels in de psychiatrische afdeling van een Algemeen Ziekenhuis plaats. In mijn werk voor het C.B. werd ik geconfronteerd met het probleem inzake de gedwongen behandeling van alcoholisten — een gecompliceerd probleem! Bij informatie bleek me dat verschillende collegae van mening waren, dat alleen dan een gedwongen behandeling zinvol en verantwoord zou zijn, als de patiënt psychotisch is geworden. Als de alcoholist echter niet psychotisch is, en zelf niet achter een behandeling staat, zou dwang geen zin hebben.

In de literatuur vond ik verschillende gegevens die ik kort wil samenvatten.

Uit het buitenland:

Martha Brunner¹ merkt op, in een artikel over groepstherapie bij gedwongen opgenomen alcoholisten (de indicatie tot een opname was een volkomen lichamelijke uitputting of een psychose), dat gedurende de opname de houding van de alcoholist veranderde. Eerst ging men gedwongen, met tegenzin naar de groep, later vrijwillig met animo. Ze vindt het niet van belang voor het resultaat of het begin van de behandeling vrijwillig of gedwongen was geweest. Wel uiteraard dat het vertrouwen in de behandeling in de loop van de tijd wordt verkregen. Mechanic² vindt de groepsatmosfeer belangrijker voor het resultaat van een behandeling van alcoholisten dan het feit of het een gedwongen of vrijwillige opname betreft. Een enquête onder de patiënten bracht geen significant verschil in de resultaten naar voren. Mechanic lanceert het begrip 'pressure threshold', omdat uit een enquête blijkt dat indien de patiënt het gevoel heeft dat te veel pressie vóór de opname is gehanteerd, de resultaten sterk negatief worden beïnvloed.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de ondervonden hoeveelheid pressie een subjectief gevoel is, en bovendien dat de groep die dit gevoel had, wel eens de zwaarste gevallen zou kunnen hebben bevat. Kjolstad³ spreekt over 30 jaar ervaring met gedwongen behandeling van alcoholisten in Noorwegen, die 2% van het totale aantal behandelingen uitmaakt. Een 'Sobriety board', voorgezeten door een rechter, beslist of dwang zal worden toegepast. Een deel van de patiënten zijn slechts formeel vrijwilligers: er is immers sprake van druk van de familie, van werkgevers en van dreiging met dwang.

Kulisiewicz³ deelt mede dat in Polen een wet voorziet in een gedwongen behandeling van chronische alcoholisten. Ze moeten voor een

raad verschijnen en krijgen nog de keuze tussen een vrijwillige behandeling onder toezicht, en een gedwongen behandeling. Het succes hangt af van de houding van de behandelende staf.

Glatt³ deelt mede, dat de meeste vrijwilligers slechts formele vrijwilligers zijn. Dit verhindert niet dat ze meestal in korte tijd positief gaan meewerken. De invloed van herstelde patiënten is van groot belang. Een forum bestaande uit P. Jean (Frankrijk), D. A. Hunziker (Zwitserland), D. J. Skala (Tsjechoslowakije), H. J. Krauweel en W. A. Fransen (Nederland)³ komt tot de volgende uitspraken: Het verschil tussen een vrijwillige- en een z.g. gedwongen behandeling is in wezen fictief; de hulpzoekende alcoholist wordt bijna altijd 'gedwongen' door conflictsituaties in de sociale of huiselijke sfeer, en hem moet een mate van inzicht worden bijgebracht alvorens hij werkelijk vrijwillig hulp aanvaardt.

De wettelijke bepalingen ten aanzien van de behandeling van alcoholisten worden anderzijds eveneens in bijna alle gevallen zodanig gehanteerd dat de dwang uitsluitend het contact betreft; wat dan hopelijk tot inzicht bij de patiënt leidt, waarop een behandeling kan worden begonnen. Het toepassen van behandeling onder dwang wordt in het algemeen zinloos geacht, gezien de povere resultaten.

In Tsjechoslowakije⁶ geldt het alcoholisme als een ziekte die kosteloos (zoals alle ziekten) wordt behandeld, terwijl bij opname de familie door de staat wordt gesteund. Dronken personen worden door de politie naar z.g. ontnuchteringslokalen gebracht waar medische hulp aanwezig is. Hiermede worden openbare ordeverstoring, doodvriezen, zelfmoord en conflicten in het gezin vermeden. Het alcoholgehalte in het bloed wordt bepaald. Chauffeurs aan wie ieder alcoholgebruik in diensttijd is verboden, kunnen zo strafbaar worden gesteld. Bij recidief wordt de patiënt verwezen naar een anti-alkohol-kliniek voor ambulante behandeling en zo nodig gedwongen opgenomen in een sanatorium.

Maier⁵ acht het duidelijk dat een groot aantal alcoholisten door gedwongen behandeling kan worden geholpen, in het kader van een voorwaardelijke veroordeling.

Van Nederlandse zijde:

Mej. Mr. F. Mulder⁶ schrijft in een artikel over de drankwet, dat psychisch zwaargestoorde alcoholisten noodzakelijk moeten worden opgenomen.

Querido⁷ vermeldt over dit onderwerp een principiële discussie in het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap (1909) waar Jacobi de vraag stelde: Is het mogelijk alcoholisten in dwangverpleging te houden, dus mag het begrip krankzinnigheid tot hen worden uitgebreid? Tot zover Jacobi.

In de K.Z. wet van 1884 wordt geen definitie van krankzinnigheid gegeven.

Tijdens deze discussie kwam men tot de conclusie, dat 'chronische

alkoholisten enige tijd in een gesloten inrichting moeten verblijven'. Ook hier blijft de vraag: 'Waar ligt de grens?' onbeantwoord.

Verder zegt Querido dat de jurist 'krankzinnigheid' als een scherp omschreven iets ziet, dat buiten de wet, op medische gronden is te definiëren. Medisch wetenschappelijk is krankzinnigheid niet af te grenzen; de enige grens voor de medicus is juist de wet. 'Krankzinnigheid' werd een utiliteitsbegrip, aangewend om een bepaalde patiënt een bepaalde behandeling te doen ondergaan. Tot zover Querido.

Kraus⁸ geeft aan dat de behandeling van de alcoholist bij voorkeur zonder dwang moet geschieden. Dit is moeilijker naarmate de patiënt meer geïntoxiceerd is.

Betreffende de juridische aspecten van de dwangverpleging volsta ik met de opsomming van de mogelijkheden die de wet biedt inzake een gedwongen opname.⁹

1 Een alcoholist kan volgens art. 487 B.W. onder curatele worden gesteld.

Sinds 1927 kan de Curator de Rechtbank verzoeken om een machtiging tot gedwongen verpleging.

2 De K.Z. wet van 1884 regelt de opname van de krankzinnige alcoholist.

3 In het kader van een T.B.R.-art. 453, 426 W.v.S.

4 Als bijzondere voorwaarde, bij een voorwaardelijke straf art. 14 W.v.S.; meestal geformuleerd: 'Indien de toezichthoudende instantie dit noodzakelijk acht'.

Thans wil ik enkele beschouwingen op grond van ervaringen van ons C.B.-team naar voren brengen. Wie tegen iedere gedwongen opname en behandeling van alcoholisten is zolang ze niet psychotisch zijn, bedenke het volgende:

(1) Om met alcoholisten iets te kunnen bereiken is geheelonthouding noodzakelijk.

(2) Indien dit poliklinisch en langs vrijwillige weg niet bereikbaar is, dient een gedwongen opname ernstig te worden overwogen.

(3) Een alcoholist kan weigeren op o.a. de volgende gronden:

a door de intoxicatie is hij niet meer in staat over zijn eigen toestand te oordelen.

b angst om zonder alcohol te moeten leven. Het aanbod de alcohol te 'vervangen' door psychofarmaca (tegen grote spanningen, prikkelbaarheid, slapeloosheid en vooral de zeer frequent gevonden chronische depressies) wordt door de patiënt vaak niet vertrouwd.

(4) De ingrijpende maatregel van vrijheidsberoving heeft een positieve keerzijde: Is er een onvrijer mens denkbaar dan de verslaafde alcoholist? Een gedwongen opname kan de weg zijn waarlangs de zo zeer begeerde vrijheid wordt herwonnen.

(5) Indien de patiënt nog tot enig oordeel in staat is, is het zinvol hem

in een openhartig gesprek voor de keuze te stellen: of vrijwillige of gedwongen opname.

(6) De 'deconditionering' na de ontgiftiging die op een gedwongen opname volgt is een machtig wapen in de behandeling.

(7) Onze ervaringen bevestigen die van enkele auteurs (1, 2), dat het resultaat van een behandeling niet parallel loopt met het al of niet gedwongen zijn van de opname.

(8) Beslissend is de intentie waarmee en het kader waarin het C.B.-team de gedwongen opname hanteert. Als niet en de intentie en de mogelijkheid bestaat deze patiënt en zijn omgeving intensief te behandelen en te begeleiden, is een gedwongen opname een onverantwoorde ingreep.

(9) Voor een goed resultaat is van belang:

a een goede teamgeest en een open contact tussen de teamleden, waardoor men kan komen tot het uitstippelen van een behandelingsplan voor de patiënt en zijn milieu en het verdelen der taken tussen de teamleden.

b het team moet vóór de opname zo intensief mogelijk contact hebben gehad met de patiënt en zijn omgeving en zoveel mogelijk gegevens hebben verzameld.

c de patiënt moet tijdens de opname door de teamleden worden bezocht en van hen uitleg krijgen omtrent de motieven die tot de toegepaste dwang leidden. De psychiater dient alleen de verantwoording op zich te nemen. Ook al heeft de familie getekend, het is o.i. beter deze buiten schot te laten. Mocht aanvankelijk de relatie met de psychiater beschadigd zijn, dan kan de m.w. het contact aanhouden en werken aan het herstel van deze relatie.

d optimale behandeling tijdens opname. Hier liggen grote kansen. Het missen hiervan versterkt de eventueel aanwezige wrok tegen de gedwongen opname. Serieus onderzoek en adequate behandeling van lichamelijke en psychische klachten (o.a. psychofarmaca) maken dat de patiënt in een zoveel betere conditie kan worden ontslagen, dat hij blij is eindelijk behandeld te zijn.

e goed contact tussen de behandelende zenuwarts en het C.B.-team tijdens de opname.

f goede voorbereiding van het ontslag. Wij vinden het in vele gevallen van groot belang dat de patiënt op Antabus (Dispergettes) wordt ingesteld. Het regelmatig innemen van Antabus en het bezoeken van het C.B.-spreekuur zijn meestal de voorwaarden voor ontslag (proefverlof).

g na ontslag een frequent contact met patiënt en zijn omgeving. De psychofarmaca moeten aan de nieuwe situatie worden aangepast. De steun in het maatschappelijk vlak is van groot belang (financiën, werk, onderdak, enz.). Tastbare hulp blijkt het vertrouwen duidelijk te versterken.

(10) De grote verbetering in de conditie, de positieve reacties van de

omgeving, de serieuze aandacht van het team, de materiële hulp, enz. maken dat de toegepaste dwang spoedig wordt vergeven en achteraf als positief wordt ervaren.

Noch onze twaalf patiënten, noch ons team heeft spijt van de toepassing van deze dwang; de relaties zijn tenslotte versterkt en verdiept uit de strijd tevoorschijn gekomen. Hoe het met deze twaalf is gegaan, die allen poliklinisch behandelbaar waren geworden i.t.t. vóór de opname, is een hoofdstuk apart. De resultaten zijn zeer moedgevend, al is onze serie te klein om algemene conclusies te kunnen trekken.

Keren we tot onze vraag terug: 'Waar moeten we de grens trekken, wanneer moet het een gedwongen opname worden?' Op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren wachten we vooral niet te lang. Geruime tijd voordat de alkoholist aan een psychose toe is achten we ingrijpen noodzakelijk. Bij te lang dralen blijkt er al te veel onherstelbaar vernield te zijn in het leven van de alkoholist en zijn gezin.

We menen dan ook dat in geval van langdurig overmatig alcoholgebruik, dat leidt tot duidelijke, toenemende, geestelijke en lichamelijke verschijnselen bij de patiënt en zijn omgeving, als alle poliklinische hulp niet baat, gedwongen opname is aangewezen.

Op de geneeskundige verklaring in de zin der K.Z.-wet kan b.v. vermeld worden:

- 1 chronische alcohol-intoxicatie die uiteindelijk tot de dood voert.
- 2 symptomen van geestelijke en lichamelijke aftakeling.
- 3 de vaak aanwezige depressie.
- 4 gedrag bij dronkenschap: rijden onder invloed, agressief gedrag t.o.v. anderen en zichzelf.
- 5 suïcidegevaar.

Het wachten tot een duidelijke psychose uitbreekt, acht ik uit medisch en menselijk oogpunt niet verantwoord. Door de dagelijkse praktijk word ik in deze opvatting steeds meer gesterkt.

Prof. Dr. W. K. van Dijk, leider van de S.P.D.-C.B.A.-besprekingen in het Sanatorium 'Hooghullen' te Eelde dank ik zeer voor de geleverde kritiek.

SAMENVATTING

Na de beschrijving van het verloop van de behandeling, via een gedwongen opname, van een ernstige alkoholist volgt de aanhaling van diverse uitspraken uit de literatuur. Daarna volgt een pleidooi voor een vroegtijdig ingrijpen, steunend op ervaringen van het C.B.-team in Z.W.-Drente. De eisen waaraan de behandeling dan dient te voldoen worden besproken.

SUMMARY

The treatment of a severe alcoholic with a committed hospitalisation is described. The author makes a plea for an early enforced treatment, because the results turn out to be favourable.

LITERATUUR

- 1 Brunner-Orne M. *Int. J. O. Group Psychoth.* Vol. 6, blz. 272, 1956.
- 2 Mechanic, D. *Quart. J.O. Study on Alc.* Vol. 23, No. 4, 1962.
- 3 *Report of the 7th Summer Institute of Scientific study for the prevention and treatment of Alcoholism.* Amsterdam, 1961. Special Issue 'De Wegwijzer'.
N.C.A. Dokumentatie Mat. April 1961.
- 4 Diverse auteurs *ed. Times.* Vol. 86, No. 9, 1958.
- 5 Maier, A. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde.* Blz. 377, 1958.
- 6 Mulder, F. *Krankzinnigenrecht.* Blz. 221, 1939.
- 7 Querido, A. *Leerboek der Psychiatrie.* Blz. 310, 1957.
- 8 Kraus, G. 'De Alcohol in het Recht'. *Oriënteringscursus F.Z.A.* (1945/1955).
- 9 Van Krevelen, P. E.

VERANTWOORDING

Het programma van de gezamenlijke wetenschappelijke voorjaarsvergadering van de Afdeling Psychiatrie (van de Ned. Ver. voor Psychiatrie en Neurologie) en de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband op 22 april 1967 te Boekel, werd verzorgd door stafleden van het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Huize Padua' aldaar en van de Buitenkliniek voor verslavingsziekten 'Leefdael' te Beek en Donk. De gehouden voordrachten over het chronisch alcoholisme verschijnen hier in druk, aangevuld met een artikel van Collega L. J. van Hiele over hetzelfde onderwerp.

MEDEDELING

De Universiteit en het welzijn van zijn studenten

Op 21 december van dit jaar zal te Amsterdam een conferentie worden gehouden over het onderwerp 'Universiteit en studentenproblemen'. Hieraan zal worden deelgenomen door curatoren, docenten, studenten, decanen, universiteitsartsen, studentenpsychologen en -psychiaters, geestelijke verzorgers en anderen die het lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn van studenten aan de 12 Nederlandse universiteiten en hogescholen ter harte gaat. Prae-adviezen over resp. systeem en student; studentenproblemen; probleemstudenten; geestelijke gezondheidszorg voor studenten, zullen worden uitgebracht door:

prof. dr. A. D. de Groot, directeur Stichting Research Instituut voor de Toegepaste Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

prof. dr. J. H. Dijkhuis, beheerder Instituut voor Klinische en Industriële Psychologie, Rijksuniversiteit te Utrecht.

prof. dr. P. C. Kuiper, hoofd Kliniek en Polikliniek voor Psychiatrie van het Wilhelmina Gasthuis, Universiteit van Amsterdam.

dr. C. J. B. J. Trimbos, privaat-docent geestelijke gezondheidsleer en sociale psychiatrie, Rijksuniversiteit te Utrecht.

Nadat de prae-adviezen op de conferentie nader zijn toegelicht, zal een panel van studenten uit Leiden, Amsterdam en Utrecht hierover onderling en met de prae-adviseurs van gedachten wisselen.

De conferentie wordt georganiseerd door de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, wier voorzitter, dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen, de conferentie zal leiden.

Belangstellenden kunnen zich wenden tot het bureau van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, J. J. Viottastraat 42, Amsterdam, tel. 020—760944.