

PATIENTEN MET EPILEPTISCHE VERSCHIJNSELEN IN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

door C. L. JANSON, zenuwarts

(Huize Padua, Boekel. Geneesheer-directeur: J. van Baar)

Inleiding — In het kader van de epilepsie-bestrijding wordt behoefte gevoeld aan informatie over de kwantitatieve en kwalitatieve betekenis van de psychiatrische ziekenhuizen in dit opzicht. Het lijkt daarom nuttig de uitkomsten van een op deze problematiek gerichte inventarisatie van een bepaald psychiatrisch ziekenhuis (Huize Padua te Boekel) naar voren te brengen. Hierbij ligt dus geenszins de bedoeling voor bepaalde methodieken van onderzoek of behandeling te propageren. Slechts een weergave van de feitelijke situatie wordt nagestreefd, teneinde door middel van breder overleg tot een nauwkeuriger omschrijving van de wenselijke omstandigheden te geraken. Daartoe zal in het hiernavolgende een becommentarieerd globaal overzicht worden gegeven van aantallen, hoedanigheden en klinische observaties betreffende de in 1968 in Huize Padua in behandeling geweest zijnde patiënten met epileptische verschijnselen.

Numerieke gegevens — Het deel van het totale patiëntenbestand in 1968 ad 540 dat werd ingenomen door zogenaamde psychisch gestoorde patiënten met epileptische symptomen bedroeg 82 resp. 81 (begin en eind '68), dat is 15%. In 1968 werden 10 patiënten met epileptische symptomen opgenomen. Dit betekent op een totaal aantal opnamen van 300 dus $3\frac{1}{3}\%$. Er werden 7 patiënten met epileptische symptomen ontslagen (hiervan 5 die in '68 ook waren opgenomen) en 4 patiënten overleden in dat jaar.

Wanneer we de cijfers over de afgelopen 10 jaar bezien, dan blijken de genoemde percentages niet veel van het gemiddelde te verschillen; het aantal sterfgevallen is doorgaans kleiner geweest.

Teneinde diagnostische moeilijkheden te voorkomen werden alleen patiënten met anamnestic duidelijke toevallen, d.w.z. paroxysmaal optredende stoornissen van cerebrale origine gekenmerkt door bewustzijnsverlaging of -verlies en overwegend motorische exitatieverschijnselen (krampen) voor dit overzicht geselecteerd.

Opname-indicaties — Deze zijn te verdelen in twee groepen

(A) Moeilijkheden samenhangend met de epileptische stoornis zelf:

a insulden (relatief vaak ook van psychomotorische aard)

b psychische stoornissen te weten

1 aanpassingsstoornissen

2 psychotische reacties

3 dementie.

(B) Moeilijkheden samenhangend met andere aandoeningen (bijv. gelectotomeerde schizofrenie-patiënten die incidenteel een insult doormaken).

Het zal geen verbazing wekken dat symptomen die over het algemeen de prognose van epilepsie-patiënten somberder maken — met name psychomotore aanvallen, karakterveranderingen en dementie — bij uitstek redenen zijn voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Ter verduidelijking volgt een kort overzicht van de tien patiënten met epileptische symptomen die in 1968 werden opgenomen:

— patiënt F, 33 jaar, heropname wegens oligofrenie met sporadisch insulden, weer naar huis ontslagen.

— patiënten E, v. B. en W., resp. 38, 46 en 25 jaar. Opname voor ontwenningsskuur wegens chronisch alcoholmisbruik. Patiënt E. was reeds vóór zijn alcoholisme lijdend aan epilepsie. Patiënten v. B. en W. waren primair alcoholist en kregen epileptische verschijnselen in de abstinentiefase (zie Voordrachtenreeks 9e jaargang nov. 67, blz. 206 e.v.). v. B. bleek bovendien positieve luesreacties van de liquor cerebro-spinalis te hebben.

— patiënt D, 72 jaar, werd opgenomen wegens dementie en epileptische symptomen bij cerebro-vasculaire stoornissen.

— patiënten v. S., v. K., v. d. D., J. en S., resp. 19, 21, 23, 49 en 67 jaar werden opgenomen om redenen nauwer samenhangend met hun epilepsie. Zij kunnen dan ook beschouwd worden als psychisch gestoorde epileptici in engere zin. (3 ervan werden in de loop van '68 weer ontslagen).

Patiënten v. S., v. K. en v. d. D. vertoonden thuis ernstige gedragsstoornissen, voornamelijk gebaseerd op een uitgesproken ambivalente relatie met de moeder. Verder waren er moeilijkheden in de studie- en werksituatie en problemen naar aanleiding van homoseksuele benaderingen van een van hen.

Patiënt J. was vooral inactief, emotioneel labiel en paranoid, het laatste mogelijk niet eens ten onrechte. Overigens sliep hij tot ergernis van zijn vrouw driekwart van de dag als gevolg van te hoge doses voorgeschreven anti-epileptica.

Patiënt S. heeft nooit gewerkt en was al jaren volledig bed-patiënt in een verpleeginrichting. Hij werd uiteindelijk op zijn 67e jaar voor reactivering in Huize Padua aangemeld.

De laatste vijf patiënten gebruikten al zeer geruime tijd anti-epileptica, alleen de eerste en de laatste hadden nog last van insulden: de eerste vrij frequent optredende psychomotore aanvallen, absences en sporadisch een grand mal aanval, de laatste niet nader geklassificeerde wekelijksse aanvallen vóór opname in Huize Padua, daarna niet meer.

Indeling in categorieën — Uit het voorgaande blijkt dat er geen éénvormige problematiek is die tot opname van patiënten met epileptische symptomen in psychiatrische ziekenhuizen leidt. De patiënten zijn daarvoor ook te verschillend. Om een beter inzicht in de situatie te verkrijgen lijkt het noodzakelijk om tot een onderverdeling te komen van bedoelde 92 patiënten die in 1968 onder behandeling waren.

Klassificaties kunnen uiteraard op diverse gronden worden gerealiseerd, afhankelijk van de bedoeling die men er mee heeft.

Men kan groeperen volgens de meest uiteenlopende diagnostische en therapeutische criteria hetgeen voor de dagelijkse behandeling van de individuele patiënt stellig van veel belang is.

Voor dit overzicht leek ons het meest aangewezen de patiënten in drie klinisch duidelijk te onderscheiden categorieën in te delen (fig. 1).

Figuur 1

	a	
	b	
	c	
	d	
	e	
27 = 29%	21 = 23%	44 = 48%

diepe zwakzinnigheid + epil. smpt.

andere aandoeningen + epil. smpt.

a erfelijke syndromen en aanlegstoornissen;

b vroegkinderlijke traumatische stoornissen;

c later ontstane traumatische stoornissen;

d deficiënties, intoxicaties en metabole stoornissen;

e ontstekingen, tumoren en vasculaire stoornissen.

epilepsie s.s.

Categorie I: Diepe zwakzinnigheid (door heterogene oorzaken) gepaard gaande met epileptische verschijnselen. De 27 tot deze groep behorende patiënten zijn destijds voornamelijk wegens hun imbecillitas of idiotie opgenomen.

Categorie II: Aandoeningen van diverse aard die door hoedanigheid of uitbreiding niet hebben geleid tot diepe zwakzinnigheid doch wel gepaard gaan met epileptische verschijnselen:

— erfelijke syndromen en aanlegstoornissen (bijv. tubereuze sclerose): 5 patiënten;

— vroegkinderlijke traumatische stoornissen (bijv. het syndroom van Little en ook wel dat van Benedict): 3 patiënten;

— later ontstane traumatische stoornissen (hieronder vallen ook leucotomic-patiënten die daarna epileptische symptomen vertonen): 7 patiënten;

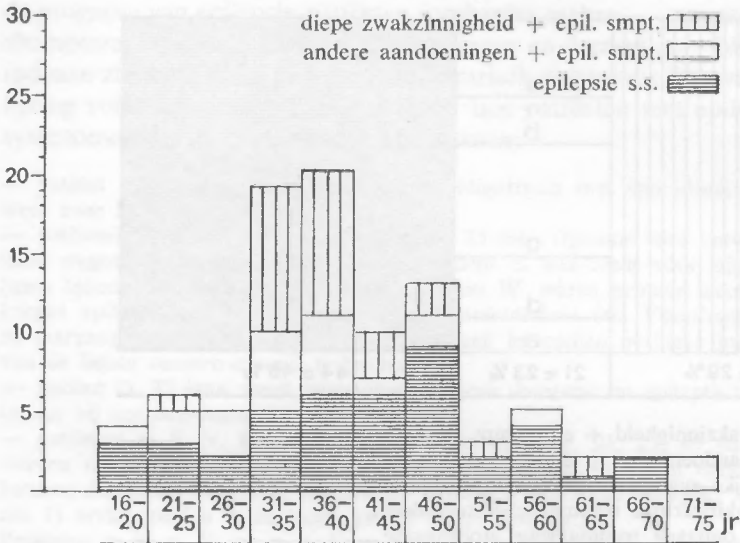
— deficiënties, intoxicaties en metabole stoornissen (bijv. alcoholisme): 4 patiënten;

— ontstekingen, tumoren en vasculaire stoornissen: 2 patiënten.

De opname-redenen van de 21 patiënten uit deze groep zijn uiteraard sterk uiteenlopend; vaak spelen de epileptische symptomen een min of meer ondergeschikte rol en vragen deze patiënten een ook onderling

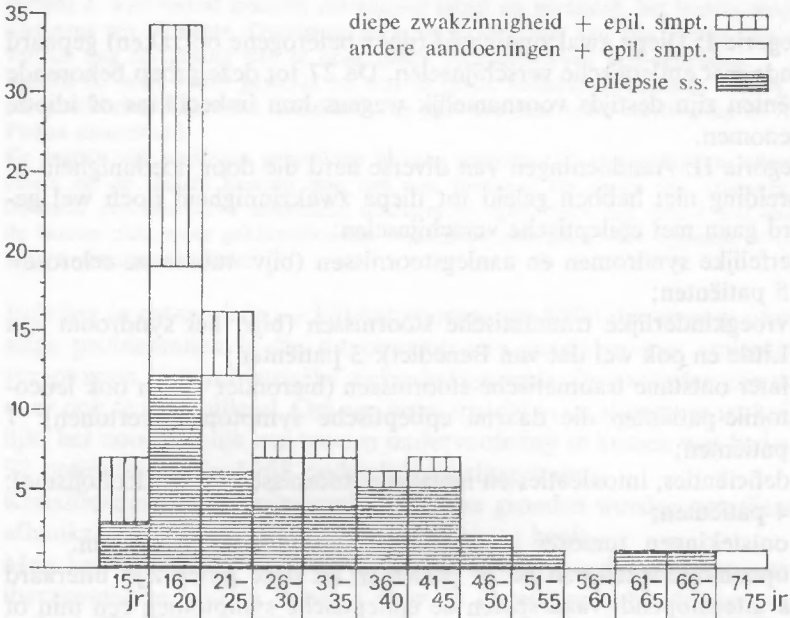
geheel verschillende aanpak vergeleken met patiënten uit de eerste en de nu volgende categorie.

Figuur 2



Leeftijd in 1968 van de 92 in 1968 klinisch behandelde patiënten

Figuur 3



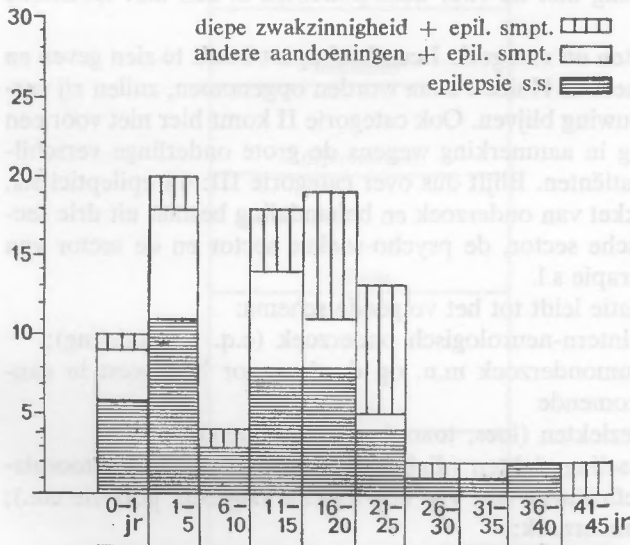
Leeftijd bij opname van de 92 in 1968 klin. behandelde patiënten

Categorie III: Psychiatrisch gestoorde epilepsie-patiënten in engere zin. Hierbij is de oorzaak van de epileptische manifestaties onbekend of heeft vroegkinderlijk aangegepen en uit zich in hoofdzaak niet anders dan in het epileptisch zijn van de patiënt, d.w.z. in het optreden van insulten en al dan niet voortschrijdende psychische stoornissen (aanvankelijk was met name de dementie bij deze patiënten niet zo sterk uitgesproken dat ze daarom in categorie I zouden behoren te worden ondergebracht). In dit overzicht wordt deze toestand kortweg epilepsie s.s. genoemd. In 1968 werden 44 patiënten met een dergelijke aandoening verpleegd en behandeld.

Een verdeling van de drie categorieën naar leeftijd in 1968 (fig. 2) laat zien dat de meerderheid van de patiënten tussen de 30 en 50 jaar oud was. Dit gold vooral voor de eerste categorie, hetgeen vermoedelijk enerzijds verklaard kan worden door het vrijwel niet meer opnemen van deze patiënten gedurende de laatste jaren, anderzijds door een geringere gemiddelde levensduur.

Vergelijking van de leeftijdsverdeling in 1968 met die bij opname (fig. 3) geeft een indicatie voor de lange verpleegduren van een aantal patiënten met epileptische stoornissen (fig. 4).

Figuur 4

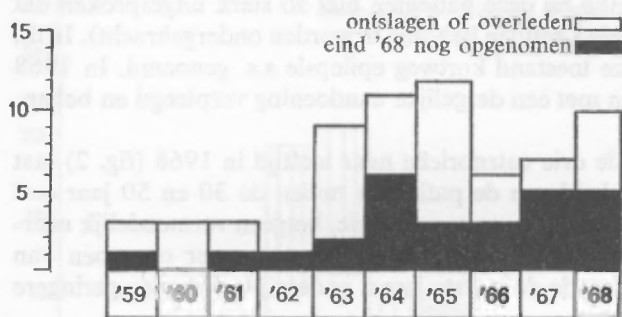


Verblijfsduur in Huize Padua van de 3 categorieën per 31-12-'68

In de grafieken is niet aangegeven of bedoelde patiënten voor de eerste maal dan wel voor een heropname in Huize Padua waren. Voorts is een aantal patiënten van eenzelfde jaargang of verpleegduren uiteraard vóór

'68 ontslagen of overleden. Van in totaal 65 patiënten die in de periode '59-'68 werden opgenomen verbleven er eind '68 nog 27 (41%) in Huize Padua (fig. 5).

Figuur 5



Van '59-'68 opgenomen patiënten (van alle categorieën)

Onderzoek en behandeling — Wanneer we ons nu afvragen wat de bevindingen zijn bij opgenomen psychiatrisch gestoorde patiënten met epileptische verschijnselen, dan komen we op de problemen van onderzoek en behandeling met de voor deze patiënten al dan niet specifieke trekken.

Aangezien patiënten uit categorie I een heel apart beeld te zien geven en in principe niet meer in Huize Padua worden opgenomen, zullen zij verder buiten beschouwing blijven. Ook categorie II komt hier niet voor een nadere bespreking in aanmerking wegens de grote onderlinge verschillen tussen deze patiënten. Blijft dus over categorie III: 44 epileptici s.s. Het standaardpakket van onderzoek en behandeling bestaat uit drie sectoren: de somatische sector, de psycho-sociale sector en de sector van verpleging en therapie s.l.

Nadere differentiatie leidt tot het volgende schema:

- (A) 1 algemeen-intern-neurologisch onderzoek (c.q. behandeling);
 2 laboratoriumonderzoek m.n. op de daarvoor het meest in aanmerking komende
 — infectieziekten (lues, toxoplasmosis, tuberculosis),
 — stofwisselingsziekten (diabetes, lever- en nierfunctiestoornissen, deficiënties o.a. van de vitamine B-groep, porfyrie etc.);
 — liquoronderzoek;
 3 electroëncefalografisch onderzoek;
 4 röntgenonderzoek van thorax en schedel plus pneumencefalografie.
- (B) 1 psychologisch onderzoek en behandeling (gedragstherapie);
 2 sociaal-maatschappelijk c.q. sociaal-psychiatrisch onderzoek en behandeling (het laatste vooral in samenwerking met de regionale

S.P.D.), een en ander evenals sector C in het kader van het
3 psychiatrisch onderzoek en behandeling.

(C) observatie en therapeutische beïnvloeding op de

- 1 verpleegafdeling,
- 2 arbeidstherapie,
- 3 bewegingstherapie,
- 4 creatieve therapie.

Het ligt voor de hand dat dit standaardpakket — gehanteerd door een

Figuur 6

andere medicamenten
largactil
majeptil
nozinan
tegretol
melleril
neuleptil
diphantoïne
valium
mysoline
luminal

De 10 het meest voorgeschreven medicamenten in onderlinge verhouding
(onafhankelijk van doses, vaak in combinaties, categ. I, II, III)

behandelingsteam — niet ten volle ten goede is gekomen aan de reeds langer geleden opgenomen patiënten.

We kunnen derhalve geen uitgebreide gegevens verstrekken betreffende de sectoren A en B, die op zich ook niet zo specifiek zijn of behoren te zijn voor het psychiatrisch ziekenhuis.

(*ad A—1*) De meeste patiënten hebben slechts sporadisch grand mal insulten. Psychomotore aanvallen en petit mal komen frequenter voor. Status epilepticus is zeldzaam. De laatste tien jaar is daar geen enkele patiënt aan overleden (wel werden 's morgens twee patiënten in buikligging dood op bed gevonden, één epilepticus overleed aan een subduraal haematoom als gevolg van een insult, één aan een merkwaardige dubbelzijdige thrombose van de arteriae carotis internae, één aan verslikking tengevolge van een insult terwijl deze chronische epilepsiepatiënt postmortaal een klein glioom in de linker temporaalkwab bleek te bezitten, andere patiënten overleden de laatste tien jaar aan aandoeningen niet samenhangend met hun epilepsie). In 1968 overleden 4 patiënten met epilepsie (categorieën I, II en III).

Van de tien het meest voorgeschreven geneesmiddelen kwam luminal nog steeds op de eerste plaats (fig. 6). Additionele therapie met psychofarmaca bleek veel voor te komen.

(*Ad A—3*) We willen hier slechts vermelden dat ca. 90% van categorie III patiënten duidelijk gestoorde eeg's hadden en wel passend bij de diagnose epilepsie en wijzend op een habituele cerebrale dysfunctie. De verschillen tussen diverse eeg's van eenzelfde patiënt waren soms opvallend groot, de afwijkingen meestal het sterkst uitgesproken tijdens hyperventilatie (ons inziens samenhangend met de door hyperventilatie veroorzaakte functionele inactivering van het respiratiecentrum, in relatie met de formatio reticularis leidend tot een verlaagde vigilantie).

(*ad B—1*) De afdeling psychologie (drs. Q. Ploegmakers—de Jonge) stelde op grond van de intelligentie-waarden bij opname van 27 van de 44 patiënten een vrij regelmatige, doch duidelijk onder het gemiddelde liggende verdeling van het totale I.Q. vast:

< 70	: 7 patiënten
70— 80:	6 patiënten
80— 90:	5 patiënten
90—110:	8 patiënten
>110	: 1 patiënt (I.Q. 113).

Over het algemeen was het performale I.Q. lager dan het verbale, doch op deze regel waren nogal wat uitzonderingen. Bij de meeste patiënten werd reeds bij opname tot een al dan niet ver voortgeschreden dementering geconcludeerd. Het is aan te nemen dat velen in 1968 ten opzichte van hun niveau bij opname in een lagere intelligentie-groep moeten worden geplaatst.

(*ad B—3*) De psychotherapeutische bemoeienissen beperkten zich in hoofdzaak tot eenvoudige gesprekstherapie met enige suggestieve, psychagogische resp. orthopedagogische inslag. Voor daartoe in aanmerking komende gevallen moet in de toekomst groeps- en gedragstherapie worden gerealiseerd. De wel gepropageerde psycho-analytische behandelingswijze zal mede gezien de meestal verlaagde intelligentie bij onze patiënten nauwelijks in aanmerking komen.

(*ad C—1*) Op de verblijfsafdelingen heeft het waarnemend hoofd van de verpleging (Br. Bosco Verdel) naar aanleiding van dit overzicht de gedragingen en eigenaardigheden van patiënten met epileptische symptomen opnieuw laten vastleggen. Hierbij werd vooral ook gelet op verschillen met patiënten van ongeveer dezelfde leeftijd en van dezelfde afdeling, maar zonder epilepsie.

De grote meerderheid van de 44 categorie III patiënten toonde in meerdere of

mindere mate het klassieke beeld van de 'gestichtsepilepticus' waarmee ten onrechte de ambulante maatschappelijke epilepticus wel is geïdentificeerd. De habitus bleek vaak pycnisch-dysplastisch, de verzorging van kleding en lichaam meestal goed. Het gedrag kon kinderlijk afhankelijk, gedwee, onderdanig, volgzzaam, behulpzaam, wat theateraal en hyperreligieus zijn, dan weer hautain, veel-eisend, eigenzinnig, overkritisch, prikkelbaar en egocentrisch.

Vaak waren de patiënten traag, persevererend, klevend aan personen en zaken, klevend aan details, klagerig-kleinzerig en hypochonder (het aantal echte psychosomaten lijkt opvallend gering te zijn). Steeds weer vertoonden veel patiënten een snel opkomende agressiviteit, waarbij hun traagheid op slag verdween. Onmatigheid in eten en drinken werd door hen niet geschuwd. Over hun seksuele activiteiten waren geen duidelijke gegevens te krijgen, over het algemeen boden ze op dit gebied geen bijzondere moeilijkheden.

De intellectuele capaciteiten hingen uiteraard ten nauwste samen met de graad van dementie, het geheugen leek relatief nog het meest gespaard. Dikwijls wisten zij beter dan andere patiënten nog enige variaties te brengen in hun toch een-tonige bestaan.

Daarnaast frustreerden ze met hun eigenaardigheden regelmatig hun medepatiënten waardoor conflicten ontstonden die alleen waren op te lossen door de epilepsie-patiënt buiten de groep weer tot zichzelf te laten komen.

Wanneer hun aantal niet te groot was (hetgeen ook geldt voor andere categorieën psychiatrische patiënten) konden zij in de groep redelijk goed worden opgevangen en werden zij ook wel geaccepteerd door de andere patiënten die hen soms hielpen bij optredende insulten.

Vijf patiënten gaven een principieel ander beeld te zien en wel in die zin dat herhaaldelijk van een psychotische toestand moest worden gesproken waarbij in de aantekeningen van vroeger nogal eens het woord schizofreen kon worden gevonden o.a. op grond van habitueel autistisch gedrag. De psychotische symptomen waren wiselend, ook per patiënt. Soms periodiek, soms meer chronisch traden hysterisch-extatische toestanden op, vaak sterk religieus gekleurd. Daarnaast werden ook paranoïde en manisch-depressieve reacties gezien. Hoewel veel over deze psychotische toestanden bij epileptici is geschreven zijn bruikbare therapeutische richtlijnen schaars, althans voor zover ons bekend. Zo nodig werden deze patiënten van de verblijfsafdeling naar een opnameafdeling teruggeplaatst voor verdere behandeling, eventueel ook met psychofarmaca.

(ad C—2) Op de afdeling arbeidstherapie (hoofd Br. Lucas Jonk) had men in 1968 de volgende ervaringen met categorie III patiënten.

Er moest een compromis gevonden worden tussen enerzijds de noodzakelijke veiligheidsmaatregelen en anderzijds een meer gedifferentieerde werkwijze ook voor deze patiënten (o.a. machinale arbeid). Te grote omslachtigheid van werken kon worden tegengegaan door het creëren van speciale werksituaties. Samenwerking met gelijk geaarde epileptici bleek vaak niet mogelijk. Bij samenwerking met anderen moest men deze inlichten over de mogelijkheid van het onverwacht optreden van insulten en agressie zodat angsten en eventuele schuldgevoelens van die kant zo mogelijk werden vermeden. Doorgaans bleken de psychisch gestoorde epileptici niet in staat een willekeurig groepje patiënten te leiden. Wel konden zij een deel-verantwoordelijkheid krijgen, met name controle over de kwaliteit van het produkt. Op het gebied van kwaliteit kon ook worden gewedijverd met andere patiënten (mits de dementie niet te ver was voortgeschreden). Bij wedijver in kwantiteit ontstonden vaak moeilijkheden: de dosering van bewegingen en het beheer der krachten raakten ontregeld, waardoor de kwaliteit zakte en de patiënt prikkelbaar en agressief werd. De combinatie van een vlot tempo en een goed produkt was zelden haalbaar.

Frustratie-tolerantie en het optreden van insulten bleken inderdaad sterk afhankelijk te zijn van en beïnvloedbaar door een de patiënt bevredigende arbeids-

situatie. Tactische d.w.z. niet rechtstreeks tegen hen ingaande benadering met zo mogelijk tijdige onderkenning van eigen — negatieve — tegenoverdrachtstendenzen bleek de beste resultaten af te werpen, zo ook in de andere therapeutische situaties.

(*ad C—3*) Op de afdeling bewegingstherapie (hoofd de heer F. A. van Rooij) werd bij psychisch gestoorde patiënten met duidelijke insulden in de anamnese een wel specifiek bewegingsbeeld gezien: de bewegingssituatie bleek vrijwel steeds een sterk appèl op een dergelijke patiënt te doen, een appèl waaraan hij zich niet kon onttrekken. Hij moest zich bewegen en zodoende was er meer sprake van gespeeld worden dan van zelf te spelen. Bovendien was het speelveld dikwijls a.h.w. beperkt tot zijn onmiddellijke omgeving, hij gunde zich geen speelruimte, het feitelijk tot zijn beschikking staande veld was niet van hem, hij overzag het niet en hij beheerde het niet. De coördinatie van bijv. optische waarnemingen en bewegingen, vooral van de onderste ledematen was slecht, evenals de bewegingsdosering en de timing.

De reactie op nieuwe bewegings- of spelsituaties was afwijkend als gevolg van een gebrekkig inzicht in de aan deze situaties inherente bewegingsmodaliteiten. De bewegingen werden als het ware blindelings ingezet zonder rekening te houden met te verwachten moeilijkheden bepaald door de situatie en/of eigen beperkte mogelijkheden. Men kreeg de indruk dat de patiënt zich hoegenaamd geen voorstelling maakte van de te volvoeren beweging, dat een adequaat taxerende situatie-evaluatie ontbrak (mogelijk samenhangend met een te globale d.w.z. niet geleed zijnde lichaamsbeleving bij een te grote en éénzijdige affectieve betrokkenheid op de situatie). Epilepsie-patiënten stopten nooit om een nieuwe — betere — aanloop te nemen: er werd gesprongen en van de valpartijen leerden deze patiënten niet veel, ze waren eigenzinnig en werden prikkelbaar als corrigerende aanwijzingen werden gegeven. Het tempo bleek tijdens de bewegingsopdrachten en in het spel niet vertraagd. Insulden kwamen opvallend weinig voor. Door de compulsieve inzet, de slechte taxatie en dosering, de a.h.w. vrijwel tot zichzelf beperkte bewegingsruimte waarin medespelers geen plaats konden vinden, de oncorrigeerbaarheid etc. léék de epileptische patiënt in deze hem kennelijk erverende situatie a-sociaal waardoor conflicten ontstonden.

Op grond van bovengenoemde ervaringen acht de bewegingstherapeut deze patiënten met hun minimale zelf-correctie mogelijkheden bij maximale inzet niet op hun plaats tussen andere psychiatrische patiënten (waarmee hij dus een uitzonderingspositie inneemt).

Overigens bleek de motoriek uiteindelijk toch weinig voor verbetering vatbaar, het sociale gedrag iets meer.

(*ad C—4*) De afdeling creatieve therapie (hoofd de heer C. M. v. d. Eijnde) heeft hoofdzakelijk ervaring gekregen met epileptische patiënten van matige tot zeer matige intelligentie (I.Q. 70—100).

In hun verfsels werd regelmatig een combinatie van de volgende trekken gezien:

- stereotypieën en perseveraties;
- vooraf tekenen van de voorstellingen hetgeen meer mogelijkheden tot detailering en perseveratie biedt, waarna invullen van de vlakken met ongemengde kleuren op niet-individuele, traditionele wijze;
- agressief-sexuele en paranoïde aspecten in de themata: kanonnen, tanks en duikboten, resp. rasterwek op deuren en ramen;
- van vlak-lege, via onecht-demonstratieve tot explosieve sfeer van de produkten.

Er kan worden gesteld dat door observatie en onderzoek veel 'data' worden verzameld. Ze worden helaas vaak nog onvoldoende systematisch-wetenschappelijk benut bij het vaststellen van het behandlungsplan. Pas op de tweede plaats lijkt uitbreiding van het pakket van onderzoek en

behandeling te overwegen.

Gerhard Schorsch schrijft in 'Psychiatrie der Gegenwart' (Springer Verlag '60, bnd II, blz 679 e.v.) dat het totale beeld van de psychisch gestoorde epilepticus wordt bepaald door: de premorbide aanleg, het epileptische 'proces' (incl. de medicatie!) en de reactie van de patiënt op zijn ziekte en op de houding van zijn omgeving, waarbij hoop wordt afgewisseld door ontmoediging, verbittering en vertwijfeling en de angst voor verlies van contact met de gemeenschap hem enerzijds zeer ambivalent op die gemeenschap richt, hem anderzijds drijft in de pseudo-geborgenheid van zijn hyperreligiositeit.

Zijn door de ziekte veroorzaakte stoornissen overdekken volgens Schorsch een eigen aard die goedig, open, ijverig en gedienschtig is, dankbaar voor toenadering en waardering van zijn menselijke waarde.

Zolang er geen integrale gezondheidscentra zijn i.p.v. aparte zogenaamd algemene ziekenhuizen én psychiatrische ziekenhuizen, behoren o.i. de psychisch gestoorde epileptici voorsnog tot het indicatie-gebied van de laatst genoemde, regionale instituten (met uitzondering van incorrigeerbaar hyperagressieve of diep-oligifrene patiënten die een leefklimaat ook voor de anderszins psychiatrisch gestoorde patiënten onmogelijk maken).

De patiënt lijkt zich in een dergelijk instituut thuis te voelen en hij biedt bij de huidige stand van zaken geen wezenlijk andere problemen dan zijn niet-epileptische mede-patiënt. Door uitvoerig klinisch onderzoek en observatie in de diverse sectoren dienen de meestal zeer summieere gegevens bij opname te worden aangevuld met zinvolle 'data', die beter dan voorheen moeten worden gebruikt voor het opstellen van algemene richtlijnen en de bepaling en begeleiding van de diverse op het individu afgestemde therapeutische maatregelen van somatische, psychologisch-psychiatrische, sociale en actievare aard.

De hiertoe noodzakelijke research zal grotendeels in goed geoutilleerde psychiatrische ziekenhuizen kunnen en moeten geschieden, vanzelfsprekend in samenwerking met andere instanties (bijv. de Federatie voor Epilepsie-bestrijding in Nederland) die we daartoe mede op hun verzoek met dit globale overzicht een beeld hebben willen verschaffen van cijfermatige relaties en klinische impressies betreffende patiënten met epileptische symptomen, opgenomen en behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis.

SUMMARY

Several statistical facts and clinical impressions of 92 patients with psychic disabilities and epileptic symptoms are brought forward in order to promote further combined research in this field.