

ENKELE OVERWEGINGEN BIJ DE OPNAME VAN EEN ZWAKZINNIG KIND IN DE INRICHTING

door mej. J. DE BOER, zenuwarts

De opname van een zwakzinnig kind in een inrichting is steeds weer een groot evenement, dat vele en veelsoortige gevoelens wakker roept bij al diegenen, die bij de opname betrokken zijn. Ieder Uwer is herhaalde malen geconfronteerd geweest met het probleem der oligofrenie; ieder Uwer heeft zwakzinnige patiënten behandeld; velen Uwer bedrijven voor- of nazorg op dit gebied. Ik stel mij dus niet voor dat ik in staat ben, U bijzondere of nieuwe dingen te vertellen. Ik wil slechts enkele overwegingen met U bespreken, die ons, inrichtingsartsen, door het hoofd spelen wanneer wij een nieuwe patiënt in de inrichting opnemen, daarbij uitgaande van de zeer gewone dingen, zoals die zich bijna dagelijks aan ons voordoen.

Mij intrigeert altijd weer het grote aantal mensen, dat bij een opname betrokken is, alsmede de hoeveelheid brieven en telefoongesprekken die nodig is om een opname tot stand te brengen. Vaak beslaan de bemoeienissen rondom één enkele patiënt een periode van maanden. Ouders, huisartsen, psychiaters in provinciaal of gemeentelijk verband, maatschappelijke werksters, wijkverpleegsters, zij allen hebben hun werk gedaan voordat en opdat de opname van een zwakzinnig kind een feit wordt. De inrichtingsarts is veelal de laatste die zich schaart in de kring rondom het kind. Hij is de laatste schakel in de beschermende ring die om het kind gelegd wordt. Hij neemt het kind over van een maatschappij, die de aanwezigheid van de zwakzinnige als storend en ongewenst ervaart; van een gezin, dat de lasten van dit ene gehandicapte kind niet langer dragen kan. De inrichtingsarts is degene, die voortaan dit zwakzinnige kind beschermen, c.q. verzorgen en behandelen zal, die richting zal geven aan de rest van zijn leven. Verdwijnt het kind bij de opname min of meer uit de gezichtskring van allen die ambtelijk met hem te maken hadden, voor de inrichtingsarts breekt nu juist de tijd aan van intensieve bemoeienis.

Een allerm minst theoretische vraag dringt zich aan ons op. Is het, gezien het gebrek aan plaatsruimte en het grote aantal opnameaanvragen dat uit de maatschappij tot ons komt, verantwoord om dit speciale kind op te nemen? Welke motieven leiden ons wanneer wij overgaan tot de plaatsing van een zwakzinnig kind? Alle inrichtingen zijn praktisch geheel gevuld. Nieuwbouw vindt plaats, maar het aantal nieuwe plaatsen blijft ontoereikend om te voldoen aan de eisen van de maatschappij. De wachtlijsten blijven lang. De mutatie in de inrichtingen is gering. Ontslag van een patiënt is een zeldzaam evenement. Het aantal sterf-

gevallen is gering. In onze eigen inrichting maakten we in de voorafgaande jaren ongeveer 15 sterfgevallen per jaar mee. Het is te voorzien, dat het sterftecijfer in de komende jaren zal stijgen, maar op dit ogenblik is de mutatie door sterfgevallen zeer gering. Blijft dus de vraag: is het verantwoord, dit speciale kind een van onze kostbare plaatsen af te staan? Bepalen we ons tot onze eigen inrichting, 's Heerenloo-Lozenoord. We zijn in het gelukkige bezit van een nieuw, ruim observatiepaviljoen, dat berekend is voor 36 patiënten. Onze wachtlijst is lang, slechts aan een klein deel van de opname-aanvragen kan worden voldaan. Wie zal de urgentie bepalen? Iedere SPD-arts, iedere gemeentepsychiater heeft een lijst met namen van zwakzinnigen uit zijn eigen rayon, namen die stuk voor stuk een wereld van leed en wanhoop vertegenwoordigen. Regelmatig wordt aan de inrichtingen een copie van zo'n lijst toegestuurd, steeds weer ziet de inrichtingsarts de namen van patiënten, die nog maar niet opgenomen zijn. Sommige namen zijn hem een obsessie geworden. Nogmaals, wie zal objectief de urgentie van elk geval bepalen? Is dat Utrechtse kind werkelijk urgenter dan het Gelderse, dan het Overijsselse, waar de huisarts nu al zo vaak over opgebeld heeft?

Er is een tijd geweest, ook in onze inrichting, dat het letterlijk onmogelijk was, een nieuwe patiënt op te nemen. Er zijn grenzen, ook aan de opnamecapaciteit van onze toch waarlijk wel elastische paviljoenen. Iedere geneesheer-directeur moet het bijzonder onbehagelijke gevoel kennen, wanneer hij „neen” moet zeggen op iedere nieuwe aanvraag, wanneer hij zelfs zover komt, dat hij een nieuwe aanvraag niet eens meer op de wachtlijst durft te zetten om geen valse verwachtingen bij de aanvrager wakker te roepen. De aanvrager begrijpt dit niet steeds. Hij denkt misschien aan onwil van de kant van de inrichting. Omdat hij de inrichtingsproblematiek slechts oppervlakkig en vaak eenzijdig beziet, ontstaat er bij hem wanbegrip en zelfs wantrouwen. De inrichtingsarts weet, dat het in zekere situaties verantwoord kan zijn „neen” te zeggen tegen elke aanvraag uit de maatschappij. Hij weet, dat zich intern situaties kunnen voordoen, waarbij men de opname tijdelijk moet stopzetten.

Wil een inrichting voor zwakzinnigen doelmatig functioneren, dan moet aan bepaalde voorwaarden zijn voldaan. De verpleging van zwakzinnige kinderen, vooral wanneer het idioten en laagstaande imbecillen betreft, eist in de eerste plaats voldoende ruimte en voldoende personeel. Wil men de zwakzinnigen verzorging niet terugbrengen tot een vreugdeloos en uitzichtloos opbergsysteem, dan dient men te streven naar voldoende kubieke ruimte per patiënt, en niet minder naar een redelijke hoeveelheid grondoppervlak per patiënt. Het aantal totaal-hulpbehoevenden, die uit-

sluitend bedverpleging behoeven en relatief weinig ruimte eisen, is dalende, enerzijds door de toenemende mogelijkheden van actief-orthopedisch ingrijpen, waarbij ook het werk van de masseurs en de bewegingstherapeuten genoemd dient te worden, anderzijds door de actievare instelling van het verplegend personeel, dat er a.h.w. van uit gaat, dat een patiëntje, dat bedlegerig wordt opgenomen, moet leren zitten, kruipen en lopen, en dat zich ook graag de tijd en de moeite getroost het kind met eenvoudige middelen te mobiliseren.

Voor het idiote kind dat wel lopen kan, is zeer veel ruimte nodig, ruimte die gebruikt moet worden voor spel, desnoods alleen maar voor het uitleven van de bewegingsdrang, die de toeschouwer doelloos en ongericht moet voorkomen, maar die voor het idiote kind levensvoorwaarde is. Zou men, hoe dan ook, deze voor hem natuurlijke levensuiting van het kind onderdrukken, dan berokkent men ernstige schade aan de ontwikkeling van het kind, men vergroot de risico's voor de omgeving en men degradeert de verzorging tot het obsoleete fixatiesysteem. Onze zwakzinnige patiëntjes dienen geobserveerd te worden, niet alleen in dit zogenaamde observatiepaviljoen, maar in principe in elk paviljoen. Het observeren kost veel ruimte en veel personeel. De handvaardigheid en de motoriek van de patiënten moet geëfend worden, niet alleen in school en werkplaats, maar ook in het paviljoen. Kinderen die daarvoor in aanmerking komen, dienen pedagogische leiding te ontvangen. Bij vele idioten moet men tenminste een zekere dressuur kunnen toepassen. Voor al deze facetten van het werk in een zwakzinnigeninrichting is veel ruimte en veel personeel nodig.

Zou een zwakzinnigeninrichting ertoe overgaan, door de nood in de maatschappij gedwongen, het aantal patiënten te groot te maken in verhouding tot de beschikbare ruimte en het aanwezige personeel, dan bewerkt hij zijn eigen ondergang. Overbezetting van de paviljoenen verlaagt het peil. Medisch-hgiënisch dreigen gevaren van uiteenlopende aard. Voor pedagogiek en zelfs voor dressuur is geen tijd en geen ruimte beschikbaar. Noodgedwongen draait men zodoende de klok terug, de zwakzinnigenverzorging bestaat dan nog slechts uit voorziening in de directe levensbehoeften: eten en drinken, een bed en schone kleren. Noch tegenover de patiënten, noch tegenover de maatschappij is zulk een handelwijze verantwoord. Juist met het oog op de wan toestanden die in een zwakzinnigeninrichting kunnen ontstaan door gebrek aan ruimte en door relatief personeelsgebrek, is de inrichtingsarts gerechtigd de opname stop te zetten tot de omstandigheden weer ten goede veranderd zijn. Inrichtingen voor zwakzinnigen kunnen niet makkelijk een paviljoen sluiten, zoals men bij wijze van noodmaatregel in psychiatrische inrichtingen wel kan doen, omdat daar de bevolking toch iets vlottender is. Beperking en zelfs

stopzetting van de opname kan onvermijdelijk zijn om de inrichting te behoeden voor een snel en zeker afglijden naar verpaupering, verruwing en afstomping.

De inrichtingsarts overweegt nog een derde factor. In iedere inrichting moet men streven naar een zeker evenwicht tussen het percentage niet-aanspreekbare diep-oligofrenen, die praktisch uitsluitend verzorging nodig hebben en hoogstens voor dressuur in aanmerking komen en het percentage aanspreekbare, „betere kinderen”, wat voor onze inrichting betekent: imbecillen, die op eenvoudig en simpel niveau te bereiken zijn. Deze differentiatie is een *conditio sine qua non*. De praktijk wijst uit, dat de opbouw van een paviljoen met uitsluitend onbereikbare idioten ongewenst is. In elk paviljoen moet een aantal patiënten zijn, „die men iets leren kan”. Wat voor een enkel paviljoen geldt, geldt zeker ook voor de inrichting als geheel. Wordt het percentage onbereikbare idioten te groot, dan dreigen er gevaren van afstomping en verlaging van het peil. Voor onze eigen inrichting ligt het percentage idioten vrij hoog. Ons personeel werkt met veel plezier onder deze groepen idioten, als er maar een zekere afwisseling in het werk gebracht kan worden; in concreto: als ze ook maar in de gelegenheid gesteld worden van tijd tot tijd op de imbecillenzalen van datzelfde paviljoen te werken. Over langere termijn bezien moeten wij constateren, dat het percentage idioten groter wordt. Datzelfde lot treft op den duur alle inrichtingen. Debiele en licht-imbecille kinderen kunnen dikwijls thuis verzorgd worden en geplaatst worden op de BLO-school of in de beschutte werkplaats. Het aanbod uit de maatschappij betreft voornamelijk idioten en ernstig-defecte imbecillen. In zekere zin hebben wij het feit van de idiotisering van de inrichting te accepteren. Wij hebben niet het recht om, met het oog op de zo gewenste differentiatie, consequent de onbereikbare idioten uit de inrichting te weren. Juist deze categorie is in de maatschappij zo moeilijk op te vangen. Wij hebben niet het recht de wachtlijst na te snuffelen op zoek naar leuke scholkindertjes. Maar er is een middenweg. Ook in de opnamepolitiek van een inrichting mag het evenwicht tussen bereikbare en onbereikbare oligofrenen tot uiting komen. Dreigt in een inrichting de differentiatie verloren te gaan door een onevenredig sterke stijging van het aantal idioten, waardoor onbestuurbaarheid en onverpleegbaarheid van de hele inrichting kunnen ontstaan, dan kan als tijdelijke noodmaatregel de verdere toevloed van zeer ernstiggestoorde oligofrenen beperkt moeten worden.

Een vierde factor, die in dit opzicht gewicht in de schaal werpt, is de veroudering van een inrichting. 's Heerenloo is beroemd om zijn bejaardenprobleem. Onze oudste patiënte is een dame van 78 jaar en we achten het een voorrecht haar te mogen

verzorgen. Diverse patiënten halen met gepaste trots van tijd tot tijd hun zakcentje van Drees. Intern geeft de aanwezigheid van deze oude mensen geen moeilijkheden, al dient men zich te realiseren dat op den duur toch speciale voorzieningen nodig zullen zijn, om deze patiënten een rustige oude dag te verzekeren. Maar de veroudering van een stichting als geheel staat ons als schrikbeeld voor ogen. Alleen de opname van een aantal zeer jonge kinderen waarborgt het behoud van de zo noodzakelijke leeftijdsspreiding. Het voortbestaan van de BLO-school is voor een inrichting van vitaal belang. De arbeidstherapie is, bij gebrek aan jonge en matig-oude patiënten, ten dode opgeschreven of valt tenminste terug op het niveau van de allersimpelste routinewerk. Hoewel het dus, van inrichtingszijde bezien, gewenst is de leeftijdsspreiding te garanderen door de opname van uitsluitend jonge kinderen, toch mag men de ogen niet sluiten voor het probleem van de oudere zwakzinnige, die in de maatschappij verkeert. Juist bij deze categorie is de nood hoog. Soms betreft het kinderen van 16 tot 20 jaar, soms gaat het om ouderen, die onverzorgd achterbleven na het overlijden van de ouders. Het opnemen van zo'n oudere patiënt kost ons steeds veel hoofdbrekens. De aanpassing van de patiënt is bijzonder moeilijk. De inpassing in een groep stelt ons voor grote problemen. Toch ligt het op de weg van iedere inrichting, van tijd tot tijd de helpende hand uit te steken juist naar deze groep van misdeelden, die hulpeloos zijn en ongeholpen blijven.

Wanneer de situatie in een inrichting precair komt te liggen wat betreft de verpleegbaarheid en de bestuurbaarheid, dan kan een directeur in de noodzaak komen te verkeren op zeker moment „neen” te moeten zeggen tegen elke nieuwe aanvraag of tot een bepaalde categorie van aanvragen. Deze opmerkingen zijn allerminst theoretisch, ze stammen regelrecht uit de praktijk. Onze eigen inrichting heeft een hoog percentage idioten. Wij hebben zo goed als geen debielen, wat de mutatiemogelijkheid sterk ten ongunste beïnvloedt. Wij staan voor een toenemende veroudering van de bevolking. Deze opmerkingen worden ook in alle openhartigheid gemaakt, opdat de niet-inrichtingsarts in kennis worde gebracht met de typische inrichtingsproblematiek, en dus met de motieven, die een directie tot het tijdelijk neewoord bewegen. Het neewoord dat asociaal en antisociaal schijnt te zijn, maar dat onder bepaalde omstandigheden, en naar eer en geweten gegeven, slechts dient om de inrichting te conserveren tot wat zij dient te zijn: een instituut dat aan de maatschappij dienstig moet zijn, om ook bij de voortduur aan diegenen een menswaardig bestaan te verschaffen, die dat bestaan in de maatschappij zelf niet kunnen vinden.

De inrichtingsdirectie moet autonoom zijn in haar beleid, ook

in haar opname beleid. Wanneer een bepaalde opname strijdig is met het belang van een inrichting, dan moet een directeur het recht hebben deze opname te weigeren, of, zomogelijk, tot een later tijdstip uit te stellen. Hoe paradoxaal het ook klinken moge, de autonomie in het opnamebeleid mag nooit absoluut zijn, maar afhankelijk van een geweten dat rekening durft houden met de inrichtingsbelangen maar ook met de noden van de maatschappij.

Wat nu de opname zelf betreft: welke kinderen komen het eerst in aanmerking voor opname? Men kan natuurlijk de oudste aanvragen het eerst afhandelen, en wij hebben dat ook zeer zeker wel gedaan. Wel hebben we daarbij soms de vreemde ervaring opgedaan, dat enkele namen van de wachtlijst zonder meer geschrapt konden worden, omdat de betrokken kinderen allang elders opgenomen waren. Het is uiterst moeilijk om vanuit de inrichting, a.h.w. van achter het bureau vandaan, de urgentie van een geval zuiver en objectief te beoordelen. Wij krijgen onze gegevens van de diverse ambtelijke diensten, en de terminologie waarin deze gegevens vervat zijn, wordt uiteraard niet door iedereen in dezelfde zin gehanteerd. Wat de een een krepeergeval noemt, duidt de ander aan als „t.z.t. in aanmerking komende voor opname”. De ene collega legt de nadruk op het belang van het kind, een ander is meer begaan met het lot van de overspannen moeder of de verwrongen verhoudingen in het gezin.

Wij, inrichtingsartsen, weten over het algemeen bitter weinig af van de omstandigheden waaronder onze aanstaande patiënten in de maatschappij verkeren. Wij nemen het kind over uit een milieu dat we niet kennen. Wij kennen niet de moeilijkheden van de provinciale psychiaters, die op hun spreekuren steeds maar weer moed en geduld moeten inpraten aan de ouders. In het voorgaande heb ik getracht te suggereren dat de niet-inrichtingsarts kennis dient te nemen van het werk in de inrichtingen en de specifieke inrichtingsproblematiek; daartegenover stel ik nu, dat de inrichtingsarts zich op de hoogte dient te stellen van de grote problematiek, die zich rondom het zwakzinnige kind in de maatschappij vormt. Hij moet dit in de eerste plaats doen terwille van een beter begrip voor zijn a.s. patiëntje. Hij moet proberen de sociogene factoren op te sporen, die in dit geval misschien een rol spelen. Verder is het van het grootste belang dat de inrichtingsarts komt tot een positieve en vruchtdragende samenwerking met zijn collega's in de maatschappij, m.n. met de psychiaters in provinciaal of gemeentelijk verband en met de huisarts van patiëntje. Dit voorkomt voor de inrichtingsarts ook het zich blindstaren op en de funeste afkapseling in de interne inrichtingsproblematiek. Ik suggereer zeer bepaald niet, dat de

inrichtingsarts pogingen gaat doen de zwakzinnigenvoorzorg los te weken uit het ambtelijk verband. Wel pleit ik voor een nauwere samenwerking tussen maatschappij en inrichting, tot een gezamenlijk doorspreken van de moeilijkheden, zowel die uit de maatschappij als die uit de inrichting. Het komt mij voor dat het een aanzienlijke besparing van tijd, werk en misschien ook ergernis zal betekenen, wanneer ambtelijk psychiater en inrichtingsarts spreken over een patiëntje dat ze beide kennen. Misverstand is uitgesloten, men weet waarover men spreekt.

Het is gewenst, dat aan iedere inrichting tenminste één arts verbonden is, die de opnamen zodanig voorbereidt, dat men in de inrichtingen niet meer voor verrassingen komt te staan wat betreft de aanpassingsmogelijkheden, het gedrag en de intelligentie van de aanstaande patiënt, en tevens dat men een getrouw beeld krijgt, in geijkte en voor ieder begrijpelijke terminologie, van de omstandigheden waaronder het kind in zijn milieu leeft. Overhaaste opnamen komen dan niet meer voor. De administraties van de inrichtingen hoeven niet meer bang te zijn, dat de officiële documenten niet op tijd binnnen zijn. Het zal niet meer voorkomen, dat een krijsend, agressief, eretisch idioot kind de stoep opspartelt, van wie de huisarts op de hem toegezonden ziektegeschiedenis slechts één bijzonderheid wist in te vullen, nl. debilitas mentis! Het zal niet meer voorkomen, dat door de officiële instanties over de hoofden van de patiënt en zijn ouders heen gewerkt wordt. Het gebeurt een enkele keer, dat wij van een ambtelijke dienst een verzoek om opname van een kind krijgen. Als wij contact met de ouders opnemen, blijkt dan, dat deze mensen onaangenaam verrast zijn door onze bemoeienis. Ze hebben indertijd wel eens bezoek gehad van een dokter die over het kind kwam praten, maar van opname is nauwelijks gesproken. Ons bezoek wordt dan ervaren als een ongewenst indringen in de familieomstandigheden en het kost veel tijd de mensen te doen inzien, dat we niet op pad zijn om patiënten te werven, maar dat we handelen op verzoek van de sociaal-psychiatrische dienst. Wanneer het komt tot een prettige en collegiale samenwerking tussen de ambtelijke arts en de inrichtingsarts, waarbij a priori eigenbelang en persoonlijk prestige buiten beschouwing kunnen blijven, dan komt deze samenwerking zowel aan de maatschappij als aan de inrichting ten goede. Het eventuele „neen” van de inrichting zal een verantwoord en voor de SPD aanvaardbaar „neen” kunnen zijn. Dan zal anderzijds iedere nieuwe melding uit de maatschappij door de inrichting zeer nauwgezet en scrupuleus bekeken moeten worden. Maar dan zal ook iedere beslissing door beide partijen aanvaard kunnen worden, in het weten, dat zowel de inrichtingsarts als de ambtelijke psychiater slechts één doel voor ogen heeft, nl. het welzijn

van de geestelijk-gestoorde medemens.

Er is nog een ander, zeer praktisch voordeel verbonden aan de direkte bemoeienis van de inrichtingsarts met zijn a.s. patiëntje. Wanneer het eerste contact tussen de inrichtingsarts en de ouders pas bij de opname gelegd wordt, staat men wat onwennig tegenover elkaar. Voor de meeste ouders betekent het overdragen van een kind aan de inrichting een ernstig psychotrauma. We laten hier de gemakzuchtige ouders buiten beschouwing; we zien ze hoogstens eenmaal per jaar terug, wanneer ze op bezoek komen (liefst in de zomer, want dan kun je op 's Heerenloo zo mooi wandelen en in de zon zitten). We bedoelen hier de redelijk-intelligente ouders, die een goed inzicht in de stand van zaken hebben wat hun kind betreft, die jarenlang met het kind omgetobd hebben en tenslotte inzagen, dat ze het niet langer aankonden, dat ondanks hun moeite, het kind toch niet kreeg wat hem toekwam.

Wanneer het eerste contact met deze toch al ontwrichte mensen pas tot stand komt wanneer ze hun kind hier bij ons komen brengen, dan is er van echt vertrouwen en van vertrouwelijkheid geen sprake. De ouders zijn onwennig en geremd. De routinevragen van de arts worden ervaren als een aanslag op intimiteit en privacy. De opnamesituatie maakt de moeder dermate nerveus en gespannen, dat ze van de zwangerschap niets weet te vertellen, of hoogstens aangeeft zenuwachtig te zijn geweest. Later blijkt dan, dat er wel degelijk concrete aanknopingspunten aanwezig waren. Bij het opnemen van de gegevens betreffende familie en erfelijkheid komt het vaak voor, dat de ouders onjuiste inlichtingen verstrekken; soms uit domheid, soms met de bedoeling de eer van de familie te redden; soms klappen ze zelfs geheel dicht onder invloed van de enerverende omstandigheden van de opname. We hebben beledigde ouders gezien, die niet konden inzien dat een zakelijke vraag naar alcoholisme, criminaliteit en venerische ziekten voor ons belangrijk is. We hebben meegemaakt hoe een ouderpaar slaande ruzie kreeg tijdens het opnemen van de familie- en erfelijkheidsanamnese. Vader verwijt moeder dat ze alcoholisten in haar familie heeft en moeder gooit vader naar het hoofd dat de broer van zijn opa in de gevangenis gezeten heeft.

Dergelijke taferelen kan men voorkomen door thuis rustig bij de mensen te gaan praten, zonder dat men hen daarbij onder de druk van de naderende opname zet. Men kan hun het hoe en waarom van de situatie onder ogen brengen, ook het hoe en waarom van de anamnese. Men moet niet bang zijn, het bezoek nog eens te herhalen. Het kost veel tijd, maar men krijgt de zaak beter „rond”, en wat minstens zo belangrijk is, men kweekt de zo noodzakelijke vertrouwenssfeer. Men krijgt een inzicht in

de familie- en milieuverhoudingen, men kan ook rustig persoonlijk contact opnemen met al diegenen die tot nu toe bij de verzorging van het kind betrokken waren. Ik denk bv. aan de huisarts en het schoolpersoneel.

Het komt mij voor, dat dit voorbereidende werk meer op de weg van de inrichtingsarts ligt dan op het terrein van de toch al overbezette SPD. De band met de inrichting wordt langzaam maar zeker gelegd, de ouders groeien a.h.w. naar de opname toe; ze krijgen begrip voor het werk in de inrichting; soms nodigen we hen uit, zelf eens bij ons te komen kijken. Zo'n bezoek kan alle vooroordeel wegnemen; soms blijven de ouders afkerig van opname, het kind wordt van de wachtlijst geschrapt, en waarschijnlijk kunnen we het over 20 jaar, verwend, verknoeid en alleen achtergebleven, weer op de wachtlijst zetten.

Hoe het ook zijn moge, contact tussen ouders en inrichting vóór de opname is voor beide partijen wenselijk. Steeds weer ervaren we, dat het zowel voor de ouders als voor de inrichting een zeer belangrijke gebeurtenis is, zo'n opname. Ouders staan hun kind af, dragen het aan een ander over. De inrichting neemt de volle verantwoordelijkheid voor het kind op zich. Voor beide partijen is het dus gewenst, dat ze zo volledig mogelijk ingelicht zijn.

Wanneer we de mensen thuis bezoeken, hebben we alle gelegenheid, de gezinssituatie te bekijken. Soms is het beeld zeer navrant. Betreft het sociaal-zwakke gezinnen, waar men het met de verzorging niet zo nauw neemt, dan wordt de aanwezigheid van het zwakzinnige kind door de huisgenoten vaak vrij makkelijk verdragen. Het facet van de oligofrenie, dat we aanduiden met de term „social incompetence” blijkt wel zeer afhankelijk te zijn van sociale en culturele omstandigheden. Een redelijk imbeciel kind valt in deze milieus niet eens zo heel erg uit de toon, Het kind wordt aan zijn lot overgelaten, vagebondeert wat om het huis heen, haalt kattenkwaad uit en is een last meer voor de bureu dan voor het gezin zelf. Heeft er t.z.t. opname plaats, dan is deze direct in het belang van het kind zelf en indirect in het belang van de omgeving, die verlost wordt van een lastig element. Betreft het een diep-oligofreen kind in een sociaal-zwak milieu, dan komen de zaken even anders te liggen. Het kind wordt meewarig, en met een groot pessimisme beschouwd. De moeder is zeer begaan met het kind, ze verzorgt het met een primitieve zorgelijkheid. Meestal wordt het kind in bed of vastgebonden in een box verpleegd, want de gevaren van verbranding of verdrinking staan moeder zeer levendig voor ogen. Van enige pedagogische beïnvloeding of zelfs dressuur is geen sprake. Het kind krijgt wel meer dan voldoende te eten. Voor het gemak bestaat de voeding uit pap, soms driemaal daags

een bordvol. Dat het kind zo nooit leert kauwen en een onvolgende gevarieerd dieet krijgt dringt niet tot moeder door. De lichamelijke verzorging is doorgaans uitgesproken slecht.

Een recent voorbeeld van deze laatste situatie moge niet onvermeld blijven. De Gelderse Dienst voor de Geestelijke Volksgezondheid maakte ons attent op een vrij urgent geval ergens midden op de Veluwe. Het betrof een 7-jarig idioot meisje. Wij troffen het kind thuis, op de boerderij van de ouders. Ze stond in een box, in een hoek van de kamer, vastgebonden met 2 te korte touwen; één touw om haar middel, een ander touw tussen de beentjes door. In de kleine huiskamer hing een verstikkend-benaauwde urinelucht. Ondanks sedativa was het kind bijzonder onrustig, sprong en danste onophoudelijk op een neer, krijsste, bonkte, beet op haar handen, rukte aan het touw. De moeder, nagevoel á terme van het twaalfde kind, zat al de hele dag voor de box, de handjes van het idiote kind vasthoudend, in de hoop dat het kind daar rustig van zou worden. Het kind bleef onaanspreekbaar, onbereikbaar zowel op verbaal als op affectief niveau. Het grote gezin was overgelaten aan de zorgen van een 14-jarig zusje, omdat moeder de hele dag doende was het idiote kind bezig te houden. In verband met deze omstandigheden besloten we het kind met enige spoed in de inrichting op te nemen. Toen dit kind door de vader en het oudste zusje gebracht werd voor opname is er in onze wachtruimte een ware veldslag geleverd. We zagen een zeer onrustig idioot kind, dat heen en weer vloog en krijsend tussen tafels en stoelen doorkroop. De vader en het zusje deden vergeefse pogingen het kind te vangen. Toen we de mensen verzochten het kind eens even met rust te laten keek de man zeer verwonderd. De enige manier om dit idiote kind tot rust te brengen was volgens hem haar op de grond te leggen en er bovenop te gaan zitten. Toch maakte hij een eind aan deze wat ongebruikelijke manier van doen, en tot zijn verbazing werd het kind inderdaad rustig, ze ging in een hoekje van de kamer zitten, bekeek alles eens goed en hield op met haar gekrijs. In het paviljoen kreeg het kind meteen de ruimte. Ze was de eerste dagen nog wat onrustig, vernielde een paar stoeltjes, maar daar bleef het toch bij. Nu leert het kind spelen, ze krijgt banden met de omgeving, zoekt actief contact en begint op affectief niveau aanspreekbaar te worden. Vermeldenswaard is nog, dat het kind binnen een week na opname een ernstige status epilepticus doormaakte, misschien een reactie op de opname. We hadden uiteraard bij het opnemen van de anamnese al aan de vader gevraagd of het kind ooit toevallen gehad had, waarop de man antwoordde, dat er in het verleden wel eens „stuup'n” geweest waren, maar dat was nu wel over. Ze kreeg „vergift-druppels” van de huisarts, voor de onrust. Naar aanleiding van

deze status epilepticus werd de man opnieuw gepolst over dit onderwerp, en toen antwoordde hij in onvervalst Veluws, dat het kind thuis ook al enkele malen zoiets doorgemaakt had. De huisarts had het kind al tweemaal opgegeven, het was een wonder dat ze nog leefde, haar hartje was ook niet zo erg best, dat stond zo van tijd tot tijd wel eens een poosje stil. . Hoewel dus deze zeer primitieve man bijzonder op het idiote kind gesteld was, had hij toch een zeer vlakke belangstelling voor haar lichamelijk welzijn. Hij vond haar een stumper, die natuurlijk wel verzorgd moest worden, maar als het kind eens dood zou gaan, dan zou dat niet meer dan natuurlijk zijn. Hij ging er a.h.w. van uit, dat het kind vroegtijdig dood behoorde te gaan. . Wij stellen ons niet voor, dat dit 7-jarige idiootje ooit geschikt zal worden voor BLO onderwijs. Wel hopen we iets te verbeteren aan haar gedrag, ze zal zich rustiger en beter aangepast gaan gedragen, zolang wij maar in staat zijn de omstandigheden zodanig te maken, dat het kind zich op haar eigen niveau aan *kan* passen. De gedragsstoornissen, waardoor het kind onmogelijk langer in dit gezinsverband kon blijven, kwamen voor een belangrijk gedeelte voort uit die gezinsomstandigheden zelf. Gezien *deze* constellatie van sociale factoren was het voor het kind van het grootste belang, dat het onverwijd in een andere omgeving geplaatst werd, c.q. werd opgenomen in een inrichting.

Een tweede geval dat voor zichzelf spreekt, betreft een 7-jarige mongool, een jochie uit een middenstandsgezin, klein behuisd, met karig en wat slordig meubilair, dat niet geheel beantwoordde aan de sociale status van de ouders. De moeder zag er onverzorgd uit. Er waren nog 4 andere kinderen in het gezin, waarvan de oudste 2 (ongeveer 10 en 12 jaar) voortdurend conflicten gaven omdat ze zich geneerden voor hun zwakzinnige broertje en omdat ze vanwege de drukte nooit vriendjes mee naar huis mochten nemen. De bewuste mongool troffen we aan in een hoge box van 1 m2 grondoppervlakte, in een hoek van een kleine huiskamer. Het kind was niet vastgebonden, het zat met gekruiste benen op de grond, flauwe automatische bewegingen makend. Het kind reageerde niet of nauwelijks op onze aanwezigheid, ook niet toen we ons actief met hem bemoeiden. Er zat totaal geen leven in, dit 7-jarige kind maakte een oude en uitgebluste indruk. De moeder geneerde zich kennelijk een beetje voor deze toestand, maar ze bekende ons onder tranen, dat dit zo wel moest, omdat het kind alles vernielde. We konden ons dat toen niet goed voorstellen. Op ons verzoek deed moeder de kooi los, maar de mongool bleef onbewegelijk zitten, hij reageerde niet. Hij was kennelijk wat beduusd van zoveel vrijheid. Het heeft meer dan een kwartier geduurd eer het kind aarzelend uit zijn kooi kroop en flauwtjes door de kamer ging schuiven. Gezien deze situatie

is het kind met spoed opgenomen, ten eerste in zijn eigen belang, ten tweede om de harmonie in dit gezin te herstellen, en tenslotte om de moeder tot rust te laten komen. Deze vrouw leed eronder, dat haar gezinsleven dreigde te verscheuren, dat ze haar aandacht moest verdelen over man en normale kinderen enerzijds en de mongool anderzijds. Ze moest met teveel factoren rekening houden: ze wilde haar boeltje netjes houden, ze wilde haar man en kinderen te vriend houden, ze wilde de mongool alles geven wat hij nodig had, i.c. speelruimte, en vooral, tijd en aandacht. Dit alles te verwezenlijken in een klein huisje, zonder hulp, het bleek een te zware opgave, en het zwakzinnige kind werd er in de eerste plaats de dupe van, en de moeder ging zwaar gebukt onder schuldgevoelens. Dat een dergelijke gang van zaken funest is voor alle gezinsleden spreekt vanzelf. Met de evacuatie van het zwakzinnige kind is niet alleen het kind zelf gediend, maar ook en vooral de moeder en indirect de andere gezinsleden.

Een derde voorbeeld van een gezinssituatie betreft een zwaar-getroffen gezin, dat 2 zwakzinnige kinderen had. De moeder draaide letterlijk de hele dag op voor de verzorging van deze beide kinderen en kon geen ogenblik het huis uit om eens ontspanning te hebben, waar ze uiteraard wel behoefte aan had. Op zekere dag is deze moeder van huis weggelopen met een jongen van 17 jaar (ze was zelf ongeveer 30 jaar). De vader bleef achter met de 2 oligofrene kinderen, en begon maar met al zijn vakantie op te nemen. Hij is metaalarbeider van beroep. Als hij zich niet op tijd op zijn werk terugmeldde liep hij kans, ontslagen te worden. Gezien deze noodtoestand hebben we het jongste kind opgenomen zonder hem van tevoren gezien te hebben. Het kind werd door beide ouders gebracht, toonde een zeer duidelijke voorkeur voor de vader. De moeder deed of ze erg aan het kind gehecht was, maar ergens maakte ze toch wat een onechte indruk. Enkele weken na de opname schreef de vader ons een brief, waarin hij meedeelde, dat het gezinnetje weer compleet was. De moeder was teruggekeerd en had blijmoedig de verzorging van het nog thuis verkerende kind weer op zich genomen. Dit geval accentueert ook weer de curatieve invloed, die de opname van één enkel zwakzinnig kind kan hebben op het directe milieu, en, in ruimer verband gezien, op de maatschappij als geheel.

Juist bij de sociaal-goedaangepaste en redelijke intelligente ouders treft men vaak veel gezinsmoeilijkheden aan. Onderlinge verwijdering tussen man en vrouw, conflicten met de normale kinderen. Soms is er sprake van een zekere gêne, vooral de broers en zusters weigeren zich met het kind op straat te vertonen. Vader distancieert zich van het kind omdat hij a.h.w. in dit kind de oorsprong van de gezinsmoeilijkheden ziet; een enkele

maal vermoeden we, dat vader zich distancieert van het zwakzinnige kind omdat hij het beschouwt als een mislukt produkt. Generalisatie is hier onmogelijk, en ook principieel onjuist. Meestal neemt de moeder het kind in bescherming tegenover de rest van het gezin. Moeder is steeds met het kind bezig, ze blijft tegen beter weten in illusies koesteren wat betreft de toekomst. Ze wil zo lang mogelijk proberen het kind thuis te verzorgen, een inrichting kan het niet zo goed als zichzelf. Wanneer, na een gesprek met een deskundige, geadviseerd wordt, het kind te laten opnemen, is vader opgelucht; moeder krabbelt vroeg of laat weer terug. Wanneer we tijdens de voorbereiding van de opname met de moeder praten, dan tracht zij meestal de ernst van de toestand te camoufleren en de prestaties van het kind wat te overdrijven. Vaak probeert ze de opname uit te stellen. Zelfs tijdens de opname twijfelt moeder nog aan de gerechtvaardigheid van de opname. In de verpleegster, die het kind van haar overneemt, ziet ze de eerste tijd een rivale. De samenwerking met dit soort ouders is de eerste tijd moeilijk. De moeder is kritisch, maakt allerlei opmerkingen over kleding en uiterlijk van het kind; ze is teleurgesteld, wanneer het kind na enkele weken in het paviljoen gewend blijkt te zijn. Psychisch blijft de moeder soms nog geruime tijd labiel. Ze houdt schuldgevoelens. Met haar vrije tijd weet ze geen raad. Allerlei ontspanningsmogelijkheden worden niet benut, omdat moeder dit beschouwt als verraad tegenover het kind dat de deur uit moest.

Het prettigst is de samenwerking met de ouders, die hun kind bij ons komen brengen, omdat ze er zelf geen raad meer mee weten, en die zich hun insufficiëntie bewust zijn. Ze zijn dankbaar voor alles wat de inrichting met en voor het kind doet, wetende, dat zijzelf het niet beter zouden kunnen. Zou er ooit iets met zo'n kind gebeuren, dan zijn deze ouders meestal steeds bereid om te zeggen: „Dat had bij ons thuis ook kunnen gebeuren”, of: „dat hadden wij allang zien aankomen.”

De vraag: hoe reageert het kind op de opname? zou met een uitgebreide casuïstiek beantwoord kunnen worden. Soms verlaten de ouders, diep onder de indruk, het paviljoen, terwijl het kind onmiddellijk op de speeltafels afgestoven is en amper merkt dat de ouders weggaan. In de meeste gevallen lijkt het me nodig, dat er nadrukkelijk afscheid genomen wordt. Als het kind plotseling ontdekt, dat de ouders weg zijn en dat hij alleen achtergelaten is, voelt hij zich verraden en verkocht. We hebben dit waargenomen bij imbecillen, die konden begrijpen, dat de ouders weggegaan waren, we hebben het ook gezien bij een klein, diepidioot meisje, dat werkelijk radeloos heeft lopen zoeken, dagen achtereen, dat iedere auto met hoopvolle ogen bekeek, denkende dat haar vader en moeder er uit zouden komen. We zijn helaas

niet in de gelegenheid geweest dit verbijsterende kind te filmen, zoals ze de eerste tijd na de opname overal naar haar ouders liep te zoeken, en daarbij radeloos achter de gordijnen en in de kastjes keek. Echt heimwee meenden we te zien bij een 5-jarig, eveneens diep-idioot meisje, waar op een vluchtige manier afscheid van genomen is. Het kind heeft de eerste 10 dagen na de opname alle voedsel uitgebraakt. Slechts zeer weinig vocht bleef er in, echter genoeg om het kind in leven te houden. Psychisch was het kind volledig inactief, zowel overdag als 's nachts lag ze met grote, starende, ingezonken ogen naar boven te staren. De blik was leeg, de interesse niet te wekken. Na 10 dagen lukte het haar vaste verzorgster, het kind wat te laten eten; van een ander weigerde ze nog voedsel. Gaandeweg en in nauwe samenwerking met de ouders, die we vrij vaak op bezoek lieten komen, is het kind zich meer aangepast gaan gedragen, en nu eet ze van ieder die haar voedsel voorhoudt.

Het zou me tever voeren, U deelgenoot te maken van alle plezier dat we beleven met de kinderen in dit nieuwe observatiepaviljoen, waar in regelmatig tempo 2 á 4 kinderen per week worden opgenomen en dat nu vol is. We nemen jongens en meisjes op, die een gemeenschappelijk dagverblijf hebben maar afzonderlijke slaap-, was- en toiletruimten. De leeftijden variëren op dit moment van 1 tot 18 jaar. In principe nemen we iedere nieuwe patiënt hier op; het interesseert ons betrekkelijk weinig of de kinderen agressief of vernielzuchtig zijn. Uit de anamnese blijkt vaak, dat het kind thuis een terrorist was of alles verscheurde. Zodra de milieuvloeden wegvallen, zien we meestal een opmerkelijke gedragsverbetering. Onze bemoeienis met het kind is de eerste dagen vrij gering. We kijken alleen maar naar alles wat het kind doet. In de loop van enkele maanden tot een half jaar wordt het kind geobserveerd, zowel door ons eigen observatiepersoneel als door de psycholoog.

De concentratie van alle nieuw-opgenomenen in één paviljoen heeft voor- en nadelen. De organisatie van dit paviljoen heeft ons meer hoofdbrekens gekost dan we aanvankelijk verwacht hadden. Een enkel kind komt bij ons vanuit een andere inrichting. Deze kinderen passen zich meestal makkelijk aan, ze zijn aan de inrichtingsroutine gewend. Kinderen uit een zg. verzorgingstehuis eveneens. Kinderen die van huis worden opgenomen, behoren zonder uitzondering tot de urgente gevallen van de wachtlijsten. Deze opeenhoping van moeilijke, agressieve, soms affectief-verwaarloosde, onzindelijke en hulpbehoevende patiënten schept eigensoortige problemen. Opname van één nieuw kind in een bestaand paviljoen, waar een geordende paviljoenssamenleving bestaat, schept veel minder problemen; het nieuwe kind assimileert vaak geruisloos. In dit observatiepaviljoen met zijn vlottende

bevolking en steeds wisselende samenstelling zijn de verbanden veel minder hecht. Soms schept de opname van verschillende kinderen tegelijk een zekere onrust, die echter weer verdwijnt wanneer er gedurende enige tijd geen nieuwe opnamen plaats vinden.

Het voordeel van het observatiepaviljoen overtreft het nadeel. Het personeel is getraind op observatie en rapportage en is bereid daaraan veel tijd en aandacht te geven. De ruimte is ruim toereikend, zowel binnens- als buitenshuis. Praktisch alle kinderen ziet men binnen enkele weken actiever worden, i.c. gaan spelen. Kinderen die thuis niet te handhaven waren vanwege hun motorische onrust, gedragen zich hier binnen korte tijd aangepast: door de aanwezigheid van voldoende ruimte en van geschikt spel-materiaal kunnen ze zich motorisch uitleven binnen de perken van het aanvaardbare.

De nieuweling wordt makkelijk in de groep opgenomen. Omdat er vaak nieuwe kinderen komen, vinden de reeds-aanwezige patiëntjes het niets bijzonders wanneer ze een nieuw gezicht zien, en meestal wordt het nieuwe kind al de eerste dag uitgenodigd mee te spelen. Een typische uitzondering: we namen onlangs een meisje op met een postencephalitische oligofrenie, die in haar gedrag sterk autistisch was en bepaald een schizoïde indruk maakte. Ze stond volslagen buiten de groep. Ze zocht zelf geen aansluiting en de andere kinderen accepteerden haar ook niet. Uit gesprekken van de sprekende kinderen kon men opmaken, dat ze besloten hadden, het kind niet bij de naam te noemen, maar haar de bijnaam „paardestaart” te geven, wat een voor-de-hang-liggende bijnaam was, gezien het kapsel van het kind. De tijd van de bijnaam behoort nu tot het verleden. Het kind heeft zich enigszins aangepast en doet nolens volens mee met de gemeenschappelijke spelletjes en wordt nu ook bij haar voornaam genoemd.

Het is niet mijn bedoeling geweest een eenzijdig pleidooi voor de inrichtingsverpleging te houden. We weten allen dat de inrichting zeer omschreven nadelen heeft en dat ook voor het zwakzinnige kind het normale gezinsleven te prefereren valt boven het structureel-andere en altijd wat gekunstelde inrichtingsbestaan. Zolang het mogelijk is, moet een zwakzinnig kind thuis verpleegd worden. Inrichtingsverpleging worde slechts dan overwogen, wanneer het belang van het kind of het belang van het milieu dat eist. Wij menen wel, dat op een enkele uitzondering na, de ernstig-defecte kinderen (idioten en lagerstaande imbecillen) vroeger of later alle in aanmerking komen voor inrichtingsverpleging. Dit is geen wet van Meden en Perzen; er zijn mij gezinnen bekend waar de omstandigheden zodanig zijn, dat een diep-imbecil kind thuis met veel liefde en toewijding door het

hele gezin verzorgd wordt. Meestal zijn echter de omstandigheden zodanig, dat opname geïndiceerd is.

Als inrichtingsartsen verheugen we ons in staat te worden gesteld tot dit werk der barmhartigheid. Wij mogen voor zwakzinnige kinderen een milieu helpen creëren, waar zij zich op hun eigen niveau kunnen handhaven. Wij doen ons werk in en vanuit de overtuiging dat niets van het geschapene zonder doel en bedoeling geschapen is. Wij achten het een voorrecht deze schijnbaar nietswaardige levens te mogen behoeden en beschermen en hun met gebruikmaking van alle wetenschappelijke en technische mogelijkheden van deze tijd, iets te bewijzen van de barmhartigheid die onszelf geschonken is.

ERVARINGEN MET LEUKOTOMIE BIJ ERETHISCHE DIEP-ZWAKZINNIGEN

door G. SCHUT, zenuwarts

De erethische idioot heeft de inrichtingen altijd voor enorme problemen gesteld.

Met het idiote *kind* gaat het nog wel. Een kind, waar U geen „vat” op hebt, kunt U tenslotte altijd nog wel oppakken en ergens neerzetten, maar als dat kind eenmaal volwassen is geworden, is dit anders!

De buitenpraktijk, en ook de gewone psychiatrische inrichting kent deze patiënten in hun volwassenheid niet. De groep erethisch-idioten die ik hier bespreken wil, blijkt gemiddeld reeds op een leeftijd van iets minder dan acht jaar definitief in een inrichting, (in dit geval in de dr. mr. W. v. d. Berghstichting, zoals U bekend zal zijn een specifieke inrichting voor zwakzinnigen) opgenomen te zijn. En dat wil wat zeggen, daar de meeste van deze opnamen vielen in de oorlogsjaren en de eerste jaren daarna, een tijd die zich kenmerkte door een nog groter plaatsgebrek voor zwakzinnigen dan de huidige.

Als volwassenen geven deze patiënten in de inrichtingen moeilijkheden waar men weinig van hoort. U begrijpt mij wel. Er zijn van die afdelingen die alleen de zéér ingewijde te zien kan krijgen, want die heeft er tenminste begrip voor. . . .

Het beeld van de erethische idioot kent U wel. Hij pleegt somatisch over een voortreffelijke gezondheid te beschikken en daarbij oersterk te zijn. Hij is zeer beweeglijk en op zijn manier erg levenslustig. Contact is er echter niet, of vrijwel niet, men heeft generlei „vat” op hem, en hij is volkomen of nagenoeg volkomen verstandeloos. Meestal is hij niet eens zindelijk te houden, velen eten niet zelf. Een dergelijke patiënt aan zich-