

Langs empirische weg ben ik tot deze gegevens over de belevingsstructuur van het psychotisch zijn gekomen. De bronnen, die ik verwerkt heb, zijn de beelden, die de patiënt vanuit zijn onbewuste concreet voor ons stelt en wat hij ons daarover vertelt. Er is in de psychotische zijnswijze een eigen schrift en een eigen taal. De figuratieve methode is een hulpmiddel om deze taal te leren kennen en het schrift te leren ontcijferen.

LITERATUUR

- Arietti, Silvano, *American Handbook of Psychiatry*, 1959, p. 420.
Schilder, P., *Gedankenentwicklung*. Zeitschrift f. d. ges. Neur. 59, 1920, p. 250.
Janse de Jonge, A. L., *Nieuwere vragen omtrent de psychose*. J. H. Kok, Kampen, 1959.

BESPIEGELING OVER EN VORMGEVING AAN DE REVALIDATIE VAN PATIENTEN IN EEN PSYCHIATRISCHE INRICHTING

DR. H. VAN ANDEL zenuwarts. Psychiatrische inrichting „Dennenoord”, Zuidlaren (Directeur: J. Doff)

Het begrip revalidatie heeft na de tweede wereldoorlog in het medisch handelen ten aanzien van lichamelijk gestoorden en geestelijk onvolwaardigen volledig bestaansrecht gekregen en dit niet ten onrechte. Steeds duidelijker is geworden, dat bijv. rest-toestanden welke overbleven na het doormaken van een somatisch lijden een gerichte therapeutische benadering behoeven waardoor een geheel of gedeeltelijk herstel van verloren gegane functies mogelijk blijkt. Als doel zweeft voor ogen het bereiken van een zinvolle aanpassing aan de eisen die de maatschappij stelt. Binnen het raam van de psychiatrische inrichting is echter de term revalidatie nog niet zo ingeburgerd. Naar onze mening ten onrechte. Bedoelt wordt dan ook in dit artikel aan te tonen, waarom en op welke wijze reeds in het psychiatrisch ziekenhuis allerlei maatregelen nodig zijn om de patiënt nadat het ziekteproces tot stilstand of genezing is gekomen in een zodanige optimale conditie te brengen, dat terugkeer naar normale sociale verhoudingen niet meer een waagstuk is, maar een volkomen verantwoorde gebeurtenis.

Ergens in een Amerikaans tijdschrift werd het volgende opgemerkt: „Wanneer de acute fase der psychose voorbij is past de patiënt nergens meer. Niet in de inrichting, niet in het gezin en niet bij zichzelf.” Deze uitspraak lijkt misschien wat somber, maar verdient alle aandacht.

De ontslagspercentages uit de inrichtingen nemen de laatste jaren voortdurend toe. Ongetwijfeld is dit een zeer gelukkige om-

standigheid te noemen. Toch heeft het er veel van, dat, hoewel een optimistische kijk op de gang van zaken zeker te rechtvaardigen valt, enige voorzichtigheid bij de beoordeling van de bereikte resultaten geboden is.

De nazorgdiensten uiten regelmatig de klacht, dat zij zog. herstelden krijgen toegespeeld die onvoldoende tot een sociale aanpassing in staat zijn, waardoor allerlei moeilijkheden ontstaan ten nadele dikwijls van de patiënten zelf.

Het heeft dan ook alle zin om zich te verdiepen in de vraag, welke factoren er bij de beoordeling van de ontslagsmogelijkheid van patiënten in ogenschouw moeten worden genomen. Inrichtingsartsen zijn er namelijk wel eens wat al te spoedig toe geneigd om aan te nemen, dat elke patiënt graag het ziekenhuis weer verlaat. Is dit een juiste veronderstelling?

Vraagt men de patiënt zelf, dan blijken veelal grote aarzelingen te bestaan. Er is angst. Angst, omdat hij zelf is veranderd, omdat de maatschappij zich heeft gewijzigd, omdat hij vreest niet geaccepteerd te zullen worden, omdat hij niet weet op welke wijze zijn weg te vinden in de gecompliceerde verhoudingen van vandaag of omdat hij bang is, dat de ziekte weer zal terugkeren.

Hoe komt dit? Wat is er tijdens de opname bij de patiënt aan mogelijkheden tot normaal psychisch functioneren verloren gegaan, waardoor hij de stap „naar buiten toe” nauwelijks meer durft maken? Kort gezegd zou kunnen worden opgemerkt, dat de mogelijkheid om zichzelf te zijn en zichzelf te realiseren niet duidelijk meer wordt gezien en ervaren. De zelfstandigheid is wankel geworden en de patiënt kan een eigen positiebepaling niet of nauwelijks meer opbrengen.

Trachten we deze situatie nader te analyseren, dan kan het volgende worden opgemerkt. In de eerste plaats hebben we hier te doen met een aantal factoren die door de ziekte zijn teweeggebracht. Soms zijn defecten opgetreden van organische of andere aard, welke tot op zekere hoogte als irreversibel kunnen worden beschouwd. Zij komen tot uiting in een verlies aan tempo, een gebrek aan belangstelling en initiatieven, geheugenstoornissen, concentratiezwakte e.d. Doch al geneest de ziekte zonder restverschijnselen, dan nog zijn er een aantal momenten te noemen die een heraanpassing aan de maatschappij bemoeilijken. Deze betreffen het opgenomen zijn als zodanig. Het ontslag, zo zegt Caudill ergens, is niet van de opname los te maken. Opgenomen worden, opgenomen zijn en ontslagen worden vormen een onlosmakelijke eenheid met elkaar. De acute patiënt wordt vanuit zijn wereld, die hem bekend en vertrouwd is, overgebracht in een ander levensverband. Zijn belevingscontinuum wordt doorbroken. Het ziekenhuis waarin hij arriveert

biedt hem wel bescherming, doch sluit hem af van al die dingen welke zijn historiciteit bepalen.

Geestesziekte, zo wordt wel eens gesteld is een gevolg van een gestoorde verhouding tussen de mens en zijn omgeving. Het is een falen van de poging van het individu om zich te integreren op het niveau van zijn milieu, dat voortaan van hem verschilt en hem weldra vreemd zal zijn.

Deze gestoorde verhouding tussen patiënt en zijn omgeving, wordt door de opname zeker niet verbeterd. Allerlei problemen welke in het milieu een rol speelden komen met de zieke mee de inrichting in, zonder dat hij er praktisch iets aan veranderen kan.

De verhouding tussen persoon en wereld wordt wel eens aangeduid met de term „gesprek”. (Janse de Jonge). Dit gesprek wordt door de opname verbroken. De vertrouwdeheid welke de kern van de realisatie uitmaakt is verloren gegaan. Hoogstens blijft er alleen nog maar over een spreken met zichzelf.

Maar, zo zegt Minkowski, realiseren is niet uitsluitend het verwerken van de werkelijkheid, maar ook een daarmee volledig en volwaardig contact opnemen.

Een geestelijk doorworstelen van de problematiek alleen brengt niet tot een bevredigende verwerkelijking van zichzelf of misschien beter nog tot zelfstandigheid.

Er dient daarnaast contact met de werkelijkheid te worden opgenomen.

Een juist combineren van deze beide noodzakelijkheden kan uiteindelijk een maximum aan therapeutisch resultaat geven.

Dit contact zal daar weer moeten beginnen, waar het verbroken werd, omdat de beleving ervan eindigt op het moment, dat de patiënt het ziekenhuis binnenging. Hoe langer nu de tijd van het opgenomen zijn is, des te moeilijker zal het wezen om deze periode te overbruggen en de ontstane vervreemding te overwinnen.

Deze overwegingen zijn zowel van toepassing op de acute als ook op de subacute en chronische patiënt. Eruit blijkt, dat men er met een psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling zonder meer lang niet altijd uitkomt.

Resumerend hebben we nu dus als achtergrond van de ontslagsangst de factoren genoemd van de restverschijnselen van de ziekte en de verbreking van de contacten met het eigen milieu. Bij dit alles kan zich ook nog en dit geldt vooral voor die patiënten die langer als een half jaar zijn opgenomen, de hospitalosis voegen. Het woord zegt al wat ermee wordt aangeduid. We hebben hier te doen met invloeden welke worden uitgeoefend door het ziekenhuis zelf.

Baker en Freudenberg duiden iets van de sfeer aan, wanneer

zij in hun artikel over chronische patiënten in een inrichting de volgende zin schrijven: "You see doctor. I understand her. She has been on my ward for seventeen years".

Dank zij de actievare therapie en het daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheidsbeginsel is vergeleken bij vroeger de invloed van het inrichtingsmilieu op de patiënt een stuk verbeterd. Toch is het verpleeg- en behandelklimaat dat men aanbiedt nog lang niet ideaal. Hoe belangrijk deze dingen zijn moge blijken uit het volgende citaat van Sivadon: „De prognose van een psychische stoornis is maar zelden afhankelijk van de oorspronkelijke diagnose. Wel hangt zij bijna altijd af van de omstandigheden waaronder de behandeling geschiedt en van de levensvoorwaarden die de patiënt krijgt aangeboden.”

Deze levensvoorwaarden zijn veelal onvoldoende, hoe goed geoutilleerd een inrichting medisch gesproken ook is! Op deze wijze worden bij de patiënt allerlei verschijnselen aangekweekt van inactiviteit, autisme en gebrek aan interesse. Symptomen die niet aan de ziekte zijn te wijten, maar aan onvoldoende mogelijkheid tot intensieve bemoeienis.

De aanvankelijk als noodzaak aanvaarde bescherming, wordt een gaarne geaccepteerde gewenning. Niet zo verwonderlijk als men ziet hoe aangenaam ook de normale mens het vindt om verzorgd te zijn „van de wieg tot het graf”.

Er is ook nog een ander element, dat in de hospitalosis meespeelt. Het zijn van langere duur in een ziekenhuis werkt ziekte onderhoudend. De patiënt wordt voortdurend benaderd vanuit zijn ziekte en heeft zich ergens daarnaar te gedragen.

Hij mist vaak de impulsen die nodig zijn om te leren zich te beheersen of een zodanige houding aan te kweken, dat hij met de restverschijnselen van zijn ziekte leert om te gaan en distantie krijgt t.a.v. de symptomen daarvan. Misschien zou het zo uitgedrukt kunnen worden, dat de patiënt en met name kan hierbij gedacht worden aan de schizofreen, wanneer de acute fase van zijn psychose voorbij is, weer moet leren „gezond” te zijn, ondanks het feit, dat er bij hem nog wel eens vreemde gedachten opkomen. Dat zal ook zijn angst voor een eventuele terugkeer van de ziekte doen verminderen.

Trimbos merkt in zijn boek op, dat een goede adaptatie van de mens aan zijn omgeving allerminst identiek is met gezondheid. Anders gezegd komt het hierop neer, dat het voor een juiste adaptatie geenszins noodzakelijk is om volledig gezond te zijn. Wanen en hallucinaties op zichzelf behoeven in de maatschappij geen moeilijkheden op te leveren, mits zij niet leiden tot opvallende gedragsafwijkingen of verstoringen van de tussenmenselijke verhoudingen.

Uit het voorafgaande moge voldoende gebleken zijn, dat voor

vele patiënten genezings- en ontslagdatum niet met elkaar kunnen samenvallen. Na de fase die typisch gericht is op de bestrijding van de ziekte behoort een periode te komen, waarbij het opnieuw geschikt maken voor de maatschappij op de voorgrond staat.

De term revalidatie is derhalve alleszins op zijn plaats. Tevens zal duidelijk zijn geworden, dat het hier gaat om een medisch geleide behandeling binnen het kader der inrichting noodzakelijk, om tot een juiste wijze van ontslag te komen.

Doch nu de praktijk. Op welke wijze kunnen de voorafgegaane theoretische bespiegelingen bereikbaar worden gemaakt? De literatuur is op dit punt zeer schaars. Caudill merkt op, dat "concreting the question of discharge and the transition back to the community, very little is known".

Het is blijkbaar zo, dat aan deze problemen nog niet zo veel aandacht is geschonken. In het verslag van de Dutch Study tour 1960 wordt melding gemaakt van een zog. rehabilitation unit op het terrein van een bepaalde inrichting. Over de werkwijze wordt echter niets vermeld.

Fisher Beard en Goertzel schreven een artikel over een Engels sluisinternaat. Zij voeren een pleidooi voor de these, dat een arts uit de inrichting de leiding heeft m.a.w. hoewel dit instituut niet op het terrein van het psychiatrische ziekenhuis staat toch is het organisch nauw daaraan gebonden.

Veel méér gegevens die nog een nieuw licht op deze zaak kunnen werpen, werden niet gevonden. In elk geval wordt duidelijk, dat men er de voorkeur aan geeft om de revalidatie te bedrijven in een apart daarvoor in het leven geroepen afdeling of instituut.

Het leek ons dan ook juist om deze lijn vast te houden en op het grondgebied van de psychiatrische inrichting „Dennenoord” een speciaal gebouw voor dit werk in te richten. De mogelijkheid daartoe bood zich aan via een toch reeds noodzakelijk geworden restauratie van een oud paviljoen. Er werd een nieuw gecreëerd op dezelfde plaats, waarbij de idee werd verwezenlijkt van, om het zo uit te drukken, „vier woningen onder één dak”.

Op de begane grond werden twee eenheden elk met acht bedden gevormd, terwijl er op de eerste verdieping twee ontstonden met ieder tien bedden. Deze vier kleine units kregen elk een eigen huis-c.q. groepskamer, per twee stuks één eetzaal en voorts één gemeenschappelijk arbeidstherapievertrek. Slaapkamers werden gemaakt voor één, twee en hoogstens drie personen.

De patiënten welke in aanmerking komen voor het zo juist beschreven revalidatie-paviljoen behoren tot die categorie welke

mogelijk naar het oordeel van de afdelingsarts ontslagrijp zijn. Een terugkeer naar de maatschappij wordt van de aanvang af beoogd, doch staat a priori nog niet vast. Psychiatrisch onderzoek en behandeling zijn beëindigd. De patiënten staan op een onderhoudsdosis in de ruimste zin des woords.

De eerste twee weken van het verblijf wordt aan observatie besteed. Daarna wordt een gedragsstatus gemaakt. Deze is vastgelegd in een formulier, waarop een aantal vragen is gedrukt welke met ja en neen kunnen worden beantwoord. Daarbij gaat het om eetgewoonten, zelfverzorging, belangstelling voor de omgeving, werkcapaciteiten, contacten met de familie en dergelijke. Aan de hand van de beantwoording der verschillende vragen wordt vastgesteld op welke eigenaardigheden speciaal dient te worden gelet.

Iedere week wordt éénmaal in elk der vier afdelingen een groepsbespreking gehouden. Hier komen allerlei sociale problemen ter sprake. Soms wordt gebruik gemaakt van de methode van het sociodrama. Als onderwerp wordt bijv. aangesneden, op welke wijze men moet solliciteren of wat van belang is bij het bezichtigen van een kosthuis.

Zijn er persoonlijke aangelegenheden, waarover een patiënt in de groep niet spreken wil, dan kan hij zich vervoegen op het spreekuur van de revalidatiepsychiater, dat éénmaal per week plaats vindt. Uiteraard is er ook buitendien gelegenheid voor een individueel gesprek.

Met de staf wordt eveneens wekelijks een bespreking gevoerd. De ene week bestaat deze uit het volledige personeel, vier verpleegtechnische, één huishoudelijke en twee arbeidstherapeutische krachten. De andere week alleen uit de eerstgenoemden. Iedere verpleegkundige heeft enkele patiënten onder zijn of haar speciale hoede. Over de opgedane ervaringen wordt door hen verslag uitgebracht.

Een B-nazorgzuster die speciaal met de contacten naar „buiten” is belast, maakt alle besprekingen van de staf mee. Bovendien heeft de revalidatie-psychiater éénmaal per week met haar een apart onderhoud om regelingen aangaande iedere patiënt nader onder ogen te zien. Vooral de wijze van begeleiden komt dan ter sprake.

Tenslotte zijn er nog de dagelijks geschreven informatierapporten, waarin bijv. staat, dat patiënt A vandaag naar huis is en met de bus van zes uur weer thuis komt, of dat patiënt B op sollicitatiebezoek is enz. enz. Elk personeelslid leest deze afspraken, zodra de dienst begint, zodat ieder over voldoende informatie beschikt.

Wanneer de observatieperiode voorbij is, dient een antwoord te worden gegeven op de volgende vragen:

1. Is het beeld, dat de patiënt vertoont zodanig, dat van een tot rust gekomen eindtoestand of van een volledige genezing kan worden gesproken?
2. Over welke mogelijkheden zowel lichamelijke als geestelijke beschikt de patiënt?
3. Is zijn gedrag van dien aard, dat direct reeds stappen in de richting van de maatschappij kunnen worden ondernomen of dat daarmee nog moet worden gewacht?
4. Voor welk soort werk is de patiënt het meest geschikt?

Op grond van de hieruit verkregen conclusies wordt uitgemaakt welk plan kan worden gemaakt. De psycholoog geeft meerdere malen adviezen t.a.v. de beroepskeuze.

Vatten wij nu samen om welke punten het bij de methodiek van de revalidatie gaat, dan kunnen drie phases worden onderscheiden:

- a. Het opkweken van de patiënt binnen de inrichting.
- b. Het geschikt maken van de patiënt voor de wisselwerking inrichting-maatschappij.
- c. De volledige terugkeer naar de maatschappij.

Over punt a. kan zeer in 't kort worden gezegd dat het daarbij gaat om het redresseren van gedragsafwijkingen en het aan-kweken van een zeker arbeidstempo, waarbij precisie en nauw-keurigheid niet uit het oog mogen worden verloren. Verder wordt aan de patiënt geleerd om zichzelf te verzorgen en verantwoordelijk te zijn voor persoonlijke en materiële behoeften. Zo krijgt bijv. ieder een gelijke hoeveelheid zakgeld welke wekelijks wordt uitbetaald en waarvan de besteding afhangt van eigen initiatief of van aanvankelijk gegeven raadgevingen van het personeel.

De zog. arbeidstraining is binnen het kader van de inrichting een moeilijk punt, vooral omdat, althans in „Dennenoord”, de organisatie van het werk der patiënten in zijn geheel, daar nog onvoldoende op ingesteld is. Speyer acht deze training een hoofdtak voor de beschuttende werkplaatsen en dit kunnen wij volledig met hem eens zijn. In het kader van de revalidatie zou deze gedachtengang — en zo komen we als vanzelf bij punt b. terecht — inhouden, dat een grote groep patiënten heen en weer reist tussen inrichting en werkplaats. Voorlopig zijn echter de mogelijkheden in de naaste omgeving van Zuidlaren nog te gering om een dergelijke zaak op grote schaal toe te passen. Slechts enkelen kunnen derhalve op deze wijze getraind worden. Voorlopig is het desondanks gelukt, om voor degenen die dat nodig hadden, een zodanig arrangement te maken, dat zij een tijd lang pendelen konden tussen inrichting en arbeids-object om zodoende tot een goede adaptatie aan de maatschap-pelijke eisen te komen. De financiële baten worden meestal in

overleg met de patiënt op een spaarbankboekje gezet of in bewaring gegeven. Wil de patiënt zijn geld zelf behouden, dan is dat uiteraard volledig toegestaan. Langzamerhand wordt op deze wijze naar phase c. toegewerkt en kan het ontslag een feit worden.

Het zal duidelijk zijn, dat om een dergelijk programma zo gecoördineerd mogelijk af te werken, concentratie van alle in aanmerking komende gevallen in één centrum allerlei belangrijke voordelen biedt. "Each patient will appreciate, that he or she is a member of a winning team". (Thomas).

De doelstelling van het centrum werkt stimulerend dank zij allerlei groepsmechanismen. Belangstelling voor de maatschappij wordt als het ware vanzelf gewekt.

Komen wij nu tot de beschrijving van enkele ervaringen.

Velerlei reactiewijzen konden voor of tijdens de ontslagperiode worden waargenomen. Psychosomatische klachten. Griep zonder koorts. Protesthoudingen blijkend uit een soms hardnekkige weigering tot medewerking of een gespeelde terugval in de psychose. Zo waren er enkele patiënten die meedeelden, dat zij weer stemmen hoorden of algemener nog, dat zij zich psychisch voelden terugzakken. Er was iemand die vertelde wel weg te willen, doch dan alleen maar naar het buitenland. Bij een ander moest het ontslag worden uitgesteld, omdat hij volhield, dat zijn voormalige werkgever, die reeds een opvolger in dienst had, hem weer terug moest nemen.

Bij de familie of naaste bloedverwanten traden meerdere malen alarmreacties op, wanneer gezinspeeld werd op ontslag van bepaalde patiënten. De gebeurtenissen van voor de opname werden zelfs na tientallen jaren nog zodanig gereproduceerd als waren ze gisteren gebeurd. Alle negativiteit kwam opnieuw aan de orde en vereiste in sommige gevallen een vrij uitvoerige therapie.

Enkele korte ziektegeschiedenissen zullen nu worden vermeld, ter verduidelijking en aanvulling van het voorafgaande.

Een patiënt die vijfendertig jaar verpleegd was geweest kwam in aanmerking voor ontslag. De familie had aanvankelijk grote bezwaren, zich zijn toestand van voor de opname herinnerend, doch stemde er tenslotte in toe, dat een poging zou worden gewaagd. Patiënt kwam terug op de boerderij, waar hij vroeger samen met zijn ouders had gewoond. Deze waren overleden en een zuster en zwager bewoonden nu het bedrijf. Gedurende de eerste dagen van zijn terugkeer liep patiënt verbaasd rond en vroeg waar zijn moeder was. Hij moest als het ware via een teruggrijpen op de situatie die er in zijn herinnering bestond, nl. die van voor zijn opname, langzamerhand komen tot een aanvaarding van de huidige realiteit. De familie begreep dit uiteraard niet en was van mening, dat patiënt nog even gestoord was als voorheen. Dank zij een persoonlijk contact ter plaatse onzerzijds, kon echter begrip worden aangekweekt en was men bereid om de patiënt in zijn problematiek tegemoet te treden. Na enkele weken was het vermelde reactiepatroon dan ook geheel

bij hem verdwenen. Hij ging zich intensiever met zijn omgeving bemoeien op een zodanige manier, dat de familie hem niet meer naar de inrichting terug wilde laten gaan. De plaatsing gelukte.

Een andere patiënt, hij werd in het voorafgaande reeds even genoemd, wilde niet ontslagen worden, omdat hij na anderhalf jaar opname van mening was, dat zijn voormalige werkgever hem diende terug te nemen. Dit probleem werd opgelost, door een afspraak te maken met de vroegere chef om deze zaak persoonlijk aan patiënt te willen uitleggen. Nadat dit was gebeurd en hij zich op de hoogte had kunnen stellen van de situatie in de fabriek, aanvaardde hij de feiten zoals ze lagen en was hij bereid opnieuw te gaan solliciteren. Ook hier moest de werkelijkheid van voor de opname met die van het ontslag gaan samenvloeien, voordat verder gegaan kon worden.

Een acute patiënt, wiens depressie zakelijke moeilijkheden tot achtergrond had, bleef voortdurend somber, omdat hij zijn winkel die nauwelijks rendabel was niet van de hand durfde doen. Verstandelijk wist hij zeer goed wat gedaan moest worden en was hij er van overtuigd, dat liquidatie de enige oplossing was. Praktisch kon hij deze voornemens echter niet verwerken. Daarom werd besloten om met hem samen naar zijn woonplaats te gaan en het gehele probleem met zijn echtgenote en hemzelf aldaar te bespreken. Patiënt kon, daadwerkelijk geconfronteerd met zijn situatie, de realiteit plotseling aan.

Zijn depressie verdween en hij ging spontaan solliciteren. Toen hij werk vond is hij ontslagen.

Hier dus een voorbeeld van een nagenoeg gelijktijdig verwerken van de geestelijke en praktische problematiek met als gevolg niet alleen een bespoediging doch ook een versteviging van het herstel.

Nog een ander geval, waarbij een langzaam voorbereiden leidde tot ontslag via een heen en weer gaan tussen de maatschappij en de inrichting.

Het ging hier om een intellectueel die, toen hij na tien jaar verpleging in het revalidatiecentrum kwam, achter een uiterlijke facade nog allerlei incoherentie en dwangmatigheid verborg. De psycholoog die hem kort tevoren had onderzocht achtte de prognose zeer somber.

De eerste moeilijkheid die deze man diende te overwinnen lag hierin, dat hij afscheid moest nemen van de psychotherapeutische sfeer, waaraan hij gewend was. Hij wilde voortdurend over zijn ziekte spreken. Daartegenover werd gesteld, dat het, gezien zijn komst in het revalidatiecentrum, er nu voornamelijk over ging wat hij van plan was om te gaan doen en hoe hij tot verwezenlijking van zijn voornemens zou kunnen komen. Meerdere malen meldde hij zich ziek of klaagde hij over buikpijn. Hij durfde niets ondernemen. Het duurde verscheidene maanden voordat hij iets dorst wagen. Gemaakte afspraken met instanties maakte hij weer ongedaan.

Steeds trachtte hij de realiteit te ontlopen. Zo zei hij bijv. niet te kunnen telefoneren. Nadat dit met hem was ingeoefend gelukte het echter wel.

Tenslotte slaagde hij erin om een werkring in een bibliotheek te vinden met medewerking van de B-nazorgzuster. Langer als halve dagen leek hem te vermoeiend. De eerste dag, dat hij begon is de revalidatiearts met hem meegegaan, zodat patiënt op die wijze zijn schroom kon overwinnen. Hij reisde heen en weer en wanneer hij 's avonds in de inrichting kwam werden de dikwijls vele moeilijkheden van overdag besproken.

Na twee maanden vroeg hij om hele dagen te mogen gaan werken en een maand later verzocht hij om medewerking bij het zoeken van een kosthuis. Hij ontsloeg als het ware zichzelf. Acht maanden waren nodig om zover te komen. Al deze voorbeelden zouden nog met vele kunnen worden aangevuld. Interessant om nog te vermelden is, dat dikwijls blijkt, dat een desoriëntatie in tijd zeer goed redresseerbaar is door dagelijks met de patiënt dag, datum en uur te oefenen. Is hij zo ver, dat hij die weer weet, dan is zijn totale gedrag ook weer „bij de tijd”.

Mogen wij nu enkele cijfers vermelden, waaruit blijkt, waartoe alle in het voorafgaande genoemde activiteiten hebben geleid. Het centrum startte op 9 juni 1960 met 7 patiënten, op 23 juni gevolgd door 10 anderen. In september kwamen er nog eens 7 bij en de maximale bezetting was tot 1 maart 1961, 32 van de 35 plaatsen, allen mannen.

In totaal werden 72 patiënten geobserveerd. Drieënveertig hiervan verlieten na kortere of langere tijd het revalidatie-instituut. De verdeling was als volgt:

	acuut	subacuut	chronisch
naar de maatschappij	10	4	13
gezinsverpleging		1	6
terug naar paviljoen van herkomst	2		7

Uit dit overzicht wordt dus duidelijk, dat 27 patiënten naar de maatschappij konden terugkeren, dat 7 zover kwamen, dat zij in de gezinsverpleging gingen en dat voor 9 patiënten onvoldoende mogelijkheden aanwezig werden geacht om een gedeeltelijke of algehele resocialisatie te bewerkstelligen.

Van de chronische patiënten die naar de maatschappij gingen waren er 5 die langer dan 10 jaar hospitalisatie achter de rug hadden, voor 6 lag deze periode tussen de vijf en tien jaar en voor 2 tussen de twee en vijf jaar.

Van de acute gevallen was de verpleegduur een half tot één jaar en van de subacute één tot twee jaar.

Opvallend is het getal van 9 patiënten die naar het paviljoen van herkomst terugkeerden. Hieruit blijkt hoe belangrijk de observatie is. Het waren allen patiënten, waarvan de afdelingsarts meende, dat zij voor ontslag in aanmerking kwamen. Bij een nadere beschouwing echter waren de aanpassingsmogelijkheden te gering, de gedragsafwijkingen te weinig beïnvloedbaar of de psychische stoornissen nog te manifest.

Er is tot nu toe niet opgevallen, dat dank zij de overplaatsing naar de revalidatie-afdeling psychische stoornissen verergerden of opnieuw aan de dag traden. Wel werd in enkele gevallen enige tijd later een terugval waargenomen, waarvoor opnieuw een klinische behandeling noodzakelijk bleek.

Lang niet iedere patiënt gaat met genoegen uit het verpleegpaviljoen weg naar het revalidatiecentrum. Soms moet de afdelingsarts meerdere malen met de betrokkene gaan kijken, voordat instemming met het plan wordt verkregen. Bij één patiënt duurde het bijv. 4 maanden voordat hij zover was. Dat dergelijke reacties optreden is niet zo verwonderlijk, indien men bedenkt, dat het de eerste stap naar de maatschappij is die wordt gemaakt en dat de angst waarover in het begin van dit artikel werd gesproken uiteraard direct een rol gaat spelen.

Van alle plaatsingen die tot stand kwamen zijn er 3 mislukt. Toevalligerwijs zijn het allen patiënten in de subacute groep. De opnameduur in het centrum varieerde van 2 tot 8 maanden. Ter completering van de hierboven vermelde statistiek nog enkele gegevens over de diagnose.

	acut maatsch. gezin	subacut maatsch. gezin	chronisch maatsch. gezin
schizofreen beeld op org. bodem e.c.i.			1
schizofrene defecttoestanden		3	10 5
deb. psychose	4	1	
angstneurose	1		
paranoïde psychose		1	1
psychogene psychose	1		
epilepsie	1		
hysterische psychose	1		
alcoholisme	1		1
psychopathie	1		1
Terug naar paviljoen van herkomst:			
	acut	subacut	chronisch
paranoïde psychose	1		
schizofrenie	1		5
dwangneurose			2

Samenvatting en conclusie:

De stelregel, dat de revalidatie in het ziekenhuis moet beginnen geldt niet alleen voor lichamelijk zieken, maar ook voor geestelijk gestoorden.

Even belangrijk als „wat heeft de patiënt” is het antwoord op de vraag „wat kan hij nog”.

Een confrontatie met de maatschappij roept angstreacties op bij veel meer patiënten dan men geneigd is te veronderstellen. Hoewel men deze mechanismen vooral zou verwachten bij chronisch verpleegden, is gebleken, dat een gelijksoortige problematiek bij acute gevallen even sterk aanwezig is. Allerlei afweersverschijnselen en symptoomverschuivingen konden worden waargenomen.

Terugkeer naar de normale sociale verhoudingen vraagt een hernieuwde aanpassing. Om deze te bereiken is in vele gevallen intensieve begeleiding noodzakelijk.

De administratieve ontslagdatum bleek een onnatuurlijke grens der inrichtingsbemoeienis. Voor een verantwoorde resocialisatie was het meerdere malen noodzakelijk dat de patiënt, alvorens de inrichting definitief te verlaten, nog een tijdlang heen en weer reisde tussen werkobject en revalidatiecentrum. Deze wisselwerking kon niet worden gemist.

In de gevolgde procedure werd geappelleerd aan het eigen verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt. Hij werd direct in het overleg betrokken, ging bij voorkeur alleen solliciteren en ontsloeg op den duur zichzelf. Moeilijkheden die zich voordeden konden in individuele contacten met de revalidatiepsychiater en in groepsbesprekingen regelmatig worden doorgesproken. Eénhoofdige leiding bij het heen helpen over de barrière van het ontslag bleek van een niet te onderschatten betekenis.

Onze ervaringen hebben tot de conclusie geleid, dat het hier gaat om een stuk behandeling behorende bij de taak der inrichting. Uiteraard kan een goede samenwerking met de SPD's niet worden gemist. De patiënt wordt aan deze diensten overgedragen zodra het ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis een feit is geworden.

Van de 43 patiënten bij wie het verblijf in het revalidatiecentrum kon worden beëindigd zijn 24 als tot dusver geslaagd te beschouwen, 7 kwamen nog niet verder als de gezinsverpleging, 9 keerden terug naar het paviljoen van herkomst en 3 mislukten. Het in dit artikel beschreven revalidatie-instituut is een typisch voorbeeld van differentiatie binnen het raam van de inrichting. Men zou kunnen redetwisten over de vraag of een dergelijk intramuraal centrum al of niet de voorkeur verdient boven een extramuraal sluisinternaat. De tot nu toe opgedane ervaringen zijn nog van te korte duur om een oordeel over deze kwestie uit te spreken. Zoals het echter zo dikwijls is zal het in dezen niet om een of-of gaan maar om een en-en. Het één vult het ander aan. Voor een bepaalde groep patiënten blijft de revalidatie binnen de inrichting onvoldoende en bestaat er zeker behoefte om via een sluisinternaat het aanpassingsproces aan de maatschappij verder af te ronden.

De psychopathologie van opgenomen zijn en ontslagen worden vraagt een verdere bestudering. Ook vanuit dit gezichtspunt bieden onze voorlopige ervaringen reeds zeer interessante perspectieven.

LITERATUUR

Caudill W.: *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge, Massachusetts 1958.

Janse de Jonge A. L.: *De mens in zijn verhoudingen*. Utrecht 1956.

Minkowski E.: *Aanhaling uit Janse de Jonge*: De mens in zijn verhoudingen.

Baker A. A. and Freudenberg R. K.: *Int. J. of Soc. Psych.* 1957 pag. 22.

Sivadon P.: *Ann. Medic. — Psychologiques* 110, 1952 pag. 329.

Dutch Study tour 1960: *Voordrachtenreeks van de Nederlandse vereniging van psychiaters in dienstverband* 3de jaargang no. 5.

Fisher H. S., Beard H. J. and Goertzel V.: *Int. J. of Soc. Psych.* 1960 pag. 295.

Speyer N.: *Maandblad van de geestelijke Volksgezondheid* 1957.

Thomas: *Aanhaling uit de Dutch Study tour*.

Trimbos C. J. B. J.: *De geestelijke gezondheidszorg in Nederland*, Utrecht 1959.