

door G.J. Zwanikken en A.E.S. Sijben

Samenvatting

De zwakzinnigenzorg heeft zich gedurende de laatste 25 jaar uit de psychiatrie losgemaakt en een eigen identiteit ontwikkeld. Na een periode van scheiding, ontstaat geleidelijk binnen de zwakzinnigenzorg weer meer vraag naar psychiatrische hulp en overbrugging van de tussen de twee zorgvelden gegroeide kloof. Overbrugging is dringend gewenst omdat bij geestelijk gehandicapten meer gedragsstoornissen voorkomen en bij psychiatrische patiënten meer geestelijke handicap dan onder de algemene bevolking.

Schrijvers onderzochten het werk van psychiaters-consulenten in de zwakzinnigenzorg in Nederland en doen verslag van hun bevindingen. Zwakzinnigenzorg heeft behoefte aan meer psychiaters, meer belangstelling van psychiaters en meer hulp van voor deze specifieke taak beter opgeleide psychiaters.

Inleiding

Krankzinnigheid en zwakzinnigheid zijn lang in één adem genoemd. Zij hebben ook lang onder één dak vertoefd, het dak van het krankzinnigengesticht. Binnen het gesticht had men vanouds de zorg voor zowel krankzinnige als zwakzinnige bewoners steeds op overeenkomstige wijze georganiseerd, hoewel de verschillen tussen beide populaties aanzienlijk zijn.

De inrichting had aanvankelijk alleen een asielfunctie: het bieden van een veilig leefmilieu voor zeer kwetsbare of onomkeerbaar uit hun leefmilieu gestoten mensen. In die functie heeft altijd een zekere dubbelzinnigheid gezeten omdat niet alleen de genoemde mensen in bescherming werden genomen tegen de buitenwereld maar dikwijls het beschermen van de maatschappelijke context tegen het werkelijke, maar vooral vermeende gevaar van de kant van iemand met afwijkend of gestoord gedrag, een sterker motief was (Peeters 1982; Sijben 1986).

In de jaren vijftig is de psychiatrische inrichting zich in toenemende

mate gaan ontwikkelen tot ziekenhuis, het APZ, waar behandeling op de voorgrond kwam. De asielfunctie geraakte daardoor nogal eens in het gedrang. In het algemeen trachtte men de inspanningen zo veel mogelijk te richten op onderzoek en behandeling van psychiatrische ziektebeelden. In die visie waren mensen met een ongecompliceerde, niet met een hersenstoornis samenhangende geestelijke handicap, in een ziekenhuis niet op hun plaats. Het kon echter jaren duren voordat zij een plaats konden krijgen in een specifieke voorziening voor geestelijk gehandicapten. Vooral in het zuiden van ons land kwam door particulier initiatief in de jaren zestig veel accommodatie beschikbaar voor geestelijk gehandicapten, die snel vol stroomde met thuis of elders op plaatsing wachtende geestelijk gehandicapten. Deze vrij massale institutionalisering en de ontkoppeling van psychiatrie en zwakzinnigenzorg is gevolgd door een omwenteling in de laatste met als één van de belangrijkste nieuwe doelstellingen normalisatie: helpen om een zo normaal mogelijk bestaan te leiden binnen de grenzen van betrokkene (Verbraak 1977). Dat betekende ook zo veel mogelijk terugplaatsing naar de open maatschappij, maar nu na onderwijs, training en revalidatie en met deskundige begeleiding.

Tegen die achtergrond werd expliciet naar voren gebracht dat zwakzinnigheid op zich geen stoornis is maar een variant, soms hoogstens een resttoestand. Het inzicht dat zwakzinnigheid ook symptoom van ziekte kan zijn raakte volledig op de achtergrond (Dösen 1983). De zwakzinnige mens werd van een gehandicapte persoon tot een zich trager ontwikkelende medemens. Psychiaters waren bovendien voor het werk in de zwakzinnigenzorg vrijwel niet beschikbaar. Hun taak werd bijna overal door psychologen en vooral orthopedagogen overgenomen. Na de afscheiding van de psychiatrie heeft de zwakzinnigenzorg met succes gewerkt aan een eigen identiteit. Echter, na een periode van separatie groeide het aantal vragen om psychiatrische hulp en dient zich de wenselijkheid aan de gegroeide kloof te overbruggen en de communicatie te herstellen, nu binnen een nieuwe constellatie (Menolascino 1983).

Psychiatrie en zwakzinnigenzorg

Het onderzoek van gedragsstoornissen en psychiatrische ziektebeelden bij ernstig en diep geestelijk gehandicapten staat nog in de kinderschoenen (Zwanikken e.a. 1990). Dat valt om minstens drie redenen te betreuren:

1. Voor zover het om onontgonnen gebied gaat, moet worden gevreesd dat stoornissen onvoldoende worden onderkend en onderzocht zodat een patiënt niet de best mogelijke behandeling krijgt.
2. Een onderzoeksveld en een werkterrein blijven braak liggen.

3. Onderzoek van gedragsstoornissen bij geestelijk gehandicapten kan een nieuw licht werpen op de gedragsstoornissen van normaal begaafden, en wellicht argumenten opleveren om onze nosologische en psychopathologische opvattingen te wijzigen.

De behoefte aan inbreng van de kant van specialisten in hersenen en gedrag loopt erg uiteen. Hoe ernstiger de mentale handicap, des te duidelijker zal een indicatie aanwezig zijn voor lichamelijk onderzoek en neurologische diagnostiek. Hoe lichter echter de vorm van oligofrenie, des te minder oorzaken, ook cerebrale, in gereduceerd medische zin kunnen worden gevonden en des te groter is de behoefte aan hulp van gedragsdeskundigen, ook die van de psychiater. Een als psychiater geregistreerde specialist zal niet zonder meer in de behoefte kunnen voorzien. Hij moet namelijk van nogal wat markten thuis zijn:

1. Somatiek: genetica, embryologie, neurologie, vormvarianten en anomalieën, onrijpe functies van organen en orgaansystemen.
2. De menselijke ontwikkeling na de geboorte: de wijze waarop verstandelijke vermogens en informatieverwerking zich ontwikkelen, de taalontwikkeling, de ontwikkeling van natuurlijke wensen en tendensen, de sociale en emotionele ontwikkeling. Psychiaters in de zwakzinnigenzorg die ontwikkelingsgericht denken (Dösen 1990), bepleiten wel een specialisatie van de kinderpsychiatrie uit wegens het belang van de ontwikkeling. Hun argumenten zijn in zekere mate valide, mits de betrokken specialist voldoende op de hoogte is van de volwassenenpsychiatrie.
3. De variabiliteit van de klinische beelden. Vooral bij geestelijk gehandicapten kan de interactie van aanleg, ontwikkeling, lichamelijk functioneren en sociale omgeving het toestandsbeeld een sterk afwijkende kleuring geven.
4. De nogal eens afwijkende reactie op psychopharmaca (Goffin 1990; Day 1990).
5. Familiedenken. Werken met familie zal soms al dienen te beginnen in de vorm van rouwarbeid als ouders een gehandicapt kind krijgen. Soms zullen zij gedurende hun hele leven een vorm van steun en begeleiding nodig hebben bij het opvoeden van een kind dat zich psychisch traag ontwikkelt en nooit volwassen zal worden. De gewone opvoedingspatronen blijken dikwijls niet te passen (Kegel 1990).
6. De maatschappelijke organisatie van zwakzinnigenzorg. Op het terrein van de zwakzinnigheid heeft zich een grote verscheidenheid van organisaties ontwikkeld. Ook de psychiater dient voldoende bekend te zijn met de regionale en landelijke hulpmogelijkheden voor geestelijk gehandicapten, hun familieleden en artsen (Van Manen e.a. 1981-1991).

Vraagstelling

In de zwakzinnigenzorg komen veel psychiatrische stoornissen voor en bestaat derhalve grote behoefte aan hulp van de psychiater. Deze constatering werd tien jaar geleden reeds verwoord (De Levita 1981; Sanders-Woudstra 1982). Om vast te stellen in hoeverre deze (impliciete) hulpbehoefte anno 1990 ook zichtbaar is in de hoeveelheid en de aard van de bijdrage van psychiaters in de instellingen voor geestelijk gehandicapten, hebben wij een inventariserend onderzoek verricht. De doelgroep werd gevormd door alle instellingen voor geestelijk gehandicapten en de daar werkzame psychiaters. De vraagstelling was meerledig:

- hoeveel psychiaters zijn binnen deze instelling werkzaam en wat zijn de belangrijkste beschrijvende kenmerken van deze groep?
- hoe groot is hun caseload?
- wat is de aard van de verstrekte consultatieve dienstverlening?
- wat zijn de knelpunten in hun werkzaamheden?

Procedure

Nederland telt \pm 120.000 geestelijk gehandicapten van wie \pm 30.000 in een instelling verblijven (Van Manen e.a. 1981-1991). In eerste instantie zijn alle 70 instellingen in Nederland aangeschreven met de vraag of ter plaatse een psychiatrisch consulent werkzaam was en zo ja wie. Van de 70 instellingen reageerden 66 (94%) en zo werden de namen van 56 psychiaters verkregen van wie sommigen in meer dan één instelling werkzaam waren. Al deze psychiaters hebben wij vervolgens een vragenlijst voorgelegd waarin werd gevraagd naar:

- aard en omvang van de patiëntenpopulatie;
- verdeling van werk naar soort en tijdsbesteding;
- bezoekfrequentie aan de afdelingen met frequentie en duur van de consulten;
- inhoud van de consulten en mogelijke problemen op dit gebied;
- problemen in de voorzieningen of andere knelpunten;
- informatie over de invuller zoals leeftijd, aantal jaren werkzaam, tevredenheid over de functie en toekomstverwachting.

Van de 56 aangeschreven psychiaters werden uiteindelijk 47 ingevulde vragenlijsten terugontvangen (response: 84%). Van hen bleken 12 niet (meer) als consulent werkzaam te zijn, hetgeen een bruikbare response van 34 enquêtes betekent. Deze 34 consulenten werken voor instituten met een totaal aantal van 7.000 geestelijk gehandicapten. Over de psychiatrische bemoeienis met de overige 23.000 geestelijk gehandicapten is ons verder niets bekend. Het is niet aannemelijk dat de 9 non-responders deze groep in zijn geheel voor hun rekening nemen.

Resultaten

De doelgroep van de consulent – De patiëntenpopulatie waarvoor de consulenten werkzaam zijn, kan als volgt worden verdeeld naar ontwikkelingsniveau:

Tabel 1: Mate van geestelijke handicap

gradatie	%
licht	38
matig	24
ernstig	21
zeer ernstig	17

Deze verdeling correspondeert niet met de opbouw van de totale populatie geestelijk gehandicapten. De groep met een ernstige handicap is, zoals verwacht, oververtegenwoordigd vanwege de grote zorgbehoefte. Daarentegen is de groep met een lichte handicap eveneens oververtegenwoordigd doordat ernstige gedragsstoornissen frequent een indicatie zullen zijn geweest voor opname. Als specifieke doelgroepen worden genoemd: sterk gedragsgestoorde licht geestelijke gehandicapten (SGGLGG-groep), dubbel en multipel gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en anderen.

Tijdsbesteding en werkwijze – De hoeveelheid voor psychiatrische dienstverlening beschikbare tijd is in de afgelopen 3 jaren redelijk stabiel. Deze is naar zeggen van 19 respondenten gelijk gebleven, bij 6 instellingen steeg het aantal beschikbare uren (was gemiddeld 3 uur per week) en in eveneens 6 instituten daalde het aantal uren (was gemiddeld 17 uur per week). De feitelijke inzet varieerde van enkele consulten per jaar tot 16 uur per week.

Daarnaast kan de consulent een beroep doen op administratieve ondersteuning (11 maal), verpleegkundigen (9 maal) en psychologische assistentie (6 maal). Door onvolledige invulling was het niet mogelijk de hoeveelheid beschikbare tijd van deze voorzieningen nauwkeurig te schatten.

Het bezoek van de psychiater aan afdelingen is heel wisselend: van de 33 psychiaters werken 22 hoofdzakelijk op afroep. Slechts 2 hebben een vaste afspraak en 9 werken zowel op afroep als op afspraak. De bezoekfrequentie is eveneens sterk verschillend: van frequent bezoek van een of meer afdelingen (14 maal) tot afdelingen die slechts weinig worden bezocht (11 maal). Dit geldt met name voor afdelingen met weinig gedragsgestoorde, maar ook voor bedlegerigen en diepzwakzinnigen. Als motiveringen voor het weinig frequente bezoek werden gegeven:

- de psycholoog denkt het zonder psychiater te kunnen;
- het is afhankelijk van de groepsleiding;

- er is kennelijk minder psychiatrische problematiek;
- als ik niet in consult wordt geroepen, kom ik niet;
- patiënten komen op mijn spreekuur.

Wat doet de psychiater?

Tabel 2: De aard van de hulpvraag

medicatie en overig therapeutisch advies	59%
advies aan staf en verpleegkundigen	24%
overplaatsingen en organisatorische problemen	8%
gesprekken met ouders	5%
diagnostiek en intake	4%

Opmerkelijk is de geringe bijdrage die de consulenten aan intake en diagnostiek leveren. De totale werkzaamheden van de consulent betreffen voor 90% onderzoek, behandeling en casemanagement. De overige 10% wordt besteed aan preventie, bestuur, onderwijs en opleiding, studie en congressen en andere niet-patiëntgebonden werkzaamheden. In totaal wordt eenderde deel van de tijd besteed aan face-to-face contacten met patiënten. Het aantal beschikbare werkuren wordt door 11 respondenten als voldoende beoordeeld, 17 zeggen dat dit te weinig is en 4 veel te weinig.

Door de respondenten wordt slechts zelden vermeld dat er vragen of problemen ten onrechte worden voorgelegd. Ten onrechte *niet* voorgelegde vragen wordt door 14 respondenten genoemd. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- diagnostiek, afbouw van medicatie, overmedicatie en casemanagement;
- kennisoverdracht en opleiding;
- preventie en vragen met betrekking tot bouw en inrichting.

Behoeften van de consulenten - Van 20 respondenten missen 7 het een en ander in de voorzieningen die nodig zijn voor het goed uitoefenen van hun werkzaamheden: een eigen ruimte (2), een observatieruimte (1), video-uitrusting (1), een secretaresse (2), goed psychiatrisch opgeleide medewerkers (2), meer uren voor de psychiatrie (1), een betere honorering (1), en een vereniging van psychiaters werkzaam in de zwakzinnigenzorg. Inventarisatie van de behoefte aan ondersteuning leverde de volgende suggesties op:

- ten aanzien van de patiëntenzorg: crisisopvang voor zwakzinnigen van wat hoger niveau door de psychiater; orthopedagogische of agogische benadering indien gedragsproblemen geen duidelijke psychiatrische oorzaak hebben; overleg over hun ervaringen in de zwakzinnigenzorg (N=3);
- ten aanzien van organisatorische zaken: betere verwijsmogelijkhe-

- den met daarmee samenhangende financiering; het opzetten van een goede registratie en administratie (N=2);
- ten aanzien van onderwijs/opleiding/begeleiding: een cursus systeemtherapie voor hulpverleners; onderwijs aan de medewerkers; nascholing op het gebied van de zwakzinnigenzorg/gehandicaptenzorg; toegang tot literatuur (N=3);
- ten aanzien van onderzoek: een band met een universiteit; ondersteuning bij onderzoek; betere evaluatie (N=4).

Ontboezemingen van consulenten – Het peilen van de behoefte om verdere opmerkingen te maken en vooral om suggesties te geven met betrekking tot de psychiatrische hulpverlening leverde veel stof op:

- Er is onvoldoende oog voor persoonlijkheidsproblematiek, voor psychologische en voor psychiatrische problematiek. Dikwijls wordt een en ander aangepakt zonder voldoende diagnostiek. Op dit gebied bestaat nog onvoldoende know-how; verdere exploratie is dringend nodig. Het was verrassend destijds te ontdekken dat er zoveel psychiatrie in problemen van zwakzinnigen schuilt.
- Psychiatrische consultatie is dikwijls te fragmentarisch en wordt teveel aan toevallige omstandigheden overgelaten, zoals bij voorbeeld de visie van een directie op psychiatrie. Uitbreiding van de consulent-uren psychiatrie is zeer gewenst. Om patiënten een afdeling met staf en de cultuur van een instituut te leren kennen, moeten er regelmatig contacten zijn tussen psychiater en instituut gedurende minimaal 2-3 uur per week.
- Het is gewenst gespecialiseerde instanties te vormen voor psychiatrische hulpverlening aan zwakzinnigen. Door groepsverkleining zijn minder pillen nodig en ontstaan meer mogelijkheden voor revalidatie en resocialisatie. Poliklinische spreekuren instellen voor zwakzinnigenzorg. Het personeel beter opleiden.
- Uitwisselen van ervaring met collega-consulenten. Er is in de zwakzinnigenzorg een groot gebrek aan goed opgeleide en aan ervaren psychiaters.
- Ik werk daar als consulent na 'ziekenfondsverwijzing'. Ik zie uit budgettaire overwegingen alleen de meest problematische pupillen voor onderzoek en advies. Voor andere werkzaamheden is geen geld beschikbaar.
- Ik heb mij onlangs als consulent teruggetrokken omdat ik geen verantwoordelijkheid kan en wil dragen voor het isoleerbeleid. De instelling zegt geen geld te willen besteden aan meer uren van een psychiater.

Het veronachtzamen van psychiatrische stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek is een opmerking die enkele keren werd gemaakt. Nogal eens blijkt de consultatie van de psychiater teveel op zichzelf te staan en is deze niet in een omvattende, multidisciplinaire benade-

ring van gedragsproblemen ingebed. Sommige psychiatrische consultants voelen zich wat betreft hun opleiding onvoldoende voorbereid voor het werk in de zwakzinnigenzorg en stellen betere opleiding voor, maar dan wel van alle disciplines die binnen het veld werkzaam zijn.

De respondenten – Ten slotte werd ook informatie gevraagd over de respondenten. Uit de tabellen 3 en 4 blijkt dat de leeftijdsopbouw redelijk evenwichtig is, gezien het feit dat een psychiater omstreeks zijn dertigste jaar als specialist kan zijn ingeschreven. Wat betreft het aantal jaren werkervaring is de groep met weinig ervaring (minder dan 5 jaar) ruim vertegenwoordigd.

Tabel 3: leeftijd

jaren	N	%
31-40	12	39
41-50	11	35
51-60	5	16
61-64	3	10

Tabel 4: Aantal jaren werkzaam als consultant

jaren	N	%
0-4	15	44
5-9	8	23
10-14	5	15
15-19	0	0
>19	6	18

Organisatie van de psychiaters-consulenten – Vrijwel alle respondenten zijn lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (29) en één van de Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg (NVAZ). Wat betreft psychotherapeutische oriëntatie is het beeld zeer divers: algemeen psychotherapeutisch, relatie-, gezins- en groepspychotherapie, hypnotherapie, transactionele analyse. Slechts 2 psychiaters zijn lid van het Nederlands Genootschap tot bestudering van de Zwakzinnigenzorg (NGBZ). Dit is des te opmerkelijker omdat verscheidene consultants hebben opgemerkt dat zij behoefte hebben aan meer kennis van de specifieke problematiek en uitwisseling van ervaring met collega's.

Beoordeling van de werkzaamheden – De meeste consultants (23) zijn tevreden tot zeer tevreden met hun werk. Zes zijn ontevreden tot zeer ontevreden. Voor de laatsten is het werk te sporadisch, te margi-

naal, met te weinig mogelijkheden de bestaande know-how toe te passen, het is alleen trouble-shooting, alleen een breekijzerfunctie, een enorme praatcultuur en de samenwerking met het personeel is matig. De helft van de consultants denkt het werk nog lang te doen; 1 op de 5 weet dat niet en 1 op de 3 zal dat waarschijnlijk tot zeker *niet* doen. Als 1 op de 3 consultants – van wie 60% ontevreden tot zeer ontevreden is – het werk zeker niet lang meer zal doen, is het verloop in de groep, de leeftijd in aanmerking genomen, toch ongewenst groot.

Conclusie

De hierboven weergegeven inventarisatie brengt enkele opmerkelijke zaken aan het licht. De belangrijkste is het feit dat een grote groep van 23.000 zwakzinnigen kennelijk slechts geringe tot geen psychiatrische zorg krijgt. Minstens dient naar onze mening te worden onderzocht of deze populatie inderdaad zo'n goede psychische gezondheid geniet wat bij voorbaat zeer onwaarschijnlijk lijkt. Voor de 34 respondenten geldt dat deze voor een eveneens zeer grote groep van 7.000 geestelijk gehandicapten hun consultatieve functie moeten vervullen. Dat is een te grote caseload. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de consultant sommige afdelingen slechts sporadisch bezoekt of afwacht tot hij in consult wordt geroepen. Hierdoor is hij echter afhankelijk van de afspraken met, het inzicht en de bereidwilligheid van de medewerkers van de betreffende afdeling.

De hoeveelheid beschikbare tijd wordt door de meerderheid als onvoldoende beoordeeld. Ook wat betreft de ondersteuning en verdere voorzieningen bestaan vele wensen voor uitbreiding.

Dikwijls wordt vermeld dat er te weinig oog is voor de mogelijkheden van de psychiatrische inbreng. Ook wordt ervaren dat tussen de collega's te weinig contact bestaat en wordt de behoefte aan verdere opleiding en scholing, en aan onderzoek en evaluatie geuit.

Zwakzinnigenzorg heeft zich uit een gemeenschappelijk werkveld van psychiatrie en zwakzinnigenzorg geëmancipeerd omdat zij binnen dit gemeenschappelijke veld werd verwaarloosd. Die emancipatie heeft zich voltrokken zodra voor de zwakzinnigenzorg voldoende voorzieningen beschikbaar kwamen, en voldoende vertegenwoordigers van andere disciplines dan de psychiatrische de taken uit handen van de psychiater konden nemen. Zonder aan hun inbreng iets te kort te willen doen, lijkt steeds duidelijker te worden dat een goed ontwikkelde zwakzinnigenzorg ook hulp van de psychiatrische discipline heeft. Dit heeft als consequentie dat de psychiatrie zich meer dient te richten op de wensen en behoeften van de zwakzinnigenzorg en hieraan in de opleiding en verdere scholing van psychiaters meer aandacht dient

te schenken. Dit betekent een taak voor de psychiatrie, maar de zwakzinnigenzorg heeft in deze ook een verantwoordelijkheid: bestuurders en werkers in de zwakzinnigenzorg zullen mogelijkheden moeten scheppen voor voldoende inbreng van psychiaters en voor het bestendigen van deze inbreng. Uiteindelijk is de geestelijk gehandicapte patiënt gebaat met een zo breed mogelijk hulpaanbod waarin de onderscheiden disciplines, elk met een specifiek aandachtsgebied en met specifieke hulpmogelijkheden, in goede onderlinge afstemming deze hulp dienen te verlenen.

Literatuur

- Day, K.A. (1990), Treatment, care and management. In: A. Dösen, F.J. Menolascino (red.), *Depression in mentally retarded children and adults*, Leiden.
- Dösen, A. (1983), *Psychiatrische stoornissen bij zwakzinnige kinderen*. Lisse.
- Dösen, A. (1990), *Developmental-dynamic relational therapy*. In: A. Dösen, A. van Gennep, G.J. Zwanikken (red.) (1991), *Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded*, Leiden.
- Dösen, A. (1990), *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Meppel/Amsterdam.
- Goffin, L. (1990), Door de bomen kan men soms het bos niet meer zien: Behandeling met psychopharmaca – Enkele beschouwingen rond een casus. In: A. Dösen en D.A. Flikweert (red.), *Zorg voor geestelijke gezondheid bij zwakzinnigen*, Groningen.
- Kegel, I. (1990), Gezinsysteemtherapie bij de behandeling van psychische stoornissen van geestelijk gehandicapten. In: A. Dösen en D.A. Flikweert (red.), *Zorg voor geestelijke gezondheid bij zwakzinnigen*, Groningen.
- Levita, D.J. de (1981), Ontwikkelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Het medische jaar*, 1981, 12-23.
- Menolascino, F.J., en B.M. McCann (1983), *Mental health and mental retardation*. Baltimore.
- Manen, N.F. van, e.a. (red.) (1981-1990), *Vademecum zorg voor geestelijk gehandicapten*. Alphen a/d Rijn.
- Menolascino, F.J. (1990), Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness. In: A. Dösen, F.J. Menolascino (red.), *Depression in mentally retarded children and adults*, Leiden.
- Peeters, H.F.M. (1982), Historische fasen in aard en behandeling geestesziekte. In: J.M.W. Binnenveld, C. Brinkgreve en A.J. Lameyn (1982), *Een psychiatrisch verleden. Uit de geschiedenis van de psychiatrie*.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., R.B. Minderaa, F. Verhey (1982), Kinderpsychiatrie, een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24 4, 257-265.
- Sijben, A.E.S. (1986), *Omzien naar weldoen*, Nijmegen: Proefschrift KU.
- Verbraak P. (1977), *Naar een andere zwakzinnigenzorg*, Lisse.
- Zwanikken, G.J., A.A. Fischer en F.G. Zitman (red.) (1990), *Psychiatrie*, Utrecht.

Summary: Psychiatry in the care for the mentally handicapped

The care for mentally handicapped people broke away from psychiatry during the last 25 years and developed an identity of her own. After years of separation the demand for psychiatric help and bridging the gap between psychiatry and the care for the mentally handicapped is growing again. This bridge is urgently needed as there are more behavioural disorders in a population of mentally handicapped and in a population of psychiatric patients there is more mental handicap than in the general population.

The writers investigated the work of psychiatric consultants in the care for the mentally handicapped in the Netherlands. They report on their findings. The care for the mentally handicapped is in need of more psychiatrists, more interest of psychiatrists and more help of psychiatrists who are trained better for this specific task.

G.J. Zwanikken is hoogleraar psychiatrie aan de KU Nijmegen. A.E.S. Sijben is psycholoog, management consultant te Velp.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 4-3-1991.