

Justitie kwam, en alles opnieuw begon. Een aantal patiënten hebben wij stenisch aangepakt met isolatie en (of) spanlaken en (of) hoge doseringen sedativa om hen het plezier van het verblijf in ons ziekenhuis te vergallen; resultaten hebben wij hiermede niet duidelijk behaald. Een uitvoeriger psychiatrische benadering (psychotherapie) is in ons ziekenhuis niet mogelijk omdat deze patiënten bij ons als „passanten” verblijven.

Patiënten zelf de verpleegkosten laten betalen is onmogelijk; in 1963 verdiende een gedetineerde gemiddeld f 0,69 per dag, doch door de loonronden bedraagt dit thans rondom de f 1,20 per dag. Wij hebben patiënten vriendelijk en goedwillend benaderd in een zo vrij mogelijke verpleging; een aantal slikte prompt weer, toen zij hoorden dat zij terug moesten naar het gesticht van herkomst. Betreffende een aantal patiënten hebben wij het Ministerie van Justitie voorgesteld, na de zoveelste laparotomie de T.B.R. te doen beëindigen door middel van spoedig proefverlof of onvoorwaardelijk ontslag. Een aantal malen hebben wij over-

plaatsing naar een andere inrichting geadviseerd. De indicatie tot operatieve therapie hebben wij in de loop der jaren steeds scherper trachten te stellen; soms zijn wij echter genoodzaakt de patiënt wegens penitentiaire omstandigheden te opereren. Iemand met 2 klerenhaken of een half tafelmes in de buik is moeilijk te reclasseren, d.w.z. op verantwoorde wijze terug te plaatsen in de vrije maatschappij. Onze defensiemechanismen (VERECKEN 1965) zullen wij ook bij slikkers moeten leren onderkennen.

De preventie is voor een groot deel afhankelijk van adequate sociaal-medische, c.q. sociaal-psychiatrische hulp, vooral in de eerste periode van de detentie. BRECHT formuleerde het in de *Dreigroschenoper* als volgt:

„Ihr Herrn, die ihr uns lehrt, wie man brav leben und Sund' und Missetat vermeiden kann
Zuerst müsst ihr uns was zu fressen geben
Dann könnt ihr reden: damit fängt es an.”

Een literatuurlijst is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

BEHANDELING VAN KLACHTEN IN HET CLIMACTERIUM

Uit het antwoord van collega P. G. HART (1969) op mijn ingezonden stuk blijkt mij dat de psychiatrische bedoeling hiervan blijkbaar niet duidelijk genoeg is geweest. Als n.l. collega HART de symptomen noemt „gebrek aan vitale energie, lusteloosheid, moeheid, nergens meer toe komen”, dan zijn voor mij hiermede enkele belangrijke symptomen van een depressief syndroom genoemd. Typerend is echter dat collega HART deze diagnose niet stelt, in tegendeel, deze diagnose ontken.

Dit is het punt waar alles om draait; de diagnose depressief syndroom werd niet alleen hier, maar wordt overal opvallend vaak gemist, waardoor adequate therapie met antidepressiva uitblijft, ten koste van vaak jarenlange ellende.

De huisarts kan, indien hij zich beperkt tot slechts enkele psychopharmaca (waar in ieder geval imipramine (Tofranil) en amitriptyline (Tryptizol) bij horen), een groot deel van de depressies zelf met succes behandelen. De rest dient naar de psychiater te worden verwezen, mits deze ervaring met psychopharmaca heeft.

Als het depressief syndroom na jaren vele sociale consequenties heeft gekregen wordt het als een sociaal-psychiatrische casus bij onze Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid aangemeld. Bij onderzoek blijkt dan dat een niet herkende of inadequaet behandelde depressie de hoofdbron van jarenlange ellende is geweest. Na antidepressieve behandeling wordt dan weer een nieuwe start mogelijk gemaakt. Helaas zijn er, naast het vele leed, ook vaak onherstelbare gevolgen. De depressieve mens neemt vaak besluiten die na herstel ernstig worden betreurd. In het tijdig herkennen en behandelen van depressies ligt dan ook een belangrijke preventieve taak.

Wel heb ik me afgevraagd wat toch de oorzaken kunnen zijn van het feit dat de zo frequent voorkomende depressies óf niet worden herkend óf wel herkend en niet worden be-

handeld. Misschien zit men nog te vast aan het oude beeld van de depressieve patiënt: apathisch mutistisch stuporeus, met de bekende armoede- en zondewanen? Of luistert men niet zorgvuldig genoeg naar de patiënt die zelf vaak met vage lichamelijke klachten komt, maar van wie bij doorvragen blijkt dat hij veel levensvreugde en vitaliteit heeft verloren? Waarom vraagt men de naaste familie niet eens of de patiënt vroeger ook zo zwaartillend was, of zo prikkelbaar en explosief? Is het moeilijk door de nerveuze agitatie van sommige patiënten heen, de depressieve ondergrond te zien?

In de sociale psychiatrie is het boeiend te zien hoevele vormommingen de depressie eigenlijk heeft, en tot welk een scala van gedragsafwijkingen ook bij kinderen en bejaarden, een depressief syndroom aanleiding kan geven.

Nu na 10 jaar antidepressiva nog zoveel patiënten niet de juiste behandeling krijgen, meende ik vanuit de ervaring met een zeer groot aantal patiënten, langs deze weg nog eens de aandacht te moeten vestigen op dit ziektebeeld, dat tegenwoordig zo uitstekend behandeld kan worden.

Literatuur: HART, P. G. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1062 en 1289. — HIELE, L. J. VAN (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1289.

Hoogeveen, 1 september 1969

L. J. VAN HIELE

Het is blijkbaar volgens collega VAN HIELE niet mogelijk lusteloos te zijn, zich moe te voelen, nergens meer toe te kunnen komen, zonder lijdende te zijn aan een depressief syndroom. Ik herhaal hetgeen ik in mijn eerste antwoord schreef: met „gebrek aan vitale energie” duid ik toestanden aan van patiënten die klagen over lusteloosheid, moeheid, enz. en geenszins van vrouwen die een depressief syndroom hebben. Als collega VAN HIELE hieruit meent te moeten besluiten, dat ik het bestaan van een depressief syndroom in het climacterium ontken of deze diagnose niet wil stellen, is dat zijn zaak. Toch ben ik blij dat door deze tweede ingezonden mededeling het depressieve syndroom nogmaals onder de aandacht wordt gebracht.

Utrecht, 16 september 1969

P. G. HART