



De verhouding der verschijnselen van psychasthenie tot de manisch-depressieve psychose en de schizofrenie

<https://hdl.handle.net/1874/283038>

DE
VERHOUDING DER VERSCHIJNSELEN
VAN PSYCHASTHENIE TOT DE
MANISCH-DEPRESSIEVE PSYCHOSE
EN DE SCHIZOPHRENIE.

A. DE RUITER.

A. qu.
192

DE VERHOUDING DER VERSCHIJNSELEN VAN
PSYCHASTHENIE TOT DE MANISCH-DEPRESSIEVE
PSYCHOSE EN DE SCHIZOPHRENIE.

DE VERHOUDING DER VERSCHILLENDE
PSYCHISCHEN TOT DE MATHESIS NATURALIS
IN DE SCHEIDING

BIBLIOTHEEK UNIVERSITEIT UTRECHT



2975 601 6

A. 9^o 192. 1925

DE VERHOUDING DER VERSCHIJNSELEN VAN PSYCHASTHENIE TOT DE MANISCH-DEPRESSIEVE PSYCHOSE EN DE SCHIZOPHRENIE.

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN
DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSI-
TEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN
DEN RECTOR-MAGNIFICUS DR. H. F.
NIERSTRASZ, HOOGLEERAAR IN DE
FACULTEIT DER WIS- EN NATUUR-
KUNDE, VOLGENS HET BESLUIT VAN
DEN SENAAAT DER UNIVERSITEIT TE
VERDEDIGEN TEGEN DE BEDENKINGEN
VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE
OP DINSDAG 12 MEI 1925, DES
NAMIDDAGS 4 UUR, DOOR
ABRAHAM DE RUITER,
ARTS,
GEBOREN TE AMSTERDAM.



DRUKKERIJ ZUIDAM — UTRECHT

AAN MIJNE OUDERS

Bij het voltooiën van dit proefschrift is het mij een behoefte U, HOOGLEERAREN der geneeskundige en natuurphilosophische Faculteiten te Amsterdam, mijn groote erkentelijkheid te betuigen voor het van U ontvangen onderricht.

U, Hooggeleerde WINKLER, Hooggeachte Promotor, ben ik bijzonderen dank verschuldigd voor het voorrecht, als uw assistent werkzaam te mogen zijn en voor alles wat Gij daarbij voor mij waart. Met uw onafhankelijken, zeer eigen kijk op vele vraagstukken, zijt Gij voor hen, die in uw nabijheid werken, steeds een voorbeeld zich persoonlijk te ontwikkelen.

Dat Gij, ondanks uw bezwaren tegen de hedendaagsche Psychiatrie, in haar verschillende uitingen, mij vrij liet in de bewerking van een onderwerp, waarbij ik van eenige nu heerschende inzichten gebruik maakte, geeft blijk van uw ruimheid van opvatting.

Hooggeleerde L. BOUMAN, door U vooral werd ik ingeleid in de Psychologie en Psychiatrie. Het cachet dat de klinische Psychiatrie, zooals zij door U beoefend wordt, heeft, had steeds voor mij een groote bekoring. Ook voor het feit dat Gij eenige jaren geleden op het onderwerp van dit proefschrift mijn aandacht vestigde en uw vriendelijke medewerking daartoe, ben ik U zeer dankbaar.

Zeergeleerde VAN ERP TAALMAN KIP, aan den tijd, dat ik als uw assistent aan het Arnhemsch Sanatorium voor Zenuwzieken mocht werkzaam zijn, denk ik met dankbaarheid terug. Met uw scherpzinnigheid gaat Gij mij menigen belangrijken wenk, door uw ruime ervaring wist Gij mij steeds

voor te lichten, maar vooral gedenk ik dankbaar de groote welwillendheid die Gij mij steeds betoonde, waardoor mijn werkkring tot een zeer aangename werd.

Mijn collegae-assistenten ben ik zeer erkentelijk voor hun vriendschap; de prettige samenwerking, die er steeds bestond zal ik niet licht vergeten.

In het bijzonder nog dank ik U, Zeergeleerde STENVERS, voor uw klinisch-neurologische en Röntgenologische adviezen, die voor mij van groote beteekenis waren.

Aan hen, die mij bij het persklaar maken van dit proefschrift terzijde stonden, in het bijzonder Mejuffrouw Mr. COLLARD, ten slotte een woord van hartelijken dank.

INLEIDING.

In de klinische psychiatrie maakt zich tot in den laatsten tijd een streven kenbaar, alle periodisch optredende aandoeningen onder de manisch-depressieve psychose te rangschikken. In vele gevallen neigen de dwangverschijnselen tot dit periodisch verloop.

Niet alleen op dezen grond, maar op dien van meerdere overeenstemmingen, wordt voor de verschijnselen, die in de Duitsche psychiatrie onder het beeld der dwangneurose, in navolging der Franschen, (JANET), onder de psychasthenie worden gerangschikt, een opgaan in de manisch-depressieve psychose bepleit.

Het doel in dit proefschrift beoogd is, na te gaan of de argumenten inderdaad dwingend genoeg zijn om de eenheid, in ieder geval een niet meer dan oppervlakkig verschil tusschen beide, aan te nemen. Verder zal het verband van genoemde verschijnselen met andere psychosen, voornamelijk de schizofrenie, onder de oogen gezien worden en nagegaan, of hierin wellicht ook tegenargumenten liggen.

De verhoudingen kunnen van meerdere gezichtspunten beschouwd worden: dit doen de verschillende psychiatrische onderzoekingsmethoden, die zich voor een groot gedeelte direct uit de oude klinische werkwijze hebben gevormd.

Zoo heeft men de phaenomenologische onderzoekrichting (JASPERS, KRONFELD); spreekt men van een „Struktur-

Analyse" (BIRNBAUM); gaan stemmen op voor de „mehrdimensionale Diagnostik" (KRETSCHMER), waarvan het nieuwe, vooral bij de beide laatsten, voor een belangrijk deel in de grootsche nomenclatuur ligt. De psycho-analyse in Freudschen zin heeft zich hiernaast als iets principieel nieuws ontwikkeld.

Van groot belang voor het hier te behandelen onderwerp is mij gebleken de karakterologische benadering der verschijnselen, een zienswijze, waarin vooral KRETSCHMER groote verdiensten heeft.

Zonder deze richtingen afzonderlijk tot hun recht te laten komen, zal bij het onderzoek, dat bedoeld is vooral een klinisch karakter te dragen, met de hoofdstrekkingen ervan rekening gehouden worden.

Over wat wij als essentieel verschijnsel voor ons van belang noemen, nl. dat van dwang, zullen de voornaamste in de litteratuur vastgelegde beschouwingen voorafgaan.

HOOFDSTUK I

Over dwangverschijnselen.

De naam dwangvoorstelling werd in 1867 het eerst door VON KRAFFT EBING gebruikt om die voorstellingen aan te duiden, die op den bodem van een melancholische gemoedstemming optreden.

Geheel anders was het door GRIESINGER met hetzelfde woord benoemde begrip, n.l. dat van subjectieven dwang: hij sloot hierdoor uit alle voorstellingen, die alleen onder den objectieven dwang van het affect tot stand kwamen.

Het is WESTPHAL's verdienste het begrip scherp begrensd te hebben in zijn definitie:

„Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartig anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenüber steht.”

Met er op te wijzen dat dwangvoorstellingen niet door een bepaalden affectieven toestand veroorzaakt werden, bedoelde WESTPHAL hen tegenover de overwaardige ideeën, die VON KRAFFT EBING er toe rekende, scherp te begrenzen.

Overigens was ook hem niet ontgaan dat depressieve

affecten bij lijders aan dwangvoorstellingen vaak gevonden worden. Om misverstand ten opzichte van dit laatste uit te sluiten, bracht BUMKE, die voor het overige de criteria van WESTPHAL accepteert, eenige wijziging in de redactie van diens definitie aan.

BUMKE staat dus hier eveneens op het standpunt, dat men bij de dwangvoorstellingen te doen heeft met een primaire stoornis in het associatieve leven. Alleen die phobieën en dwanghandelingen behooren tot de dwangverschijnselen, die het gevolg van dwangvoorstellingen zijn. Hij wijst op het absurde om van dwang-affecten, dwanghallucinaties te spreken: van dwang toch kan alleen sprake zijn, indien er normaal een gevoel van vrijheid bestaat, iets wat wij in het gewaarwordings- en gevoelsleven niet kennen.

De opvatting van de primaire associatiestoornis huldigde ook reeds WERNICKE. Hij scheidde de autochthone ideeën eenerzijds, de overwaardige ideeën anderzijds van de dwangvoorstellingen. De autochthone ideeën worden in tegenstelling van de laatste als vreemd, als niet tot de persoonlijkheid behoorend aangemerkt. Bij dwangideeën heeft men te doen met een prikkelingstoestand van het associatie-orgaan bij behouden continuïteit, terwijl hij zich bij de autochthone ideeën voorstelt een opheffing van het associatief verband, een „sejunctie”. De overwaardige idee onderscheidt zich hierin van de dwangidee, dat zij niet als onzinnig wordt aangemerkt, maar als gemotiveerd wordt gezien.

ZIEHEN ziet eveneens de associatiestoornis primair; aan de affecten schrijft hij op andere plaatsen in zijn leerboek echter weer invloed toe.

De WESTPHAL-BUMKE'sche criteria hebben in den loop der jaren tegenstand ondervonden, door de negatie van allen emotieven grondslag.

KRAEPELIN komt in aansluiting aan MOREL's opvatting, die blijkt uit den naam: *déire émotif*, door hem aan het ziektebeeld waarbij deze verschijnselen optreden, gegeven, tot de overtuiging, dat aan de dwangvoorstellingen de angst ten grondslag ligt. Alles wat onder dwang optreedt, is uit een angstige spanning te verklaren. Deze stemming is bij het eerste optreden der verschijnselen aanwezig. De invloed van sterk affectief gekleurde gebeurtenissen op het verloop der ziekte spreken in denzelfden zin. De patiënten zijn angstige, gevoelige, innerlijk onvrije mensen; de dwangvoorstellingen die bij hen ontstaan dragen wat den inhoud betreft geheel den stempel van het depressieve affect. Een analoon van deze stoornis ziet hij in het aan ieder bekende feit, dat de helderheid en logica in het denken afneemt bij groote emoties die het individu doormaakt.

Voor al door SOMMER wordt er op gewezen dat er constant een gevoelsreactie op het optreden van dwangvoorstellingen wordt aangetroffen. Hij zag, uitgaande van dwangvoorstellingen, zich depressieve psychotische toestanden ontwikkelen, die zeer veel gelijkenis vertoonden met een melancholie. Nadere analyse van de gevallen deed ze echter herkennen als depressieve reacties, die op deze voorstellingen teruggevoerd konden worden.

ASCHAFFENBURG gaat verder; het staat voor hem vast dat bij het dwangdenken het deelnemen van de affecten niet gemist kan worden. Niet alleen treedt de affectstoornis als gevolg van den strijd tegen de opdringende voorstelling op den voorgrond, maar de angst is zelfs het wezenlijke in het optreden der afwijking.

Het dwangkarakter der voorstellingen komt vaak eerst bij dieper onderzoek voor den dag.

Het dwangdenken, hoewel hiermee niet verklaard, acht hij niet zoo vreemd, wanneer de nadruk op het affect gelegd wordt. Affecten, vooral die van onaangename aard, blijven met groote hardnekkigheid hangen: een zeer bijkomstig verschijnsel, dat hen begeleidde, kan later reeds de herinnering aan de gemoedsbeweging wakker roepen.

Eveneens valt hij het criterium van het behouden zijn der critiek tegenover de onder dwang optredende verschijnselen aan; op het hoogtepunt van het heerschen van den dwang ontbreekt de critiek, of is in ieder geval verminderd; eerst wanneer een rustiger phase ingetreden is, doet zij zich weer gelden.

STÖCKER sluit zich, wat de waardeering der affecten betreft, hierbij aan.

Hij ziet als bodem waarop de dwangverschijnselen zich ontwikkelen een gemengd manisch-depressieven toestand. Het depressieve affect en de remming, veroorzaken dat onaangename voorstellingen blijven hangen. Men krijgt op deze wijze echter geen echte dwangverschijnselen, hoogstens er op gelijkende uitingen. Bij patiënten die echte dwangverschijnselen hebben, treft men steeds een „lebensbejahende” component, waardoor de voorstelling als onaangenaam gevoeld wordt, en er zich een verzet tegen richt.

Deze component is vaak moeilijk te vinden. De normale stemming die licht manisch is, veroorzaakt dat de depressieve verschijnselen aan patiënt en omgeving veel meer opvallen. Het gevoel van het ziekelijke, in de depressie optredend, ontstaat door de manische tendens.

De subjectieve dwang veronderstelt een strijd; de wil kan dus niet geremd, moet zelfs sterker dan normaal zijn; toch is een verdere voorwaarde, wil het tot deze verschijnselen komen, dat de wil het tegen den dwang verliest.

Hij vindt bij de patiënten een remming van de denk-richting, terwijl binnen deze een versnelde afloop der voorstellingen zich voordoet.

Over de klinische plaats der dwangverschijnselen handelt STÖCKER naar aanleiding van een uitgebreid onderzoek. Deze en de van de zijne in eenige opzichten afwijkende meeningen van HEILBRONNER en BONHOEFFER komen in een ander verband ter sprake.

Onder de Fransche auteurs zijn meerdere aanhangers van deze opvatting. MOREL reeds sprak, zooals wij zagen, van het *délire émotif*, waar hij deze verschijnselen veelvuldig zag optreden. In aansluiting aan hem geeft RÉGIS zijn oordeel over de obsessies als een pathologische, zuiver emotieve toestand, en zegt: „le doute anxieux est à la base de la plupart sinon de toutes les obsessions.” Hij onderscheidt twee vormen, naar gelang de angst (*anxiété*) die er aan ten grondslag ligt, zich meer uit door een vrees of door een idee. De eerste noemt hij *l'obsession phobique* of *phobie*, de tweede *l'obsession idéative*.

Hier te lande is het JELGERSMA die, in aansluiting aan FREUD, over wien straks, de affectieve genese voorstaat. Hij maakt in zijn leerboek nog de volgende opmerkingen: allereerst deze, dat de dwang het gevoel van onaangenaamheid veroorzaakt, door het gemis van het gevoel van vrijheid, dat wij normaal sterk hebben op het gebied van het voorstellings- en wilsleven. Omgekeerd kunnen wij van dwangverschijnselen alleen spreken in gebieden waar dit gevoel van vrijheid normaal bestaat, nooit in het waarnemingsleven, waarin wij afhankelijk zijn van den uitwendigen prikkel; daarom kunnen wij niet spreken van een dwangwaarneming of een dwanghallucinatie. Deze opvatting is door BUMKE en anderen eveneens verdedigd.

De phobie in de waarnemingswereld is het analogon van den dwang in de voorstellings- en wilswereld. Een sterk proces in de waarnemingswereld geeft nl. een negatieven gevoelston: de phobie, die evenals de dwang, welken hij als een sterk proces in het voorstellingsleven beschouwt, de eigenschappen van onverdringbaarheid en van als pathologisch aangemerkt te worden, heeft.

Het eenige, maar dan ook fundamenteele verschil tusschen dwang en melancholie is, dat het negatieve karakter dat aan beide eigen is, in het eerste geval gelocaliseerd, in het tweede algemeen is. Omdat de dwang met de normale maat van de andere geestelijke vermogens gemeten wordt, neemt men dezen als zoodanig, dus met critiek waar, terwijl die maatstaf bij de melancholie ontbreekt. Toch kan er bij de melancholische gemoedsstemming een sterker localiseeren op bepaalde dingen plaats grijpen, waardoor het subjectief gevoel van dwang ontstaat. Zoo ziet men bij JELGERSMA het bovengenoemde fundamenteele verschil tusschen beide voor een deel weer vervallen.

JANET, de eerste beschrijver van het ziektebeeld der psychasthenie, waarvan hij het dwangverschijnsel als het grondsymptoom beschouwt, bevredigt noch de intellectueele, noch de emotioneele benadering. Hij stelt daartegenover de psychasthenische theorie. De fundamenteele stoornis ziet hij in de psychische spanning en geeft hiervan uitdrukking in: „l'abaissement de la tension psychologique.” De graad van psychische spanning uit zich in de plaats die de op het hoogste niveau van den geest zich voltrekkende processen innemen. Tot deze behooren: „la fonction du réel avec l'action, la perception de la réalité, la certitude;” bij een lage psychische spanning treden op den voorgrond: „la rêverie, l'agitation motrice, l'émotion.”

Bij verlaagde psychische spanning is de adaptatie aan de werkelijkheid gering, er ontstaat een aboulie, een verstrooidheid. Uit deze grondstoornis zijn te verklaren het optreden van „sentiments d'incomplétude, phobies, agitations forcées, troubles systématisés, obsessions.”

Uitvoerige beschouwingen gaf FRIEDMANN. Hij kwam na verschillende publicaties ten slotte tot de opvatting, dat alle voorstellingen die men onder dwangvormingen samenvat, niet eenzelfde karakter hebben; ook de genese is verschillend. Hij maakt een tegenstelling tusschen den nerveus-episodischen en den psychasthenischen vorm. In beide groepen komen weer dwangverschijnselen voor van verschillenden oorsprong. Zoo onderscheidt hij binnen den episodischen vorm dwangvoorstellingen van een vnl. affectieve genese; deze naderen de overwaardige idee die in het algemeen als meer gemotiveerd geldt.

Deze onder dwang optredende voorstellingen en impulsen hebben een sterk affectieven inhoud. Zij ontstaan doordat een pijnlijke voorstelling door den nerveusen toestand niet geassimileerd wordt, hierdoor in het middelpunt van het bewustzijn blijft en alle „vrije affect” tot zich trekt. De noodzakelijke afsluiting van het denken komt bij den nerveuse niet tot stand; de strijd tusschen logisch inzicht en gevoel blijft bestaan.

In uitputtingstoestanden, cyclothymieën, waar remming van denken optreedt, komen vaak dwangvoorstellingen voor van intellectueelen oorsprong, zooals vraag- of twijfelzucht. Een derde groep draagt een meer gemengd karakter; hier zijn intellectueele- en affectieve grondstoornissen aanwezig.

De psychasthenische vorm is het gevolg van een onvoldoende concentratie, een gebrek in het bestuur van het

psychisch gebeuren, waardoor elke affectief gekleurde voorstelling zich vast kan zetten. Ook hier hebben de dwangvoorstellingen een meer affectief of een meer intellectueel karakter.

De bodem is echter steeds dezelfde; het ontbreekt dezen menschen aan het vermogen een besluit te nemen; het zijn aan het kleine hangende, teere, onzekere menschen.

BUMKE is in zijn leerboek (1924), afwijkend van zijn vroegere meening, meer de opvattingen over het dwangdenken van FRIEDMANN genaderd; de rol van de affecten in de genese der dwangvoorstellingen verwerpt hij niet geheel.

Het wezenlijke der dwangvoorstellingen ziet hij — dit vooral in tegenstelling met de domineerende voorstellingen, die dikwijls ook het subjectief gevoel van onvrijheid in het denken hebben — in het opduiken zonder eenige organischen samenhang met het overige denken. Zij worden verder niet overwogen, ten einde gedacht en zoo verwijderd, maar overweldigen het bewustzijn.

Hij wijst niet meer, zooals vroeger, een groot deel der phobieën als niet tot deze groep behorend af, omdat zij onder de gevoelsstoornissen zouden vallen. De voorstelling dat er geïsoleerde gevoelens en gedachten zouden zijn is onjuist; elke angst heeft een intellectueele component. Er is tusschen dwangvoorstellingen en phobieën daarom geen principieel verschil: het eenige onderscheid is, dat in het eene geval de gedachte en in het andere de angst het gewichtigst is.

Hier te lande heeft VAN VALKENBURG zich met het vraagstuk beziggehouden, en is tot een opvatting gekomen die zich bij bovengenoemden aansluit, doordat meerdere factoren in de genese van den dwang worden aangenomen. De vorming wordt gezien van een voorstelling uit, meestal

affectief gekleurd, die passief de opmerkzaamheid trekt. De
 verbinding van deze voorstelling met een affect van andere
 psychische inhouden afkomstig, geeft een gevoel van vreemd-
 heid en onzekerheid, stijgend tot angst. Verdringing naar
 het onbewuste gelukt niet, tot het eind doorgedacht kunnen
 zij door de bijzondere structuur niet worden, slechts het en
 masse terugdringen tot een minderen bewustzijnsgraad is
 mogelijk. Het depressieve affect werkt begunstigend voor het
 optreden van het half-verdrongen voorstellingscomplex.
 Depressieve affecten, hoewel niet in ernstigen graad, komen
 bij de dwangneurotici voor, maar verklaren het optreden
 niet; er zijn trouwens vele chronisch gedeprimeerden die nooit
 dwangvoorstellingen hebben.

Er moet bij de dwangpatiënten nog een factor aangenomen
 worden, die liggen moet in de abnormale wilsfunctie. Met
 JANET ziet hij die in de verlaging der psychische spanning,
 in het bijzonder in een der gevolgen hiervan; de verminde-
 ring van de „fonction du réel”. Deze veroorzaakt een gevoel
 van insufficiëntie, dat hen voornamelijk hindert in hun betrek-
 kingen tot de buitenwereld, en hen ook den strijd met de aan-
 dringende vreemde voorstellingen niet ten einde doet brengen.

Afzonderlijke vermelding verdient de psycho-analytische
 richting, die over deze verschijnselen, deelsluitmakend van de
 dwangneurose, nieuwe inzichten heeft gebracht.

In de FREUDSCHE psycho-analyse, waar aan de affecten
 de beheerschende rol voor normaal zoowel als voor patho-
 logisch-psychisch gebeuren wordt toegeschreven, valt ook
 in het tot stand komen der verschijnselen van dwang op
 hen de nadruk.

De dispositie ertoe is een ontwikkelingsremming van vooral
 de sexuele functie, maar ook van verschillende ik-functies.

De remming in de sexueele ontwikkeling doet vooral de sadistisch- en anaal-erotische neigingen op den voorgrond komen. Bij de dwangneurotici is het niet gelukt deze volkomen te overwinnen. Het kan in eenige gevallen voorkomen dat de ontwikkeling wel ten einde gebracht is, maar dat door een bepaalde ervaring een regressie tot genoemd primitief stadium plaats grijpt. Hier behoeven we voor dien de symptomen niet te vinden, terwijl ze in het eerste geval altijd aanwezig waren.

Deze neigingen zijn verantwoordelijk voor den inhoud der dwangverschijnselen, ofschoon ze eerst na analyse gevonden worden.

Over het mechanisme uit FREUD zich als volgt:

„Wenn bei einer disponierten Person, die Einigung zur Konversion nicht vorhanden ist und zur Abwehr einer unerträglichen Vorstellung die Trennung derselben von ihren Affekten vorgenommen wird, dann musz dieser Affekt auf psychischen Gebiet verbleiben. Die nun geschwächte Vorstellung jedoch bleibt abseits von aller Assoziation im Bewusstsein übrig, ihr freigewordener Affekt hängt sich an andere an sich nicht unerträglichen Vorstellungen an, die durch die falsche Verknüpfung zu Zwangsvorstellungen werden.“

De dwangvoorstellingen zijn herinneringen aan sexueele handelingen, vaak uit de vroegste jeugd, die verdrongen zijn, waarbij het oorspronkelijk lustkarakter tot een negatief nl. dat van zelfverwijt geworden is.

In talrijke afweermaatregelen, in waschdwang, bacteriënvrees, enz. komt dit tot uiting. Tegenover de hysterie, waarbij in de symptomen meer een wenschvervulling zich uit, overweegt in die van de dwangneurose het negatieve, ascetische karakter.

FREUD's beschouwingen zijn zeer aanvechtbaar wat betreft de eenzijdige verklaringswijze (de uitsluitend sexuele genese der neurose die vooropgesteld wordt); het ruime veld, dat de fantasie hier heeft en meerdere zwakke punten, waarop door WINKLER in een kritische studie gewezen is. Ondanks dit hebben zij gewichtige dingen naar voren gebracht.

Hij heeft de beteekenis van het symptoom geaccentueerd, terwijl vóór hem alle nadruk viel op den bepaalden vorm. Deze gedachte blijft belangrijk, al zijn FREUD's methode en conclusies eenzijdig en overdreven.

Dat vele elementen van zijn leer in de beschouwingen van de niet-analytisch in engeren zin georiënteerden zijn doorgedrongen, komt in de psychologie der dwangverschijnselen o.a. uit in de theorieën van VAN VALKENBURG, waar ook scheiding van voorstelling en affect wordt aangenomen; in nog sterker mate is KRETSCHMER beïnvloed.

KRETSCHMER's inzichten worden in het volgende hoofdstuk uitvoeriger vermeld; hier zij opgemerkt dat hij den dwang niet alleen op rekening der affecten kon zetten, maar er toe komen moet een abnorm associatie-apparaat aan te nemen.

In den laatsten tijd hebben twee beschouwingswijzen de meeste aanhangers: nl. die van den zuiver affectieven oorsprong van den dwang en die welke een verder grijpende stoornis aanneemt om de genese ervan te kunnen benaderen.

HOOFDSTUK II

Psychasthenische verschijnselen en Psychose.

In de klinische beschouwing gaan wij uit van het ziektebeeld, de psychasthenie, zooals JELGERSMA het in navolging van JANET noemt, dat gekarakteriseerd is door de phobie, den dwang, den twijfel en het schaamtegevoel. De omgrenzing van de dwangneurose, zooals in Duitschland de ziekte, waarin dwangverschijnselen op den voorgrond treden genoemd wordt, is minder scherp, vooral ten opzichte van het er al of niet toe behooren van de phobie. Ook treft men daar sommige schrijvers, die de dwangvoorstellingen niet als karakteristiek voor een bepaalde ziekte zien, maar ze beschouwen als symptomen die men bij verschillende psychopathische stoornissen aantreft, of ze tot de neurasthenische verschijnselen rekenen. In den laatsten tijd, zullen we zien, is er bij hen eveneens een neiging tot scherpe begrenzing.

Wij gaan nu na, hoe de houding in de litteratuur is ten opzichte van de bovengenoemde groep van verschijnselen, en zien dan allereerst hoe een aantal, die de zuiver emotieve genese der dwangsymptomen voorstaat, de zelfstandigheid van het beeld loslaat. Een argument dat zij o.a. gebruiken om de nauwe verwantschap met de manisch-depressieve psychose aan te toonen, is het dikwijls periodisch karakter in het optreden der dwangverschijnselen.

Aan JANET was dit zeer goed bekend. Hij onderscheidde naast een chronischen, een remitteerenden en intermitteerenden

vorm. Bij nader toezien, merkte hij reeds op, zullen we ook in den zoogenaamden chronischen vorm schommelingen zien, die op de betrekking tot den remitteerenden wijzen.

Veel later heeft JASPERS het schommelend verloop der psychische verschijnselen bestudeerd en de bepaalde typen hiervan scherp omschreven.

De regelmatige stoornis van het psychisch gebeuren, vindt hij als algemeen geldende wet, wordt onderbroken door fasen van veranderd zieleleven. Deze kunnen al dan niet binnen dat wat wij tot het normale rekenen, vallen. Kortdurende fasen worden als aanvallen onderscheiden; treden ze in regelmatige intervallen en in gelijken vorm op, dan spreekt men van perioden. Alle zijn endogeen, dat is: de oorzaak van hun optreden is onbekend, al zal het later blijken, dat vele op lichamelijke ziekten terug te voeren zijn.

Alle psychische stoornissen bij psychopathen neigen tot periodiciteit, zooals dwangtoestanden en ontstemmingen; zeer duidelijk komt dit karakter in de manisch-depressieve psychose uit. Ook schizophrene processen kunnen deze periodiciteit in het begin vertoonen; zij onderscheiden zich van „Schübe” van het proces, doordat er geen blijvende veranderingen optreden.

Proces in den zin van JASPERS (deze uitdrukking heeft alleen betrekking op psychisch gebeuren) onderstelt een blijvende verandering; wij vinden die bij vele organische hersenveranderingen. De lijn die een persoonlijkheidsontwikkeling voorstelt, loopt geleidelijk; er is een ontwikkeling uit gegeven waarden; bij het proces vertoont deze ontwikkelingslijn een afknikking.

PAILHAS beschouwt periodiciteit als de uiting van een wet, geldende voor de meeste cosmische verschijnselen. Voor

de levende organismen geldt niet alleen dit verschijnsel als uitdrukking van een biologische wet, ook de afwisseling, de opeenvolging van antagonistische stadia is hier algemeen geldend; zulke tegenstellingen zijn b.v. te zien in de opeenvolging van activiteit en rust, excitatie en depressie, actie en reactie.

Hij ziet de alterneerende syndromen niet alleen binnen de manisch-depressieve psychose, maar in allerlei andere ziektebeelden: *dementia praecox*, hysterie, epilepsie, etc.

BALLET vraagt zich af, of het circulaire niet een algemeene wet is, geldende voor de functie van ons zenuwstelsel, of wij niet allen tot een zekeren graad circulair zijn.

In de pathologische verhoudingen, waarmee wij in de manisch-depressieve psychose kennis maken, is hij geneigd een enorme overdrijving te zien van wat ons allen eigen is.

In overeenstemming hiermee is JELGERSMA's opvatting, volgens welke het manisch-depressieve element in alle psychisch normaal en abnormaal leven gevonden wordt; dientengevolge spreekt hij van de manisch-depressieve psychose als de oerpsychose.

Zien wij nu wat uit het periodisch optreden der dwangverschijnselen, dat in de litteratuur door talrijke ziektegeschiedenissen aangetoond wordt, geconcludeerd is.

Van Fransche zijde is het BALLET, die op dit optreden wijst, naar aanleiding van een geval waar in eenige perioden „*l'obsession sitiomaniaque*” zich voordeed. Dergelijke gevallen, die zich onderscheiden door het plotselinge van hun begin en einde, door de intactheid van den psychischen toestand in het interval, door de teekenen van depressie die hen begeleiden, beschouwt hij niet als paroxysmen der obsessies welke bij de „*déséquilibrés*” gevonden worden, maar zij behooren

tot de periodische melancholie.

Bij de door JANET en RAYMOND beschreven gevallen van lijders aan psychasthenie komen er voor, waarbij perioden van depressie afwisselen met die waarin obsessies optreden; BALLET rekent ze tot de melancholie.

DENY en CHARPENTIER zien de groote verwantschap der psychasthenie en manisch-depressieve psychose vooral in de volgende punten: in de hereditieit, die bij beide gelijk is; de oorzaken die ze te voorschijn roepen (psychische schok, puberteit, zwangerschap, menopause, involutie); het verloop met exacerbaties; de vrije intervallen, waarin men toch de eigenaardigheden van de constitutie herkent; het nooit in dementie eindigen; de opeenvolging en overgangen van beide.

Hun conclusie is, dat zoo niet alle, dan toch een aantal lijders die tot de psychasthenie gerekend worden, tot de periodischen manisch-depressieven vorm behooren, en dat de „crises d'obsessions” als aequivalenten van deze perioden moeten worden opgevat.

In Duitschland zijn een reeks schrijvers tot een dergelijke conclusie gekomen.

Een uitvoerig onderzoek over de constitutioneele depressie leerde REISZ, dat deze niet af te grenzen is.

Uitgaande van GAUPP'S onderscheiding van twee groepen van aangeboren reactietypen: menschen met langzaam stijgende, langgerekte affectcurve en die met snelle kortdurende heftige reactie, let hij op het voorkomen van beide typen bij de constitutioneel-gedeprimeerden.

De eerste hebben verwantschap tot de dwangneurotici, gaan hier geleidelijk in over; de andere naderen tot de hysterie. Een eenigermate scherpe afscheiding is tusschen deze affectieve reacties niet te maken.

In een publicatie over twee ziektegevallen, waarvan in een de psychose inzet met dwangvoorstellingen, in het andere deze verschijnselen tijdens het verloop op den voorgrond treden, komt HEILBRONNER tot de conclusie dat de ontwikkeling van een progressieve dwangvoorstellingspsychose mogelijk is; hij zag aan de voorstellingen zich n.l. aansluiten een verklaringswaan. Van een definitieve waanvorming kon niet gesproken worden; er was tot een bepaald punt geen verdere progressie; ook lieten de patiënten zich niet beïnvloeden door de ziekelijke ideeën.

In een latere verhandeling zegt hij, geen overtuigende mededeelingen gevonden te hebben, die het voorgaande bevestigen. Ook zelf zag hij verder geen analoga van genoemde gevallen. Bewijzen voor den overgang van een dwangvoorstellingspsychose in een ongeneeselijke waanvorming kent hij dus niet.

Wat het optreden van dwangvoorstellingen betreft, bij voorkeur heeft dit plaats in depressie-toestanden. Het is dus niet uit te sluiten dat dit affect de oorzaak der dwangverschijnselen zijn kan. Bij alle door hem beschreven gevallen op één na, was een depressie-toestand primair; hoe het echter in bepaalde gevallen tot deze verschijnselen komt, weet hij niet. De neiging tot dwangdenken was slechts bij weinige onderzochten habitueel; evenmin vond hij steeds den specialen scrupuleuzen aanleg.

De dwangvoorstellingen, is zijn conclusie, zijn niet meer dan andere psychopathologische phaenomenen in de speciale individualiteit van den lijder gegeven; treden voor het grootste deel onder ons absoluut onbekende voorwaarden op en combineeren zich vaak met andere symptomen, bij voorkeur uit de groep der depressieve voorstellingen.

De neiging tot intermitteerend, zelfs cyclisch verloop komt in de door hem onderzochte gevallen duidelijk uit.

Een nog grooter verband tusschen dwangvoorstellingen en manisch-depressieve psychose ziet BONHOEFFER. Hij demonstreerde een geval, waarbij tot drie maal toe een periode optrad met dwangvoorstellingen en depressie, in welke hem echter een manisch element opviel. Buiten deze perioden was de patiënt opgewekt.

Het fundamenteele in deze stoornis was de depressie; alle klassieke symptomen hiervan waren aanwezig.

Ook uit de manische component, die hij in de affect-stoornis bij lijders aan dwangvoorstellingen vindt, besluit hij tot de zeer nauwe betrekkingen met de manisch-depressieve psychose; het positieve affect ziet hij nu en dan doorbreken; bovendien is er een levendige mimiek, een innerlijke gedachtenvlucht en vaak verhoogde afleidbaarheid.

Overeenkomsten tusschen deze ziekte en de manisch-depressieve psychose liggen verder in de hereditaire verwantschap en in den vorm van optreden, nl. chronisch en periodisch.

STÖCKER'S opvatting over het ontstaan der dwangverschijnselen op den bodem van een manisch-depressieven mengtoestand werd reeds genoemd. Tengevolge van deze beschouwingen verwacht hij, in welke psychose ook, dwangverschijnselen, wanneer deze beide componenten gelijktijdig voorkomen.

Vindt men de dwangverschijnselen betrekkelijk weinig, zoo is de reden hierin te zoeken, dat de elementen die noodig zijn, meestal niet tegelijk aanwezig zijn. Bovendien gaan in de dementia praecox en andere dementieën het ziekte-inzicht en de critiek spoedig ontbreken, zoodat het bestaan dezer voorstellingen onmogelijk is.

Tusschen dwangneurose en manisch-depressieve psychose is een nauw verband: het depressieve symptomencomplex is bij beide primair (de meeste zijner zieken gaven het spontaan aan); verder merkt hij op, dat de constitutioneele vormen der dwangneurose op één lijn staan met de chronische maniakale of depressieve ontstemming.

BECK sluit zich geheel bij BONHOEFFER aan; een differentieel-diagnose houdt hij voor niet goed mogelijk. Met eenige ziekte-geschiedenissen toont hij aan, dat op allerlei wijzen verband en overgang tusschen beide bestaat; het samengaan, de periodiciteit, het vrije interval wijzen er op. De verschijnselen kunnen ook chronisch aanwezig zijn, nu en dan exacerbaties vertoonen, spontaan en reactief. Bij beide vindt hij het voorkomen van hysterische en paranoïde trekken.

In een schema toont hij de overgangen tusschen den verschillende aanleg in de groep der kiempsychosen (JELGERSMA) aan. De pathologische stoornissen die zich eventueel uit dien aanleg ontwikkelen, vertoonen eveneens een in elkaar grijpen.

Hier moet ook STRANSKY genoemd worden, al behoort hij niet tot de extremisten. Hij onderscheidt niet scherp een dwangpsychoneurose van andere psychopathische stoornissen, b.v. de neurasthenie. In het algemeen ziet hij op den bodem van een depressieve stemming de dwangvoorstellingen tot ontwikkeling komen; het voorkomen ervan bij de manisch-depressieve psychose acht hij frequent. De schizofrenie, die overeenkomstige beelden kan geven, verraaft tenslotte het endopsychische van de grondstoornis, terwijl de lijder aan dwangvoorstellingen zich wel steeds als exopsychisch, niet echter als endopsychisch onvrij toont.

Men ziet dat de voorstanders van den zuiver affectieven oorsprong der dwangvoorstellingen — ASCHAFFENBURG, zooals uit

het vorige hoofdstuk blijkt, behoort hier ook toe — in meer of minderen graad de ziekte zien naderen tot de manisch-depressieve psychose.

JELGERSMA, die de saamhoorigheid der door hen afgescheiden groep der kiempsychose bepleit, ziet overgangen van de psychasthenie tot de manisch-depressieve psychose, de histerie en de paranoia, wil echter de zelfstandigheid van het typische beeld niet opgeven.

KAHN, de scheiding handhavend, bespreekt in zijn „Cyclothymie” de differentieeldiagnose hiervan met de psychasthenie.

Aboulie, obsessies en phobieën kunnen ook bij de eerste voorkomen. De wilstoornis van den cyclothym is echter van anderen aard, hem ontbreekt de impuls. Den psychastheen ontbreekt het niet aan wil, maar hij vindt een tegenstand, dien hij niet kon overwinnen. De besluiteloosheid van den cyclothym is universeel; die van den psychastheen slechts ten opzichte van een bepaald punt. De cyclothym heeft deze stoornis alleen in zijn depressies, de psychastheen altijd; obsessies, eindelijk, zijn bij cyclothymie van een bepaalde soort, zij beantwoorden aan zijn affect, aan zijn praeoccupatie, zijn angst voor de toekomst; de psychastheen heeft obsessies en phobieën van allerlei aard.

RÉGIS, hoewel de obsessies als een zuiver affectieven toestand ziende, wil ze niet als tot een bepaalde ziekte behoorend, aanmerken: het is een syndroom dat op den bodem van allerlei psychische stoornissen kan optreden. De obsessie kan beschouwd worden als een element van het „syndrôme d'anxiété ou d'angoisse.”

In haar optreden vertoont zij het paroxysmale type, zelden het continuë verloop.

Naast de uitingen van Fransche zijde, die het ziektebeeld

van JANET handhaven tegenover de opvatting van den cyclothymen aard der stoornis, gaan ook in de nieuwere Duitsche litteratuur stemmen op die het principieel verschil van beide verdedigen.

Zoo ziet BLEULER de verhoudingen geheel anders. Wel vindt hij het ontstaan van dwangideeën meestal op den bodem van een angstig, onzeker, tot conscientieus-zijn neigend karakter, eveneens soms bij uitputtingen en melancholieën; aan den anderen kant ziet hij de grootste verwantschap met de schizofrenie. In de typische gevallen is er zooveel schizofreens in verschijning en erfelijkheid, dat hij sterk den indruk heeft hier te doen te hebben met een schizofrenie, met als symptomatologie het dwangsyndroom. Hij vindt vaak in het verloop van schizofrenieën dwangsymptomen; het blijkt echter, dat zich slechts enkele patiënten blijven verzetten en ze als dwang ondervinden; voor de meeste zijn het automatismen geworden. Door andere schrijvers werden ook een enkele maal in het verloop van schizofrenieën echte dwangverschijnselen opgemerkt. KRAEPELIN merkte ze op, evenals BUMKE, die ze voornamelijk in het begin der ziekte zag. In de litteratuur over het dwangdenken, die SCHNEIDER in 1918 over de voorafgaande twaalf jaar refereerde, vond hij slechts twee gevallen, waarbij zekere dwangvoorstellingen bij schizofrenie optraden.

Een minder uiterste dan BLEULER vertegenwoordigt KRETSCHMER; hij vat het vraagstuk karakterologisch aan. Geheel nieuw is deze benadering niet: het is vooral SOUKHANOFF geweest, die vóór hem er op wijst, dat de lichtste gevallen van de „constitution idéo-obsessive” zich uiten in het „caractère scrupulo-inquiet.” Hem was bekend dat bij lijders aan dwangvoorstellingen vaak melancholische toestanden

voorkomen. De melancholie die zich ontwikkelt op den bodem van deze constitutie, geeft het bijzondere klinische beeld van melancholie met dwangverschijnselen. Bij het aantreffen van deze verschijnselencombinatie vindt men uit de anamnese in het vrije interval steeds de kenmerken van het „caractère scrupulo-inquiet.” Op analoge wijze laat ZAHN zich uit.

ZAHN besluit uit de door hem bestudeerde gevallen, dat de manisch-depressieve psychose een bijzonder gunstige bodem voor het ontstaan van dwangvoorstellingen is. Daar de dwangvoorstelling geen noodzakelijk optredend verschijnsel van de manisch-depressieve psychose is, moet er nog een zeer bepaald agens zijn om het tot ontwikkeling van dwangvoorstellingen te laten komen; bij analyse van de psyche der lijdens in gezonde tijden vindt men merkwaardig karakteristieke overeenstemmingen in hun neiging tot angst, besluiteloosheid, overdreven nauwkeurigheid. Deze karaktereigenschappen zijn het, die bij het optreden van een depressie het doen komen tot dwangverschijnselen. Hij vond in vele gevallen dat de depressie primair was.

Bij KRETSCHMER vinden wij een nauwkeuriger beschrijving en begrenzing van dit karakter, door hem het sensitieve genoemd. Hij onderscheidt vier hoofdgroepen van psychopathische karakters; het primitieve, het expansieve, het sensitieve, en het asthenische.

Een hysterisch karakter neemt hij niet aan; er bestaat wel een hysterische reactievorm, die echter niet specifiek is voor en niet gebonden is aan een bepaalden psychopathischen karakteraanleg, maar bij allen, ook in het psychisch leven dat niet als pathologisch beschouwd mag worden, te vinden is.

Het sensitieve karakter, waar het voor ons onderwerp speciaal om gaat, heeft verhoudingen tot twee klinische

ziektebeelden. Op den bodem van dit karakter kan zich reactief, d.i. in samenwerking met een beleving, waaraan een sterk affect verbonden is, de dwangneurose of de „sensitive Beziehungswahn” ontwikkelen, al naarmate het realiteits-oordeel, dat ermee gepaard gaat, negatief of positief is.

Het sensitieve reactie-type is voornamelijk asthenisch; er bestaat echter bij allen een sthenische contrastpool, die tegenover teerheid, zwakte, lichte verwondbaarheid, stelt een zekere mate van eerezucht en eigenzinnigheid. Ten opzichte van de twee groote constitutiegroepen die hij onderscheidt, die van den cyclothym en den schizothym neemt de sensitieve een intermediair standpunt in. Hij vereenigt eigenschappen van den schizothymen hyperaestheticus, met de depressieve zachtheid van den cyclothym.

„Zij vertoonen een sterk verinnerlijkt gemoedsleven, dat zijn voortdurende, gespannen affecten, diep in zich opsluit, een verfijnde zelfbeschouwing en zelfkritiek, een scrupuleuze ethiek en het vermogen tot echt altruïstisch handelen. Ernstige menschen van schuchter, bescheiden optreden.” Er bestaat bij hen, als bij alle schizothyme hyperaesthetici een neiging tot geleidingsstoornissen; door de wanverhouding tusschen hun groote ontvankelijkheid voor indrukken en het geringe vermogen tot uiting, komt het tot affectstuwing, in den vorm van een „Verhaltung” d. i. een bewuste complexvorming. Het sthenische element belet het zich onderwerpen, maar prikkelt hen voortdurend tot strijd tegen de opduikende voorstellingen. Het affect richt zich bij deze asthenische patiënten tegen zichzelf; zij reageeren met zelfkwelling en zelfverwijt.

Bij de groep der sensitieven die tot dwangneurose neigen, heeft men naast hun groote ethische ontwikkeling, een ano-

malie in de sexualiteit van kwalitatieven of quantitatieven aard; vooral sadistisch, masochistisch en homosexueel.

Deze driften, door de persoonlijkheid niet toegelaten, veroorzaken een spanning. Er ontwikkelen zich als bij de primitieven taboevormingen, aanrakingsvrees, een reeks geboden, reinigings- en boete-voorschriften.

Symbolische afweerbewegingen richten zich tegen den zondigen impuls, in den vorm van zelfbestraffingen, waschdwang en andere handelingen.

Er ontstaan zoo vaste contrast-associaties, b.v. obscene gedachten bij religieuze voorstellingen. In de dwangvoorstelling komt een compromis tot stand, waardoor de niet toelaatbaar geachte impuls tegelijk afgeweerd en in milderen vorm uitgeleefd wordt. Bij de dwangneurose komen verder nog mechanismen van verschuiving en symboolvorming voor: de waschdwang is dikwijls een verschuiving van gevoelens zich sexueel bevuild te hebben (b.v. door onanie) op andere onschuldige aanrakingen.

Voor den vorm waarin zich de voorstellingen openbaren, komt KRETSCHMER niet uit, zonder het aannemen van een abnorm associatie-apparaat.

Om bovengenoemden samenhang te vinden is vaak niet een bijzondere analyse noodig; de patiënt geeft dikwijls spontaan het verband op deze wijze weer.

Ook andere niet-analytici hebben den rol van de sexualiteit nagegaan.

STROHMAYER vindt in de dwangneurose in engeren zin (hij onderscheidt deze scherp van de nerveus-episodische dwangvoorstellingen van de neurasthenie, of de periodisch optredende van de cyclothymen) die ontstaat op den bodem van een bepaalden erfelijken aanleg, de psychasthenie; in

de sexualiteit een voorname factor die tot de symptoomvorming bijdraagt. Vooral het contrastpaar sadisme-masochisme vindt hij bij zijn patiënten. Het eerste komt uit in de dwangvoorstelling, iemand ietsel toe te brengen; het tweede o.a. in vrees voor zichzelf en de twijfelzucht.

De perverse psycho-sexualiteit is de bron die de neurose voedt; zij is vaak niet verdrongen, maar is dikwijls bewust.

Het is volgens STROHMAYER een dwaling, dat het de psycho-analyse zou gelukken deze neurotici te genezen; het aantoonen van den samenhang blijft zonder het minste bevrijdende effect. De oorzaak schijnt hem toe, hierin te liggen, dat alle sexualiteit allereerst organisch, en eerst secundair psychisch gefundeerd is. Hij neemt bij deze mensen een stoornis in de interne secretie aan, die het optreden van dit contrastpaar tengevolge heeft. Het is van bepaalde belevingen afhankelijk, onder invloed van welke component zich de dwangneurose voornamelijk zal ontwikkelen.

HOFFMANN steunt geheel KRETSCHMER's leer, en bevestigt eveneens de waarnemingen van STROHMAYER.

Na op de door velen aangevoerde argumenten voor de biologische betrekkingen tot de manisch-depressieve psychose gewezen te hebben, merkt hij op dat de sensitieve aanleg niet bij de cyclothyme karakterologie kan ingedeeld worden. In de circulaire psychosen, waarbij dwangvoorstellingen optreden, is een kern die aan het wezen der psychose vreemd is.

Bij een uitvoerig beschreven geval komt hij tot het aannemen van een cyclothyme-schizothyme legering, een begrip uit KRETSCHMER's studies, dat uitdrukt het naast elkaar voorkomen van eigenschappen der beide door hem als constitutie-antipoden onderscheiden groepen.

Bij een grondig onderzoek naar de hereditaire verhoudingen vond hij in één geval beide componenten in de ascendentie aanwezig.

In een tweede geval, waarvan niet zulke uitvoerige gegevens ten dienste stonden, bestond groote waarschijnlijkheid van een dergelijken samengestelden aanleg.

Deze onderzoeken leidden tot andere resultaten, dan die de bestudeering van de gevallen van STÖCKER gaven. In publicaties van PILTZ vond hij geen circulaire belasting, wel een directe hereditieit van dwangverschijnselen, bij LÖWENFELD's patiënten in eenige gevallen schizofrenie in de ascendentie en vaak circulaire psychosen bij de ouders.

Hij acht de mogelijkheid niet geheel uitgesloten, dat het dwang-neurotisch karakter bij lijders aan dwangvoorstellingen niet altijd aanwezig is, maar, en dit vooral in depressies, als voorbijgaand psychotisch symptoom bij een van oorsprong hypomane natuur ontstaat.

Verschillende onderzoekers hebben de schizofrenie in haar hereditaire verhoudingen aan een onderzoek onderworpen. KAHN kwam tot de opvatting, dat de schizoïde aanleg dominant erfelijk is; de aanleg tot de proces-psychose is recessief. Voor het verkrijgen van een schizofrenie zijn beide noodzakelijk, zoodat men hier dus te doen zou hebben met een recessief-dominante erfelijkheid. De manisch-depressieve psychose, vindt HOFFMANN, is dominant overerfelijk. De dwangaanleg is zeer samengesteld; behalve de schizothyme en cyclothyme constitutie-elementen, zal voor nader doordringen tot de hereditaire verhoudingen, meent hij, kennis van het sexueele driftleven der ascendentie noodig zijn. Deze perversiteit zou zich constellatief kunnen ontwikkelen, kan echter ook in den aanleg aanwezig zijn.

Constellatie, een begrip op de van buiten inwerkende factoren betrekking hebbend, stelt KAHN tegenover de constitutie, welke hij definieert als het geheel van erfelijke, morphologische, functioneele en evolutieve eigenschappen. Als phaenotype, dit ziet op beide, zoowel constitutioneele als constellatieve factoren, zou de perverse sexueele neiging zich in den loop van het leven kunnen openbaren, terwijl zij in andere gevallen als genotype, wat het geheel van overgeërfdde eigenschappen omvat, aanwezig is. De eerste mogelijkheid wil HOFFMANN ter verklaring laten dienen voor de gevallen, waarbij de aanleg niet een voldoende verklaring geeft voor het optreden der dwangtoestanden, zooals in het verloop van depressies beschreven wordt.

De gelijknamige heredititeit is door vele Fransche schrijvers, vooral door MAGNAN, sterk op den voorgrond gesteld; hij noemt de patiënten die deze vertoonen zelfs „les héréditaires.” De phobie en de obsessie ziet hij als uitingen van de „dégénérescence mentale”; zij zijn verschijnselen wier eerste optreden tot vroeg in de jeugd van den patiënt terug te voeren is.

Tot een onderscheiding van verschijnselen die ons hier interesseeren, is men ook langs anderen weg gekomen.

Dit doet de phaenomenologische onderzoeksrichting, door JASPERS in de psychopathologie ingevoerd, waarvan de taak door hem aldus wordt omschreven:

„Die Phaenomenologie hat die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Terminis zu belegen.” Volgens deze methode zijn reeds een aantal fijnere onderscheidingen gemaakt, die voor de kliniek van belang zijn.

Over de depressie handelt SCHNEIDER en beziet die in het licht van SCHELER's uiteenzettingen omtrent de verschillende niveau's van het emotioneele leven.

SCHELER onderscheidt 1e Zintuigelijke gevoelens (gewaarwordingsgevoelens); 2e lichaamsgevoelens (als toestanden) en levensgevoelens (als functies); 3e zuiver psychische gevoelens (zuivere ik - gevoelens); en 4e geestelijke gevoelens (persoonlijkheidsgevoelens.)

De betrekking tot het ik, een gemeenschappelijk kenmerk van alle gevoelens, is voor elk der hier onderscheiden groepen verschillend.

De eerste zijn afhankelijk van de gewaarwordingsinhoud; zij zijn slechts indirect op het ik betrokken, als toestanden van een deel van het lichaam.

De gevoelens uit het tweede hier onderscheiden niveau zijn niet te localiseeren.

Zij hebben echter ook betrekking op het lichamelijke: in het „zich” onbehagelijk voelen, drukt „zich” het lichaams-ik uit; andere gevoelens tot dit niveau behoorend dragen een functioneel en intentioneel karakter, als angst en vrees.

De psychische gevoelens zijn echte ik-kwaliteiten. Zij zijn altijd gemotiveerd, wisselen niet voortdurend met de emotioneele lichaamstoestanden. De „geistigen Gefühle” doordringen alle bijzondere levensinhouden. Deze gevoelens worden of in het geheel niet beleefd, of nemen van ons heele zijn bezit. Zij zijn niet reactief.

De depressie-gevoelens zijn phaenomenologisch verschillend naar het niveau of de niveau's die gestoord zijn. SCHNEIDER ziet dergelijke verschillen bij endogene en reactieve depressie. Bij de eerste vindt hij de stoornis het sterkst in de vitale gevoelens, wat vooral bij het begin der ziekte duidelijk is.

In tegenstelling hiermee grijpt de stoornis bij de reactieve depressie de laag der psychische gevoelens aan.

Deze onderscheidingen, die ook in het angstaffect bestaan, drukken de Franschen uit in de woorden „angoisse” en „anxiété.” Bij de reactieve depressie, waarbij dus een begrijpelijke relatie tot een bepaalde beleving bestaat, kunnen de vitale gevoelens wel secundair depressief gekleurd worden. Verder is het mogelijk, dat een depressie in de laag der vitale gevoelens „ausgelöst” wordt door een psychischen schok.

In een enkele opmerking over de angst bij bepaalde phobieën en dwangtoestanden wijst hij erop, dat een dergelijk overgaan van de aandoening der psychische gevoelens op de laag der vitale gevoelens ook hier voorkomt.

Uitvoeriger laat SCHNEIDER zich niet uit over den aard der depressieve affecten bij psychasthenici.

In de beschouwing van VAN VALKENBURG treedt de aard der depressie terug voor de verandering in het individualiteitsbewustzijn, die hij als grondstoornis ziet bij de psychasthenie.

In bijna elke psychose treedt een verandering in dit bewustzijn op, al is het ook voor korten tijd. Elk waandenkbeeld sluit deze verandering in; nergens is het echter zoo intensief als bij de psychasthenie. Hij beschrijft een geval van psychasthenie dat verloopt zonder dwangvoorstellingen of phobieën, waarin de verandering in het individualiteitsbewustzijn het cardinale symptoom is. Bij dezen patiënt blijken de factoren waaruit dat bewustzijn is samengesteld, gestoord te zijn van het lichamelijke bewustzijn tot het ik-gevoel.

Ook in de manisch-depressieve psychose is die verandering een van de primaire symptomen. Zij begint met en wordt begeleid door somatisch-vegetatieve verschijnselen, iets wat vooral bij de melancholie naar voren komt. Later optredende

kleinheidswaanideeën zijn secundair aan de verandering van het individualiteitsbewustzijn.

De individualiteitsverandering bij den paranoicus is van andere orde: hij heeft er geen bewustzijn van. De psychische inhoud in zijn geheel is verplaatst, vandaar zijn zekerheidsgevoel. Hoe onmiddellijker de betrekking tot het ik is (bij affecten, wilsverrichtingen) hoe sterker de verschuiving werkt; bij de manisch-depressieve psychose gebeurt dit met een zekere stabiliteit. Bij de psychasthenie is de verschuiving veel stabiel: alle affectieve elementen lijden in hun bewustwording; in hun geheel echter is de verplaatsing minder.

In een latere publicatie: „Over individualiteit en waan”, wijst hij op het verband van de psychasthenie met twee groepen van ziekten: de melancholie en de paranoia. De overeenkomst tusschen alle is het depersonalisatiegevoel. Bij lijders aan paranoia is deze van psychischen oorsprong; er bestaat een „hoogere” geestelijke onrust in het stadium dat aan den waan voorafgaat. Die van den melancholicus is van „biophysischen” oorsprong: het deel van de persoonlijkheid, het naast verwant aan de algemeene lichamelijkheid, is verplaatst. Bij den psychastheen is het depersonalisatiegevoel van „psychobiologischen” oorsprong; de psychische structuur maakt hier een vastzetten als waanidee, zooals bij den paranoicus, onmogelijk; de vorming van een kleinheidswaan als bij de melancholie, stuit af op de zwakheid van het biologisch moment, (biologisch in den zin van de causale samenhangt). Volgens VAN VALKENBURG wordt de diagnose melancholie dikwijls gesteld waar we met psychasthenie te doen hebben. Men treft in deze gevallen klachten over gedruktheid aan; er zijn dwangvoorstellingen en er bestaat een depersonalisatiegevoel; een eigenlijke remming ontbreekt in het verloop.

evenwel vindt hij vermoeidsgevoel in het begin vaak aanwezig.

Evenals de melancholie eindigt deze ziekte acuut.

Zijn opmerking, dat het beleven der aandoeningen zeker een groot aandeel in het bewustzijn der persoonlijkheid heeft maar er niet in opgaat, hoewel door hem in eenigszins ander verband gemaakt, heeft beteekenis tegenover den oorsprong der depersonalisatie, dien OESTERREICH bepleit.

Deze sluit zich aan bij LIPPS, die een scherpe scheiding maakt tusschen de gewaarwordingsinhouden, die zuiver „gegenständlich” zijn en de gevoelens, die onmiddellijk beleefde kwaliteiten van het ik zijn.

OESTERREICH nu ziet in tegenstelling tot de sensualistische beschouwing (de stoornis in het gewaarwordingsleven) en de intellectualistische zienswijze (b.v. bij HEYMANS de remming van associaties) de stoornis in het gevoelsleven als oorzaak van de depersonalisatieverschijnselen.

De omgeving doet zich anders voor, wanneer de gevoelens die de zintuigelijke gewaarwordingen begeleiden, geremd zijn. Ook voor de binnenzijde, de persoonlijkheid, heeft de remming een dergelijk gevolg: de patiënt voelt zich in zijn persoonlijkheid veranderd, vreemd.

Het is een bestaan met bewustzijn, maar zonder zelfbewustzijn. Ofschoon deze opvatting meer verklaart dan de stoornis in de gewaarwordingen, of de remming van associaties, zij doet niet alles begrijpen.

SCHILDER b.v. wees er op, dat alle teekenen van gevoelsleven bij deze patiënten er zijn. De stoornis moet dieper liggen: de „Akt” van het waarnemen, voelen, denken en willen is gestoord, en wel op deze wijze, dat niet alle tendenzen van het ik er in vereenigd zijn. Een nieuwe „Akt” omvat het onvermogen, zich geheel naar de „Gegenstände”

te wenden, hetgeen voor den patiënt een kwelling is.

Evenals OESTERREICH ontkent hij dat een stoornis in de bekendheidskwaliteit, die volgens HEYMANS door het wegvallen van bepaalde associaties tot stand komt, de oorzaak der depersonalisatieverschijnselen zijn zou.

Het individu toch, weet in de depersonalisatie zeer goed dat de omgeving niet vreemd is, maar hem alleen vreemd schijnt.

JANET vindt, waarop reeds meermalen gewezen is, de psychasthene grondstoornis in een gebrek der „fonction du réel”, een opvatting, die niet alleen in staat is de oorzaak van het gebeuren bij het dwangdenken te benaderen, maar eveneens voor het ontstaan der depersonalisatieverschijnselen een aanwijzing geeft. Een dergelijke aandoening van een gecompliceerde functie, tegelijk stoornis van meer centralen aard, acht ook VAN VALKENBURG aanwezig.

Begeven wij ons ten slotte met BUMKE nog eens op zuiver klinisch terrein.

Hij beschouwt, evenals meerdere Duitsche auteurs, de dwangvoorstellingen vooral als eigen aan een groep lijders: de dwangneurotici (depersonalisatie of ermee samenhangende verschijnselen worden weinig in verband hiermee door hen genoemd.)

Dwangvoorstellingen, is BUMKE's meening, komen uitsluitend voor bij psychopathen, en hier en daar als voorbijgaand symptoom bij nerveuze uitputtingstoestanden.

Dat dwang en dan vooral de periodische vorm onder de manisch-depressieve psychose zou vallen, betwist hij. Periodiciteit is een algemeene eigenschap bij endogene aandoeningen; deze laatste sluiten dit verloop zelfs in.

De consequente toepassing van het feit der periodiciteit als differentieeldiagnosticum tegenover al het verdere psycho-

pathologische gebeuren leidt tot een zoo groote uitbreiding van wat men onder manisch-depressief verstaat, dat tenslotte „mensch” en „manisch-depressief” identische begrippen zijn.

Een manisch-depressieve psychose kan ingeleid worden met dwangvoorstellingen, kan er in haar verloop mee gepaard gaan: het zegt niet anders dan dat de aanleg tot beide in één persoon gegeven is. Bij alle endogene psychische stoornissen vindt men overgangen, vermengingen en overeenkomsten, zoo ook hier. Echter wijkt de constitutie van den gemiddelden dwangneuroticus ver af van den manisch-depressieve.

De verschijnselen, waarop in het voorgaande vooral de nadruk gelegd is, nl. die van dwang en die van depersonalisatie, worden in hun lichte vormen ook in het nog normaal te noemen psychisch leven voorbijgaand aangetroffen.

BIRNBAUM doet ze in allerlei gradaties zien bij groote persoonlijkheden; kunstenaars, filosofen, religieuze genieën, die er in hun werken bekentenissen van doen, zoo bij Goethe, Rousseau, Fechner.

Het nauwe verband van scheppende inspiraties tot bovengenoemde verschijnselen, door een buiten den wil omgaande werkzaamheid, vindt men o.a. bij Goethe, de Musset.

Met wisselende uitdrukkingen wordt het beschreven, als: boven aardsche macht verheven (Goethe); als inspiratie; in zijn heftig kwellenden vorm als ziekte (de Musset.)

De verschijnselen van depersonalisatie en „fausse reconnaissance” komen, zooals blijkt uit de enquêtes van HEYMANS bij „normalen” vrij veelvuldig voor.

Hij vond ze vooral bij menschen met geringe psychische stabiliteit en onder omstandigheden, welke een tijdelijke verlaging der psychische energie meebrachten. Het type

menschen dat bovengenoemde verschijnselen vertoont, onderscheidt zich door groote emotionaliteit, ongelijke gemoedstemming; zij zijn bij tijden tot niets in staat, behooren tot de onregelmatige werkers, hebben geringen aanleg voor mathematische wetenschappen, daarentegen meer litteraire begaafdheid.

HEYMANS geeft als verklaring voor de depersonalisatie het wegvallen van de associaties, die de bekendheidskwaliteit tot stand doen komen.

In de opvattingen besproken bij de zeker pathologische graden van deze verschijnselen, zagen wij bezwaren tegen de leer van een zuiver associatieve remming ingebracht.

Op deze plaats is het van belang erop te wijzen, dat de stoornissen van het klinisch ziektebeeld, de psychasthenie, in lichter graad tot ver in het normale zieleleven te vervolgen zijn; een feit waarop door JELGERSMA voortdurend de nadruk wordt gelegd in de stelling: niet alleen bestaan overgangen tusschen de kiempsychosen, maar eveneens tusschen hen en het normale psychische leven.

Terugziende merken wij op, dat over het verband der psychasthenische verschijnselen tot de psychosen, de meeningen uiteenloopen. Zij worden door den een dicht bij de groep der schizofrenieën geplaatst, de ander wil ze in de manisch-depressieve psychose doen opgaan.

Verschillende onderzoekers weer accentueeren het typische van het beeld waaronder deze verschijnselen zich voordoen, en zien het op zichzelfstaand, uit een aanleg met een zeer bepaalde groep van eigenschappen zich ontwikkelen.

Aan de hand van de in het volgende hoofdstuk gepubliceerde gevallen, zal getracht worden de verhoudingen, zooals zij m.i. liggen, uiteen te zetten.

HOOFDSTUK III.

Eigen Waarnemingen.

Alle patiënten, waarvan hier de ziektegebeurtenissen volgen, werden ook geheel lichamelijk onderzocht; waar niets vermeld wordt leverde dit onderzoek geen bijzonderheden op.

A. 28 — 10 — '24.

Anamnese. Patiënt is 30 jaar, ongetrouwd; van beroep bakker. Hij is het zevende uit een gezin van elf kinderen, waarvan drie jong gestorven zijn. Een oudere broer pleegde suicide nadat zijn meisje van hem weggegaan was. Deze jongen leidde een lichtzinnig leven, dronk veel, gaf zich over aan sexueele excessen, was meest opgewekt en druk, bij buien neerslachtig.

Vader, stil, in zich zelf gekeerd, trekt zich weinig van de dingen die gebeuren aan. Moeder nerveus, scrupuleus, evenals enkele zusters. Vader van de moeder maakte misbruik van alcohol, wordt als verdere bijzonderheid opgegeven. Op zijn 2e jaar kreeg pat. na een val een „hersenschudding”; was hierna als dood.

Opvallend was in zijn vroege jeugd, dat hij in den slaap knarsetandde; vaak hardop droomde, gilte en slaapwandelde. Vooral bij een emotie had patiënt wegrakingen, echter geen verschijnselen die op epilepsie wijzen.

Over zijn karakter luiden de inlichtingen: altijd erg stil, was meest alleen, ontweek kameraadjes, nam het leven te ernstig op, was zeer godsdienstig, pijnlijk nauwkeurig in zijn werk, oppassend, nerveus, soms driftig, altijd triest, had gauw medelijden met ieder. Op school leerde hij goed; werd na afloop banketbakker, eerst vaak wisseling van betrekking, de laatste vijf jaar bij denzelfden patroon.

Op zijn 11e jaar was hij gedurende eenige weken vreemd, bad veel, was angstig, dacht verloren te zijn; las veel in den bijbel. Geen suicidedrang. Wel zou hij zes jaar geleden een poging gedaan hebben om in het water te springen, nadat zijn meisje aan hun verhouding een einde gemaakt had. Over den

laatstén tijd bericht de familie, dat hij zeer bijzonder is, al twee maanden: hij ging naar catechisatie, bezocht veel vergaderingen en kerken, interesseerde zich voor godsdienstige lectuur, las „altijd" in den bijbel. Hij is bang groote zonde gedaan te hebben: de zonde tegen den Heiligen Geest. De duivel zegt liederlijke taal door zijn gebed heen: hij bidt veel. Hij is somber geworden, wenscht dood te zijn, deed echter geen poging tot zelfmoord.

Pat. is bij zijn opname in de kliniek zeer nerveus, spreekt haastig. Hij heeft het over de gedachten die hem beangstigen sinds vier weken. Ze zijn opgekomen in den laatsten tijd, toen hij de catechisatie is gaan bezoeken; vroeger lieten zijn werkzaamheden een bezoek hieraan niet toe. Nu hij belijdenis wilde gaan doen begon hij zich zeer met godsdienstige dingen bezig te houden en zich in allerlei religieuze vraagstukken te verdiepen, las verschillende godsdienstige boekjes. Hij is onrustig geworden, de slaap was slecht den laatsten tijd.

In dezen toestand is de gedachte zich aan hem gaan opdringen, de zonde tegen den Heiligen Geest gedaan te hebben. Vooraf ging echter dat er verschillende ideeën bij hem opkwamen: lasteringen tegen den Heiligen Geest. Het zijn vuile woorden, die de cohabitatie aanduiden, in verband met de geboorte van Jezus. Er kwamen dingen in zijn gedachten (en ook nu gebeurt het nog) die „hij niet zou durven denken". De gedachten komen met een angstgevoel in hem op, en hij wordt er angstiger door. Hoe grooter de angst, hoe erger komen die gedachten. Hij staat er hulpeloos tegenover, voortdurend komen ze weer, en als hij bidt of God die gedachten wegneemt, komen zelfs in dit gebed weer lasteringen tegen God in hem op. Hij zou liever dood zijn, dan met deze gedachten te moeten leven. Hij maakt een scheiding tusschen zijn ik en die gedachten, denkt dan weer dat God hem wel vergeven zal, omdat hij bidt en strijdt.

Bij zijn werk kon hij het niet uithouden, liep weg; hij was zoo radeloos dat hij tegen den muur zou kunnen vliegen. Hij weet zich er goed rekenschap van te geven, dat het zondegevoel in hem is ontstaan tengevolge van de afschuwelijke gedachten, die hij maar niet onderdrukken kon. In de groote angst, die zich van hem meester maakte, dacht hij voor de gedachten verantwoordelijk te zijn en de grootste zonde begaan te hebben; in een rustiger toestand verdwenen deze gedachten weer.

In de angstige stemming ging hij er ook over tobben, dat hij 12 jaar geleden, toen hij erge pijn in de hartstreek kreeg, aan

God beloofd had niet meer te zullen rooken; het niet rooken heeft hij ongeveer twee jaar volgehouden; een dergelijke belofte, gedaan toen hij kiespijn had, nl. niet meer taartjes te zullen eten, heeft hij niet langer dan een half jaar gehouden. Langdurige tobberijen om dit niet-nakomen van zijn beloften waren het gevolg. Eindelijk kwamen, na een gesprek met den dominé, aan deze scrupules een einde.

De dingen die een lastering inhouden zegt hij niet hardop, alleen in zichzelf. Hij is er bang voor „dat iets in hem, hem zou willen dwingen er om te lachen." Bij het bijbellezen was het onlangs juist of iets in hem zei: „je hebt er om gelachen." Hij moet het stuk dan eenige malen overlezen, om te zien waarom hij dan gelachen heeft.

Voor dezen tijd, al hadden de bezwaren niet de afmetingen van nu, had hij toch altijd moeilijkheden. Hij was steeds besluiteloos, twijfelde na het verrichten van een werkje vaak of hij het goed gedaan had; moest het dan controleeren. Den brief die hij posten wilde moest hij eerst eenige malen bekijken op de juistheid van het adres, voor hij hem in de bus gooide; had hij geld in een koffer gesloten, dan moest hij wel twee of driemaal zien of het er wel in was. Hij was overdreven precies in zijn werk, ook op zijn kleeding. Maakte zich heel gauw bezorgd, als zijn zusje 's avonds niet op tijd thuis was.

In zijn schooljaren was hij reeds precies in zijn werk. Hij kreeg goede cijfers, en was desondanks altijd bang dat hij niet zou overgaan of slagen.

Op 11-jarigen leeftijd heeft hij een moeilijken tijd doorgeemaakt. In dien tijd had de onderwijzer verteld over de zonde tegen den Heiligen Geest, die onvergefelijk is. Hij maakte zich nu bang, die zonde bedreven te hebben. Had hij het Onze Vader gebeden, dan moest hij het voortdurend overdoen, bang het niet goed gedaan te hebben. Bad hij opnieuw, dan verminderde de angst; wilde hij zich verzetten tegen de herhaling, dan was de angst ondragelijk.

Hij is dien tijd drie weken thuis gebleven, daarna ging het weer wat beter.

Tusschen het uitbreken der verschijnselen nu en op zijn elfde jaar, weet hij zich goed te herinneren dat hij, al is het in lichten graad, meer last van dwanggedachten gehad heeft. Zoo had hij twee jaar geleden den dwang te denken: waren mijn ouders maar dood. Dien wensch voelde hij als totaal absurd, daar hij vooral van zijn moeder heel veel houdt.

Pat. geeft aan, dat hij een jaar geleden eenige malen het gevoel gehad heeft of alle dingen anders waren, of de omgeving hem vreemd was; moest zich bij oogenblikken ook wel eens afvragen: „ben ik mijzelf wel?" Heeft ook wel eens dat de dingen, die hij nooit gezien kan hebben, hem bekend voorkomen.

Spontaan geeft pat. aan, als zijn verlovingsen ter sprake komen, dat hij een zeer hartstochtelijke natuur heeft. Had reeds vroeg sexueele fantasieën, waarin niet duidelijk perversiteiten aan het licht kwamen, masturbeerde overmatig.

Later eveneens omgang met puellae publicae.

De laatste jaren heeft hij niet meer geonaneerd; hij heeft een boekje gelezen over de gevaren ervan; vaak pijnigt hem de gedachte dat hieraan zijn ziekte toe te schrijven is.

6 jaar geleden maakte het eenige meisje, waar hij „idee" in had het uit, de overige verhoudingen (± 7) verbrak hij zelf, altijd twijfelend, „of het wel goed was."

Dat dit meisje hem verliet, heeft hij zich zeer aangetrokken. Hij dronk daarna eenige glazen bier (waar hij in het geheel niet tegen kan), wilde in het water springen, moest door zijn zwager gegrepen worden.

Nu gelooft hij dat hij dit nooit geprobeerd zou hebben, wanneer hij niet onder invloed van den alcohol geweest was.

In Januari is zijn laatste verloving geëindigd. Hij zegt hierdoor niet diep getroffen te zijn. Het meisje had al een kind; dit vond hij in het geheel geen bezwaar, maar tegenwerking van den kant van de ouders van het meisje deed hem tot een verbreken besluiten. Hierin ziet hij zeker geen verband met het ontstaan van zijn ziekte. Wel is hij, toen de verschijnselen zich openbaarden, naar een oorzaak gaan zoeken, meent nu dat deze ligt in de vroegere onanie; hij wacht voortdurend op de verzekering dat dit niet zoo is.

Pat. vertelt nog dat hij vroeger last van wegrakingen had, meest in aansluiting aan een emotie, hij heeft eens in dienst zijn stroozak in elkaar getrapt; was nooit geheel buiten kennis. Als kind maakte hij ook al dergelijke toestanden door.

Pat. heeft een behoorlijk intellect; munt in zijn vak uit, heeft verschillende eerste prijzen.

Tot zijn best doen werd hij gedreven door een zekere eerezucht; hij zegt die in groote mate te bezitten. Trekt hij zich een ongenoegen thuis of in zijn werk zeer sterk aan, dan is hij niet eer rustig vóór alles weer in orde is; aan de andere zijde: „als ik weet dat ik gelijk heb, dan geef ik niet toe."

Hij gaat weinig om met zijn collega's, al is de verhouding goed, alleen bij een wat ouderen knecht, van gelijke natuur als hij, sluit hij zich aan.

Patiënt doet zijn verhalen met veel woorden; vooral als hij een gebeurtenis, waarin hij in een minder mooi licht optreedt aanroert, moeten deze zijn houding begrijpelijk maken. Hij doet alle moeite excuses voor zijn handelen aan te voeren. Hij is zeer mededeelzaam, aanhankelijk; de uitvoerige uitingen over zijn bezwaren doen hem goed.

10 — 11 — '24.

In de kliniek wordt pat. langzaam aan wat rustiger, ofschoon er nog steeds gedachten in hem opkomen, die het tegengestelde inhouden van wat hij wil. Hij denkt: „ik wil trouwen". Onmiddellijk gaat er een tweede gedachte tegen in: „je zult zweren dat je dat meisje niet vraagt." Er komen gedachten in zijn hoofd, „die hij niet wil denken". Hij schudt dan het hoofd, of bijt zich op de lippen om ze weg te krijgen. De lasterlijke gedachten over den Heiligen Geest heeft hij nog; wordt dan bang dat hij in de hel zal komen. Hij is over het algemeen meer beïnvloedbaar; voelt zich minder „wanhopig".

17 — 11 — '24.

Pat. is wat huilerig, zeer meegaand, legt de behoefte aan den dag op den medicus te steunen, vertelt graag over zijn kwalen, ontvangt graag geruststellingen. De dwanggedachten kwellen hem nog wel, echter is hij later minder wanhopig geworden.

2 — 12 — '24.

Pat. krijgt ten slotte een sterk verlangen naar huis, beweert meer levenslust te hebben, de gedachten hinderen hem minder. Voor zijn vertrek vertelt hij verliefd te zijn op een der verpleegsters, vraagt nu wat te doen; moet hij haar vragen?

22 — 12 — '24.

Pat. is een week naar buiten geweest; komt nu eens vertellen hoe het ermee is: De eerste dagen ging het goed, nu en dan kwamen de gedachten ten opzichte van den Heiligen Geest nog in hem op, maar de last, die hij er van had, was minder.

Zondags toen hij in de kerk was, kwamen de lasterlijke gedachten weer hevig op, zoodat het verblijf ondragelijk was.

Buiten werd alles weer wat beter.

Hij komt weer met vragen, of het goed voor hem zou zijn te trouwen, dan heeft hij een doel.

Hij gaat weer gauw aan het werk, gelooft dat het nu wel weer gaan zal.

Deze patiënt heeft tot twee maal toe in een hevige mate uitbreken van dwangsymptomen doorgemaakt. De verschijnselen van de op elf- en op dertigjarigen leeftijd optredende ziekteperiode zijn duidelijk in zijn aanleg gegrond. Ook blijken bij nader onderzoek tusschen deze twee, hem en de omgeving imponeerende ziekte-toestanden, tijden te liggen, waarin de dwangverschijnselen, al is het in mindere mate, voorkwamen; zoo ontstond twee jaar geleden de dwanggedachte, die een doodswensch ten opzichte van zijn ouders inhield. Zijn aanleg is geheel identisch met het beschreven „caractère scrupule-inquiet,” of het „sensitieve karakter”. Daar is het angstige, zijn neiging tot ongerustheid, tot twijfel, zijn overgevoeligheid, het scrupuleuze, de religieuze tendens, zijn neiging tot piekeren. Hiernaast is ook een sthenische component aanwezig: zijn eerezucht; hij wil werk leveren waarvan de menschen zullen opzien; zijn volharding op bepaalde punten: „als ik weet dat ik gelijk heb, geef ik niet toe”, ook al kan hij al het ongenoegen dat er het gevolg van is niet verdragen.

Wij vinden een sterk ontwikkelde sexueele neiging, die hem tot overmatige onanie leidde. Een sadistische trek is niet duidelijk, al zijn de dwangvoorstellingen, die volgens STROHMAYER e.a. met een dergelijke perversiteit zouden samenhangen aanwezig; in ons geval de doodswensch ten opzichte zijner ouders. Hetzelfde geldt voor een masochistische component.

Hoe is de verhouding van beide acuut opgetreden toestanden nu ten opzichte van de melancholie? De stemming is zeker depressief, hij vindt zich slecht, de dood heeft hem nu en dan verkieselijker geleken, ofschoon er geen suicide-neiging was. De genese van deze depressieve gevoelens en

hiermee samengaande voorstellingen is echter anders dan die wij aantreffen bij de melancholie. Het is hier niet een affectieve gesteldheid, die haar stempel drukt op het geheele psychische leven; ook ontbreekt de algemeene remming, die we als ander grondsymptoom bij de melancholie vinden. Er haken zich in hem vast allerlei gedachten, waarvan de inhoud zijn afgrijzen opwekt; die hij zich in zijn rustige oogenblikken bewust is niet te willen denken. Nu en dan krijgen zij een dergelijke sterkte, dat zijn oordeel vertroebeld wordt en zijn tot scrupules neigende geest zich die aan gaat trekken, er zich verantwoordelijk voor gaat voelen. Zoo ontstaat het zondegevoel, dat culmineert in het denkbeeld de zonde tegen den Heiligen Geest begaan te hebben. De dwangvoorstellingen treden onder depressieve gevoelens op; voordien was hij wel onrustig, sliep slecht; dit was in den tijd dat hij zich veel met religieuze overdenkingen bezig hield en zich daarover zorgen maakte. Een primaire stoornis in de vitale gevoelens, zooals wij in het begin bij de melancholie vinden, is hier niet duidelijk; de depressie is overheerschend reactief.

In een grooten woordenstroom, van levendige uitdrukkingsbewegingen vergezeld, kan men met sommige schrijvers een manischen trek zien, echter is te bedenken dat de gedachten-gang steeds in één richting gaat. Meer op den voorgrond tredend zijn echter hysterische verschijnselen, die anamnesticch blijken uit zijn wegrakingen, meest in aansluiting aan een emotie, en nu zich openbaren in den nadruk dien hij legt op zijn verdienste, in zijn uitroepen die iets theatraals hebben. Ondanks dit alles is de grondtoon die der psychasthenie en het voorkomen van bovengenoemde verschijnselen bevestigt het a priori te verwachten feit, dat in de psychose, al toont zij een heerschende strekking, allerlei stemmen meeklinken, die

in den gecompliceerden karakteraanleg reeds aangeduid waren.

Bij onzen patiënt treft men verder de eigenschap aan, door JANET bij de psychasthenen beschreven, van de omgeving als vreemd te ervaren, evenals het verschijnsel tegengesteld hieraan, doch in dezelfde categorie behoorend; „le sentiment du déjà vu”.

Wat de hereditieit betreft van moederszijde, blijkt een gelijknamige belasting; eenige zusters vertoonen hetzelfde scrupuleuze karakter. Een broer, een uitgesproken psychopaath, die aan endogene ontstemmingstoestanden geleden zou hebben, heeft zich gesuicideerd.

De mededeelingen over den vader zijn sober, hij is een stille apathische natuur, weinig aan stemmingen onderhevig. In deze verhoudingen valt allereerst op de gelijknamige hereditieit; verder blijkt een manisch-depressieve trek bij de ouders niet sterk op den voorgrond te treden.

Op alle bovengenoemde gronden meen ik dat hier de diagnose psychasthenie gesteld moet worden.

B. 22—1—'24.

N. A. B. vr. 33 jaar ongehuwd.

Anamnese. Pat. tobt al een jaar of vijf, de laatste maanden is het echter veel erger geworden. Zij vindt het erg slecht; zegt in haar angst vaak: „Bid maar veel voor mij.” De gedachte, slecht te zijn, heeft ze alleen sterk, als ze opgewonden is, zooals gisteravond. Zij is dan bang dat ze verloren gaat, wordt benauwd, loopt naar buiten. Zij beschuldigt er zich van, dat „ze zich hoort vloeken”. Zij heeft tijden, dat ze zoo goed is, dat er niets aan haar te merken is. Zij heeft een zacht karakter, is toberig van aanleg, en zeer godsdienstig. Nooit is zij uitgelaten vroolijk. Ze heeft veel nerveuze klachten, veroorzaakt door een „dikke keel”. (Ze heeft een struma).

Wat haar familie betreft: alle leden zijn zeer nerveus. Vader pleegde zelfmoord, ze heeft 2 broers en 3 zusters. Eén zuster is in de kliniek verpleegd geweest. Van deze zuster vinden wij vermeld, dat ze allerlei dwangvoorstellen en phobieën had. Zoo

had ze sterk den drang te vloeken, wanneer zij in een kerk was. Aan die gedachten knoopten zich bij haar allerlei paranoïde denkbeelden. De gedachten, die zij kreeg, waren of van God of van den duivel afkomstig, naarmate het goed of slechte waren. Zij wist, toen zij in de kliniek was, zeker, dat zij met Kerstmis sterven zou. Ook traden gezichts- en gehoorshallucinaties op.

Het was bij haar ontslag niet duidelijk, of men deze verschijnselen als uitingen uitsluitend van een degeneratieven aanleg had op te vatten, dan wel of hier een procespsychose en wel een schizofrenie in wording was.

Alle meisjes in dit gezin hebben struma. In de familie van den vader komen vele gevallen van krankzinnigheid voor, een zuster en twee nichten. In het gezin, waaruit de vader komt, hebben drie suicide-gevallen zich voorgedaan.

St. Pr. Pat. is zeer nerveus, huilt voortdurend. Wanneer zij wat gekalmeerd is, vertelt ze, dat ze de laatste tien jaren reeds niet goed is. Ze heeft last van benauwdheid en kloppingen in het hoofd. Het ergst is echter de angst, dien zij heeft in verband met de gedachten, die in haar opkomen. Vragend naar het begin der ziekte, komen een reeks ontwijkende antwoorden; ten slotte: „ik kan het niet zeggen”. Eerst langzamerhand, na haar op het belang ervan gewezen te hebben, zich er over uit te laten, vertelt ze het. De toberijen dan zijn ontstaan naar aanleiding van het feit, dat een jonge man „handtastelijk” geweest was en zij zich hiertegen niet heeft verzet. Den dag daarna begon zij er over te piekeren, vond zich slecht, werd onrustig en angstig. De gedachten aan dat feit heeft ze eenige jaren niet van zich af kunnen zetten, zij gingen daarna langzamerhand terug. Eenigen tijd geleden kwamen er nog andere gedachten bij. Toen haar tante haar vertelde, dat door sommigen Jezus beschouwd wordt als een onecht kind, kwam de gedachte in haar op: „dat heb ik gezegd”. Van toen af kwam voortdurend het woord „hoer” in haar gedachten. Dit is soms zoo sterk, dat zij het „in haar hoofd hoort.”

Zij had den drang te vloeken, vooral als ze in de kerk was, daarom gaat ze er niet meer heen. Zij geeft aan, zeer godsdienstig te zijn geweest, maar nu is zij slecht geworden. Hoe zouden anders deze gedachten in haar opkomen? Zij had nog verschillende phobieën. In een spoorwegcoupé kon zij het niet uithouden. Ze werd onrustig, angstig. Ook kwam dit gevoel in haar op, wanneer zij in de kerk zat. Ze ging dan maar dicht bij de deur zitten. Liep zij op straat in de drukte, dan had ze een gevoel van beklemming, met haar armen zou ze de

menschen wel op zij willen duwen. Zoolang zij zich kan herinneren, is ze altijd tot bezorgdheid en angst geneigd geweest. Voortdurend was zij twijfelend, een besluit kon zij moeilijk nemen. Zij moest herhaaldelijk haar werk controleeren, en nog had zij niet het rustige gevoel, dat het goed was. Van haar jeugd af aan was zij zeer godsdienstig, overgevoelig, was steeds verdrietig als door haar toedoen een ander iets minder prettigs overkwam. Dit gevoel bleef haar lang bij. Op den duur lukte 't haar toch het de baas te worden. Ten opzichte van sommige dingen bleef ze echter op haar stuk staan.

23—1—'24.

Pat. is wat opgewekter, heeft minder last van de hinderlijke gedachten. Dit wisselde thuis ook wel. Als de drang tot vloeken sterk was, traden angstbuien op. Zij dacht dan, dat het met haar nooit terecht zou komen, en de zwaarste zonde, de zonde tegen den Heiligen Geest, begaan te hebben. Lieten de gedachten haar met rust, dan was dit schuldgevoel ook minder, en kwam zij tot de vraag, of zij wel verantwoordelijk was voor den opkomenden dwang. Zij was vaak neerslachtig, zwaarmoedig, maar dit meest naar aanleiding van onaangename gebeurtenissen. Een gevoel van vermoeidheid, van lusteloosheid, een algemeene remming, ging niet aan het uitbreken der dwangverschijnselen vooraf; wel was zij in dien tijd nerveuzer, prikkelbaarder. Ook nu heeft pat. klachten over allerlei onaangename sensaties: bonzen in het hoofd, hartkloppingen, buikpijn.

Pat. heeft een flink struma, vertoont verder allerlei verschijnselen die op de ziekte van Basedow wijzen, snelle pols, tremores, transpireeren, haaruitval, huidpigmentaties.

De drang tot vloeken treedt na eenige dagen weer eens op. Voor het eerst kwam deze op bij het bijbellezen; het gebeurde plotseling, zij wist er geen reden voor.

Het zich uiten over de bezwaren doet haar goed. Tijdens een kalme uiteenzetting over de beteekenis der hinderlijke verschijnselen, zien we haar aanmerkelijk rustiger worden. In het verdere verloop treden allerlei somatische verschijnselen op den voorgrond. Onder invloed van een behandeling voor haar Basedowlijden, wordt dit gaandeweg minder. Ook de slaap wordt rustiger. Zij verlaat de kliniek. Van dwanggedachten en angst heeft ze geen last meer.

Een jonge vrouw van het uitgesproken sensitieve karakter zien we voor het eerst tien jaar geleden in aansluiting aan een handeling, die haar sexueele neiging haar deed toestaan, een toestand van depressie doormaken. Zelfverwijten over wat zij gedaan heeft treden op den voorgrond. Het geheel draagt een duidelijk reactief karakter. Eenige jaren daarna, als de gedachten aan dit feit verbleekt zijn, komt na een gesprek, waarin een opmerking gemaakt wordt over Jezus, die voor haar, als streng religieuze, iets verschrikkelijks heeft, de gedachte in haar op, dat zij dien laster geuit heeft. Die opdringende gedachte maakt haar angstig. Het woord, dat haar hierbij in de gedachte komt, krijgt hallucinatorische duidelijkheid. Hierin is tevens geïllustreerd het ontstaan van de op hallucinaties gelijkende verschijnselen, die wij vaak bij psychasthenici aantreffen; de „echte” hallucinaties treden hierbij in het algemeen niet op. Ook andere vloeken komen met het karakter van dwang in haar op. De contrastassociaties komen hierin voor den dag, dat haar vooral in de kerk deze dwang overvalt. Dat zij altijd tobberig was, geeft zij aan; de hevige depressieve verschijnselen, de angst, komen echter in aansluiting aan deze gedachten. Zoo is het ook met het zondebewustzijn, dat eveneens hierdoor gemotiveerd wordt. Gaan de dwanggedachten terug, dan zijn hiermee ook de zelfbeschuldigingen minder en zij komt tot het inzicht, dat zij voor die gedachten niet verantwoordelijk is.

Verschijnselen van de endogene depressie, behoorend tot de manisch-depressieve psychose, mag men deze dus niet noemen. Evenmin is er een remming; de voor het optreden der dwangvoorstellingen aanwezige nerveuze verschijnselen verschillen niet belangrijk van haar habitueelen toestand.

De zelfbeschuldiging, de zonde tegen den Heiligen Geest bedreven te hebben, die men ook vaak in het verloop van een melancholie van den patiënt te hooren krijgt, is daar een uiting van de algemeene depressie, waarbij motieven ontbreken en waar deze gegeven worden, onvoldoende zijn, en overdreven, tot in het absurde, verwerkt worden.

Bij onze patiënte hebben wij met een duidelijk geval van psychasthenie te doen, dat intensiteitsverschillen vertoont. De eerste periode van duidelijk depressieve verschijnselen draagt een reactief karakter, terwijl het dwangdenken daarin terugtreedt; in de tweede is dit laatste overheerschend.

Hoe verhouden zich in dit geval, is een vraag, die zich voordoet, de verschijnselen van psychasthenie tot de Basedowsymptomen, die pat. vertoont? De vraag wordt hier aangeroerd, hoe verschijnselen van somatischen aard de psyche beïnvloeden en omgekeerd. Ik meen, dat hier niet aan te nemen is, dat beide uit één grondstoornis af te leiden zijn.

BIRNBAUM heeft op het gecompliceerde in den bouw van de psychose gewezen en heeft de verschillende factoren, die hierbij een rol spelen, in twee hoofdgroepen onderscheiden; de pathogenetische en de pathoplastische, terwijl predisponerende, en nog meerdere factoren, welke van biologischen of psychischen aard kunnen zijn, mede er toe bijdragen. Willen wij omschrijven, wat in ons geval zich voordoet, dan hebben wij een psychasthenie, gefundeerd op een omschreven karakterologische structuur, waarbij zich perioden van heftige verschijnselen voordoen, beïnvloed o.a. door dezen factor van biologischen aard. Dat hiermee in het minst niet een oplossing gegeven is, moet onmiddellijk toegegeven worden; ook de verhouding van schildklierziekte tot Morbus Basedowi is niet zonder meer die van oorzaak en gevolg.

C. 20—12—'23.

G. J. v. V.—P. 49 jaar, vr.

Anamnese. In October ongeveer werd pat. erg druk en opgewonden. Dat duurde een uur. Zij werd weer kalmer, maar bleef moeilijk. Haar man mocht niet van huis, want dan was ze zoo angstig. De angst groeide; vooral trad op den voorgrond de vrees zich van kant te moeten maken. Zij werkte niet veel meer, maar wat ze deed, deed ze goed. Pat. zou dezen zomer erg geschrokken zijn toen haar man werd aangereden. Zij heeft 4 kinderen, die goed gezond zijn.

Wat de karaktereigenschappen in haar familie betreft:

Vader, 80 jaar, zwaartillend, zag altijd tegen alles erg op. Moeder was een opgewekte vrouw. Zij heeft zusters, waarvan een zenuwachtig.

Pat. trok zich altijd alles zeer aan, tobde er dikwijls over of de dingen, die gebeuren moesten, wel goed zouden gaan.

St. Pr. Pat. is rustig; maakt zich alleen zenuwachtig om de uitingen van andere patiënten. Zij vertelt dat zij op haar 45ste jaar nog een kind heeft gekregen, 11 jaar na het voorafgaande. Zij begon er over te tobben hoe het groot te krijgen, vond het op haar leeftijd een groote verantwoording. Zij kan zich er echter weer over heen zetten.

In Augustus kwam plotseling de gedachte in haar op, het kind iets aan te doen. Zij werd hier zeer angstig door, kon deze niet terugdringen. Eveneens drong de gedachte zich aan haar op, zich van kant te maken, terwijl ze wist dat ze het niet doen zou. Dit alles trad op na een schrik toen zij het bericht kreeg dat haar man overreden was.

Zij kon niet alleen blijven. Haar man begreep haar niet, werd wel eens driftig. Omdat ze voortdurend door de dwang-gedachte zich ongelukkig voelde, niet begrepen werd, en voor aanstellerig werd gehouden, heeft ze eens een half uur lang geraasd.

Der laatsten tijd beletten de angst en het tobben haar om nog veel werk te doen.

De menses zijn altijd geregeld geweest; de laatste maanden komen zij meestal iets te vroeg en zijn ook wat sterker dan vroeger. Intellectsproeven vallen voldoende uit. Zij toont zich bij het onderzoek zeer nerveus, waardoor zij zich slecht kan concentreeren. Aanvankelijk wordt ze wat rustiger; pat. laat zich niet veel uit. Geeft tenslotte aan, naar huis te willen. Ver-

trekt tegen advies; zij denkt dat de angst, dien zij nog heeft, thuis wel zal overgaan.

Zij wordt 2 weken later weer opgenomen.

Zij was de vorige maal nog niet de straat uit of zij zeide al: „wat ben ik toch begonnen.” Thuisgekomen wilde zij niet dat haar man wegging, 's nachts was zij onrustig en vroeg: „bel op of ik opgenomen kan worden.”

In een ziekenhuis opgenomen, kreeg zij den drang om de takken van de boomen te tellen; zij stoorde de patiënten door haar kermen, zoodat zij daar niet kon gehouden worden.

Pat. zucht en steunt. „Het ergste is dat ik alles moet weten, dat ik alles moet tellen; als ik eet of drink moet ik weten hoeveel hapjes brood ik neem en hoeveel slokjes koffie ik drink.” Dat wordt haar opgedragen, zegt ze, „dat prenten ze me in.” Zij hoort geen stem, die het haar beveelt, maar heeft een drang daartoe. De gedachte zich dood te zullen maken, is nu minder. Maar alles te moeten tellen, te moeten weten, maakt haar angstig. „Als je het moet weten en je kunt het niet weten, dan kan het toch niet anders of je wordt angstig.” Zij zag de dingen altijd zwaar in, was altijd lang tobberig over onaangename dingen, overgevoelig. Als haar kinderen maar een kwartier over tijd thuiskwamen, was zij al ongerust en dacht dat er een ongeluk gebeurd was. Met de geboorte van het laatste kind, dacht zij er niet door te zullen komen; ook schaamde zij zich toen zij zwanger was voor de groote kinderen.

Zij is nu bang dat er steeds nog meer bij zal komen, waarover zij zal moeten gaan denken. Zij denkt, niet beter te zullen worden; een ziekte zooals zij heeft, gelooft ze, is nog nooit voorgekomen.

De teldwang begon al den vorigen keer toen zij in de kliniek was; zij was nog even angstig, heeft het verzwegen omdat zij eens wilde zien hoe het thuis zou gaan. Zij heeft veel angst-droomen.

Ze weet niet of er den laatsten tijd dingen gebeurd zijn die haar hinderden. De verhouding tot haar man was goed, werd na de geboorte van haar laatste kind minder, omdat zij sexueel verkeer met hem weigerde, naar zij aangaf uit angst voor een zwangerschap: „zij zag op tegen het lijden”.

26—2—'24.

Pat. is zeer angstig, jammert voortdurend, vindt dat zij steeds erger wordt. De toestand is slechts voortbijgaand te beïnvloeden.

13—3—'24.

Den laatsten tijd dringt zich aan haar de gedachte op, dat zij haar kinderen dood moet maken. Die gedachte verschrikt haar en maakt haar angstig. „Zóó denk ik, wat zijn mijn kinderen toch lief of ik voel met schrik de gedachte opkomen: ik moet ze dood maken." Het eene oogenblik denkt ze, ik wou dat mijn man kwam, dan weer wordt ze er bang voor: want als hij komt moet ze hem alles vertellen.

Behalve een geringe wisseling blijft de toestand zoo. Er komen nieuwe dwangvoorstellingen bij die haar benauwen, zoo: ik ben een koe; tenslotte zelfs de voorstelling, dood te zijn. Wegens plaatsgebrek moet pat. de kliniek verlaten.

14—4—'24.

Aangeraden wordt een omgeving waar meer gelegenheid tot werk-therapie is; pat. gaat voorloopig naar een sanatorium.

Hieruit krijgen wij na eenige maanden bericht dat zij langzaam aan vooruit gaat.

9—2—'25.

Pat. die er tegen opzag naar de kliniek te komen, bang dat alle herinneringen weer boven zouden komen, is bij mijn bezoek vriendelijk. Den eersten tijd na het verlaten der kliniek, waren de dwanggedachten nog heel sterk: teldwang en vraagdwang waren het vooral. Nu is alles veel minder; ze moet nog wel eens denken: waarom zijn de menschen van vleesch; ook gedachten ten opzichte van haar kind heeft zij nog wel eens.

Het begin van haar ziekte geeft zij nog eens duidelijk aan: het was de gedachte het kind iets te zullen doen, waaraan zich de angst aansloot.

Tijdens de menses, die zeer profuus zijn, zijn de bezwaren het hevigst. Als de gedachten haar kwellen is zij moedeloos, geeft niets om haar werk. Haar affect is daardoor nog depressief in het algemeen; nu en dan breekt echter een lach door.

Bij een patiënte, die het climacterium nadert, treedt een psychotische toestand op, gekenmerkt door angst en vele dwangverschijnselen. Aan de eigenlijke ziekte-toestand gaat een depressie vooraf, die zich op begrijpelijke wijze uit het feit ontwikkelt, op gevorderden leeftijd nog een jong kind te moeten opvoeden. Dit tobben neemt langzamerhand wat af.

Eenigen tijd daarna komt plotseling de gedachte in haar op, het kind iets aan te doen. Deze gedachte verschrikt haar, maakt haar angstig en treedt steeds weer tegen haar wil op. Er zijn wel moeilijkheden in dezen tijd, zoo de verhouding tot haar man, die minder goed is, sinds zij uit vrees voor een graviditeit hem den sexueelen omgang weigert. Ook geeft het bericht van de overrijding van haar man haar een emotie; voldoende verklaring voor deze acuut inzettende ziekte geven zij echter niet. Dezen depressieven toestand als phase in een manisch-depressieve psychose op te vatten is m.i. onjuist. Het acuut begin met de bepaalde, ook door haar inhoud pijnigende dwanggedachten, waaraan angst en verdere verschijnselen zich aansluiten; een primaire algemeene remming ontbreekt geheel.

Is het voor een depressie, in het climacterium optredend, reeds de strijdvraag, of deze tot de manisch-depressieve psychose gerekend mag worden, deze door dwang beheerschte toestand wijkt hier zeker van af.

In het karakter treffen wij verder de kenmerkende eigenschappen van de dwangpatiënte aan. De opvatting die het meest met de gegevens overeenkomt lijkt mij, dat de biologische factor, de intrede van het climacterium, de latent aanwezige eigenschappen in pathologischen graad te voorschijn brengt; het sensitieve karakter toch is hier duidelijk aanwezig.

Psychische momenten als zorgverwekkende omstandigheden spelen in het geheel zeker eveneens een rol.

Op de neiging tot depressieve toestanden op dezen leeftijd is herhaaldelijk de nadruk gelegd; ook hier is de gemoedsstemming duidelijk depressief. De algemeene affectieve toestand bekleedt in de rij der symptomen echter niet de plaats die hij heeft in de melancholie; het centrale in dezen psychisch-

abnormen toestand is de dwang waaraan onverbrekelijk een depressief affect verbonden is. Ik meen daarom dat de diagnose psychasthenie het specifieke van deze ziekte het best bestrijkt.

D. C. v. V.—B. 53 jaar, vr., 22 — 10 — '23.

Familieamnese: pat. is een vrouw, die altijd gauw bezorgd is, moeilijk over een onaangename emotie heen kan komen; zeer religieus, stipt en zorgzaam, vaak besluiteloos. Zij heeft 4 gezonde kinderen, 10 jaar geleden heeft zij een abortus door-gemaakt, in aansluiting waarvan zij vreemde gedachten gehad heeft; dit duurde maar kort. Haar man stierf 5 jaar geleden, zij heeft twee broers en twee zusters. Zenuwziekten en opvallende karakters komen bij haar familieleden niet voor. In September kreeg pat. plotseling de gedachte, dat zij, wanneer haar dochter zou bevallen, het kind iets zou doen; zij is daar dag en nacht bang voor, ook heeft ze de gedachte gehad, dat het kind met een vlekje op het gezicht ter wereld zou komen. Volgens de omgeving hangt deze gedachte samen met het feit, dat ze eens met het verplaatsen van de kachel, diezelfde dochter voor de aardigheid een zwarte veeg gegeven heeft. De angst wordt steeds erger; ze wordt voortdurend onrustiger, wil dood, eet soms niet, ze zegt, dat zij het kind in gedachten al dood ziet, slaapt slecht. In den loop van dit jaar zijn de menses opgehouden.

24—10—'23.

Pat. kijkt bij het binnenkomen van de onderzoekkamer angstig rond. Zij is gauw in tranen, kijkt bij opgewekt toespreken ook gauw weer vroolijk. Voortdurend vraagt zij, of de dokter denkt, dat zij beter zal worden. Wanneer men haar vraagt naar de dingen die de kinderen van haar verteld hebben, zegt zij, dat ze haast al weer over zijn; vraagt dan meteen of zij naar huis kan gaan. Langzamerhand laat zij iets uit over de gedachten, die plotseling bij haar opkwamen: het was of haar gedachten werden opgedrongen, alsof haar gezegd werd, dat zij iets doen moest, terwijl zij tegelijk schimmetjes daarvan zag. Dringt men op preciseeren aan, dan praat zij toch voortdurend langs de vragen heen. Dan komt ten slotte te voorschijn, dat de gedachte inhoudt, haar te verwachten kleinkind iets kwaads te doen. Tien jaar geleden heeft zij iets dergelijks gehad; het was of zij plotseling een stem hoorde — maar het was geen stem, meer

een sterke gedachte — een kind iets te doen met een mes. Dit is toen vrij vlug overgegaan.

Eenige dagen na opname wordt zij angstiger, zij jammert: „Ik wil naar mijn kinderen; moet ik naar de gevangenis of verbeeld ik het me maar.” Zij is een oogenblik bang dat ze door de politie gehaald wordt, omdat zij zulke slechte gedachten heeft. Dan zegt ze weer, nooit een slecht mensch geweest te zijn, dat ze geen reden heeft om zoo te denken. Ze uit zich nu ook gemakkelijker over haar gedachten. „’s Morgens stond ik op, en dacht toen zoo maar ineens: Lena houdt zoo van de kinderen, en toen dacht ik: ik heb Lena aan haar wang aangeraakt met mijn hand en mijn dochter is in positie, en nu was ik bang, dat het kindje van haar een vlek zou krijgen en daar ben ik nu zoo ongelukkig over.”

Vroeger was ze niet zoo droevig gestemd, ze kon altijd goed met iedereen opschieten, deed veel goed. De angst is nu soms zoo hevig, dat ze haast een einde aan haar leven zou kunnen maken. „Maar ik zal het niet doen, ik heb toch nooit wat gedaan, dus dat kan toch niet.”

21—11—'23.

Pat. is minder angstig, heeft belangstelling voor hetgeen er op de zaal gebeurt, zegt zich opgewekt en beter te voelen.

27—12—'23.

Pat. begint weer beter te slapen, zegt dat de gedachten haar wat meer met rust laten, is bang, dat ze niet goed bij het hoofd wordt. De mededeeling, dat zij grootmoeder is geworden, is niet in staat haar rustiger te maken. De gedachten gaan na eenige dagen weer terug, ze kan ze beter bedwingen, zij wil over alles wat zij gedacht heeft maar liever niet spreken.

14—1—'24.

Bij een nader onderzoek blijkt dat de dwanggedachten vrijwel verdwenen zijn.

Op een vraag omtrent het gebeurde tien jaar geleden, zegt ze, dat ze met een kind, dat bij haar thuis was in een slagerswinkel kwam, waar ze een mes zag liggen. Opeens kwam toen de gedachte, het kind ermede te dooden, waardoor ze zeer angstig werd.

Over haar karaktereigenschappen ondervraagd, vertelt ze, altijd heel precies geweest te zijn, veel getobd en gepiekerd te hebben en steeds zeer besluiteloos geweest te zijn: zenuwachtig en

overgevoelig. Over haar sexueele leven treden ook bij een uitdrukkelijke vraag geen bijzonderheden aan het licht.

1 — 2 — '24.

Pate, wordt ontslagen.

Een maand later schrijft zij ons, dat zij sinds haar ontslag geen bezwaren meer gehad heeft.

Bij deze patiënte treffen weer de sensitieve karaktereigenschappen; ze is gevoelig, komt moeilijk over een onaangename gedachte heen, is besluiteloos, onzeker, stipt en zorgzaam. Zij krijgt in aansluiting aan een abortus met belangrijk bloedverlies ongeveer tien jaar geleden last van dwanggedachten; vooral één gedachte komt op den voorgrond: een kind letsel toe te brengen. Deze gedachte, waarmee de depressieve toestand plotseling begint, blijft dezen tot het eind toe beheerschen. Reden om een primaire depressie aan te nemen bestaat er niet.

Nu, 10 jaar later, in het climacterium treedt acuut een dergelijke toestand in. De dwangverschijnselen gaan gepaard met een zwaar depressiegevoel; ook nu wijst er niets op dat deze depressie primair is. Bij het wakker worden komt de gedachte, die haar verschrikt in haar op; zij kan die niet verdringen, wordt er in toenemende mate angstig door.

Onmiddellijk valt op het verschil met de melancholie. Lusteloosheid, een algemeen gevoel van matheid, algemeene geremdheid worden niet gevonden. Zij heeft op het hoogtepunt van de depressie zelfbeschuldigingen, zelfs roept zij een oogenblik dat de politie haar komt halen. Deze gedachte hangt echter onmiddellijk met den inhoud van de dwangvoorstellingen samen; evenals in het eerst beschreven geval gebeurt dit ook op een tijdstip dat de kritiek tengevolge van den grooten angst verzwakt is.

Deze denkbeelden zijn van zeer voorbijgaanden aard en volgen niet, zooals bij de melancholie, uit een primaire algemeene affectstoornis. De psychotische toestand draagt dus duidelijk een psychastheen karakter. Wat de inhoud van de voorstelling betreft, die voor psycho-analytisch georiënteerde beschouwingswijze een sadistisch karakter heeft: een perverse neiging in dezen zin was patiënte zich niet bewust. De eerste maal, de uitputting door het bloedverlies; daarna de biologische factor van het intreden van het climacterium zijn de momenten waaraan zich de psychologische ontwikkeling der dwanggedachte aansluit, en een habitueele latente neiging manifest wordt. Verder is een neiging tot periodiciteit, waarvan wij de nadere oorzaak niet kennen, niet uit te sluiten. Dat er hier verband bestaat tusschen momenten in de somatische categorie en die in de psychische kan moeilijk ontkend worden. Men denkt hier aan de opvatting van HOCHE, die bepaalde symptomen-complexen latent aanwezig veronderstelt die, bij een verzwakkend moment van welken aard ook zich manifesteren. Van belang is hier op te merken dat de ziekte vrij plotseling eindigt zonder dat van een specifieke psychische therapie sprake is geweest.

E. J. v. d. H. v. V., 41 j., getrouwd, 5 kinderen.

Pat. was altijd angstig van natuur, bang dat zij de dingen niet goed zou doen, altijd twijfelend, zeer besluiteloos, trekt zich alles aan, onaangename gedachten raakt zij moeilijk kwijt. Zij is overgevoelig, zeer nerveus. Zij is uit een gezin van drie kinderen. Vader is streng, is op lateren leeftijd erg godsdienstig geworden, is moeilijk van zijn stuk te brengen; de menschen zijn bang voor hem; hij dreigt met straf en hel (hij is ouderling). Haar moeder is opgewekt, leeft gemakkelijk; zuster en broer, opgewekte naturen, lijken op de moeder. De kinderen van patiënte zijn nerveus. Haar oudste dochter is eigenzinnig, vreemd, star godsdienstig.

Patiënte is nu 19 jaar getrouwd; 16 jaar geleden heeft zij last van onaangename gedachten gehad, die zij moeilijk kwijt kon raken. Bij den dood van haar schoonvader, op wien zij zeer gesteld was geweest, kwam op eens de gedachte in haar op, „nu gaan de schroeven vast, nu komt hij nooit meer uit de kist.” In haar tweede zwangerschap overviel haar een heftige vrees voor de bevalling; bij de eerste had ze hier in 't geheel geen last van gehad. De angst was voornamelijk dat het kind niet naar buiten zou kunnen komen. Na de bevalling, die vlot verliep, bleef de vrees voor wat zij formuleert in de woorden: „het kan er niet uit”.

In denzelfden tijd kon zij geen nauwzittende kleedingstukken meer aanhebben; een japon die van achter sloot, durfde zij niet meer aan. Ze heeft zich wel eens trachten te verzetten tegen de vrees; liep zoo eens 5 minuten met een schort, dat aan de rugzijde sloot, toen werd zij zoo angstig, dat zij het af moest rukken. Ook haar trouwring begon haar te knellen, ze heeft dien sinds dien niet meer gedragen. Langzamerhand breidde de vrees zich meer uit; zij kon nu ook bij anderen niet meer zien, dat zij iets nauws aanhadden. Haar man mocht geen nauwe boord om hebben; zij kon geen menschen zien, die een ring droegen, of de angst overviel haar. In een spoorwegcoupé durft zij niet zitten. Aan den grond van al deze phobieën ligt de vrees, gebonden aan de voorstelling: „het kan er niet uit.”

Zoo ook heeft zij een tijd niet durven eten; bang dat het er niet meer uit kon; durft ook niet iets in een flesch met nauwen hals of in een gootsteen gieten.

Pat. vertelt in het begin, dat er geen bijzondere moeilijkheden zijn; zij kan het goed met haar man vinden. Hij is wel anders dan zij, weinig gevoelig, wel eens hard zelfs. Na eenigen tijd echter krijgt deze verhouding een geheel andere belichting.

Het huwelijk is haar tegengevallen. In 't begin ging alles nog vrij goed, langzamerhand bemerkte zij een verkoeling van haar man ten opzichte van haar. Hij viel zonder reden tegen haar uit, zij werd bang van hem; rilde soms als zij hem hoorde komen. Dit was al zeer uitgesproken in den tijd van haar tweede zwangerschap. In dien tijd trad voor het eerst de vrees op. Zij is gaandeweg tot de overtuiging gekomen, dat hij niet de man voor haar is. Er is een ander voor wien zij meer voelt. Dat is iemand die haar ten huwelijk vroeg, toen ze reeds verloofd was. Zij is daarop niet ingegaan, want ze kon dit haar verloofde niet aandoen. Die man bezocht hen veel, ook toen ze getrouwd

was. Haar man hield ze steeds geheim wat vroeger voorgevallen was. Het blijkt, dat het huwelijk door haar als knellend wordt gevoeld, dat daaraan zich vaak de gedachte vastknoopt „kon ik er maar uit; maar het kan niet.” Zij wist dit alles eigenlijk wel, heeft het zich nooit willen bekennen. Uit vrees voor een nieuwe zwangerschap kwamen zij tot den coitus interruptus. Dit belet niet, dat elke maal wanneer de menstruatie een dag uitblijft, haar een groote angst overvalt. Het uiting geven aan haar bezwaren heeft haar veel rustiger gemaakt. Het zien van ringen gaat nog steeds gepaard met een gevoel van onbehaaglijkheid. De toestand blijft van nu af aan wisselend: huiselijke verdrietelijkheden, vooral de houding van haar man hebben een grooten invloed op den angst. Zoo is haar dochter zeer onaangenaam tegen haar; zij heeft daarom doorgezet dat deze uit huis ging; had na dit besluit er onmiddellijk weer spijt van. Depersonalisatie-verschijnselen werden in dit geval niet duidelijk aangegeven. Naast den angst heeft zij nog verschillende gevoelens van lichamelijken aard, last van hoofdpijn, hartkloppingen; is overgevoelig voor huidprikkels.

Wat den aard betreft laat het boven beschrevene ons niet in twijfel. Het is een duidelijk geval van psychastenie.

Het „caractère scrupulo-inquiet” vinden we hier uitgesproken aanwezig. Doorzichtig is, hoe het conflict ontstaat uit haar sexueele neiging en haar hiermee contrasteerende moraliteit.

Het dringt zich hier op, dat de vrees voor al wat knelt, waarvan na eenigen tijd nog sterk op den voorgrond komt de vrees bij het zien van den trouwring, verband houdt met de beknelling van de verbintenis aan iemand, die haar niet bevredigt; dat de angst de zelfkastijding is van haar moreele, scrupuleuze wezen voor de niet toelaatbare begeerte zich los te maken en zich den ander te geven.

Dit krijgt men aangegeven zonder dat een specifieke analyse noodig is. Het wijst in de richting van den zin van het symptoom; dit zij vastgesteld, al zal men niet in alle opzichten mee kunnen gaan met een analyse in FREUD'schen

zin, die achter dit nog vele andere verbanden zal trachten te vinden.

Waar het in ons verband om gaat, is of hierin een vorm te zien is van een depressie, die tot de manisch-depressieve psychose is te rekenen; dit geval geeft ons ten opzichte hiervan duidelijke inlichtingen.

Hier is het met een primaire algemeene affectstoornis als bij de melancholie, van remming blijkt niets; komt patiënte bij oogenblikken nergens toe, dan is het een gevolg van haar praeoccupatie; eveneens sluiten zich aan bovengenoemde verschijnselen geen zelfbeschuldigingen aan. Er is een levendigheid bij de weergave van de bezwaren, echter wordt het niet, wat we in de ideeënvluicht bij maniaci zien, het voortdurend wisselen van thema; de bepaalde phobie is het, waarom zich alle gedachten concentreeren.

De dwang is het wezenlijke in deze ziekte; de onrust en angst zijn hier voor het grootste deel van afhankelijk.

Het verloop is hier vrijwel chronisch, er zijn echter intensiteitsverschillen; vaak treden reactief verergeringen op. Aan de andere zijde is er duidelijk resultaat van psychische beïnvloeding te bespeuren, al verdwijnen de symptomen dan ook niet blijvend.

Het blijkt niet, dat in het gezin waaruit zij stamt, dergelijke karakters meer voorkomen. Uit de aangifte is de gevolgtrekking te maken, dat bij haar moeder de cyclothyme constitutie-componente op den voorgrond treedt: deze is opgewekt, leeft gemakkelijk, terwijl bij den vader het schizothyme element het meest opvalt: streng, star godsdienstig, moeilijk van zijn stuk te brengen. Een dergelijk type vindt men ook onder haar kinderen; de andere zijn nerveus, gevoelig.

F. L. B., 17 j., m.

Familie-anamnese. Pat. is de jongste van zeven in leven zijnde kinderen, vijf overleden. Behalve stuipen is hij nooit ziek geweest in zijn jeugd. Pat. is altijd angstig geweest, altijd bang in het donker; op school kon hij goed mee, voerde echter soms niets uit. Anderhalf jaar geleden is zijn angst zeer toegenomen. Hij durft sinds dien niet onder de menschen komen, is dan bang een kleur te krijgen. Hij is altijd zeer onzeker, voelt telkens of de gaskraantjes goed dicht zijn. Als de menschen hem prikkelen wordt hij kwaad en wil er op los slaan. Dit gebeurt vooral als men hem iets vraagt wat hij al geweigerd heeft omdat hij angstig is. Pat. heeft verschillende eigenaardigheden, stookt soms vuurtjes op zijn kamer. Hij zou nog al eens onwaarheid spreken. Twee zusters van hem hebben evenals pat. last van angst gehad. Moeder stierf eenige jaren geleden plotse-ling in de kliniek; zij was opgenomen wegens psychose waarin angst en betrekkingswaandenkbeelden op den voorgrond traden. Zij leed aan een ernstige nephritis.

18-11-'24.

Pat. maakt den indruk verlegen te zijn, kleurt bij elke vraag die men hem doet. Hij vertelt altijd gauw bang te zijn, altijd scrupules te hebben gehad. Ook de verschijnselen van dwang heeft hij vroeger vertoond; moest b.v. een bepaald woord drie-maal zeggen. Hij moest alles voortdurend controleeren, een brief dien hij schreef, herhaaldelijk overlezen; op school een som wel 10 maal narekenen, waardoor hij weinig opschoot. Dit alles is sinds 1½ jaar erger. Hij moet voetstappen tellen, zijn voet op een bepaalde plaats neerzetten. Kwam de gedachte in hem op „ik het het verkeerd gedaan“, dan deed hij het over, waarna het beklemd gevoel wegging.

Als hij uitging, kwam hij vaak terug om te kijken of de kachel of deur wel dicht waren. Verder trad in dezen tijd waschdwang op. Anderhalf jaar geleden begon het met een dwang, obscene woorden te zeggen als hij een vrouw zag; het waren namen van mannelijke en vrouwelijke genitaalorganen. Voor het eerst gebeurde dat bij gelegenheid dat hij een meisje zag, dat hij wel aardig vond. Toen de woorden kwamen, bloosde hij onmiddellijk, bang dat het meisje aan zijn gezicht had gezien dat hij die woorden zeide. Het blozen heeft nog een andere oorzaak; het is de onanie, waaraan hij vooral na het afloopen der school zich overmatig overgaf. Hij dacht nu, dat de heele straat wist

dat hij onaneerde, kleurde bij die gedachte. Hij maakte zichzelf verwijten daarover, poogde het te laten, maar het lukte niet. De dwang, voortdurend handen te moeten wasschen is ook hierna opgetreden. Nu treedt het blozen geheel onafhankelijk van beide voorstellingen op. Hij was de feiten eigenlijk al lang vergeten, zag in elk geval géén verband tusschen die en zijn rood worden. Dat kleur krijgen had tengevolge, dat hij zich niet meer op straat durfde vertoonen. Er zijn nog andere dingen die hem onrustig maken. Hij kan een voorwerp niet scheef zien staan; moet het recht zetten. Alles komt hem vaak onwezenlijk voor: „Als ik lang over een woord zit te denken, b.v. studie, weet ik niet meer of het een woord is, net of het geen betekenis heeft." Het komt hem voor als hij in de kamer zit, of hij niet thuis is, of de kamer hem vreemd is. Toen hij Zondag bezoek gehad had van zijn broer en hem nakeek, was het net of hij een ander was, „of ik hem niet meer kende". Als hij met iemand praat is het precies of hij het zelf niet is. Het zaaltje waar hij hier het eerst binnengebracht werd, meende hij te kennen, terwijl dit toch onmogelijk zijn kan. Pat. voelt zich minderwaardig; denkt dat hij minder kan dan anderen. In dagdromen leeft hij zijn wenschen uit. „Hij staat aan het hoofd van een fabriek, neemt een belangrijke plaats in de maatschappij in met veel macht over anderen." De feiten die zijn huisgenooten aangeven over het spelen met vuur en zijn baldadigheid, geeft hij toe. Waarom hij het doet, weet hij niet. Soms slaat hij koffers en kisten stuk, voelt zich voldaan wanneer hij het gedaan heeft.

29-11-'24.

Pat. gaat vrij en onbevangen om met zijn medepatiënten; kleurt nog telkens, maar is er blijkbaar niet meer zoo angstig door. Vragen die eerst negatief beantwoord worden, beantwoordt hij tenslotte bevestigend. Zoo is hij vroeger eens opgenomen geweest, hij heeft toen alle sexueele neiging ontkend. Hij begon hier nu eveneens mee. Bemerkt hij, dat hij niet geloofd wordt en heeft hij zich eenige malen vastgepraat, dan krijgen we het verhaal over het ontstaan van zijn kleuren, zooals boven weergegeven. Hij is heftig sexueel prikkelbaar; in zijn fantasieën komen sadistische neigingen aan het licht. Ofschoon vaak angstig en bezorgd, zich onvrij en beklemd voelend, is hij niet voortdurend neerslachtig. Hij kan druk zijn, grapjes maken, lachen, plagen; hij vertelt „ik lach dan wel, maar van binnen is

het heel anders". Het laatste jaar is zijn toestand vrijwel gelijk gebleven, tot voor eenige weken de angst sterker werd.

24-12 '24.

Op een wandeling door de stad meegenomen, ging het in 't begin goed, hij was wel wat onrustig en kleurde. Plotseling, midden in de stad, maakt hij krampachtige slikbewegingen; krijgt een hoogroode kleur, knikkende knieën, transpireert sterk. Hij staat stil „ik kan niet meer", wil naar huis, wandelt weer rustig naar de kliniek terug.

Zijn toestand in de kliniek blijft vrijwel hetzelfde. Het blozen treedt nog vaak op. Hij is van meening, zich over zijn vrees heen te kunnen zetten, wanneer hij thuis is. Hij zal zoo vlug mogelijk aan het werk gaan.

Een jongen met de duidelijke karaktereigenschappen van den psychastheen gaat in de puberteitsjaren lijden aan heftige phobieën en dwangverschijnselen. Het meest kwellende verschijnsel, de ereutophobie zien wij ontstaan uit zelfverwijten, naar aanleiding van onanie.

Daarbij komt de betrekkingswaan dat ieder hem zijn euvel kan aanzien. KRETSCHMER heeft in de „Masturbantenwahn" een vorm van „sensitive Beziehungswahn" beschreven, waarbij aan dit feit aangeknoopt, zelfstandige betrekkingsnurosen en zware paranoïde psychosen zich ontwikkelen. Deze menschen zijn van dezelfde karakterstructuur als de psychasthenici. Het mechanisme van inversie d.i. het omslaan in een zelfstandig, secundair, bewust denkmechanisme gaat in tegenstelling tot de dwangneurose hier gepaard aan een positief realiteitsoordeel. (KRETSCHMER). Dit geval illustreert het samengaan van beide.

De neiging aan den dwang vreemd, namelijk die van projectie, waarop onlangs nog door JELGERSMA is gewezen, komt in de betrekkingswaan tot uiting. De mogelijkheid is tevens hiermee gegeven, dat er overgangen zijn tusschen dwangverschijnselen en waanideeën.

Bij dezen patiënt komt in de genese van zijn phobieën zijn hypersexueele instelling tot uiting. Naast de, in fantasieën voorkomende, sexueele neigingen van sadistischen aard zien wij hem ook zijn wenschen naar macht uitleven. Hij is eerzuchtig, wil heerschen, d. i. de sthenische karaktercomponent, die ook de oorzaak is dat pat. zich er niet bij neerlegt, maar den strijd tegen de optredende voorstelling aanbindt.

Duidelijk treffen we bij hem de verschijnselen van depersonalisatie aan, evenals het verschijnsel, door sommigen in deze categorie geplaatst: „le sentiment du déjà vu”.

Zijn gemoedsstemming is oogenschijnlijk niet voortdurend depressief; hij kan stoeien met medepatiënten, maakt grappen, zelfs misplaatste; innerlijk voelt hij zich, zooals bij nader onderzoek blijkt, onvrij.

Tusschen dezen depressieven toestand en dien, welken wij bij de melancholie aantreffen is een groot verschil. Het duidelijk reactieve in den geheelen toestand, de onmiddellijke samenhang met bepaalde voorstellingen, pleit tegen deze laatste. Van algemeene geremdheid kan niet gesproken worden; tot zelfbeschuldigingen komt het niet in het minst. Daarentegen zijn er duidelijke psychasthenische verschijnselen: de vermindering van de „fonction du réel”, de voorbijgaande depersonalisatieverschijnselen en vooral de dwang.

Er zijn in dit geval trekken, die niet tot het omschreven sensitieve karakter behooren. Zijn zonderlinge neigingen, zijn woede-uitvallen en plaagzucht wijzen op een wijdere vertakking der stoornis.

Over de heredititeit is met zekerheid dit bekend, dat de moeder op gevorderden leeftijd een psychose doormaakte, waarin de angst en massale betrekkingswaanideeën op den voorgrond traden.

Deze toestand werd, naar de beschrijving, sterk door haar lichamelijk debielen toestand beïnvloed. Twee zusters zouden dergelijke symptomen als patiënt vertoond hebben.

G. A. E., 17 jaar, vr.

Patiënte komt den 13—3—'24 op de polikliniek. Zij heeft een zeer depressief uiterlijk, kijkt daarbij schuw. Met steun van de moeder krijgen wij de inlichtingen, dat zij al eenige maanden moedeloos en angstig is, dat zij veel huilt, en nergens toe kan komen. Daarbij heeft zij soms het gevoel van een strakken band om den buik.

Alles is plotseling gekomen; zij is hierbij voortdurend bang dat iemand een ongeluk zal overkomen. De menschen die op 12-jarigen leeftijd voor het eerst optraden, kwamen geregeld tot vóór eenige maanden, hoewel zeer profuus, en bleven daarna uit. Slapen en eetlust slecht.

Een nader onderzoek leert, dat patiënte vóór het optreden dezer verschijnselen eenige maanden geleden, altijd reeds opviel door haar schuchterheid; in een grooter gezelschap voelde zij zich niet op haar gemak. Zij is gauw bezorgd en angstig. In haar sexueele leven en neigingen vertoonen zich geen eigenschappen die van de „normale” afwijken. Patiënte had er altijd langen tijd last van, als zij iets niet goed gedaan had; onaangename gebeurtenissen kon zij moeilijk vergeten. Zij was zeer gevoelig; op de school, waar zij godsdienstonderwijs ontving, maakte alles zóó diepen indruk op haar, dat zij neerslachtig werd. Zij maakte zich altijd zorgen vóór den tijd, was al bang dat er onweer komen zou, als de zon heerlijk scheen. Droomde 's nachts van de verhalen die zij op school gehoord had; hardop vertelde zij in bed zittend 's nachts deze verhalen, zonder dat zij er 's morgens iets van wist; op raad van den dokter werd zij daarna van die school genomen.

In haar werk — zij helpt in een bloemenwinkel — is ze zeer precies. In den tijd van overgang, op school, moest zij de meest verschillende dingen tellen. Zij weet niet, of het bij andere gelegenheden voorkwam.

Wat de hereditaire verhoudingen betreft: zij lijkt veel op de moeder, die hetzelfde angstige, bezorgde, scrupuleuse heeft, al kwam het bij deze nooit tot dergelijke ernstigere verschijnselen als bij patiënte.

De vader leeft gemakkelijk, heeft overal doorzicht in. In de

familie van hem komt krankzinnigheid voor. Zijn vader tobde erg veel over godsdienstige dingen.

Een broer is drie maanden in een gesticht geweest, was erg druk en luidruchtig, is genezen.

Een zuster, eveneens drie maanden verpleegd geweest, was wild, heeft een „onmogelijk” humeur, is zonderling.

Broertje van patiënte, 7 jaar, is gezond, hoewel wat nerveus. Sinds drie maanden is patiënte nu neerslachtig. Zij begon met tegen alles op te zien; het werk ging moeilijk, zij voelde zich moe en lusteloos, ten slotte tot niets meer in staat.

Ook kwam een gevoel van angst over haar als haar vader niet op tijd thuis kwam; zij werd bang dat hem een ongeluk zou overkomen. Als haar ouders naar den schouwburg waren, moest zij opbellen, of zij er nog waren. Zij kan dat opbellen niet laten: „Ik heb me er vaak tegen verzet, maar het is of ik er toe getrokken word.” Het was dan net of iemand achter haar zei: „als je opbelt, komen ze thuis”.

Zij is nu lusteloos, zucht vaak, vindt zich een nietsnut; zij tobt er over, dat zij zelfzuchtig is en alles op anderen schuift; denkt slechter te zijn dan andere menschen. De gedruktheid is al minder dan voor eenige weken. Is de eerste schuchterheid overwonnen, dan wordt ze spraakzamer, spontaner. Eenigen tijd vóór de neerslachtigheid over haar kwam, heeft zij kennis gemaakt met een jongen man. Zij weet niet of zij voldoende van hem houdt; het eene oogenblik lijkt het haar zoo, het volgende niet. Dit als oorzaak van haar neerslachtigheid aan te nemen, wijst zij af.

Daar het blijkt dat zij niet voldoende van hem houdt: „het ging van het begin af aan al niet”, (zij stuurde hem herhaalde malen weg), wordt haar categorisch gezegd aan de verhouding een eind te maken. Zij toont zich wat opgewekter na dit advies.

12—6—'24.

Patiënte komt als volgens afspraak zich laten zien. Ze heeft een reisje gemaakt, is eenige maanden in andere omgeving geweest. Zij vertelt over alles opgewekt. Zij heeft aan de verhouding tot den jongen man een eind gemaakt. (Eerst wilde zij hebben dat moeder het deed, zij kan zoo moeilijk iemand teleurstellen).

Zij voelt zich weer tot haar werk in staat. Wel is zij nog dikwijls bezorgd: „maar dat was ik altijd.”

6—1—'25.

Patiënte komt op het tot haar gericht verzoek nog eens aan de kliniek. Ze ziet er opgewekt uit, heeft zich sinds het vorig onderzoek steeds goed gevoeld. Ze gaat vroolijk met iedereen om, het werk gaat goed. Zij is nog wel eens bezorgd, maar dan is er altijd wel eenige reden voor. Toen zij haar ouders van den trein wilde halen en deze niet op tijd kwam, werd ze zeer angstig: „Ik loop heen en weer, ik kan niet denken, het staat bij me vast dat er een ongeluk gebeurd is, dat is me dan niet uit het hoofd te praten.” Ook heeft ze dit gevoel wanneer haar broertje te laat thuis komt. Over haar ziekte ondervraagd geeft ze even duidelijk als vroeger aan, dat deze begon met een gevoel van lusteloosheid, een nergens toe kunnen komen; daarbij kreeg ze het gevoel slechter dan anderen te zijn. Eerst later trad de vrees op dat vader of moeder iets overkomen zou, ook als deze rustig thuis waren. Van de beëindiging van haar verhouding tot den jongen man heeft zij geheel geen spijt, de jongen had haar eigenlijk altijd geërgerd.

Wij vinden bij deze patiënte de karaktereigenschappen van de psychasthenica. Zij neigt altijd tot bezorgdheid. In een tijd vol emotie is zij zeer nerveus; er treedt dwangtellen op; zij is zeer precies in haar werk; de herinnering aan onaangename gebeurtenissen kan zij slechts met moeite terugdringen.

Wat den depressieven toestand betreft, dien zij doormaakte, het ontstaan hiervan nagaand, valt de groote overeenkomst met het beeld van de melancholie op. Het begin met remming, lusteloosheid, de toenemende neerslachtigheid en de zelfbeschuldiging, alles op anderen te schuiven, dit alles wijst geheel in deze richting. Het reactieve moment, indien het bestaat, is niet belangrijk; het maakt geheel den indruk dat de moeilijkheden in haar liefdesverhouding in haar depressie vergroot gezien worden. In het verloop treedt steeds duidelijker op een bepaalde phobie, een bang zijn dat

haar huisgenooten een ongeluk zal overkomen. Die vrees heeft zij ook wanneer haar huisgenooten thuis zijn.

Ten opzichte van het erfelijkheidsmoment valt op te merken, dat bij de moeder de sensitieve eigenschappen overwegen. In de familie van den vader treedt naar de beschrijving een belasting van het manisch-depressieve element naar voren.

De depressieve toestand van patiënte, waaraan zelfs een licht hypomane stemming zich aansloot, die eindigde met den terugkeer tot haar vroegere zijn, draagt geheel het karakter van een depressieve phase van een manisch-depressieve psychose.

De optredende psychasthenische verschijnselen die men in deze periode duidelijk naar voren ziet komen, blijken in aanduiding ook in den „gezonden” tijd te bestaan. Hierin behoeft echter geen argument gezien te worden om de identiteit in laatste instantie van beide ziektebeelden aan te nemen. Men zou kunnen aannemen, dat er overgangstoestanden tusschen beide voorkomen; het lijkt mij juist de verhouding te zien zooals die vooral door KRETSCHMER op den voorgrond gesteld wordt, dat in deze endogene depressie de dwangreactie, waartoe ook voordien de neiging bestond, tot uiting komt.

H. A. W. T., vr. 17 jaar.

Anamnese van de moeder: 3 jaar geleden, patiënte was 3 maanden op de kweekschool, werd zij 's nachts plotseling benauwd en angstig. De dokter sprak van „zenuwen op het hart.” Een oorzaak er voor is niet bekend. „Zou het kunnen zijn door den schrik?”, vroeg zij haar moeder. Ze was eenige dagen geleden laat geweest en wou op een tram springen, die al in beweging was. De moeder beschouwt deze schrik als de druppel die den emmer deed overloopen. Pat. was voordien al nerveus. De

benauwdheid heeft zich in die mate nooit herhaald. Er werd gedacht, dat het van de schildklier uitging en men paste daarvoor een behandeling toe. Na dien angstaanval had zij wel nog dikwijls, hoewel in niet zoo hevige mate, een angstig gevoel. Geleidelijk traden andere verschijnselen op; zij zag nare beelden om zich, menschen met vreemde hoofden en vertrokken gezichten, zij werd er naar van.

Zij voelde den drang, als zij langs een put liep, er in te springen of zich voor een auto te werpen. Zij vond dien drang iets vreemds in haar, gaf er ook niet aan toe. De laatste jaren voelt zij zich eenzaam, afgesloten van alles, „het is of ik op een eenzaam eiland leef.“ Zij had het in het begin heel sterk, vooral 's nachts, en droomde dan angstig. Den laatsten tijd heeft zij het gevoel van vereenzaming ook over dag. Deze laatste jaren deed zij alles werktuigelijk, zij had er niet echt belangstelling voor; had in niets meer plezier zooals vroeger. Zij schijnt nu en dan naar iets te willen grijpen, naar een poes of een hond, heeft dan den drang ze kwaad te doen, grijpt er dan ook naar, maar doet niets, ze is er te goed voor, zegt de moeder. De laatste 3 dagen blijft ze langen tijd met de armen in een bepaalde houding, bijv. met een opgeheven wijsvinger. Is ze aan het eten, dan houdt ze plotseling op. Zit bijv. met een open mond, is er niet toe te brengen door te eten, na eenigen tijd gaat ze verder. Van stemmen hooren is nooit iets gemerkt.

Den laatsten tijd zegt ze dat ze alles als prenten, beelden en lichamen ziet, de geest van een ander kan niet meer tot den haren komen, zij voelt geen contact meer met de omgeving. Patiënte was altijd blijmoedig, van lieve natuur, altijd een kalm kind, veel te diepzinnig; zij is haar leeftijd wel drie jaar vooruit, wil graag consciëntieus leven, vond het verschrikkelijk, als de onderwijzer dacht, dat zij haar best niet deed, raakte een onaangenaam gevoel moeilijk kwijt. Zij had altijd een sterk godsdienstig gevoel.

Op elfjarigen leeftijd kon ze niet over een drempel komen, (deze afwijking zou van zuiver lichamelijken aard zijn geweest zij zou een aandoening van de beenen gehad hebben). Verdere ziekten heeft zij niet doorgemaakt. Zij kon op school best leeren, was steeds een van de eersten van de klas, ook op de kweekschool, waar zij op 14-jarigen leeftijd heenging.

In de familie komen geen krankzinnigheid of zenuwziekten voor. Patiënte lijkt veel op de moeder, die van een gevoelige,

gauw bezorgde, doch blijmoedige natuur is. Van dezen zelfden aanleg waren haar grootouders van moederszijde.

Vader is star, „er zit geen greintje teederheid in hem, hij is koud, behandelt zijn werklui als machines“. Het sterven van zijn oudste dochter bracht geen enkele gevoelsuiting te voorschijn.

Grootvader van vaderszijde: star, gevoelloos; grootmoeder meer teer van gemoed. Twee broers van den vader lijken op hem. Patiënte heeft 2 zusjes gehad, een is op veertienjarigen leeftijd overleden aan longontsteking; deze leek veel op haar. Een jonger zusje heeft meer den aard van den vader, doch niet in die mate.

St. Pr. Patiënte heeft struma; geen verschijnselen die duidelijk op M. Basedowi ingaan. Zij ligt met strak depressief gezicht voor zich te kijken, haar blik is vaak zelfs wezenloos. „Het is net of mijn geest niet doorwerkt“, zegt ze op klagenden toon, zij vertelt dat zij veranderd is de laatste drie jaren. Het is begonnen met een schrik. Zij was laat, en wilde op een tram stappen die al in beweging was, zij sleepte met één been er buiten; kreeg toen het gevoel, of de tram over haar heen reed, was heel angstig. Zij zag ineens haar heele leven voor zich: „Het was of er een lichtstraal door mijn hoofd ging.“ Zij dacht niet aan den dood, maar wel hoe het met moeder gaan zou, hoe haar leven geweest was.

Zij herinnert zich dat zij voor dien tijd al wat anders was, zij luisterde wel naar andere meisjes, maar met minder belangstelling. Zij weet niet zeker, of het al niet begonnen is bij haar overgang naar de kweekschool 3 maanden van te voren. Zij zag tegen den overgang wel op. Zij zegt dan plotseling spontaan: „Ik zou wel eens door een ander z'n hoofd willen kijken, ik denk maar steeds, hoe zal Moeke het zien. Want al heeft Moeke medelijden met mij, het is net of ze mij niet helpen kan.“

Na den schrik is zij nog 2 weken op school geweest, kreeg toen 's nachts een benauwdheid, „of haar adem niet door kon.“ Op raad van den dokter bleef zij den volgenden dag thuis, „en toen was ik niet meer thuis en ik dacht: nu ga ik gezellig met Moeke koffie drinken en toen ik het zou doen, was alles weg.“

Na dien tijd heeft zij het gevoel gekregen, of er tusschen haar en het leven een diepe scheiding was. „Ik kon me nog wel eens voorstellen, hoe het in het gewone leven zijn zou, maar het meebeleven deed ik niet“ „Ik weet, dat ik het niet heb, en toch mis ik het elke seconde“ „Als het 's avonds

regent, of de wind huilt om het huis, zou ik eens lekker onder de dekens willen kruipen, maar ik kan het niet."

Dergelijke uitingen komen voortdurend te voorschijn, haar stem is hierbij dof, klagend.

Op de vraag of zij nog leest, zegt ze: „Vroeger veel; nu niet meer." Zij leest van iemand, die berouw heeft. Zij heeft het niet meer, „dan sluit het". „Ik was woest op muziek". Nu is alles weg. Wordt er haar op gewezen dat het missen van iets toch een verlangen er naar veronderstelt, dus het gevoel niet verdwenen is, dan geeft ze dit toe; gaat echter onmiddellijk weer met haar wanhoopsuitingen voort.

Heel in het begin reeds trad, als zij langs het water liep, de drang in haar op, om er in te springen. Zij had hierbij een angstgevoel, dat steeds erger werd. Nu is de angst minder, terwijl de drang sterker is geworden. Zij gaf nooit aan den dwang toe, „maar ik weet niet, wat er nog gebeuren kan," voegt ze er bij.

Zoo had ze ook bij het zien van dieren de gedachte, die zij niet kwijt kon: ze naar de keel te grijpen, ook menschen; toen zij eens naast haar moeder in bed lag, had zij ook ten opzichte van haar die gedachte.

's Avonds ziet zij de vreeselijkste dingen, moorden die gebeuren, zij ziet zich zelf moorden: „dit zie ik in gedachten". Zij heeft het gevoel gehad de laatste maanden, of er iets weg-trok; hallucinaties op acustisch gebied worden ontkend.

Op de afdeling houdt patiënte bij het eten soms ineens op, blijft langen tijd met de armen in dezelfde houding zitten. Is zij aan het praten, dan gaat het op een oogenblik langzamer om dan geheel op te houden, en duurt het eenigen tijd voor zij verder gaat. Soms is deze toestand te beïnvloeden door krachtige toespraak. Ook zegt ze vooraf wel: „nu voel ik mij stijf worden". Bij bezoek van haar moeder moet zij steeds naar de keel van deze kijken en komt de gedachte in haar op: „ik wou je wel naar de keel grijpen." Zij heeft dit eigenlijk met ieder dien zij ziet. Van haar sexueele leven heeft zij niet veel te vertellen, zij voelde wel voor jongens, praatte wel eens graag met hen, verder ging haar gevoelen voor hen niet. Van homo-sexueele neigingen blijkt bij onderzoek niets.

Den drang iemand pijn te doen had zij vroeger niet, ook geen fantasieën, die deze richting uitgingen; nu heeft zij ook, dat in droomen deze dingen voor den dag komen, heeft zelf ook vaak het gevoel, geworgd te worden.

Nog steeds uit ze zich klagend. „Ik moet elk uur strijden met de leegte." „Het is, of den heelen dag mijn hersenen blijven doorwerken, en de geest is er niet." „De bezieling ontbreekt"; „ik kan niets echt willen en echt doen."

14—7—'24.

Patiënte zit tijden onbewegelijk in het bad; dan plotseling plast zij met het water, vloekt en scheldt. De wisselingen zijn zeer abrupt. Nu eens krijgt men een antwoord, steeds een monotone klacht, dan weer zegt ze niets en staart met een wezenloos gezicht.

„Alles is leeg, de menschen zijn maar schimmen, ze bestaan niet voor me, kon ik maar eens echt bedroefd zijn, maar ook dat kan ik niet.... mijn leven is weg."

Heeft ze tijdens de morgenvisite niet gereageerd, dan zegt ze bij het avondbezoek: „U zei vanmorgen zoo vriendelijk goeden morgen, maar ik kon niet antwoorden, ik was heelemaal verstijfd." In haar tijden van onrust schreeuwt en vloekt zij; tracht de zusters naar de keel te grijpen; zegt, een medepatiënt de hersenen in te willen slaan. In haar rustige oogenblikken vertoont zij een geheel invoelbaar depressief affect; „alles is weg, en dat is vreeselijk, dat kan een ander niet voelen." Zij weet alles, weet dat zij druk is geweest: „ik kan er niets aan doen, ik ben dan zoo wanhopig, al mijn gevoel is weg."

30—7—'24.

Toestand iets rustiger; patiënte is 's middags zelfs eenigen tijd op, nu en dan nog oogenblikken van verstijving, herhaalt dan monotoon de vraag, die gedaan werd, gaat dan op gewone wijze weer door, steeds met klagende uitingen.

Op wensch van de familie zal patiënte verder thuis verpleegd worden.

16—2—'25.

De berichten, die wij eenige weken geleden over haar van huis kregen, zijn heel gunstig. Zij zag er echter tegen op naar de kliniek te komen, is bang, dat het haar te veel zal aangrijpen.

Wanneer ik haar bezoek, groet ze heel vriendelijk, begint dan te huilen. Zij vindt het zoo vreeselijk, dat zij in de kliniek zoo moeielijk geweest is, „en toch, het was mijn ziekte, ik kon niet anders." Zij wordt gauw weer rustig, is zeer vriendelijk. Zegt, dat het toch niet geeft om over wat er gebeurd is, te

praten. Nu is zij al heel veel beter. „Een gewone vriendelijkheid maakt nu wel indruk op me, en ik vind het prettig, als de menschen aardig tegen me zijn”; maar toch is zij met haar „heele-zelf” niet in wat zij doet, zooals andere menschen. Haar juist onderscheidingsvermogen en goede zelfwaarneming zijn opvallend.

„Als ik buiten loop, geniet ik nog niet echt van de natuur, ik voel mij soms innerlijk dood.” Praat nu ook vlot over den tijd, dien ze in de kliniek doorbracht. „Weet u, dat ik zei, dat ik het gevoel had, of die arm niet van mij was, of ik het niet was, die hem bewoog, en toch wist ik, dat het zoo was.” Van haar toestand van verstijving herinnert zij zich alles: „Soms kon ik nog zeggen, nu voel ik mij stijf worden, en dan kon ik geen woord meer uitbrengen. Wat het was, weet ik niet, ik was mijzelf vreemd, mijn eigen lichaam.”

Haar affecten zijn normaal, levendig: zij vraagt met groote belangstelling naar de zusters: „zij moeten wel een hekel aan mij hebben.” Zij heeft volledig ziekteinzicht, gelooft niet, dat ze heelemaal zooals vroeger zal worden, is echter blij, dat ik het er niet mee eens ben. Zij gelooft schuld aan haar ziekte te hebben, omdat zij niet direct naar een zenuwarts is gegaan toen de angst intrad. In het begin was er nog wel iets aan te doen geweest.

Van de dwangverschijnselen, die zij gehad heeft, heeft ze geen last meer, ze is er blij om.

Dit geval kenmerkt zich behalve door de dwanggedachten en dwangimpulsen en het depressieve affect, door het depersonalisatiegevoel.

Patiënte gaat niet op in wat ze doet; ze voelt zich buiten de dingen. „Ik kan me nog wel eens voorstellen, hoe het in het gewone leven zijn zou, maar het echt meebelevén, deed ik niet.”

In SCHELER's onderscheiding van de gevoelens zijn het de vitale, waarin de stoornis opgetreden is, als zij zegt: „Als het 's avonds regent of de wind huilt om het huis, zou ik eens lekker onder de dekens willen kruipen, maar ik kan het niet,” en de psychische gevoelens in haar uiting:

„kon ik maar eens echt bedroefd zijn, maar dat kan ik niet.”

De stoornis, hoewel op den voorgrond tredend in de sfeer der gevoelens, is algemeener en centraler; dit blijkt uit uitingen als: „Mijn hersenen blijven doorwerken, maar de geest is er niet; ik kan niets echt willen en doen.” Duidelijk is ook het gevoel van de eigen lichamelijkheid aangetast: het is, of het haar arm niet is, of zij het niet is, die hem beweegt, en toch weet zij, dat die haar behoort.

Een hierop gelijkende stoornis is onlangs uitvoerig beschreven door CARP en KRAUS; zij komen er toe het geval, mede om het periodisch verloop, tot de melancholie en wel in navolging van SCHÄFER tot de melancholia anaesthetica te rekenen, ofschoon zij er op wijzen, dat er geen scherpe grens met de psychasthenie bestaat.

In dit geval, waar er duidelijke dwangverschijnselen bestaan, (CARP en KRAUS vermelden niet, of er in hun geval dwangverschijnselen bestonden) zie ik de betrekkingen tot de psychasthenie nauwer, al is dit geval hiervoor niet geheel typisch. Haar karakter valt ook zeker niet geheel onder de cyclothymen; zij is veel te diepzinnig, zij is haar leeftijd wel drie jaar vooruit, wil graag consciëntieus leven. Opvallend in een gesprek met haar, is de neiging te analyseeren, haar zin voor het abstracte.

Wat haar brengt in de nabijheid van het psychasthene karakter is haar scrupulositeit, de neiging tot affectstuwingen bij een onaangename beleving. De depersonalisatie, de stoornis in de „fonction du réel” is eveneens niet eenvoudig uit een melancholischen toestand af te leiden.

Nu treden, terwijl de ziekte al meer dan een jaar bestaat, nieuwe symptomen op. Er doen zich toestanden voor, die gelijkenis vertoonen met die welke we bij schizofrenie

vinden, waarbij zij katalepsie vertoont, niet reageert op wat om haar voorvalt. Deze worden afgewisseld door buien van opwinding. Hoezeer er op gelijkend, uit de mededeelingen die patiënte later verschaft, blijkt, dat de genese een andere is, en speciaal terug te voeren is op de sterke *algemeene* stoornis in het persoonlijkheidsbewustzijn, „Wat het was, ik was mijzelf vreemd, mijn eigen lichaam,” m.a.w. zij weet het dus wel.

Door KRONFELD is er nadruk op gelegd, dat er naast depersonalisatieverschijnselen in den zin van OESTERREICH, in de schizofrenie veranderingen van het activiteitsbewustzijn voorkomen, die zuivere processymptomen zijn (proces in de beteekenis, die JASPERS aan dit woord geeft.)

De laatste stoornis onderscheidt zich van de eerste, doordat ze bij bepaalde handelingen en belevingen optreedt. Als voorbeeld noemt hij de uiting van een schizophreen: „Ich habe ja gar nicht geschrien, der Stimmnerv brüllt aus mir.” Terwijl de patiënt bij het spreken nooit een stoornis in het beleven er van, als van zich afkomstig heeft, treedt deze bij het maken van dit speciale geluid op. Dit is de subjectieve zijde van wat in de katatone „Sperrung” en andere psychisch-motorische anomalieën objectief tot uiting komt. Hier bestaat een stoornis in een bepaalde „Akt” die niet genetisch uit ander beleven herleidbaar is.

Er is een opheffing van de continuïteit van het beleven.

Het bewustzijn, dat aan elke beleving verbonden is, dat het „mijn” beleven is, dit juist ontbreekt in deze speciale „Akt.” Van dezen aard zijn de stoornissen in het activiteitsbewustzijn van onze patiënte niet, wij hebben in de kataplectische toestanden een algemeene stoornis, die vooral het gevoel van eigen lichamelijkeid betreft. De beelden, zoowel de op katatone stupor als opgewektheidstoestanden gelijkende,

zijn m.i. als reactie op het depersonalisatiegevoel op te vatten, evenals de depressieve uitingen dit zijn.

Hoe is het in dit geval met de hereditaire verhoudingen? In de familie van patiënte komen geen psychosen voor, scherp gemarkeerde karakters worden aan vaderszijde gevonden. Daar overwegen de starren en gevoelloozen; van den vader wordt gezegd, dat hij zijn werklui als machines behandelt (een persoonlijk samentreffen met hem bevestigt deze beschrijving). Hij behoort tot de „kühlen Herrennaturen und Egoisten“, die KRETSCHMER beschrijft: „unempfindlich gegen Gefahr, straff, kalt, zum Befehlen geboren... verstehen sich auf Kommando und bürokratisch straffen Dienstbetrieb, aber nicht auf individuelle Menschenbehandlung“. Grootvader en ooms van vaderszijde vertoonen deze eigenschappen in meer of minderen graad.

Aan den kant van de moeder overwegen de sensitieve naturen, die in hun vriendelijkheid een cyclothymen trek verraden, waarnaast een nerveuze overgevoeligheid bestaat, die hier niet geheel onder te brengen is.

Patiënte, volgens de beschrijving, wat karakter betreft op de moeder lijkend, vertoont een sterker schizothymen trek dan deze. Van belang lijkt het mij er op te wijzen, dat in de hereditaire verhoudingen het manisch depressieve element terugtreedt.

De diagnose schizofrenie, waar in de kliniek in het begin aan gedacht werd, lijkt mij door het verloop dus niet bevestigd. Wil men opmerken, dat patiënte ook bij het laatste onderzoek niet tot den ouden toestand is teruggekeerd, dan moet er op gewezen worden dat de neiging in die richting zeker bestaat; dat er bij vroeger vergeleken alleen een grootere labiliteit bestaat.

Is het dus van groot belang dit geval verder nauwkeurig

te vervolgen, uit het tot nu toe ons bekende, en wel vooral het voor ons „begrijpelijke” van haar affectieve houding, mag tot die diagnose schizofrenie niet besloten worden. Wanneer wij hier de nauwe relatie van dit ziektegeval tot de psychasthenie accentueeren, ontgaan ons niet de afwijkingen van de meest voorkomende vormen.

Bij de volgende patiënte kon ik het verloop der ziekte, mede door ziektegeschiedenissen, die mij van andere inrichtingen waar zij in behandeling was ten dienste stonden, over eenige jaren volgen.

I. In de ziektegeschiedenis uit de kliniek, waar zij 17 Jan. '22 opgenomen werd, treffen wij de volgende gegevens.

Pat. R. R., 22 j., v.

Zij geeft aan, tot haar 14e jaar gezond geweest te zijn; nadien kreeg zij hoofdpijnen, zoodat ze op advies van den medicus de H. B. S. (4e klas) verliet. Zij klaagt vooral over moeheid, last van congesties, hoofdpijn, krampen in het hoofd en trillingen overal in het lichaam. In het begin was ze zeer opgewonden en druk. Dit is niet zoo erg meer; toch heeft ze nog buien van prikkelbaarheid.

Patiënte schrijft haar ziekte toe aan overwerkt zijn. Zij is vroeger met hypnose behandeld. Dezen zomer is zij in betrekking geweest, kon het er door de drukte niet uithouden. Ze kwam thuis, maar raakte ook hier overspannen. Daarna begon zij op raad van den medicus een rustkuur. Bij somatisch onderzoek wordt gevonden een vergrootte schildklier; geen Basedow-verschijnselen; organisch neurologische afwijkingen worden verder niet gevonden.

Pat. schokt voortdurend, vooral met schouders en romp, telkens op dezelfde manier; vooral als de aandacht er op gevestigd wordt. Ze zegt het niet tegen te kunnen gaan. Soms zeer wisselende tremor van handen, armen en beenen.

Pat. zegt zeer naar rust te verlangen; ze is moeilijk in staat na te denken, zeer emotioneel, krijgt herhaaldelijk een kleur. Ze is wisselend, overgevoelig voor speldeprikken. Geen stygmata.

20—1—'22.

Pat. uit zich weinig over haar ziekte, ligt liefst alleen, heeft bij voorkeur geen bezoek, alles is haar te druk. De schokkende bewegingen zijn zeer wisselend; maken eenigszins den indruk van ticbewegingen.

28 — 1 — '22.

Pat. vertelt, dat ze soms telkens weer de handen moet wassen, (dwanghandelingen?). Overigens geen verschijnselen van dwang.

Er is weinig uit pat. te krijgen; ze klaagt wel dat ze moeilijk kan nadenken en zich uitdrukken en vreest soms dat haar hoofd in de war zal loopen.

1—2—'22.

Pat. gaat op verzoek van haar familie naar huis; zal verder rusten. Ontslagen met de diagnose hysterie (psychathenie?).

Zij wordt 5 Sept. '22 weer opgenomen. Haar vader vertelt, dat zij sinds haar ontslag vrijwel steeds in bed heeft gelegen. Zij zegt dat ze wegens moeieheid en stijfheid niet op kan staan. Van psychische traumata niets bekend, niet neerslachtig, altijd vrij opgeruimd. Ze is blij als er bezoek komt, maar klaagt na afloop over vermoeidheid. Toch zou ze goede belangstelling hebben. Soms zegt ze niet te kunnen drinken, dronk dan dagen tot weken niet. De slaap is goed, van angstdroomen werd niets gemerkt. Soms gilt pat. plotseling zonder reden. Ze is wonderlijk nu en dan in haar doen en laten, lacht vaak zonder reden. Met wasschen is zij zeer overdreven, gebruikt onnoodig veel water.

St. pr. Pat. maakt ongeveer denzelfden indruk als bij binnenkomst den vorigen keer. Ze uit haar klachten zeer moeilijk. Bij horten en stooten komt het er uit; telkens dwaalt ze af.

Herhaaldelijk geeft ze geen antwoord, ook op eenvoudige vragen; stelt zelf dikwijls vragen buiten het verband van het gesprek. Elke lichamelijke en geestelijke inspanning vermoeit haar, dikwijls voelt ze de vermoeidheid eerst later. Ze kan haar gedachten niet concentreeren. Ze reageert niet op de buitenwereld. Vraagt of haar reagens in haar onderbewustzijn is gezonken. Ze sprak over dergelijke dingen met den dokter die haar met hypnose behandelde. Ze begreep dien dokter niet, vraagt of zij misschien ziek is omdat ze dat niet begrijpt? Ze moet toch een oplossing vinden. Ze vraagt wat reagens is en

overspanning? Ze is toch overspannen? Ze moet toch weten wat dat is.

Soms is ze angstig. Waarvoor weet ze niet. Een tijd lang werd ze angstig als ze kant aan haar kleeën had. Ze vraagt of de angst zich op de kant heeft geprojecteerd? Ze begrijpt het zelf niet, maar zoo iets moet het zijn. Ze vraagt of Professor haar verder rust zal voorschrijven. Ze vreest dat ze weer iets doen moet en dat kan ze toch niet. Een tijd lang (misschien wel twee maanden) heeft ze alleen wat voedsel gebruikt. Drinken deed ze toen niet. Waarom weet ze eigenlijk niet. Omdat het haar vermoeide? Was het luiheid of angst? Ze weet het niet goed.

Zij is goed georiënteerd, de stemming is wisselend, neiging tot lachbuien, dan weer tot huilen. Beheerscht zich moeilijk. Haar aandacht kan ze moeilijk bij iets bepalen, geregelde gedachten-gang is niet mogelijk; zij dwaalt telkens af, kan haar gedachten moeilijk onder woorden brengen. Enkele gedachten komen telkens weer boven. Zij heeft een eigenaardige houding (scheef) bij het lopen.

7 — 9 — '22.

Houdt bedrust, toont weinig belangstelling, weigert bezoek, het vermoeit haar. Eet goed, slaapt goed. Vraagt wat haar scheelt; vraagt of dokter misschien denkt, dat ze bang is dat zij krankzinnig wordt. Kan niet verklaren hoe ze bij die gedachte komt.

9 — 9 — '22.

Doet een verhaal waaruit blijkt, dat ze eigenaardige, waarschijnlijk ongemotiveerde ideeën heeft betreffende een liefdes-historie en enkele sexueele kwesties.

12 — 9 — '22.

Wordt ontslagen. Zal thuis verder worden behandeld.

Diagnose: twijfelachtig, waarschijnlijk psychathenie. Enkele symptomen, speciaal het onsamenhangende in haar gedachten-gang, de ongemotiveerde losse ideeën, die pat. zelf ook niet nader kan verklaren, haar gebrek aan belangstelling, het zich niet kunnen uiten, doen vreezen voor een zich ontwikkelende dementia praecox.

3e opname. 8 — 5 — 23.

Aanvulling van vorige familie-anamnese.

Ze is op de H. B. S. geweest, was altijd nummer één van de klas, totdat in de 3e klas het studeeren haar zwaar begon te vallen. Ze werkte 's avonds laat en stond vroeg op. Ze is wel

overgegaan, maar had voortdurend hoofdpijn als ze thuis kwam. Zij is daarna eenigen tijd in betrekking geweest. Na een paar dagen liep ze hieruit weg en werd teruggevonden in een vischersplaatsje. Zij heeft vreemde dingen, wil niet naar buiten, niet uit bed; over het aankleeden doet ze wel 4 uur. Ze heeft 2 zusters en 1 broer, die gezond zijn, evenals de ouders. Zuster van den vader was zenuwziek, heeft zich gesuicideerd. Haar zuster, die pat. 1½ jaar verpleegde, vertelt dat ze steeds over hoofdpijn klaagt en vroeger ook over stijf worden. Over 't algemeen kan ze goed over alles oordeelen, ze heeft echter verbazend veel afwijkingen. Wanneer ze kleeven aantrekt, mag hierop geen wit draadje of pluisje zitten; ze kan uren borstelen om ze weg te krijgen. Alleen wit of blauw gekleurde kledingstukken wil zij dragen. Een pot met urine durft ze niet uit het nachtkastje te halen, uit angst vuil te worden bij aanraking. Bracht het dienstmeisje deze weg en kwam ze met haar schort tegen de deur, dan moest deze heelemaal afgezeept worden. Had iemand de deur aangeraakt en daarna haar bed, dan moest het heele bed verschoond worden. Deed haar zuster dit niet, dan raakte pat. zeer overstuur. Ze kan door dit alles niet als een normaal mensch leven.

St. Pr.: Patiënte is wat onrustig, plukt in het begin aan haar handen en schuifelt voortdurend met de voeten.

Zij ontwijkt in het begin alle vragen, die dieper ingaan op haar afwijking, antwoordt dan dikwijls met: „ik weet het niet”.

Zij is eerst assistente in de huishouding geweest, dit ging niet; mevrouw was akelig secuur. Daarna steeds thuis, uitgezonderd twee verblijven in de kliniek. Al dien tijd heeft zij in bed gelegen, had wisselende buien. Zoo at zij een tijd niet.

Ze had wel honger, maar was bang dat het eten vuil was en bovendien was het haar te veel inspanning.

Dan had zij een tijd, dat zij haast niet rechtop kon gaan, want dan sloeg zij dubbel. Steeds voelde zij zich zwak en moe en was niet in staat iets te doen.

Dan kon ze niet in een kamer zijn, waar iets niet precies recht stond; zij kon dan b.v. geen brief schrijven of zij raakte buiten zichzelf. Was vreeselijk bang dat iets vuil zou zijn; ook ten opzichte van zichzelf. Ze waschte haar gezicht veel of anders wreef ze het. Haar huid is daardoor geïrriteerd.

Haar zuster hielp pat. pas, als zij het niet langer uit kon houden. Zij huilde dan.

Het blijkt, dat ze vanmorgen om 4 uur is opgestaan en voor 8

uur klaar was met aankleeden. Ieder kleedingstuk wordt eerst bekeken of er ook vuil aanzit.

Zij is goed georiënteerd, is meestal opgeruimd gestemd.

16 — 5 — '23.

Heeft een brief aan haar zuster geschreven, waarin ze o.a. zegt, dat ze maar alles doet wat ze hier zeggen; maar als een pop met zich laat sollen.

22 — 5 — '23.

Pat. is op; maakte den eersten dag veel bezwaren, dat ze een gestreepte kleeding aan moest trekken, deed het ten slotte gewillig en vlug; 's middags speelde ze echter bij het aankleeden weer op.

11 — 6 — '23.

Zij is lastig en ongezeglijk; overal ziet zij pluizen. Ze zegt dat ze niet kan denken; slechts met de grootste moeite is zij tot bezigheid te krijgen.

25 — 6 — '23.

Pat. vindt dat zij hier veel zeker wordt, vindt dat zij geen dokter noodig heeft; ieder moet zijn eigen zenuwarts zijn.

Zij uit zich moeilijk, nu en dan krijgt men den indruk van een „Sperrung“.

2 — 7 — '23.

Pat. schijnt af en toe te hallucineeren, zondert zich gaarne af. Uit een onderzoek met haar vader komt voor den dag, dat zij betrekking gehad zou hebben tot een zenuwarts (?).

Als haar vader haar niet meeneemt, zegt ze met dien dokter te zullen gaan trouwen.

18 — 8 — '23.

Stemming wisselend. Zegt het eene oogenblik in den zevenden hemel te zijn, het andere huilt ze.

Op de eerste mededeeling, dat ze naar een sanatorium zal gaan, verzet ze zich, vindt het later weer prettig.

Om haar grilligheid, het plotseling niet kunnen denken, de abrupte wisselingen in houding tegenover de omgeving, de neiging zich af te zonderen, wordt de diagnose op schizofrenie gesteld, terwijl in het begin door de vele dwangverschijnselen aan psychasthenie gedacht werd.

Uit de aantekeningen over haar uit het Sanatorium, waar pat. sinds Juni '23 verpleegd wordt, neem ik het volgende over.

Aug. '23.

Pat. zondert zich veel af, zit altijd op een afstand van de anderen in het bosch.

Ze kijkt in het algemeen vriendelijk. Toen zij op zaal een brief kreeg, kauwde ze dien fijn; zegt dit gedaan te hebben, omdat zij niet wilde, dat een ander hem las.

Dec. '23.

Pat. heeft gezegd, liever hier te blijven.

Zij kan soms uren lang in eenzelfde houding zitten of staan, geeft als motief op, op deze wijze rust te krijgen.

Febr. '24.

Pat. heeft gevraagd of ze in het rustuur op mag blijven. Sta ik het niet toe, dan doet ze het toch tegen mijn zin. Zij kan niet zoo'n paar uur naar bed, zou wel een paar weken te bed kunnen blijven; maar als ze na een paar uur weer op moet staan, maakt het haar razend in 't hoofd; ze kan de menschen dan wel aanvliegen.

April '24.

Voor mij zou ze opschrijven wat ze altijd denkt en in haar ziekte doormaakt. Ze is er nog niet mee klaar, als ik haar maar niet haast, komt het wel eens af; anders nooit.

Sept. '24.

Pat. wascht zich veel; op de vraag waarom ze dit doet zegt ze: „U vindt het misschien heel raar, maar dat maakt mij kalm.” Pat. eet zeer gulzig, dikwijls ook de bladeren van de boomen; ze zegt dat dit een drang in haar is. Kan niet anders; weet wel dat het niet moet.

Nov. '24.

De laatste weken heeft pat. dagen waarop ze nogal huilt, soms heel hard, zegt niet waarom; onttrekt zich veel aan het gezelschap van anderen, staat dikwijls enkele uren in dezelfde houding.

6—2—'25.

De laatste weken heeft pat. ook lachbuien of zingt op een opgewonden manier; enkele dagen last van hoofdpijn.

18—2—'25.

Stemming is minder wisselend. Pat. heeft meestal een opgewekte gelaatsuitdrukking. Spreekt weinig uit zich-

zelf, doch geeft gewoonlijk een goed antwoord op vragen, dikwijls zelfs zeer snedig. Tot eenige werkzaamheid van beteekenis komt zij niet; doet alleen het allernoodigste aan haar kleeding. Loopt liefst met haar oudste goed. Moet pat. nieuw bovengoed hebben, dan wil zij nooit anders dan donkerblauw hebben en zoekt altijd precies van dezelfde stof te krijgen (geeft er geen oorzaak voor op).

De rapporten over haar gedurende dezen tijd melden, dat zij eigenaardig is en wantrouwend, voortdurend hetzelfde vertelt en vraagt.

Pat. is bang dat haar brieven verscheurd en gelezen worden. Kauwt een brief fijn en spuwt 't weer uit. Zij spreekt over een zenuwarts in Indië met wien zij verloofd is geweest. Pat. kan tijden voor zich uitstaren, loopt bij gemeenschappelijke wandeling een meter of 10 alleen achteraan. Zij wast zich bij buien zeer veel; kan op een willekeurige plaats uren onbeweeglijk staan, soms verscholen in een hoekje. Nu en dan staat pat. ook druk te redeneeren, alleen op het grasveld. Zij is 's nachts wel angstig, zag eens een vrouw boven haar bed staan met een mes, om haar dood te maken; zij zei wel te weten dat het niet zoo was.

Pat. heeft soms een onverzadigbaren honger, eet alles direct op wat meegebracht wordt. Zij lacht soms onbedaarlijk om nietigheden, huilt dan weer zonder dat er iets bijzonders voorvalt.

Bij een bezoek aan het Sanatorium, den 14en Maart, vind ik den indruk, uit bovenstaande inlichtingen verkregen, geheel bevestigd.

Zij zit geheel alleen, ergens half verscholen voor zich uit te kijken; antwoordt met een conventioneel lachje ontwijkend op de vragen, die haar gedaan worden.

Maart '25.

Een broer van pat. komt op mijn verzoek en vertelt, dat voor het optreden van de verschijnselen in haar H.B.S.-tijd aan pat. nooit veel bijzonders is gemerkt.

Ze ging met haar school-vriendinnetjes op normale wijze om, was vriendelijk, niet bijzonder angstig, buitengewoon ordelijk en stipt; zeer intelligent.

Vader van pat. was flink, energiek, kortaf, driftig, prikkelbaar, uiterst stipt in zijn werk.

Moeder is zacht, stil, laat alles aan anderen over, niet prikkelbaar. Een zuster is overgevoelig, klaagt over allerlei zonderlinge sensaties in het hoofd; het andere zusje is koppig, vasthoudend.

Zuster van den vader: zenuwziek geweest, was zonderling; verdronk zich zonder dat men de reden wist.

Neef van vaderszijde: altijd zonderling, nu eens stil, dan plotseling druk, raakte in de war, wordt sinds 11½ jaar in een krankzinnigengesticht verpleegd.

Van grootouders niet veel bekend; die van moederszijde waren neef en nicht.

Zuster van de moeder: een „koebeest“, gevoelloos, egoïstisch, gierig. —

Broer geeft aan, dat pat. een duidelijke verandering heeft ondergaan. Ze is conservatief geworden; nieuwe kleeën wil ze niet dragen of ze moeten hetzelfde zijn als de oude. Ze praat over abstracte dingen, wil tot de natuur terugkeeren.

Deze patiënte zien we in haar schooltijd langzamerhand van karakter veranderen.

Voor dezen tijd viel zij niet op door van het normale afwijkende verschijnselen.

Als een eigenschap, die later in haar ziekte duidelijker naar voren komt, wordt in dezen tijd reeds opgemerkt, die van buitengewoon ordelijk en stipt zijn.

De verandering begint met klachten over hoofdpijn. Het werk dat eerst goed ging, lukt niet meer. Ze voelt zich altijd moe. In dezen tijd komen verschillende dwangverschijnselen voor den dag. Bij eerste observatie in begin '22 zijn deze niet opvallend. Het vele handenwasschen is het eenige dat aan psychasthenie herinnert: misschien wijzen schokkende bewegingen, die aan tics doen denken in dezelfde richting.

Reeds in dezen tijd blijkt het, hoe weinig toegankelijk patiënte is. Ongeveer 8 maanden later zijn de verschijnselen duidelijker. Zij gilt en lacht soms zonder naspeurbaren reden, vertellen haar familieleden. Die wonderlijke dingen worden bij observatie nog duidelijker. Zij uit zich ook over haar dwangverschijnselen; zij werd angstig als ze kant aan haar

kleeren droeg. De diagnose blijft twijfelachtig, misschien psychasthenie?

Er zijn echter ook verschijnselen, die de verdenking doen ontstaan op een zich ontwikkelende dementia praecox. De derde maal krijgen wij inlichtingen waaruit en het bizarre in haar optreden en de overvloed van dwangverschijnselen ten duidelijkste blijken. Daar is de vrees zich te bevuilden, die tot allerlei consequenties, een reeks beschuttingsmaatregelen, voert. Een pluisje mag niet aan haar kleeren zitten; kleedingstukken die zij draagt moeten van witte of blauwe kleur zijn. Wordt aan al deze dingen niet voldaan, dan wordt zij onrustig. Ofschoon zij zich niet duidelijk over deze verschijnselen uitlaat, blijken ze toch het kenmerk van dwang te bezitten. Het zijn vooral de phobieën en dwanghandelingen, waaronder de waschdwang, die opvallen. Door de geringe toegankelijkheid van patiënte komen we weinig van het dwangdenken te weten. Tenslotte is ook na observatie in de kliniek het 't waarschijnlijkst dat we hier een schizofrenie voor ons hebben. In deze richting wijzen vooral haar neiging tot afzondering en het ongemotiveerde in haar optreden. Deze overtuiging wordt versterkt door de mededeelingen uit het sanatorium waarin zij verpleegd wordt. Men krijgt den indruk van een schizophreen geval, waarin langen tijd het toestandsbeeld door dwangverschijnselen beheerscht wordt.

De schizophrene uitingen zijn in ons geval het autisme, de denkstoornissen, de grilligheid en het abrupte in haar handelen en affectleven. Er is verder duidelijke progressie in de ziekte waar te nemen. Dat er nog opmerkingen voor den dag komen die zeer ad rem zijn, dat er bij vele gelegenheden een adaequaat affect voor den dag komt, bij het in het algemeen niet invoelbare van haar optreden, is zelfs

typisch voor de zieke lijdende aan deze stoornis. Wanneer men dergelijke gevallen in hun beginstadium te zien krijgt, wordt de opvatting van BLEULER, die een nauw verband ziet tusschen dwangneurose en schizofrenie, verklaarbaar. Ook BUMKE wijst er op, dat in bepaalde dwangneurosen vele betrekkingen tot de schizofrenie bestaan, die er op wijzen dat men hier abortieve vormen van deze ziekte voor zich heeft.

Schizofrenen, schizoïden en schizothyme karakters blijken in de familie veel voor te komen, daarentegen geven de inlichtingen niet aan, of zich dwangvoorstellingen bij haar familieleden voordoen. Ook in de beschrijving van de praepsychotische persoonlijkheid zijn de psychasthene trekken niet zeer duidelijk; een groote stiptheid en nauwkeurigheid was echter altijd opvallend. Wat bij herhaalde navraag wel telkens naar voren komt is de totale verandering die zij heeft ondergaan: de belangstelling voor de omgeving is zeer afgenomen, de zin voor het abstracte nam toe, zegt een der goed waarnemende familieleden. De verandering is zeer geleidelijk verder gegaan: dementieverschijnselen zijn niet aanwezig. Toch is het zonder meer duidelijk dat hier een procespsychose haar intree deed; waarbij deze opvatting mogelijk is, dat het beginnend proces een toestandsbeeld schiep, gelijkend op dat bij psychasthenie; of het hier in de dwangverschijnselen alleen om het manifest worden van latente eigenschappen gaat, of dat onder invloed van het proces zich andere eigenschappen vormen waardoor de dwang ontstaat, is in dit geval niet met zekerheid uit te maken.

Naast bovenstaande gevallen staan mij meerdere ten dienste, die in verband met de vraagstelling de gezichtspunten, in het voorgaande gegeven, bevestigen.

Van belang is nog te noemen een geval, dat hier niet

uitvoeriger meegedeeld kon worden, van een patiënt die duidelijk cyclothyme schommelingen vertoonde.

Hij beging in zijn manische periode meerdere homosexuele delicten, waarvoor hij slechts met moeite buiten de gevangenis kon worden gehouden.

In de meer depressieve phase werd hij gekweld door verschillende dwangvoorstellingen, b.v. deze: hij moest zich voorstellen in sexueele betrekking te staan tot Jezus, soms tot zijn moeder. Hij vertoonde in den depressieven toestand, waaruit ik hem ken, duidelijk eigenschappen van het „caractère scrupulo-inquiet”: hyper-nauwkeurig, angstig, besluiteloos.

In zijn meer manische phase was hij ongeremd, ondernemend, maakte zwerftochten.

Tegenover dergelijke gevallen staat men, wil men ze in een der klinische vakjes onderbrengen, voor een wel moeilijk vraagstuk.

Etiquetteeren zegt in dergelijke gevallen niets: Psychopathie is een zeer vage omgrenzing; het stellen van de diagnose manisch-depressieve psychose zonder meer zou alle psychopathologisch gebeuren nivelleeren.

Tenslotte is hier heel duidelijk een stoornis in de sexueele sfeer, zoowel quantitatief als qualitatief; men ontkomt hier niet aan den indruk, dat de inhoud van genoemde dwangvoorstellingen hiermee samenhangt.

Twee gevallen van psychasthenie, beide mannelijke patiënten betreffend, bevestigen nog voornamelijk punten in KRETSCHMER's opvattingen. Beide van het caractère scrupulo-inquiet, beide met een hyper-sexueele ontwikkeling: de masturbatie werd bij hen tot een dwang.

De een kreeg in aansluiting hieraan de gedachte, anderen er door ziek te maken; hij moest steeds de verzekering vragen dat het niet zoo was.

De ander vertoonde een hardnekkige wasch- en reinigingsdwang, bacterievrees; ook hier werd door den patiënt verband aangegeven met masturbatie.

Tenslotte nog het geval even aangestipt van een patiënt, die eenige weken nadat zijn dochter in de kliniek is opgenomen (de waarschijnlijkheidsdiagnose is schizofrenie) in poliklinische behandeling komt met duidelijke dwangverschijnselen; onder het bidden komt plotseling de gedachte in hem op: „hij kan de pest krijgen”; die gedachten maken hem angstig. Hij is in een zeer depressieve stemming, ook als de gedachten even weg zijn; is dan nl. bang dat zij op zullen treden; hij leeft in een toestand door Duitsche auteurs als „ängstliche Erwartung” aangegeven.

De dwangvoorstellingen zijn gekomen eenige dagen, nadat de dochter vreemd was geworden. Hij had zich de ziekte van zijn dochter wel zeer aangetrokken, een verband hiervan met deze gedachten ziet hij echter niet.

Hij wordt beschreven als stil, gesloten, tobberig, dikwijls prikkelbaar, zeer nauwgezet.

De schizothyme component in dit karakter, dat overigens de sensitieve eigenschappen heeft, is opvallend.

De moeder van dezen patiënt werd op gevorderden leeftijd zenuwziek; zij werd neerslachtig, vreemd: „alles is van marmer” zei ze voortdurend.

Bij den patiënt, bij wien de diagnose psychasthenie gesteld moest worden, komt wel zeer naar voren hoe belangrijk zijn constitutie van de manisch-depressieve afwijkt.

HOOFDSTUK IV

Beschouwingen en conclusies.

Naar aanleiding van de in het vorige hoofdstuk beschreven en besproken gevallen, zal nu gepoogd worden de plaats der psychasthenische verschijnselen in de psychisch-abnorme toestanden waarin zij optreden, te bepalen. Vooral de verhouding tot de manisch-depressieve psychose zal in deze bespreking onder de oogen gezien worden; onvermijdelijk zullen we bij het trekken van grenslijnen ons dan eveneens wenden tot de psychose, samenhangend met de andere groote constitutie-groep: de schizofrenie.

In de voorgaande gevallen, de in het kort vermelde er buiten gelaten, werd de diagnose eenmaal gesteld op manisch-depressieve psychose; eenmaal op schizofrenie, terwijl de overige gevallen tot de psychasthenie werden gerekend, al waren onder deze laatste ook meer gecompliceerde beelden. Onmiddellijk moet hierbij dan ook worden opgemerkt, dat deze diagnoses niet anders willen zijn dan algemeene oriënteeringen, om het meest specifieke van de ziektegevallen te doen uitkomen; over nadere bijzonderheden geven zij in het geheel geen inlichtingen.

Voorloopig is het echter de bedoeling, verschillen te doen uitkomen; overeenkomsten, verband en samengaan van verschijnselen, behoorende tot verschillende klinische „ziekte-beelden”, zal men in het bijzondere geval vaak aantreffen.

Bij alle patiënten ontwikkelden zich dwangsymptomen;

deze zijn in verschillende mate aanwezig; zij beheerschen bij de meeste het beeld, in eenige gevallen treden zij tijdelijk voor andere verschijnselen terug. Zij zijn, afgezien van intensiteitsschommelingen, bij sommige voortdurend aanwezig, bij andere valt een min of meer periodisch verloop op.

In alle gevallen — in dat waarbij de diagnose schizofrenie gesteld werd, het minst evident — vinden wij een overeenkomst in het karakter.

Het zijn allen, de een duidelijker dan de ander, gevoelige, scrupuleuze menschen, met op den voorgrond tredende zachtheid; ze zijn vaak van religieuzen aanleg. Onaangename indrukken zetten zich zeer vast in hen, zij kunnen slechts moeilijk over pijnlijke gedachten heen komen. Het zijn onzekere, twijfelende, besluitelooze naturen, menschen van groote gevoeligheid, die in staat zijn tot goede analyses en zelfbeschrijvingen en een fijn onderscheidingsvermogen hebben. Daar enkele pijnlijke voorstellingen hun aandacht gevangen houden, zij er zich tot het uiterste mee kwellen, staan zij niet vrij, receptief tegenover de prikkels, die van buiten tot hen komen.

Naast deze overwegend asthenische eigenschappen treft in wisselenden graad een tegengesteld gerichte tendens. Min of meer apert is een sthenische component: zij zijn eerezuchtig, willen uitblinken; in hun fantasieën zien zij zich machtig.

Deze sensitieven hebben eigenschappen, waardoor zij niet geheel onder de cyclothyme constitutie vallen. De nerveuze overgevoeligheid die hun eigen is, vindt men bij de schizothymen.

Deze constitutie-legeering, zooals KRETSCHMER het noemt, wijst er tevens op, hoe in bepaalde ziektegevallen nadering tot het eene of het andere uiterste mogelijk zijn zal.

Bij velen werd een hyper-sexueelen aanleg gevonden, zich uitend in vroeg optredende overmatige masturbatie.

De perverse neiging in sadistischen en masochistischen zin, in navolging van FREUD, door KRETSCHMER, STROHMAYER, e. a. op den voorgrond geplaatst, kwam slechts in een enkel geval, zonder specifiek psycho-analytische interpretatie, voor den dag. Er moet echter mee rekening worden gehouden, dat bij deze hyper-sexueel aangelegden de grenzen van wat normaal genoemd kon worden en wat perversiteit, niet scherp zijn. STROHMAYER o.a. uit zich in dezen zin „Von der stürmischen Besitzergreifung zum Sadismus sind die Uebergänge ebenso gleitend, wie von der liebenden Hingabe zum Masochismus.”

Dat steeds de beide typen van dwangvoorstellingen, die men ook in de voorgaande gevallen ontmoet: de wensch anderen te benadeelen of te dooden, en die met zelfkwellenden inhoud op dergelijke perversiteiten zonder meer terug te voeren zijn, blijft onbewezen; een interpretatie in dezen zin is vaak een uiting van de bepaalde instelling van den onderzoeker. Voor eenige gevallen, waar de patiënt spontaan den samenhang voor den dag brengt, kan een dergelijk verband niet ontkend worden.

Dit, wat betreft de karakterologie.

De depressie, die vrij constant het optreden der dwangvoorstellingen vergezelt, wordt door velen als een belangrijke overeenkomst met de melancholie opgevat.

In het begin van een melancholie vinden wij in het algemeen een stoornis in de door SCHELER onderscheiden vitale gevoelens en een geremdheid.

Hoe is het ten opzichte hiervan in de gevallen, waar wij psychasthenie diagnosticeerden? Van een algemeene geremdheid bleek in geen der gevallen iets. De somatisch-vegetatieve verschijnselen, die VAN VALKENBURG beschrijft in het begin bij eenige gevallen, bleken bij de acuut opgetreden toestanden,

waarbij een onderzoek hiernaar vooral beteekenis had, niet duidelijk; des te meer in het verloop. Werd nervositeit en slapeloosheid, voorafgaande aan den dwang, aangegeven, dan bestonden vaak oorzakelijke momenten.

Dat verder in de litteratuur vaak een depressie in het begin wordt vermeld is verklaarbaar, doordat deze patiënten met hun nerveuze overgevoeligheid tot depressieve gevoelens en angst neigen, zoo gauw zich een moeilijkheid voordoet: het zegt echter niet dat we een beginnende melancholie voor ons hebben.

In een der acuut inzettende gevallen werd aangegeven dat de dwanggedachte plotseling optrad; de verdere symptomen sloten zich hierbij aan.

In een ander geval ging een zorgwekkende omstandigheid vooraf, terwijl ook bij de meer chronisch verloopende aandoeningen verband met emotioneele factoren kon worden aangetoond, waarbij echter geen sprake was van een algemeene primaire depressie. Zeker stonden de voorafgaande verschijnselen tot de heftigheid van den toestand, die met het optreden der dwangsymptomen begon, in geen begrijpelijke verhouding; geheel anders was dit in het geval dat tot de manisch-depressieve psychose gerekend werd, waarin voorbijgaand phobieën optraden.

Zooals in enkele ziektegeschiedenissen kon aangetoond worden, concentreerden de verdere depressieve verschijnselen zich om de dwanggedachte, die hier ook wat inhoud betreft, hen moest verschrikken. In den angst, die algemeen als reactie op dwangverschijnselen gezien wordt, zien wij de critiek teloor gaan en de inhoud van de gedachte wordt aanleiding tot het optreden van zelfbeschuldigingen.

Deze genese is een andere dan bij de melancholie, waar

de waandenkbeelden, die hier meer constant zijn, het primaire, algemeene, vitale depressie-gevoel moeten verklaren. In de depressieve verschijnselen, zich aansluitend aan de dwangvoorstellingen, komt dus een sterk reactief moment tot uiting, afhankelijk van den inhoud van deze voorstellingen.

Dat men bij deze patiënten vaak moeilijk onderscheiden kan de verhouding van hun gevoelsstoornis tot de door SCHELER onderscheiden niveau's, welke onderscheiding zeker beteekenis heeft, ligt wel hieraan, dat ook bij een primaire aandoening der psychische gevoelens, door hun eigenaardige psychische structuur onmiddellijk een irradiatie plaats heeft op de gevoelens, die als vitale onderscheiden worden en een stoornis in deze tenslotte vaak overheerscht. De toestand van angst is dan algemeen; de dwang gaat hierachter schuil.

De symptomatische overeenkomst in het heftige angstaffect met de geagiteerde vormen van melancholie is opvallend, zooals SOMMER reeds opmerkte; een analyse in rustiger toestanden doet ons het bovengenoemde vinden.

Dwang en depressiegevoel zijn bij onze patiënten onverbrekkelijk verbonden; de dwang is echter niet zonder meer uit dit laatste te verklaren; evenmin is, al aanvaardt men een depressieven toestand als eenigen factor, daarmee de onmiddellijke relatie speciaal tot de melancholie gegeven, daar wij toch depressieve affecten van verschillenden aard kennen.

Men kan in den dwang een bepaald reactie-type zien: het mechanisme dat wij hierbij aantreffen behoeft slechts in gang te worden gezet; dit kan gebeuren door factoren van verschillenden aard. Wij zagen in dezen zin werken naast psychische momenten: uitputtingstoestanden, intrede van het climacterium; in bepaalde gevallen drong zich de invloed van een onbekenden endogenen factor op.

Volgens deze zienswijze is ook verklaarbaar, dat in het geval van melancholie, dat in haar ontstaan een typisch vitale depressie bleek te zijn, dwangverschijnselen tot ontwikkeling kwamen, was toch het „caractère scrupulo-inquiet” ook buiten de depressie duidelijk aanwezig.

Dat echte dwangverschijnselen in een depressie voorkomen, zonder dat de neiging hiertoe buiten de psychose bestaat of sensitieve karaktereigenschappen aanwezig waren, wordt in de litteratuur vermeld o.a door HEILBRONNER; men zou dan moeten aannemen, zooals HOFFMANN doet, dat in de psychose voorbijgaand de eigenschappen zich voordoen, overeenkomend met die, welke men in de gevallen van psychasthenie habitueel vindt.

Vóór men tot deze verklaring zijn toevlucht heeft te nemen, zal een nauwkeurige anamnese moeten worden opgenomen; deze toont bij de hier gepubliceerde en nog vele andere onderzochte gevallen meer of minder uitgesproken de aanwezigheid van genoemde karaktereigenschappen.

VAN VALKENBURG acht ook bij de melancholie, de grondstoornis de verschuiving van het individualiteitsgevoel; de depressie zou niet alles kunnen verklaren.

De uitbreiding die hij aan de depersonalisatie geeft, die toch een stoornis in het ik onderstelt, door er ook in een eenvoudige melancholie van te spreken, heeft voor een juiste onderscheiding bezwaren. De patiënt voelt zich lusteloos, is gedrukt, voelt zich anders dan vroeger, dit verschilt echter van een verandering van het ik.

De z.g. melancholia anaesthetica, waarbij echte depersonalisatieverschijnselen optreden, is niet slechts in graad verschillend van de melancholie, maar vertoont in wezen andere eigenschappen, afleidbaar uit de grondstoornis, die JANET

bij de psychasthenie vond, waarbij wij in lichter graad deze verschijnselen vaak zien. Ook het voorkomen van dwangverschijnselen zooals in het geval, in het voorgaande beschreven, dat weer in andere opzichten van de gewone vormen van psychasthenie afwijkt, wijst in de richting van het verband.

Tenslotte staat ook voor VAN VALKENBURG depersonalisatie tot psychasthenie in nauwer relatie dan tot de melancholie. Van psychasthenie spreekt hij zelfs als van de depersonalisatie-psychose.

Het hier besprokene raakt alleen de verhouding van de psychasthenie tot de melancholie aan: zooals vroeger besproken is, komen depersonalisatieverschijnselen in het verloop der schizofrenie veelvuldig voor; sommige zijn hierin volgens KRONFELD echte processymptomen.

Een andere vraag die onder de oogen gezien moet worden, is die betreffende de periodiciteit. In eenige gevallen bleek duidelijk dit periodisch verloop. In aansluiting aan PAILHAS, die periodiciteit niet als specifiek voor een bepaalde ziekteform ziet, maar ze als een algemeene biologische wet herkent, een opvatting die door JASPERS en BUMKE gedeeld wordt, meen ik dat „periodiciteit” in de psychiatrie meer omvat dan „manisch-depressief”. Dit eerste als differentieel-diagnosticum van de manisch-depressieve psychose tegenover de psychasthenie te gebruiken, is onjuist. Dat in het interval bij de laatste de neiging tot dwangvoorstellingen aanwezig is, verschilt niet belangrijk van hetgeen in den „gezonden” tijd van den manisch-depressieve te vinden is, waarin de cyclothyme constitutie vaak duidelijk blijkt. Een afwisseling van manische en melancholische perioden wijst zeker meer op dit laatste, al moet men ook hierin voorzichtig zijn. JELGERSMA spreekt van de manisch-depressieve psychose als de oerpsychose,

waarmee hij uitdrukt, dat opeenvolging van de tegengestelde stemmingen tot op zekere hoogte in alle psychisch leven tot uiting komt.

De verschillen die we hier boven geaccentueerd hebben, doen niets af aan het feit, dat in bepaalde psychosen elementen van beide naast elkaar voorkomen, zooals in een der hier beschreven gevallen zeer duidelijk is. Zoo kan men ook hysterische en paranoïde verschijnselen vinden in een ziektegeval, dat een overwegend psychasthenisch karakter draagt.

Beschouwt men de psychasthenische verschijnselen als gelocaliseerd melancholische, zooals JELGERSMA doet, dan moet men zich wel bewust zijn, dat hier het grondsymptoom der melancholie, par excellence, het algemeene van de stoornis, door het woord „gelocaliseerd” in dezelfde uitdrukking onmiddellijk wordt tegengesproken.

Uit een melancholischen toestand nu, is onze meening, kan zonder meer het optreden van dwangverschijnselen niet verklaard worden. De psychasthenische stoornis waaruit zij voortkomen, uit zich in het affectieve leven, zoowel als in het associatieve; een meening die overeenkomt met hetgeen ook KRETSCHMER aanneemt. De betrekking tot de manisch-depressieve psychose betreft vooral de melancholische periode van deze.

Het is niet te ontkennen, dat een manische component dikwijls niet afwezig is, zoo men die wil zien in de levendige mimiek, de spraakzaamheid; voor de verklaring van het ontstaan van dwangvoorstellingen komen wij met een gemengd manisch-depressieven toestand alleen niet uit. Depressie, die het optreden van negatief getinte voorstellingen doet plaats vinden, en een manische component die de associatieve verbindingen begunstigt, voeren zelf niet tot dwang.

De critiek van BECK op de opvatting, waarbij overgang

van psychasthenische verschijnselen in manische gezien wordt in de toornige stemming, die gepaard gaat met psychasthenische gedachtenvlucht, en die den psychasthenicus als in één richting manisch beschouwt, is m. i. terecht; het karakteristieke van gedachtenvlucht toch is, dat hier *niet* in één richting gedacht wordt.

Wat mogelijk is en ook in eenige gevallen van STÖCKER aannemelijk wordt, is dat bij voorkeur een manisch-depressieve mengtoestand bij een patiënt met het „caractère scrupulo-inquiet”, dwangverschijnselen te voorschijn roept; zonder deze praedispositie komen wij er niet.

De verhouding van de psychasthenie tot de schizofrenie, die vooral naar aanleiding van het laatste geval onder de oogen gezien moet worden, is wezenlijk anders. In de schizofrenie heeft men voor zich een procespsychose, een term die uitdrukt dat in de persoonlijkheid iets blijvend, principieel verandert.

Het voorkomen van dwang, die aan onze criteria beantwoordt, vindt men daar alleen, waar de overige persoonlijkheid nog in staat is zich in zijn geheel tegenover de voorstelling te plaatsen; in een diepgaande schizophrene stoornis wordt aan deze voorwaarde niet meer voldaan. In het begin van de schizofrenie bij onze laatste patiënte wordt het beeld beheerscht door verschijnselen, die aan de kenmerken van dwang voldoen, terwijl door het langzame verloop het dwangkarakter lang behouden blijft.

De eigenschappen van het „caractère scrupulo-inquiet” worden alleen voorzoover het haar buitengewone stiptheid betreft aangegeven; van neiging tot dwangverschijnselen bleek niets uit de anamnese. Met het inzettende proces komt deze voor den dag. Het meest ligt voor de hand aan te nemen,

dat de karaktereigenschappen, hoewel misschien latent, aanwezig waren en de dwang, die in het begin der psychose duidelijk op den voorgrond treedt, daarvan een uiting is.

Een andere mogelijkheid zou zijn, dat door de verandering die het karakter onder invloed van de psychose ondergaat, de neiging tot dwang zich vormt. Welke verklaringswijzen ook als juist aanneemt, zooals uit de beschrijving van het praepsychotisch karakter te concluderen is: een cyclothyme component is hierin niet afwezig.

Met het voortschrijden der psychose zien we door het optreden van allerlei typisch schizophrene verschijnselen den dwang meer op den achtergrond raken. Door de geringe toegankelijkheid van de patiënte krijgen wij nu ook weinig gegevens of het gevoel van dwang nog steeds bestaat.

In welke richting wijzen nu de hereditaire verhoudingen? In de gevallen waarin eenigszins duidelijke en uitvoerige gegevens bekend werden, blijkt het voorkomen van sensitieve karakters. Ook werden dwangvoorstellingen en phobieën aangetroffen bij bloedverwanten.

Verder bleken niet alleen lijders aan manisch-depressieve psychose, maar ook sterk aan schizofrenie herinnerende psychosen onder de verwanten voor te komen.

Eveneens waren de twee groote constitutiegroepen: die van de cyclothymen en de schizothymen, in hun uitgesproken karakter vertegenwoordigd; de eersten met hun natuurlijke adaequate reactie, hun openheid, met een stemming die wisselt tusschen vroolijk en gedrukt, en de schizothymen, die of ongevoelig of overgevoelig zijn (soms zelfs met een gecombineerde tendens), meest teruggetrokken, gesloten, steeds van gecompliceerde natuur.

Over de nadere hereditaire bijzonderheden, met het oog op

de voor dat doel te geringe gegevens, verder niet ingaand, kunnen wij wel zeggen dat de verhouding van de psychasthenie tot beide constitutietypen ook langs dezen weg het vraagstuk benaderend, zich opdringt.

Uit het bovenstaande meen ik dus te mogen concludeeren, dat in de cyclothym-schizothyme constitutie der psychastenen de oorzaak gelegen is, dat een bepaald geval of gelijkenis vertoont met de manisch-depressieve of met de schizophrene stoornis, door trekken die naast de typisch psychasthenische verschijnselen zich voordoen. Men treft toch ook bij de gepubliceerde gevallen, die waarbij het cyclothyme element en die waarbij het schizothyme overweegt.

Omgekeerd kunnen in een melancholie, in een beginnende schizofrenie, of welke andere psychose ook, wanneer bovengenoemde karaktereigenschappen aanwezig waren, zich dwangverschijnselen voordoen.

Het blijkt dus, dat wij met de gestelde diagnosen, het meest typische, de heerschende strekking van de stoornis uit het geval grijpen.

HOCHE heeft reeds meer dan tien jaar geleden KRAEPELIN's gedachte, de mogelijkheid van het vinden van ziekte-eenheden, aan een critiek onderworpen. Voor de functioneele psychosen vooral is een dergelijke afgrenzing onmogelijk. Wat wij vinden zijn bepaalde regelmatig terugkeerende symptoomcomplexen, die hij eenheden der tweede orde noemt. Het maakt op hem den indruk dat bij een groot aantal, misschien bij alle psychische stoornissen, symptoomkoppelingen losgemaakt worden, die reeds paraat liggen.

KRETSCHMER bestrijdt HOCHE's pessimisme, dat we ziektevormen niet meer kennen, al geeft hij toe dat de ziekte-eenheid een fictie is. We hebben een „Schichtdiagnose” te maken.

De eene richting, de constitutieleer, benadert het geval van de endogene zijde, ziet de vaste verhouding: hersenen en ziel; de karakterleer ziet dezelfde individualiteit als object van zuiver psychische prikkelwerkingen. Deze endogene en psychogene ziektebeelden liggen niet naast elkaar, maar laagsgewijs. De differentieeldiagnose tusschen twee typen van eenzelfde laag alleen is geoorloofd, niet tusschen die van verschillende niveau's. Zoo kan men „mehrdimensional” spreken van een constitutioneele depressie met neiging tot dwangreactie, wanneer men eigenschappen van endogene depressie gecompliceerd ziet door dwangvoorstellingen.

Tot dergelijke gedachten komt BIRNBAUM in zijn structuuranalyse. De verschijnselen als uiting van pathogenetische factoren, die hij van de pathoplastische scheidt, doen het wezenlijke ziekteproces dat met gelijksoortige te vergelijken is, herkennen. Hij wijst er echter op, dat hij met deze methode tegenover een reeks gevallen met dezelfde hulpeloosheid staat als vroeger.

Men heeft ook in de psychasthenie steeds te doen, naast het reactieve moment, met den invloed van den endogenen factor.

KRETSCHMER, die eerst het reactieve in het optreden van den dwang vooropstelt, schrijft in een opstel naar aanleiding van de critiek van KAHN op zijn „sensitive Beziehungswahn”, dat men niet zeggen kan: „Wir haben schlechthin eine endogene oder schlechthin eine psychogene Krankheit vor uns. Sondern: in diesem einzelnen Krankheitsbild überwiegt der endogene oder der psychogene Faktor.”

Trouwens, dat er begrijpelijke relaties bestaan, sluit den biologisch-causalen samenhang niet uit. KRETSCHMER wijst op JASPER'S opvatting, die geheel in deze richting is: „Verstehen und Erklären stellen zwar ganz verschiedene Wege des Erkennens dar. Aber sie sind darum nicht ohne

Beziehungen zu einander. Die Kausalität hat nirgends Grenzen, sie hört nirgends auf; gegenüber den kausalen Zusammenhängen bedeuten die verständlichen Zusammenhänge einfach ein Plus, das nicht etwa das kausale Denken, das Erklären irgendwo unterbinden darf."

Een uiting van den biologischen factor heeft men b.v. in het phasisch verloop; wij zagen toch gevallen waarin het reactieve moment, het optreden van een periode van dwangverschijnselen, niet voldoende kan verklaren.

In den aard en sterkte van den endogenen factor ligt m.i. de oorzaak, dat van psychische therapie vaak weinig afdoende resultaten gezien worden en verder soms zonder bepaalde beïnvloeding de verschijnselen afnemen.

De niet blijkende resultaten van hun therapie toe te schrijven aan het feit, dat de patiënt zich ontijdig aan de behandeling onttrekt, zooals met STEKEL meerdere analytici die bovengenoemden factor systematisch buiten beschouwing laten, doen, is den zoeten waan verkiezen boven een niet aan een theorie beantwoordende werkelijkheid. Evenzoo kan niet steeds het al of niet verbeteren een maatstaf zijn voor de beoordeeling van de juistheid van een bepaalde therapie.

Voor de opvatting van de neurose, dus wanneer wij uitsluitend de psychogene zijde zien, zijn, naast die van FREUD, nog de inzichten van ADLER en JUNG belangrijk.

ADLER stelt voorop de neurotische doelstelling, die hij ziet in de „Wille zur Macht"; alles, ook de sexualiteit, staat in dienst van dit streven. Zijn nadruk leggen bij het nerveuze karakter op een overcompensatie van een minderwaardigheidsgevoel is zeker van beteekenis; ook bij onze lijdens aan dwangvoorstellingen vinden wij dit moment in de eerezucht, die zij min of meer verborgen koesteren.

Deze als verklaring van alle neurotische afwijkingen en sexuele abnormiteiten te gebruiken, gaat zeker te ver.

JUNG, met zijn onderscheiden van twee typen, de geëxtroverteerden, waarbij het gevoelsleven sterk ontwikkeld is en de geïntroverteerden, waarbij de denkfunctie overheerscht, acht het conflict te ontstaan door de eenzijdigheid van beide. De contrastfunctie is bij deze mensen verdrongen hij verdedigt de opvatting, dat het niet eens zijn met het onbewuste de aanleiding tot stoornissen is: men heeft bij zijn patiënten te werken in de richting van een psycho-synthese.

L. BOUMAN wijst er op, hoe in den laatsten tijd de richtingen, door JANET in de psychotherapie aangegeven, en de analytische elkaar beginnen te naderen.

Dit treft vooral in de therapeutische bemoeiingen van MAEDER, waarin aan pogingen, om te komen tot de synthese der persoonlijkheid, een analytische phase voorafgaat. In den nadruk, dien hij legt op den persoon van den psychotherapeut, herkent men JANET's „direction morale". De invloed van de persoonlijkheid van den psychotherapeut komt b.v. sterk uit in de therapeutische resultaten van DUBOIS, ondanks de steekhoudende theoretische bezwaren, die tegen zijn persuasie, waarbij hij zich tot de rede wendt, ingebracht kunnen worden.

Deze enkele opmerkingen aangaande de therapie, leken ons voor het verband met de theoretische overwegingen, betreffende de in dit geschrift onder de oogen geziene stoornissen van belang.

In het voorgaande is gepoogd verschillende argumenten, op grond waarvan de psychasthenie in de manisch-depressieve psychose zou moeten opgaan, te weerleggen.

Wij kwamen er toe, het goede recht te verdedigen van een eigen plaats van de psychasthenie in onze psychiatrische onderscheidingen, niet alleen om het specifieke van het beeld, maar ook om het bijzondere karaktertype waarbij het voorkomt.

De verklaring van het feit, dat verschijnselen van psychasthenie, en wel vnl. de dwang en de phobie, zoowel bij overheerschend manisch-depressieve als (beginnende) schizophrene psychosen worden aangetroffen, kwam ons nader wanneer wij letten op beide constitutie-elementen, die hoewel in wisselende verhouding, bij het psychasthenisch karakter aanwezig zijn.

Vinden wij ook in andere psychosen deze verschijnselen, zooals volgens mededeelingen in de litteratuur b.v. in die bij arteriosclerosis cerebri vaak het geval is, dan is dit hoogstwaarschijnlijk voor een belangrijk deel terug te voeren op de aanwezigheid van de genoemde bepaalde eigenschappen in het praepsychotische karakter.

LITTERATUUR

- ADLER, ALFR. Ueber den nervösen Charakter. 3e vermehrte Aufl. München 1922.
- ASCHAFFENBURG, G. von. Handbuch der Psychiatrie. Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Allgemeiner Teil. 3e Abteilung.
- BALLET. Sur une forme de mélancolie périodique à propos d'un cas de sitiomanie. Revue neurologique 1900.
- BALLET. Mélancolie intermittente. Presse médicale 1902.
- BECK, D. J. Zwang und Depression. Monatsschr. f. Ps. u. N. Bd. 48, 1920.
- BIRNBAUM, KARL. Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.
- BIRNBAUM, K. Die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprincip. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 53. 1919.
- BIRNBAUM, K. Psychopathologische Dokumente. Berlin 1920.
- BLEULER, E. Lehrbuch der Psychiatrie. 3e Auflage. Berlin 1920.
- BONHOEFFER, Ueber die Beziehung von Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. Monatschr. f. Ps. Bd. 33, 1913.
- BOUMAN, L. De begrijpelijke relaties in de Psychiatrie. Amsterdam.
- BOUMAN, L. Psychische therapie in: Leerboek der Zenuwziekten, onder redactie van Bouman-Brouwer. Haarlem 1923.
- BUMKE, O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten, München 1924.
- BUMKE, O. Was sind Zwangsvorgänge. 1906.

- CARP en KRAUS. Over de verandering van het persoonlijkheidsbewustzijn in een geval van melancholia anaesthetica. Psych. en neurol. bladen No. 5, 1924.
- DENY et CHARPENTIER. Obsessions et psychose maniaque-dépressive. L'encéphale, 1909.
- DUBOIS, PAUL. Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. 2e Auflage. Bern 1910.
- FREUD, S. Die Disposition zur Zwangsneurose. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 4e Folge 1918.
- FREUD, S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Leipzig und Wien 1918.
- FRIEDMANN. Ueber die Abgrenzung und die Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Monatsschrift f. Ps. Bd. 21. 1907.
- FRIEDMANN. Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangs-ideen und der isolierten überwertigen Ideen. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 21. 1914.
- HEILBRONNER. Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen. Monatschr. f. Ps. u. N. 1899.
- HEILBRONNER. Zwangsvorstellung und Psychose. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 9. 1912.
- HEYMANS, G. Eine Enquête über Depersonalisation und „Fausse Reconnaissance“. Ztschr. f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. Bd. 36.
- HEYMANS, G. Weitere Daten über Depersonalisation und „Fausse Reconnaissance“. Ztschr. f. Psychol. der Sinnesorgane. Bd. 43.
- HOCHE. Die Bedeutung der Symptomencomplexe in der Psychiatrie. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 12. 1912.
- HOFFMANN, H. Vererbung und Seelenleben. Berlin 1922.
- JANET. (et RAYMOND). Les obsessions et la Psychasthénie Paris 1903.

- JANET. Les médications psychologiques. Paris 1919.
- JASPERS, KARL. Allgemeine Psychopathologie. 2e Auflage. Berlin 1920.
- JELGERSMA, G. Leerboek der Psychiatrie. 2e druk, Amsterdam.
- JELGERSMA, G. Projectie. Psychiatr. en neurolog. Bladen No. 1 en 2. 1925.
- JUNG, C. G. Die Psychologie der unbewussten Prozesse. 2e Auflage. Zürich 1918.
- KAHN, P. La cyclothymie.
- KAHN, EUGEN. Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Ztschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 48. 1919.
- KRAEPELIN. Psychiatrie. 8e Aufl. Leipzig.
- KRETSCHMER, E. Dersensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.
- KRETSCHMER, E. Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Ztschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 48. 1919.
- KRETSCHMER, E. Die psychopathologische Forschung und ihr Verhältnis zur heutigen klinischen Psychiatrie. Ztschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 57. 1920.
- KRETSCHMER, E. Medizinische Psychologie. 2e verbesserte Auflage. Leipzig 1922.
- KRETSCHMER, E. Körperbau und Charakter. Zweite Auflage. Berlin 1922.
- KRONFELD, A. Ueber schizophrene Aenderungen des Bewusstseins der Aktivität. Ztschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 74, 1922.
- LIPPS, TH. Leitfaden der Psychologie. Leipzig 1903.
- MAEDER, A. Sur la Psychothérapie. Schweizer Archiv. f. Neur. u. Ps. Bd. X.
- MAGNAN, V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1897.

- OESTERREICH, K. Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie. *Journal f. Psychologie u. Neurologie*. Bd. VII, VIII u. IX. 1905-'07.
- PAILHAS, B. Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. *Journal de neurologie*. Tome XIII. 1907.
- RÉGIS. Précis de Psychiatrie. Paris 1914.
- REISS. Konstitutionnelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 2. 1910.
- RÜDIN. Einige Wege und Ziele der Familienforschung. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 7. 1911.
- SCHILDER, PAUL. Ueber das Selbstbewusstsein und seine Störungen. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 20. 1913.
- SCHNEIDER, KURT. Die Lehre vom Zwangsdenken in den letzten zwölf Jahren. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Referat. Bd. 16. 1918.
- SCHNEIDER, KURT. Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 59. 1920.
- SOMMER, R. Diagnostik der Geisteskrankheiten. Berlin-Wien
- SOUKHANOFF. Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques. *Archives de Neur.* 1904.
- STEKEL, W. Nervöse Angstzustände. 3 Auflage. Wien 1920.
- STÖCKER. Ueber Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 23. 1914.
- STRANSKY, E. Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. Leipzig. 1919.
- STROHMAYER, W. Ueber die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangsneurosen. *Ztschr. f. d. g. N. u. Ps.* Bd. 45. 1919.

- VALKENBURG, C. T. van. Over het verschijnsel van den subjectieven dwang. Psychiatr. en neurol. bladen 1916.
- VALKENBURG, C. T. van. Individualiteit en psychose. Psych. en Neurol. Bladen. Feestbundel Winkler 1918.
- VALKENBURG, C. T. van. Over individualiteit en waan. Ned. tijdschr. v. Geneesk. 1920. II.
- WERNICKE, Grundriss der Psychiatrie. Leipzig. 1900.
- WESTPHAL, C. Ueber Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten VIII. 1878.
- WINKLER, C. Het stelsel van Prof. Sigmund Freud. Geneesk. Bladen. 19e reeks. No. VIII. 1917.
- ZAHN, H. W. Ueber Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Ps. u. N. Bd. 48. 1918.
- ZIEHEN, Th. Psychiatrie. 4e Auflage. Leipzig 1911.
-

STELLINGEN.

I.

De psychasthenie heeft tegenover de manisch-depressieve psychose kenmerken, die een scheiding hiervan volkomen wettigen.

II.

Kretschmer's constitutie- en karakterleer is belangrijk voor de beoordeeling van de waarde der verschijnselen in een psychotischen toestand.

III.

Periodiciteit in het optreden van psychopathologische verschijnselen is niet steeds als uiting van de manisch-depressieve psychose te zien.

IV.

De loopstoornissen bij cerebellumafwijkingen verschillen van het door Bruns beschreven symptoom bij ziekten van de frontaalhersen.

V.

Bij het met den trein rijden door scherpe bochten, schijnen alle terreinvoorwerpen langs de spoorbaan schuin te staan.

Deze schijnbaar schuine stand van in werkelijkheid verticale lijnen is op te vatten als een „illusie", veroorzaakt door het naar buiten projecteeren van den onjuist waargenomen stand van het eigen lichaam.

VI.

Er zijn ondanks de resultaten der nieuwere onderzoekingen nog steeds voldoende redenen om van „cellen” te blijven spreken.

VII.

Bij sommige toestanden van acidosis, niet door diabetes veroorzaakt, verdient een behandeling met insuline en glucose-injecties aanbeveling.

VIII.

Bij het oogspiegelen verdient het in bepaalde gevallen aanbeveling gebruik te maken van licht, waaruit door het passeeren van een blauw-groen filter de roode kleurcomponent verwijderd is.

IX.

Bij arthrotomie van het kniegewricht ter verwijdering van een traumatisch veranderde meniscus spare men de zijdelingsche banden.

X.

Het verdient ten sterkste afkeuring den term psychopathie in de wet op te nemen.
