Degeneratiepsychosen : een katamnestisch onderzoek

„DEGENERATIEPSYCHOSEN"

EEN KATAMNESTISCH ONDERZOEK

B. CHR. HAMER

„DEGENERATIEPSYCHOSEN"

„DEGENERATIEPSYCHOSEN"

EEN KATAMNESTISCH ONDERZOEK

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN WAARNEMEND RECTOR MAGNIFICUS L. VAN VUUREN, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 30 JUNI 1942 DES NAMIDDAGS TE 2 UUR

DOOR

BERNARD CHRISTIAAN HAMER

GEBOREN TE AMSTERDAM

N.V. NAUTA & CO's DRUKKERIJ ZUTPHEN 1942

AAN MIJN VADER
AAN MIJN VROUW
AAN MIJN KINDEREN.

Nu mij het voorrecht gegeven werd dit proefschrift te voltooien, dank ik allen, die tot mijn wetenschappelijke en practische vorming hebben bijgedragen, in het bizonder de Hoogleeraren der Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam voor het onderwijs, dat ik in de jaren 1917—1923 van hen mocht ontvangen.

Met grooten eerbied en dankbaarheid noem ik hier met name mijn overleden leermeester, L. Bouman, die mijn belangstelling voor de psychiatrie wekte en mij, zonder dat ik het verlangen hiertoe had kenbaar gemaakt, als zijn assistent in den wetenschappelijken kring der Valeriuskliniek wilde opnemen.

Zoowel door den invloed, die uitging van zijn altijd stuwende, vitale persoonlijkheid, als door den omgang met den unieken kring van geneesheeren en assistenten, waartoe een Grünbaum, Rümke, van der Horst, Sillevis Smitt, Bok, Heidema, Krijgers Janzen en Hutter behoorden, kreeg deze assistententijd voor mij de grootste beteekenis.

Hooggeleerde van der Horst, gij stond mij toe gevallen uit de Valeriuskliniek katamnestisch te vervolgen en gaaft mij hierbij de volle vrijheid, hoewel de mogelijkheid bestond, dat het resultaat van mijn onderzoek niet zou overeenkomen met Uw visie, vastgelegd in de gestelde diagnoses.

Dat mijn resultaten grootendeels met het eertijds in Uw kliniek gevormde oordeel bleken overeen te stemmen, doet me bizonder genoegen.

Met groote belangstelling en bereidvaardigheid hebt ge van stap tot stap mijn onderzoek gevolgd en mij met Uw inzichten verrijkt.

Hooggeleerde Rümke, dat juist gij, van wien ik eertijds reeds veel voor mijn psychiatrische vorming mocht ontvangen, thans bereid waart als mijn promotor op te treden, verheugt mij zeer.

Hoewel mijn proefschrift niet in Uw kliniek werd bewerkt, hebt gij er toch met even groote bereidwilligheid kennis van willen nemen en het willen aanvaarden en mij ter promotie aan de Utrechtsche Universiteit willen voordragen.

Opnieuw mocht ik in nauwer persoonlijk contact met U treden

en van Uw rijke ervaring en helder oordeel profijt trekken.
Voor Uw groote welwillendheid en hartelijke belangstelling ben ik U zeer erkentelijk.

Gij, zeer ervaren Wessels en Haverkate, hebt een groot aandeel gehad in mijn practische vorming.
Voor wat gij, speciaal in de eerste jaren van mijn practischen arbeid als geneesheer, voor mij zijt geweest, zal ik U steeds dankbaar blijven.

Heeren bestuursleden van het Centraal Bestuur der Vereeniging tot Christelijke verzorging van geestes- en zenuwzieken en van het Stichtingsbestuur van „Veldwijk", gij hebt door het vertrouwen, dat gij mij eens schonkt en waarvan gij mij bij den voortduur blijk gaaft, voor mij de juiste sfeer geschapen tot practische werkzaamheid als tot wetenschappelijke bezinning.

Met veel waardeering denk ik aan de collegiale saamwerking in den op „Veldwijk" bestaanden kring van medewerkers, waardoor het mogelijk is elkander tot meerdere wetenschappelijke belangstelling te stimuleeren.

Dit proefschrift zij opgedragen aan mijn vader, vrouw en kinderen.
Aan mijn vader, uit dank voor het feit, dat hij mij liet studeeren en ook, na mijn studententijd, tot studie bleef aansporen. Ik weet, dat met het tot stand komen van dit proefschrift een zijner wenschen in vervulling gaat.
Aan mijn vrouw, uit groote waardeering voor de wijze, waarop zij zich schikte in de omstandigheid, dat deze studie beslag legde op al mijn „vrije" oogenblikken.
Aan mijn kinderen, opdat het hun een aansporing moge zijn tot volharding.

INHOUD.

HOOFDSTUK I.

INLEIDING.

Het vraagstuk der atypische episodische (periodische [1]) psychosen.

Telkens weer staat de psychiater tegenover psychosen, die hij maar niet zoo kan onderbrengen onder de groote ziekte-eenheden, waarvan Kraepelin de groote bouwmeester is geweest.

Met name ontmoet hij bij tijden atypische, periodisch verloopende ziektebeelden, die in hun symptomatologie wel het meest wijzen in de richting van een procespsychose, in casu de dementia praecox, doch die toch niet de klassieke symptomen dezer ziekte vertoonen en zich, speciaal wat betreft het verloop, van dat der dementia praecox onderscheiden.

Voor vele onderzoekers zijn deze atypisch verloopende periodische psychosen reeds een voorwerp van studie geweest.

In de oude psychiatrie probeerde men hen te rangschikken onder de eveneens periodisch verloopende manisch-depressieve psychose en epilepsie. Voor het meerendeel der gevallen was dit echter slechts een pogen.

Wel deed de voortschrijdende ontwikkeling der psychiatrie het getal der moeilijk te rubriceeren atypische periodische psychosen kleiner worden. Hieraan lag meer dan één oorzaak ten grondslag.

Atypische gevallen, met name van de manisch-depressieve psychose, werden beter onderkend, terwijl voorts een neiging openbaar werd de ziektevormen ruimer te nemen.

Vooral de manieën bleken maar zelden zuivere manieën te zijn, zoodat vele van de atypische periodische psychosen als atypische manische beelden konden worden geduid.

Kortere of langere perioden van hysterisch, paranoïd, katatoon of amentia-achtig karakter bleken in het beeld van de manisch-depressieve psychose te passen.

In die gevallen toch, waar voorbijgaande paranoïde, amentia-achtige of katatone perioden voorkwamen bij patiënten, die reeds eerder *typische* manische of depressieve toestanden hadden doorgemaakt en bij wie ook een duidelijke herediteit t.o.v. de manisch-

[1]) We geven hier aan „periodisch" de voorkeur boven „periodiek", in verband met het nogal eens gelijktijdig voorkomen met „episodisch".

depressieve psychose kon worden aangetoond, lag de betrekking van de atypische periode tot de manisch-depressieve psychose voor de hand.

Moeilijker was het in die gevallen, waar de *eerste* aanval een atypisch beeld te zien gaf, terwijl zich eerst later zuivere manische of melancholische phasen gingen openbaren.

In dit verband noemen we de monographie van Schroeder[1]), waarin hij ziektebeelden beschrijft, die zonder twijfel behooren tot de manisch-depressieve psychose, ofschoon ze sterk atypische ziektephasen te zien geven. In bizondere mate hiervoor bewijzend zijn de cyclothyme schommelingen gedurende de intervallen tusschen de acute psychotische aanvallen en de gelijksoortige belasting met manisch-depressieve psychose.

Zoo beschrijft hij een geval, dat daardoor afwijkend is, doordat in één der depressieve phasen 5 maanden lang naast de melancholische symptomen, het beeld van een *acute hallucinose* met massale acustische hallucinaties op den voorgrond stond. (Geval 1.)

Zijn tweede geval toont gedurende een manie zonder gelijktijdige bewustzijnsstoornis maandenlang talrijke ongewone *verwarde waanvoorstellingen* en *hallucinaties* op alle gebieden.

De gevallen 3 en 4 zijn voorbeelden van het voorkomen van grof *motorische* (akinetische en hyperkinetische) symptomen bij de manisch-depressieve psychose.

Geval 5 biedt tijdens zijn eersten aanval een ongewoon beeld van opwinding, met allerlei *katatone* trekken.

Het zesde, onder deze groep beschreven geval, maakt een geheel atypischen, symptomatisch moeilijk onder te brengen *opwindingstoestand* door met een daaraan aansluitende langdurige remming.

Door overschatting van de diagnostische beteekenis van de katatone symptomen en symptomencomplexen werden voorts episodisch en periodisch verloopende ziektevormen ten onrechte verkeerd geduid en ondergebracht bij de groep der dementia praecox.

De voordracht van Wilmanns[2]) in 1907 beteekende in dit opzicht een mijlpaal voor velen.

In hun symptomatisch beeld als dementia praecox geduid, doch in hun verloop atypisch bevonden, werden deze atypische, periodisch verloopende, gevallen beter onderkend.

Ook door Lange[3]) werden atypische vormen van de manisch-depressieve psychose met katatone phasen nauwkeurig onderzocht.

Scheffer[4]) schreef een dissertatie over „de waarde der katatone symptomen", waarin hij enkele atypisch verloopende gevallen met katatone, delirante verschijnselen, met wisseling van stupor- en opwindingstoestanden beschrijft, die hij toch rekent tot de manisch-depressieve psychose.

---

[1]) P. Schroeder, Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein u.s.w. Beiheft 8 Monatsschr. 1920.

[2]) K. Wilmanns, Zentralbl. f. Nervenh.k. Bd 30, 1907.

[3]) J. Lange, Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. N. u Ps. Heft 31, Berlin 1922.

[4]) C. W. Scheffer, Diss. 1918.

Kraepelin zelf stelde ter verklaring van atypische vormen der manisch-depressieve psychose zijn leer van de „*Mischzustände*" op.

Van „zuivere" manieën en melancholieën sprak hij als de samenstellende elementen (de stoornissen in het stemmingsleven, in het denken en in de psychomotoriek) in dezelfde positieve of negatieve phase verkeeren. Verschillen echter deze samenstellende elementen onderling en zijn ze tegengesteld, dan treden de „mengtoestanden" op.

In de Fransche psychiatrie ontwierp Deny[1]) overeenkomstige ziektebeelden, gegrond op ongeveer dezelfde samenstellende componenten als die van Kraepelin.

Werden deze door Kraepelin aangegeven als „Verstimmung", „Denkstörung", en „Willensstörung", Deny sprak van „affectif", „idéatif" en „volitionel".

Door onderlinge combinaties dezer grondsymptomen zijn theoretisch meerdere atypische „mengtoestanden" denkbaar. In de praktijk zijn ook een zeker aantal van deze toestanden beschreven onder de benaming van: Erregte Depression, Ideënflüchtige Depression, Manische Stupor, Depressive (ängstliche) Manie, Gedankenarme (improductive) Manie en Gehemmte Manie.

Deze mengtoestanden kunnen zich voordoen bij den overgang van de eene naar de andere phase bij de circulaire vormen, doch ook voorkomen gedurende korteren of langeren tijd bij de zuivere vormen. Hierdoor kunnen moeilijk te diagnosticeeren ziektebeelden ontstaan, waarbij men kan meenen met een schizophrenie of een amentia te doen te hebben. Op grond van nauwkeurige gegevens betreffende de praepsychotische persoonlijkheid, de ontwikkeling van het ziektebeeld, de reeds doorstane ziekteperioden en de erfelijkheid kan dan alleen een juiste diagnose worden gesteld.

Konden op deze wijze manische stuportoestanden onder de manisch-depressieve psychose worden gevat, de hallucinatoire toestanden, de paranoïde beelden en de delirante verschijnselen werden hierdoor niet verklaard.

Meynert[2]) verklaarde het voorkomen van primaire waandenkbeelden en hallucinaties in een melancholische phase door bijkomende *uitputting*.

Bonhoeffer[3]) beweert, dat het beeld van een delier bij endogene psychosen kan worden waargenomen en verklaard kan worden door *auto-intoxicatie* tengevolge van *ondervoeding* e.d. Afwijkende symptomen, die het atypisch beeld vormen, worden hier

---

[1]) Deny, l'Encéphale 1909.
[2]) Zie Schroeder, „die Spielbreite".
[3]) K. Bonhoeffer, Zentralbl. f. Nerv. 1909.

verklaard door de aanwezigheid van een compliceerende *exogene* beschadiging.

Specht[1]) wil de delieren, de hallucinatoire episoden en de bewustzijnsbenevelingen bij de manisch-depressieve psychose verklaren uit het snel heftiger worden van het endogene ziekteproces, zonder dat hierbij exogene oorzaken bijkomen. Waarschijnlijk heeft hij hierbij het oog op die gevallen, die door Kraepelin „deliriöse Manien und Melancholien" genoemd worden.

K. H. Bouman[2]) spreekt ook over de mogelijkheid van *toxische* invloeden en uitputtingsverschijnselen bij meest kortdurende delirante toestandsbeelden, bewustzijnsinzinkingen, illusionaire vervalschingen, hallucinatoir beleven, waanvorming van zeer wisselenden aard, gedeeltelijke amnesieën, die zoowel bij zeer ernstige vormen van „melancholische stupor" als van „verwarde manie" kunnen voorkomen.

Door nieuwe ziektemakende oorzaken in den vorm van uitputtingsverschynselen of toxische invloeden zou het oorspronkelijke beeld worden gekleurd. Trachtte Kraepelin door de opstelling van manische en melancholische meng*toestanden* de atypische gevallen te verklaren, Gaupp[3]) bracht in 1903 reeds het denkbeeld der „*Kombinierte Psychosen*" naar voren. Van dit begrip wilde hij niet weten in die gevallen, waar het om een schijnbare combinatie tusschen manisch-depressieve psychose en dementia praecox ging.

Slechts dan meende hij van een gecombineerden toestand te mogen spreken, waardoor atypische stoornissen konden worden verklaard, als psychosen optreden bij reeds bestaande aangeboren anomalieën of als een geestesziekte gecompliceerd wordt door stoornissen tengevolge van beschadiging der hersenen, veroorzaakt door alcohol, arteriosclerose e.d.

In die jaren overheerschte de neiging atypische, moeilijk te verklaren, psychotische toestanden onder te brengen onder de groote ziektevormen van Kraepelin. Pogingen atypische beelden in een nieuwe groep saam te vatten werden zoo goed als niet ondernomen.

Bonhoeffer (1907)[4]) was de eerste die behoefte bleek te hebben, naast de manisch-depressieve psychose, epilepsie en hysterie, acute atypische psychotische toestanden als „*selbständige* Erkrankungen disponierten Individuen" op te vatten en deze maar niet tot de groep der dementia praecox te rekenen.

---

[1]) G. Specht, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 19, 1913.
[2]) K. H. Bouman, Psych. en neur. bl. 1933.
[3]) R. Gaupp, Zentralbl. f. Nerv. Bd 26, 1903.
[4]) K. Bonhoeffer, Sammlung zwangloser Abh. a. d. Geb. d. N. u. G. Krankheiten H 6, 1907.

Voorts ging zich het beeld, dat men zich van de ziektevormen, die als *dementia praecox* werden saamgevat, had gevormd, ook wijzigen.

Men leerde inzien dat deze ziekte in „*Schübe*" verloopen kan met goede remissies gedurende vrij langen duur, die den indruk geven van *periodische* ziektetoestanden. Na meerdere van zulke „Schübe" treedt dan echter het psychisch defect op. (Bleuler, Jaspers).

Mauz[1]) onderscheidt in het verloop van de schizophrene procespsychose twee mogelijkheden: de „*Katastrophe*" en de „*Schub*": „Unter Katastrophe verstehen wir den raschen, deletären, vorwiegend kontinuierlichen Zerfall. Der *Schub* ist der Ausdruck der diskontinuierlichen Verlaufsform, der *hinausgeschobenen Destruktion*. Stillstand und Remission schlieszen ihn ab. Jeder neue Schub soll aber die Verschiebung der inneren Struktur verstärken und damit gewissermaszen eine treppenförmige Senkung des Persönlichkeitsniveaus bedingen."

Mauz komt dan op grond van vele gevallen tot de conclusie dat de meeste schizophrenieën in „Schübe" verloopen. Een gedurig doorgaand verval komt zelden voor (ongeveer 14 %).

De eindtoestand (der entgültige Zerfall) komt in de meeste gevallen met *den derden Schub*. Blijft deze na den 3en Schub nog uit, dan behoeft met een zware dementie nauwelijks meer gerekend te worden. Na 3 à 4 jaar kan men dit weten, daar verreweg de meeste dementieën (98 %) op zijn laatst 3—4 jaar na het uitbreken der ziekte intreden.

Ook uit hij nog de mogelijkheid, dat de Schub zelf een pathogenetische beteekenis krijgt. Evenals iedere andere lichamelijke of nerveuze ziekte kan een doorstane milde schizophrenie traumatisch werken.

Als tijdelijke „pathopsychische reactie" kunnen deze patiënten dan katatone symptomen, versperringen, depressies vertoonen.

Mauz onderscheidt twee mogelijkheden van een psychogenen Schub: De Schub als vlucht in de ziekte en de Schub als complexreactie.

De complexen zelf zijn bij deze „postschizophrenen" in drie groepen te scheiden: „der Vaterkomplex", „der Angstkomplex" en „der Insuffizienskomplex".

Geheel of gedeeltelijk genezen patiënten, reageeren in deze complexreacties op schizophrene wijze zonder dat het ziekteproces in deze toestanden voortschrijdt.

---

[1]) F. Mauz, Die Prognostik der endogenen Psychosen, Leipzig 1930.

„Der Komplex wird in Negativismus und Stupor, in katatoner Erregung und paranoïder Haltung abreagiert, ohne dasz eine aktuelle schizophrene Prozeszhaftigkeit mitsprechen würde."

Een deel der atypische periodische psychosen kan in deze richting worden verklaard.

Birnbaum[1]) bewees de psychiatrie, tot een dieper *inzicht* in atypische periodische ziektetoestanden, een dienst door zijn *structuuranalytische* methode. Hij leerde ons af te zien van het uiterlijke beeld en ons in te stellen op de innerlijke structuur der ziekte, ons te voeren tot de *kern* van den psychotischen toestand. Hij heeft ons de pathogenetische verschijnselen in een ziektebeeld leeren onderscheiden van de pathoplastische, de eigenlijke kernverschijnselen van die, welke afhankelijk zijn van factoren, die buiten de ziekte liggen.

Kretschmer[2]) gaf terzelfder tijd een dieper inzicht in de rangschikking van atypische gevallen bij endogene psychosen door de opstelling van zijn *meer-dimensionale* diagnostiek, eveneens een structuuranalytische werkwijze. Vele atypische gevallen werden door hem beschouwd als een gevolg van een vermenging van een cyclothymen en schizothymen aanleg.

Zoo ontstaan *„Legierungen"*, *„Mischzustände"* uit elementen van twee *verschillende* ziektevormen.

Schizophrene psychosen zouden bij cyclothyme persoonlijkheden en bij pycnischen lichaamsbouw prognostisch gunstiger zijn, en tot een periodisch verloop neigen (Kretschmer, Eyrich[3]), Mauz[4]), Schultz[5]), Tuczek[6]).

Omgekeerd zou de prognose van cyclothyme psychosen slechter zijn, als ze voorkomen bij schizothyme personen met leptosomen, athletischen of dysplastischen lichaamsbouw.

En inderdaad zien we de schizophrenie bij pycnischen lichaamsbouw vaak in zooverre gunstiger verloopen, dat de patiënten gedurende hun ziekte minder autistisch zijn, meer toenadering vertoonen.

Mauz concludeert, dat een pycnische lichaamsbouw een katastrofaal en definitief verval in de eerste 2—3 jaar na het uitbreken van de ziekte uitsluit en in het algemeen de mogelijkheid tot verval verzwakt, terwijl de asthenische, athletische en dysplastische lichaamsbouw deze mogelijkheid versterken. Een uitgesproken cyclothym getinte instelling tegenover de buitenwereld vermindert

---

[1]) K. Birnbaum, Der Aufbau der Psychose, Berlin 1923.
[2]) E. Kretschmer, Körperbau und Charakter, Berlin 1921.
[3]) M. Eyrich, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 97, 1925.
[4]) F. Mauz, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 86, 1923.
[5]) J. H. Schultz, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 88, 1924.
[6]) H. Tuczek, Zentralbl. f. N. u. Ps. Bd 42, 1926.

het gevaar voor dementie, een reeds voor het uitbreken van de ziekte gestoorde instelling op de buitenwereld met een asthenisch-sensitieve levensinstelling verhoogt dit gevaar.

Kurt Schneider[1]) spreekt zich duidelijk uit als hij zegt, dat het hem echter geheel onmogelijk is nu *alle* atypische psychosen met de „Methode der Legierung" te verklaren.

Lange[2]) moet ook constateeren, dat bij nauwgezet onderzoek van atypische manisch-depressieve phasen dikwijls aantoonbaar is, dat de patiënten naast manisch-depressieve ook schizophrene familieleden hebben. In die gevallen kan dan sprake zijn van een z.g. „Konstitutionslegierung".

Hij merkt echter op, dat toch tenslotte bij niet weinigen dezer gevallen *defecten*, gelijkend op de schizophrene persoonlijkheidsveranderingen, optreden, terwijl ook de prognose der afzonderlijke phasen naar tijdsorde slechter gaat worden.

Lange ervaart voorts, dat atypische phasen van de manisch-depressieve psychose gaarne bizonder *lang* duren en prognostisch *minder gunstig* zijn dan de typische.

Hoffman[3]) en Kahn[4]) meenen dat vele atypische phasisch verloopende psychosen gemengd schizophreen-manisch-depressief zijn. Zij komen hiertoe op grond van uitvoerige onderzoekingen over de erfelijke belasting dezer *„mengpsychosen"*, waarbij deze atypische psychosen te verklaren zijn uit vermengingen van de beide, door hen als zelfstandig aangemerkte, „Erbkreise". Door anderen was reeds op de mogelijkheid van dergelijke vermengingen en verbindingen van de manisch-depressieve psychose en de schizophrenie gewezen, o.a. Stransky[5]), Berze[6]).

Ook Wilmanns heeft meermalen een dergelijke combinatie overwogen. Dat het optreden van beide psychosen bij één patiënt niet meer beschreven is, komt wel door de critische beschouwing dat manisch-depressieve symptomen bij de schizophrenie en schizophrene symptomen bij de manisch-depressieve psychose waargenomen worden, *zonder* dat een erfelijke belasting voor beide ziekten kan worden aangetoond.[7])

K. H. Bouman[8]) wijst er op, dat het samengaan van deze beide psychosen ook inderdaad kan worden geconstateerd en her-

---

[1]) Kurt Schneider, Probleme der klinischen Psychiatrie, Leipzig 1932.
[2]) J. Lange, Kurzgefasstes Lehrbuch, 1935.
[3]) H. Hoffmann, Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen, Berlin 1921.
[4]) E. Kahn, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 61, 1920.
[5]) E. Stransky, Allgem. Zeitschr. f. Ps. Bd 63, 1906.
[6]) J. Berze, Die hereditären Beziehungen der dementia praecox. Leipzig 1910.
[7]) K. Wilmanns, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 78, 1922.
[8]) K. H. Bouman, l.c. 1933.

innert eraan dat ook Wagner, Kretschmer, Lange e.a. daarop hebben gewezen. En zoo vervolgt hij: „Dit samengaan van beide geestesziekten kan in de kliniek op verschillende wijzen worden waargenomen. Zoo ziet men een aantal psychosen *periodisch* verloopen met katatone, schizophrene, paraphrene of paranoïde trekken, die met weinig defect telkens weer genezen, maar waarbij dat defect telkens duidelijker voor den dag komt, waarbij echter èn de praepsychotische persoonlijkheid èn de somatische habitus niet van schizophrenen aard is.

Ook zijn ziektebeelden beschreven, waarbij zeer langen tijd zuiver schizophrene beelden, dan weer manisch-depressieve aanvallen werden waargenomen. Bij sommige familiaire psychosen ziet men bij enkele leden atypisch verloopende periodische ziektebeelden, bij andere remitteerende schizophrene vormen, bij weer andere kan men dan beide zonderling dooreen gemengd aantreffen. Ook schijnt soms de manisch-depressieve ziekte op den duur in een duidelijken schizophrenen vorm van geestesziekte te kunnen eindigen."

Dit samengaan van twee psychosen kan overkruising, overgang, koppeling worden genoemd en wordt verklaard uit den dubbelen erfelijken aanleg bij hetzelfde individu. Het is voor K. H. Bouman een open vraag in hoeverre in zulke gevallen inderdaad „verbindingen" van eigenlijken aard tot stand zijn gekomen.

Als meest waarschijnlijk neemt hij aan, dat geen „echte verbindingen" ontstaan, maar dat de eene psychose pathoplastisch op de andere inwerkt. Hij acht het voor de verklaring van verreweg de meeste atypische vreemdsoortige en gecompliceerde psychosen van deze groep niet noodig voorloopig tot zulke versmeltingen te besluiten.

Wil men n.l. tot zulke „echte koppelingen" besluiten, dan moeten zulke ziektebeelden een volstrekt eigen karakter vertoonen en hun hereditaire verhoudingen duidelijk zijn. Zoolang dit niet met overtuigende zekerheid is aangetoond, achtte K. H. Bouman voorzichtigheid in dezen wel zeer gewenscht.

Eenige jaren na deze publicatie demonstreert K. H. Bouman[1]) zelf een 36-jarige vrouw, voor de 5e maal opgenomen, wier psychose een merkwaardig beeld vertoont, waarbij het ziektebeeld zich op den duur wijzigt en waarin toch wel twee *verschillende* ziektebeelden zijn te zien.

Eén trek is de periodieke schommeling van het affectleven, zooals we dit bij de manisch-depressieve psychosen zien; bij elke nieuwe phase van de ziekte wordt echter een andere trek duidelijk, die *niet* aan deze periodische psychose eigen is. Hoe langer hoe meer worden de trekken

---

[1]) K. H. Bouman, Vergaderingsverslag Geneesk. kring A'dam. Oct. 1940.

van de manisch-depressieve psychose vervaagd en komt het schizophrene ziektebeeld naar voren.

Het is alsof op de hoogten der periodische schommelingen telkens weer de schizophrene symptomen aan het licht treden en telkens in versterkte mate. Terwijl de periodische schommelingen de persoonlijkheid in tact laten, doen de schizophrene „stooten" op den duur de persoonlijkheid wel veranderen en het heeft er alles van, alsof dit proces in het vervolg ook voortgang zal blijven vinden.

Er is een erfelijke belasting voor schizophrene èn manisch-depressieve psychose.

Bouman acht het nu niet onwaarschijnlijk, dat in deze ziekte de beide psychosen te zamen komen en zich verbinden tot een nieuw geheel.

Bij de behandeling van de manisch-depressieve psychose wijdt Lange[1]) ook een hoofdstuk aan de *atypische* vormen en noemt ook als één der onderdeelen: „Berührungen und Überschneidungen mit anderen Formenkreisen".

Hij onderscheidt hierbij: Berührungen des manisch-depressiven Konstitutionskreises mit jenen der exogenen Labilität, mit dem hysterischen, paranoïschen, epileptischen und schizophrenen Kreis.

Ewald[2]) vindt in het feit, dat we niet direct iedere atypische psychose kunnen rubriceeren, nog geen aanleiding de toevlucht te nemen tot het opstellen van een afzonderlijke psychosen-groep noch tot het betreden van den uitweg der gecombineerde of mengpsychosen.

Hij geeft er de voorkeur aan de atypische gevallen der manisch-depressieve psychose „in Strukturanalytischem Verfahren in den groszen Formenkreisen des Kraepelinschen Systems unter Berücksichtigung besonderer *konstitutioneller* und *hirndispositioneller* Faktoren unter zu bringen".

Hij blijft met zijn kriteriën tot nosologische afgrenzing in het somatische, in het biologische.

Als één van de oorzaken voor het atypisch verloop van deze periodische psychosen noemt K. H. Bouman: de reactie *van den zieke* zelf op zijn psychotisch proces, zijn *individueele instelling* op de manisch-depressieve verschijnselen. Zoo acht hij het denkbaar, dat hypochondrische, angstige, hysterische en zelfs paranoïde gevoelselementen eenvoudig voortvloeien uit de situatie, waarin de zieke tegenover zijn eigen psychose komt te staan.

Voorts komen er omstandigheden voor, die aanleiding zijn, dat het individu een bizonder „antwoord" geeft.

Als zoodanig zijn te noemen de eigenaardige reactieverschillen, zooals die in de verschillende *leeftijdsklassen* plegen gevonden te worden, waarbij de beteekenis van de *endocrine* verhoudingen van groot belang is.

---

[1]) J. Lange, Handbuch der Geisteskrankheiten v. Bumke Bd VI, 1928.
[2]) G. Ewald, Klin. Wochenschrift 1927 I.
G. Ewald, Fortschr. der N. u. Ps. IV, 1932.

In deze gevallen is de *pathoplastische* invloed van de hormonale verhoudingen op den vorm van de psychose zelf te zien.

Behalve leeftijd, kunnen geslacht, ras, verstandelijke minderwaardigheid, karakter pathoplastisch werken en atypische vormen te zien geven.

Van der Spek[1]) beschrijft een mooi geval (geval Tonia), waarbij een periodisch atypisch beeld door een structuuranalytische beschouwingswijze kan worden geclassificeerd. Wordt n.l. in dit geval als grondstoornis een manie aangenomen, dan brengt de *ontremming* door de manie als het ware de neurotische verschijnselen naar voren, die dan in het ziektebeeld domineeren en daardoor een atypisch beeld te voorschijn roepen.

Door studie van den waaninhoud kwam een neurotisch karakterconflict naar voren, waardoor een beeld, dat aanvankelijk den indruk gaf van een periodische paranoia, zich ontpopte als een katathyme waan, die zich door de ontremming van de manie bleek te manifesteeren.

Voorts trof het hem, dat vaak *lichamelijke afwijkingen* juist aanwezig waren in gevallen, waarbij de psychiatrische diagnose moeilijkheden gaf.

De diagnose „symptomatische psychose" kan dan gemakkelijk gesteld worden, als de psychose met het organisch lijden op en neergaat.

Moeilijker wordt het echter bij onbestemde en blijvende afwijkingen een passagère psychose te verklaren.

Bij de studie van zijn materiaal vormde zich bij van der Spek de hoofdgedachte: bij een somato-psychisch afwijkende persoonlijkheid is er veel kans, dat ook de psychose afwijkend verloopt, zonder dat het verband duidelijk is.

We zagen hoe zich in de psychiatrie meerdere mogelijkheden ontwikkelden, waardoor atypische periodisch verloopende psychosen konden worden verklaard en ondergebracht onder de groote ziektevormen, met name de manisch-depressieve psychose.

Door de opstelling der mengtoestanden, der structuuranalytische en meerdimensionale diagnostiek, der legeeringen en mengpsychosen kon met behoud der Kraepelinsche ziektevormen menig atypisch beeld worden verklaard. De Kraepelinsche grondvormen werden gehandhaafd, maar meer elastisch gehanteerd.

Toch heeft Kraepelin steeds elementaire grondstoornissen van meer toevallige, door persoonlijkheid, geslacht, leeftijd en ras gekleurde verschijnselen, onderscheiden.

---

[1]) P. A. F. v. d. Spek. Over de klinische waarde van het begrip Degeratiepsychosen, Diss. 1940.

In de opeenvolgende drukken van zijn leerboek werden de grondtrekken van zijn beelden door opstapeling van vele pathoplastische factoren moeilijker te onderscheiden.

Met name werd een bevredigende begrenzing der ziektebeelden manisch-depressieve psychose en dementia praecox ook bemoeilijkt door de rubriceering der atypische, episodisch verloopende, psychosen.

Klinisch kwam het dikwijls hierop neer, dat deze psychosen, als men meer den nadruk legde op het toestandsbeeld, onder de groep der dementia praecox werden ingedeeld, terwijl zij, bij het leggen van het gewicht op het verloop, als manisch-depressieve psychose werden geduid.

Bij de opstelling van Bleuler's schizophrenie in 1911, als psychologische eenheid naast de nosologische eenheid van Kraepelin's dementia-praecox, ontving het schipzophrenie-begrip een dergelijke uitbreiding, dat de meeste atypische gevallen, waarin wel iets schizophreens gevonden kon worden, nu hun plaats vonden onder de schizophrenie-vaan.

„Schizophrenes wurde nicht nur bei sehr vielen heilenden endogenen Psychosen, sondern auch bei toxischen Psychosen und organischen Defektprozessen aller Art gefunden, ferner bei Psychopathen und schlieszlich überhaupt bei jedem Menschen" (K. Schneider).[1])

Marcuse[2]) ging nog radicaler te werk, door te strijden voor het begrip *„eenheidspsychose"*. Hij stelt het oude begrip van de *„Katatonie"* voor de groote groepen dementia praecox, manisch-depressieve psychose en paranoia voor, voorts voor een groot deel der involutie- en seniele psychosen.

Droeg eenerzijds de onderbrenging van atypische episodische psychosen onder een der beide groote ziekte-eenheden bij tot bemoeilijking der afgrenzing dier ziektevormen, anderzijds gaf een gedwongen ordening voor vele atypische episodische psychosen geen bevredigende oplossing.

De woorden van Lange[3]) bij de beschrijving van periodische, circulaire en reactieve verschijnselen bij de dementia praecox, die oorzaak waren, dat in bepaalde gevallen telkens een andere diagnose gesteld werd, dat „deze gedwongen ordening in een systeem de mogelijkheid om verder te komen bemoeilijkte", mogen we dan

---

[1]) Kurt Schneider l. c. 1932.
[2]) H. Marcuse, Arch. f. Psych. Bd 78, 1926.
[3]) J. Lange, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 80, 1922.

ook zeker wel toepassen t.o.v. deze atypische episodische psychosen zelf.

In de literatuur vinden we, begrijpelijkerwijs, dan ook telkens weer van deze acute atypische, episodisch verloopende, psychosen, die niet reactief ontstaan, afzonderlijk gewag gemaakt.

Op ieder pogen deze psychosen tot een eigen groep af te zonderen, ontbreekt even dikwijls ook de critiek niet bij schrijvers, die deze ziektebeelden òf nog rekenen willen tot de bestaande ziekteeenheden, met name tot de manisch-depressieve psychose, òf van ziekte-eenheden als zoodanig niet willen weten en in navolging van Hoche[1]) slechts syndromen kennen.

Met name heeft Schroeder wederom aandacht gevestigd op deze groep, eerst door te schrijven over „Ungewöhnliche periodische Psychosen" (1918) [2]), later door deze als *„Degenerationspsychosen"* (1920) [3]) af te zonderen.

Zich aansluitend bij Bonhoeffer voerde hij hier weer het oude Fransche begrip „degeneratie" (Magnan) in.

In een latere publicatie [4]) sprak hij van *„metabolische Erkrankungen"*. (Zie verder Hoofdstuk III).

Kleist[5]) vond onder het groote materiaal van de Frankforter kliniek 16% atypische gevallen. Voor de meeste dezer atypische psychosen wijst hij de pogingen van de hand hen zoo maar als manisch-depressieve „mengtoestanden" te beschouwen, of structuuranalytisch te duiden.

Ze komen hem voor als „etwas Einfaches und Ursprüngliches".

Hij beschreef deze psychosen afzonderlijk onder den naam „Autochthone konstitutionelle Psychosen". (Zie verder Hoofdstuk IV).

Ewald, Binswanger, Kolle, Mayer Gross, Lange, Fünfgeld, Rüdin, Kurt Schneider, Schottky e.a. schonken er hun aandacht aan. Ook in ons land werd onder den titel van „degeneratiepsychosen" òf „episodische psychosen" òf „phasische kiempsychosen" over deze bizondere gevallen geschreven (Theunissen, v. d. Torren, Carp, Meerloo, Esser, P. A. F. v. d. Spek), terwijl in ander verband of bij discussie L. Bouman, K. H. Bouman, van der Horst en Rümke zich over deze atypische psychosen uitspraken. (Zie Hoofdstuk VI en VII).

---

[1]) Hoche, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 12, 1912.
[2]) P. Schroeder, Monatsschr. f. Psych. Bd 44, 1918.
[3]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.
[4]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 105, 1926.
[5]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 69, 1921.

HOOFDSTUK II.

Doelstelling.

Het is thans reeds meerdere jaren geleden, dat Schroeder opnieuw aandacht vroeg voor deze *„degeneratiepsychosen"* en bij velen ook die aandacht verkreeg, o.a. bij L. Bouman, die, destijds hoogleeraar-directeur van de Valeriuskliniek te Amsterdam, met enthousiasme de beschouwingen van Schroeder begroette.

Van dien tijd af werd in zijn kliniek dan ook met nauwgezetheid overwogen of een ziektebeeld paste in de groep der degeneratiepsychosen.

Hoewel L. Bouman zich nooit in een afzonderlijke publicatie over deze „degeneratiepsychosen" heeft uitgesproken, heeft hij toch in 1927 en 1928 te Bern en te Utrecht duidelijk zijn houding tegenover de degeneratiepsychosen weergegeven.

Een deel van de discussieopmerkingen door hem op beide vergaderingen gemaakt, zal ik onveranderd weergeven, zooals ze door Bouman zelf als autoreferaat zijn opgesteld.

Op de 72e vergadering van de Sweiz. Verein für Psychiatrie sprak hij o.a. in discussie over het referaat van Binswanger over „die klinische Stellung der Degenerationspsychosen": „Mit besonderem Interesse habe ich die Referate gehört, weil mich vielleicht, dank der französischen Literatur, die Kraepelin'schen und Bleuler'schen Auffassungen niemals recht zu befriedigen vermochten in bezug auf die Dementia praecox und die Schizophrenien.

Von geheilter Praecox habe ich so gut wie niemals gesprochen, da ich meinte dasz diese Krankheit prinzipiell unheilbar sei; die Schwierigkeiten kamen selbstverständlich erst dann, wenn man die sogenannten Schizophreniezüge gefunden hatte und dennoch Heilung folgte. Meine Diagnose Degenerationspsychose war bis heute eine negative. *Und diese Fälle wurden stets sorgfältig verfolgt und mit den Besonderheiten genau eingetragen."* [1])

Van zijn discussieopmerkingen op het referaat van Rümke over „de kliniek der Schizophrenie" staat o.a. dit opgeteekend:

---

[1]) L. Bouman, Schw. Archiv f. N. u. Ps. Bd 23, 1928.

„In meinen klinischen Vorlesungen habe ich stets den Standpunkt Bleuler's, der den Begriff Schizophrenie so wesentlich erweiterte, bekämpft und auch demjenigen Kraepelin's vermochte ich mich nie recht anzuschlieszen. Ich hielt mich an die von Kraepelin selber gegebene Definition der Dementia praecox, laut welcher diese Krankheit mit einer eigentümlichen Art Verblödung endigte. Daher habe ich *immer wieder versucht das Bestehen einer Rest-oder Randgruppe,* welche man gegenwärtig auch wohl *Degenerationspsychosen* nennt (— der Name tut schlieszlich nicht zur Sache —) in *den Vordergrund zu bringen.*

In der Dissertation Dr. Scheffer's, der auf meine Anregung das katatone Syndrom bei Kranken untersuchte, die völlig genasen und also m.E. nicht an Dementia praecox gelitten hatten, ist ein Teil jener Krankheitsformen beschrieben. Es ist eine Gruppe, wobei das *degenerative Moment* in den Vordergrund tritt, und wenn man von der degenerativen Geisteskrankheit das manisch-depressive Irresein und die hysterischen Psychosen abtrennt, dann bleiben die *Degenerationspsychosen* als letzte zu jener Gruppe gehörige Formen übrig.

Sie haben eine starke Neigung zu Rezidiv und der erste Anfall kann paranoïd, kataton, stuporös, hyperkinetisch und akut halluzinatorisch gefärbt sein und es ergeben sich dann grosze Schwierigkeiten, wenn solche atypischen Zustände periodisch oder nur einmal auftreten; zeigt sich später eine Manie oder Depression, dann ist natürlich die Lösung gegeben. (Schroeder).

Zu diesen allgemein degenerativen Zuständen müssen wir den akuten Eingebungswahn, die expansive Autopsychose Wernicke's, welche von Bostroem näher beschrieben ist, die Zwangspsychosen und vielleicht sogar die phantastische Erregung rechnen. Diese letztere Form nähert sich derjenigen, welche unlängst von Rümke bei Kindern beschrieben ist und die von mir „Manie des dégénérés" genannt wurde. Es liegen also auch Beziehungen zu psychasthenischen Zuständen vor, wo die Heredität so deutlich in den Vordergrund tritt.

Janet spricht dabei von Psycho- und Phrenolepsie, wobei an den Zusammenhang mit Epilepsie gedacht werden musz. Oft findet man denn auch Epileptiker und Epileptoïde in der Familie." [1])

Vijf jaar later sprak L. Bouman zich opnieuw uit over de degeneratiepsychosen en wel zeer positief: „De diagnose *degeneratiepsychose* wordt dan gesteld, wanneer we noch maniacale, noch schizophrene toestanden voor ons hebben, acute toestanden, die schizophrene trekken hebben en volledig genezen. [2])

---

[1]) L. Bouman, Ps. en N.bl. 32e Jrg., 1928.
[2]) L. Bouman, Ps. en N.bl. 37e Jrg., 1933.

Van der Horst heeft na Bouman's vertrek met dezelfde nauwgezetheid en in denzelfden geest dergelijke gevallen beschouwd en bizonderheden laten opteekenen.

In den loop der jaren is in de Valeriuskliniek een aantal patiënten als lijdende aan „degeneratiepsychose" aangemerkt.

Hoe is het verder met deze patiënten gegaan?

Geeft hun gang in de jaren na hun herstel reden deze diagnose te handhaven als een zelfstandig ziektebeeld?

Zoo neen, had men deze ziektebeelden kunnen onderbrengen onder de bestaande ziekteeenheden, zonder dat deze te elastisch werden gehanteerd of hebben we in deze ziektebeelden te doen met psychosen, die, ook al kunnen ze niet worden gerekend tot de z.g. „Degeneratiepsychosen", toch moeten worden opgevat als zelfstandige ziektebeelden, naast de Kraepelinsche ziekte-eenheden?

Dit zijn de hoofdvragen, die bij de beschouwing van dit materiaal, naar voren komen.

Als *bijdrage tot de kennis der degeneratiepsychosen* zijn we alle gevallen, die in de Valeriuskliniek te Amsterdam gedurende de jaren 1926—1935 als degeneratiepsychosen zijn uitgeboekt, nader katamnestisch gaan beschouwen. Daar de diagnose van al deze gevallen door denzelfden onderzoeker, i.c. van der Horst werd gesteld, heeft een dergelijk katamnestisch onderzoek waarde en ontkomen we aan de moeilijkheid, dat verschillende onderzoekers met verschillend oordeel eenzelfde diagnose stellen.

Alvorens mededeeling te doen van ons eigen materiaal en dit te bespreken, zullen we in de eerstvolgende hoofdstukken eerst aandacht schenken aan het begrip „degeneratiepsychosen" in de literatuur.

We willen daarbij de beschouwingen van Schroeder en Kleist centraal stellen. Door hun publicaties toch is opnieuw de aandacht geconcentreerd geworden op deze groep psychosen.

HOOFDSTUK III.

De degeneratiepsychosen van Schroeder.

In een rij snel op elkaar volgende publicaties heeft Schroeder, ruim 20 jaar geleden, de aandacht der psychiatrische wereld gevraagd voor zijn *„Degenerationspsychosen"*.

Hij begon eigenlijk hiermede, al noemde hij toen den naam „degeneratiepsychosen" nog niet, toen hij in zijn artikel *„ungewöhnliche periodische Psychosen"* een groep van periodisch verloopende psychosen ging afzonderen, die speciaal het gevaar liepen, in verband met hun symptomatologie, ondergebracht te worden onder de groep der dementia praecox, doch die prognostisch gunstig verliepen en ook na jaren geen defect vertoonden.

„Gewisse in ihren Symptomen katatonisch aussehende akute Krankheitsfälle von periodischem Verlauf und von jedesmal kurzer Dauer haben wahrscheinlich *besondere Bedeutung* und gehören nicht zum Dementia praecox", en „Mannigfache ungewöhnliche Fälle von sich wiederholenden Geistesstörungen gehören zum *degenerativen Irresein* in weiteren Sinne". [1])

In zijn daarop volgende publicatie „Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen" gaat Schroeder meer concreet deze atypisch verloopende periodische psychosen tegenover de groep der dementia-praecox stellen en hen plaatsen in het verband van het *„Degeneratives Irresein"*.

En hiermede werd opnieuw de aandacht gevestigd op acute psychosen bij gedegenereerden, die ten tijde van Magnan een groote groep van psychosen vormden, welke na dien tijd, onder invloed van Kraepelin tot kleinere proportie werd teruggebracht; het best waren deze stoornissen nog als een groep der *„Haftpsychosen"* bekend gebleven.

Wel waren de chronische toestanden („Dauerzustände"), de karakterafwijkingen bij gedegenereerden, steeds beter bekend geworden. Moral insanity, pseudologia phantastica, perverse neigingen vonden een gaarne betreden arbeidsveld, de acute psychosen bij gedegenereerden werden echter stiefmoederlijk bedeeld.

---

[1]) P. Schroeder, Mon. Schr. f. Ps. u. N. Bd 44, 1918.

Schroeder haalt het „Degeneratives Irresein" opnieuw naar voren en laakt het, dat dit stempel nog alleen meer gedrukt werd op chronische karakterafwijkingen. Het is z.i. een veel ruimer begrip.

„Es ist ein sehr viel weiterer Begriff, der mannigfache und anscheinend von vielen in ihrer Häufigkeit unterschätzte psychotische Störungen *akuten* Gepräges, darunter das gesamte manisch-depressive Irresein, mit einschlieszt". [1])

Er zijn enkele trekken, die de verschillende vormen van de acute psychosen bij gedegenereerden samenhouden, n.l.:

1. *Ze verloopen niet als processen, doch als episoden;*
2. *Ze voeren niet tot een psychisch defect;*
3. *Ze groeien op op den bodem van een aantoonbare of aanneembare degeneratie.*

Bij de afgrenzing „degeneratives Irresein" speelt volgens Schroeder zeer sterk een negatief moment een rol, het niet behooren tot „de dementia praecox" of zooals Bonhoeffer zich uitdrukte: „die Einsicht dasz *auf dem Boden der Entartung* auch auszerhalb der manisch-depressiven, epileptischen und hysterischen Anlage akute psychotische Prozesse vorkommen, die als *selbständige Erkrankungen disponierter* Individuen zu gelten haben und dabei nicht einer Form der Dementia praecox zuzurechnen sind." [2])

De acute psychosen op degeneratieven bodem zijn grofweg in te deelen in twee groepen, als we letten op het *ontstaan* der episoden, al zullen de grenzen niet altijd even scherp te trekken zijn. Schroeder noemt dan de indeeling der in aansluiting aan „Erlebnisse, lebhafte Wunschvorstellungen" optredende psychotische episoden èn der periodische psychosen, waaraan dergelijke momenten niet voorafgingen.

Bij de eerste groep roept het psychisch moment niet alleen de psychose op, maar werkt het ook vormgevend ten opzichte van de symptomen. Het zijn de *reactief-labielen.* Kretschmer bestudeerde ongeveer terzelfder tijd, als Schroeder zijn eerste publicaties in dezen gaf, de waanvorming van deze groep; de studies over „gevangenis-psychosen" raken ook deze groep, zooals Bonhoeffer [3]) de waanvorming bij gevangenen reeds bestudeerde en Kutner [4]) katatonische toestandsbeelden beschreef.

Voor de tweede groep dezer psychosen, wier ontstaan niet in ver-

---

[1]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. Ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.
[2]) P. Schroeder, Abh. a. d. Geb. d. N. u. G.krankheiten H 6, 1907. Zie ook Schroeder: „Die Spielbreite enz." Berlin 1920.
[3]) K. Bonhoeffer, Zentralbl. f. N. Bd 22, 1899.
[4]) R. Kutner, Allg. Zeitschr. f. Ps. Bd 67, 1910.

band is te brengen met eenig psychisch moment, heeft Kleist het woord *„autochthon"* voorgesteld.

Dit is zoo de groep der *autochthoon-labielen.*

In de studies van Schroeder is nu sprake „von den *autochthonen Phasen* im Rahmen des degenerativen Irreseins", van welke groep Schroeder de manisch-depressieve psychose het prototype noemt.

Schematisch samenvattend krijgen we dan deze indeeling der *acute psychosen bij gedegenereerden:*

I. Ontstaan der episoden in aansluiting aan belevingen enz. (psychische momenten) *de reactief-labiele gedegenereerden* (waanvorming bestudeerd door Kretschmer, Bonhoeffer); hieronder een deel der *gevangenispsychosen.*	II. Ontstaan der episoden zonder eenig verband in dezen. Met Kleist te noemen: de *autochthoon-labiele gedegenereerden.* Schroeder handelt over deze groep. De manisch-depressieve Psychose is er het prototype van.

Dat Schroeder bij de afzondering van zijn degeneratiepsychosen zich echter niet consequent houdt of schijnt te kunnen houden aan zijn opzet, waarin alleen sprake was van de autochthone phasen in het kader van het „Degeneratives Irresein" [1]) blijkt al spoedig, als hij nog in hetzelfde artikel, op dezelfde bladzij een restgroep gaat afzonderen als „degeneratiepsychosen" in engeren zin en hieraan toevoegt „mögen sie ihrer Entstehung nach *autochthon oder reaktiv* sein."

Het zal ook later blijken dat hij niet steeds psychotische phasen, bij wier ontstaan psychische momenten een rol speelden, wil uitsluiten uit zijn groep der degeneratiepsychosen.

Schroeder komt dan tot de afzondering van een groep, een door hem betitelde *„rest-groep"* onder de wijdere groep van de degeneratieve geestesziekten, die hij voorloopig in aansluiting aan Bonhoeffer *„Degenerationspsychosen"*, degeneratiepsychosen, wil noemen.

De acute vormen van „de degeneratieve geestesziekten", die tot op dien tijd werden waargenomen, werden meestal met voorliefde als een symptomatisch atypische vorm ondergebracht onder de *manisch-depressieve psychose,* die zelf een bepaalden vorm van „de degeneratieve geestesziekten" vertegenwoordigt. Dit geschied-

[1]) „Degeneratives Irresein" kunnen we het best vertalen door „degeneratieve geestesziekten".

de althans als de acute psychose werd onderkend te behooren tot de groep der degeneratieve psychosen en niet der procespsychosen (dementia-praecox).

Wilmanns[1]) beschreef reeds meerdere jaren te voren psychotische phasen, die een op katatone, hebephrene of paranoïde vormen der dementia praecox gelijkend beeld vertoonden, als manisch-depressieve psychosen.

Specht[2]) breidde het gebied der manisch-depressieve psychose nog verder uit door de geheele Paranoia er in op te laten gaan.

Schroeder neemt hiertegenover stelling en oordeelt, dat met recht tegen een dergelijke uitbreiding van het manisch-depressieve psychose-begrip is geopponeerd. Wel geeft hij hierbij toe, dat er tusschen de manisch-depressieve psychose en de toch van haar af te zonderen groep vloeiende overgangen zullen zijn. Maar dat is ook geen wonder, daar beide ziektevormen ondergroepen zijn van het gesuperponeerde begrip der degeneratieve geestesziekten.

Een algemeene *symptomatologie* van zijn degeneratiepsychosen kan Schroeder niet geven. Hij treft onder deze groep aan: akinetische en hyperkinetische toestanden; sterk op hebephrenie gelijkende beelden; toestanden, die het karakter dragen van een acute hallucinose; paranoïsche waanvormingen.

Soms vindt hij gedurende het geheele ziekteverloop de verschijnselen gelijkblijvend, soms wisselen zij elkander tijdens dezelfde periode in snel tempo af. Dikwijls is een duidelijke depressieve of manische inslag aanwezig. De duur dezer episoden is zeer verschillend.

De meer hysterisch of amentia-achtig gekleurde beelden duren het kortst, meest slechts enkele dagen.

Andere kunnen maanden, zelfs jaren voortduren.

Bij alle vormen bestaat een neiging tot herhaald optreden. Iedere periode op zichzelf heeft echter een gunstige prognose.

Door trekken, die men gewoon is als prognostisch ongunstig te beschouwen, moet men zich niet op een dwaalspoor laten brengen.

Een groot deel der in genezing eindigende gevallen, die men prognostisch ongunstig beoordeeld had, rust op een overschatting van verschijnselen „wie viscerale Sensationen, somatopsychischen Beziehungswahn, blödes Lachen, Mutazismus, ungeniertes Entblöszen und onanieren, imperative Phoneme, Angaben über Gedankenübertragung und ähnliches, selbst längere Unsauberkeit und Kotschmieren".

Aan het slot van zijn beschrijving betreffende de symptomatolo-

[1]) K. Wilmanns, Zentralbl. f. N., 1907.
[2]) G. Specht, Zentralbl. f. N., 1908.

gie van zijn degeneratiepsychosen geeft Schroeder nog enkele aanduidingen aangaande de persoonlijkheidsstructuur dezer patiënten, waarop we later nog terugkomen: „In den Zwischenzeiten pflegt die *zugrundeliegende Psychopathie* mehr oder weniger deutlich hervorzutreten.

Die Kranken sind *sensitive* Menschen, oft mit hypochondrischer Einstellung, mit allerlei Auffälligkeiten, mit Neigung zu Zwangserscheinungen oder sie sind auch mehr aktive Naturen.

Im Vordergrund kann bei ihnen eine *cyclothyme* Anlage stehen, dann pflegen auch die akuten Phasen denen der manisch-depressiven Psychosen sich symptomatisch zu nähern oder mit ihnen abzuwechseln.

Bei den sensitiven sowohl wie bei den aktiven (und dann gewöhnlich asozialen) Naturen ist die *Gefahr von Konflicten, seelischen* wie *sozialen* grosz; daraus ergibt sich für die *ätiologische* Betrachtung der einzelnen akuten Phasen die Schwierigkeit einer scharfen Unterscheidung zwischen *autochthoner* Entstehung und *reaktiver* Bedingtheit". [1])

Reeds kwam eenmaal eerder de verhouding *autochthoon-reactief* ter sprake. We willen thans nagaan hoe Schroeder zich in zijn verschillende publicaties deze verhouding in de aetiologie zijner degeneratiepsychosen denkt.

In zijn boven aangehaalde woorden geeft Schroeder reeds te kennen, dat hij een scherpe onderscheiding tusschen autochthoon en reactief ontstaan der afzonderlijke acute perioden moeilijk vindt.

Hij bedient zich hierbij van begrippen, door Kleist naar voren gebracht. Kleist[2]) onderscheidt *autochthoon labiele constituties* en *reactief labiele constituties.*

Met reactief bedoelt Kleist: *psychisch-reactief.*

Tot het gebied der *psychisch-reactieve labiliteit* rekent Kleist dan:

1. alle hysterische toestanden en psychosen,
2. alle psychogene ziektetoestanden, die niet tot de Hysterie gerekend kunnen worden, waartoe hij allereerst rekent de veelvuldige „haftpsychotischen Komplexe" (Pseudodementie, stuportoestanden, hallucinatoire-, delirante- en katatone beelden, de paranoid-hallucinatoire psychosen van Bonhoeffer, reactieve depressies).

Autochthoon in den zin van Kleist is daarentegen: *niet*-psychisch-reactief en daardoor vermoedelijk ontstaan door inwendige, nog onbekende, somatogene oorzaken, die in staat zijn „die jeweiligen labilen Komplexe seelischer Funktion in Schwankungen zu bringen, mobil zu machen".

Als zoodanige inwendige oorzaken noemt Kleist dan: menstruatie,

---

[1]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 60, 1920.

[2]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 5, 1911. Zeitschr. f. d. ges. Ref. III, 1911.

graviditeit, puerperium, lactatie, *endocrine stoornissen*, in sommige gevallen ook hersenveranderingen door traumata, lues, apoplexieën, paralyse enz.

Tot de *autochthoon labiele constituties* rekent Kleist die ziektevormen, die zich uiten in manische en depressieve schommelingen, als ook die verloopen onder het beeld van Wernicke's motiliteitspsychosen; ook Wernicke's expansieve autopsychose en meerdere beelden. Later beschrijft hij nog een vrij groote groep van psychische stoornissen, die hij in navolging van Schroeder, ook *degeneratiepsychosen* noemt (zie Hoofdstuk IV) en die, al zijn ze voorts symptomatisch van elkaar af te grenzen, gemeenschappelijk verbonden zijn o.a. in hun *autochthoon optreden*.

Achter deze scherpe onderscheiding nu, die Kleist maakt tusschen autochthoon en reactief optreden bij de degeneratiepsychosen zet Schroeder een vraagteeken.

Ziet Kleist in het autochthoon optreden een der kenmerken zijner degeneratiepsychosen, Schroeder noemt een tweetal gevallen van zijn degeneratiepsychosen bij welke een *reactieve* factor in de aetiologie duidelijk aanwijsbaar is.

Bij geval 4 in zijn publicatie „Degenerationspsychosen und Dementia praecox", ontwikkelt zich een angstig-verwarde opwindingstoestand met betrekkingsideeën en hallucinaties, die twee maanden aanhoudt in onmiddellijke aansluiting aan een gerechtelijke zaak, die door hem zelf aanhangig was gemaakt. Het feit dat hij deze zaak aanhangig maakte, zou echter uit een paranoïde instelling in het begin van een reeds bestaande autochthone degeneratiepsychose kunnen worden verklaard. Een maand na zijn ontslag werd patiënt voor de tweede maal opgenomen. Toen kon geen verband meer worden aangetoond met de rechtzaak noch met eenig andere, als psychisch-reactief werkende aan te merken, factor. Na 5 maanden verpleging genas hij weer. Vijf jaar later blijkt, dat hij dergelijke verschijnselen niet meer heeft gehad en dat het hem zeer goed gaat.

Naar aanleiding van dit geval merkt Schroeder op, dat bij iedere, psychogeen toeschijnende, psychische stoornis de vraag gesteld moet worden, waarom juist die bepaalde beleving op dien tijd een dergelijke reactie opgeroepen heeft, terwijl gelijke belevingen, vroeger of later, geen reacties tengevolge hadden. Was op dat tijdstip al niet een psychische verandering, die autochthoon ontstaan was, aanwezig?

„Reaktiv und autochthon sind Endglieder einer langen Kette, und sind wahrscheinlich nicht durch so scharfe Grenzen zu trennen, wie es Kleist anscheinend geschehen wissen möchte".

In *geval 6* van dezelfde publicatie is het *reactief* optreden der psychose nog wel zoo duidelijk.

Bij dezen patiënt ontwikkelt zich voor de eerste maal op 34-jarigen leeftijd in onmiddellijken samenhang met de begrafenis van zijn vrouw, wier ziekte langen tijd een inspannende verpleging had vereischt, een psychotische toestand. Met veel zorg had hij zelf zijn vrouw verpleegd, 's nachts gewaakt; had om dit beter te kunnen doen zelfs tijdelijk zijn werk opgegeven. In den nacht voor den dag der begrafenis liep hij 's nachts ongekleed de straat op. Gedurende de teraardebestelling lachte hij onophoudelijk. Wekte in den nacht daarop zijn kinderen. Hij was

de Christus, de Heiland; binnen twee maanden ging de wereld onder; hij kon cyaankali drinken zonder te sterven. Er ontwikkelt zich een toestand van extatische opwinding met grove grootheidsideeën, onmiddellijk gevolgd door een remmingstoestand met angstige radeloosheid. Kon na ruim een maand ontslagen worden.

Voorts vraagt dit geval onze speciale aandacht voor het feit, dat deze patiënt, die zich, afgezien van een onduidelijke mededeeling over een zeer korten psychotischen toestand, jaren lang goed kon handhaven, 10 jaar na zijn 1e opname opnieuw een acute psychose krijgt, thans na een kortdurende *met koorts gepaard gaande ziekte* (waarschijnlijk griep).

Na drie dagen komt hij in een manisch gekleurden opwindingstoestand, zingt voortdurend, spreekt over den keizer, daarna in een sterkeren opwindingstoestand gedurende 10 dagen, met neiging tot iteraties en stereotype houdingen, die tenslotte weer in een meer manischen toestand eindigde, waarna wederom algeheele genezing optrad. Na 2½ jaar blijkt hij in zeer goeden doen, heeft zijn bedrijf nog uitgebreid, maakt licht hypomanen indruk .

Schroeder wil deze 2e ziekteperiode beschouwen òf als een atypische symptomatische psychose òf als een *degeneratiepsychose, ditmaal door een infectieziekte te voorschijn* geroepen.

Krisch[1]) wees er reeds op, dat door inwerking van sterke schadelijke prikkels de karakteristieke *exogene reactietypen van* Bonhoeffer worden te voorschijn geroepen, dat echter *kleinere schadelijke prikkels slechts de in den aanleg gegeven verschijnselen-typen* opwekken.

Zoo worden ook *alcoholhallucinosen* meestal waargenomen bij alcoholisten, die veel korter drinken dan zij, bij wie delieren optreden.

Deze alcoholhallucinosen komen voorts in hun symptomatologie sterk overeen met de ook door Schroeder beschreven hallucinosen in het kader der degeneratieve psychosen.

De alcoholhallucinosen zouden zich ontwikkelen bij individuen met dezen bizonderen aanleg, waarbij de alcohol-beschadiging dit complex slechts labiel maakt.

Zoo willen we ook geval 6 van Schroeder beschouwen.

Deze patiënt bezit een psychische labiliteit, die de eene keer door een psychisch-reactief werkend moment, de andere keer door een symptomatisch werkend moment, uit haar evenwicht wordt gebracht, waardoor beide keeren een gecompliceerd beeld met manischen grondtoon en goede prognose ontstaat.

Kleist[2]) neemt zelfs voor de psychosen bij infectieziekten een specifieken aanleg aan en onderscheidt naast de autochthone en de reactieve labiliteit nog een symptomatisch-labiele constitutie.

We stemmen met Schroeder in, als hij zegt, dat reactief en

---

[1]) H. Krisch, „Die Symptom. psychosen", Berlin 1920.
[2]) K. Kleist, „Die Influenzapsychosen", Berlin 1920.

autochthoon waarschijnlijk niet door zulke scherpe grenzen te scheiden zijn, als Kleist wil afbakenen.

Schroeder's geval 6 is o.i. hiervan een mooi voorbeeld.

Schroeder maakt van zijn „Degeneratives Irresein" een klein schema, dat we uitgebreid, aldus opstellen:

Degeneratives Irresein (Degeneratieve geestesziekten)

1. *Blijvende degeneratieve toestanden (Dauerzustände)*
   Karakteranomalieën van de gedegenereerden: moral insanity; pseudologia phantastica, perversiteiten, dwangverschijnselen (psychopathieën)
   constitutioneele ontstemmingen
2. *Acute psychosen*
   a) manisch-depressieve psychosen
   b) hysterische psychosen
   c) psychogene psychosen
   d) *Rest = Degenerationspsychosen* (degeneratiepsychosen) „von sehr polymorphen Symptomengepräge".
   Onder deze hebben bizondere interesse:

1. die met veel katatone verschijnselen (*motiliteitspsychosen* in den zin van Wernicke en Kleist).	2. die met *paranoïde* symptomen.

Het is Schroeders bedoeling op deze wijze niet zoo zelden voorkomende acute psychosen, die veelvuldig op een verkeerde plaats worden ondergebracht (meestal bij de dementia praecox) in het juiste verband te plaatsen.

„Von ihnen, für welche in erster Linie der zunächst *behelfsmäszige* zusammenfassende Name *Degenerationspsychosen* gewählt worden ist, eine Reihe Beispiele zu bringen und zu erörtern, ist die wesentliche Aufgabe für das Folgende, das damit *nach keiner Richtung* den Anspruch erhebt, etwa eine *neue Krankheit oder Krankheitsgruppe zu beschreiben*".

In zijn „*Degenerationspsychosen und Dementia praecox*"[1]) toont Schroeder ons dan een reeks gevallen, die hij, ofschoon zij verschijnselen vertoonen, die aan „dementia praecox" doen denken,

[1]) P. Schroeder, Arch. f. Ps. Bd 66, 1922.

toch beslist niet onder dezen ziektevorm wil rangschikken, doch wil beschouwen als vormen van het degeneratieve „Irresein".

Het gaat bij Schroeder in deze publicatie niet alleen om de engere groep der degeneratiepsychosen, doch om den wijderen kring van de degeneratieve geestesziekten. De titel geeft dan ook niet geheel weer de breedere bedoeling van den schrijver.

Hij geeft voorbeelden van gevallen met verschillende symptoomcomplexen, die hij afzondert van de groep der dementia praecox.

Allereerst beschrijft hij twee gevallen, waarbij hij wijst op den vooruitgang in de psychiatrische diagnostiek *katatone* symptomencomplexen minder eenzijdig te interpreteeren en deze minder als bewijzend voor de dementia-praecox aan te zien, daar zij eveneens relatief veelvuldig voorkomen bij de „degeneratieve geestesziekten."

Zoo deelde Raecke[1]) in 1908 reeds een rij genezen katatoniegevallen uit de jaren 1902—1904 mede.

Bij de bespreking van *geval 1.* laat Schroeder ons de waarde zien van een goede *waarneming van het begin der psychose* (in dit geval een typisch melancholisch stadium) en van de waarde van het *katamnestisch onderzoek,* waaruit bleek, dat de patiënt, die 10 maanden lang een duidelijk katatoon beeld vertoond had, na zijn herstel twee maal een typische manie doormaakte. Zelf verrichtte hij een katamnestisch onderzoek naar een 90-tal patiënten, 8—10 jaar tevoren in zijn kliniek opgenomen, en onder de einddiagnose „dementia praecox" ontslagen.

Bij meer dan 1/3e van deze gevallen bleek de diagnose „dementia praecox" niet gehandhaafd te kunnen worden.

Het is hem duidelijk, dat wat „dementia praecox" of schizophreniegroep genoemd wordt, geen eenheid is, ook niet na de afzondering van de paraphrenieën van Kraepelin. Het is niet twijfelachtig of een groot deel van wat door hem als „degeneratiepsychosen" wordt samengevat, verdwijnt in de groep der dementia praecox.

Na zoo eerst meer tegenover elkaar gesteld te hebben de groep van de dementia praecox en van het degeneratieve „Irresein" in breede beteekenis, laat Schroeder ons gevallen zien met verschillend symptomen-beeld, die hij tot zijn „degeneratiepsychosen", tot de rest-groep van zijn degeneratieve geestesziekten wil rekenen. Samengevat zijn dit:

1. beelden, die *vóór* Kraepelin tot de *acute paranoia* zouden zijn gerekend;
2. beelden van *acute hallucinose* in den zin van *Wernicke;*
3. gecompliceerde, polymorphe, wisselende beelden;
4. beelden in den zin van Wernicke's (later ook

[1]) Raecke, Arch. f. Ps. Bd 47, 1908.

Kleist's) *hyperkinetische* en *akinetische motiliteits-psychosen.*

1. BEELDEN VÓÓR KRAEPELIN ALS „ACUTE PARANOIA" GEDUID.

In den tijd van Kraepelin sprak men veel van „acute paranoia", al of niet gepaard gaande met sterke gehoorshallucinaties, éénmaal optredend of periodisch verloopend. Sinds Kraepelin is de acute paranoia als zelfstandig ziektebeeld verdwenen, het grootste deel dezer gevallen bleek zich n.l. als „dementia praecox" verder te ontwikkelen; slechts bij uitzondering kon het zich als acute alcohol- en cocaïne-paranoia handhaven.

Schroeder ziet hierin echter „eine allzu summarische Einreihung in die Dementia praecox."

Ook Kleist denkt er zoo over. Met uitzondering van 2 wil hij de 24 gevallen van acute paranoia uit de publicatie van Thomsen[1]) rekenen tot de *autochthoonlabiele constituties*, die hij later ook degeneratiepsychosen gaat noemen.

Het is niet Schroeder's bedoeling opnieuw de „acute paranoia" als een zelfstandige ziekte te doen herleven, doch wel om binnen het kader van de veelvormige degeneratiepsychosen een groep van acuut paranoïd-hallucinatoir karakter af te grenzen.

Maakte Thomsen een indeeling van zijn „acute paranoia"-gevallen mede naar het voorkomen van geen, weinig of veel hallucinaties met of zonder verschijnselen van verwardheid, ook Schroeder onderscheidt met het oog op het op den voorgrond treden van hallucinaties, typen onder zijn acute paranoïd-hallucinatoire toestanden en wel degeneratiepsychosen met het beeld der *acute hallucinose* in den zin van Wernicke, waar de massale hallucinaties op den voorgrond staan, naast die, waar de waandenkbeelden de hoofdrol spelen.

Van beide typen geeft hij een geval als voorbeeld. (gevallen 3 en 4).

De psychose in geval 4 begon met een angstig-verwarden opwindingstoestand met *betrekkingsideeën.* Na algeheel ziekteïnzicht ontwikkelde zich na 3 weken een meer langdurige psychose, opnieuw met levendige *betrekkingsideeën met dwanggedachten.* De patiënt „hoort" geen stemmen, maar het is alsof hij hooren, lezen, voelen kan wat anderen van hem zeggen. Voorts melancholische trekken. Het vreemd dwangmatige in zijn schrijven, op de knieën vallen, knikken, doet even aan katatonie denken.

Sedert 5 jaar is de patiënt gezond gebleven.

Op de reactieve momenten bij het ontstaan van den eersten

[1]) Thomsen, Arch. f. Ps. Bd 45, 1909.

psychotischen toestand werd reeds (blz. 21) gewezen.

Behalve de betrekkingsideeën willen we van de verschijnselen bij deze psychose nog accentueeren: de *visionaire belevingen*, de beleving van het *ondergaan der wereld* en van het *ingegeven worden* der gedachten.

2. BEELDEN VAN „ACUTE HALLUCINOSE" IN DEN ZIN VAN WERNICKE.

In geval 3 geeft Schroeder hiervan een voorbeeld [1]).

Ons wordt daarbij een beeld beschreven, dat vrij acuut begint, vijf maanden duurt, langzaam afneemt, waar het *massaal stemmenhooren* op den voorgrond staat. De inhoud der hallucinaties is in overeenstemming met de stemming van den patiënt, die euphorisch is, behalve op het hoogtepunt van zijn ziekte, waarin pat. in overeenstemming met het karakter zijner hallucinaties meer angstigwantrouwend is. Het bewustzijn was niet gestoord. Ziekteïnzicht was na 2 maanden aanwezig; patiënt geneest, maatschappelijk hersteld, al keert van tijd tot tijd, *aanvalsgewijze*, het stemmen-hooren terug, zonder dat hij daardoor in zijn werk beïnvloed werd.

Schroeder wijst er op, dat dit beeld van acute hallucinose sterk doet denken aan de alcoholhallucinose. Het betrekkelijk veelvuldig voorkomen van het beeld der hallucinose in het kader der degeneratieve psychosen doet Schroeder sterk vermoeden, dat personen, die een acute alcoholhallucinose doormaken, dezen degeneratieven aanleg hebben.

De aanleg speelt waarschijnlijk hier een grootere rol dan de alcohol.

Zoo wordt de alcoholhallucinose gebracht onder de degeneratiepsychosen.

Door de geringere beschadiging van minder chronisch alcoholgebruik worden de reacties, die *in den aanleg verankerd* liggen, te voorschijn geroepen.

Hier blijkt weer de moeilijkheid van het trekken van scherpe grenzen tusschen endogeen en exogeen.

Kunnen acute hallucinose en betrekkingswaan, zooals we in de gevallen 3 en 4 van Schroeder zagen, bij juiste interpretatie der verschijnselen van elkaar afgegrensd worden, vaak treffen we deze symptomen gecombineerd aan. Op het hoogtepunt der hallucinaties treedt met de toenemende angst ook de betrekkingswaan naar voren. Schroeder vestigt er onze aandacht op, dat bij geprotraheerd verloopende hallucinosen niet zelden, als de hallucinaties niet meer voorkomen, de patiënten nog langen tijd

---

[1]) Zie ook P. Schroeder: Mon. Schr. f. Ps. u. N. 37, 1915 en Mon. Schr. f. Ps. u. N. 49, 1921.

daarna kunnen *meenen*, dat *over* hen gesproken wordt, dat opmerkingen over hen worden gemaakt. Er is dan geen sprake meer van hallucineeren, doch van betrekkingsideeën.

3. GECOMPLICEERDE, POLYMORPHE, WISSELENDE BEELDEN.

Voorts onderscheidt Schroeder onder zijn degeneratiepsychosen gecompliceerde beelden, die symptomatisch niet gemakkelijk zijn te overzien, mede door hun wisselend symptomen-beeld. Hij treft deze zelfs veelvuldig aan.

Geval 5 is hiervan een voorbeeld.

Geval 5. Herediteit: twee zusters zouden lichtzinnig zijn. Patiënte leerde moeilijk; had een onecht kind.

Was steeds spoedig geprikkeld en lacherig.

1e opname: op 30-jarigen leeftijd. Was 3 maanden wat slap. Daarna kreeg ze, zonder bekende oorzaak, tegelijk met het uitbreken der menses „toevallen". Sloeg met armen en beenen om zich heen, schreeuwde, was angstig, zag een hand met bloemen en gedaanten.

Tijdens de eerste week van haar opname is patiënte onrustig, schreeuwt, lacht, huilt; voortdurende stemmingswisseling, angstig, dringt zich erotisch op, heeft visioenen. Ligt soms met gesloten oogen te gesticuleeren en te zoemen.

Bij 't begin van de 2e week wordt patiënte rustiger, kruipt onder de dekens, geeft zoo goed als geen antwoord, geeft aan haar broer de vrees te kennen, dat ze hier gedood zal worden, lacht er daarna om. In de 2e maand: mutistisch, geen affect. Daarna weer veel lachen, heeft visioenen, ziet bloemen. Bij het begin der 3e maand: nog flink geremd. Wordt na 3 maanden verbeterd ontslagen. De beterschap neemt thuis toe, lachte vaak evenals vroeger, arbeidde thuis en op het land met ijver.

2e opname: Bijna elf jaar later. Ongeveer 3/4 jaar voor de opname was haar broer gestorven, bij wien ze werkte. Trok zich zijn dood zeer aan. Wilde niet uit het huis toen zijn „Wirtschaft", die ze na zijn dood alleen leidde, verkocht werd. Geen lust meer tot werken, ging slecht slapen, eischte, dat de doode broer en vader zouden opgegraven worden, sprak verward, had gezichts- en gehoorshallucinaties. Meent in den hemel te zijn, maakt radeloozen indruk.

Is zeer onrustig, zit in zichzelf te spreken en te lachen, huilt er tusschen door, springt soms plotseling uit bed (op bevel). Is aggressief. Meent dat haar bed onder electrischen stroom staat.

Wordt na 3 maanden veel rustiger, is geordend en geeft goede antwoorden. Meent zelf, dat het hooren der stemmen en de gedachte geelectriseerd te worden, wel ziekelijk geweest moeten zijn.

Wordt na ± 6 weken ontslagen.

Is na dien tijd bij een anderen broer 5½ jaar in goeden doen thuis geweest. Sliep altijd slecht. Was levendig, aanhankelijk, betoonde geen bijzonderheden, gedroeg zich niet opvallend. Wel lacht ze vaak en onbedaarlijk, gelijk voorheen. Was zorgzaam, kortom geheel normaal.

Bracht een bezoek aan de kliniek, om zich nog eens te laten zien.

Uit een goed inzicht in haar toenmaligen ziektetoestand; geeft geordend, verstandig antwoord. Heeft niets opvallends in haar optreden.

3e opname: Is weer veranderd na haar bezoek aan de kliniek. Was spoedig prikkelbaar.

Bij opname: Zeer opgewonden, spreekt gedurig en door elkaar, lacht ongemotiveerd, onmiddellijk daarna in tranen. Weet sinds een paar weken niet wat er eigenlijk met haar gebeurt, is verward, slaapt slecht.

Blijft ± 10 dagen onrustig, lacht en huilt ongemotiveerd, wil de waarheid weten, meent, dat er iets vreeselijks gebeurd moet zijn, is afleidbaar, gesticuleert levendig. Soms een depressieve trek, zou wel terstond willen sterven, om de menschen uit den weg te zijn.

Is soms aggressief.

Wordt daarna rustiger, kruipt graag onder het laken, moet zich voor de menschen schamen. Gedachtenvlucht, springt van den hak op den tak.

Is vroolijk gestemd, afleidbaar.

Vertrekt binnen een maand naar huis.

Het toestandsbeeld was bij iedere opname verschillend. Gedurende de 1e opname werd de diagnose *„hysterische psychose"* gesteld, bij de 2e opname *„dementia praecox"*. Hoewel de eerste episode reeds 17 jaar geleden begon, heeft zich bij patiënte geen schizophreen defect ontwikkeld.

De toestandsbeelden waren samengesteld uit hysterische, visionair-hallucinatoire verschijnselen, verwarde toestanden van radeloosheid en motorische remmingsverschijnselen, terwijl, vooral tijdens de laatste periode, duidelijke manische en depressieve trekken aanwezig zijn.

Het ziektebeeld was echter gedurende iedere episode een ander. Dergelijke gevallen doen Schroeder kritisch staan tegenover Kleist's meening iedere acute periode van dergelijke wederkeerende degeneratiepsychosen als schommelingen van één bizondere aangeboren labiele constitutie te willen verklaren.

Volgens Schroeder komen de polymorphe wisselende ziektebeelden bij het degeneratieve „Irresein" (waartoe zijn degeneratiepsychosen behooren) dikwijls voor.

Dit polymorph en wisselend, in dit verband bedoeld voor de verschillende perioden, heeft echter ook beteekenis voor ieder ziektebeeld tijdens een bepaalde periode afzonderlijk beschouwd.

Niet 't minst in geval 5, doch ook in andere gevallen, vraagt een wisseling van verschijnselen tijdens een bepaalde periode onze aandacht. Een opvolging en dooreenmenging van hysterische, paranoïd-hallucinatoire, katatone en depressieve trekken valt op.

4. BEELDEN IN DEN ZIN DER HYPERKINETISCHE- EN AKINETISCHE MOTILITEITSPSYCHOSEN (WERNICKE, KLEIST).

Het was Wernicke's[1]) bedoeling met zijn *„motilitäts-psychosen" bepaalde* psychiatrische toestandsbeelden te ontleden en nauwkeurig te teekenen; *niet* om hiermede nosologisch nieuwe ziektevormen op te stellen. Hij onderscheidt *akinetische* en *hyperkinetische motiliteitspsychosen*. Deze kunnen afwisselend voorkomen (cyclische motilit.psychosen) of zich mengen met allerlei

[1]) C. Wernicke, Grundrisz der Psychiatrie, Leipzig 1906.

andere „psychosen" tot zeer gecompliceerde beelden. Aldus was Wernicke's gedachtengang.

Ook merkte hij op, dat zijn psychomotorische beelden kunnen voorkomen in het verloop van een hebephrenie, doch eveneens in dat van een paralyse. Voorts brengt hij hen in betrekking tot de epilepsie en de chorea.

Wat Wernicke onder zijn „motiliteits-psychosen" verstond, is zoo in het geheel niet identiek met de katatonie van Kahlbaum en Kraepelin, noch met de schizophrenie van Bleuler.

Kleist heeft de denkbeelden van zijn leermeester verder uitgewerkt. Reeds in 1911 gaf Kleist[1]) een referaat over de klinische plaats der motiliteitspsychosen, waarop te weinig aandacht werd gevestigd.

Wernicke zag, zuiver symptomatisch, een nauwe verwantschap der motiliteitspsychosen met de manie en melancholie.

Ook Kleist brengt voor een belangrijk deel de betrekking tot de manisch-depressieve psychose naar voren, als hij beweert, dat zij evenals de phasen van de manisch-depressieve psychose van endogenen aard zijn en verschijnselen zijn van een abnormale, zich in *autochthone schommelingen uitende constitutie.*

Zoo behooren deze motiliteitspsychosen volgens Kleist voor een groot deel tot de, door hem zelf later ook aldus genoemde „degeneratiepsychosen".

Als men de motiliteitspsychosen, die behooren tot de dementia praecox, paralyse, epilepsie, hysterie, toxische en infectieuze ziekten uitzondert, vormen de overblijvende, die verschijnselen zijn van een zich in autochthone schommelingen uitende constitutie, een behoorlijke rest. (Zie voorts Hfdst. IV).

Schroeder wijst er op, dat Kleist spoedig geneigd is te spreken van een motiliteitspsychose. Dit komt hierdoor, omdat hij bij depressietoestanden en manieën aan de motorische component van het ziektebeeld, wat de naamgeving betreft, een hoogere waarde toekent.

In die gevallen zijn anderen eerder geneigd van melancholie en manie te spreken dan van motiliteitspsychose.

Van een zuivere *periodische hyperkinetische motiliteitspsychose* kan Schroeder een mooi voorbeeld geven.[2])

Een 33-jarige patiënte maakte tot haar 30e jaar gedurende ± 7 jaar *12—14 keer* een *telkens genezenden psychotischen toestand* van aanvankelijk 1—2 dagen, later 1—2 weken door. In den tijd daarna tot op den datum van het katamnestisch onderzoek (4 jaar later) had zij nog 2 maal een korten aanval.

[1]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Ref III, 1911.

[2]) P. Schroeder, Mon. Schr. Bd 44, 1918. Fall 9 en Arch. f. Ps. Bd 66, 1922.

Deze begonnen alle geheel plotseling met veel praten en zingen en eindigden even plotseling.

Bij katamnestisch onderzoek was patiënte geheel geordend, had goed ziekteïnzicht en vertoonde geen spoor van dementie. Door haar man werd ze ook als gelijkmatig, ijverig en zorgzaam beschreven.

Schroeder wil de beelden, die Wernicke als *zuivere hyperkinetische motorische* toestanden afgezonderd heeft, voor het grootste deel tot zijn *degeneratiepsychosen* rekenen, met name als duidelijke manische trekken aanwezig zijn.

Moeilijker nog wordt de beoordeeling der *akinetische motiliteitspsychosen,* daar deze symptomatisch veel armer en dus moeilijker te differentieeren zijn dan de hyperkinetische. Komt in het verloop van anders typisch verloopende manisch-depressieve perioden in de plaats van een melancholie eens een zware remmingstoestand voor, die aan katatonie doet denken, dan is het nog niet zoo moeilijk dezen akinetischen toestand in het degeneratieve „Irresein" in te schakelen.

In dit deel van zijn publicatie over de plaatsbepaling der akinetische motiliteitspsychosen gebruikt Schroeder de begrippen degeneratief „Irresein" en degeneratiepsychose weer door elkaar. In hoofdzaak is het er hem om te doen, dat men de akinetische beelden niet met katatone zal gelijkstellen.

In Fall 3 van zijn monographie „Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen" [1]) beschrijft hij een geval, dat een akinetisch beeld vertoonde, dat zich echter, dank zij de voorgeschiedenis, gemakkelijk in het kader der manisch-depressieve psychose liet inschakelen.

Komen dergelijke akinetische toestanden geïsoleerd of voorloopig geïsoleerd voor, dan wordt het moeilijker deze beelden te rubriceeren.

Een dergelijk beeld, door Schroeder tot de degeneratiepsychosen gerekend, teekent hij ons in *geval 7:* [2])

Patiënte is 24 jaar oud, onderwijzeres.

Herediteit: Moeder migraine; één broer heeft 15 jaar geleden een depressietoestand doorgemaakt, daarna gezond.

Patiënte heeft goed intellect, is vriendelijk, heeft niets opvallends.

Kreeg een aanstelling als onderwijzeres; werd terneergeslagen, kreeg insufficiëntiegevoelens, zelfverwijten en geraakte in een toestand van *angstige radeloosheid,* weldra gevolgd door sterke remming, groote bewegingsarmoede met mutisme, stereotype houdingen, grimasseeren en incontinentie. Ook wordt aangeteekend: „Gesichtsausdruck ratlos und *leer.*"

Een depressief affect of andere melancholische verschijnselen komen gedurende den akinetischen toestand niet voor.

Na 2 tot 3 maanden begint ze langzaam aan vooruit te gaan, om na 5 maanden te worden ontslagen.

---

[1]) P. Schroeder, Berlin 1920.
[2]) P. Schroeder, Arch. f. Ps. Bd 66, 1922.

Bij het katamnestisch onderzoek is patiënte minstens 5 jaar volkomen gezond geweest en kon haar taak als onderwijzeres goed vervullen.

Ze heeft geen stemmingswisselingen; had deze ook vroeger niet. Voor de eerste maanden van haar ziekte heeft ze een omvangrijke *amnesie.*

Schroeder beschrijft dan nog enkele akinetische beelden, om er dan op te wijzen, dat het totaalbeeld toch wel van dat der katatone patiënten is te onderscheiden, en wijst met name op de angstig-radelooze verwardheid.

„Ein verhältnismäszig häufig *die Akinese einleitender Zustand* bei den *akinetischen Degenerationspsychosen* ist der der *ängstlich-ratlosen Verworrenheit*". (Gevallen 7, 8, 9).

Voor een groot deel zouden deze psychosen zich dekken met die, welke Wernicke „verworrene Manie" of „agitierte Verwirrtheit" genoemd heeft.

Ook in de gevallen 5 (blz. 27) en 6 (blz. 21) kwamen we deze *angstige verwardheid* en *radeloosheid* tegen.

Onzindelijkheid, gezichts- en gehoorshallucinaties, phantastisch hypochondrische waanvoorstellingen behoeven hierbij niet tegen een degeneratiepsychose te pleiten.

Onder de *akinetische* motiliteitspsychosen zijn Schroeder geen gevallen bekend, die zooals bij de hyperkinetische, zeer veel perioden van zeer korten duur te zien geven. (Blz. 29).

De akinetische motiliteitspsychosen duren over het geheel langer en herhalen zich minder vaak.

Naast de genoemde enkelvoudige motiliteitspsychosen, komen er ook *gecompliceerde* voor.

In *geval 10* geeft Schroeder hiervan een voorbeeld.

Een vermenging van hyperkinetische en akinetische symptomen is hier aanwezig. Dit geval interesseert ons bovendien om de *herediteit* en het optreden der 2 psychotische perioden in *aansluiting aan* een psychisch beleven. (Zie blz. 21).

Wat de herediteit betreft: moeder zware migraine; vader en broer potatoren; een andere broer psychopaath; vader van moeder: hypochonder; een neef: manisch-depressieve psychose.

In zijn „die Spielbreite der Symptome beim Man-depr. Irresein und bei den Degenerationspsychosen" [1]) beschrijft Schroeder ons eerst 6 gevallen, die hij, hoewel zij sterk atypische ziektephasen te zien geven, toch wil blijven rekenen tot de manisch-depressieve psychose. De *cyclothyme schommelingen gedurende de intervallen* tusschen de acute psychotische aanvallen en de *gelijksoortige belasting* met manisch-depressieve psychose vindt hij hiervoor bewijzend. Zoo kan hij toch nog atypische beelden met massale acustische hallucinaties, met verwarde waanvoorstellingen, ongewone

[1]) P. Schroeder, Berlin 1920.

opwindingstoestanden akinetische en hyperkinetische motiliteitsverschijnselen onder de man.-depr. psychose onderbrengen. (Zie blz. 1).

Echter geeft een manisch of depressief *gekleurd* zijn van het beeld nog geen recht op het etiket „manisch-depressieve psychose".

„Die blosze Tatsache des Schwindens und Schwankens der Erscheinungen, sowie der *depressiven Beifärbung* der Exazerbationen darf allein die diagnose „manisch-depressive Erkrankung" nicht begründen.

Grobe Schwankungen innerhalb sehr weiter Grenzen sind ein Charakteristikum *aller degenerativen* Erscheinungen, und *depressive Stimmung* dieser oder jener Färbung begleitet sie gleichfalls recht häufig".

Hij geeft dan enkele gevallen weer, waarin tijdens opwindingstoestanden met akinetische en hyperkinetische symptomen, hallucinaties en betrekkingsideeën, *manisch gekleurde* phasen of *depressieve trekken* worden waargenomen. Noch de herediteit, noch de eigen levensgeschiedenis geven in die gevallen hem echter het recht deze als „manisch-depressieve psychose" te duiden. Evenals de eerder door ons geciteerde, elders gepubliceerde, gevallen van Schroeder, eindigen ook deze echter met genezing en goed ziekteïnzicht, waardoor ze toch gerekend moeten worden tot „de degeneratieve geestesziekten", in casu tot de degeneratiepsychosen.

Dat neemt niet weg, dat de keuze tusschen manisch-depressieve psychose en degeneratiepsychose wel eens moeilijk kan zijn.

Bij denzelfden patiënt kunnen degeneratiepsychosen herhaalde malen in het leven optreden.

Dan kan het, vooral bij gelijktijdige manische en depressieve „Färbung" van het ziektebeeld moeilijk zijn, tusschen beide ziekten te differentieeren.

„Diese Schwierigkeit ist *grundsätzlich unüberwindbar*, weil eine scharfe Grenze zwischen beiden nicht besteht, und weil alle Übergange zwischen ihnen vorkommen müssen.

Damit schlieszt sich der Ring zwischen den atypischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins und den Degenerationspsychosen".

Schroeder eindigt deze monographie met den slotzin:

„Es diskreditiert das manisch-depressive Irresein unnütz, wenn demselben allerlei ungewöhnliche Psychosen hinzugezählt werden, die *weder* charakteristisch *manische*, noch charakteristisch *depressive* Phasen aufweisen, nur weil sie diese oder jene *verwandten Züge* mit dem *manisch-depressiven Irresein* haben, und weil sie sicherlich *nicht* der dementia praecox und auch nicht anderen Krankheitsgruppen zugehören".

Een enkel woord over den *naam* „Degeneratiepsychosen" bij Schroeder.

In 1920 zegt Schroeder[1]), dat hij die Rest-groep *voorloopig* in aansluiting aan Bonhoeffer „Degenerationspsychosen" zal noemen. In dit „voorloopig drukt hij uit, nog niet met den naam van zijn psychosen klaar te zijn.

In 1926[2]) spreekt hij zich hierover duidelijker uit. Hij schrijft weer een artikel „über Degenerationspsychosen", doch voegt tusschen haakjes hieraan toe „metabolische Erkrankungen".

Het woord „degeneratie" bevredigt hem niet. Ook Bleuler en Bumke hadden opgemerkt, dat het opnieuw invoeren van het begrip „degeneratief" niet gelukkig was. Hij geeft hun dit toe. Het begrip „degeneratief" is te onduidelijk en vaag geworden en heeft te veel beteekenissen gekregen. Gaarne wil hij het voor een ander offeren.

„Auf die Sache und nicht auf den Namen kommt es an, aber ein *schlechter Name schadet der Sache*".

Schroeder beschouwt dan opnieuw het karakteristieke van zijn groep. Naast de *symptomatologie* en *genese* bestaat dit in het *episodische, periodische verloop.*

Ook Magnan lette hierop, als hij in dit verband sprak van „Syndromes épisodiques" en Moebius sprak van „Zufälle".

Bonhoeffer en Kleist gaven voorkeur aan het begrip *„Labilität"*.

Schroeder wil zich hierbij aansluiten bij het geven van een meer indifferenten, beteren, minder aanvechtbaren naam en spreken van *motabolische* (*μετα-βαλλειν* = wisselen, veranderen) of *metaptotische* (*μεταπιπτειν* = omslaan, veranderen) *toestanden* of *constituties.*

„Damit schalten wir das schlecht gewordene Wort „degenerativ" aus und kleiden den Begriff Labilität in ein griechisches Gewand".

In Hoofdstuk XI zullen we nader de losmaking van het begrip „degeneratie" van deze psychosen-groep bepleiten.

Vrij uitvoerig hebben we Schroeders beschouwingen weergegeven. Dit heeft het groote voordeel, dat we ons zoo geheel in den gedachtengang van dezen onderzoeker hebben kunnen verplaatsen. Meerdere opmerkingen of gegevens kwamen we hierbij tegen, die we uit zijn publicaties willen uitlichten en vastleggen.

Dikwijls is een duidelijke manische of depressieve inslag aanwezig (blz. 19). Tijdens dezelfde periode kunnen de verschijnselen

---

[1]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.
[2]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 105, 1926.

gelijkblijvend zijn; zij kunnen echter ook afwisselend zijn (blz. 19; 27).

De meer hysterisch of amentia-achtig gekleurde beelden duren het kortst (blz. 19).

In de tijden tusschen de perioden gelegen, pleegt de aan de psychose ten grondslag liggende *psychopathie* meer of minder duidelijk naar voren te treden (blz. 20).

Het is moeilijk een scherpe grens te trekken tusschen de *autochthone* en *reactieve factor* in de aetiologie (blz. 19; blz. 20, blz. 31; gevallen 4, 6 en 10).

Onder de verschijnselen bij Schroeders degeneratiepsychosen komen we ook tegen: het *beleven van den ondergang der wereld* (geval 4 en 6); *extatische toestanden met grootheidsideeën* (geval 4); *angstige, radelooze verwardheid,* al dan niet met akinetische verschijnselen gepaard gaande (gevallen 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10); *amnesie* bij de motiliteitspsychosen (gevallen 7 en 10); betrekkingsideeën met dwanggedachten (geval 4); visionaire belevingen (gevallen 4 en 5); massale hallucinaties en geluksgevoel (geval 3).

Bij eenzelfden patiënt kan zoowel een reactief moment als een koortsende ziekte beteekenis hebben voor het uitbreken van een periode (blz. 21, geval 6).

Schroeder ziet sterke overeenkomst tusschen de *alcoholhallucinosen* en de door hem beschreven hallucinosen in het kader der degeneratiepsychosen (blz. 22, 26). Kleinere schadelijke prikkels wekken slechts de in aanleg gegeven verschijnselen-typen op (Kirsch) (blz. 22).

Het ziektebeeld kan gedurende iedere ziekteperiode een andere zijn. (Blz. 28).

Tot slot hebben we een *eigen schema* opgesteld van de meeste gevallen, die Schroeder in zijn publicaties beschrijft, waarbij we met name hebben gelet op de *hereditaire* factoren, *de psychopathische en cycloïde trekken* in het karakter der patiënten, het *autochthoon of reactief ontstaan* en de meest opvallende verschijnselen.

Eerst hebben we de gevallen verwerkt, die Schroeder nog tot de manisch-depressieve psychose wil rekenen; daarna die, welke hij niet meer tot deze psychose rekent, doch wel tot de rest-groep van zijn degeneratieve geestesziekten, in casu de degeneratiepsychosen.

Een enkel minder instructief geval (waar b.v. de pat. imbecil was) is door ons niet in dit schema verwerkt.

---

1. Nog te rekenen tot de manisch-depressieve psychose.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
1. (Spielbr. [1])) man	van 8 zusters 1 zeer nerveus. Voorts geen erfel. belasting.	dikwijls depressieve tijden; ook eens een manische periode, die in een depressieve omsloeg.	autochthoon	in één van zijn *depressieve phasen* 5 maanden lang naast de melanchol. verschijnselen het beeld van een acute hallucinose met massale acustische hallucinaties. Had ook reeds in vroegere depressieve perioden vervolgingsideeën geuit.
2. (Spielbr.) vrouw	P. hersenverweeking. S. melancholisch.	als kind reeds buien van levendigheid en blijheid en huilbuien. Ook bij ouder worden. Dochter noteerde 10 perioden van opgewondenheid en depressie gedurende maanden.	autochthoon	Tijdens een manie zonder gelijktijdige bewustzijnsstoornis maandenlang talrijke verwarde waanvoorstellingen en hallucinaties op alle gebieden.
3. (Spielbr.) vrouw	M. 1x manie.	Vroeger geen stemmingsschommelingen. Tusschen de ziekteperioden in den regel licht depressief.	autochthoon	2x een zuivere manie, daarna gecompliceerde psychotische toestand; daarna weer een zuivere manie. Tijdens de atypische periode, die als een manie begon na 7 weken: uitgesproken remming, incontinentie, geen stemmingsanomalieën, apathie, *affectloosheid*. Eindigt met depressieven inslag.

[1]) Gevallen uit „Spielbreite enz.", Berlin 1920.

1. Nog te rekenen tot de manisch-depressieve psychose.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
4. (Spielbr.) man	P. M. in ouderdom psychotisch. S. man.-depr. psychose.	eigenzinnig, licht hypomaan.	autochthoon	Op 18 jr. leeftijd met korte tusschenpauze een *melancholie* en *manie*. 5 jaar gezond. Daarna gedurende 8 maanden opwindingstoestand. Begin manisch, laatste maanden manisch met aan 't slot omslag naar het depressieve. In tusschentijd *hyperkinetische* en *akinetische* verschijnselen. *Monotone grootheidsideeën.* Stereotypieën, grimasseeren, echolalie. Geen adaequate manische affecten; geen verwardheid of bewustzijnsstoornis. Tijdens toestand van remming geen depressieve affecten. Na herstel reeds 8 jaar gezond.
5. (Spielbr.) man	M. M. zenuwziek.	Intolerant voor alcohol en rooken. Migraine aanvallen. Leeft teruggetrokken, vegetarisch.	autochthoon	Heeft tusschen 22—40 jaar 5x een acute psychose van 3—10 maanden doorgemaakt. De 2e, 3e en 4e zijn zonder twijfel *manieën*, de 5e een *melancholie*. Begin 2e periode wel ongewoon: acuut beginnende verwarde opwindingstoestand met perseveraties en stereotypieën. De 1e ziekteperiode het meest afwijkend: begint met *angstig-verwarden opwindingstoestand* met monotone rythmische bewegingen en stereotypieën; voor dit begin amnesie. Eindigt met hypomaan stadium. Aan 't slot licht depressief.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
6. (Spielbr.) man	PpM: K. Z. † tante v. moeder: epilepsie † Fam. moederszijde licht prikkelbaar. M.: man-depr. ps. † epilepsie. fr: manie.	niets opvallends.	autochthoon	2e periode (21 jr.): acute *manie* 1e periode (20 jr.) zeer atypisch: acuut begin; duurde 4 maanden. Onrust met verwarde *vervolgingsideeën*, pathetische gebaren; daarna remming, negativisme, *geen depressief affect.*
1. (Archiv. 66) vrouw	Sp.: meerdere depressietoestanden. Broer en zuster: zeer levendige naturen.	In tusschentijden: onopvallend, ijverig.	autochthoon	Sinds 1/4 jaar leerling-verpleegster. 24 jr. Maakte gedurende 26 maanden een zwaren psychot. toestand door, die begint met de verschijnselen van een melancholie (zelfverwijten, geen levensmoed meer). Na 8 weken: phantastische hypochondrisch-nihilistische waanvoorstellingen, optische en acustische hallucinaties, voedselweigering, mutisme, negativisme; angstig-radeloos. Gaat over in een overwegend depressief beeld; mengtoestand van overwegend depressieve kleur met manische trekken. Eindigt in een manie. 1½ jaar later: opnieuw een *manie* (enkele weken) 4½ jr. later: *manie* (5—6 maanden). Sindsdien 2½ jr. geheel gezond; gehuwd, onopvallend.
2. (Archiv. 66) man	M.: duidelijke man-depr. Ps. deed suïcide. Sm.: melancholie.	Steeds gezond. Laatste half jaar: depressieve klachten. verwend. Cyclothyme schommelingen.	1x reactief moment	Gedurende oorlog aan 't front plotselinge toestand van sterke verwardheid, desoriëntatie. Voorafgegaan was een periode van depressie in verband met *maagstoornissen.* Weldra stereotype houdingen, negativisme, grimasseeren, incontinentie, mutisme. Affectloos. Na een half jaar: angst, droefgeestigheid. Eindigt met genezing, goed ziekteïnzicht. Voltooide juridische studie. 2 jaar later: depressie, suicidegedachten. 1 jaar later: opnieuw acuut psychotisch onder het beeld van een *acute hallucinose* (massale acustische hallucinaties)

1. Nog te rekenen tot de manisch-depressieve psychose.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
4. (Spielbr.) man	P. M. in ouderdom psychotisch. S. man.-depr. psychose.	eigenzinnig, licht hypomaan.	autochthoon	Op 18 jr. leeftijd met korte tusschenpauze een *melancholie* en *manie*. 5 jaar gezond. Daarna gedurende 8 maanden opwindingstoestand. Begin manisch, laatste maanden manisch met aan 't slot omslag naar het depressieve. In tusschentijd *hyperkinetische* en *akinetische* verschijnselen. *Monotone grootheidsideeën.* Stereotypieën, grimasseeren, echolalie. Geen adaequate manische affecten; geen verwardheid of bewustzijnsstoornis. Tijdens toestand van remming geen depressieve affecten. Na herstel reeds 8 jaar gezond.
5. (Spielbr.) man	M. M. zenuwziek.	Intolerant voor alcohol en rooken. Migraine aanvallen. Leeft teruggetrokken, vegetarisch.	autochthoon	Heeft tusschen 22—40 jaar 5x een acute psychose van 3—10 maanden doorgemaakt. De 2e, 3e en 4e zijn zonder twijfel *manieën*, de 5e een *melancholie*. Begin 2e periode wel ongewoon: acuut beginnende verwarde opwindingstoestand met perseveraties en stereotypieën. De 1e ziekteperiode het meest afwijkend: begint met *angstig-verwarden opwindingstoestand* met monotone rythmische bewegingen en stereotypieën; voor dit begin amnesie. Eindigt met hypomaan stadium. Aan 't slot licht depressief.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
6. (Spielbr.) man	PpM: K. Z. † tante v. moeder: epilepsie † Fam. moederszijde licht prikkelbaar. M.: man-depr. ps. † epilepsie. fr: manie.	niets opvallends.	autochthoon	2e periode (21 jr.): acute *manie* 1e periode (20 jr.) zeer atypisch: acuut begin; duurde 4 maanden. Onrust met verwarde *vervolgingsideeën*, pathetische gebaren; daarna remming, negativisme, *geen depressief affect.*
1. (Archiv. 66) vrouw	Sp.: meerdere depressietoestanden. Broer en zuster: zeer levendige naturen.	In tusschentijden: onopvallend, ijverig.	autochthoon	Sinds 1/4 jaar leerling-verpleegster. 24 jr. Maakte gedurende 26 maanden een zwaren psychot. toestand door, die begint met de verschijnselen van een melancholie (zelfverwijten, geen levensmoed meer). Na 8 weken: phantastische hypochondrisch-nihilistische waanvoorstellingen, optische en acustische hallucinaties, voedselweigering, mutisme, negativisme; angstig-radeloos. Gaat over in een overwegend depressief beeld; mengtoestand van overwegend depressieve kleur met manische trekken. Eindigt in een manie. 1½ jaar later: opnieuw een *manie* (enkele weken) 4½ jr. later: *manie* (5—6 maanden). Sindsdien 2½ jr. geheel gezond; gehuwd, onopvallend.
2. (Archiv. 66) man	M.: duidelijke man-depr. Ps. deed suïcide. Sm.: melancholie.	Steeds gezond. Laatste half jaar: depressieve klachten. verwend. Cyclothyme schommelingen.	1x reactief moment	Gedurende oorlog aan 't front plotselinge toestand van sterke verwardheid, desoriëntatie. Voorafgegaan was een periode van depressie in verband met *maagstoornissen.* Weldra stereotype houdingen, negativisme, grimasseeren, incontinentie, mutisme. Affectloos. Na een half jaar: angst, droefgeestigheid. Eindigt met genezing, goed ziekteïnzicht. Voltooide juridische studie. 2 jaar later: depressie, suicidegedachten. 1 jaar later: opnieuw acuut psychotisch onder het beeld van een *acute hallucinose* (massale acustische hallucinaties)

2. Niet meer te rekenen tot de man.-depr. psychose, doch tot de rest-groep van het degeneratieve „Irresein", de degeneratiepsychosen.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
7. (Spielbr.) vrouw	P. en M.: neef en nicht. Mp: zwaarmoedig. Sp: lichte depressie, later tabes. P: depressieve verschijnselen, soms in manische omslaande, bij arteriosclerose. Sterke belasting met depressietoestanden, zonder dat de man.-depr. natuur hiervan aantoonbaar is.	leerde moeilijk nerveus. depressieve trekken. Veel lichamelijke klachten.	1e x: autochthoon 2e x: reactief moment	Is 2 maal acuut psychotisch geweest: op haar 23e en 33e jaar. 1e *psychose:* een depressief-hypochondrisch voorstadium van een jaar gaat vooraf. Daarna gedurende 14 dagen een acute, zware, *angstig-verwarde opwindingstoestand* met veel phantastisch-hypochondrische voorstellingen; waarschijnlijk hallucinaties bij behouden oriëntatie en zonder echte bewustzijnsstoornis. Daarna 2 maanden remmingstoestand met radeloosheid. Genezen. *2e psychose:* slechts 8 dagen: droomerig-verwarde opwindingstoestand na medisch onderzoek kort voor 1e bevalling.
8. (Spielbr.) vrouw	SM: hysterie. fa. SM: man.-depr. MM: zwaarmoedig. S: hoofdpijnen.	als kind reeds spoedig opgewonden, idealistisch, vol fantasieën. Kon soms dagenlang slapen. Tweemaal voorbijgaand nerveus geweest.	autochthoon	De grondtoon van de psychose is angstig depressief. Gedurende de eerste weken en aan 't einde voorts wantrouwen tegenover man, vergiftigingsideeën. Gedurende 3 maanden ontwikkelde zich op de depressieve grondstemming een paranoïde toestand met vervolgingswaandenkbeelden. Betrekkingsideeën. Dwanggedachten. Bewustzijn en oriëntatie niet gestoord. 5 jaar na ontslag: maakt 't gedurig goed.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
10. (Spielbr.) vrouw	Zuster, nicht en neef van vader: geestesziek. Moeder, vader, broers en zusters zeer nerveus.	Zorgenkind. Bij geboorte atresia ani. Zeer terughoudend.	Reactief moment	Begon met hysteriforme chorea. Later ticachtige trekken over het geheele lichaam. Begonnen na doodsbericht van een vriendin. Gevolgd door acute psychose. Gedurende 3 maanden opwindingstoestand, afwisselend akinetische, sterk hyperkinetische en parakinetische symptomen, incontinentie, neiging tot smeren; ontkleeden. Hallucineerde. Ongemotiveerd lachen. Niet verward. Bezonnen. *2e opname:* 6 maanden thuis, ging behoorlijk, depressieve klachten. Thans gedurig depressieve grondtoon. *Insufficientiegevoel* en *zelfcritiek.* *3e opname:* nerveuze lichamelijke klachten, hypochondrische bezwaren, wilszwak. Na *ontslag* (in totaal 3 jaar verpleegd) beter dan ooit te voren.
11. (Spielbr.) vrouw	P. nerveus, quaeruleerend. fr. M: K.Z. † fr.: Kinderverlamming. fr.: zeer nerveus. fr.: kinderlijk fr.: weinig begaafd. fr.: zeer begaafd, muzikaal. S: nerveus.	Veel ziek (o.a. Basedow-operatie. blindedarm-operatie) Vele hysterische trekken	Reactief moment	Na tandbehandeling wegens neuralgische pijnen plotseling *psychotisch.* Psychose biedt geen gewoon hysterisch beeld. Monotone, *dwangmatige* symptomen, mutisme, negativisme, echosymptomen, hallucineeren, betrekkingsideeën. Phantastisch-hypochondrische uitingen (de vloek van de geheele wereld ligt op de R. zij van haar blaas). Ook depressieve trekken. Sterk ziektegevoel. Na 4 maanden hersteld ontslagen. Goed ziekteïnzicht.
3. (Archiv. 66) man	niet bekend	vroeger potator	autochthoon	Acuut ziek. Beeld van een *acute hallucinose* met massale acustische hallucinaties. Angstig wantrouwend. Bewustzijn niet gestoord. Na 2 maanden ziekteïnzicht. Geneest maatschappelijk hersteld.

2. Niet meer te rekenen tot de man.-depr. psychose, doch tot de rest-groep van het degeneratieve „Irresein", de degeneratiepsychosen.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
7. (Spielbr.) vrouw	P. en M.: neef en nicht. Mp: zwaarmoedig. Sp: lichte depressie, later tabes. P: depressieve verschijnselen, soms in manische omslaande, bij arteriosclerose. Sterke belasting met depressietoestanden, zonder dat de man.-depr. natuur hiervan aantoonbaar is.	leerde moeilijk nerveus. depressieve trekken. Veel lichamelijke klachten.	1e x: autochthoon 2e x: reactief moment	Is 2 maal acuut psychotisch geweest: op haar 23e en 33e jaar. 1e *psychose:* een depressief-hypochondrisch voorstadium van een jaar gaat vooraf. Daarna gedurende 14 dagen een acute, zware, *angstig-verwarde opwindingstoestand* met veel phantastisch-hypochondrische voorstellingen; waarschijnlijk hallucinaties bij behouden oriëntatie en zonder echte bewustzijnsstoornis. Daarna 2 maanden remmingstoestand met radeloosheid. Genezen. *2e psychose:* slechts 8 dagen: droomerig-verwarde opwindingstoestand na medisch onderzoek kort voor 1e bevalling.
8. (Spielbr.) vrouw	SM: hysterie. fa. SM: man.-depr. MM: zwaarmoedig. S: hoofdpijnen.	als kind reeds spoedig opgewonden, idealistisch, vol fantasieën. Kon soms dagenlang slapen. Tweemaal voorbijgaand nerveus geweest.	autochthoon	De grondtoon van de psychose is angstig depressief. Gedurende de eerste weken en aan 't einde voorts wantrouwen tegenover man, vergiftigingsideeën. Gedurende 3 maanden ontwikkelde zich op de depressieve grondstemming een paranoïde toestand met vervolgingswaandenkbeelden. Betrekkingsideeën. Dwanggedachten. Bewustzijn en oriëntatie niet gestoord. 5 jaar na ontslag: maakt 't gedurig goed.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
10. (Spielbr.) vrouw	Zuster, nicht en neef van vader: geestesziek. Moeder, vader, broers en zusters zeer nerveus.	Zorgenkind. Bij geboorte atresia ani. Zeer terughoudend.	Reactief moment	Begon met hysteriforme chorea. Later ticachtige trekken over het geheele lichaam. Begonnen na doodsbericht van een vriendin. Gevolgd door acute psychose. Gedurende 3 maanden opwindingstoestand, afwisselend akinetische, sterk hyperkinetische en parakinetische symptomen, incontinentie, neiging tot smeren; ontkleeden. Hallucineerde. Ongemotiveerd lachen. Niet verward. Bezonnen. *2e opname:* 6 maanden thuis, ging behoorlijk, depressieve klachten. Thans gedurig depressieve grondtoon. *Insufficientiegevoel* en *zelfcritiek.* *3e opname:* nerveuze lichamelijke klachten, hypochondrische bezwaren, wilszwak. Na *ontslag* (in totaal 3 jaar verpleegd) beter dan ooit te voren.
11. (Spielbr.) vrouw	P. nerveus, quaeruleerend. fr. M: K.Z. † fr.: Kinderverlamming. fr.: zeer nerveus. fr.: kinderlijk fr.: weinig begaafd. fr.: zeer begaafd, muzikaal. S: nerveus.	Veel ziek (o.a. Basedow-operatie. blindedarm-operatie) Vele hysterische trekken	Reactief moment	Na tandbehandeling wegens neuralgische pijnen plotseling *psychotisch.* Psychose biedt geen gewoon hysterisch beeld. Monotone, *dwangmatige* symptomen, mutisme, negativisme, echosymptomen, hallucineeren, betrekkingsideeën. Phantastisch-hypochondrische uitingen (de vloek van de geheele wereld ligt op de R. zij van haar blaas). Ook depressieve trekken. Sterk ziektegevoel. Na 4 maanden hersteld ontslagen. Goed ziekteïnzicht.
3. (Archiv. 66) man	niet bekend	vroeger potator	autochthoon	Acuut ziek. Beeld van een *acute hallucinose* met massale acustische hallucinaties. Angstig wantrouwend. Bewustzijn niet gestoord. Na 2 maanden ziekteïnzicht. Geneest maatschappelijk hersteld.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
				Nog wel eens stemmen hooren. Na 7 jaar nog in goeden doen.
4. (Archiv. 66) man	M: 5 maanden verpleegd wegens angsttoestand. P: suïcidepoging.	steeds gezond, ijverig en oppassend, levendig.	1e ×: reactief moment 2e ×: autochthoon	*1e opname:* na voorkomen voor gerechtszaak korte acute angstig-verwarde opwindingstoestand met *visionaire belevingen;* beleving van *den ondergang der wereld;* geen gehoorshallucinaties. Na een maand geheel hersteld. *2e opname:* na drie weken meer langdurige psychose (4 mnd.) met betrekkingsideeën, dwanggedachten en soms melancholische trekken, soms manischen inslag (ideeënvlucht). Genezen. Na 5 jaar: nog gezond.
5. (Archiv. 66) vrouw	Twee zusters: lichtzinnig.	Leerde moeilijk. Heeft onecht kind. Steeds spoedig geprikkeld.	autochthoon Reactief moment Reactief moment	*1e opname:* 30 jr. Eerst onrustige periode met hysterische accessen, stemmingswisselingen, onrust, visioenen; daarna mutistisch, affectloos, geremd. (Overwegend hysterisch beeld). Na drie maanden hersteld. *2e opname: 11 jaar later.* Verwardradeloos. Hallucineert, katatoon beeld. Na 6 weken hersteld. *3e opname:* onrustig, verward. Ongemotiveerd lachen en huilen. Soms depressieve trek. Eindigt met *manisch* stadium (gedachtenvlucht, vroolijke stemming). Na een maand hersteld. Gedurende iedere periode een ander ziektebeeld. 17 jaar na begin 1e periode geen *defect*-verschijnselen.

Geval	*Herediteit*	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
6. (Archiv. 66) man	Geen heridit. momenten.	Steeds nerveus, prikkelbaar, dronk veel. Hypomaan.	Reactief moment na koortsende ziekte	*1e opname:* op 34 jr. leeftijd in onmiddellijken samenhang met de begrafenis van zijn vrouw een *extatische opwindingstoestand*, met *grootheidsideeën*, gevolgd door remmingstoestand met *angstige radeloosheid.* Na een maand hersteld. *2e opname:* 10 jaar later acute psychose na griep (koortsende ziekte); manisch gekleurde opwindingstoestand gedurende 10 dagen met stereotype houdingen. Algeheel genezen. Na 2½ jaar in goeden doen.
7. (Archiv. 66) vrouw	M: migraine. fr.: depressietoestand.	goed intellect. niets opvallends. geen stemmingswisselingen.	Reactief moment	Op 24 jr. leeftijd. Begint met insufficientiegevoel en zelfverwijten. Spoedig een toestand van *angstige radeloosheid*, daarna remming, mutisme, stereotype houdingen; *akinetische* toestand. Amnesie. Na 5 maanden hersteld. Na 5 jaar volkomen gezond.
10. (Archiv. 66) vrouw	M: migraine. P: } potatoren. fr.: } fr.: psychopaath. P.M.: hypochonder. neef: man.-depr. psychose.	Kon goed leeren. Op 10 jr. leeftijd meningitis; psychisch veranderd geweest. Niets opvallends; stil en vriendelijk.	Reactief moment Reactief moment	*1e opname:* 25 jr. Na een liefdeshistorie opwindingstoestand, zelfverwijten, beïnvloedingsideeën, hallucineeren. *Angstige verwardheid en radeloosheid.* Daarna akinetisch beeld, negativisme. Na half jaar met goed ziekteïnzicht ontslagen. *2e opname:* 3 dagen na haar huwelijk uitgebroken. Mengeling van *hyperkinetische* en *akinetische* symptomen, echolalie, echopraxie, mutisme. Geen depressieve en geen manische trekken. Persoonsverwisselingen. Incontinentie. Amnesie. Na ruim een jaar: hersteld. 5 jaar later: volkomen gezond.

Geval	Herediteit	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
				Nog wel eens stemmen hooren. Na 7 jaar nog in goeden doen.
4. (Archiv. 66) man	M: 5 maanden verpleegd wegens angsttoestand. P: suïcidepoging.	steeds gezond, ijverig en oppassend, levendig.	1e ×: reactief moment 2e ×: autochthoon	*1e opname:* na voorkomen voor gerechtszaak korte acute angstig-verwarde opwindingstoestand met *visionaire belevingen;* beleving van *den ondergang der wereld;* geen gehoorshallucinaties. Na een maand geheel hersteld. *2e opname:* na drie weken meer langdurige psychose (4 mnd.) met betrekkingsideeën, dwanggedachten en soms melancholische trekken, soms manischen inslag (ideeënvlucht). Genezen. Na 5 jaar: nog gezond.
5. (Archiv. 66) vrouw	Twee zusters: lichtzinnig.	Leerde moeilijk. Heeft onecht kind. Steeds spoedig geprikkeld.	autochthoon Reactief moment Reactief moment	*1e opname:* 30 jr. Eerst onrustige periode met hysterische accessen, stemmingswisselingen, onrust, visioenen; daarna mutistisch, affectloos, geremd. (Overwegend hysterisch beeld). Na drie maanden hersteld. *2e opname: 11 jaar later.* Verwardradeloos. Hallucineert, katatoon beeld. Na 6 weken hersteld. *3e opname:* onrustig, verward. Ongemotiveerd lachen en huilen. Soms depressieve trek. Eindigt met *manisch* stadium (gedachtenvlucht, vroolijke stemming). Na een maand hersteld. Gedurende iedere periode een ander ziektebeeld. 17 jaar na begin 1e periode geen *defect*-verschijnselen.

Geval	*Herediteit*	Psychopathische of cycloïde trekken in het karakter.	Autochthoon of met reactief moment	Markante verschijnselen.
6. (Archiv. 66) man	Geen heridit. momenten.	Steeds nerveus, prikkelbaar, dronk veel. Hypomaan.	Reactief moment na koortsende ziekte	*1e opname:* op 34 jr. leeftijd in onmiddellijken samenhang met de begrafenis van zijn vrouw een *extatische opwindingstoestand*, met *grootheidsideeën*, gevolgd door remmingstoestand met *angstige radeloosheid.* Na een maand hersteld. *2e opname:* 10 jaar later acute psychose na griep (koortsende ziekte); manisch gekleurde opwindingstoestand gedurende 10 dagen met stereotype houdingen. Algeheel genezen. Na 2½ jaar in goeden doen.
7. (Archiv. 66) vrouw	M: migraine. fr.: depressietoestand.	goed intellect. niets opvallends. geen stemmingswisselingen.	Reactief moment	Op 24 jr. leeftijd. Begint met insufficientiegevoel en zelfverwijten. Spoedig een toestand van *angstige radeloosheid*, daarna remming, mutisme, stereotype houdingen; *akinetische* toestand. Amnesie. Na 5 maanden hersteld. Na 5 jaar volkomen gezond.
10. (Archiv. 66) vrouw	M: migraine. P: } potatoren. fr.: } fr.: psychopaath. P.M.: hypochonder. neef: man.-depr. psychose.	Kon goed leeren. Op 10 jr. leeftijd meningitis; psychisch veranderd geweest. Niets opvallends; stil en vriendelijk.	Reactief moment Reactief moment	*1e opname:* 25 jr. Na een liefdeshistorie opwindingstoestand, zelfverwijten, beïnvloedingsideeën, hallucineeren. *Angstige verwardheid en radeloosheid.* Daarna akinetisch beeld, negativisme. Na half jaar met goed ziekteïnzicht ontslagen. *2e opname:* 3 dagen na haar huwelijk uitgebroken. Mengeling van *hyperkinetische* en *akinetische* symptomen, echolalie, echopraxie, mutisme. Geen depressieve en geen manische trekken. Persoonsverwisselingen. Incontinentie. Amnesie. Na ruim een jaar: hersteld. 5 jaar later: volkomen gezond.

HOOFDSTUK IV.

De degeneratiepsychosen van Kleist.

Bij de bespreking van Schroeder's degeneratiepsychosen kwamen we reeds een paar maal in aanraking met beschouwingen van Kleist in deze materie.

De onderzoekingen van Schroeder en Kleist hebben te veel aanrakingspunten met elkaar, om hen geheel van elkaar gescheiden te kunnen behandelen.

Zoo moesten we reeds aandacht schenken aan de onderscheiding, die Kleist maakt tusschen autochthoon-labiele en reactief-labiele constituties.

Enkele jaren vóór Schroeder zijn eerste publicaties over de atypische periodische psychosen deed verschijnen, stelde Kleist zich eenzelfde vraag met betrekking tot de paranoïde psychosen. In zijn studie „Die Streitfrage der acuten Paranoia" [1]) concludeert hij, dat, afgezien van acute paranoïde toestandsbeelden als vormen van verschillende ziekten (paralyse, alcoholische hersenvergiftigingen, dementia praecox, dementia senilis), *acute paranoïde toestanden* kunnen worden waargenomen als uitingen van twee verschillende abnormale constituties:

1. bij menschen met *reactief-labielen aanleg,* als reactie op affectvolle belevingen (hiertoe te rekenen de paranoïde psychosen na veroordeeling en in gevangenschap).
2. bij personen met *autochthoon-labielen aanleg,* van wie zij, die een dispositie hebben voor acute paranoïde, eventueel periodisch verloopende paranoïde psychosen, een afzonderlijk onderdeel vormen.

Kleist beschreef hier een vorm van zijn *„Gruppe der autochthonen konstitutionellen Psychosen"*, bzw. von abnorm veranlagten Persönlichkeiten, bei denen hier dieser, dort jener Komplex seelischer Funktionen derart labil beschaffen sei, dasz er, unter der Einwirkung noch unbekannter somatogener, besonders wohl endokriner Anstösze, in autochthone Schwankungen gerate (autochthon-labile Konstitutionen). [2])

---

[1]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 5, 1911.
[2]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 69, 1921.

Kleist vindt onder de endogene psychosen ¼e deel atypische gevallen. Hij wil deze maar niet als manisch-depressieve mengtoestanden, noch struktuur-analytisch, verklaren. Ze komen hem voor „*etwas Einfaches und Ursprüngliches*" te zijn.

> „Es wird doch nicht gelingen mit Hilfe einer solchen „Strukturanalyse" (Birnbaum) oder „mehrdimensionalen Betrachtungsweise" (Kretschmer) aller diagnostischen Schwierigkeiten Herr zu werden. Einmal deshalb nicht, weil derartige Verwicklungen in einer groszen Anzahl atypischer Krankheitsfälle nicht nachweisbar sind, besonders aber weil die Symptomenbilder der meisten atypischen Psychosen gar *keine Mischung* aus anderen bekannten Krankheitsbildern erkennen lassen, sondern als *etwas Einfaches* und *Ursprüngliches* erscheinen". [1])

Van de eenheid „manisch-depressieve psychose" wil Kleist niet weten, doch hij meent, dat de tot deze psychose gerekende ziektevormen te zamen met eenige andere psychosen, waaraan tot op dien tijd nog weinig of in het geheel geen aandacht geschonken was, één groote groep van psychosen vormen, die der „autochthonen konstitutionellen Psychosen".

Deze psychosen stemmen dan overeen in den constitutioneelen aanleg, het autochthone optreden, het terugkeeren van gelijksoortige aanvallen en de goedaardigheid.

Overigens vormen ze echter zelfstandige ziekten met verschillende symptomatologie en pathogenese.

Hij rekent dan tot deze groep: [2])

1. de periodische Melancholie.
2. de periodische Manie.
3. de combinatie van dezen tweeërlei aanleg; de circulaire psychose.
4. bepaalde paranoïde psychosen.
   a) chronische (Ewald, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 49).
   b) acute (Thomsen, Arch. f. Ps. Bd 45).
5. Wernicke's expansive Autopsychose mit autochthonen Ideeen. (Bostroem: Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60).
6. Wernicke's motiliteitspsychosen.
7. De „autochthone Halluzinose" (Schroeder, Fall 3 van zijn „ungewöhnlichen periodischen Psychosen" en Fall 1 van zijn „Die Spielbreite").
8. Radelooze verwardheidstoestanden (Fall 7 uit „die Spielbreite" van Schroeder).

---

[1]) K. Kleist, Schweiz. Archiv f. N. u. Ps. Bd XXIII, 1928.
[2]) K. Kleist, l. c. 1921.

9. Bepaalde van de melancholie af te grenzen „hypochondrische psychosen".
10. Autochthone dwangpsychosen (Heilbronner, Bonhöffer en Stöcker, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 23).
11. Wernicke's depressieve autopsychose.
12. „Die phantastische Erregung" mit Konfabulationen und phantastischer Wahnbildung.
13. Acute opwindingstoestanden met uitgebreide betrekkingsideeën.

Later breidt Kleist deze groep nog uit met de episodische schemertoestanden, slaaptoestanden en ontstemmingstoestanden, die hij eerst beslist van de *„autochthone degeneratiepsychosen"* uitsluiten wil.

De door Schroeder voorgestelde voorloopige verzamelnaam „degeneratiepsychosen" wordt door Kleist overgenomen, zoodat hij zijn atypische, goedaardige d.w.z. niet tot dementie voerende, constitutioneele psychosen *„autochthone Degenerationspsychosen"* gaat noemen.

Evenals Schroeder heeft hij echter ook bezwaren tegen dezen naam. Want ook de „typische" psychosen: manisch-depressieve psychose, hysterie, paranoia en epilepsie zijn degeneratiepsychosen; evenzoo ook de schizophrenie, welke ook een erfelijken aanleg bezit.

In ieder geval zal het goed zijn te spreken van *„atypische gutartige Degenerationspsychosen"*.

Een grooter bezwaar tegen dezen naam acht Kleist de mogelijkheid, dat deze uitgelegd kan worden in den zin van de oude Fransche degeneratieleer.

Zoo sprak men vroeger in zware of ongunstig verloopende gevallen wel van „degeneratieve hysterie" en „degeneratieve epilepsie".

Hij gelooft niet, dat men door het geven van een anderen naam (Schroeder stelde voor: *metabolische psychosen*) deze moeilijkheden geheel ontgaat. Men zal veel meer moeten streven naar meerdere kennis en betere afgrenzing van ieder atypisch ziektebeeld afzonderlijk. Het zal dan gemakkelijker zijn voor iederen afzonderlijken atypischen ziektevorm een naam te vinden. De behoefte aan een verzamelnaam voor alle atypische psychosen zal dan verdwijnen. Evenals zijn leermeester Wernicke, verstaat Kleist onder het begrip „Krankheit" iets anders dan Kraepelin.

Zegt Kleist zelf, als hij opmerkt, dat de begrippen „motiliteitspsychose" en „verwardheidspsychose" hun oorsprong vinden in beschrijvingen van Meynert en Wernicke, „diese Altmeister beschrieben aber im wesentlichen nur *Symptomenbilder*,

die auf ganz verschiedenartigen Krankheitsvorgängen von Fall zu Fall beruhten", ook hij zelf blijft in een „Krankheit" meer een *syndroom* dan een ziekte-eenheid zien.

Toch kan hij zich van het stelsel van Kraepelin niet geheel losmaken. Dit blijkt duidelijk uit de indeeling, die hij in 1928 van de „autochthone Anlagepsychosen" geeft.

Naast de typische „autochthone Anlagepsychosen" stelt hij als „Neben"- of „Randpsychosen" de *atypische*, welke dan zijn *degeneratiepsychosen* vormen. Zelf zegt hij hiervan het volgende:

„Die folgende tabellarische Zusammenstellung zeigt nochmals, dasz in der Tat die meisten *atypischen* Erkrankungen symptomatische, konstitutionelle, körperbauliche und erbliche Beziehungen zu einer oder der anderen der *typischen* Psychosen aufweisen und als *Nebenpsychosen (Randpsychosen)* zu dieser oder jener *Hauptpsychose* betrachtet werden können".

En dan volgt zijn schema:

Autochthone Anlagepsychosen.

I. Typische Psychosen.	II. Atypische Psychosen.
1. *Zirkuläres Irresein* (Gemütskrankheiten) Manie - Melancholie.	1. *Zykloïde Psychosen.* a) *Verwirrtheitspsychosen:* Erregte Verwirrtheit-Stupor. b) *Motilitätspsychosen:* Hyperkinetische-akinetische Form. c) *Ichpsychosen:* Expansive Konfabulose-Hypochondrie.
2. *Paranoia* Expansive Paranoia-Persekutorische Paranoia.	2. *Paranoïde Psychosen.* a) Akute (expans.) *Eingebungspsychose-* b) akute (persek.) *Halluzinose.* c) Beziehungs- und Entfremdungspsychosen.
3. *Epilepsie*	3. *Epileptoïde Psychosen.* a) *Episodische Dämmerzustände* (darunter die Ausnamezustände mit Déjà-vu bezw. mit Ratlosigkeit). b) Episodische Schlafzustände. c) Episodische Verstimmungen (dipsomanie u.a.)

Kleist laat terstond op deze „historische" indeeling volgen, dat niet voor alle, onder de atypische psychosen genoemde „Anlage-Psychosen" zoo maar, zonder moeilijkheden, in dit systeem der „Randpsychosen" hun plaats kan worden aangewezen.

Naast deze „historische" groepeering geeft hij daarom een ordening „nach dem *jeweils betroffenen seelischen Ort* und nach der Verwandtschaft, in der dieselben zueinander stehen".

Zoo ontstaat dan een onhistorische, doch *„natürliche Reihe"*:

1. Gemütskrankheiten:	Manie-Melancholie
Verwirrtheitspsychosen:	Verwirrte Erregung- Stupor
Motilitätspsychosen:	Hyperkinet. Mot. Psychosen- Akinet. Motil. Psychosen.
2. Ichpsychosen:	Expansive Konfabulose-Hypochondrie
Gemeinschaftspsychosen:	Expans. Eingebungs Psychose- Persekut. Halluzinose Expans. Paranoia - Persekut. Paranoia.
3. Beziehungs- und Bekanntheitspsychosen:	Beziehungspsychose - Entfremdungspsychose. Ausnahmezustände mit Déjà vu- Ausnahmezustände mit Ratlosigkeit.
4. Bewustseinspsychosen:	Epilepsie mit Krampfdämmerzuständen Episodische Dämmerzustände Episodische Schlafzustände
5. Willenspsychosen:	Episodische triebhafte Verstimmungen Zwangspsychosen.

Aan iedere groep van deze door Kleist als degeneratiepsychosen beschouwde psychosen zullen we nader onze aandacht schenken.

Allereerst: DE MOTILITEITS- EN VERWARDHEIDSPSYCHOSEN.

Is het begrip „motilitätspsychose" van Wernicke afkomstig, Meynert voerde het begrip der „Verwirrtheit" in. Meerdere gevallen van deze ziektevormen werden door Schroeder en Kleist waargenomen.

In ons vorige hoofdstuk (blz. 28) schonken we hieraan ook reeds aandacht in verband met de door Schroeder als motiliteitspsychosen afgezonderde gevallen.

Kleist gaf reeds in 1911 [1]) een publicatie over een groot aantal gelijksoortige gevallen, waaraan hij in 1922, [2]) 1926 [3]) en 1928 [4]) nog nieuwe studies wijdde.

Pohlisch gaf in 1925 een studie over het hyperkinetische symptomencomplex.

Herz ontleedde gevallen aan de hand van filmopnamen.

Ilse Graf bestudeerde den lichaamsbouw.

---

[1]) K. Kleist, Allg. Z. f. Ps. Bd 69.
[2]) K. Kleist, Monatsschr. Psych. Bd 52.
[3]) K. Kleist, Zentralbl. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 44; Arch. f. Ps. Bd 78.
[4]) K. Kleist, Schweiz. Arch. f. Ps. u. N. Bd XXIII.

Lange, Kauders, Klieneberger, en v. d. Torren beschreven voorts ziektebeelden, die tenminste voor een deel tot deze groep van Kleist behooren.

Eén van Kleist's leerlingen Fünfgeld gaf een zóó uitgebreide en overzichtelijke studie over deze psychosen in zijn monographie „Die *Motilitätspsychosen* und *Verwirrtheiten*" [1]), waarin hij nader bewijsmateriaal aanvoert voor het afzonderlijk stellen van deze psychosen in den zin van Kleist, dat wij bij onze beschrijving de beschouwingen van Kleist en Fünfgeld tot één geheel verwerkt hebben.

DE MOTILITEITSPSYCHOSEN.

De volgende verschijnselen vragen bij de motiliteitspsychosen onze aandacht:

1. *de motorische opwinding*. Deze is gekenmerkt door het overwegen van uitdrukkingsbewegingen en van pseudo-expressieve en pseudo-spontane bewegingen. Het bewegingsspel is vooral in het begin der ziekte zeer veelvormig.

Fünfgeld's patiënten verzekerden hem, dat er levendige affecten bij hen bestonden en dat het bewegingsspel als uit henzelf ontstaan, ofschoon niet „gewild" beleefd werd. Er schijnt meer een nevenschakeling tusschen den gemoedstoestand en de motoriek der patiënten te bestaan.

Fünfgeld onderscheidt, evenals Herz, die dit aan de hand van filmstudies deed, drie vormen van *beweging*, die verschillende stadiën in het verloop van de ziekte beteekenen en niet alleen in elkaar kunnen overgaan, maar ook wel naast elkaar kunnen voorkomen, door Fünfgeld genoemd:

1. „*die reine expressive Erregung*",
2. „die expressive Erregung mit *parakinetischen* Zutaten",
3. „eine Erregung, in der unter Zurücktreten der speziell expressiven und parakinetischen Komponente *primitive motorische Entäuszerungen* allgemeiner Form das Bild beherrschen".

Hiertoe behooren het driftmatig heen en weer loopen, het al maar bewegen van het lichaam, luid schreeuwen en zingen.

Herz onderscheidt deze 3 toestandsbeelden:

1. „*Expressive Erregung*" (uitdrukkingsbewegingen).
2. „*Parakinetische psychomotorische Erregung*"
3. „*Iteratief-stereotype Hyperkinese*". Deze komt bijna alleen bij katatone opwindingstoestanden voor.

Kleist beschrijft, dat de uitdrukkingsbewegingen parakinetisch vervormd kunnen worden.

Parakinesieën van choreïformen en athetosoïden aard gaan dan het beeld beheerschen. Zelden worden stereotyp-iteratieve bewegingen waargenomen, wel meebewegingen. Hypotonie en psychomotorische coördinatiestoornissen kunnen op het hoogtepunt der hyperkinese optreden.

2. De *hyperkinetische opwindingstoestanden worden bijna altijd door kortere of langere akinetische phasen afgewisseld.*

[1]) E. Fünfgeld, Berlin 1936.

Zuivere *akinetische* vormen der motiliteitspsychosen ziet men zelden.

Fünfgeld vond er onder zijn 66 gevallen van motiliteits- en verwardheidspsychosen slechts 4. Nooit echter is de akinese zuiver psychokinetisch (terminologie van Kleist), steeds speelt ook de affectiviteit een rol. De patiënten zijn bijna steeds *depressief, radeloos.*

Ook worden er in het overwegend akinetische verloop hyperkinetische trekken gevonden.

Vele gevallen van akinetische motiliteitspsychose beginnen met een angstig-radeloos hyperkinetisch stadium en doen dan aan angstpsychosen denken. Het spoedig optreden van den stupor geeft dan een ander inzicht in het ziektebeeld.

Voorts kan er een vermenging van akinese en hyperkinese voorkomen als overgang naar den stupor. Tijdens den stuportoestand vinden we dan eigenaardige houdingen en bewegingen (zie Fall 9 en 19 Fünfgeld).

Kleist vestigde de aandacht op het blijven steken in den bewegingsafloop, waardoor technisch geoefende patiënten onmogelijk tot een vroeger door hen beheerschte handeling kunnen komen.

3. *Het bewustzijn is meerendeels niet gestoord.* Tijdens hun sterke onrust geven de patiënten wel blijk van een *goede oriëntatie* in tijd en plaats.

Eénmaal vond Fünfgeld onder zijn patiënten een oneiroïd toestandsbeeld (geval 22).

Ook Kleist vond een enkele maal sterke opvattings-, oriëntatie- en bewustzijnsstoornissen naar den aard der schemertoestanden.

4. *Het incohaerente denken.* Tijdens hun onrust zijn vele patiënten zoo goed als mutistisch. Het denken blijkt moeilijk te gaan. De patiënten kunnen in hun gedachten den samenhang niet vinden. Ook tijdens den stupor is het denken niet alleen veranderd door de remming, maar meestal ook door de incohaerentie. In veel sterkere mate komt deze stoornis in het denken voor bij de verwardheidstoestanden.

> Fünfgeld spreekt van „*Kombinationserschwerung*", welke met een denkremming niets te maken heeft. De patiënten klagen er bij 't begin en het afnemen van deze incohaerentie over, dat zij de gedachten niet kunnen saamvoegen; de woorden en afzonderlijke gedachten zijn aanwezig, de combinatie gelukt niet. De patiënten zijn niet in staat *een gedachtenwereld op te bouwen.* Het komt niet, doordat de patiënten tengevolge van een verhoogd denktempo geen tijd hebben hun gedachten op te bouwen; de primaire stoornis ligt in het opbouwen der gedachten zelf.

5. *De sterke wisseling der affecten.* Fünfgeld noemt deze bijna karakteristiek voor de motiliteits- en verwardheidspsychosen.

„Entsprechend der Ausdruksgestik durchläuft er alle Skalen, die überhaupt möglich sind."

6. *Waandenkbeelden.* Deze kunnen betrekking hebben op het eigen lichaam en zich uiten in gevoelens van verandering van het eigen lichaam (hypochondere ideeën), alsook op de omgeving en dan geuit worden als een verandering in de betrekking van de buitenwereld tot den patiënt (im Sinne *gesteigerter Ichbezüglichkeit).*

7. *Hallucinaties.* Bij enkele van Fünfgeld's patiënten kwamen hallucinaties voor.

Meestal begint een motiliteitspsychose *acuut.* Plotseling ontstaat de heftige opwindingstoestand bij den schijnbaar geheel gezonden patiënt. Soms kan aan het uitbreken der psychose een ontstemmingstoestand voorafgaan, die als innerlijke onrust door de patiënten wordt weergegeven, of waarin zij betrekkingsideeën of hypochondere klachten uiten; andere patiënten zijn depressief gestemd of angstig. Bij 4 van Fünfgeld's patiënten bestond vóór het begin der eigenlijke hyperkinese een verhoogde bedrijvigheid.

Dit voorstadium duurt zeer kort, bijna nooit langer dan 4 weken.

De psychose treedt meestal *autochthoon* op. Kleist spreekt dan ook van de *„autochthone Anlage-psychosen".*

Toch merkt hij zelf reeds op: *„Doch gibt es auch Kranke* (1/4—1/5) *deren Krankheitsanfälle sich regelmäszig an gemütsbewegende Erlebnisse anschliezen, ohne deshalb das Aussehen reaktiver* oder *hysterischer Psychosen zu besitzen."*

Ook heeft hij zelf ervaren, dat bij denzelfden patiënt de eene aanval autochthoon, de andere reactief optreedt.

Tusschen autochthone phasen kunnen aanvallen voorkomen, die ontstaan tengevolge van een infectieziekte of van een ander lichamelijk lijden of van een meestal met koorts gecompliceerd kraambed.

(Zie hierover ook Hoofdstuk III blz. 20 enz.).

Vooral Pohlisch[1]) vond in de aetiologie der motiliteitspsychosen dikwijls *exogene* factoren, met name bij den eersten aanval.

Doch ook Fünfgeld vermeldt, dat exogene momenten van somatischen aard een rol spelen in zijn materiaal bij het ontstaan dezer psychosen. Meerdere malen bleek de eene phase *symptomatisch „ausgelöst",* de andere endogeen ontstaan (gevallen 23 en 20); in geval 3 sluit zich de opwinding aan een sterken psychischen schok (een buitenechtelijke graviditeit van haar dochter) aan. De

---

[1]) K. Pohlisch, Abhandl. Neur. Psych. H 29, Berlin 1925.

motiliteitspsychosen komen *vooral bij vrouwen* voor. In Fünfgeld's materiaal stonden 34 vrouwen tegenover 5 mannen. Kleist bericht, dat zij meestal op jeugdigen leeftijd 't eerst uitbreken, bij vrouwen nogal eens gelijktijdig met de eerste menstruatie. Ook schijnen nieuwe opwindingsphasen zich gaarne aan het optreden der menses aan te sluiten.

Iedere afzonderlijke ziekteperiode is meestal van korten duur, 6—8 weken, gedurende welken tijd echter meerdere afwisselingen van opwinding en remming kunnen voorkomen.

Juist die sterke *schommelingen* acht Fünfgeld voor deze psychosen karakteristiek. Gelijktijdig met het opnieuw menstrueeren begint nogal eens, na enkele dagen van rust, een nieuwe opwindingstoestand. Niet zelden eindigt een ziekteperiode met een toestand van radeloosheid of depressieve stemming.

Op ouderen leeftijd hebben de phasen de neiging langer aan te houden.

Het komt echter wel voor, dat ook de eerste phase reeds maandenlang duurt. Iedere phase eindigt met genezing, behoudens een enkele keer, meestal tengevolge van de groote motorische opwinding, met den dood.

Op 2 gevallen na, die bij zijn katamnestisch onderzoek nog niet restloos genezen waren, doch nog slechts kort te voren ontslagen en van vorige ziekteperioden geheel hersteld waren, vond Fünfgeld bij na-onderzoek allen hersteld, onopvallend en met goed ziekteïnzicht.

DE VERWARDHEIDSPSYCHOSEN.

De motiliteits- en verwardheidspsychosen hebben veel met elkaar gemeen, niet alleen in hun periodisch verloop, doch ook in hun symptomatologie.

Bij beide psychosen staan de motorische stoornissen en de denkstoornissen centraal.

Bij de motiliteitspsychosen is de motorische stoornis het hoofdverschijnsel, bij de verwardheidspsychosen is de denkstoornis het hoofdsymptoom.

Er kunnen gevallen voorkomen, waarin het, bij een observatie op een bepaald oogenblik, moeilijk uit te maken is of we met een motiliteits- dan wel met een verwardheidspsychose te doen hebben.

Bij het noemen van verschijnselen staat centraal:

Het incohaerente denken (zie blz. 48).

Een reeks van op zichzelf juiste gedachten, die correct worden uitgesproken, wordt, zonder eenige betrekking tot elkaar, aan elkaar geknoopt.

Op de tweede plaats komen hier:
de psychomotorische stoornissen, de sterke wisseling der affecten en de waandenkbeelden.

Wat de *waandenkbeelden* betreft: deze treden met name op in het begin en tegen het einde der psychose. De stoornis in het denken wordt in een rustig stadium door de patiënten als zeer pijnlijk beleefd. Veelal zijn ze *radeloos;* niet zelden komt het tot vluchtige verklaringswaandenkbeelden, vergiftigingsideeën, beïnvloedingsdenkbeelden. Ook kan de waan, evenals bij de motiliteitspsychosen, gericht zijn op het eigen lichaam en worden er hypochondere klachten geuit. De waandenkbeelden staan, zooals Fünfgeld in zijn differentiaal-diagnostische beschouwingen opmerkt, meer in den toon van de vrees dan van het zeker weten; ze zijn meer de uitdrukking van de *radelooze stemming.*

Kleist wijst er op, dat soms veranderingen van het zelfbewustzijn (autopsyche) op den voorgrond staan, waarbij *grootheidsideeën* worden geuit. Ook kunnen de patiënten van een geweldig krachtsbewustzijn vervuld zijn (*expansieve* en *sthenische* vormen).

Voorts spreekt Kleist van het voorkomen van „phantastischen, *zum Teil traumhaften Einbildungen* und *Konfabulationen*".

Een eigenlijke *beneveling van het bewustzijn* werd slechts zelden aangetroffen.

Hallucinaties komen volgens Kleist veelvuldig voor, doch minder dan meestal wordt aangenomen. Fünfgeld heeft den indruk, dat, met name bij het begin van het herstel, sterk gehallucineerd wordt. Bij het katamnestisch onderzoek bevestigen de patiënten dit.

Al deze verschijnselen kunnen echter snel wisselen en verdwijnen meest vóór de patiënten geheel hersteld zijn.

De sterke *schommelingen* in den psychotischen toestand hangen ook hier vaak met de menstruatie samen.

Op een toestand van psychomotorische opwinding volgt meestal één van lichte geremdheid, zonder dat het psychokinetische karakter der remming hier zoo duidelijk is uitgesproken als bij de motiliteitspsychosen.

De patiënten herstellen met goed ziekteïnzicht. Het geheele verloop der ziekte kan de patiënt zich meestal niet herinneren; op onregelmatige wijze komen gedeelten hiervan niet in zijn herinnering terug.

Evenals de motiliteitspsychosen beginnen ook de verwardheidspsychosen meestal *acuut*. Binnen enkele dagen worden de patiënten onrustig, opgewonden, radeloos, uiten soms betrekkings- en beïnvloedingswaandenkbeelden; soms is een depressief voorstadium

aanwezig of zijn er een zekere bewegingsdrang en grootheidsideeën waarneembaar, die aan manische trekken doen denken.

In meerdere gevallen begint de psychose echter met *radeloosheid* en *denkstoornissen*. Meestal duren de afzonderlijke ziekteperioden kort, ofschoon een langer gerekt verloop hier niet tot de uitzonderingen behoort.

Onder zijn gevallen, heeft Fünfgeld zelfs één geval, dat tenslotte geheel herstelde, na 14 jaar onder wisselend ziekteverloop psychotisch te zijn geweest. De neiging tot recidiviteit is groot. De overeenkomst tusschen de verschillende phasen is belangrijk.

Bleken onder de motiliteitspsychosen meerdere gevallen symptomatisch „ausgelöst" te zijn, bij de verwardheidspsychosen is dit in nog grooter mate het geval.

Onder de 27 patiënten van Fünfgeld treffen we 7 gevallen aan, die optraden in aansluiting aan of in verband met *lichamelijke ziekten*, 2 gevallen, die zich openbaarden na *heftige emotie*.

Wat de eerste 7 gevallen betreft is het van belang op te merken, dat bij 5 van de 7 patiënten meerdere psychotische perioden voorkwamen, waarvan een deel ontstond na een partus, een operatie, parametritis, typhus, koortsachtige infectieziekten en een climacterische bloeding, een ander deel echter spontaan tot ontwikkeling kwam.

Het mooiste voorbeeld onder deze gevallen vind ik geval 53. Deze patiënte maakte 4 keer een verwardheidspsychose door:

1e keer in 1913, brak *spontaan* uit,
2e keer in 1920, na *een partus*,
3e keer in 1929, na *een operatie*,
4e keer in 1930/31, *spontaan*.

Het begin was alle 4 keeren acuut; patiënte begon met onrustig te worden en betrekkingsideeën te uiten. Tijden van opgewondenheid en stupor wisselden elkaar daarna af; waarschijnlijk hallucinaties; incohaerent denken.

De *provoceerende werking* van *den uitwendigen factor* komt hierin wel tot uiting.

In twee gevallen worden voorts *„reaktiv bedingte Gemütsbewegungen"* vóór het uitbreken der psychose aangegeven.

In geval 55 ontstond de psychose acuut in aansluiting aan den dood van den vader; in geval 61 na den dood van een zoon. Deze laatste patiënte had 20 jaar geleden op 20 jarigen leeftijd echter ook reeds een psychotischen toestand doorgemaakt, waarvoor geen nadere aetiologische momenten staan aangegeven.

We kunnen ons dan ook geheel vinden in Fünfgeld's uitspraak „Trotzdem kann auch hier die exogene oder psychogene Ver-

anlassung als ein *wesentlicher* Faktor nicht anerkannt werden."

Wel echter noteeren we deze gevallen, als dusdanige, *waarbij een exogene of een psychogene factor in het uitbreken der psychose provoceerend heeft gewerkt.*

Wat het geslacht betreft, komen ook de verwardheidspsychosen in het allergrootste deel der gevallen bij vrouwen voor.

Ten opzichte van de leeftijdsperiode is er met de motiliteitspsychose in zooverre eenig verschil, dat het meerendeel der gevallen wel op jeugdigen leeftijd (16—26 jaar) optreedt, doch dat dit toch niet zoo opvallend is als bij de motiliteitspsychosen.

Mogelijk komt hierin een verhoogde neiging van de jeugdigen tot motorische ontladingen tot uiting.

Wat betreft de *constitutie* der patiënten lijdende aan *motiliteits- en verwardheidspsychosen,* willen we de volgende gegevens, waartoe Fünfgeld's materiaal ons aanleiding geeft, hier vastleggen:

De *lichaamsbouw* heeft weinig karakteristieks.

Bij beide psychosen blijkt meer dan ¼e deel een „uncharakteristischem Körperbau" te hebben. Een derde deel der motiliteitspsychosen is voorts dysplastisch; de pycnici zijn sterker vertegenwoordigd onder de motiliteitspsychosen, de leptosomen onder de verwardheidspsychosen.

Ilse Graf[1]) vond echter, wat de pycnici en leptosomen betreft, juist omgekeerde uitkomsten.

Fünfgeld vond bij bijna alle patiënten een verhoogde „gemütliche Eindrucksfähigkeit". Dit bestond niet hierin, dat de patiënten als bij reactief labiele psychopathen spoedig in een depressieve stemming geraakten, doch zij kwamen bij indrukken en situaties, die hen affectief in beweging brachten, in een innerlijke spanning, waarin zij niet goed wisten, wat zij met zichzelf en de buitenwereld moesten aanvangen.

Voorts behooren de meeste patiënten tot de *actieve* typen. Grootendeels hebben zij een goede *intelligentie,* al komen ook enkele minder begaafde en zwakzinnige personen onder hen voor. Epileptoïde trekken zijn onder de patiënten zelf minder te vinden dan onder de familieleden.

Enkele patiënten onder zijn materiaal zijn kunstzinnig begaafd; een tweetal behoort tot de *phantastische* persoonlijkheden.

In doorsnee zijn de patiënten *sociaal bruikbare,* zelfs „hochwertige" persoonlijkheden.

Ook Kleist vindt, meer onder de verwardheidspsychosen dan onder de motiliteitspsychosen „gewisse Denk- und Vorstellungstypen: unklare Köpfe und phantastisch-künstlerische Begabungen; auszerdem verhältnismäszig häufig *ernste* und heitere „Gemütsmenschen", seltener hysterische und reaktive Eigentümlich-

[1]) Ilse Graf, Monatsschr. Psych. Bd 64, 1927.

keiten; bei motilitätspsychosen nicht selten Debilität und epileptoïde Züge".

In hun grondstructuur vindt Kleist bij zijn patiënten dikwijls een *motorischen aanleg:* of opvallend rustige, gesloten, onhandige menschen of overbeweeglijke explosieve naturen; voorts, en dit vooral bij de verwardheidspsychosen, menschen met een zeer levendige, uitdrukkingsvolle, gratieuze motoriek. Kleist meent dan ook, dat hieraan een bizondere hersen-aanleg ten grondslag ligt, dien hij in den *hersenstam* zoekt, waardoor de apparaten der psychomotiliteit, der opmerkzaamheid en van het denken *labiel* zijn en in hoofdzaak tot autochthone schommelingen neigen.

Deze hersencentra zouden bij de autochthone psychosen bizonder gevoelig zijn voor lichaamseigen, wellicht endocrine stoffen.

Bij een vermeerdering of vermindering dezer stoffen of door een stoornis in de regulatie van hun evenwicht volgt dan een ziekelijke doorslag naar de zijde van het manische of melancholische, het hyperkinetische of akinetische, het verwardheids- of stupor-syndroom.

Kleist wijst er dan ook op, dat dezelfde syndromen kunnen optreden als symptomen-beelden bij andere ziekten. Zoo kan in het verloop van een progressieve paralyse wel een manisch, depressief of stuporeus beeld te voorschijn geroepen worden; eveneens vinden we bij arteriosclerosis cerebri en bij andere hersenveranderingen beelden van een verwarden opwindingstoestand.

In tegenstelling met Ewald, die alle temperamenten tot één paar temperamenten terugvoert en van één soort temperamentsziekte, de manisch-depressieve psychose spreekt, onderscheidt Kleist in verband met zijn 3 hersencentra en op grond van den evenwichtstoestand, die normaal in deze gebieden bestaat, drie paar temperamenten, de stemmings-, motiliteits- en denktemperamenten en niet één, maar 3 soorten van temperamentsziekten: de gemoeds-, verwardheids- en motiliteitspsychosen.

Wat betreft de *erfelijkheid* dezer cycloïde psychosen:

Kleist spreekt in 1926 van een *gelijksoortige*, meestal indirecte erfelijkheid. Meerdere malen vond hij voorts cyclische psychosen en psychopathieën in de ascendentie. Bij de motiliteitspsychosen waren debiliteit en epileptoïde trekken onder de nabestaanden niet zeldzaam. Zeker vast te stellen *schizophrenieën* kwamen echter *zelden* voor en dan nog steeds te zamen met cycloïde psychosen en psychopathieën in dezelfde familie.

Fünfgeld komt in 1936 tot dezelfde conclusie.

Concludeerend besluit Kleist: „Als Gesammtauffassung der Verwirrtheiten und Motilitätspsychosen ergibt sich, dasz diese Psychosen nach ihren *Erscheinungsbildern*, ihrer *Verlaufsweise*, nach *Anlage* und *Erblichkeit* etwas Eigenartiges, mit keiner anderen Erkrankung Gleichzusetzendes und auch nicht aus Mischungen anderer Psychosen Abzuleitendes sind".

Meerdere onderzoekers eischen met Kleist en Fünfgeld voor deze motiliteits- en verwardheidspsychosen een afzonderlijke plaats. Dat Schroeder dit ook doet, zagen we reeds.

Pohlisch[1]) vond onder 60 hyperkinetische motiliteitspsychosen 17 gevallen, die nooit een andere psychose doormaakten dan den reeds jaren genezen hyperkinetischen toestand en 16 gevallen, die alleen recidiveerende hyperkinetische aanvallen doormaakten.

Lange, Graf, Herz, Kauders, Klieneberger, van der Torren e.a. beschreven eveneens hyperkinetische motiliteitspsychosen.

Hoewel Kurt Schneider[2]) slechts voor weinige van Kleist's „Nebenpsychosen" een eigen klinische plaats wil inruimen, meent hij toch ook, dat de motiliteits- en ook de verwardheidspsychosen een afzonderlijke plaats verdienen.

De vraag komt op, of Kleist onder zijn verwardheidspsychosen nu alle toestandsbeelden rekent, die in vroeger jaren onder de *„amentia"* werden gevat.

Naar onze meening is Kleist geneigd gevallen met beslist *exogene aetiologie* (na infectieus-toxische momenten, na uitputting) niet onder zijn verwardheidspsychosen op te nemen.

In vroegere studies werden verwardheidstoestanden bij endogene psychosen met die, welke een exogene oorzaak hadden, op één lijn gesteld.

De exogene reactievorm „amentia" sluit, aldus Carp[3]), een *toxaemische ontstaanswijze* in, alsmede een vrijwel steeds gunstig verloop, leidend tot een clinische genezing. Differentieel-diagnostisch kan dit toestandsbeeld ten opzichte van andere ziekten (schizophrene, manische, hysterische ziektebeelden), die gedurende eenigen tijd het amentia-type kunnen aannemen, onoverkomenlijke moeilijkheden geven.

Carp noemt in dit opzicht met name ook de z.g. verwarde manieën. Werd in de Fransche literatuur de amentia voorheen opgevat als een *uitputtingstoestand*, vooral in aansluiting aan zware verlossingen met veel bloedverlies, grootendeels heeft men deze opvatting moeten laten varen, daar uitputtingstoestanden die op andere wijze veroorzaakt werden, een *ander* toestandsbeeld te zien gaven.

Thans wordt over het algemeen aangenomen, dat in gevallen, die als overwegend exogenen vorm het amentiabeeld vertoonen, een *toxisch-infectieuze* oorsprong aanwezig is.

Carp brengt dan ter differentiaal-diagnose praemonitorische verschijnselen naar voren. Ontbreken deze, dan zal men voorzichtig dienen te zijn met het aannemen van een exogenen reactievorm en veeleer een schizophreen of ander ziektebeeld vermoeden.

Hij noemt dan: moeheid en sterke vermoeibaarheid, onaangename gevoelens in het hoofd, doffe pijnen in rug en ledematen, welke het stil liggen onmogelijk maken, een gevoel van angstigheid, schrikachtigheid, gevoelens van naderend onheil, gebrek aan eetlust, slapeloosheid of vele angstige droomen tijdens den slaap, prikkelbaarheid e.d.

DE IKPSYCHOSEN.

Hiertoe rekent Kleist de *hypochondrie* eenerzijds, anderzijds de *acute (expansieve) confabulose*. Onder dezen naam be-

[1]) K. Pohlisch, Abhandl. Neur. Psych. H 29, Berlin 1925.
[2]) Kurt Schneider, Leipzig 1932.
[3]) Carp, Psychosen op exogenen grondslag enz. 1937.

schrijft hij een *confabulatorisch-phantastische stoornis* van het voorstellingsleven.

Ook deze beelden ontstaan autochthoon en treden niet zelden periodisch op. De waanvorming herinnert sterk aan de door Bonhoeffer[1]) beschreven *reactieve* waanvormingen van psychopathen met een labiel persoonlijkheidsbewustzijn in de gevangenis. Ook komt ze sterk overeen met een paralytischen *grootheidswaan.*

Symptomen van hyperkinese, gedachtenvlucht en verwardheid zijn ook hier aanwezig, doch treden sterk op den achtergrond bij de stoornissen in het *voorstellingsleven* en in het *zelfbewustzijn.*

Blijven de ikpsychosen door hun phasisch en vaak periodisch verloop verbonden aan den circulairen psychosen-kring, door het overwegen van de stoornissen in het voorstellingsleven naderen ze weer meer de paranoide psychosen. Ze staan meer tusschen beide kringen in.

Bij de acute expansieve confabulose is een „wahnhafte *Hebung des Selbstgefühls*" aanwezig, zoowel wat betreft het eigen geestelijke Ik (Autopsyche, Selbstich) als het lichamelijke Ik (Somatopsyche, Körperich).

Bij de Hypochondrie betreft „die Senkung des Selbstgefühls" meer de Somatopsyche.

DE „AKUTE (EXPANSIVE) EINGEBUNGSPSYCHOSE".

Met de acute persecutorische hallucinose plaatst Kleist deze beelden onder de atypische paranoide psychosen naast de typische chronisch verloopende paranoia-vormen, waarbij hij eveneens een expansieve paranoia (verlossers- en profetenwaan) naast een persecutorische paranoia onderscheidt.

Zagen we bij de acute expansieve confabulose vooral een stoornis van het „Selbst-Ich" en het Körper-Ich", bij deze psychosen staat de stoornis van het „*Gemeinschafts-Ich*" op den voorgrond.

Bij de expansieve beelden is het *gemeenschapsgevoel* verhoogd, bij de persecutorische verlaagd.

Kleist spreekt van „Eingebungspsychose", omdat voor dit ziektebeeld de plotselinge *ingevingen,* die, als komende van een buiten en boven den persoon staande Macht (God, engelen, heiligen, wereldgeest) worden beleefd en centraal staan. Soms kunnen de ingevingen wel als „stemmen" worden aangegeven.

Dit beeld is niet nieuw.

Wernicke sprak reeds van een „*expansive Autopsychose mit*

---

[1]) K. Bonhoeffer, Abhandl. a. d. Geb. d. N. u. G. Krankh. H 6, 1907.

autochthone Ideen". Echter was aan dit ziektebeeld nog weinig beteekenis toegekend, volgens Kleist mede tengevolge van de weinig gelukkige en breedvoerige benaming.

Reeds eerder noemden we de publicatie van Thomsen[1]), die onder zijn gevallen van acute paranoia ook enkele beschreef, die gelijken op deze beelden (gevallen 6 en 23).

Ook Ziehen[2]) met zijn begrip „eknoïa", Bloch[3]) en Bostroem[4]) geven voorbeelden van deze psychose.

De volgende 2 gevallen van Kleist mogen hier, kort, als voorbeeld dienen:

1e *Patiënt:* een matig begaafde knecht van 54 jaar verklaart, dat hij plotseling vervuld is van een *groot medelijden* met andere menschen. Voelde zich uitverkoren om de menschen op het laatste oogenblik van de eeuwige verdoemenis te behouden. Voelde zich door een oneindige Liefde tot de menschen gedragen en was bereid voor zijn opdracht zijn leven ten offer te brengen.

2e *Patiënt:* 50 jaar oud. Kreeg plotseling de openbaring, dat de wereld zou ondergaan, zelf echter door God in genade opgenomen te zijn, bestemd om door zijn offer op het laatste oogenblik anderen te redden. Sprong daarom uit het venster, om zoo met zijn dood een ander tot geloof te brengen. Voelde zich in onmiddellijke aanraking met God. Werd na korten tijd hersteld ontslagen. Kreeg 3 jaar later weer plotseling een ingeving, Gods Woord te moeten verkondigen. Had toen ook visioenen, waarin zich zijn gedachten over verdoemenis en verlossing weerspiegelden. De opwindingstoestand verdween na een week; daarna trad er gedurende weken een hypochondere stemming op. Klaagde toen dikwijls over angstgevoelens, voelde zich gedrukt, meende zelf verdoemd te zijn.

Het omslaan van een extatischen toestand met ingevingen in één met hypochondere waandenkbeelden wordt eveneens door Bostroem en Bloch beschreven.

Dit wijst er op, dat bij de veranderingen van het persoonlijkheidsbewustzijn niet alleen een stoornis van het „Gemeinschafts-Ich", doch ook van het Selbst-Ich" en „Körper-Ich" betrokken is.

Bostroem rekende zijn gevallen van „expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (Wernicke)" als een bizondere groep tot de „*autochthon Labilen*" van Kleist, welke labiliteit in deze gevallen niet alleen op de stemming betrekking heeft, maar ook op het persoonlijkheidsbewustzijn.

In onderscheiding van extatische toestanden bij de manie, vindt hij bij de autopsychose met autochthone ideeën (Kleist: „Eingebungen") geen afleidbaarheid en geen gedachtenvlucht. Daardoor gelukt het den patiënt zijn grootheidswaandenkbeelden systematisch op en uit te bouwen.

Geven we thans een samenvatting van *de symptomen* door Bostroem en Kleist genoemd:

---

[1]) Thomsen, Archiv. f. Psych. Bd 45, 1909.
[2]) Th. Ziehen, Psychiatrie, Leipzig 1911.
[3]) Bloch, diss. Frankfurt 1921.
[4]) Bostroem, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.

de ingevingen („autochthone-Ideen"; „Eingebungen");
de labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn, „Überhitzung van het „Gemeinschaftsgefühl" en van de religieuze gevoelens (Kleist);
sterk verhoogd zelfgevoel (Bostroem);
de expansieve waanvoorstellingen, die tot een meestal goed geordenden grootheidswaan samengevat worden. Retrospectief worden vele gegevens uit het verleden in deze grootheidsideeën verwerkt; (zie Bonhoeffer en Birnbaum);
de labiliteit der stemmingen; (volgens Bostroem eerder waar te nemen dan de autochthone ideeën);
het extatische affect;
het omslaan van de extase in een hypochondrischen toestand; zoowel constitutioneel als erfelijk: sterk ontwikkelde religieuze en altruïstische gevoelens; lichamelijke sensaties: hoofdpijn, congesties, sterk zweeten, slapeloosheid. Wernicke noemde zelfs als kenmerk van de door hem beschreven psychose: het acuut optreden van autochthone ideeën met sterke stoornissen van het vasomotorium. Kleist spreekt ook van lichamelijke sensaties. Esser[1]) bracht deze eveneens naar voren. Bostroem vindt deze vasomotorische stoornissen bij zijn patiënten minder duidelijk;
het plotseling, autochthoon ontstaan;
wel kunnen soms reactieve momenten worden aangetoond en is er sprake van voorafgaande zorgen, ergernissen, een bedreigd zijn in de existentie; bijna steeds waren er echter vooraf reeds enkele veranderingen in het normale gedrag van den patiënt waarneembaar;
de relatief korte duur van de phase; soms een periodisch verloop; de gunstige afloop.

Wat de *erfelijkheid* betreft, vindt Kleist bij zijn gevallen: manisch-depressieve psychose, zwakzinnigheid, epilepsie en epileptoïde toestanden. Bij de patiënten van Bostroem en van Bloch kwamen depressieve toestanden in de familie voor.

DE ACUTE PERSECUTORISCHE HALLUCINOSE.

Bij Schroeder kwamen we deze hallucinose ook reeds tegen.

Kleist nam gevallen waar, die *autochthoon* ontstonden, alsook die *reactief* in de gevangenis voorkwamen, èn die door *alcoholmisbruik* te voorschijn werden geroepen.

Evenals Schroeder meent hij, dat de hallucinose bij alcoholisten meer door den persoonlijken aanleg dan door de giftwerking van den alcohol wordt bewerkstelligd.

---

[1]) P. H. Esser, Ps. en N.bl. 1936 en 1937.

Zoo geeft Kleist ook voorbeelden van gevallen, bij wie de eene phase autochthoon ontstond, de andere reactief of tengevolge van alcoholmisbruik.

Hij vond in een paar gevallen episodische ontstemmingen en dipsomane toestanden, die in een hallucinose uitliepen. De verwantschap aan den epileptisch-epileptoïden kring werd hierbij openbaar.

Voorts vindt Kleist ook bij deze patiënten, evenals in hun familie, een overdreven religiositeit. Ook constateert hij, dat er ongetwijfeld *psychopathische,* tenminste eigenaardige, persoonlijkheden zijn, die steeds de neiging tot acustisch hallucineeren, tot het luid worden hunner gedachten en tot visionaire belevingen hebben.

„*Beziehungs*"- en „*Entfremdungspsychosen*".

Kleist maakt voorts opmerkzaam op eigenaardige, acute psychosen, die zich niet zelden periodisch herhalen en die speicaal te herkennen zijn aan een ziekelijke verhooging en uitbreiding van de „Beziehungsqualität der Eindrücke" en daarom als „*akute Beziehungspsychosen*" kunnen worden aangeduid.

Een patiënt, voor wie iedere handeling en ieder gebeuren in zijn nabijheid beteekenis kreeg, verklaarde zelf na zijn herstel, dat het was of alles naar hem toe werd gerukt, sterker op hem betrokken werd.

Onder „*Entfremdungspsychose*" verstaat Kleist een aan de „Beziehungspsychose" tegenovergesteld ziektebeeld.

Deze psychose is vooral gekenmerkt door „Entfremdung", door verlaging van de „Beziehungsqualität". Alle indrukken die de patiënt ontvangt, staan ver van hem weggetrokken, ze voltrekken zich als een schouwspel op een ver verwijderd tooneel.

Ook de indrukken, die de patiënt vanuit zijn eigen lichaam ontvangt, zijn eigen bewegingen, zijn denken, verliezen het stempel van op het eigen ik betrokken zijn.

Inplaats van „psychosen met depersonalisatie" spreekt Kleist van „Entfremdungspsychosen".

DE EPILEPTOÏDE PSYCHOSEN.

In 1921 noemt Kleist, als hij de grenslijn van zijn autochthone degeneratiepsychosen gaat trekken, het ontbreken bij deze psychosen van dementie-verschijnselen, van delieren en van amnestische toestanden.

Ook de tegengesteldheid van de toestandsbeelden en de neiging tot het verloopen in tegengestelde phasen vindt hij typisch bij de autochthone degeneratiepsychosen.

Van de autochthone degeneratiepsychosen sluit hij echter uit: de *migrainepsychosen;* voorts de eigenaardige *periodische slaaptoestanden,* waarvan Schroeder in zijn „ungewöhnliche periodische Psychosen" een geval beschreef (Fall 7); verder de zelden voorkomende periodische niet-epileptische schemertoestanden; evenzoo de kortdurende *episodische ontstemmingen bij psychopathen,* die meest met lichamelijke klachten — hoofdpijn, moeheid,

duizeligheid — gepaard gaan en vaak onder het beeld van een dipsomanie of poriomanie verloopen.

Voorts sluit hij uit, de op de grens van symptomatische psychosen staande, psychosen bij *hydrocephalus* en meningitis, alsook de schijnbaar autochthone, in werkelijkheid symptomatische, zich herhalende, psychosen bij infectieziekten, die volgens Kleist gevonden worden bij personen met een „symptomatisch-labiler-Konstitution". [1])

Vreemd doet het daarom aan in 1928 onder de beschreven atypische goedaardige constitutioneele psychosen, welke Kleist in navolging van Schroeder met den verzamelnaam *„degenerationspsychosen"* wil aanduiden, nu wel, als randpsychosen der epilepsie, de *epileptoïde psychosen* beschreven te vinden.

Onder deze psychosen behandelt hij n.l. met name de episodische *schemertoestanden*, die zich aan de reeds langer bekende *episodische ontstemmingen* bij *epileptoïde psychopathen* aansluiten. Aan deze toestanden verwant noemt Kleist dan ook even de *episodische periodische slaaptoestanden*, alsmede de *narcolepsie*.

Al deze toestanden treden *episodisch* op en verloopen met *bewustzijnsstoornissen;* plotseling openbaren zich de hevigste symptomen, die na enkele dagen, zelfs uren, weer even snel verdwijnen.

De *episodische schemertoestanden* zijn, evenals die bij epileptici, kortdurende, gemiddeld 6—7 dagen aanhoudende, bewustzijnsstoornissen, die meestal minder diep zijn dan bij de epilepsie.

Naast dit hoofdsymptoom komen meestal nog andere symptomen voor, waarnaar men verschillende typen van episodische schemertoestanden kan onderscheiden, die echter geen scherp gescheiden ziekten voorstellen.

Bij sommige patiënten traden hallucinaties meer op den voorgrond, bij andere b.v. delirante bewegingsonrust.

De episodische schemertoestanden treden meestal, maar niet altijd, *autochthoon* op.

Hierdoor, alsook door hun zeer *korten episodischen* duur, wordt het wezen „der *psychopathischen Dämmerzustände*" bepaald tegenover het over meerdere maanden uitgestrekt *phasisch* verloop der cycloïde psychosen en het meer *chronisch* verloop der paranoïde psychosen.

Hier spreekt Kleist van *„psychopathische"* schemertoestanden, bedoelende de episodische schemertoestanden.

Het verband met de *psychopathie* laat hem dus niet los, al sprak hij van psychopathen eigenlijk alleen bij de typeering der episodi-

---

[1]) K. Kleist, Monogr. Berlin 1920.

sche *ontstemmingen*. Bij vele episodische schemertoestanden komen hevige *hoofdpijnen* voor.

De verwantschap van de episodische schemertoestanden aan de epilepsie, waardoor Kleist hen als randpsychosen van deze ziekte rekent, blijkt hem niet alleen uit de symptomen, doch ook uit lichaamsbouw en erfelijkheid.

Zijn patiënten hebben voornamelijk een dysplastischen, athletischen en massieven lichaamsbouw.

Ilse Graf[1]) vond onder 8 episodische schemertoestanden 6 patiënten met een dysplastischen en 2 met een pycnischen habitus, echter geen met massieven lichaamsbouw, zooals deze bij 24 % der epileptici gevonden is. Een dysplastischen habitus vond zij ook overwegend bij hysterische en hyteroïde *psychopathen*.

Kaldewey[2]) meent, dat de betrekking tusschen de episodische schemertoestanden en de eigenlijke epilepsie nauwer is, dan Kleist aanneemt.

Wat de aetiologie betreft meent Kleist, dat, behalve een abnormale gevoeligheid van bepaalde hersencentra, ook schommelingen van de bloed-hersenbarrière in het spel zijn.

De episodische psychosen, opwindingstoestanden, die bij zwakzinnigen kunnen voorkomen (v. d. Horst), alsook die bij organische hersendefecten of na hersenverwondingen, wil Kleist niet tot zijn episodische schemertoestanden rekenen.

Kleine[3]) bewerkte een artikel over *periodische slaapzucht*, waarin hij 5 gevallen uit de kliniek van Kleist beschrijft. Hij ziet het begin dezer ziekte optreden tusschen het 14e en 20e jaar, meestal na zware inspanning.

Met tusschenperioden van een maand tot meer dan een jaar treden de slaapaanvallen op, die hoogstens een paar weken duren. De patiënten klagen over moeheid, hoofdpijn, slaperigheid en duizeligheid en vertoonen meestal sterke vasomotorische reacties.

Kleine rekent ze tot de autochthone *degeneratiepsychosen* en verklaart hun periodiciteit op dezelfde wijze als Kleist; op den minderwaardigen hersenaanleg hebben extracerebrale lichaamsinvloeden grooten invloed.

Hij constateert, dat al zijn gevallen een minderwaardigen hersenaanleg vertoonen, daar het *neuro-* of *psychopathische persoonlijkheden* zijn of patiënten met een lichte debilitas mentis.

Schottky[4]) gaf een studie over 15 gevallen, waarop de

---

[1]) Ilse Graf, Monatsschr. Psych. Bd 64, 1927.
[2]) W. Kaldewey, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 110, 1927.
[3]) Kleine, Monatsschr. Psych. Bd 57, 1925.
[4]) J. Schottky, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 152, 1935.

diagnose van episodische schemertoestanden zou kunnen worden gesteld. Hij vindt dan onder deze patiënten psychosen bij zwakzinnigen en psychopathen, gevallen met organische afwijkingen en atypische toestanden, die hij noch tot de schizophrenie noch tot de cyclothyme psychose wil rekenen. Hij kwam onder zijn materiaal echter geen gevallen tegen, die aan de beschrijvingen van Kleist voldeden.

Te zamen met Driest heeft Kleist[1]) in 1937 een *katamnestisch* onderzoek ingesteld naar de patiënten, die in de jaren 1921 tot 1925 in zijn kliniek als lijders aan katatonie waren gediagnosticeerd; 35 van de 184 gevallen bleken genezen te zijn, waarvan er 27 reeds meer dan 10 jaar geheel hersteld bleken. Bij 12 van deze meende hij achteraf gerechtigd de diagnose „degeneratiepsychose" te mogen stellen (3 motiliteitspsychosen, 2 verwardheidspsychosen, 2 „ratlose Bedeutungspsychosen", 1 hallucinose en 4 episodische schemertoestanden).

In het schema van Kleist treffen we geen goedaardige randpsychosen van de *schizophrenie* aan. Dit komt, omdat Kleist het schizophreniebegrip sterk beperkt en omlijnd houdt en het wezen van deze groep ziet in de *verval-verschijnselen*. Bij een deel der gevallen ontwikkelen deze vervalverschijnselen zich zuiver; meestal vindt dit echter plaats langs den weg van acute syndromen, manische-, melancholische, akinetische, hyperkinetische, verwarde en paranoïde beelden. Deze toestandsbeelden zijn in wezen echter niet schizophreen, doch hangen saam met den, buiten het schizophrene proces staanden, persoonlijken aanleg van den patiënt of zijn van een toevallige localisatie van het schizophrene proces afhankelijk. Op gelijke wijze vinden we dit bij de paralyse. Ook bij de paralyse kunnen we gelijke symptomen aantreffen als bij de autochthone psychosen. Kleist kent zoo *geen* eigenlijke schizophrene *syndromen*. De voortschrijdende *uitval*verschijnselen bepalen het wezen dezer ziekte. De syndromen zijn slechts „der Ausdruck gewisser allgemeiner Hirneinrichtungen, Funktionsstörungen bestimmter umschriebener Hirnapparate".

Zoo kan Kleist ook geen randpsychosen van de schizophrenie opstellen.

---

[1]) K. Kleist en W. Driest, Allg. Z. f. Ps. Bd 104, 1936; Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 157, 1937.

HOOFDSTUK V.

Degeneratieve geestesziekten en degeneratiepsychosen in de oudere literatuur.

Het is niet zoo onbegrijpelijk, dat Kraepelin, toen hij de verschillende psychosevormen ging ordenen, schoon schip maakte met de degeneratieve psychosen. Doordat de leer van het „Entartungsirresein" haar vleugelen niet alleen over alle functioneele psychosen, maar ook nog daarbuiten, had uitgeslagen, lagen de meeste psychosen in haar ban.

Kraepelin bracht de diverse degeneratieve psychosen bij zijn nieuwe ziektevormen onder. Al blijft hij nog wel de ontaarding als één der aetiologische factoren beschouwen, van degeneratieve psychosen spreekt hij niet meer.

Met het uitwas werd het geheele begrip der degeneratiepsychosen over boord geworpen.

Niet aldus in de Fransche school.

De opvattingen van Magnan over de degeneratie en de dégénérés bleven in de Fransche psychiatrie hun invloed behouden.

Magnan[1]) onderscheidt de gedegenereerden in twee groepen: de „*dégénérés inférieurs*", waartoe hij rekent de idioten en zwakzinnigen, en de „*dégénérés supérieurs*" of de „*déséquilibrés*".

Behalve de „état mental" kan bij deze dégénérés voorkomen een „état syndromique" en een „état délirant".

Als „*état mental*" van de „dégénérés supérieurs" kent Magnan en zijn school de volgende groepen: de intellectueel hoogstaande personen, die echter geen gevoel voor moraal hebben; omgekeerd menschen met hooge moraliteit, doch met beperkte intellectueele begaafdheid, met eenzijdigen aanleg; doch in de 3e plaats menschen, die geheel normaal en evenwichtig schijnen, doch bij wie een emotie, een ziekte, een lichamelijke zwakte, zelfs een physiologisch gebeuren als de menopauze, het psychisch evenwicht aanstonds kunnen verstoren.

Tijdens een „*état syndromique*" komt deze onevenwichtigheid, deze labiliteit duidelijk tot uiting.

---

[1]) Psychiatr. Vorlesungen. Einl. von Moebius, Leipzig 1891.

Magnan verstaat hieronder den toestand, waarin de „syndromes épisodiques" optreden, die zich uiten in dwanghandelingen en dwangvoorstellingen.

Hieronder zijn te noemen: de folie du doute, agoraphobie, dipsomanie, kleptomanie en kleptophobie, impulsions homicides et suicides, sexueele perversiteiten enz.

Tenslotte kunnen er bij deze dégénérés zekere vormen van psychose voorkomen, *„les états délirants"*.

Hiertoe rekent hij:

een groot deel van de gevallen, die men destijds als manie en melancholie bestempelde;

het „délire d'emblée", gevallen van zich langzaam ontwikkelende waanvorming, welke weer snel verdwijnt;

de klassieke „folie circulaire", periodische melancholieën, manieën en paranoïa-achtige toestanden.

Een afzonderlijke hysterische psychose onderscheidt Magnan niet. Deze psychosen komen niet te staan op de rekening der hysterie, maar op die der ontaarding. Voorts rekent hij tot de degeneratieve psychosen, zich langzaam ontwikkelende psychosen met onregelmatig verloop en onzuivere waanvorming, bij welke, vooral bij jonge menschen, snel versuffing kan optreden, uitloopende in diepe *dementie*, la démence précoce ou primitive.

Door deze groep ook onder zijn degeneratieve psychosen te rekenen, constateert Magnan, dat een groot aantal van zijn dégénérés dementeeren.

Krafft-Ebing vindt zelfs het dementeeren karakteristiek voor zijn degeneratieven.

Hier blijkt reeds, dat het begrip „degeneratie" bij Schroeder een geheel andere beteekenis heeft, daar hij juist het *niet* dementeeren bij zijn degeneratieve geestesziekten karakteristiek vindt.

We nemen van Magnan afscheid met een opmerking van Bonhoeffer, dat Magnan erop attendeerde, dat waanvorming met primaire grootheidsideeën een bewijs voor het ontaardingskarakter van een psychose is.

Dat ook na Kraepelin de degeneratieve psychosen niet uit de Fransche literatuur zijn verdwenen, moge blijken uit de indeeling van André Barbé[1]) van zijn afzonderlijk hoofdstuk: „Dégénéréscence", in:

1. Idiotie, imbecillité, débilité mentale.
2. Syndromes épisodiques.
3. Manifestations delirantes polymorphes.

Hieronder noemt hij o.a. de „délires d'emblée".

---

[1]) Psychiatrie Tome II du Colin, Demay, Legrain etc.

We vinden hierin nog duidelijk Magnan's opvattingen terug, al vinden we hier niet meer de hysterie en de dementia praecox, zooals bij Magnan, onder de degeneratieve psychosen gerangschikt.

Evenzoo bij Régis.

Régis[1]) onderscheidt 4 soorten dégénérés:

1. les désharmonies (défaut d'équilibre, originalité, excentricité)
2. les neurasthénies (idées fixes, impulsions, aboulies)
3. les phrénasthénies (délirantes, raisonnantes, instinctives)
4. les monstruosités (imbecillité, idiotie, crétinisme)

Dornblüth[2]) volgde in Duitschland Magnan en wees op een groep geestesziekten, die met de degeneratieve psychosen overeenstemde, welke hij parapsychieën noemde.

Dat bij een doelbewuste ordening der psychosen, als door Kraepelin tot stand kwam, de degeneratieve psychosen een groote veer zouden moeten laten, valt te begrijpen.

Kraepelin[3]) noemt geen afzonderlijke degeneratieve psychosen meer. De „syndromes épisodiques" en „états délirants des dégénérés" van Magnan verdwijnen grootendeels onder de manisch-depressieve psychose en onder de dementia praecox. Wel spreekt hij echter even van „Entartungsirresein", n.l. in zijn inleiding over *„die originären Krankheitszustände"*, het hoofdstuk waarin hij ziektetoestanden bespreekt, die eenvoudig als een uitvloeisel van een aangeboren psychopathischen aanleg kunnen worden aangemerkt.

We hebben daar te doen met een voortdurende ziekelijke verwerking van levensprikkels, met een ondoelmatigheid van denken, voelen en willen, gedurende het geheele leven. „Darin liegt das Kennzeichen der Entartung. Wir sind daher berechtigt, diese Krankheitszustände unter dem besonderen Namen des „Entartungsirreseins" zusammen-zufassen". In ruimeren zin, zegt Kraepelin dan verder, behooren hiertoe eigenlijk ook de ziektevormen, in wier aetiologie de ziekelijke aanleg een hoofdrol speelt, n.l. de hysterie en de manisch-depressieve psychose en dat grensgebied der psychiatrie, waarin de ziekelijke psychopathische persoonlijkheden beschreven worden.

Onder zijn „originären Krankheitszustände" rangschikt hij dan: die Nervosität; die konstitutionelle Verstimmung; die konstitutionelle Erregung (een gedurige, zeer lichte psychomotorische opwinding); das Zwangsirresein (allerlei dwangvoorstellingen en pho-

---

[1]) Régis: Précis de psychiatrie, Paris 1923.
[2]) O. Dornblüth: Allgem. Z. f. Ps. Bd 50, 1894.
[3]) E. Kraepelin: Psychiatrie 7e Aufl., 1904.

bieën); das impulsive Irresein (Wandertrieb, Brandstiftungstrieb, Stehltrieb enz.) en tenslotte „die geslechtlichen Verirrungen". In deze „originären Krankheitszustände" van Kraepelin vinden we een deel van „les syndromes épisodiques" van Magnan terug.

„Les états mentals" der „dégénérés supérieurs" ontdekken we voorts in de beschrijving der psychopathische persoonlijkheden, die der „dégénérés inférieurs" in het hoofdstuk der psychische ontwikkelingsremmingen.

Van afzonderlijke „syndromes épisodiques" en „états délirants" bij dégénérés vinden we echter niets meer terug.

Spoedig blijkt, dat, ook onder hen die de ziekte-eenheden van Kraepelin aanvaardden, toch weer een behoefte gevoeld werd aan een afzonderlijke groepeering van degeneratiepsychosen.

Nieuwere studies hierover verschenen in Duitschland van de hand van onderzoekers, die zich bezig hielden met de bestudeering van psychotische toestanden bij gevangenen.

Viel aan 't eind der vorige eeuw bij hen, die psychosen in de gevangenissen tot studiemateriaal hadden gekozen, het accent op het feit, dat het grootste deel der voorheen genoemde „Verbrecherswahnsinn" en „Gefangenenwahnsinn", exacerbaties bleken te zijn van reeds bestaande ziektevormen in den zin van Kraepelin, met name van de dementia praecox, vanaf 1907 werd in meerdere Duitsche publicaties, bij de beschouwing der psychosen in de gevangenissen, ook de „degeneratie" in den zin van Magnan-Moebius betrokken.

Vastgesteld werd, dat een groot deel van de gevangenispsychosen niet zuiver endogeen van oorsprong is, doch dat deze zich veelmeer ontwikkelen uit een wisselwerking van een psychisch ziekelijke constitutie en de veelvuldige lichamelijke en psychische traumata van het gevangen-zijn.

Het verband tusschen aanleg en psychose werd in oogenschouw genomen. Aan den ziekelijken aanleg werd bijzondere aandacht geschonken.

Siefert[1]) plaatste tegenover de acute psychosen, die uit uitwendige oorzaken ontstaan en opbloeien, de degeneratieve, producten van aanleg en uitwendige factoren, die uiterlijk gelijken op de juveniele dementeerende processen, doch alleen ziekelijke reacties en stijgingen van een ziekelijken aanleg zijn.

Tegenover de meening van oudere onderzoekers, dat de tot dementie verloopende processen in de gevangenis werden losge-

---

[1]) E. Siefert, Halle a. S. 1907.

woeld en door tijdige beëindiging der gevangenschap in hun ontwikkeling tot stilstand konden komen, stelt Siefert zijn zienswijze, dat de zuiver endogeen ontstane psychosen door wisseling van milieu niet te beïnvloeden zijn. Zelfs meent hij, dat de symptomatologie dezer psychosen door de omgeving slechts weinig beïnvloed kan worden.

Bonhoeffer[1]) ging in zijn „zur Lehre von den Degenerationspsychosen" een stap verder en deed een poging, bij een onderzoek van psychotische gevangenen in de observatie-inrichting te Breslau, afzonderlijke typen onder de psychosen, die op den bodem der degeneratie ontstonden, te onderscheiden.

Tegelijk bracht hij het begrip „degeneratiepsychose", al volgde hij voorts de indeeling van Kraepelin, naast de Kraepelin'sche ziektevormen weer naar voren. Hij onderscheidt 3 groepen onder zijn *degeneratiepsychosen:*

1. de *acute paranoia,* als eenvoudige paranoïde reactie op degeneratieven bodem, die hier tot uiting komt in een erethische debiliteit, met neiging tot beroepswisselingen en vroegtijdige criminaliteit.

   Gedurende den straftijd ontwikkelde zich acuut een paranoïd symptomencomplex. Onder een angstig beeld ontstaan betrekkingsideeën, benadeelingswaandenkbeelden, hallucinaties, nerveuze prikkelbare stemmingen, dwangmatige, depressief getinte recapitulaties van eigen verleden.

   Deze psychotische toestanden, die remitteerend kunnen verloopen, duurden eenige maanden tot 2 jaar. Werd de patiënt in een andere omgeving gebracht, dan verminderden de verschijnselen sterk. De persoonlijkheid onderging geen verandering. Het ziekteïnzicht was niet altijd volledig.

   In meer dan één opzicht doen deze psychosen aan de hysterische toestandsbeelden denken: de omgeving oefent grooten invloed uit op de intensiteit en den teruggang der verschijnselen; droombelevingen worden psychotisch verwerkt in confabulaties van geslagen en gewurgd worden.

   Het hysterische karakter wordt echter gemist in de eenvormigheid der angstige betrekkingswaandenkbeelden en der phonemen, in het over het geheel adaequate paranoïde affect.

   Bij deze groep kwamen de paranoïde waandenkbeelden niet uit het oorspronkelijke karakter voort. Er was geen paranoïde aanleg.

---

[1]) K. Bonhoeffer, Samml. Zwangl. Abh. a. d. Geb. der N. u. G. Heft 6, 1907.

2. Het type der *querulantenwaan*, als ziekelijke verergering van een reeds aanwezigen paranoïden aanleg.

In de gevangenis treden bij halsstarrige, eigenzinnige, fanatieke personen toestandsbeelden op, die geheel overeenkomen met het beeld van den querulantenwaan. Bonhoeffer wil deze paranoïde episoden bij personen met abnormaal paranoïden aanleg echter wel gelijk stellen met het chronische type van den querulantenwaan, dat vaker voorkomt. Hij vindt het niet juist van een pseudoquerulantenwaan te spreken.

Worden deze patiënten in een ander milieu gebracht, dan verbleeken de verschijnselen snel onder toename van het lichaamsgewicht. Deze toestanden zijn geneeslijk. Het betreft hier echter waanvorming op den bodem van overwaardige denkbeelden (Wernicke) en betrekkingsideeën, die als reacties op uitwendige factoren worden te voorschijn geroepen.

3. Een rij van gevallen, waarbij *„die Labilität des Persönlichkeitsbewusztseins"* het meest op den voorgrond tredende verschijnsel is. („Degenerationspsychosen vom Bilde der originären Paranoia").

Reeds eerder beschreef hij de labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn, waarbij de herinneringsbeelden betreffende den eigen persoon vervalscht worden, als degeneratieverschijnsel.

Al wijken de, onder deze groep door Bonhoeffer beschreven gevallen, één voor één van elkaar af, de volgende verschijnselen treden op: subacuut in de gevangenis optredende benadeelings-, betrekkings-, en grootheidswaandenkbeelden bij retrospectieve herinnerings-vervalschingen, welk waansysteem langzaam onder vorming van een volledig ziekteinzicht teruggaat.

In meerdere gevallen traden, in aansluiting aan onaangename gevangenisbelevingen, phantastische grootheidswaandenkbeelden op, die geheel in tegenstelling waren met de vroegere persoonlijkheid en den levensgang van den patiënt en derhalve aan hebephrenie deden denken.

Bonhoeffer brengt deze gevallen in nauw verband met de pseudologia phantastica en voert verder gevallen aan, waarin de overgang tusschen de pseudologie en deze waanvorming duidelijk aanwijsbaar was.

De gedachte aan simulatie komt bij deze gevallen soms wel boven; de waangedachten blijken minstens gedurende een bepaalden tijd een subjectieve realiteit te hebben gehad. Ze geven den

indruk van een spel der phantasie, al of niet met een bepaalde bedoeling, met primair „eine Lust am Fabulieren", waarbij de zieke zich auto-suggestief in zijn waanvorming opvoert.

Legde Bonhoeffer in zijn aanduiding „vom Bilde der originären Paranoia" een zeker verband met de Paranoia, Gaupp[1]) keerde zich, tegen het leggen van dit verband en wees op de z.i. nauwere betrekking van deze toestandsbeelden tot de psychogene toestanden. Nitsche en Wilmanns[2]) achten deze kritiek van Gaupp juist en wijzen er op, dat deze gevallen ook een rij van lichamelijke verschijnselen vertoonen (vermindering der pijngevoeligheid, lichte beperking van het gezichtsveld) die zij bij psychogene psychosen gemakkelijker kunnen verklaren, dan bij paranoia.

Résumeerend trekt bij deze psychosen-groep bij gedegenereerden onze aandacht:

1. de labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn met vervalsching der herinneringsbeelden betreffende den eigen persoon.
2. de primaire, kritieklooze grootheidsgedachten.
3. sterke beïnvloeding door omgeving en belevingen.

Karl Wilmanns[3]) hield, eveneens in 1907, een referaat over „Gefängnispsychosen". Hij deelt de meening van Siefert niet, dat de straftijd voor de „echte" psychosen geen aetiologische beteekenis zou hebben.

De symptomatologie van beginnende dementia-praecox-gevallen wordt z.i. terdege door het gevangenismilieu gekleurd. Er kunnen dan beelden ontstaan, die van de functioneele psychosen moeilijk zijn af te grenzen.

Evenals bij gedegenereerden kan in die gevallen bij verandering van milieu een teruggaan der psychotische verschijnselen volgen.

Onder zijn materiaal van de Heidelberger kliniek vindt hij in 49% (136) zijner gevallen lijders aan dementia praecox; dan volgt met 30% (83), gevangenispsychosen, die zich op den bodem der ontaarding ontwikkelen.

De op dezen bodem ontstane psychosen vat hij op als „Reaktionen oder Steigerungen" van een abnormalen aanleg onder schadelijke invloeden.

Hij deelt zijn *degeneratieve gevangenispsychosen* in acute en chronische in. Onder de *acute* ontmoet hij verschillende typen, die meestal vóór het 35e levensjaar ontstaan en met volledig ziekteinzicht genezen:

---

[1]) Bij Nitsche en Wilmanns, Z. f. d. ges. N. u. Ps. Ref. Bd III H. 6, 1911.
[2]) Idem.
[3]) Karl Wilmanns, Halle 1908.

a) de acute heftige reacties van razernij en Ganser-schemertoestanden, alsook de door Raecke[1]) beschreven hysterische stuportoestanden bij gevangenen.

b) kortdurende psychotische toestanden, die zich tot zwaardere stoornissen uit hypnagoge hallucinaties kunnen ontwikkelen, indien aan het gevangen-zijn niet snel een einde wordt gemaakt.

c) acute paranoïde beelden met phantastische waanideeën, zooals Bonhoeffer beschreef.

Wilmanns voert hun ontstaan op auto-hypnotische toestanden terug.

d) acute psychosen met massale plastische hallucinaties, volkomen helder bewustzijn en angstig-prikkelbare stemming, die sterk aan den alcoholwaanzin herinneren.

Onder de door Schroeder beschreven degeneratiepsychosen ontmoetten we deze beelden ook.

Naast deze acute, onderscheidt Wilmanns de *chronische* degeneratieve gevangenispsychosen, die gezien worden onder invloed van langjarige monotone gevangenschap, speciaal bij celstraf. Evenals in het gewone leven, kunnen zich dan phantastische waandenkbeelden en hypochondrische depressies voordoen, die zich tot chronische psychosen kunnen ontwikkelen.

Het karakteristieke type der chronische degeneratieve psychosen in de gevangenis wordt echter gevormd door de *queruleerende* vormen der chronische paranoïde psychosen. Bij verandering van milieu verbleeken ook deze waanvoorstellingen steeds meer. Zij onderscheiden zich van de paranoia en van den querulantenwaan van Kraepelin alleen door hun prognose.

Deze laatste, in het vrije leven ontstane, ziektebeelden zijn, volgens Wilmanns „die Entwicklungen weit schwererer Grade der Entartung als diese, die das Resultat von Entartung und eines äuszeren, entfernbaren Moments sind".

Birnbaum[2]) schrijft in 1908 een uitvoerige monographie over *„Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen"*.

De 109, in deze studie beschreven gevallen, zijn eveneens crimineele patiënten, die bijna allen tijdens of na den straftijd psychotisch werden.

Alvorens tot zijn meer gedetailleerd onderzoek over te gaan, geeft Birnbaum ons in zijn eerste geval een algemeen voorbeeld, om ons duidelijk te maken, welke soort van ziektebeelden door hem bedoeld wordt.

---

[1]) Raecke, Allg. Z. f. Ps. 18, 1901.
[2]) K. Birnbaum, Halle a. S. 1908.

In het kort laten we zijn „Fall 1" hier volgen:

Fall 1. Geboren in 1866 (dus 42 jaar ten tijde van onderzoek).

Moeder deed suicide, was geestesziek, evenals een oom. Kon goed leeren. Werd landbouwer. Beproefde later zijn geluk als kwakzalver en geldschieter. Van zijn 20e jaar af vaak wegens bedrog en diefstal gestraft. Deed zich altijd opvallend braaf voor. Had reeds eerder in de gevangenis visioenen gehad. Werd Aug. 1900 wegens bedrog en geldschieten tot 4 jaar tuchthuisstraf veroordeeld. Werkte daar tot Jan. 1901 onopvallend.

Schreef toen plotseling aan zijn vrouw, dat er weldra groote dingen met hem gingen gebeuren. Verklaarde rustig met verheerlijkte gelaatsuitdrukking: engelen waren hem verschenen; stemmen uit den hemel hadden hem opgedragen als profeet een nieuw geloof te verkondigen; in de kranten werd ook aandacht op hem gevestigd; de engel Gabriël verscheen hem, om hem op zijn roeping voor te bereiden; zieken zou hij genezen. Als volgeling van Christus wilde hij zich niet laten scheren en ging lang haar dragen.

Daarnaast schreef hij echter geheel zakelijke brieven aan zijn vrouw.

Voorbijgaand traden er ook angst- en opwindingstoestanden op, waarin hij duivelen zag, die hem wilden beetpakken. Nu en dan uitte hij ook vervolgingsideeën: de dokter wilde hem vergiftigen, daar deze hem zijn hooge toekomst niet gunde.

Ook zijn vroegere levensgeschiedenis betrekt hij in zijn waan.

Als kind verloor hij door een schot één oog. Hij zegt nu het licht in dit oog verloren te hebben, daar hij als knaap tegen het gebod van den engel Gabriël, die toen reeds tot hem gesproken had, was ingegaan.

Was geaffecteerd en gekunsteld in zijn gedrag.

Somatisch waren lichte sensibiliteitsstoornissen aanwezig. Stoornissen in de intelligentie waren niet te vinden.

Bleef tot 1906 in gestichten. Langzamerhand werd zijn gedrag natuurlijker, al wisselde zijn stemming nog gemakkelijk.

Toonde tenslotte volkomen ziekteïnzicht.

Werd einde 1906 naar de gevangenis teruggebracht, daar hij geheel in staat werd geacht tot het uitzitten van zijn nog resteerenden straftijd.

Als grondschema voor zijn gevallen brengt Birnbaum naar voren: op reeds bestaanden psychotischen bodem treedt tengevolge van een of andere oorzaak (hij neemt dit breeder dan het verblijf in de gevangenis alleen) een ziektetoestand op, die zich in zijn symptomatologie in hoofdzaak beperkt tot een relatief geordende waanvorming en derhalve gemakkelijk als „Paranoia" imponeert. In tegenstelling tot de „Paranoia" blijft deze waan niet gedurig, doch gaat weer terugtreden tot den toestand vóór het uitbreken der psychose.

Ook Birnbaum wijst er op, dat Magnan steeds met alle scherpte deze degeneratieve waanpsychosen tegenover de chronische progressieve waanprocessen, zijn „délire chronique", heeft gedifferentieerd en hun verschil in wezen, in symptomatologie en verloop heeft naar voren gebracht.

In zijn studie wijdt Birnbaum achtereenvolgens aandacht aan de verschijnselen en den inhoud dezer waanvormingen, aan het verloop dezer degeneratieve waanpsychosen en aan hun wezen.

In hoofdzaak vormen Birnbaum's gevallen een groep dege-

neratieve psychosen, die we bij Bonhoeffer reeds tegenkwamen als zijn 3e groep, n.l. die van het beeld der originaire paranoia.

Zijn zieken zijn persoonlijkheden, die gekenmerkt zijn door een te groote *autosuggestibiliteit*, door hun psychische *labiliteit*, door het overwegen van een levendige *phantasie* boven een nuchter denken. In deze eigenschappen openbaart zich de degeneratieve bodem.

Bij deze menschen ontwikkelen zich in de gevangenis zeer wisselende, tegenstrijdige, oppervlakkige, sterk te beïnfluenceeren psychotische verschijnselen. Deze bestaan uit benadeelingswaandenkbeelden, phantastische grootheidsideeën, herinneringsvervalschingen, een vrij phantasie-spel met indifferenten inhoud.

Hallucinaties op alle zintuigen komen voor; deze treden echter sterk tegenover de waandenkbeelden terug.

Zoowel de uitgebreidheid als de inhoud van de waandenkbeelden wisselt sterk. Soms openbaren zich betrekkelijk zuivere vormen van grootheids-, benadeelings-, vervolgingswaan, dan weer is het totaalbeeld samengesteld uit uiteenloopende gedachten, hypochondere-, grootheids-, vervolgingswaanideeën enz., zonder een eenheid te vormen.

De waandenkbeelden zijn *oppervlakkig, gemakkelijk te beïnfluenceeren, vluchtig;* ze beheerschen het handelen van den patiënt slechts in geringe mate. Er is in het tot stand komen der waanideeën ook geen bepaalde volgorde te onderkennen, zooals Magnan bij zijn „délire chronique" een regelmatig overgaan van vervolgingswaangedachten in grootheidswaandenkbeelden waarneemt. Willekeurig treedt bij den één het eene waandenkbeeld, bij den ander het andere het eerst aan den dag.

Zooals we ook reeds bij Bonhoeffer zagen, merkt ook Birnbaum op, dat de ontstaanswijze dezer waandenkbeelden een andere is dan bij de echte paranoia. Ze komen langs autosuggestieven weg tot stand en kunnen worden beschouwd als de subjectieve realisatie van bepaalde wenschen der patiënten.

De oppervlakkigheid en wisselvalligheid dezer waandenkbeelden wordt hierdoor verklaard.

Birnbaum wil ze dan ook zoo ver mogelijk wegtrekken van die bij de paranoia en dit tot uitdrukking brengen in een andere naamgeving.

> „Diese Ideen, welche in wesentlichen auf dem Wege der Selbstbeeinflüssung ihren Wirklichkeitswert erhalten, sollen als *„wahnhafte Einbildungen"* gekennzeichnet werden".

Zijn deze „Wunsch-einbildungen", zooals hier meest geschiedt, zeer phantastisch gekleurd, in overeenstemming met de innerlijke behoefte naar verhooging van het eigen Ik, dan komen de primair ontstane *grootheidsideeën* openbaar, die Magnan ook als speci-

fiek degeneratieve verschijnselen aanmerkte. Daarnaast komt meestal een uitschakeling, een onderdrukking van „unlustbetonter Vorstellungskomplexe" tot stand, die met het delict, de veroordeeling, de schuld te maken hebben.

Vooral in het begin der psychose komen vaak bewustzijnsstoornissen voor, die niet zelden een hysterisch karakter dragen.

Ook wat het verloop betreft, is geen vaste lijn te trekken. Dit wordt eveneens sterk door uitwendige factoren beïnvloed. Opnieuw kunnen zich dezelfde waandenkbeelden herhalen, of nieuwe kunnen zich aan de reeds bestaande toevoegen of met deze afwisselen. Meestal treden ze geleidelijk aan terug. Nu en dan blijft een rest van den waan aanwezig, al oefent deze weinig invloed op de gedragingen van den herstelden patiënt. Meestal bestaat er echter algeheele genezing met volkomen ziekteïnzicht. Met name de benadeelingswaandenkbeelden worden wel eens niet geheel gecorrigeerd.

Naast de eenvoudige en gecompliceerde waanvormingen onderscheidt Birnbaum nog recidiveerende, remitteerende en intermitteerende.

Door hun bizonder langen duur kunnen sommige den indruk van chronische waandenkbeelden geven.

Doch ook in deze gevallen blijft de beïnfluenceerbaarheid door uitwendige momenten, het wisselende en oppervlakkige in de waanvorming, karakteristiek. Meestal duren deze psychosen echter niet zoo lang, soms slechts weinige dagen, meestal enkele weken tot maanden.

Bij voorkeur beginnen zij in het derde decennium.

Birnbaum verklaart dit uit het feit, dat deze menschen dan het leven ingaan, wat een zware psychische opwinding voor hen beteekent.

Nitsche en Wilmanns[1]) zoeken de eigenlijke oorzaak voor het optreden op dezen leeftijd dieper, n.l. in een dispositie der jeugdjaren tot hysterische psychosen.

Birnbaum zelf wijst nadrukkelijk op de sterke verwantschap van zijn „wahnhafte Einbildungen" met de hysterische psychosen, zoowel in den aanleg als in de verschijnselen, alsook in het feit, dat dezelfde patiënt den eenen keer het beeld kan vertoonen van een hysterischen schemertoestand, den anderen keer van een degeneratieve waanvorming.

Zelf geeft Birnbaum toe, dat de waanbeelden bij hysterischen en bij „degeneratieven" zonder uitgesproken hysterische stigmata, principiëel niet van elkaar zijn te scheiden, afgezien van

---

[1]) l. c.

de bijkomende specifiek hysterische verschijnselen. Als zoodanig noemt hij dan, op somatisch gebied: de sensibiliteitsstoornissen, de krampen en verlammingen, op psychisch gebied: de passagère bewustzijnsveranderingen, de stuportoestanden, het Gansersymptomencomplex, de phantastische stoornissen in de oriëntatie, het hysterische gedrag.

In meerdere van Birnbaum's gevallen wordt ook een intellectueele minderwaardigheid openbaar. Het beeld der psychose kan door de debiliteit duidelijk worden gekleurd. De maatgevende factor voor de waanvorming is echter niet de aangeboren geesteszwakte, maar de degeneratieve component. Dezelfde beelden vormen zich dan ook bij personen, bij wie ieder intelligentie-defect ontbreekt.

Theunissen[1]) beschrijft „interneeringspsychosen" bij personen met duidelijke debiliteit. We kunnen deze beter onder de debiliteitspsychosen dan onder de degeneratiepsychosen rangschikken. (Zie v. d. Horst hoofdst. VII).

Dat de phantastische pseudologen behooren tot die psychopathen, die in het bizonder gepraedisponeerd zijn tot het vormen van phantastische „Einbildungen", wordt afzonderlijk door Birnbaum vermeld.

Ook Bonhoeffer wees hierop. In het waandenkbeeld vinden we de pseudologische trekken, die buiten den psychotischen toestand aanwezig waren en blijven, terug.

Moeilijk kan het zijn de door Birnbaum beschreven psychosen van simulatie te onderscheiden. Het gekunstelde, overdrevene, sterk beïnfluenceerbare, wisselende, vaak tegengestelde in dezen waan kunnen aan de echtheid eener psychose doen twijfelen.

Bij langere observatie blijkt echter duidelijk, dat van een doelbewuste simulatie, met daarop gerichte opmerkzaamheid en wilsconcentratie, bij deze patiënten, die zoo weinig critisch tegenover hun wisselende bewustzijnsinhouden staan, geen sprake is.

Om aan te toonen, hoe nauw pseudologia phantastica, simulatie, „wahnhafte Einbildung", en hysterische schemertoestand met elkaar samenhangen, geeft Birnbaum in zijn „Fall 100" hiervan een instructief voorbeeld.

In die gevallen, waar differentiaal diagnostisch aan epilepsie gedacht moet worden, blijft opvallend, dat bij de Birnbaum'sche gevallen op epilepsie gelijkende aanvallen na milieu-verandering niet meer voorkomen; reeds na overbrenging van de gevangenis

---

[1]) W. F. Theunissen, Ned. T. v. G. 1916.

naar een gesticht, bleven ze uit.

Van de progressieve psychosen komt bij de differentiaal diagnose, de dementia praecox nog ter sprake. Dat zijn waanpsychosen met deze psychose niets te maken hebben, legt Birnbaum in enkele korte zinnen vast:

„Dasz dieser gesetzmäszig aus innern Ursachen mit Steigerungen und Remissionen verlaufende, meist fortschreitende und häufig in einen Defektzustand ausgehende Prozesz seinem Wesen nach nichts mit diesen degenerativen Wahnpsychosen zu tun hat, ist ja selbstverständlich.

Denn, selbst wenn letztere in Schüben verlaufen, bedeuten sie nicht sowohl zusammengehörige Phasen einer progressiven Erkrankung, als vielmehr voneinander relativ unabhängige psychotische Reaktionen auf äuszere Anstösze."

Tegenover de paranoïde vormen van de schizophrenie, treedt de groote invloed, die er van het uitwendige moment uitgaat op het plotseling ontstaan, op den vorm (samenhang van den waan met het exogene moment) en het verloop (de invloed van milieuverandering) bij zijn waanvormingen duidelijk op den voorgrond. In zijn repliek tegenover Bleuler[1]), die zijn waanvormingen toch voor lichte gevallen van schizophrenie houdt, bracht Birnbaum[2]) dit nogmaals naar voren. Ook voerde hij hiertoe nog de initiale bewustzijnsstoornissen aan, die bij de dementia praecox zouden ontbreken.

Birnbaum beweert niet met zijn „wahnhafte Einbildungen" de zich op degeneratieven bodem opbouwende waanvormingen te hebben uitgeput. Integendeel. De degeneratieve aanleg geeft een bizonder gunstigen bodem voor ieder soort waanvorming.

„Denn, die für sie charakteristische Disharmonie der seelichen Komponenten, die Störung in den richtigen Maszverhältnissen zwischen den psychischen Funktionen im allgemeinen und speziell zwischen Gefühls- und Vorstellungstätigkeit wirkt vorzugsweise im Sinne einer wahnhaften Auffassung und Verarbeitung des dargebotenen Vorstellungsmaterials."

De waanvormingen zelf zullen echter verschillend uitvallen, al naar de bizondere dispositie der persoonlijkheid, bij wie zij optreden.

Onder de waanvormingen, die naar hun wezen dichter staan bij de echte paranoïsche vormen dan bij de „wahnhafte Einbildungen"

---

[1]) E. Bleuler, Zentralbl. f. N. u. Ps. 32, 1909.
[2]) K. Birnbaum, Zentralbl. f. N. u. Ps. 32, 1909.

noemt Birnbaum speciaal de gevallen van „Beeinträchtigungswahn, die unter dem Einflusz eines affekterregenden Milieus überhaupt, oder innerhalb dieses Milieus auf ganz bestimmte, stärker gefühlsbetonte Erlebnisse hin, bei Personen auftreten, welche ihrer Natur nach auf solche Reize mit einseitiger überstarker Gefühlsbewegung zu reagieren pflegen."

Ook deze waanvormingen geven, naar hun wezen, geen progressie te zien. Zij onderscheiden zich echter van de oppervlakkige, onbestendige, gemakkelijk te beïnfluenceeren „Einbildungen" doordat zij, van het begin af, meer het karakter van een vaste overtuiging dragen.

Speelde de algemeene *labiliteit* en *beïnfluenceerbaarheid* bij de *„Einbildungen"* een rol, hier is veel meer sprake van een pathologische stabiliteit, een „Starrheit der seelischen Gebilde".

De zeer sterke en eenzijdige affectieve reacties blijven langen tijd aanwezig, waardoor de hieruit voorkomende waandenkbeelden ook moeilijk te beïnfluenceeren zijn.

In dit verband denken we aan Kretschmer's „Sensitive Beziehungswahn" [1]).

Reeds kwamen we dezen tegen bij Schroeder's schema (Hfdst. III), waarbij hij onder de reactief-labiele constitutie, de bestudeering der waanvorming door Kretschmer noemt.

Kretschmer's sensitieve betrekkingswaan heeft een zuiver psychologisch reactief ontstaan en wordt geheel bepaald door het trias „Charakter, Erlebnis und Milieu". Hij ontstaat zeer overwegend op den bodem van een zware erfelijke belasting.

De aangeboren psychopathische constitutie blijkt vooral hieruit, dat uitputting de ziekte helpt bevorderen. Uitputting door arbeid en affect vormt een gewichtig moment bij de ontwikkeling van dezen waan.

Een voorwaarde voor zijn ontstaan is het sensitieve karakter. Kretschmer beschrijft dit als in hoofdzaak asthenisch, niet gemakkelijk te ontladen, met een gespannen sthenisch contrast. In de aanwezigheid van dit sthenisch contrast onderscheidt zich het betrekkings-neurotische karakter van de dwang-neurotische variant van het sensitieve karakter.

Naast een weekheid van gemoed, een zwakheid, een gemakkelijke kwetsbaarheid, vinden we aan den anderen kant bij deze karakters een zelfbewuste eerzucht en eigenzinnigheid.

Onder deze karakters, bevinden zich gecompliceerde, zeer intelligente en hoogwaardige persoonlijkheden, fijn en diep voelende

---

[1]) E. Kretschmer, Berlin 1918.

altruïsten, scrupuleus in hun ethische opvattingen, met een teer gemoedsleven, die hun, langen tijd bestaande, gespannen affecten diep verborgen hebben; menschen, die een beslisten eerbied en achting voor zichzelf hebben, maar toch schuchter, niet zeker van zichzelf, optreden; die in zichzelf gekeerd zijn, maar toch toegankelijk en vriendelijk, bescheiden, maar toch eerzuchtig en volhardend.

Hun sthenisch zelfbewustzijn en asthenisch insufficientiegevoel kan door milieuinvloeden en levensgebeurtenissen specifiek geprikkeld worden. De reeds bestaande inwendige spanning wordt dan steeds hooger opgevoerd.

De „Erlebniswirkung", die tot den sensitieven betrekkingswaan voert, rust op een voor deze karakters bepaald mechanisme, door Kretschmer het „Mechanismus der Verwaltung mit folgender Inversion" genoemd.

Vooral prikkelt hen een „Erlebnis der beschämenden Insufficienz", die òf gelegen is op het sexueel-ethisch gebied òf in het beroepsleven.

Kretschmer onderscheidt dan ook drie groepen van sensitieven betrekkingswaan: den erotischen betrekkingswaan „alter Mädchen", den masturbantenwaan en de beroepsconflicten.

De inwendige spanning, vermeerderd door een ethisch diepgevoelde nederlaag, die zich met de kracht eener obsessie in het centrum van hun aandacht plaatst, neemt steeds toe en slaat om, *inverteert,* in een betrekkingswaan.

Dit mechanisme onderscheidt zich van dat der expansieve paranoïci door een gebrek aan vrije affectontlading; van de complexvormingen der hysterici door het bewust verwerken der levensgebeurtenissen.

De psychose wordt veroorzaakt door het specifieke „Erlebnis" bij dit specifieke karakter. Zonder eenige suggestie geven de patiënten zelf dezen samenhang toe.

Expansieve componenten in het karakter maken de prognose slechter; overigens is er een neiging tot herstel.

We zagen, hoe in Birnbaum's gevallen het milieu de grootste beteekenis had in de aetiologie dier psychosen.

Verandering van milieu werkte dan ook zeer gunstig. In hun ontstaanswijze werd voorts een duidelijke autosuggestieve invloed openbaar, waardoor zijn „Einbildungen" als een *subjectieve realisatie van bepaalde wenschen konden worden beschouwd.*

Schroeder uitte zich betreffende de gevangenispsychosen in gelijken zin, als hij zegt:

„Deshalb stellen auch die Haft- und Gefängnispsychosen

eine *besondere* Gruppe des *Entartungsirreseins* dar, weil bei ihnen Abwehr- oder Wunschvorstellungen als ätiologische und symptomgestaltende Factoren kaum je fehlen. Das gibt ihnen ein besonderes gemeinsames Gepräge nach der *Hysterie* hin.

Aber... dieses Gepräge ist nicht Gemeinsymptom aller degenerativen Geistesstörungen.

En hierbij denken we terug aan de degeneratiepsychosen van Schroeder, die niet reactief ontstonden, al waren er in sommige gevallen reactief-provoceerende momenten duidelijk aantoonbaar.

Hetzelfde geldt voor de degeneratiepsychosen van Kleist, die nog sterker de reactieve aetiologie voor zijn „autochthone" psychosen afwijst, al trad met name bij zijn motiliteits- en verwardheidspsychosen, evenals bij die van Fünfgeld, de „auslösende" werking van exogene factoren aan den dag.

Risch[1]) probeert in de oudere literatuur hysterische, psychogene en degeneratieve stoornissen nauwkeurig af te grenzen.

Eenerzijds doet hij een poging de phantastische waanvorming bij gedegenereerden van de hysterie te onderscheiden, anderzijds tracht hij hysterische van psychogene psychosen te onderkennen.

Hij meent, dat in de gevangenis ontstane psychogene delieren zonder hysterische stigmata, wat de terugkeer tot het in de gevangenis-kunnen-verkeeren betreft, gunstiger beoordeeld kunnen worden dan de „hysterische" delieren.

Tenslotte: tot de Duitsche auteurs, die steeds ruim aandacht bleven schenken aan de degeneratieve toestanden en psychosen op degeneratieven bodem behoort E. Stransky[2]).

In zijn leerboek bleef een hoofdstuk over „Psychopathien und die Formen des sogenannten degenerativen Irreseins" en één over „die Geisteskrankheiten auf degenerativer Grundlage" te vinden.

In het eerste beschrijft hij o.a. toestandsbeelden, „wie, sie *Ziehen* als *„Eknoïa"* beschrieben hat: ein plötzliches „Ergriffensein" in oft religiös-ekstatischem Sinne, aus rein endogenem Ursprunge, ohne äuszere Veranlassung und ein dementsprechendes, der habituellen Persönlichkeit fremdes Handeln; auch diese Episoden pflegen rasch zu verklingen. Alle diese Dinge sind ausgesprochen *degenerative psychotische Episoden,* finden sich so gut wie nur

---

[1]) Risch, Allg. Z. f. Ps. 65, 1908; Zentralbl. f. N. u. Ps. 1908.
[2]) E. Stransky, „Allgemeine u. Spezielle Psychiatrie Bd II Leipzig 1914.

bei Entarteten, wiederholen sich oft mehrfach im Leben; auch haben sie einen gewissen Stich ins Epileptoïde".

Daarna noemt hij „paranoïde Episoden der Degenerierten", transitoire beelden, die acuut ontstaan. Binnen 24 uur of weinige dagen zijn ze verdwenen.

Stransky memoreert ook, dat hun verloop herinnert aan dat der acute alcohol-hallucinose, met dit onderscheid, dat hallucinaties meer terugtreden, hoewel ze niet geheel ontbreken.

(We herinneren hier aan de beschouwing van Schroeder en Kleist in dezen.)

Naast benadeelingswaandenkbeelden spreekt hij ook van grootheidswaandenkbeelden, geluksgevoel, „Gefühl einer gehobener Stimmung".

Hij merkt ook op, dat het optreden en verloop der degeneratieve psychosen door psychogene momenten sterk beïnvloed worden. Hetzelfde geldt ook voor den inhoud dezer psychosen.

Ook moet z.i. geen gering deel der z.g. „Haftpsychosen", die geen eenheid vormen, hier worden geclassificeerd.

> „In den Haftpsychosen, aber auch in anderen, bestimmten äuszeren Konstellationen adaequaten und darum (Stern) sogenannten „Situationspsychosen", sehen wir sehr gewöhnlich ein Durcheinandergehen von wahnhaften Einbildungen (Birnbaum) phantasiegezeugter Art, von paranoïden Ideen und von sichtlich psychogen ausgelösten b.z.w. aufgebauten Gebilden."

In de hier genoemde vormen van degeneratiepsychosen vindt Stransky dikwijls een manisch-melancholischen trek; nog vaker is het beeld, in overeenstemming met het psychogeenreactieve moment, hysterisch gekleurd.

In de 3e plaats noemt hij het Ganser-symptomencomplex, behoorend tot de meer hysteroïde vormen van de degeneratieve situatiepsychosen met hun pueriel-kinderlijk gedrag en het kinderlijk georiënteerd zijn hunner bewustzijnsinhouden.

Vermeldenswaard zijn nog enkele trekken, die Stransky geeft ter differentiaal diagnose met andere psychosen.

Afgezien toch van de zware organische psychosen kunnen de degeneratieve geestesziekten betrekkelijk iederen vorm van psychose imiteeren.

Van de *manisch-depressieve* psychose onderscheiden ze zich door hun korteren duur en het niet uitgesproken zijn „der affektiven Grundlage";

van de *paranoïsche* processen, door den veel snelleren en meer abortieven afloop;

van de *katatone* processen, waarmee vnl. de Gansertoestanden

verwisseld kunnen worden, door het ontbreken van een diepere schizophrene splijting;

van de *epilepsie* en *hysterie*, door de anamnese; van de *simulatie*, met name bij crimineele individuen, door de moeilijkheid bij simulanten meerdere nachten onrust te simuleeren.

In het 2e hoofdstuk „die Geisteskrankheiten auf degenerativen Grundlage" behandelt hij de manisch-depressieve psychose en de paranoia.

HOOFDSTUK VI.

Het afwijzend oordeel over de degeneratiepsychosen van Schroeder en Kleist.

In het door Bumke uitgegeven „Handbuch der Geisteskrankheiten" wijden Lange[1]) (bij de bespreking der manisch-depressieve constitutie) en Mayer-Gross[2]) (bij de behandeling der schizophrenie) ook meerdere bladzijden aan de degeneratiepsychosen.

Lange had zich trouwens reeds eerder bezig gehouden met atypische ziektebeelden, als katatone verschijnselen in het kader van manische psychosen en met atypische epileptische schemertoestanden.

In zijn beknopt leerboek[3]) geeft hij later opnieuw, zij het kort, ook aandacht aan de degeneratiepsychosen.

Duidelijk blijkt uit zijn studies, dat hij zooveel mogelijk het systeem van zijn leermeester Kraepelin zonder veranderingen wil trachten te handhaven en de atypische beelden, waar even mogelijk, wil probeeren onder te brengen in het kader der opgestelde ziektevormen.

Zoo wil hij voor de atypische beelden van Schroeder en Kleist toch de grondstoornis der manisch-depressieve psychose als pathogenetisch handhaven en staat hij in principe afwijzend tegenover Schroeder en Kleist.

Toch blijkt de vraag der degeneratiepsychosen voor hem hiermede niet opgelost. Dit blijkt uit zijn onzekere houding, die hij tenslotte inneemt bij het bepalen van zijn standpunt, zoowel tegenover Schroeder als Kleist.

Tegenover Schroeder merkt hij eenerzijds op, dat deze onder zijn gevallen mooie voorbeelden geeft van atypische manisch-depressieve psychosen (zooals ook door Schroeder zelf bedoeld), anderzijds echter atypische vormen beschrijft met perio-

---

[1]) J. Lange, Handb. d. Geisteskr. Bd VI, 1928.
[2]) W. Mayer-Gross, id. Bd IX, 1932.
[3]) J. Lange, Thieme 1935.

disch verloop, bij welke een circulaire grondslag niet kan worden vastgesteld, hieraan toevoegend „zum mindesten aus der Darstellung". „Dieser Betrachtungsweise (van Schroeder) läszt sich vom klinisch-psychologisch-symptomatologischen Standpunkt aus die Berechtigung nicht abstreiten".

Toch geeft Lange er de voorkeur aan bij deze atypische beelden, als zuiver reactieve ziektebeelden uit te sluiten zijn, „etwaïge biologisch greifbare Krankheitsvorgänge (in dezen der manisch-depressieve psychose), welche Träger einer Fülle von Erscheinungsformen des Irreseins sein können, als *pathogenetische* herauszuheben".

Zoo ook tegenover Kleist. Aan den eenen kant vestigt hij er de aandacht op, dat ook in de beelden van Kleist de manische en melancholische beelden overwegen en dat zelden bij herhaling atypische beelden voorkomen.

Wel neemt hij hierbij aan, dat de „Hirnanlage" een pathoplastischen invloed kan uitoefenen, hetgeen bij uitgesproken motiliteitsverschijnselen aan den dag treedt en speciaal bij de akinetische beelden wordt gezien.

„Man wird also daran denken dürfen dasz *auch zirkuläre* Kranke gelegentlich solche Hirnanlagen in sich tragen."

Bij zijn beschouwingen over de expansieve autopsychosen van Kleist geeft hij echter weer toe, dat ook hier, evenals bij meerdere voorbeelden van Schroeder, de circulaire verschijnselen kunnen worden gemist en stelt dan de vraag „ob nicht hier etwa eine Gruppe von pathogenetischen Factoren des M.D.I. durch andersartige, etwa besondere Labilitäten wohl charakterisierter Hirnanlagen, *ersetzt* sein könnte?"

Lange[1]) refereerde in 1926 over de erfelijkheid bij phasisch verloopende psychosen, naar aanleiding van onderzoekingen door Kahn verricht, die concludeerde, dat inderdaad moet worden aangenomen, dat de manie en de melancholie een gelijken erfelijken grondslag hebben.

Voor de atypische vormen van phasisch verloopende psychosen was de uitkomst echter anders. Hier wordt toegegeven, dat alle door Kleist als autochthone degeneratiepsychosen afgezonderde vormen in afzonderlijke families terugkeeren. „Mischpsychosen", in den zin der Tübinger School, schijnen voor deze beelden niet verantwoordelijk gesteld te kunnen worden.

Vooralsnog vindt Lange de erfelijkheid dezer atypische autochthone degeneratiepsychosen zeer ingewikkeld.

---

[1]) J. Lange, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.

Hij blijft echter hopen op het vinden van een samenhang met de manisch-depressieve psychose.

Mayer-Gross staat eveneens critisch tegenover de „degeneratiepsychosen", waaraan hij, als atypische beelden in het kader der schizophrenie, aandacht schenkt. Hij meent, dat de pogingen, om met behulp van het begrip der degeneratiepsychosen, atypische vormen van schizophrenie van dezen psychosenvorm los te maken, bij een critische beschouwing geen stand kunnen houden.

Hij heeft bezwaren tegen de wijze van Schroeder's katamnestisch onderzoek. Met een schriftelijke katamnese (gevallen 3 en 4) [1]) kan niet besloten worden tot het ontbreken van een schizophrene persoonlijkheidsverandering. Zelfs acht Mayer-Gross deze vaak moeilijk aantoonbaar, als slechts éénmaal persoonlijk een katamnestisch onderzoek wordt ingesteld.

Eerst bij langdurige observatie zijn deze schizophrene veranderingen uit te sluiten. Bij katamnestisch onderzoek van remitteerende schizophrenen in verband met uitkeeringen van invaliditeitsrente, werd door hem ervaren, dat men geringe affectieve stoornissen kan vinden, die bij een kort policlinisch onderzoek niet ontdekt en door intelligente familieleden niet opgemerkt werden. Bovendien vindt hij den tijdsduur na het herstel der patiënten, waarmede Schroeder genoegen neemt, te kort. Onder de schizophrenen komen volledige remissies voor, gedurende vele jaren, ja tientallen van jaren. Hij herinnert eraan, dat Lange onder 100 gevallen slechts 23 zonder uitgesproken remissies vond. Zoo verwondert Mayer-Gross er zich niet over, dat Schroeder bij een katamnestisch onderzoek van 90 gevallen, wier klinische opname 8—10 jaar te voren plaats vond, in meer dan 1/3e der gevallen meende de diagnose „dementia praecox" niet goed te kunnen handhaven.

Een andere aanmerking, die Mayer-Gross op Schroeder's gevallen geneigd is te maken, is deze, dat het kenmerk „degeneratief" bij zijn praepsychotische persoonlijkheden niet consequent is gehandhaafd.

Voorts wijst hij op een schijnbare inconsequentie bij Schroeder, als deze bij de beschouwingen van zijn ongecompliceerde hallucinosen en motiliteitspsychosen zegt, dat de degeneratiepsychosen een bizonder *„einfaches Gepräge"* in hun symptomatologie toonen, terwijl hij anderzijds gecompliceerde beelden tot de degeneratiepsychosen rekent, waarbij zich psychopathische eigenaardigheden met manische, depressieve en schizophrene symptomen vermengen of elkaar afwisselen. Wat de degeneratiepsychosen van

---

[1]) P. Schroeder, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 66, 1922.

Kleist betreft: voor deze geldt zijn zelfde bezwaar als voor de psychosen van Schroeder, dat allerlei zeer uiteenloopende psychische stoornissen slechts vanwege het ontbreken van een destructieven tendenz, worden saamgebracht.

Hij kan moeilijk begrijpen, waarom Kleist bij zijn indeeling geen rekening houdt met het bestaan der schizophrenie, die hij toch als heredodegeneratieve systeemziekte, dus als „Anlage-psychose" beschouwt, en geen randpsychosen van de schizophrenie opstelt.

Ook Kleist's gevallen vindt hij katamnestisch onvoldoende gegrond. De beide door ons gememoreerde gevallen van Kleist's „Eingebungspsychose" imponeeren hem als „schizophrene Späterkrankungen".

In verband met de periodische hallucinosen en „Beziehungspsychosen" van Kleist, wijst Mayer-Gross er op, dat men geen behoefte heeft deze gevallen afzonderlijk te rubriceeren, als men de veelvuldigheid van het „Schubs"-gewijze verloop der schizophrenieën voldoende kent, zooals ook onder Lange's gevallen met infausten afloop nog 1/5e deel meer dan 3, en sommige zieken 10 en meer remissies doormaakten.

Niet bestreden kan worden, aldus Mayer-Gross, „dasz man allerdings auf solche Weise, wie Kleist wiederholt hervorhebt, den Gefühlsbedürfnissen der Kranken und ihrer Angehörigen entgegenkommt".

De door Kleist onderscheiden autochthone, symptomatische en reactieve labiliteit voor een constitutioneel gepraedisponeerd-zijn tot endogene, exogene en psychogene stoornissen, acht Mayer Gross een bruikbare onderscheiding, welke Kolle[1]) ook gebruikte bij zijn onderzoek van de psychosenrijke Thüringer familie in 1924.

Bumke[2]) zelf verweert zich tegenover Schroeder, die het in één zijner publicaties[3]) deed voorkomen of Bumke zich geheel achter Hoche plaatste, inzake het prijsgeven van ziekte-eenheden en het slechts aannemen van syndromen.

Bumke zegt als een der eersten, dit standpunt te hebben afgewezen. Nooit heeft hij binnen het enge gebied der functioneele psychosen (van de manisch-depressieve psychose en van de „Entartungspsychosen"), van het opstellen van ziekte-eenheden afstand willen doen.

---

[1]) K. Kolle, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.
[2]) O. Bumke, Monatsschr. f. Ps. u. N. Bd 47, 1920.
[3]) P. Schroeder, „Die Spielbreite" enz. Berlin 1920.

Wel heeft Bumke[1]) de destijds door hem gebruikte uitdrukking „Entartungspsychosen", die ook Schroeder gebruikt, later laten vallen en door den, hem ook niet geheel bevredigenden, naam der endogene of functioneele psychosen vervangen.

Een afzonderlijke degeneratiepsychose heeft hij nooit onderscheiden.

Het begrip „ontaarding" acht hij in de psychiatrie ongeveer identiek met *„psychopathische constitutie"*.

„Es gibt heute keine endogene Geistes- und Nervenkrankheit und überhaupt kein nervöses Symptom, das nicht gelegentlich zur Entartung gerechnet würde, und da die erbliche Entstehung dieser Störungen — ob mit Recht oder Unrecht — ein für alle Mal vorausgesetzt wird, so ist der Begriff der Entartung innerhalb der Psychiatrie heute beinahe identisch mit dem der psychopathischen Konstitution".

Ook merkt Bumke op, dat dikwijls alleen de *geringe* graad van erfelijke psychische stoornis tot de ontaarding wordt gerekend en niet de uitgesproken psychosen. Men legt met het begrip „ontaarding" meer het accent op den aanleg dan op de ziekte.

Rüdin[2]) zegt alle klinisch pogen, dat zich van oudsher rondom het woord degeneratiepsychose heeft afgespeeld, wel te kunnen waardeeren.

Hij meent echter, dat zoowel Kraepelin, alsook Bleuler buiten de manisch-depressieve psychose en de schizophrenie in hun leerboeken ziektevormen hebben beschreven, die, zooals psychopathieën, „Schicksals-Psychosen", psychogene-, epileptische psychosen e.a., toch zeer sterk doen denken aan de beelden, die ons thans als ondervormen van de „degeneratiepsychose" worden gepresenteerd. Hij staat derhalve zeer sceptisch tegenover de bewering, dat met de invoering van den naam „degeneratiepsychosen" „wirklich weit klaffende Lücken im bisherigen Schema ausgefüllt werden".

Wel is hij er vast van overtuigd, dat er nog wel op zichzelf staande beelden zijn, die ontsluierd moeten worden. Met Kleist is hij het b.v. geheel eens, dat zekere depressieve beelden meer met het vegetatieve-sympathische zenuwstelsel dan met de manisch-depressieve psychose te doen hebben.

Omgekeerd gaat hij, vanuit biologisch standpunt, er niet mee accoord als men den naam „degeneratiepsychose" tevens zou willen weigeren te geven aan die psychosen, waarbij *reactieve* of *exogene* momenten medespreken, of bij welke een *dementie* intreedt, (kata-

---

[1]) O. Bumke, „Über Nerveuse Entartung". Monogr. 1912.
[2]) E. Rüdin, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 83, 1928; Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XXIII, H 1, 1928.

tonie) of die beslist organisch zijn, zooals de Huntingtonsche chorea.

Niet alleen het woord „degeneratiepsychose" acht Rüdin verkeerd, doch ook meent hij, dat nog menig klinisch beeld, dat op een bepaald tijdstip een zekere zelfstandigheid schijnt te openbaren, bij een beschouwing na langer tijdsverloop en met behulp van genealogische en anatomische onderzoekingsmethoden, zal blijken slechts schijnbaar die zelfstandigheid te hebben bezeten.

Ewald[1]) wil met zijn nosologische criteria tot afgrenzing van psychose-vormen in het somatische blijven, en deze afgrenzen naar de volgende criteria:

1. het quantitatief (1a) of qualitatief (1b) gestoord zijn;
2. de aanwezigheid van een destructieve (2a) of niet destructieve tendenz (2b);
3. het veroorzaakt worden door orgaan (hersen-) vreemde (3a) of orgaan-eigen prikkels, nader te onderscheiden in orgaan-eigen, doch hersenvreemde (3b) en orgaan-eigen, tevens hersen-eigen (3c) prikkels.

Zoo meent hij allereerst het gebeuren der manisch-depressieve psychose in een zuiver quantitatieve stoornis te moeten zoeken, door hem de *biotonische stoornis* genoemd.

Evenals Kleist neemt hij een somatischen grond voor deze stoornis aan, die hij echter niet in den hersenstam, maar in het lichaam zelf zoekt, al speelt de hersenstam ook bij Ewald een rol. De abnormale, labiele hersenstam heeft echter slechts pathoplastische beteekenis. De pathogenetische beteekenis heeft de biotonische stoornis. Naast deze biotonische grondstoornis wil hij wel bepaalde aanlegstoornissen in den hersenstam aannemen, waaruit hij de verschillen in gemoeds-, verwardheids- en motiliteitspsychosen, naar het schema van Kleist, wil verklaren.

Op deze wijze wil hij de manisch-depressieve psychose, de degeneratiepsychosen van Schroeder en de autochthone degeneratiepsychosen van Kleist saamvatten als biotonische psychosen, die pathogenetisch en pathophysiologisch bij elkaar hooren. Aetiologisch bezien, zijn dit autochthone psychosen, die schijnbaar zonder oorzaak ontstaan, doch klaarblijkelijk tengevolge van orgaan- (hersen-) eigen prikkels. Van constitutioneel standpunt beschouwd, bezitten ze een biotonische labiliteit (de endogene affectlabiliteit van Kleist). Ze vertoonen geen destructieve neiging.

---

[1]) G. Ewald, Klin. W. Schr. 1927 I. (6e jrg.); Archiv. f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.

Volgens Ewald vinden we, kort weergegeven,:

1. bij de man.-depr. psychose
degeneratiepsychose van Schroeder
degeneratiepsychose van Kleist } biotonische psychosen : 1a + 2b + 3c
constitutioneel: biotonische (endogene) labiliteit.

2. bij de epileptische psychosen: 1b + 2a + 3b.
constitutioneel: een bizondere soort symptomatische labiliteit.

3. bij de schizophrenie: 1b + 2a + 3c (+ 3a?).
constitutioneel: aangeboren zwakte van bepaalde hersensystemen.

4. bij de psychogeen-reactieve psychosen: 1b + 2b + psychische prikkels.
constitutioneel: reactieve affectlabiliteit.

Ewald constateert tenslotte, dat de analyseerende en localiseerende beschouwingswijze van Kleist parallel loopt aan zijn centraliseerende en pathophysiologische gedachten.

„Das krankmachende „Gen" (voor de biotonische psychosen het „biotonische gen") setzt alle die übrigen Hirnapparate, so wie sie in buntem konstitutionellem Aufbau gegeben sind, in seiner ganz spezifischen Weise in Bewegung, formt sie und gibt ihnen nach Entstehung, Verlauf und Ausgang ein einheitliches Gesicht. Die nur pathoplastischen „Nebengene" aber bewirken die verschiedene symptomatologische Gewandung".

Wat de degeneratiepsychosen van Schroeder betreft, merkt Ewald op, dat Schroeder den kring der degeneratiepsychosen enger neemt en er de niet goed rubriceerbare gevallen, die aan alle 4 genoemde kringen verwant zijn, onder samenbrengt.

Ewald meent echter, dat we in deze gevallen met de „Aufbaudiagnose" kunnen klaar komen.

De grondstoornis verschaft in bizondere mate de mogelijkheid, dat zich andere, tot nu toe latente psychopathische, in aanleg aanwezige, eigenschappen manifesteeren kunnen, „aber dasz es sich nur um das Hineinspielen von „Nebengenen" — und *nicht* schon um eine *neu hinzutretende Erkrankung,* um eine „Mischpsychose" oder „Degenerationspsychose" — handelt, zeigt der Verlauf und der Ausgang".

Lag de stoornis op het gebied der manisch-depressieve psychose, dan kan er wel een katatone inslag, een psychogene overdekking, een kort delireeren optreden, een progressieve tendenz is later echter niet merkbaar; psychotische psychogene reacties behoeven later niet weer aan den dag te treden.

Ook in zijn publicatie „Mischpsychose, Degenerationspsychose, Aufbau" [1]) komt Ewald tot de conclusie, dat hij er niet toe kan

[1]) G. Ewald, Monatsschr. Bd 68, 1928.

besluiten in de episodische schemertoestanden een gesloten ziektegroep te zien, zelden tot het aannemen van een echte „Mischpsychose" kan komen, en van de „degeneratiepsychosen" moet gelooven, dat het verdere verloop toch nog de een of andere psychose als eigenlijken *pathogenetischen* factor uit het constitutioneel en constellatief gegeven bijwerk zal doen te voorschijn komen.

Kurt Schneider[1]) meent, dat Schroeder er met recht tegen waarschuwt psychosen, die noch karakteristieke manische noch karakteristieke depressieve phasen hebben, nu maar tot de manisch-depressieve psychose te rekenen, omdat ze niet tot de dementia praecox behooren. Hij meent echter, dat Schroeder als een „Pufferstaat" zijn degeneratiepsychosen tusschen deze beide ziektevormen inschuift.

Ook tegen het woord heeft hij groote bezwaren.

„Einmal sollte man von Degeneration überhaupt nicht rein deskriptiv reden, denn dies dient dann nur zur „Bemäntelung der Unkenntnis" (Rüdin)", en aan de andere zijde is de uitdrukking „degeneratiepsychose" reeds voor min of meer reactieve toestanden, vooral bij crimineelen, gebruikt (Bonhoeffer, Birnbaum), al wordt door Schroeder van de verwantschap met die reactieve toestanden niet geheel afgezien.

Schneider acht Kleist's temperamentspsychologie, zijn opvatting van de radeloosheid als vermindering der „Bekanntheitsqualität", van het „déjà vu" als versterking hiervan, het tegenover elkaar plaatsen van „Eigenbeziehung" tegen „Entfremdung" geheel onaanneembaar.

Aan weinige van zijn „Nebenpsychosen" wil Kurt Schneider een eigen klinische plaats geven. Voor de motiliteitspsychose wil hij wel een afzonderlijke plaats inruimen, wellicht ook nog voor de verwardheidspsychose en de episodische schemertoestanden.

Zijn critiek is dus slechts voor een deel afwijzend.

Bleuler[2]) merkt op, dat het bij de z.g. „degeneratiepsychosen" in de eerste plaats gaat om chronische, constitutioneele toestanden, die hij *„psychopathieën"* noemt. Op dezen bodem komen dan de, als acute degeneratiepsychosen beschreven, afwijkingen tot stand. Voorloopig zijn voor Bleuler de beschrijvingen van Kleist's „Nebenpsychosen" niet zoo scherp, dat hij ze met eenige zekerheid van de „Hauptpsychosen" zou kunnen afgrenzen of aan een bepaalde „Hauptpsychose" zou kunnen toevoegen.

---

[1]) Kurt Schneider, „Probleme der klinischen Psychiatrie". Leipzig 1932.

[2]) E. Bleuler, Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XXIII. H. 1, 1928.

Met name de, ter onderscheiding van de schizophrenie, genoemde criteria der ontbrekende dementie, der herhaling, van het ontbreken van uitgesproken schizophrenie-symptomen, acht Bleuler niet bruikbaar.

De op filmen getoonde hyperkinetische symptomen kunnen in de drie beschreven vormen ook bij echte schizophrenieën voorkomen.

Bleuler voelt er wel voor de atypische psychosen, die niet onder de bekende ziektebeelden gevat kunnen worden, met de eens door Kleist gebruikte uitdrukking „Randpsychosen" aan te duiden.

Kahn[1]) gelooft, dat het noodzakelijk is de aanduiding „degeneratiepsychosen" en degeneratieve persoonlijkheden te laten vallen. Zonder dat de erfelijkheid er bij betrokken wordt, kan het begrip „degeneratie" niet worden bepaald.

Gaat men na, wat bij de z.g. degeneratiepsychosen en degeneratieve persoonlijkheden eigenlijk *„degeneratief"* is, dan blijkt het meestal om den een of anderen constitutioneelen factor te gaan. Kahn beschouwt het naar voren brengen der degeneratiepsychosen als een reactieverschijnsel op het nosologische systeem en de hypothese der ziekte-eenheid van Kraepelin.

Reactieverschijnselen beteekenen in de historische ontwikkeling echter geen vooruitgang. Den vooruitgang ziet hij veel meer in de richting der structuuranalyse. Aan Kleist vraagt Kahn: „Waar blijft de schizophrenie?"

Men zal toch ook moeten blijven toestemmen, dat hysterische verschijnselen bij katatone beelden, hysterische en paranoïde symptomen bij manisch-depressieve psychosen voorkomen, die toch langs structuuranalytischen weg moeten worden verklaard. Langs dien weg worden ons ook de „mengpsychosen" duidelijker.

Evenals Bleuler wijst ook Kahn erop, dat vaak *psychoreactieve* beelden, of zooals men het voor vele van deze ook zeggen kan, dat vaak het verloop van *psychopathische* toestanden, onder het begrip „degeneratiepsychosen" wordt ondergebracht.

Kahn wil zeker niet het gewicht van de bestudeering der atypische ziektetoestanden bestrijden; wel acht hij het voor een goede ontwikkeling doelmatiger niet met nieuwe, zij 't ook voorloopige, groepen te komen.

Von Muralt[2]) kan zich weinig over de weer opduikende leer der degeneratie verheugen. Hij vindt dit woord omineus.

---

[1]) E. Kahn, Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XXIII. H 1, 1928.
[2]) Von Muralt, Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XXIII. H 1, 1928.

„Es ist mit negativen Werturteilen behaftet und wird uns den Verkehr mit den Kranken erschweren. Nicht nur der Patient, sondern auch die Familie wird durch die Diagnose „degenerative Psychose" belastet."

De invoering van het begrip „degeneratie" zal aan de reeds bestaande chaos der ziektebegrippen slechts opnieuw een nieuw element toevoegen.

Mingazzini[1]) wil ook van het begrip degeneratie niets weten, daar het criterium hiervoor geheel onwillekeurig is.

Hij vindt het dan ook juister van „randpsychosen" te spreken.

K. H. Bouman[2]) heeft zich onder de Nederlandsche auteurs in 1933 tegen de opstelling van een afzonderlijke groep „degeneratiepsychosen" uitgesproken.

Hij vindt het geheel van Kleist's veronderstellingen zeer kunstmatig en voorloopig nog van veel te hypothetischen aard om een stevigen bodem te kunnen zijn voor vruchtbare klinische beschouwingen. Ook vindt hij het bewijsmateriaal niet overtuigend te noemen. „Afgezien nog van de vaagheid, die in het woord „degeneratie" schuilt en het gevaar voor misbruik van dit begrip, schijnt het mij toe, dat deze meening van Kleist niet onze inzichten in de moeilijkheden van de klinische diagnostiek der manisch-depressieve psychose heeft verhelderd."

In ons eerste hoofdstuk zagen we voorts reeds, dat K. H. Bouman [3]) het atypische beeld van een door hem gedemonstreerde patiënte in 1940 wil verklaren door het niet onwaarschijnlijk te achten, dat de manisch-depressieve psychose en schizophrenie te zamen komen en zich verbinden tot een nieuw geheel.

P. A. F. v. d. Spek[4]) heeft in 1940 in zijn dissertatie „Over de klinische waarde van het begrip degeneratiepsychosen" zijn onderzoek vastgelegd betreffende atypische psychosen, die de laatste jaren in de Psychiatrische en Neurologische kliniek van het Wilhelminagasthuis te Amsterdam waren opgenomen.

Onder deze atypische psychosen vond hij deels beelden, die moeilijk onder de een of andere categorie van de degeneratiepsychosen uit de literatuur waren onder te brengen, deels psychosen, die min of meer beantwoordden aan die degeneratiepsychosen. Deze laatste groep nam hij nader in studie, om te trachten de vraag te beant-

---

[1]) G. Mingazzini, Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XXIII. H 1, 1928.
[2]) K. H. Bouman, Psych. en Neur. Bl. 1933.
[3]) K. H. Bouman, Vergaderingsverslag Geneesk. Kring A'dam. Oct. 1940.
[4]) P. A. F. v. d. Spek, diss. A'dam 1940.

woorden, welke klinische waarde het begrip „degeneratiepsychose" heeft.

Aan de hand van een paar gevallen van atypische manisch-depressieve psychose, leidt hij de degeneratiepsychosen in. Daarna volgen 4 gevallen van acute „Eingebungspsychosen" en 2 epileptiforme psychosen.

Het viel hem op, dat herhaaldelijk *lichamelijke afwijkingen* aanwezig waren in gevallen, waarbij de psychiatrische diagnose groote moeilijkheden gaf. Daar hij dit van belang vond, heeft hij bij het uitkiezen van de gevallen hieraan meer aandacht geschonken. Hij rangschikte voorts zijn gevallen, om dit nog te accentueeren, naar het al of niet aanwezig zijn van lichamelijke afwijkingen.

Toen hij een paar maal vond, dat een degeneratiepsychose samenging met een *hemiatrophia corporis*, heeft hij in deze richting verder gezocht en kon hij hieraan nog enkele gevallen toevoegen.

Indien bij heredodegeneratieve ziekten atypische psychosen gevonden zouden worden, zouden dit wel degeneratiepsychosen „par excellence" moeten zijn. Zoo herinnerde v. d. Spek zich een geval met microcephalie en kon hij er nog één bij vinden.

Hij brengt zoo een 19 tal gevallen bij elkaar, die als „degeneratiepsychosen" zouden kunnen worden gediagnosticeerd, om aan de hand dezer gevallen de problemen, die zich rond deze diagnose voordoen, te bespreken.

De volgende punten uit zijn beschouwingen willen we memoreeren:

Het overzicht der literatuur geeft een chaos te zien. Op zeer verschillende wijzen zijn de onderscheidene auteurs tot het opstellen van „hun" degeneratiepsychose gekomen.

Het is opmerkelijk, dat juist deze term zoo'n opgang kon maken. Speelden bij velen vage herinneringen aan vroegere Fransche opvattingen een rol, ook wekt het den indruk of men de vaagheid van het begrip „degeneratie" wil benutten.

Voor datgene wat men niet begreep, bleef de term „degeneratie" over, of omgekeerd ging het woord „degeneratie" verworden in tegenovergestelde richting en werd van elke psychose opgemerkt, dat deze een afwijking van de soort was en derhalve „degeneratiepsychose" kon worden genoemd (Rüdin).

Van der Spek vat practisch de beteekenis van het begrip „degeneratie" in de degeneratiepsychose op als een „X-psychose" of als „een groote-onbekende-psychose".

„Waarom is niemand zoo eerlijk geweest om het „Ignoramus-psychose" te noemen?"

Uit de serie atypische beelden bij de hemiatrophia corporis meent hij de conclusie voor de practijk te mogen trekken:

„Wees bij een atypisch beeld bij iemand met deze lichamelijke afwijking op uw hoede met de prognose. En tevens — bij het overzien van het geheele materiaal — zoek bij atypische psychiatrische beelden naar organische afwijkingen!

Als men dan in den term „degeneratiepsychose" deze afwachtende houding tot uitdrukking wil laten komen, is dat te begrijpen, doch dan moet dit eerlijk gezegd worden en geen theorie over de degeneratiepsychosen „an sich" opgebouwd worden, doch veeleer deze houding in de terminologie tot uitdrukking gebracht worden, dus een degeneratiepsychose, een wees-op-Uw-hoede"- of *„attentiepsychose"* noemen, als wij het accent leggen op den onderzoeker, terwijl, als we meer op den patiënt letten, wederom de *„Ignoramuspsychose"* zich aandient."

Wat betreft de degeneratiepsychosen van Bonhoeffer, die vooral gevangenispsychosen beschrijft, merkt van der Spek op, dat we tegenwoordig veel minder behoefte hebben om de een of andere situatiepsychose te diagnosticeeren. Er worden steeds diepere momenten voor de aetiologie gevonden dan een toevallige uitwendige omstandigheid.

De degeneratiepsychosen van Schroeder noemt hij een „vergaarbak", waarvan hij zich afvraagt, waartoe Schroeder deze noodig had en waarvan het niet te verwonderen is „dat deze koop de psychiatrie duur is te staan gekomen".

Van der Spek is het meer eens met Lange, dan met Schroeder, daar Lange een ruimer manisch-depressieve psychose-begrip opstelt of het bestaande begrip van Kraepelin ruimer interpreteert.

Hij acht het een ernstige verarming de „Dauerzustände" van Schroeder (de constitutioneele ontstemmingen enz.) degeneratiepsychosen te noemen, zooals in Nederland wel gebeurt, als men eenmaal de dieptepsychologische neuroseleer heeft leeren gebruiken.

Het werk van Schroeder acht hij weinig vruchtbaar gebleven, omdat deze auteur de z.g. heterologische gegevens van zijn gevallen verwaarloosde.

Het standpunt van Kleist ten aanzien van onontwarbare psychosen, noemt van der Spek veel breeder.

Kleist neemt een labiliteit van verschillende hersensystemen aan, die hij anatomisch wil vastleggen en voor het ontstaan der degeneratiepsychosen verantwoordelijk stelt. Hij onderscheidt 3 vormen van labiliteit, een reactieve, autochthone en symptomatische.

Nu vindt van der Spek het voor de hand liggen, aan te nemen, dat het *éénzelfde labiel evenwicht is*, dat op deze drie ma-

nieren verstoord kan worden.

Kleist neemt echter 3 labiele evenwichtssystemen aan, waarvan het eene reactief reageert, het andere autochthoon.

Van der Spek wijst op het onbevredigende, als Kleist's leerling Fünfgeld echter opmerkt, dat de motiliteitspsychosen nooit zuiver psychomotorisch zijn en Kleist zelf te kennen geeft, dat b.v. de reactieve en autochthone labiliteit gelijktijdig kunnen voorkomen.

Voorts wijst van der Spek op de discongruentie tusschen de theorie van Kleist en zijn voorbeelden. Hij zegt in tegenstelling met Wernicke, tot de cycloïde psychosen alleen die psychosen te rekenen, welke niet door hersenbeschadigingen e.d. ontstaan, zooals de katatonie, doch beschrijft niettemin een motiliteitspsychose bij een hemiparese.

„Juist door deze inconsequentie (aldus van der Spek) ben ik gesterkt in mijn meening de beste voorbeelden van degeneratiepsychosen bij hemiatrophia corporis te hebben aangetroffen."

Ook doet het van der Spek eenigszins vreemd aan, dat Kleist zich zijn epileptoïde psychosen op den bodem van een psychopathie denkt, terwijl hij toch zelf juist op de heteronome trekken wijst als hoofdpijn, moeheid, duizeligheid e.d., die meer aan het organische cerebrale defect van de epilepsie doen denken.

Van der Spek voelt dit meer als teeken van de „verworven degeneratie", om een verouderde uitdrukking te gebruiken.

Lijnrecht tegenover het begrip „degeneratie" acht hij de conclusie van Kleist, dat de erfelijke belasting van zijn degeneratiepsychosen *minder* is dan die van de manisch-depressieve psychose en schizophrenie. Zoo komt juist de degeneratiepsychose op de plaats der genuïne psychose, die o.a. door Winkler tegenover de degeneratieve werd geplaatst.

Uit de tegenstrijdige uitkomsten over den lichaamsbouw bij de degeneratiepsychosen (Kleist, Ilse Graf) concludeert van der Spek dat de lichaamsbouw in den zin van Kretschmer voor deze psychosen van weinig beteekenis is.

Kon, zooals we zagen, van der Spek zich beter vinden in het ruimere manisch-depressieve psychose-begrip van Lange, toch laat ook dit hem onbevredigd, omdat hij, hoe grootsch hij het stelsel van zijn leermeester Kraepelin ook moge verdedigen, zoo inconsequent is, om naast de manisch-depressieve psychose nog een bizondere labiliteit van bepaalde systemen aan te nemen.

„De realiteit blijkt ook voor hem ingewikkelder dan de theorie, hoewel er veel op wijst, dat hij de meest vruchtdragende weg bewandelt."

Wat betreft de acute „Eingebungspsychose" van Kleist, wil

van der Spek naar aanleiding van zijn gevallen, het syndroomkarakter accentueeren, doch juist omdat hij bij zijn patiënten tot een andere diagnose kon komen, aan deze acute „Eingebungspsychose" het karakter van een zelfstandige ziekte ontzeggen. (Bij zijn patiënt Veldman diagnosticeerde hij een „neurose", bij David een schizophrenie, bij de gebroeders Beerenburg een hystero-psychopathie.)

Wat zijn 2 gevallen van episodische schemertoestanden betreft, zegt van der Spek, dat gedurende eenige jaren deze diagnose nog de meest bevredigende is, „eigenlijk omdat men niet precies weet, waarmee men te doen heeft".

Geen dieptepsychologie en geen lichamelijk detailonderzoek kan echter tot de diagnose „degeneratiepsychose" komen.

Hij herinnert hierbij aan de studie over episodische schemertoestanden van Fortanier[1]), die van psychologische zijde geen behoefte aan de degeneratiepsychose bleek te gevoelen.

Tenslotte geeft van der Spek op de concrete vraag:

„moet de degeneratiepsychose in het diagnostisch kaartsysteem van de kliniek gehandhaafd blijven?", dit antwoord: „deze gevallen, voorzoover het geen „onduidelijke gevallen" blijven, vereischen een andere diagnose".

---

[1]) A. H. Fortanier, Ned. T. v. G. 1932.

HOOFDSTUK VII.

Het niet-afwijzend oordeel over de degeneratiepsychosen van Schroeder en Kleist.

In hoofdstuk V kwamen we Fünfgeld en Bostroem reeds tegen in de rij dergenen, die aan bepaalde, door Kleist tot zijn degeneratiepsychosen gerekende ziektebeelden, een afzonderlijke studie wijdden.

Gaf Fünfgeld[1]), één van Kleist's leerlingen, een uitvoerige monographie over de motiliteits- en verwardheidspsychosen, Bostroem[2]) bestudeerde reeds eerder de „expansive Autopsychose" van Wernicke.

Beide auteurs leverden bijdragen ter ondersteuning van Kleist's gedachtengang in de afzondering van zijn motiliteits-, verwardheids- en acute Eingebungspsychosen.

Binswanger[3]) zegt bij het begin van zijn in 1928 gepubliceerde studie over „die klinische Stellung der Degenerationspsychosen" reeds in 1913 begonnen te zijn met het schrijven van een kliniek der degeneratiepsychosen. Door den wereldoorlog kwam er vertraging in dezen arbeid.

Hoewel intusschen de publicaties van Schroeder en Kleist verschenen, publiceert hij toch ook uitvoerig zijn studie over de degeneratiepsychosen en zijn proeve tot indeeling dezer psychosen:

Hij komt dan tot deze indeeling:

1. *De episodische ziektetoestanden,* de „états épisodiques" van Magnan.

   Tot deze eerste groep rekent hij:

   a) de *„wahnhaften Einfälle"*, die geïsoleerd, zonder aan te wijzen oorzaak, of op psychische prikkels, plotseling optreden, snel of geleidelijk aan verdwijnen en dan door de patiënten als

---

[1]) E. Fünfgeld, monogr. Berlin 1936.
[2]) A. Bostroem, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.
[3]) O. Binswanger, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 83, 1928; Schweizer Archiv f. N. u. Ps. Bd XXIII, 1928.

ziekelijk worden onderkend. Wel merkt Binswanger ook op, dat deze invallen ook in het begin van een meer chronische psychose kunnen voorkomen.

Zijn Fall 7 is hiervan een voorbeeld. Ook dan meent hij nog de diagnose „degeneratiepsychose" te kunnen handhaven, als in de voorgeschiedenis duidelijke degeneratieteekenen kunnen worden aangewezen en als zich in de symptoomkoppeling eigenaardige „regelwidrige" ziektebeelden vertoonen of als de meest *verschillende* syndromen achter elkaar opduiken.

Bij de beschouwing van het uiteindelijke beeld van geval 7 zal menig psychiater, aldus Binswanger de einddiagnose „schizophrenie" stellen. „Ich verwehre ihnen dies nicht, wenn beigefügt wird: Schizophrenie auf degenerativer Grundlage".

Degeneratieve aanleg sluit de ontwikkeling van een schizophreen proces niet uit, integendeel is Binswanger overtuigd, dat de constitutioneele minderwaardigheid, die op lichamelijk en psychisch gebied bij degeneratieven aanwezig is, juist dikwijls den bodem tot die zelfvergiftigingen biedt, die het schizophrene proces veroorzaken.

De „wahnhafte Einfälle" treden op bij bepaalde psychopathische constituties, b.v. bij hypochondrisch-paranoïde constituties.

Geval 8 geeft een voorbeeld van het nauwe verband, dat er tusschen een constitutioneel paranoïden aanleg en het opduiken van „wahnhaften Einfälle" bestaat.

Deze steeds in zichzelf gekeerde wantrouwende psychopaath, die in den loop van 12 jaar vijf maal wegens intermitteerend optredende paranoïde opwindingstoestanden met daartusschen depressieve phasen moest worden opgenomen, vertoonde in dien tijd geen enkel teeken van persoonlijkheidsverval noch eenige stoornis in zijn intelligentie.

b) *de episodische schemertoestanden.*

De studie van de praemorbide persoonlijkheid en van de ontwikkeling der ziektephasen hebben differentiaal-diagnostisch tegenover delieren en amentia-gevallen beteekenis.

Tusschen schemertoestanden, delieren en amentia bestaan steeds vloeiende overgangen. Uit het symptomen-beeld alleen kan nooit besloten worden tot de klinisch-pathogenetische plaats van het ziektegeval.

De episodisch optredende schemertoestanden kunnen op verschillende psychische constitutie-anomalieën berusten.

„Am bedeutungsvollsten sind die hysteroïden, epileptoïden und schizoïden Psychopathien".

In dezen of genen pathologischen *karakteraanleg* — welke niet samenvalt met de ziektekringen der epilepsie, hysterie en schizophrenie — zoekt Binswanger de oorzaak van deze episodische schemertoestanden, wier losmakende psychische of somatische momenten ons òf verborgen blijven (we spreken dan van *autochthone* schemertoestanden) òf aantoonbaar zijn.

2. *Fragmentarische, acuut beginnende en subacuut verloopende ziektebeelden.*

a) *de acuut beginnende toestanden van primaire incohaerentie met opwinding.*

Het typische voor dit syndroom is, dat de incohaerentie, ook in oogenblikken waarop de opwinding afwezig is, bij vroolijke of gedeprimeerde stemming blijft bestaan.

Dit syndroom was geheel in de symptomatologie der schizophrenie opgegaan. Binswanger is het echter meerdere malen tegengekomen in het begin of in het verloop van degeneratieve psychosen, zelden als zelfstandig ziektebeeld. Evenals Wernicke zag Binswanger meerdere malen een recidief optreden, zonder dat een intelligentiedefect optrad.

Pathogenetisch en symptomatologisch zijn gevallen van acute *hallucinose* in den zin van Wernicke bij deze groep te voegen.

Binswanger verwijst voorts naar den arbeid van Schroeder „über Halluzinose und vom Halluzinieren" [1]), waarin deze naar voren brengt, dat dit symptomencomplex, ook zonder slechte prognose, bij degeneratieve psychosen voorkomt.

Mayer Gross[2]) merkt op, dat het hier vooral gaat over hyperkinetische motiliteitspsychosen met uiteenloopende aetiologie, deels bij niet helder bewustzijn, waarbij Binswanger aan een vermenging van erffactoren denkt.

b) *Abortieve, paranoïde ziektebeelden.* Acuut beginnende en subacuut verloopende, deels recidiveerende ziektebeelden. De „Haftpsychosen" van Bonhoeffer en Birnbaum staan dicht bij deze groep.

Zij komen voor bij sensitieve, hypochondrische psychopathen. Een der gevallen (Fall 21) ging over in een chronische schizophrenie.

Dit geval toont ons, dat dergelijke abortieve, voorbijgaande paranoïde syndromen tijdens de eerste stadia van een schizophreen proces kunnen voorkomen.

„Sie lehrt uns, dasz nur die genaue Kenntnis des weiteren Verlaufs die Diagnose auf eine degenerative paranoïde Erkrankung sicherstellen kann."

c) *„Katatoniforme"* ziektebeelden.

Hieronder beschrijft Binswanger één geval, dat plotseling op hysteropathischen bodem ontstond en na 4 weken herstelde en ook als een geprotraheerde hysterische schemertoestand kan worden opgelost.

---

[1]) P. Schroeder, Monatsschr. f. Ps. Bd 49, 1921.

[2]) Mayer Gross, Handb. der Geisteskrankh. von O. Bumke deel V, 1932.

3. *Polymorphe degeneratieve psychosen.*

Niet alleen vertoonen de verschillende ziekteperioden telkens weer een geheel ander beeld, ook het ziektebeeld van iedere afzonderlijke phase laat een mengeling van symptomen zien. „Die degenerative Mischung heterogenster Elementarstörungen ist überall erkennbar".

Deze bizarre, mozaïk-achtige mengeling van symptomen is voor Binswanger een vingeraanwijzing, aan de degeneratieve natuur der ziekte te denken.

Onderzoek naar de erfelijke factoren, naar de praemorbide persoonlijkheid en naar het beeld, dat voorafgaande ziekteperioden vertoonden, moeten de degeneratieve natuur dan nader vaststellen.

In de voorgeschiedenis dezer patiënten kan men dan ook een sterke wisseling van diagnoses aantreffen.

Onder de degeneratiepsychosen van Schroeder ontmoetten we reeds een groep, die gevallen omvatte, welke deze polymorphe, sterk wisselende beelden vertoonden (zie Hfdst. III).

Binswanger beschrijft hier hoofdzakelijk gevallen, die hij gedurende langen tijd, voor een deel 20—30 jaar, heeft kunnen vervolgen.

Ook na het optreden van meerdere ziekteperioden en bij lange observatie kwamen in deze gevallen geen intellectstoornissen voor en genazen de patiënten zonder defect.

4. *De dégénérés superieurs* (Magnan).

Hierbij sluit Binswanger de „moral insanity" in; eveneens „die Triebmenschen, einschlieszlich der Süchtigen, die sexuellen Perversionen, die Phantasten und Abenteurer, die degenerativen Tic-Erkrankungen".

Hij heeft deze verschillende beelden tot één groep saamgevoegd, omdat, bij het vervolgen gedurende langen tijd van den ontwikkelingsgang en levensloop dezer gevallen, maar al te vaak in de verschillende ziektephasen nu eens deze, dan weer gene component op den voorgrond treedt.

Nu eens zijn dit ethische defecten of sexueele perversiteiten, dan weer dwangtoestanden, „Triebhandlungen", potatorium, morphinisme of cocaïnisme.

Het oordeel van Binswanger over deze „dégénérés superieurs" luidt niet al te gunstig als hij zegt:

„Wir Psychiater müssen uns genugsam mit diesen unverbesserlichen Defektmenschen, diesen Schädlingen der menschlichen Gesellschaft abquälen, die begabt, aber haltlos und aller sittlichen Gefühlsreaktionen bar, lange Zeit auf der

Grenzlinie zwischen strafrechtlicher Verantwortlichkeit und Strafunmündigkeit sich bewegen. Sie stranden entweder in Straf- oder Irrenanstalten".

Wat het *verloop* zijner degeneratiepsychosen betreft, het volgende:

Zijn degeneratiepsychosen hebben één gemeenschappelijk kenteeken: „Ein geistiger Defekt vollzieht sich nicht".

Wel merkt hij op, dat er op den langen duur een vermindering der psychische energie optreedt, waardoor deze patiënten onzelfstandig en in zekeren zin hulpbehoevend worden; ze krijgen een behoefte zich geborgen te gevoelen. Zouden sommigen wellicht geneigd zijn deze daling der psychische energie als een teeken van een defectpsychose te willen aanmerken, Binswanger houdt er zich aan, dat een „Intelligenzverfall zur Kennzeichnung der Defektpsychosen notwendig ist". De acute paranoïde toestanden hebben de beste prognose en kunnen „restlos" genezen. In zooverre is de genezing echter veelal een relatieve, dat niet alleen de oorspronkelijke *psychopathische karaktereigenschappen blijven voortbestaan,* maar dat ook paranoïde elementen uit de ziekteperiode vastgehouden worden, al gedragen de patiënten zich geordend in het maatschappelijk leven. Bij de abortieve en fargmentarische ziektebeelden blijkt een herhaling van gelijksoortige ziekteperioden niet uitgesloten.

Bij de polymorphe beelden is een intermitteerend verloop regel.

Ook maakte Binswanger melding van gevallen, waarbij de eerste acute psychose in het begin van het climacterium uitbrak en de praepsychotische persoonlijkheid, de ontwikkeling en het verloop der psychose de kenmerken van een degeneratieve psychose hadden. Ook deze „Spätformen" genazen zonder defect. In sommige gevallen van zijn degeneratieve psychosen viel het optreden der eerste ziekteperiode saam met een nog op jeugdigen leeftijd voorgoed weg blijven der menses (vervroegd climacterium).

Daar bij enkele dezer gevallen de patiënten kinderlooze gehuwde vrouwen waren, die voor hun ziekte ook weinig en onregelmatig menstrueerden, mag wel een *hypoplasie der ovariën* worden aangenomen.

Zoo kon Binswanger ook een *hypoplasie der hersenarteriën,* als aangeboren ontwikkelingsstoornis, aantoonen in een geval van praeseniele dementie. Hij sprak het vermoeden uit, dat zich zeer waarschijnlijk onder de „Spätkatatoniën", die niets met de schizophrenie te doen hebben, maar als een bizondere groep van auto-intoxicatie-psychosen tot de involutiepsychosen behooren gerekend te worden, ziektetoestanden verbergen, die op degeneratieve basis ontstaan zijn.

Degeneratieve aanleg, kan zoo, volgens Binswanger, langs den omweg over endocrine stofwisselingsvergiftigingen „zu vorzeitiger Beendigung der Lebensvorgänge auf psychischem und somatischem Gebiete führen". Das pathogenetische Zwischenglied bildet die degenerative Hypoplasie endokriner Apparate oder des Gefäszsystems, in specie der Hirnarterien".

Hoe denkt Binswanger zich nu dien degeneratieven aanleg?

Hoe ontstaat deze en waaruit is hij te kennen?

Onder ontaarding verstaat hij: „den Verlust hochwertiger Arteigentümlichkeiten, die Einbusze an spezifischen Werten".

Bij de bewerking van zijn degeneratiepsychosen gaat Binswanger uit van de constitutieleer, in dezen van den *constitutioneelen neuro-psychopathologischen aanleg.*

Deze kan ontstaan door:

1. ziekelijke invloeden, in de ascendentie werkzaam.
2. ondoelmatige combinatie van vaderlijke en (of) moederlijke „genen" bij de bevruchting („erblich konstitutionelle psychopathologische Veranlagung").
3. kiembeschadiging bij een der verwekkers gedurende diens leven.
4. intrauterine beschadiging van de foetus, met name in de vroegste ontwikkelingsstadiën.

Op deze wijze kunnen verschillende ontwikkelingsstoornissen ontstaan (anencephalie, heredodegeneratieve ziekten).

Binswanger onderscheidt een *eenvoudige* en een *degeneratieve* psychopathische constitutie.

Tot den degeneratieven aanleg meent hij behalve op erfelijkheidsgronden te kunnen besluiten op grond van degeneratieve kenteekenen van den patiënt, van het ziektebeeld zelf en van het verloop der psychose.

Zoekt men naar een gemeenschappelijke bio-pathologische grondformule voor den eenvoudigen en degeneratieven psychopathischen aanleg, dan kan men zeggen: „Es besteht ein Miszverhältnis zwischen der Reizstärke und dem Reizeffekt".

Het onderscheid tusschen de eenvoudige en degeneratieve reactiewijze bestaat dan hierin, dat het bij de eerste slechts om *quantitatieve,* bij de tweede om *qualitatieve* stoornissen gaat. Het spreekt vanzelf, dat de qualitatieve afwijkingen, door een schizophreen proces veroorzaakt, buiten het raam dezer stoornissen vallen.

De stoot tot het tot stand komen van deze pathologische reacties kan gelegen zijn:

1. in een psychisch gebeuren, belevingen of latente onderbewuste prikkels;
2. in somatische oorzaken, als een ziekelijken lichamelijken aanleg (hypoplasieën van het endocrine systeem of van hersenvaten) of accidenteele ziekten.

Tot de kenteekenen van den degeneratieven aanleg behooren de lichamelijke en de psychische *indices degenerationis.*

De *lichamelijke indices* speelden vroeger onder den invloed van Morel een groote rol. Evenals voor Bumke, hebben ook voor

Binswanger deze stigmata slechts uit historisch oogpunt interesse, voor zoover zij althans extracerebrospinale lichamelijke, uitwendig waarneembare ontwikkelingsstoornissen zijn.

De *psychische indices* degenerationis acht hij klinisch van meer beteekenis. „Sie stellen qualitative Abweichungen, Verschiebungen oder Umwandlungen einzelner seelischer Geschehnisse dar".

Als psychische indices noemt hij dan:

1. motieflooze, heftige, verkeerde affectieve ontladingen, die plotseling optreden en even snel verdwijnen.

2. zeldzame, vreemd aandoende vermengingen van karakterologische grondtypen, waarbij ieder afzonderlijk een soort „Sonderexistenz" kan voeren.

Van een door hem beschreven patiënte, een strenge, conservatieve huisvrouw, een zorgzame moeder voor haar kinderen, die in een ongedwongen milieu van kunstenaars de meest uitgelaten persoon is, die de meest uitzonderlijke erotische verhalen doet, zegt hij: „Ich war verblüfft über diesen *Wandel der Persönlichkeit*".

3. de disharmonische intellectueele aanleg en ontwikkeling in de rijping van eenzijdige talenten (eenzijdige kunstzinnige begaafdheden voor muziek, schilderen, architectuur, wiskunde) bij een soms sterk te kort schieten van oordeelsvormingen op practisch, sociaal gebied („Verhältnisblödsinn" van Bleuler).

4. stoornissen op aesthetisch-ethisch en psycho-sexueel gebied.

5. moreele defecten, „de moral insanity", ook al is een algemeene intellectueele debiliteit niet aantoonbaar.

6. dwanghandelingen. Binswanger wil niet als Magnan op alle dwangtoestanden het stempel der degeneratie drukken. Dwangvoorstellingen komen tot in het gebied van het normale en bij eenvoudige psychopathische constituties voor. Als „degeneratie" zijn ze echter aan te merken, als de inhoud der dwangvoorstellingen onlogisch of tegenstrijdig is.

De dwanghandelingen zijn zeker als degeneratief op te vatten. Ook de kleptomane en pyromane dwangtoestanden behooren grootendeels hiertoe, als ook de waanzinnige invallen.

7. driftmatig, plotseling opduikende zelfmoordtendenzen, waarbij de persoon geheel ongemotiveerd een grooten afkeer tegenover zichzelf heeft.

8. lichamelijke affectreacties, als flauw vallen, braken, sterk zweeten, diarrhee bij de geringste aanleidingen. Vooral bij kinderen met degeneratieven aanleg en in de puberteitsjaren komen deze verschijnselen voor.

Men vindt ze echter ook bij eenvoudige constitutioneele nervositeit.

Nog twee opmerkingen wil Binswanger maken.

Allereerst, dat psychopathische personen met degeneratieve kenteekenen nu niet een psychose behoeven te krijgen; vervolgens dat het onjuist is in ieder geval degeneratieven aanleg met psychische minderwaardigheid over één kam te scheren. Dit geldt slechts voor een deel, wellicht het grootste deel der gevallen.

„Jeder Praktiker hat aber auch *überwertige* psychopathisch konstituierte Menschen kennen gelernt. Wie ich glaube, ist bei dieser letzteren Gruppe ein hoher *intellektueller* Besitzbestand und eine gute Ausreifung der ethisch-ästhetischen Persönlichkeit die Voraussetzung".

Rohde[1]), die speciaal bij de gevallen van Binswanger den genetischen samenhang tusschen degeneratieven aanleg en afwijkingen in het gebied der endocrine klieren naging, kwam tot de conclusie, dat juist bij de degeneratief gekleurde psychosen de endocrine klieren sterk betrokken waren. Met name kwamen veel thyreotoxische stoornissen voor. Het verband tusschen beide zoekt Rohde in de „Gesamtkonstitution", waartoe ook een verhoogde gevoeligheid van het interne secretieapparaat te rekenen is.

Kolle[2]) verrichte een uitgebreid erfelijkheidsonderzoek bij 141 familieleden van een patiënte, die prae- en postmenstrueele ontstemmingstoestanden vertoonde, welke hij bij zijn erfelijkheidsonderzoek ook herhaaldelijk bij familieleden tegenkwam.

Het was hem niet mogelijk de afzonderlijke ziektebeelden der psychotische familieleden bij één der bekende ziekte-eenheden onder te brengen.

Het gaat om ziektebeelden, waarin hij de door Kleist beschreven constituties zonder meer herkende.

Maar zelden vond hij in deze familie slechts één specifieken aanleg, doch bijna steeds een combinatie van twee constituties, n.l. van de autochthone met de symptomatische labiliteit.

Niet zelden kwamen hier nog reactieve componenten in den zin eener reactieve labiliteit bij. Daarnaast zag hij ook psychotische toestanden, die zuiver autochthoon optraden.

Kolle meent de gevallen van polymorphe degeneratiepsychosen van Binswanger, met behulp van de constitutietypen van Kleist, uit een wisselende samenkoppeling van verschillende dezer constitutietypen te kunnen verklaren.

Ook rondom deze psychotische familieleden vond hij psychopathische persoonlijkheden, die mede het vermoeden hielpen bevestigen, dat de degeneratiepsychosen, of meer algemeen de degeneratieve constituties, een *afzonderlijke* „Erbkreis" vertoonen.

Met Kleist neemt hij aan, dat in de meerderheid der gevallen van autochthone degeneratieve psychosen fijne aanlegfouten

---

[1]) Rohde, Archiv f. Ps. u. N. Bd 83, 1928.
[2]) K. Kolle, Archiv f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.

der hersenen erfelijk worden overgedragen. Hierdoor wordt de gevoeligheid van verschillende hersendeelen tegenover de vermoedelijk aanwezige en op bepaalde hersengebieden specifiek inwerkende endotoxinen verhoogd.

Deze, in aanleg zwakkere, hersensystemen zoekt Kolle niet in de voorhoofdshersenen, doch in de dieper gelegen, phylogenetisch oudere gebieden.

Kolle wil gaarne de verwantschap en misschien de innerlijke somatobiologische saamhorigheid van zijn gevallen met de circulaire psychosen erkennen; hij wil ze echter niet, zooals de strenge aanhangers der ziekte-eenheden wellicht zouden doen, tot de manisch-depressieve psychose rekenen.

Zijn patiënt en meerdere familieleden hebben een degeneratiepsychose in den zin van Kleist, n.l. een autochthone labiliteitsstoornis, waarbij tevens infectieuze en endocrine invloeden duidelijk aanwezig zijn.

Kolle wijst het denkbeeld af, dat de zich aan lichamelijke stoornissen aansluitende psychotische toestanden in zijn materiaal eenvoudige exogene reactietoestanden in den zin van Bonhoeffer zouden zijn. Daarvoor vertoonden deze psychosen een te overwegend homonoom beeld.

Voorts vestigt Kolle er nog de aandacht op, dat bij zijn materiaal de hypothesen van Kretschmer weinig bruikbaar bleken. Hij kon geen specifieke correlaties tusschen de lichamelijke en psychische constitutie vinden.

> Wat tenslotte de „Erbgang" der afzonderlijke constituties zijner gevallen betreft:
>
> Voor de patiënte zelf, die het uitgangspunt van het onderzoek was, is dit duidelijk.
>
> Zij is het product van den kiemaanleg van vader en moeder, zij draagt genotypisch de mogelijkheid tot meerdere reactievormen in zich en realiseert deze ook phaenotypisch.
>
> Haar moeder neemt van vaderszijde de reactief- en symptomatisch labiele aandeelen over, van welke bij haarzelf alleen de laatste component phaenotypisch werkelijkheid wordt.
>
> De autochthone labiliteit bij haarzelf heeft ze van grootvaderszijde ontvangen.
>
> Zijn patiënte heeft van moederszijde vnl. de reactief-labiele constitutie ontvangen, van vaderskant de autochthone labiliteit.

Klieneberger[1]) beschrijft 2 hyperkinetische opwindingstoestanden, die hij tot de degeneratiepsychosen van Schroeder meent te moeten rekenen, al blijft hij ze liever als atypische periodische psychosen aanduiden.

Niessl von Mayendorf[2]) geeft beschouwingen over

[1]) O. Klieneberger, Allg. Zeitschr. f. Ps. Bd 79, 1923.
[2]) Niessl v. Mayendorf, Archiv f. Ps. u. N. Bd 66, 1922.

„halluzinatorischen Zustände der Veranlagten", die hij als een eigen nosologisch type wil afzonderen, na zijn gevallen meer dan twee decenniën vervolgd te hebben. De eerste psychose breekt bijna steeds bij jonge menschen uit, tusschen 20 en 30 jaar, die uit neuropathische families, echter zonder uitgesproken psychosen, komen en zelf als kinderen reeds zonderling, in zichzelf gekeerd waren, echter niet zwakzinnig, integendeel soms bizonder begaafd.

Meest sterke masturbanten, uitten zij reeds in hun jeugd in verband hiermede neurasthenische klachten, die tot een hypochondere instelling voerden, waarbij het eigen lichaam in het middelpunt hunner opmerkzaamheid stond.

Meestal wordt zoo de psychose door een hypochondrisch voorstadium ingeleid, waarna, meest langzaam aan, de hallucinaties, die vaak een uitgesproken zinnelijk karakter dragen, openbaar worden. Op het hoogtepunt der psychose zijn de hallucinaties massaal en levendig en sterk affectief geladen. De patiënten blijven echter goed georiënteerd. Het ziektebeeld doet zoo denken aan de acute hallucinose der alcoholisten van Wernicke. De verklaringswaan, die geen neiging tot systematiseering heeft, verbleekt met het verminderen der hallucinaties, al wordt deze nooit gecorrigeerd, wat v. Mayendorf voor dezen ziektevorm karakteristiek vindt. Tengevolge van de persecutorische hallucinaties kunnen de patiënten zeer angstig, zelfs suicidgevaarlijk, radeloos en aggressief zijn.

In hun intellectueele functie treedt echter niet de geringste verandering op. Uitwendige momenten tot het ontstaan der psychose werden niet gevonden.

Daar deze toestanden op een aangeboren aanleg berusten, zijn ze, evenmin als de constitutioneele neurasthenie, geneeslijk. Het verblijf in een inrichting kan spoedig schadelijk werken. Ontslag, voordat de hallucinaties volledig verdwenen zijn, is derhalve meestal gewenscht. Deze toestanden worden doorgaans als beginnende dementia-praecox gevallen beschouwd.

Pathogenetisch meent v. Mayendorf deze beslist van de dementia praecox te moeten afzonderen. „Es sind keine progressiven Verblödungszustände..... sondern das *zu ausgesprochener Geisteskrankheit zeitweise anschwellende Manifestwerden einer psychopathischen Konstitution"*.

De beschouwingen van v. Mayendorf plaatsen we onder „het niet-afwijzend oordeel der degeneratiepsychosen", omdat ook hij voor een groep hallucinatoir-paranoïde toestanden nosologisch een afzonderlijke plaats wil inruimen en hij memoreert, dat Schroeder in zijn publicatie „Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen" ongetwijfeld aan zijn gevallen verwante

paranoïde toestanden bedoelde. Hierin erkent hij Schroeder's verdiensten.

Tegen het begrip „degeneratiepsychosen" heeft hij echter bezwaar. Hij kan niet met Schroeder accoord gaan, psychosen, voor welke een degeneratieve aanleg typisch is, met de circulaire en hysterische psychosen in één verband te brengen.

Wat echter zijn hallucinatoir-paranoïde groep betreft:

Met Schroeder kan hij volkomen meegaan, als hij deze toestanden uit een aangeboren psychopathische constitutie laat ontspringen. Echter: „Es erscheint mir nur etwas willkürlich und gekünstelt, *Entartung* als eine spezifische Anlage zu spezifischen Erscheinungsformen einer anderen Anlage zu fortschreitenden Krankheitsprozessen gegenüberzustellen".

Hij geeft er de voorkeur aan te spreken van een *„idiopathische Halluzinose"*, de ziekte aldus noemend naar haar primair symptoom, zonder eenig verband te leggen met ontaarding.

In dit verband stelt v. Mayendorf zich tevens de vraag of er inderdaad *specifieke degeneratiepsychosen* bestaan, d.w.z. psychosen, die slechts bij gedegenereerden voorkomen.

Het is waar, dat meerdere, als kenmerken voor de degeneratiepsychosen aangevoerde verschijnselen, als het episodische optreden der psychose, de phantastische en wisselende waanvorming, de labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn, bij gedegenereerde geesteszieken worden waargenomen, maar daarmee is nog *niet* bewezen, dat ze als pathologisch product der *ontaarding* opgevat moeten worden.

„Sie können auch, und wie mir scheint, sehr mit Recht, als Komplicationen eines defekten Habitualzustandes des Zentralnervensystems angesprochen werden."

De onafhankelijkheid van zijn hallucinatoire episoden van ontaarding, blijkt z.i. wel uit het ontbreken van alle somatische en karakterologische stigmata degenerationis.

Onder zijn gevallen bevindt zich geen enkel geval van criminaliteit of homosexualiteit, geen geval van psychische instabiliteit of pseudologia phantastica. „Im Gegenteil sind es *sehr soziale Naturen,* welche den ihnen in der Gesellschaft zukommenden Platz behaupten und ausfüllen."

Omgekeerd wijst v. Mayendorf erop, dat bij het overwegende meerendeel der homosexueelen, crimineelen, pathologische leugenaars en instabiele figuren geen geesteszieken optreden.

Leonhard[1]) tracht door erfelijkheidsonderzoekingen een beter inzicht te krijgen in de vraag der atypische endogene psy-

[1]) K. Leonhard, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 149, 1934.

chosen. Hij neemt tot zijn studiemateriaal gevallen, waarvan hij vele jaren kon overzien.

Alle atypische gevallen, die beginnend met een manisch of depressief beeld later toch procespsychosen bleken te zijn, liet hij buiten beschouwing, eveneens manisch-depressieve psychosen, die op het hoogtepunt der opwinding een incohaerent beeld vertoonden, alsook alle psychosen, bij wie involutie-, seniliteits-, arteriosclerotische verschijnselen een rol bleken te spelen.

Hij koos alleen gevallen, die zich, na jarenlange observatie en vervolging en bij een niet enghartig opgevat begrip der ziektevormen, nergens lieten onderbrengen, die steeds deels schizophrene, deels manisch-depressieve trekken vertoonden.

Bij deze atypische psychosen nu vond hij in de familie *uitsluitend weer atypische psychosen,* geen zeker vast te stellen gevallen van schizophrenie of manisch-depressieve psychose.

Als zekere tegenproef stelde hij een erfelijkheidsonderzoek in bij twee families, waarin gelijktijdig manisch-depressieve psychose en schizophrenie voorkwamen.

Hij vond in deze families, die dus dubbelzijdig belast waren, één atypische psychose, geheel van denzelfden aard als die uit zijn andere gevallen, voorts gevallen, die trots de dubbelzijdige belasting, ondubbelzinnig schizophreen of manisch-depressief waren.

Hij komt derhalve tot de conclusie dat atypische endogene psychosen een verschillende genese kunnen hebben. Voor een deel moeten ze blijkbaar als een „Mischpsychose" opgevat worden. Voor een ander deel wijst echter de gelijksoortige belasting erop *„das sie etwas Eigenes darstellen"*.

Uit deze belasting bij zijn atypische psychosen met weer alleen atypische psychosen, concludeert Leonhard, dat zijn atypische gevallen toch wat anders beteekend hebben dan alleen een bepaald pathoplastisch gekleurd zijn.

Schizophrene beelden bij pycnischen lichaamsbouw, die in het begin zeer atypisch kunnen zijn, zijn tenslotte z.i. toch ook als duidelijk schizophreen te onderkennen, als men ze maar lang genoeg kan vervolgen.

Manisch-depressieve beelden bij leptosomen lichaamsbouw kan men, als men meerdere phasen overzien kan, ook zonder bedenken onder de manisch-depressieve psychose thuis brengen.

Dat er naast deze pathoplastische atypische beelden, ook nog pathogenetische zijn, die naar hun aard nog opvallender zijn en in diagnostisch opzicht meer te doen geven, „diesen Schlusz glaube ich doch aus unseren Stammbäumen ziehen zu können. Anders kann ich nur die Vererbung unserer atypischen Psychosen wie eine Einheit nicht erklären".

Bij meerdere van zijn gevallen meent Leonhard beelden te zien, zooals Kleist ze in zijn schema der degeneratiepsychosen opgesteld heeft. Over het geheel wisselen zijn psychosen echter zoo in hun symptomatologie, dat een saamvatting tot een zelfstandige eenheid naar het toestandsbeeld hem moeilijk toeschijnt.

Toch meent ook Leonhard aan de mogelijkheid te moeten blijven vasthouden bij de atypische psychosen met afzonderlijke ziekten te doen te hebben.

Wat betreft de episodische schemertoestanden vermoedt Leonhard, dat deze patiënten wel een epilepsie hebben, doch één, waarbij de epileptische „Krampfbereitschaft" ontbreekt. Tusschen de episodische schemertoestanden van zwakzinnigen en patiënten met een normaal intellect ziet hij geen verschil, zoodat hij deze schemertoestanden niet op rekening van de zwakzinnigheid wil brengen, zooals er geen verschil is in epilepsie tusschen patiënten met een normaal en met een gering intellect.

Leonhard[1]) wil van de degeneratiepsychosen van Kleist echter die phasisch verloopende atypische psychosen blijven afzonderen, die hij als atypische schizophrenieën beschreven heeft. Ook onder de schizophrenieën vindt Leonhard dikwijls een periodisch verloop met een slechts geringe neiging tot progressie, die tenslotte toch duidelijke defecten te zien geeft. In hun afzonderlijke ziekteperioden vertoonen ze meestal katatone beelden.

Volgens Leonhard en Schwab[2]) blijken juist deze gevallen een *sterke belasting* te hebben. Zoo vaak Leonhard de families van schizophrenen met een sterke belasting nagaat, vindt hij onder hen *atypische* vormen met een *zeer mild en periodisch verloop*. Met betrekking tot de beoordeeling door het „Erbgesundheitsgericht" wil hij zelfs, omgekeerd, in de zware erfelijke belasting èn het milde verloop bij die atypische schizophrenieën gronden zien voor de diagnose „schizophrenie", ook al vertoont de patiënt gedurende den tijd van 't onderzoek geen duidelijke verschijnselen.

Van de degeneratiepsychosen vindt Leonhard vooral de motiliteits- en verwardheidspsychosen van veel beteekenis. Vooral wat de motiliteitspsychosen betreft, legt Leonhard nog eens den nadruk op het reeds door Kleist geuite vermoeden, dat hier niet alleen de erfelijkheid, maar ook de *interne secretie* een rol speelt. Misschien is bij de motiliteitspsychosen, alsook bij de episodische schemertoestanden, de menstruatiestoornis primair en wordt de psychose hierdoor, zooal niet veroorzaakt, dan toch losgemaakt.

In 1937 zondert Leonhard[3]) zelf in zijn monographie „Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit" als atypische psychose zijn *idiopathische angstpsychose* af,

---

[1]) K. Leonhard, Allgem. Z. f. Ps. Bd 112, 1939.
[2]) H. Schwab, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 163, 1938.
[3]) K. Leonhard, Leipzig 1937.

die ook bij de patiënten zelf en in de familie, beelden van de „Eingebungspsychose" van Kleist te zien geeft.

In een latere publicatie[1]) onderscheidt hij nog 2 vormen van deze idiopathische angstpsychose en wel: een zuivere en een paranoïde angstpsychose.

De *zuivere angstpsychose* slaat om in een toestand van monosymptomatische vroolijkheid, door hem „Angst-Glückspsychose" genoemd, echter nooit in een extatische stemming.

De *paranoïde angstpsychose* heeft als tegenphase een extatisch toestandsbeeld „in denen es zu *Weltbeglückungs-* und *Grössenideen* meist maszloser Art kam", door Leonhard als „Angst-Eingebungspsychose" aangeduid.

Ook de angstige phase bij deze groep is minder eenvoudig; de patiënten zijn in dien tijd meer radeloos, hebben ook betrekkingsideeën en hallucinaties.

Overigens erkent Leonhard, dat de „Eingebungspsychose" van Kleist ook geïsoleerd voorkomt. Een schizophrenen defecttoestand zag hij bij deze angstpsychosen nooit ontstaan. Ze hebben een gelijksoortige belasting en hebben behoudens hun angst, die met een monotoon klagende onrust gepaard gaat, niet het beeld van een gewone depressie. Uitgesproken manische toestandsbeelden vertoonen ze niet, wel de genoemde monosymptomatische vroolijkheids- en „Eingebungs"-phase. Voorts laten zij, in tegenstelling tot de manisch-depressieve psychose een zeer nauwe erfelijke betrekking tot de involutiedepressies zien.

Depressies in de involutiejaren komen in de familie veel meer voor dan depressies op jeugdigen leeftijd.

Ook bleken patiënten, die in den involutietijd een angstigen depressietoestand doormaakten, in de jeugdjaren reeds een genoemde idiopathische angstpsychose te hebben gehad.

> Leonhard onderscheidt dan ook onder de depressietoestanden in den involutietijd drie vormen:
>
> a) de eenvoudige, geremde depressies, die tot de manisch-depressieve psychose behooren,
>
> b) de angstpsychosen, die in gelijken vorm ook op jeugdigen leeftijd optreden kunnen, maar een bizondere affiniteit tot den involutietijd bezitten,
>
> c) de climacterische depressie in engeren zin, met katatoon gekleurde remmingsverschijnselen en angstige onrust, die bij den man waarschijnlijk in het geheel niet voorkomt of op lateren leeftijd en daardoor dan een ander beeld vertoont.

Onder hen, die in hun oordeel niet-afwijzend staan tegenover de degeneratiepsychosen, bevinden zich meerdere Nederlandsche onderzoekers.

---

[1]) K. Leonhard, Allgem. Z. f. Ps. Bd 110, 1939.

Allereerst moeten we hier L. Bouman noemen, niet alleen omdat hij een der eersten was, die Schroeders publicaties bij de beschouwing zijner patiënten in het oog hield, maar ook, omdat hij zich positief ten gunste van de degeneratiepsychosen uitsprak.

L. Bouman heeft nooit in een afzonderlijke studie zijn visie in dezen vastgelegd, doch zich wel driemaal over de degeneratiepsychosen uitgesproken.[1])

In ons IIe Hoofdstuk legden we deze discussie-opmerkingen woordelijk vast.

In den aan L. Bouman aangeboden feestbundel naar aanleiding van zijn vijf en twintigjarig jubileum als hoogleeraar merkt Rümke[2]) onder meer op: „In woord en geschrift kwam Bouman steeds op voor de beperking van het dementia praecox-begrip; met nadruk wees hij op de beteekenis van op schizophrenie gelijkende beelden op den bodem van debilitas mentis, op de onduidelijke beelden, die in de puberteit worden gezien.

Ook de degeneratiepsychosen hadden zijn aandacht, al kon hij voor den term weinig voelen."

Ook bestempelde L. Bouman[3]) als „manie des dégénérés" een ziektebeeld dat gekarakteriseerd is door manische exaltatie, lichte tot sterk uitgesproken grootheidsideeën, sterk op den voorgrond tredende confabulaties, pathologische invallen (in den zin van Bonhoeffer), hereditaire belasting voor geestesziekten in den ruimsten zin.

Rümke vond onder het 16-tal psychosen bij kinderen, dat hij beschrijft, 6 keer een dergelijk ziektebeeld.

In den naam „manie des dégénérés" liggen vastgelegd:

de manische trekken, die het beeld vertoont en de degeneratieve bodem, waarop de verschijnselen zich ontwikkelen. Rümke zou dezen naam het liefst veranderd zien in „mania phantastica infantilis", daar hierin de z.i. het meest op den voorgrond tredende verschijnselen verwerkt zijn n.l. de phantasieën en het infantiele karakter. Voor zoover hem bekend, werden deze beelden in de literatuur nog niet vastgelegd. Het beeld doet klinisch nog het meest denken aan de door Magnan en Régis beschreven „syndromes épisodiques des dégénérés", waarbij echter de phantasieën en confabulaties niet genoemd worden.

Rümke's eerste geval doet denken aan de „mythomanie" van

---

[1]) L. Bouman, Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd 23, 1928; Psych. en N.bl. 1928 en 1933.

[2]) H. C. Rümke, Psych. en N. bl. 1932 no. 4/5.

[3]) Zie Rümke: „Over psychosen bij kinderen", Haarlem 1927.

Dupré[1]), een symptomencomplex, waarbij geen manische exaltatie optreedt, doch wel een episodische neiging tot confabuleeren, gepaard gaande aan het optreden van fugues.

Rümke beschouwt de mania degenerativa niet als een ziekte sui generis, maar als een bij jeugdigen en infantielen optredenden vorm van psychose.

Het als degeneratief aangeduide, uit zich in de neiging tot het optreden van phasische episodische psychosen en in de vertraging van de geheele ontwikkeling in den zin van het infantilisme. Het episodisch optreden wijst op een relatie met de manisch-depressieve psychose; de algemeene ontwikkelingsstoornis legt een verband met hysterische, psychopathische toestanden en de pseudologia phantastica; het polymorph erfelijk belast zijn met psychosen wijst op een verwantschap met de degeneratiepsychosen.

Zoo beschouwd is het te begrijpen, dat Rümke zich afvraagt, of het dan wel zin heeft een ziektebeeld, dat zoo tusschen allerhande andere toestanden ligt ingebed, als afzonderlijk syndroom te bechrijven. Hij wil deze vraag echter bevestigend beantwoorden, omdat hij een kenwoord voor deze toestanden wil bezitten, welke geen recht gedaan wordt, als men hen als manisch-depressieve psychose, hysterie of psychopathie diagnosticeert.

Doch bovendien, omdat dit prognostisch en differentiaal-diagnostisch van belang is. Prognostisch, omdat de prognose een andere is dan bij een zuivere manische phase; in de tusschenperioden zal de patiënt, tenzij hij nog zeer jong is, de kenmerken van zijn psychisch infantilisme behouden.

Differentiaal-diagnostisch, met name tegenover de schizophrenie. Het 2e door Rümke beschreven geval, zou zeker tot de schizophrenie gerekend worden, als men dit beeld niet kende.

Onder de meerdere vragen, die Rümke bij dit onderzoek voor oogen stonden, bevond zich ook deze: „Bestaat er klinisch gesproken grond, tusschen de groote groepen der manisch-depressieve psychose en de dementia praecox, een groep van symptomatisch op beide gelijkende psychosen aan te nemen, een groep, die men eventueel als degeneratiepsychosen, psychogene psychosen, onduidelijke gevallen kan bestempelen?"

Of moeten deze vormen tot legeeringen van beide ziekten worden teruggebracht? Zijn antwoord op de eerste vraag, aan 't einde van zijn studie, is bevestigend. Ook bij kinderen vond hij vormen van psychosen, die stellig niet tot de manisch-depressieve psychosen

---

[1]) Dupré: l'Encéphale 1909.

en zeker niet tot de schizophrenie behooren. Uitvoerig beschrijft hij twee psychosen, die dit bevestigden, die tal van symptomen openbaarden, welke aan beide genoemde psychosen zouden kunnen doen denken en die Rümke als psychogene psychosen diagnosticeerde.

Elders in den aan L. Bouman aangeboden feestbundel spreekt Rümke[1]) zich over de degeneratiepsychosen wel zeer duidelijk uit, als hij zegt:

„Wat door Schroeder, Kleist en Binswanger is gebracht over „degeneratiepsychosen", dan is dit zeker, wanneer men afziet van den ongelukkigen term „degeneratie", een vooruitgang.

Van der Horst[2]) geeft bij een klinische demonstratie aandacht aan toestandsbeelden, die gelijken op dementia praecox en toch restloos en zonder defect genezen. Hij brengt deze beelden samen onder de randpsychosen der schizophrenie, onder welke psychosen de degeneratieve toestanden een zeer belangrijke plaats innemen. En wel om tweeërlei reden: 1) omdat het van belang is hen te onderscheiden van de beginnende schizophrenie; 2) omdat veel symptomatische psychosen sterke overeenkomst hebben met de degeneratieve symptomencomplexen en het dus van belang is, na te gaan of niet een organisch lijden achter den psychotischen toestand ligt.

Van der Horst geeft toe, dat het werken met het begrip „degeneratieve aanleg" vaag en weinig wetenschappelijk is. Toch moet de zenuwarts deze groep van ziekten kennen, vooral met het oog op de therapie en de prognose.

De degeneratieve psychosen treden op bij psychopathen en dégénérés.

Bij alle verschil der ziektebeelden onderling vindt van der Horst in al deze symptomenkoppelingen eenzelfde structuur terug, welke zich openbaart in:

1. een onvoldoende demping van de ontlading der emotioneele bewegingen.
2. een uitgesproken labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn, waarmede hij bedoelt, dat het complex herinneringen van den individueelen levensloop abnormaal zwak is tegenover plotselinge invallen. Gebrek aan continuïteit in het eigen leven is hiervan het gevolg.
3. een onvoldoende harmonie tusschen de eigenliefde en de voor het aanknoopen van sociale verhoudingen noodige affecten.

Deze personen worden daardoor onzeker in hun levenshouding.

---

[1]) H. C. Rümke, Psych. en N. bl. 1932.
[2]) L. van der Horst, Verslag Geneesk. Kring A'dam, Maart 1935.

„Ze verschaffen zich gemakkelijk een inzicht, dat wij waan noemen, maar wat voor hen voldoende subjectieve werkelijkheidswaarde heeft."

Het eigenaardige coloriet, dat de grondstructuur, welke door deze 3 momenten wordt bepaald, heeft, wordt veroorzaakt door de bewustzijnsomneveling en de daling van den bewustzijnsgraad.

Van der Horst demonstreert daarna enkele patiënten, welke de afzonderlijke syndromen vertoonen, en wel een schemertoestand, een Ganser-syndroom, een situatiepsychose, een autistische waanvorming, een manie des dégénérés en tenslotte een degeneratiepsychose s.str.

Daarna bespreekt hij enkele patiënten, die veel overeenkomst hebben met deze degeneratieve toestanden, doch bij wie de psychose een gevolg is van lichamelijk lijden.

Hij wijst voorts op de onbruikbaarheid van het katatone syndroom voor de differentieele diagnostiek, daar steeds meer blijkt, dat we in de katatone verschijnselen te doen hebben met een algemeenen reactievorm van het centrale zenuwstelsel.

Vraagt Van der Horst zoo onze belangstelling voor de degeneratieve toestandsbeelden, in meerdere publicaties vestigt hij tevens onze aandacht op de *debiliteitspsychosen* [1]), welke beide stoornissen in nauw verband met elkaar staan.

„De gelijkenis van debiliteitspsychosen met degeneratiepsychosen is treffend. Het kan buitengewoon moeilijk zijn, om in een concreet geval van een hysterischen schemertoestand of van een psychogene psychose met angstige verwardheid, „massenhafte" hallucinaties, en „Weltuntergangserlebnisse" uit te maken, of we te doen hebben met een debiliteitspsychose dan wel met een degeneratiepsychose. In den regel trachten we dan op grond van hereditaire momenten of verminderde ontwikkeling in de één of andere richting te beslissen, doch bij licht debielen, die door hun opvoeding een behoorlijke maatschappelijke positie hebben gekregen, is dit niet gemakkelijk."

Van der Horst onderscheidt bij debielen:

1. identieke psychosen, d.w.z. identiek met bekende beelden bij volwaardigen. (dem. praecox; manisch-depressieve psychose enz.). Wel vertoonen deze psychosen dan een typisch oligophreen coloriet. De oligophrenie had hier alleen pathoplastische beteekenis.
2. een niet-identieke psychose, de debiliteitspsychose.

   Hier is de debilitas het pathogenetisch moment van de psychose.

---

[1]) L. van der Horst, Wetenschappelijke bijdragen door hoogl. der V.U. 1930; Ned. T. v. G. 1931, blz. 2030; Nervenarzt 1930.

De primaire stoornis moet hier gezocht worden in de grondstructuur van de oligophrenie zelf.

Van de ziekelijke verschijnselen dezer patiënten treden op den voorgrond het sterk uitgesproken, grof gekleurde affectleven, de waanvorming en de eigenaardige psychomotorische stoornissen.

Deze staan in een begrijpelijk verband met de psychologische verschijnselen bij debilitas, waarvan hij noemt:

1. *de verhoogde affectlabiliteit.* De stemmingen en affecten der oligophrenen zijn weinig genuanceerd, maar „de weinige tonen behouden klank, in tegenstelling met de schizophrenen, die de geheele scala kunnen behouden, doch daar zijn ze mat en dof". Het affectieve leven blijft behouden. De debiel blijft affectief aanspreekbaar. Wel zijn er qualitatieve verschuivingen naar verschillende richtingen, speciaal naar grovere en lagere vormen van gemoedsbewegingen: angst, toorn, wantrouwen, ontstemming. Ook ontlaadt het gemoedsleven zich direct in de psychomotoriek. Wel laten de debielen hun affect zeer snel los.

2. *de gemakkelijke waanvorming.* Vanwege den verhoogden strijd om het bestaan zijn de debielen angstig, overgevoelig en wantrouwend. Velen hebben voorts minderwaardigheidsgevoelens en komen niet klaar met hun streven naar compensatie.

De waanvorming draagt bij deze patiënten, het kenmerk van de oligophrenie: ze is niet systematisch, gaat niet diep en is vaak wisselend.

De waanvorming bij de oligophrenen kan nog verschillend zijn; paranoïd in verband met de insufficientiegevoelens; hypochondrisch bij een domineeren van de vitale gevoelens en het overheerschen van het „Körperschema"; kosmisch, in overeenstemming met de primitieve structuur der debielen, die meer in collectief besef en in een magische verbinding met bovennatuurlijke krachten leven.

Voorts vinden we overeenkomstig den inhoud van den waan, hallucinatoire belevingen, die samenhangen met een behoefte naar zintuigelijke concretiseering.

3. *afwijkingen van de psychomotoriek.* Op een lager of meer primitief intelligentie-niveau wordt de autochthone bewegingsdrang veel minder geremd dan bij normalen, zoodat meestal de psychomotoriek verhoogd is. Bij zwakzinnigen vinden we zoo stereotypieën, die meestal elementair en monotoon zijn. Uit dezen monotonen bewegingsdrang zijn de vele psychomotore verschijnselen bij de debiliteitspsychosen te verklaren, zooals de stereotype houdingen, spanningen, katalepsie, echopraxie, negativisme en paralogie. Van der Horst wijst er op, dat naast deze pathogenese de psychomotore symptomen ook te verklaren zijn uit de belevingsstructuur op een meer primitief intelligentieniveau.

„Psychologische studies bij kinderen, primitieven of ook bij volwassenen, bij wie een desintegratie van het psychische leven zich heeft ontwikkeld, leeren dat handelingen, waarneming, beleving en psychomotorische actie een oorspronkelijke structureele eenheid vormen."

De primitieve mensch denkt in zijn psychomotoriek. Allerlei verschijnselen uit de motorische sfeer zijn aan de beleving der debielen verbonden. De katatone symptomen bij de debiliteitspsychosen zijn iets anders dan bij de schizophrene katatonie. Ze zijn over het algemeen sterker uitgesproken, maar openbaren zich op een meer zinvolle wijze, dan bij de dementia praecox.

Deze beschouwingen van van der Horst over de psychomotoriek bij debielen en primitieven, waarbij hij ook noemde de volwassenen, bij wie zich een *desintegratie van het psychische leven* heeft ontwikkeld, gaven we met name weer, omdat we deze ook

van belang achtten bij de beoordeeling van de structuur der belevingen bij de door ons als desintegratietoestanden beschouwde „degeneratiepsychosen" (Hoofdstuk XII).

Dit geldt ook voor zijn beschouwingen over de waanvorming bij debielen en primitieven.

Van der Horst zegt, dat toestanden als door hem met „debiliteitspsychosen" aangeduid, bij oligophrenen vrij veel voorkomen.

De beelden zijn wisselend en kunnen in elkaar overgaan. Ze ontstaan dikwijls reactief. Het „auslösende" moment is nu eens een affectvolle gebeurtenis, dan weer een uitputting. Een sexueel delict, een lichte ziekte of een trauma kan bij een oligophrenie aanleiding zijn tot het ontstaan van een debiliteitspsychose.

Van der Horst onderscheidt deze episodische debiliteitspsychosen nog in 3 groepen:

1. de *pseudo-schizophrene vorm.* Naast de debilitas vinden we hierbij waanideeën, hallucinaties en katatone verschijnselen met angst en onrust.
2. de *autochthoon-affectlabiele vorm,* met verhoogde autochthone affectlabiliteit, verhoogde erotiek en logorrhoe, opwinding en ontstemming.

   Van de echte circulaire psychosen is deze vorm te onderscheiden door de geringere en meer absurde productiviteit, terwijl de grondstemming meer te beïnvloeden is. Bovendien zijn ze in de negatieve phase meer prikkelbaar en ontstemd dan depressief.

   In de ontstemming treden hypochondrische ideeën naar voren; in de euphore periode wordt soms het door Rümke beschreven geluksgevoel aangetroffen. Bij het wegvallen van uitwendige prikkels treedt spoedig verbetering op. Het beeld wordt zoo waarschijnlijk minder door endogene momenten bepaald en meer door *uiterlijke* invloeden onderhouden.
3. de *hysterisch-psychotische* vorm. Bij dezen vorm komt duidelijk het verband tusschen zwakzinnigheid en psychogene reacties aan het licht.

   Het zijn hysterische of psychogene psychosen met angst, monotonen bewegingsdrang en hallucinaties. Soms treden er kortdurende schemertoestanden op, die overeenkomen met de episodische syndromen van Kleist. Het verschil met een identieken hysterischen schemertoestand of psychogene psychose is te vinden in de angstige verwardheid, „de massenhafte" hallucinaties, en de „Weltuntergangserlebnisse".

   Zeer moeilijk is het juist bij deze beelden uit te maken of we nu met een debiliteits- of met een degeneratiepsychose te maken hebben.

Samenvattend zegt van der Horst te doen te hebben met een *debiliteitspsychose* en de prognose gunstig te stellen, als hij staat tegenover een niet gemakkelijk te diagnosticeeren psychose met diffuse verandering van de waarnemingswereld, een geprotraheerden schemertoestand, een schizoïd gekleurde angstpsychose, een absurde doch katathyme waanvorming, bij een oligophrene dementie, een *reactief* begin met behoud van den affectieven turgor en te beïnvloeden symptomen.

Carp schenkt in zijn „de Psychopathieën" zoowel aandacht aan de *gevangenispsychosen*, waarbij onderzoekers als Birnbaum en Bonhoeffer met name den nadruk legden op de geestelijke degeneratie en onder den naam van „wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten" en „Degenerationspsychosen" verschillende klinische ziektebeelden samenvatten, als ook aan de *„degeneratiepsychosen"*.

Wat betreft de gevangenispsychosen merkt Carp op, dat in het bizonder Siefert, Birnbaum en Bonhoeffer wezen op de verschilpunten met de hysterische en schizophrene psychosen, waarmede anderszins in vele opzichten overeenkomst bestaat. Ook wijst hij er op, dat het met name Bleuler en Jung geweest zijn, die reeds voor jaren aantoonden, dat ook bij de schizophrene psychosen individueele belevingen, complexen en conflicten in de vorming en in den inhoud van waandenkbeelden en hallucinaties een integreerend aandeel hebben. Het is een feit, dat vele gevallen van schizophrene procespsychosen eerst in de gevangenis tot uiting komen.

In het algemeen zegt Carp, is men het hierover eens, dat de z.g. gevangenispsychosen geen bizondere en afgescheiden groep van geestesziekten vormen, maar dat men hieronder slechts psychotische toestanden samenvat, welke ontstaan door een samentreffen van emotioneele gebeurtenissen in ruimen zin met een psychopathische en in het algemeen degeneratieve constitutie, terwijl eveneens het milieu en de inwerkingen daarvan een niet te onderschatten rol spelen.

Wat deze degeneratieve constitutie betreft legt Carp vast, dat er door het erfelijkheidsonderzoek bij gevangenispsychosen nog weinig positieve gegevens aan het licht zijn gebracht.

Met betrekking tot paranoïsche reacties in de gevangenis wijst Kehrer[1]) erop, dat een belangrijke erfelijke belasting opvalt met criminaliteit in het voorgeslacht, een geringe belasting met psychosen en een iets grootere met zwakzinnigheid en alcoholisme. Een uitge-

---

[1]) F. Kehrer, Monogr. a. d. Ges. geb. der N. u. Ps. H. 40, 1924.

sproken paranoïde constitutie in het voorgeslacht of in de zijlijn kon niet worden aangetoond.

De onderzoekingen van Stern[1]) toonen aan, dat de praepsychotische persoonlijkheid van lijders aan gevangenispsychosen gekenmerkt is door verschillende hysterische reacties en uiteenloopende psychopathische kenmerken en dikwijls een aangeboren zwakzinnigheid.

Onder het hoofdstuk „Psychotische ontwikkelingsvormen op psychopathischen grondslag", waaronder Carp de paranoïsche reactievormen, de manisch-depressieve groep en de hysterisch-psychotische reactievormen rangschikt, bespreekt hij in aansluiting aan de manisch-depressieve toestandsbeelden de „degeneratiepsychosen".

Hij merkt daarbij terstond op, dat ze in eenigszins lossen samenhang met de in het voorafgaande besproken manisch-melancholische beelden staan en moeilijk zijn te omgrenzen en acht het ongetwijfeld de verdienste van Schroeder, wederom de aandacht gevestigd te hebben op deze groote en op zichzelf weinig karakteristieke groep van psychotische toestanden.

Carp vindt, dat Schroeder de beste omschrijving heeft gegeven, als deze er op wijst, dat de degeneratiepsychosen niet kunnen worden beschouwd als vormen eener manisch-depressieve, hysterische, paranoïde of schizophrene psychose; bij voorkeur vrij acuut ontstaan en een zeer polymorph karakter dragen; dikwijls een gunstige prognose hebben, ongerekend de psychopathische (degeneratieve) constitutie, welke zich buiten den psychotischen toestand zou blijven openbaren.

In zijn leerboek beschrijft Carp 2 gevallen.

In het *eerste* treft men een vermenging aan van manische, melancholische, paranoïde, katatone en hysterische reactievormen.

Bepaalde complexen (schuldgevoelens) worden er bij op verschillende wijzen verwerkt. In den inhoud der psychose zijn aanknoopingspunten te vinden voor het psychogene ontstaan van het ziektebeeld (is erg geschrokken van zijn patroon, die zijn vrouw en schoonzoon met een mes zou hebben bedreigd; is in zijn psychose zeer schrikachtig, vroeg telkens of de deur op slot was, er geen vreemde menschen in huis waren, meende achtervolgd te worden door een man, die hem zou willen vermoorden). Carp overweegt hierbij voorts de mogelijkheid van een reactiveering van schuldcomplexen.

Soms treden er bewustzijnsinzinkingen op, die echter niet tot schemertoestanden leiden. De psychotische toestand begon vrij acuut en verdween reeds na eenige dagen. Er waren veel degeneratieve trekken in de familie.

Het *tweede* geval laat ons een beeld zien, waarbij de sterke neiging tot confabuleeren op den voorgrond staat („manie des dégénérés" van Magnan). Voorts treden hierbij afwisselende manisch-melancholische toestanden op, enkele pseudo-hallucinaties, betrekkings- en vervolgingswaandenkbeelden, katatoniforme stuportoestanden en hysterische reactievormen.

Carp noemt deze (in 't 2e geval genoemde) massaal zich ont-

---

[1]) Stern, Archiv f. Ps. u. N. Bd 50, 1913.

wikkelende en elkaar opvolgende phantasieën met waankarakter kenmerkend voor vele vormen van degeneratiepsychosen.

Ze vertoonen een sterke overeenkomst met de „wahnhafte Einbildungen Degenerierter" (Bonhoeffer, Birnbaum).

In de Fransche literatuur zijn ze beschreven als „délires d'emblée des dégénérés".

Op een andere plaats beschrijft Carp[1]) te zamen met Fortanier onder „degeneratiepsychosen" nog enkele gevallen en vindt hij van het eerste, hier boven genoemde, geval, dat het overeenkomst vertoont met de psychomotorische schemertoestanden van Kleist en vooral met geval 9 uit Schroeder's publicatie in 1922.[2]).

De schrijvers wijzen er daarop, dat ook goed vaststaande schizophrene procespsychosen een intermitteerend en cyclisch beloop kunnen aannemen en dat een onderscheiding tusschen een degeneratiepsychose met overwegend schizophrene symptomatologie en een schizophrene procespsychose voorloopig wel onmogelijk zal blijken, te meer, daar een degeneratieve bodem als verzwakkende factor werkt en het ontstaan eener proces-psychose aldus begunstigen kan.

Onder dusdanige schizophrene psychosen op degeneratieven bodem (Binswanger) zou men dan die vormen kunnen verstaan, die zich geleidelijk, zonder andere exogene factoren, uit een schizoïde (dystone) karakteranomalie zouden ontwikkelen (Kretschmer).

Naast deze groep van schizophrene psychosen zou dan de kerngroep staan, die door overwegend exogene (intoxicatoire) factoren wordt veroorzaakt (Kahn).

Op deze wijze zou het voorkomen van een schizophreen proces bij niet schizoïden zijn verklaard.

Bij patiënte Q werden de eerste nerveuze verschijnselen na de menstruatie waargenomen, terwijl het hoogtepunt van den eersten en tweeden aanval samenviel met de menstruatie. Mogelijk zijn hier *endocrine* invloeden (Kleist) in het spel, terwijl ook de sterke neiging tot zweeten, die op een labiliteit der vasomotoren wijst, tot hormonale invloeden kan worden herleid.

Bij zijn patiënten X en IJ waren schemertoestanden aanwezig, welke de kenmerken eener hysterische reactie in zich droegen, doch waaruit het geheele ziektebeeld geenszins volledig kan worden verklaard.

Daarom zou Carp ook de voorkeur willen geven aan de benaming: degeneratiepsychose, als een *autochthone* èn *reactief* voorkomende geestesstoornis.

Carp acht den tegenstand tegen de „degeneratiepsychosen" wel zeer begrijpelijk, daar, ook bij Schroeder, het begrip wel zeer

---

[1]) Carp en Fortanier, Ned. T. v. G. 72. II. 45, 1928.
[2]) P. Schroeder, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 66, 1922.

veelomvattend is geworden en feitelijk alle niet-exogene geestesstoornissen insluit.

Deze benaming zou men kunnen toepassen op alle psychosen, daar wel steeds een locus minoris resistentiae geacht kan worden aanwezig te zijn, zelfs bij overwegend exogene reactievormen.

„In engeren zin bedoeld — zoo besluit Carp — kan het begrip degeneratiepsychose voorloopig echter in zooverre dienst doen, als men daaronder verstaan wil: op aantoonbaren degeneratieven bodem ontstaande psychosen van polymorph karakter, met wisselende samenstelling van de bekende psychotische reactievormen, terwijl, behoudens kans op recidief, de prognose een uitsluiting van een proces-psychose wettigt".

Carp meent dat deze opvatting niet staat tegenover de richting der *Tübinger*school (verklaring door „Legierung" en Ueberkreuzung", vermenging van verschillende erfelijke factoren uit het voorgeslacht).

Hij acht het immers alleszins aannemelijk, dat de somtijds in hun onderling verband (constitutioneel-constellatief) moeilijk af te scheiden psychotische reactievormen in de organisatie van het geestesleven gepraeformeerd aanwezig zijn; de bizondere dispositie tot het manifest worden van één of meer dezer reactiewijzen kan nu eens overwegend van endogenen oorsprong, overgeërfd zijn, dan weer voornamelijk door exogene factoren ontstaan.

Van der Torren[1]) beschrijft twee gevallen, die hij tot de autochthone degeneratiepsychosen van Kleist gerekend wil zien. Bij de omschrijving van wat Kleist onder deze psychosen verstaat, merkt hij op, dat Kleist naast de groote groep der constitutioneel reactieve (psychogene en hysterische) psychosen, „en ik zou er bij willen voegen de characterogene psychosen, zooals de chronische paranoia van Kraepelin", zijn autochthone constitutioneele psychosen plaatst, met een in aanleg gegeven labiliteit van hier dit, daar dat complex van psychische functies, dat onder inwerking van nog onbekende somatische, met name endocrine prikkels in autochthone schommelingen geraakt.

In zijn eerste geval blijkt de eerste, van een rij autochthoon, acuut optredende psychotische toestanden met manische, hallucinatoire verschijnselen en phantastische belevingen, van psychogenen aard (liefdesemotie) geweest te zijn.

Tegenover de synthetische methode van Kraepelin, acht van der Torren, om vooruit te komen, een analytische noodzakelijk.

Hij ziet liever „viele kleinen Töpfen", dan één enkelen grooten, waarin allerlei ongelijksoortige dingen bij elkaar zijn gestopt.

Meerloo[2]) levert een bijdrage tot de kennis van episodische

---

[1]) J. van der Torren, Ned. T. v. G. Jrg. 66, 1922.
[2]) A. M. Meerloo, Ps. en N.bl. 1930 no. 5.

psychosen, waarin hij concludeert, dat de vraag episodisch of langzaam progressief nauw samenhangt met de praepsychotische persoonlijkheid.

Als in de anamnese gevonden wordt een abnormaal reactieleven, een intelligentiedefect of een zware erfelijke belasting, dan mag verwacht worden, dat de psychose een gevolg was van een minder zware beschadiging, dan bij een gezond volgroeid individu.

De prognose voor den duur der psychotische phase mag dan gunstig gesteld worden.

Uit de groote groep van episodische psychosen, zegt Meerloo dan ook die psychotische vormen te kunnen afscheiden, waarbij men een grootere ontvankelijkheid voor schadelijkheden kan verwachten, te weten:

1. de primitief hysterische psychosen.
2. de psychosen bij debielen, imbecilen en idioten.
3. *de degeneratiepsychosen.*

De laatste groep is van de vorige af te grenzen, als men als eisch stelt, dat vóór de psychotische phase geen abnormale persoonlijkheid (phaenotypisch) aanwezig was. „Acuut gaan de lijders aan een degeneratiepsychose produceeren een bonte mengeling van symptomen, manische en depressieve verschijnselen, verwardheidstoestanden, katatone symptomen, schemertoestanden, geobjectiveerde wenschvervullingen (wahnhafte Einbildungen Degenerierter), pseudologia fantastica, infantiele trekken, hallucinaties en betrekkingsdenkbeelden." In korten tijd komt men de geheele psychiatrische symptomatologie tegen.

Achter het gezond lijkende phaenotype moet men derhalve een ziek genotype vermoeden, waarom men als theoretische eisch een degeneratieven stamboom, een zware erfelijke belasting kan stellen. Men vindt ook in vele gevallen, die een dergelijk bont psychotisch beeld vertoonen, een zware erfelijke belasting. Al neemt Meerloo bij de degeneratiepsychosen geen phaenotypisch abnormale persoonlijkheid aan, toch spreekt hij in dit verband wel van phaenotypische geestelijke degeneratieteekenen, waaronder hij, Reichardt volgend, noemt: een gebrek aan geestelijke harmonie, een abnormaal lichte vermoeibaarheid, de wanverhouding tusschen prikkel en reactie van het individu, de snelle ontstembaarheid, het tekort aan wilskracht, een abnormaal driftleven, een ondoelmatige levenshouding.

Hij wijst erop, dat we in deze opsomming allerlei eigenschappen der psychopathen terug vinden, zooals Bumke[1]) dan ook psy-

---

[1]) O. Bumke, Kultur und Entartung, Berlin 1922.

chopathischen aanleg (constitutie), erfelijke belasting en ontaarding, drie woorden voor hetzelfde begrip noemt.

Meerloo geeft in zijn publicatie 6 gevallen weer van episodische psychosen, die aanvankelijk verkeerd werden beoordeeld, waarbij de diagnose en prognose te somber werden gesteld, „totdat de degeneratieve of debiele kenmerken beter voor den dag kwamen, of de onverwachte genezing."

Esser[1]) spreekt van *episodische kiempsychosen* (degeneratiepsychosen). Hij verkiest den naam „kiempsychosen" voor deze vormen, daar ze uit een pathologischen aanleg schijnen op te komen en sluit zich deels aan de inzichten van Jelgersma aan: „Die Keimpsychosen umfassen nach Jelgersma nämlich das manisch-depressive Irresein, die Psychasthenie, Hysterie, Paranoia und die Psychopathien. Scharfe Grenzen zwischen diesen Krankheitsbildern gäbe es nicht. Sollten die „Degenerationspsychosen" nicht das Paradigma dieser Gruppe sein?"

Van een pathogenetische werking der oligophrenie (v. d. Horst) wil Esser niet weten. In groote trekken, zegt hij, stemmen de episodische psychosen bij oligophrenen met de episodische psychosen bij niet zwakzinnigen overeen; wel worden de beelden in pathoplastischen zin mede door de oligophrenie bepaald. Ze zijn minder productief en minder bont in hun symptoomwisseling; ook vindt men hier meer „reaktiv auslösende Momente" dan bij niet-zwakzinnigen.

Esser acht het voorloopig juist voor deze episodische kiempsychosen (degeneratiepsychosen) tegenover de Kraepelinsche categorieën een afzonderlijke plaats in te ruimen, al is het inzicht in hun genese nog onvolledig.

---

[1]) P. H. Esser, Ps. en N. bl. 1936 no. 4 en 1937 no. 2.

HOOFDSTUK VIII.

Katamnestisch onderzoek van 30 als „degeneratiepsychosen" beschouwde gevallen.

In dit hoofdstuk geven we in het kort weer de ziektegeschiedenisen van 30 in de Valeriuskliniek te Amsterdam in de jaren 1926 tot 1935 als „degeneratiepsychosen" beschouwde gevallen.

Daarop laten we volgen de gegevens uit de psychiatrische inrichting, waarheen de patiënt uit de Valeriuskliniek werd overgeplaatst, daarop de gegevens verkregen bij ons katamnestisch onderzoek, om met een samenvatting de bespreking van ieder ziektegeval te besluiten.

In het totaal werden gedurende de bovengenoemde 10 jaren 47 gevallen op een aantal van 4825 opnamen als „degeneratiepsychose" beschouwd. In onze nummering (M1 t/m M18 en VI t/m V30) is van 48 gevallen sprake.

Eén dezer gevallen (V4) bleek echter ten onrechte onder de „degeneratiepsychosen" geboekt en viel buiten onze beschouwing. Dit is reeds een zeer gering aantal.

Het doet ons tevens zien, dat aldaar maar niet kwistig met de diagnose „degeneratiepsychose" werd gewerkt in gevallen, die niet gemakkelijk te rubriceeren waren en als „onduidelijke gevallen" moeten worden aangemerkt.

Het vervolg van ons onderzoek zal ook aantoonen, dat het etiket „degeneratiepsychose" hier meer beteekende dan het negatieve begrip „onduidelijk geval", doch een positieve beteekenis had.

De gevallen, die als „degeneratiepsychose" werden opgevat, gaven ten tijde van het stellen dezer diagnose den indruk een eigen karakter te hebben, waardoor zij niet onder een der andere grootere ziekte-eenheden konden worden gerangschikt.

De volgende criteria golden bij het stellen van de diagnose: „degeneratiepsychose":

1. Wat betreft de *persoonlijkheid:* we hebben te doen met een degeneratieve persoonlijkheid, waarvoor we een aanwijzing kunnen vinden in de ascendentie of descendentie, in de

degeneratieve (somatische en psychische) momenten, in de sensitieve, excentrieke, artistieke trekken.

2. Wat betreft de *psychose:* deze ontstaat acuut, autochthoon, soms met psychische provocatie of „auslösend" moment en openbaart zich als een „erlebnisreiche" psychose, waarin extatische- en kosmische belevingen, belevingen van uitverkoren, begenadigd te zijn, hevige gemoedsbeweging, soms massale hallucinaties zonder bewustzijnsbeneveling op den voorgrond tredende symptomen zijn.
3. Wat betreft het *verloop der psychose:* deze eindigt in volledige genezing met juist ziekteïnzicht, al is het optreden van een recidief mogelijk.

Daar de patiënten, over welke ons onderzoek ging, reeds 6 tot 15 jaar geleden uit de kliniek vertrokken waren, was het niet gemakkelijk hen te achterhalen. We waren tenslotte zoo gelukkig 38 van de 47 destijds verpleegd wordende patiënten te kunnen vervolgen.

Van deze 38 bleken er 6 te zijn overleden (de gevallen M. 2, M. 5, M. 12, M. 15, V. 3 en V. 24) en 2 wegens te weinig gegevens niet geschikt in ons onderzoek opgenomen te worden (V. 5 wegens te geringe gegevens in haar ziektegeschiedenis; M. 7 wegens de onmogelijkheid een zoo juist mogelijken indruk over zijn psychischen toestand na zijn herstel te verkrijgen tengevolge van een ernstige lichamelijke ziekte).

Zoo bleven er 30 gevallen over, die in ons onderzoek verwerkt konden worden. Van deze gevallen ontvingen we op de volgende wijze gegevens:

1. In al deze gevallen, behoudens die, welke op heden in een inrichting verpleegd werden, van de familie.
2. Betreffende de laatste van de medici der inrichtingen.
3. In 14 gevallen bovendien van de oud-patiënten zelf, die zich bereid verklaarden tot een persoonlijk onderhoud. (de gevallen: M. 8, M. 10, M. 14, M. 16, V. 1, V. 2, V. 6, V. 13, V. 16, V. 19, V. 20, V. 21, V. 27, V. 29).
4. Voorts werden van alle gevallen, die, voor of na hun verblijf in de Valeriuskliniek in een psychiatrische inrichting werden verpleegd, de ziektegeschiedenissen bestudeerd.

Vatten we het aantal gevallen samen, waarvan we een medisch oordeel over den toestand van dit oogenblik ontvingen, dan kunnen we bij het 14-tal, dat we persoonlijk onderzochten, voegen de 8 gevallen, waarin de gestichtsmedicus of nazorgarts zijn oordeel uitsprak (de gevallen M. 3, M. 4, M. 11, V. 10, V. 12, V. 15, V. 23 en V. 25), in totaal dus 22 gevallen.

Voor de 8 resteerende gevallen bleven we op de mededeelingen der familie aangewezen, daar een persoonlijk onderhoud werd geweigerd.

Ons katamnestisch onderzoek van de 30 gevallen had het volgende resultaat:

I. Verreweg het grootste gedeelte van de indertijd als „degeneratiepsychosen" afgezonderde gevallen bleek *met recht* afgezonderd te zijn.

Hoewel hun symptomatologie een schizophreen symptomenbeeld te zien gaf, bleek het juist geweest te zijn, dat deze gevallen met een gunstige prognose werden afgezonderd.

We zullen deze gevallen in onze groepeering als „degeneratiepsychosen", in weerwil van onze bezwaren tegen dezen naam (zie Hoofdstuk XI), blijven aanduiden.

Bij ons onderzoek blijken 22 gevallen, waaronder één „onduidelijk geval" (V. 14) en één beter als puberteitspsychose te typeeren geval (V. 28), met recht als degeneratiepsychosen afgezonderd te zijn.
(zie verder Hoofdstuk X).

II. Voor een 8-tal gevallen bleek de afzondering als „degeneratiepsychosen" *ten onrechte* te hebben plaats gevonden.
Tot deze gevallen behooren:

1. Zes gevallen, die zich als schizophrene psychosen hebben ontwikkeld (M. 14, M. 11, V. 12, V. 13, V. 15, V. 25).
2. Eén geval, dat als een climacterium- of involutiepsychose moet worden beschouwd (V. 8).
3. Eén geval van manisch-depressieve psychose (M. 9).

In Hoofdstuk IX zullen we nader op deze gevallen ingaan.

In dit hoofdstuk zullen we allereerst de ziektegeschiedenissen van de 30 vervolgde gevallen weergeven met in aansluiting daaraan onze katamnestische gegevens.

Op deze 30 ziektegeschiedenissen volgt een „Samenvattend overzicht" over deze gevallen, waarin is opgenomen: de leeftijd der eerste psychose, de leeftijd bij de opname in de Valeriuskliniek, de herediteit, de degeneratieve trekken in het karakter, het intellect, de provoceerende momenten, de symptomen, het verloop, de ziekteduur en de groep, waaronder we ieder geval meenen te moeten rangschikken.

Voor ieder geval van erfelijke belasting, dat in de familie kon worden aangetoond, werd een + teeken geplaatst.

Ook deden we dat, waar niet zoozeer van een psychose, doch van

een „ontaarding" sprake was, in den zin van asociaal gedrag of verwaarloozing van kinderen.

De redenen, waarom we onder degeneratieve trekken in het karakter een + teeken plaatsten, hebben we voor ieder geval afzonderlijk naast dit teeken in het overzicht aangegeven.

Onder ziekteduur heeft de tijd, die met een onderstreeping is aangeduid, betrekking op de periode van het verblijf in de Valeriuskliniek.

Onder het hoofd „Groep" vinden we naast enkele gevallen van schizophrenie, climacteriumpsychose en manisch-depressieve psychose de meeste gevallen aangeduid met A, B. of A (B).

Deze aanduiding heeft betrekking op de twee groepen, die we onder de „degeneratiepsychosen" meenen te moeten onderkennen en waarover we nader in Hoofdstuk X en XII zullen handelen, te weten:

Groep A, nader te typeeren als „psychose bij psychopathie" en Groep B, nader te typeeren als „autochthone desintegratiepsychose".

Met A (B) worden de overgangsvormen van deze beide groepen aangegeven.

1. Patiënt M. 3.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1881. Weduwn. 8 kinderen (2 †). Opgen.: 30 Juli '29. (48 jaar). Ontsl.: 8 Maart '30. Overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting.

Herediteit: p.m.: nerveus, in zenuwinrichting verpleegd.
f.m.: † in een psychiatr. inrichting.
S.: Basedow pat.
Oom: alcoholist.

Karakter: goed, net, oppassend, humeurig. In religieus opzicht zwaartillend

Intellect: geen bizonderheden.

Beroep: boekbinder

Vroegere neurosen of psychosen: geen. Zou wel abscences gehad hebben.

Habitus: athletisch.

Somatische status: geen afwijkingen. Wa. en S.G. (bloed) neg. Pandy neg.

Anamnese:

Pat. is door een zuster opgevoed. Begon eerst laat te loopen, was lang onzindelijk. In jeugd veel slaapwandelen en tandenknersen.

7 maanden geleden (5 maanden na den dood van zijn vrouw) kreeg hij kennis aan een getrouwde vrouw. Bezocht haar steeds. Verwaarloosde kinderen. Gaf haar alles. Ging in zijn vacantie met haar uit. Op zekeren dag kwam de maritus. Is 4 weken geleden van haar weggegaan, omdat de maritus dreigbrieven schreef. Toch hield hij nog veel van haar. Ging bij zijn zuster inwonen en piekerde over haar.

Ging 's nachts dwalen.

Loopt thuis den geheelen dag heen en weer. Doet sinds een paar dagen zijn werk niet meer. Heeft rancune tegen dengene, die hem in kennis met die vrouw bracht. Wil dien persoon aanvallen. Liep uren buiten. Wil zich van kant maken. Loopt steeds achterom te kijken.

Ziektegeschiedenis:

30-7-'27. Opname. Pat. jammert voortdurend. „Er is nooit meer wat aan

te doen; alles is verloren. 't Is verschrikkelijk. Heel de wereld gaat kapot". Meent cholerabacillen om zich te verspreiden en zoo alles wat er leeft te vernietigen. Zelf heeft hij van binnen niets meer. — Kan niet meer eten. — „Had ik het maar eerder gezegd, dat ik vroeger (toen hij 7 jaar was) wat slechts heb gedaan met mijn broertje." Nu is het te laat — er is geen redding meer — alles gaat kapot — de heele wereld gaat eraan.

31-7-'27. Steeds dezelfde jammerklachten. Te laat — alles is verrot. Het angstzweet staat op zijn gezicht. Moet kunstmatig gevoed.

6-8-'27. Zegt dat alles vergaat en dat het zijn schuld is. Ook t.b.c. bacillen verspreidt hij om zich heen. Krijgt een somnifeenkuur. Is onhandelbaar. Vliegt vaak uit bed.

10-8-'27. Kalmer. Waant zich verloren. Meent ieder aan te steken.

17-8-'27. Eet af en toe zelf weer. Heeft zondewaan behouden. Meent dat hij verworpen wordt, omdat hij in zijn jeugd homosexueele dingen zou hebben gedaan. Scheurt.

21-8-'27. Beter aanspreekbaar. Meent steeds verloren te zijn, van binnen verrot. Was begin dezer week zeer onrustig: scheuren, aan ooren en opperhuid trekken.

31-8-'27. Meer bezonnen. Herinnert zich weinig uit de afgeloopen weken. Jammert. Roept: ik heb de pest — ben te veel uitgeweest. Eet zelf.

14-9-'27. Is gedeprimeerd. Gedraagt zich ordelijk. Goed aanspreekbaar.

25-9-'27 Meent dat de menschen 's nachts wakker werden en zeiden: „Wat stinkt 't hier". Dat komt omdat hij een besmettelijke ziekte heeft. Ligt met somber gezicht in bed. Zweet zeer veel. Is angstig.

9-10-'27. Is wat beter te spreken. Vertoont buiten zijn depressieve verschijnselen geen bizonderheden.

30-10-'27. Minder depressief. Wel stil. Nog geremd.

20-11-'27. Toont vooruitgang. Schreef weer. Glimlacht af en toe om grapjes.

11-12-'27. Niet meer depressief. Wel stil en afgetrokken.

18-12-'27. Is vrij opgewonden, omdat hij naar huis zal gaan. Hij denkt er steeds over, dat hij het niet meer aandurft aan het werk te gaan. Verbergt een handdoek onder zijn kussen met het oog op het doen van een tentamen suicidii.

20-12-'27. Is, nu van naar huis gaan wordt afgezien, weer rustiger.

28-12-'27. Lijkt minder depressief. Steeds wat in zich zelf gekeerd. Vertoont weinig of geen affect.

8-1-'30. Wat meer levendig affect. Lacht af en toe. Blijft toch een vreemde stille man. Men krijgt nooit goed contact met hem.

Bemoeit zich zeer weinig met zijn medepatiënten.

11-1-'30. Gaat één dag naar huis.

13-1-'30. Komt terug. Zegt weer, dat er niets van hem terecht komt.

Trachtte 's nachts wel 3 maal het huis uit te loopen.

Zat steeds voor zich uit te staren.

20-1-'30. Wordt wat opgeruimder. Tegenover anderen soms geestig.

28-1-'30. Veel minder depressief. Praat meer met zijn omgeving. Is af en toe in tranen over zijn overleden vrouw, waarschijnlijk omdat een weduwnaar naast hem is opgenomen.

Overigens opgeruimder. Beter aanspreekbaar.

Eet en slaapt goed.

12-2-'30. Blijft stil en gesloten. Stemming aan depressieven kant.

19-2-'30. Weer wat meer depressief. Zegt, als hij thuis komt, in de gracht te zullen loopen.

Heeft weinig hoop op de toekomst. Denkt niet meer beter te zullen worden.

10-3-'30. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Verpleegd van 8 Maart '30—30 November '36.

Hersteld ontslagen. Diagnose: Melancholie.

Vertoonde daar den eersten tijd een depressieve stemming — was affect-

labiel — had een traedium vitae — vertoonde een labiliteit van het vegetatief Z.S. (transpireerde veel) — uitte insufficientiegevoelens, zelfbeschuldigingen, hypochondrische klachten. Vertoonde suicideneiging.

De hypochondrische en neurasthenische klachten overwegen vaak.

1935: Quaeruleert ook dikwijls, vaak ontstemd, dikwijls driftbuien.

In 1936 begint het gedrag van patiënt meer adaequaat te worden, soms nog huilbuien, prikkelbaar en humeurig.

Is langzaam aan verbeterd.

November '36: Vertrekt met proefverlof.

13 Januari '37: Hersteld ontslagen.

Katamnestisch onderzoek:

Vanuit de psychiatrische inrichting, waaruit deze man Nov. '36 vertrok, is hij eerst nog in gezinsverpleging geweest, en daarna weer op zichzelf gaan wonen. Is weer te werk gesteld in zijn oude betrekking.

Moest in 1938 weer 4 weken in een kliniek worden opgenomen, wegens hypochondrische klachten, vrees anderen te besmetten, sexueele ontremming en overprikkelbaarheid. Diagnose: Melancholie (degeneratiepsychose).

In dezelfde kliniek wordt hij 23 Juli '39 opnieuw opgenomen. Voelt zich niet tot werken in staat, heeft hypochondrische klachten en maakt burengerucht.

Wordt 21 Aug. '39 overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting, waar hij 2 jaar verpleegd werd.

Uit aanteekeningen dier psychiatrische inrichting:

Was geremd, depressief gestemd. Uit allerlei zelfbeschuldigingen betreffende zijn sexueele leven. Vele hypochondrische klachten. Blijft weken lang vallen en opstaan. Veel klachten over hoofdpijn, slapeloosheid en dwangmatig moeten denken. Zeer labiel van stemming.

Wordt 21-7-'41 verbeterd ontslagen.

Patiënt is daarna weer bij particulieren gaan wonen. Wilde graag weer werken. Is kort geleden daartoe naar het buitenland vertrokken en werkt daar in een boekbinderij gedurende 8½ uur per dag. Hield ook na zijn terugkeer in de maatschappij buien van ontstemming.

Samenvatting:

Bij dezen, van huis uit humeurigen, gedrukten man ontwikkelde zich een langdurige psychotische toestand, die zich na korten tijd weer herhaalde met een overwegend depressief symptomenbeeld, waarbij patiënt zich opwindt en dreigt met suicide, als plannen bestaan hem naar huis te laten gaan, quaeruleert en vaak ontstemd en prikkelbaar is.

Hypochondrische en neurasthenische verschijnselen overwogen vaak.

Een duidelijke affectlabiliteit van het vegetatief zenuwstelsel was steeds aanwezig.

2. Patiënt M. 4.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1891. Ongehuwd. Opgenomen: 4 December '29 (38 jaar). Ontslagen: 31 December '29. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: neef van moeder verpleegd in psychiatrische inrichting.
S.M.: krankzinnig gestorven.

Karakter: stil, niet vroolijk, niet wantrouwend, lastig.

Intellect: 2 × blijven zitten L.O.

Beroepen: transportarbeider, kleermaker, postbeambte.

Vroegere neurosen en psychosen: 6 maal. In de hier volgende jaren eerst geobserveerd in een universiteitskliniek, daarna overgebracht naar een psychiatrische inrichting: 1907, 1912, 1917, 1922, 1925, 1928.

Diagnoses: eerst meerdere malen dem. praecox, man-depr. psychose, psychose bij debilitas mentis, degeneratiepsychose.

Habitus: asthenisch.

Somatische status: geen afwijkingen. Wa en S.G. (bloed en lumbaalvocht) neg. Celgehalte 1/mm³.

Anamnese:

Patiënt was werkloos sedert zijn ontslag uit de laatste psychiatrische inrichting. Veel op straat en in de leeszaal. Ging veel uit bed loopen, ongekleed. Werd opgepikt op het trottoir voor een hotel.

Was 4 weken geleden stil, prikkelbaar en zwaarmoedig geworden. At en sliep slecht. Was telkens ongeveer 5 jaar goed, dan weer een ziekteperiode. Was op school steeds lastig. Zwierf op 15 jaar overal rond.

Ziektegeschiedenis:

4-12-'29. Patiënt is verward — loopt telkens uit bed — weet niet waar hij is — Meent gebracht te zijn om gecastreerd te worden. Zit actief in zijn bed. Spreekt op lijzigen toon.

's Nachts onrustig. Gooide zijn bed uit elkaar. — Trok aan de deur. Sloeg tegen de muur — urineerde in bed — zong af en toe een lied.

5-12-'29. Weet waar hij is. Ziet in de hoofdverpleegster een bekende.

Schreeuwt luid. Maakt obscene opmerkingen.

Zegt dat hij geen betrekking meer kon krijgen, omdat hij gestolen had. — „Ik ben een dief, ik heb mijn plicht verzuimd — ik zal het nooit meer doen". (Zou eens door een kameraad valschelijk van diefstal zijn beschuldigd).

Moest op school altijd overwerk doen. Geen loffelijk ontslag. Toch meent hij, dat hij nog aardig goed kon leeren.

7-12-'29. Zegt in andere gestichten opgenomen te zijn, omdat hij onvolwaardig is. „Ik kan mijn werk niet doen als een andere werkman, omdat ik last van mijn maag heb."

9-12-'29. Zingt gemeene liedjes. Loopt uit bed. Grijpt naar de zusters.

Gewone rekensommen, 8×13 = 104, doet hij vlot.

Goed georiënteerd in tijd en plaats. Confabuleert wat personen betreft.

Begint zonder redenen soms overdreven te huilen en te jammeren.

Vloekt soms onbedaarlijk.

12-12-'29. „Snijd mijn hals maar af. Van 't eene gesticht in het andere te leven— ik heb er genoeg van". Brult en grient op kinderlijke, gemaakte wijze.

15-12-'29. Ligt soms te jammeren en te roepen, dat ze hem pijnigen.

17-12-'29. Ongeremd in zijn taal. Vloekt en scheldt.

Praat veel over stelen en inbreken en gebruikt veel woorden uit de dieventaal.

Antwoordt vrij adaequaat op hem gestelde vragen.

Is spoedig handtastelijk.

31-12-'29. Vertrekt naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

December '29. Lomp en onverschillig, af en toe onrustig en hinderlijk, veel mopperend en scheldend, afwijzend.

's Nachts herhaaldelijk onrustig.

Einde Maart '30. Wordt rustiger.

April '30. Rustig en beleefd. Heeft ziekteïnzicht.

3-5-'30. Gaat goed. Gaat met proefverlof.

14-5-'30. Als volkomen hersteld, met vol ziekteïnzicht ontslagen.

Het gaat thuis goed. Is weer aan 't werk.

Diagnose: Manisch-depressieve psychose.

Uit aanteekeningen van Psychiatrische Inrichtingen betreffende opnamen vóór 1929:

1907. Begin 1907 werd patiënt 't eerst vreemd, deed alles verkeerd, is als lijder aan dem. praecox uit een kliniek naar een psychiatrische inrichting gezonden.

Bleef daar tot Dec. 1908. Toen ontslagen. Na dien tijd vrij goed, werkte als loopjongen, werd stiller.

1912. Opnieuw opgenomen in een psychiatrische inrichting.

1-6-'12. Is een verwarde en demente lijder, soms suf en indolent, soms

motorisch onrustig, met vervolgingsideeën en hallucinaties (gehoors- en gezichts-).
Oct. Brutaal en ongezeggelijk.
Dec. Brutaal, plaagt andere patiënten.
Maart '13. Rustiger en ordelijker.
23 Maart. Met proefverlof.
Diagnose: Dementia praecox (hebephrene vorm).

15-7-'22. Opnieuw opgenomen. Was in 1917 ook weer enkele weken verpleegd geweest.
1922. Thans afwijzend, apathisch, spreekt verward, telkens onzindelijk, knoeit onhebbelijk.
Sept. Wordt iets meer toegankelijk. Spuwt om zich heen.
Oct. Wordt vriendelijker en meer geordend.
Dec. Is geregeld bezig. Behoudt wat barokheid, lichte verwardheid.
18 Febr. '23. Met proefverlof.
10 Mrt. '23. Hersteld ontslagen. Diagnose: Dementia praecox.

26-11-'25. Opnieuw opgenomen.
Verkeerde na vorig ontslag in een vrij goeden psychischen toestand.
Deed allerlei los werk. Ging eind Oct. weer vreemd doen. Verscheurde thuis den inhoud van een kast, gooide voorwerpen het raam uit, was onrustig.
Verschijnselen traden snel op.
Tijdens opname: Stil en teruggetrokken, verward-incohaerent in zijn gedachtengang, hallucineert op gehoor, verwarde rededrang, stijgende onrust.
Jan. '26. Rustiger.
Febr. '26. Plotseling weer geheel verward. Spuwt en scheldt.
April '26. Opgewekte, rustige stemming. Maakt er zich met een grap af, als men over zijn ziekteverschijnselen begint.
Aug. Gedraagt zich ordelijk.
25 Sept. '26. Ontslagen. Geen diagnose.

Katamnestisch onderzoek:

Na zijn vertrek in 1930 uit de psychiatrische inrichting blijkt deze patiënt 22-9-1931 opnieuw opgenomen te zijn in een psychiatrische inrichting.
In Maart '32 kon hij als genoegzaam hersteld worden afgeschreven. Den 10en Januari 1933 moest hij echter wederom worden opgenomen. Sindsdien verblijft hij tot op heden in een psychiatrische inrichting.
Rustige tijden wisselen af met buien van onrust, negativisme en aggressiviteit. De goede tijden worden steeds korter van duur.
Patiënt krijgt meer en meer een typisch hebephreen gedrag. In zijn rustige perioden blijft hij nu autistisch, toont weinig belangstelling meer voor de buitenwereld, spreekt weinig spontaan, mist elk initiatief, praat en lacht veel in zichzelf en zit veel te hallucineeren. Wordt sinds jaren beschouwd als een lijder aan schizophrenie.

Samenvatting:

Deze debiele jongen werd vóór zijn opname in de Valeriuskliniek reeds 5 × in een psychiatrische inrichting verpleegd, waar hij reeds als lijder aan dementia praecox werd beschouwd. Patiënt herstelde echter steeds van zijn terugkeerende psychotische toestanden. Maakt in de kliniek een toestand van verwardheid en sterke ontremming door, waarin hij vloekt en tiert en liederlijke taal gebruikt. Is zeer wantrouwend, meent dat men hem pijnigen en vermoorden wil. Was kinderlijk in zijn uitingen.
De debiliteit van den patiënt maakte een zuivere interpretatie der verschijnselen moeilijker. Het doormaken van meerdere psychosen deed nog geen duidelijke verschijnselen van schizophrenie ontstaan.
Werd zijn toestand op de geneeskundige verklaring als een psychose bij debilitas mentis aangegeven, als lijdende aan „degeneratiepsychose" werd hij

uitgeboekt. In de psychiatrische inrichting wilde men hem ook nog niet als een lijder aan schizophrenie kwalificeeren en beschouwde men hem, na opnieuw herstel, als een lijder aan manisch- depressieve psychose. Sinds 10 jaar wordt patiënt thans opnieuw verpleegd. Thans wettigen zijn bij den voortduur autistisch gedrag, zijn gebrek aan initiatief, gemis aan belangstelling, zijn hallucinaties en negativisme de diagnose: „schizophrenie".

3. Patiënt M. 6.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1903. Ongehuwd. Opgen.: 4 Januari '31. (27 jaar). Ontsl.: 10 Juni '31. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: Oom en tante krankzinnig.
M. zeer nerveus.

Karakter: heeft sterke sympathieën en antipathieën, geen behoefte zich te isoleeren, past zich gemakkelijk aan, is bewegelijk, gevoelig, afleidbaar, onstandvastig, wisselend van stemming, heerschzuchtig, zorgeloos.

Intellect: op L.S. 1× blijven zitten. Leert niet gemakkelijk. H.B.S.

Beroep: student.

Vroegere neurosen en psychosen: geen.

Somatische status: Heeft 6 maanden oud een rechtszijdige kinderverlamming gehad. R. voet in equinusstand. R. boven- en onderbeen atrophisch. Fractura humeri. d. en een fractuur van den voetwortel Links.

Anamnese:

Is na 3 jr. H.B.S. 3 jaar op kantoor geweest.

Verzocht daarna zelf student te mogen worden. Studeerde verder met repetitoren. Toen hij van repetitor moest veranderen ging het niet meer. Wilde toen plotseling tandarts worden. Hiertegen had zijn vader bezwaar.

Studeerde daarna weinig. Ging colleges kunstgeschiedenis loopen. Leerde een meisje kennen. Ging studie nog meer verwaarloozen. Zijn vader had bezwaar tegen deze verhouding. Vroeger had zijn vader veel invloed. Hij vereerde zijn vader sterk. Dit is nu ook veranderd. Hij wilde niet meer studeeren.

Woonde den laatsten tijd in een pension, waar ook een andere student was. Deze ging weg. Daarna is patiënt in de put geraakt. Wilde naar huis. Vader vond beter van niet. Heeft direct daarop tentamen suicidii gedaan. Sprong uit het raam. Heeft hierbij een voetwortel en humerus gebroken. Werd daarna in het ziekenhuis te lastig.

Ziektegeschiedenis:

4-1-'31. Opname. Pat. is druk — geëxalteerd — zeer vrij in zijn optreden — wil steeds zijn eigen wil en oordeel opdringen.

5-1-'31. Pat. is polymorph-psychopaath, botst op allerlei gebied, met z'n vader, met z'n moeder, met z'n meisje, doet waar hij zin in heeft.

Momenteel een brutale jongen, gevat, vaak ad rem, die steeds met een grooten mond probeert de situatie te beheerschen. Het uit-het-raam-springen, zegt pat., is een daad van gezond verstand. De verhouding t. P. en M., die niet goed was, trok pat. zich waarschijnlijk meer aan dan hij wil laten merken.

30-1-'31. Uit perverse praatjes tegen de verpleegsters. Voorts is hij zeer paranoïd. (Wahnhafte Einbildung der Dégénérés).

14-2-'31. Pat. is nog zeer ontremd. Affectlabiel.

Is zeer ongeremd. Aanstellerig. Kan geweldig drukte maken. Urineert in zijn bed. Zegt dit te doen, opdat er zusters zullen komen. Tegen zusters zeer ongeremd en onwellevend.

10-3-'31. Is emotioneel. Zeer affectlabiel. Met toeneming van de affectlabiliteit is pat. losser in zijn associaties, springt van den hak op den tak, is impulsief. Vaak incontinent.

20-3-'31. Onberekenbaar. Een enkele maal kan men rustiger met hem praten. Meestal vervalt hij van de eene huilbui in de andere, begint soms schijnbaar ongemotiveerd te lachen. Den geheelen dag analyseert hij, in

navolging van den hem vroeger behandelenden therapeut, het doen en laten van zichzelf en van die hem helpen.

5-4-'31. Nog zeer affectlabiel. Onberekenbaar, onbeschaamd, onwellevend.

17-4-'31. Zeer wisselend van stemming. Gooit nu en dan met den kamerinhoud. Ongepaste grapjes tegen de zusters. Queruleert met zijn vader.

18-5-'31. Impulsief in zijn optreden, vnl. tegenover zijn vader.

5-6-'31. Trok de gordijnen van de ramen. Eenigszins verward.

Emotioneel.

Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

In het begin heftige affect-buien, schelden, schreeuwen, vernielen. Laat zich vaak geheel gaan. Toont decorumverlies.

Dec. '31. Wordt rustiger, begint zich met anderen te bemoeien. Is indolent, arbeidsschuw.

Sept. '32. St. id. Is wel rustig. Zijn houding blijft afwijzend.

31 Oct. '32. Gaat met proefverlof.

20-3-'33. Gedraagt zich thuis goed. Vertoont nog geen neiging eenigen arbeid te willen verrichten. Wordt niet hersteld ontslagen.

Diagnose: degeneratieve psychose.

Katamnestisch onderzoek:

Heeft in de 10 jaar, gevolgd op zijn ontslag uit de psychiatrische inrichting, geen psychotischen toestand meer doorgemaakt. Ook niet door zenuwarts behandeld. Heeft na den dood van zijn vader de administratieve leiding in een zaak. Is een paar jaar geleden gehuwd. Heeft 2 kindertjes.

Blijkt nog wel spoedig geënerveerd.

Samenvatting:

Deze patiënt, die van jongsaf een psychotisch karakter had, gehandicapt was door een lichamelijke invaliditeit na poliomyelitis en vrij moeilijk studeerde, kan zich moeilijk alleen staande houden, komt tot impulsieve handelingen en geraakt in een opwindingstoestand met sterke affectlabiliteit, paranoïde instelling en ontremming.

Verblijft ruim 2 jaar in Valeriuskliniek en psychiatrische inrichting. Heeft zich na dien tijd, nu reeds 10 jaar, geheel kunnen handhaven. Hereditaire momenten en psychopathische karaktertrekken zijn aanwezig.

4. Patiënt M. 8.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1900. Gehuwd. 2 kinderen. Opgen.: 20 Oct. '32. (32 jaar). Ontsl.: 25 Oct. '32. Overgeplaatst naar psychiatrische Inrichting.

Herediteit: S.p.: 4 mnd. verpleegd in Psychiatrische Inrichting (suïcidepoging).

Karakter: prettig in den omgang, gezellig, opgewekt, gelijkmatig van humeur, optimist, ijverig, niet prikkelbaar, netjes, religieus (2 jaar geleden vrijmetselaar geworden; werd een paar weken geleden tot „meester" benoemd).

Intellect: Kon goed leeren. L.O. en avondcursussen.

Beroep: Procuratiehouder. Als jongste bediende begonnen.

Vroegere neurosen of psychosen: 1× in 1924: gedurende 1 week in een kliniek; vandaar drie maanden in een psychiatrische inrichting. (diagn.: schizophrenie).

Somatische Status: geen afwijkingen. Wa en S.G. bloed neg.

Anamnese:

14 dagen voor opname begon patiënt druk te praten over zijn vrijmetselaarzijn. Sliep onrustig en weinig. Voelde zich zoo moe.

Was kortaf in zijn antwoorden. Luisterde niet naar wat gezegd werd.

Zat soms uitbundig te lachen, had dan weer huilbuien.

Sinds gisteren: dikwijls zich wasschen. — Sprak over rein zijn — lette niet op de omgeving. Deed alsof hij het benauwd had. Scheen visioenen te hebben. Kwam vrij rustig uit kantoor thuis. Heeft eerst wild gegeten. Werd daarna in een stoel zittend vreemd, nam eigenaardige houdingen aan. Begon vreemde dingen te zeggen; had juist ruzie gehad met Willem II. Begon te springen door de kamer.

Ziektegeschiedenis:

20-10-'32. Onrustig bij opname. Vertoonde een eigenaardige psychomotoriek. Ging gehurkt zitten met handen op den grond. Zei: „Dat leidt af". Verkeerde in zeer prikkelbare stemming. Was kortaf in antwoorden.

21-10-'32. Loopt onrustig, in gespannen houding over de zaal.

22-10-'32. Zei visioenen gezien te hebben.

Werd 's nachts onrustig. Sloeg op de deuren. Ontkleedde zich — verscheurde zijn kleeren.

Neemt voortdurend vreemde houdingen aan.

Ligt zijn handen te bekijken. Maakt gymnastische toeren op zijn bed.

Heeft verschillende katatone verschijnselen.

24-10-'32. Onrustig. Ontkleedt zich. Heeft decorumverlies. Schijnt soms te hallucineeren. Verkeert in een verwardheidstoestand met motorische onrust. Er is geen contact met pat. te krijgen.

25-10-'32. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

25-10-'32. Is buitengewoon onrustig, psychisch zoowel als motorisch.

Maakt den indruk een duidelijk verlaagden bewustzijnsgraad te hebben. Weigert voedsel op te nemen.

26-10-'32. Is gedesoriënteerd. Maakt min of meer een radeloozen indruk.

29-10-'32. Tracht verschillende malen een verhaal te beginnen en vertoont dan typisch „Entgleisungen", die hijzelf weer herstelt.

30-10-'32. Van hallucinaties merkt men momenteel niets.

Pat. geeft wel toe duidelijk gezien te hebben, dat de wereld onderging.

28-11-'32. Krijgt een dial-slaapkuur. Reageert daarop onvoldoende, zoodat de toevlucht wordt genomen tot een scopolaminekuur. Wordt 8 dagen volgehouden. Houdt een eigenaardig onrustig gedrag, wat gemaniereerd.

9-1-'33. Vertoont een duidelijke affectlabiliteit. Men ziet soms den toestand tijdens een gesprek omslaan. Van een behoorlijk contact is geen sprake. Pat. maakt een „verwezen" indruk.

6-2-'33. Somnifeenkuur.

20-2-'33. Slaapkuur wordt afgebroken. Direct in aansluiting daaraan wordt pat. naar het klasse-paviljoen overgeplaatst.

De verandering van het milieu heeft een blijkbaar goede uitwerking.

Pat. wordt volkomen rustig, affectief weer goed aanspreekbaar, krijgt ziekteinzicht. Besloten wordt met proefverlof te gaan.

Katamnestisch blijkt, dat allerlei moeilijkheden in zaken dezen toestand geluxeerd hebben.

31-3-'32. Genoegzaam hersteld ontslagen. Pat. heeft zichzelf vertoond.

Katamnestisch onderzoek:

Na zijn vertrek uit de psychiatrische inrichting was patiënt nog nooit weer de oude geweest tot hij opnieuw, in 1936, in een inrichting moest worden opgenomen.

Uit aanteekeningen dier inrichting:

Patiënt vertoonde massale hallucinaties op alle kwaliteiten, had vergiftigingsideeën, was verward, affectlabiel. Is snel verbeterd en volkomen hersteld. Deelde zelf mede, in zijn positie als procuratiehouder met geringe opleiding, bijna steeds onder te groote spanning te leven en in geestelijk opzicht „op zijn teenen te moeten staan".

Is na dien tijd weer geheel de oude geworden.
Is de laatste vijf jaar beter geweest dan ooit te voren.
Voelde zichzelf lichamelijk en geestelijk eenzijdig ontplooid. Zegt thans een innerlijk evenwicht te hebben bereikt, dat hij eigenlijk na zijn puberteitsjaren niet meer kende.
Kan zijn moeilijke taak als procuratiehouder geheel aan, heeft pleizier in zijn werk.
Beschouwt de periode van zijn verblijf in de twee psychiatrische inrichtingen als één geheel. Herinnert zich de meeste ziekteverschijnselen nog goed. Zag in zijn belevingen den ondergang der wereld in volle realiteit voor zich.
Is thans een vlotte, evenwichtige man, volkomen volwaardig.

Samenvatting:

Deze man, die door ijver en doorzettingsvermogen van jongste bediende opgeklommen is tot procuratiehouder, geraakt vrij acuut, na een periode van moeheid en moeilijkheden in zaken, in een psychotischen toestand met motorische onrust, kataleptische houdingen, impulsieve handelingen, met perioden van verlaagden bewustzijnsgraad, desoriëntatie en radeloosheid.
Het psychotische beeld doet denken aan de door *Kleist* beschreven hyperkinetische motiliteitspsychose.
Ook valt op, een sterke affectlabiliteit en de beleving van den ondergang der wereld.
Tusschen de twee opnamen in de psychiatrische inrichtingen is patiënt nooit geheel hersteld geweest. Was ook 8 jaar voor zijn opname in de Valeriuskliniek kort psychotisch geweest. (Was psychomotorisch onrustig, verward, hallucineerde). Het beeld geleek op een schizophreen beeld. De diagnose: „dementia praecox?" werd dan ook gesteld. Patiënt herstelde na ruim 3 maanden echter volkomen.
Sinds vijf jaar voelt hij zich echter beter dan voor zijn psychose, en staat weer tenvolle voor zijn taak. Geeft zelfs aan, na zijn puberteitsjaren niet tot dat psychisch evenwicht gekomen te zijn, dat hij thans heeft bereikt.
Eén hereditair moment is aan te toonen. Patiënt vertoonde geen degeneratieve karaktertrekken.
De 17 jaar geleden elders gestelde diagnose „schizophrenie" blijkt bij dezen, thans volkomen volwaardigen man, ten onrechte gesteld.

5. Patiënt M. 9.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1892. Gehuwd. 6 kinderen. Opn.: 27 Febr. '33 (40 jaar). Ontsl.: 22 April '33. Vertrok naar huis.
Herediteit: M. in psychiatrische inrichting †. (melancholie).
SM.: suïcide.
Karakter: opgewekt, gelijkmatig, nooit gedrukt, niet psychastheen, wel nerveus.
Intellect: geen bizonderheden.
Beroep: depothouder; vroeger kantoorbediende.
Vroegere neurosen of psychosen: voor milit. dienst afgekeurd wegens nervositeit.
In 1913: thuis overspannen geweest. (zwaarmoedige periode).
In 1918: 3 maanden in een Psychiatrische Inrichting (manie met paranoïde symptomen).
In 1920: thuis overspannen.
In 1922: weer 7 weken in een Psychiatrische Inrichting. (man.-depr. psych.). Daarna nog enkele keeren periodiek ziek geweest.
Laatste keer 4 jaar geleden.
Habitus: pycnisch.
Somatische Status: geen afwijkingen. Wa en S.G. bloed: neg.
Anamnese:
De verandering in zijn toestand begint met slapelooze nachten.

's Nachts onrustig — droomt veel — Is sinds 8 dagen vreemd en overdreven. Ging overdreven geld uitgeven. Werd prikkelbaar. Hoorde stemmen.

Is dan angstig. Ziet steeds oude gezichten, zijn vader, visioenen, vnl. 's nachts. Overdag ook onrustig, niet angstig. Zegt niets. Is in zichzelf gekeerd. Weet alles goed. Komt niet tot slapen.

Schrijft vreemde brieven.

Is al 6 keer ziek geweest. Een ziekteperiode duurt meestal een paar maanden.

Pat. is dan gedurende dien tijd meestal maniakaal, zingt dan veel.

Springt van den hak op den tak, heeft euphore stemming.

In eerste perioden had hij grootheidsideeën. Nu nooit meer.

Deze perioden wisselen af met perioden, waarin hij gedrukt en stil is.

Ziektegeschiedenis:

27-2-'33. Patiënt wordt opgenomen. Gedraagt zich adaequaat. Vertelt last van slapeloosheid te hebben.

28-2-'33. Zegt overwerkt te zijn en slecht te slapen. Voelt zich nu weer opgewekt. Is niet moe meer.

Hoort wel stemmen, die niet onder woorden zijn te brengen.

Zit met zijn oogen dicht, dan kan hij zijn gedachten beter concentreeren.

Zegt, dat hij goed kon leeren. Rekent goed.

De vorige keeren was hij te druk. „Dat zingen en rijmen heb ik nu niet meer".

Voelt zich gelukkig, omdat hij merkt dat hij rustig wordt. Heeft ook wel zwaarmoedige perioden gehad. (in 1913 de eerste, toen was hij nog niet getrouwd). Het was toen zoo, dat hij wel dood wilde, dat 't leven hem niets waard was.

Pat. is nu licht hypomaan, met uitgesproken gedachtenvlucht.

Volgende overspannen periode 1918: erg druk geweest. Alles ging hem voor den wind, eerste baby op komst. Heeft altijd schommelingen in zijn gemoedsleven gehad. Had in die perioden wel tijden van sterken omgang met God, sterk bewustzijn Gods kind te zijn. Dat kwam tot zijn bewustzijn, een stem was het niet, was niet zoo hard als een stem. „'t Was in je heele lichaam, vooral in je hoofd".

2-3-'33. Voelt zich al rustiger. Slaapt goed. Voelt zich niet meer gejaagd en gespannen.

8-3-'33. Is rustig. Bemoeit zich weinig met zijn omgeving. Ligt veel met gesloten oogen. Heeft smetvrees.

15-3-'33. Is uiterlijk rustig. Maakt echter een gespannen indruk. Is breedsprakig.

24-3-'33. Slaapt weinig. Is nog gespannen. Maakt den indruk te dissimuleeren.

5-4-'33. Maakt infantiele teekeningen. Is minder gespannen.

12-4-'33. Pat. slaapt beter. Voelt zich opgewekt. Is in zijn gedrag infantiel.

22-4-'33. Is den laatsten tijd opgewekt. Maakt wel den indruk te dissimuleeren (hallucinaties?).

Wordt op verzoek van zijn vrouw ontslagen.

3-5-'33. Bericht van vrouw: kon nog niet slapen, werd thuis in een drukke omgeving weer abnormaal.

Werd opgenomen in een Psychiatrische Inrichting.

Katamnestisch onderzoek:

Twee weken na vertrek uit de Valeriuskliniek moest patiënt opgenomen worden in een psychiatrische inrichting, waar hij van 28 April '33 tot 28 Juni '33 werd verpleegd en in 1935 opnieuw werd opgenomen (van 5 Sept. '35 tot 30 Nov. '35).

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

1e opname: patiënt heeft spreekdrang, bewegingsdrang, is sterk afleidbaar, verkeert in maniakale stemming, heeft grootheidsideeën, is prikkelbaar en eigenzinnig. Vertrekt na 2 maanden met proefverlof naar huis.

Wordt hersteld ontslagen. Diagnose: Manie.

2e opname: Verkeert in maniakale stemming, spreekt verward, is motorisch onrustig, heeft bewegingsdrang en ideeënvlucht en is afleidbaar. Houdt zich bezig met kosmische berekeningen.

Gaat, na de laatste maand rustiger en meer geordend geweest te zijn, na ± 3 maanden met proefverlof naar huis. Wordt daarna hersteld ontslagen.

In April '35 was patiënt opnieuw korten tijd psychisch gestoord. Heeft toen in een ziekenhuis een slaapkuur doorgemaakt. Is sinds dien weer geheel hersteld en doet geregeld zijn werk. Heeft het thans erg druk.

Voelt zich zeer goed. Is daarvoor zeer dankbaar.

Samenvatting:

Deze patiënt is ongeveer 10 maal, gedurende vrij korten tijd (weken tot een paar maanden) psychotisch geweest.

De meeste phasen vertoonden een maniakaal beeld, sommige waren depressief getint. Patiënt heeft een pycnischen lichaamsbouw.

Tijdens zijn opname in de Valeriuskliniek werd hij eerst ook beschouwd als een lijder aan manisch-depressieve psychose.

Het infantiele gedrag, het hallucineeren (?) en het opgaan in kosmische teekeningen en berekeningen werden echter voor een manisch-depressief beeld te atypisch geacht en patiënt werd uitgeboekt als degeneratiepsychose.

De hierna optredende duidelijke manische toestanden, de suicide en melancholie in de familie, de toch wel sterk overwegende maniakale trekken in vorige phasen, ook in het beeld tijdens zijn opname in de Valeriuskliniek, brengen er ons bij het katamnestisch onderzoek toe dezen patiënt toch te beschouwen als een lijder aan een atypische manisch-depressieve psychose.

Degeneratieve trekken in het karakter zijn niet aanwezig.

6. Patiënt M. 10.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1894. Gehuwd. 2 kinderen. Opgen.: *1e keer:* 26 April '33 (38 jaar). Ontsl.: 16 Juni '33, vertrok naar huis; *2e keer:* 3 April '34, ontsl.: 13 Juli '34, vertrok naar huis.

Herediteit: geen hereditaire momenten.

Karakter: gejaagd, druk, opgewekt, had veel vrienden, ijverig, nogal slordig, niet overdreven godsdienstig.

Laatste jaren chronisch alcohol-gebruik.

Intellect: kon goed leeren.

Beroep: Verkooper groenteveiling. Voorheen: Landbouwer, groentenhandelaar.

Vroegere neurosen of psychosen: geen.

Habitus: athletisch.

Somatische Status: beginnende neuritis alcoholica.

Wa en S.G. bloed en liquor: neg.

Nonne en Pandy: zwak pos. Cellen: 3.

Druk liquor: 23. Queckenstedt: 30.

Anamnese:

1e Opname. Pat. was gedurende den geheelen winter wat zenuwachtig. Had soms huilbuien. Werd een paar maal gehoord bij een zaak van zijn vriend, die verdacht werd van verduistering veilinggelden.

Werkte niet meer zoo met pleizier. Wilde liever bij de veiling weg. Had soms wat hoofdpijnen. Kreeg de vorige week een huilbui op zijn werk. Wilde niet meer terug. Durfde zijn chef niet meer in de oogen te zien.

Was de heele vorige week thuis — liep veel uit — sprak op straat allerlei menschen aan. Begon psalmen te zingen. Wilde de wereld hervormen. Was uitverkoren om de wereld te veranderen. Wilde een maatschappij oprichten tot verbetering van de menschheid. Bezocht daartoe zijn kennissen.

Meent de Koningin op bezoek te zullen krijgen. Zijn vrouw moet daartoe de deur uit. Hoort stemmen; zegt helderziende te zijn.

Ziektegeschiedenis:

26-4-'33. Pat. wordt opgenomen van de polikliniek. Is breedsprakig — verkeert in hypomane stemming. Is joviaal in zijn optreden — zeer mededeelzaam. Voelt zich uitstekend, „meer dan gezond".

27-4-'33. *Auto-anamnese:* Wist dat er op de veiling met gelden geknoeid werd, speciaal door zijn chef, die hem aan zijn betrekking had geholpen. Deze, zijn vriend, werd gearresteerd. Pat. heeft zich dit erg aangetrokken. Werd zelf ook door de recherche verhoord.

Pat. wou nu zelf met zijn vriend, die weer vrij kwam, een groentenzaak beginnen. Zou nog 2 maanden aan de veiling blijven. Had nu een nieuwen chef. Stond niet eerlijk tegenover hem, daar hij er niets van wilde zeggen. Durfde hem niet onder de oogen te komen. — Deed met veel moeite zijn werk.

Het stuitte tegen zijn gemoed, om daar verder te werken.

Kreeg pijn in de hartstreek. Gebruikte nogal eens alcohol. Zegt door al dat lijden nu een „boek" gekregen te hebben. Dat „boek" heb ik in mijn hoofd. Het is hem zoo maar toegevloeid. Allerlei gedachten vloeien hem er uit toe over godsdienst, handel, welvaart, industrie, geneeskunst, sterrenkunde, over de schepping. Ontkent zich te herinneren, dat hij dat in zijn jeugd geleerd heeft. Heeft die schepping steeds voor oogen. De Zondag moet volledige rustdag zijn, doch de 4e dag een uitgaansdag, want toen was God niet op aarde bezig (liet toen de hemellichten komen). Een uitgaansdag voor sport en bioscoop.

28-4-'33. Voelt zich gelukkig. Meent in de gelegenheid te zijn de menschen tot voordeel te zijn. Vroeger heb ik me nog wel eens ongelukkig gevoeld — maar nu heb ik alles van me afgegooid. Voelt zich verzoend met alles. Meent dat de Koningin op bezoek zal komen, die hem ook om raad zal komen vragen. Het is door de radio omgeroepen en ook in de kerk is er over gesproken. Ik ben een gewoon mensch, ze behoeven niet voor mij te buigen, ik ben geen God of wat ook.

Heeft de roeping om alles bijeen te brengen. Dan is het nooit meer noodig, dat er oorlog komt. Ieder moet wat bijdragen en we dienen God samen.

3-5-'33. Is rustiger. „Ik heb wel een beetje overdreven". Toch is alles voor goed veranderd, heeft een anderen kijk op 't leven gekregen, we moeten alles saam verbeteren.

Heeft nog het gevoel, dat zijn gedachten zoo gemakkelijk toestroomen. „Dat blijft ook".

17-5-'33. Heeft nog een gespannen gelaatsuitdrukking. Soms wat depressief. Wil naar huis. Er heeft een ommekeer in zijn leven plaats gevonden. Is veel bezig met religieuze zaken.

20-5-'33. Denkt dat door die pijnen de Satan uit zijn borst is gegaan. En nu is hij zoo gelukkig „als ik weet niet hoe".

God heeft hem nu de weg gewezen.

Het waren weeën die ik doorgemaakt heb. Vroeger liep ik verslonsd, de godsdienst werd verwaarloosd.

31-5-'33. Zegt veranderd te zijn. Zal in de maatschappij propaganda voor zijn ideeën maken.

7-6-'33. Is rustig. Wel gemakkelijk in zijn maniakalen toestand te brengen. Springende gedachtengang.

16-6-'33. Wordt op proef ontslagen.

Anamnese:

2e opname 3 April '34—13 Juli '34.

Na 't ontslag is het eerst goed gegaan, den heelen winter.

Werkte weer in zijn oude betrekking. Thans sinds 6 weken weer overstuur. Zijn baas zit met een proces over 't marktgeld (fruitveiling), dat binnenkort voorkomt. Hij was daardoor prikkelbaar en schold patiënt uit.

Deze raakte daardoor uit zijn evenwicht, werd nerveus, klaagde weer over pijn in het hart. Werd op de polikliniek behandeld, maakte het vrij goed. Sinds de vorige week is hij echter geheel overstuur. Had 's nachts een visioen gehad. Meende dat hij de geheele wereld moest redden, dat 't hier een paradijs zou worden. Had veel visioenen. Had een wachtwoord voor den hemel. At sinds 3 dagen niet meer. Was den geheelen nacht in de weer. Had betrekkingsideeën. Schreef incohaerente brieven.

Ziektegeschiedenis:

3-4-'34. 2e opname. Vanaf de polikliniek.

Is euphoor. Heeft religieuze grootheidsideeën. Heeft een geluksgevoel.

18-4-'34. Blijft hypomaan, houdt zijn geluksgevoel, is bemoeizuchtig, zingt veel.

2-5-'34. Blijft vrij druk. Heeft nog belevingen.

4-5-'34. Wat rustiger. Groote jovialiteit en nivilleering.

De inhoud van de psychose wordt minder teekenend.

Vrij dikwijls wat depressief.

16-5-'34. Is rustiger. De stemming blijft hypomaan.

De extatische belevingen zijn zeer verbleekt.

25-6-'34. Is nog licht geëxalteerd.

27-6-'34. Is nog gemakkelijk in een profetisch-extatischen toestand te brengen, als men over zijn geluksbelevingen gaat spreken.

13-7-'34. Vertrekt; verlangt weer aan 't werk te gaan.

5-12-'34. Een bericht werd van hem ontvangen, dat hij het goed maakt.

Katamnestisch onderzoek:

De twee perioden van zijn verblijf in de Valeriuskliniek, met een goed half jaar tusschenruimte, beschouwt patiënt als één geheel.

In den tusschentijd was hij nog niet geheel goed geweest. Na zijn tweede verblijf is hij geheel hersteld geweest; zegt na dien tijd flinker, rustiger en evenwichtiger geworden te zijn. Ook zijn religieuze leven is verdiept. Hij is kerkelijk gaan meeleven en heeft zijn kinderen laten doopen.

Is zelf met een groothandel in groenten en fruit begonnen. Heeft thans een rijk bestaan. Zegt echter niet aan het geld vast te zitten. Herinnert zich nog goed de geluksbelevingen, die hij toen had; verklaart deze uit het feit, dat hij toen inzicht en geloof kreeg. Hij is er nog blij om, dat hij na dien tijd van ziekte een ander mensch geworden is.

Tegen het uitbreken van den Europeeschen oorlog was hij gedurende enkele weken gespannen en angstig, omdat hij den oorlog zag aankomen in al zijn vreeselijkheid. Werd toen 5 weken in een kliniek verpleegd. Was deze inzinking weer gauw te boven en voelde zich, toen het werkelijk oorlog werd, sterk genoeg om dien tegenspoed te kunnen dragen.

Heeft in de oorlogsdagen, en ook na dien tijd, niet de minste moeite gehad om allerlei zorgen te kunnen verwerken, kon zijn zaak zelfs uitbreiden. Voelt zich in zeer goeden doen.

Uit de aanteekeningen van de kliniek (1939):

Zou den laatsten tijd nogal gedrukt zijn door de spanningen in zijn bedrijf en in de wereld. Begon plotseling, in een auto gezeten, te bidden, te roepen en te zingen. Geraakte in een extatischen toestand.

Opnieuw vertoont patiënt tijdens deze opname een pathologisch geluksgevoel, wil de geheele wereld bekeeren; geringe ontremming, waanideeën van kathathymen aard: grootheidsideeën, godsdienstige overwaardige ideeën.

Vertrekt na 5 weken, ter reconvalescentie, naar een Sanatorium.

Samenvatting:

Na moeilijkheden in zijn werkkring ontwikkelt zich bij dezen man een

psychotisch beeld met hypomane stemming, grootheidsideeën, geluksbelevingen, prophetisch-extatische momenten, die hij zelf later beschouwt als weeën, die hij moest doormaken om een anderen kijk op het leven en een dieper geloof te krijgen.

Het beeld doet denken aan den „Eingebungspsychose" door Kleist beschreven. De spanning van den dreigenden oorlog werkte mee aan het nogmaals in 1939 uitbreken van een korten psychotischen toestand met gelijke verschijnselen. Na dien tijd bleef patiënt goed in psychisch evenwicht.

Hereditaire momenten zijn niet aanwezig.

De neiging tot chronisch alcoholgebruik, zijn gejaagde drukke natuur, kunnen als degeneratieve karaktertrekken worden aangemerkt.

7. Patiënt M. 11.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1907. Ongehuwd. Opgen.: 12 Augustus '33 (26 jaar). Ontsl.: 13 September '33. Overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting.

Herediteit: S: op 18 jr. leeftijd krankzinnig. Is ± 10 jr. ziek.
Sp: verpleegd geweest in Psych. Inrichting. (dementie).
S: debiel.

Karakter: eenzelvig, weinig vrienden, wat neerslachtig, wel gelijkmatig, niet achterdochtig.

Intellect: kon goed leeren.

Beroep: Landbouwer.

Vroegere neurosen of psychosen: 8 jaar geleden 6 weken in een kliniek opgenomen geweest. Was zwaarmoedig, had hypochondere klachten, geen karakterveranderingen daarna.

Habitus: asthenisch.

Somatische Status: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg. Nonne en Pandy zwak pos. Cellen 1/3. Bloedbeeld: leucocytose met neutrophilie zonder L. verschuiving. Had van 16-8 tot 20-8-Temp.verhooging zonder duidelijke oorzaak.

Anamnese:

14 dagen geleden werd de medicus bij hem geroepen.

Pat. had een wondje aan den pols. Zou suicidepoging gedaan hebben.

Zei, verrot aan de genitaliën te zijn. Was vreemd. Kwam 's nachts uit bed. Was onrustig.

Pat. was al een tijd wat zwaarmoedig. Is een dag of tien geleden verward geworden. Wist niet meer welke koe hij gemolken had. Kwam niet tot zijn werk. Werd rusteloos — niet angstig — praatte verward — sliep niet. Deed kinderlijk. Zei zelf, dat zijn hoofd niet in orde was.

Zei ook: „Ik ben een pas geboren kind".

Geen vervolgings-, geen beïnvloedingsideeën.

Ziektegeschiedenis:

Opname. 12-8-'33. Wil niet opgenomen worden. Wordt in de gang aggressief. Zegt alles te kunnen. Is God en wil ons naar den hemel helpen. Is vrij goed toegankelijk — niet „benommen". Laat zich niet gaan. Het is de vraag, of hij hallucineert.

14-8-'33. Is mutistisch. Zit met gesloten oogen. Er is geen contact met hem te krijgen. Pat. is niet reactief kataleptisch. Reageert weinig op speldeprikken. Voelt ze wel (zegt: „ja"). Is onrustig. Zegt dat de broeder God is, dien hij om vergeving moet vragen.

17-8-'33. Hooge Temp. tot 39°. Is mutistisch, onrustig. Er is geen contact met hem mogelijk.

19-8-'33. Houdt nog temp. verhooging. Volgens 't bloedbeeld waarschijnlijk een katarrhale aandoening.

Blijft mutistisch en onrustig.

23-8-'33. Wordt kunstmatig gevoed. Is meest mutistisch. Gansert soms. Was voor zijn bezoek toegankelijk. De Temp. daalt.

29-8-'33. Blijft mutistisch — stuporeus. Wordt kunstmatig gevoed. Er is geen contact mogelijk. Maakt paranoïden indruk.
13-9-'33. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Pat. werd hier 13-9-'33 overgeplaatst uit de Val. Kl. te A'dam. Hij is een negativistische schizophreen, die incontinent is voor urine en in bed defaeceert. Hij zegt bijna niets, weigert voedsel, moet steeds kunstmatig worden gevoed, waarbij hij zich hevig verzet. Tracht zichzelf te mutileeren, krabt en bijt zichzelf. Deed thuis een poging zijn hals af te snijden. Is angstig. Meent, dat men hem levend zal verbranden.

Maakt den indruk in een angstige spanning te verkeeren, vermoedelijk door zijn schizophreen beleven.

Wil, uit angst voor komende martelingen, suicide plegen.

Is zeer autistisch, arbeidsschuw. Incohaerent in gedachten. Vreemd, luidruchtig, hallucineerend. Apathisch.

Verkeert na een slaapkuur weer in een meer rustige phase. Is nu rustig, dement, euphoor gestemd. Impulsieve lijder aan katatonie, die geheel naast de realiteit in zijn waanwereld leeft.

1941: Blijft moeilijk, impulsief en aggressief, slordig en vies.

Vertoont een barok gedrag.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënt wordt thans nog in de psychiatrische inrichting verpleegd, waarheen hij uit de Valeriuskliniek werd overgeplaatst.

Is autistisch, hallucineert, negativistisch. Werd een „impulsieve lijder aan katatonie, die geheel naast de realiteit in zijn waanwereld leeft."

Samenvatting:

Deze patiënt, die reeds op 18 jarigen leeftijd een psychotischen toestand doormaakte van gedruktheid, zwaarmoedigheid met hypochondrische klachten, liet in het begin van zijn tweede psychotische periode een beeld zien, dat begon met verwardheid, rusteloosheid en zwaarmoedigheid (tentamen suicidii). Het volgend mutisme, de paranoidie en de katatone stupor deden bij zijn vertrek uit de Valeriuskliniek reeds aan een mogelijke schizophrenie denken.

8. Patiënt M. 13.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1908. Ongehuwd. Opgen.: 20 Jan. '35 (26 jaar). Ontsl.: 3 Mei '35. Vertrok naar huis.

Herediteit: M. verpleegd in kliniek en Psychiatrische Inrichting. (involutiepsychose).

Karakter: opgewekt, gelijkmatig, niet prikkelbaar, niet eenzelvig, niet psychastheen. Had artistieke neigingen (zingen, schilderen, pianospelen).

Intellect: M.U.L.O.; kon goed leeren.

Beroep: kantoorbediende.

Vroegere neurosen of psychosen: geen.

Somatische Status: geen afwijkingen.

Anamnese:

Pat. is sinds 3 maanden niet in goeden doen; is prikkelbaar en vermoeid — ging over veel dingen piekeren — is niet depressief — niet geremd.

Zat wel met problemen. Maakte opmerkingen als: „was ik vriend van vadertje Staat, dan zou ik wel dokter of professor worden — was ik maar zuinig genoeg, dan zou ik een auto houden."

Hield niet van 't kantoor. Voelde zich geen bureaucraat.

Kreeg een verhoogd gevoel van eigenwaarde. Overspringt de normale verhoudingen. Is niet motorisch druk.

Heeft geen gedachtenvlucht.

Sliep heel slecht. Is vermagerd.

Ziektegeschiedenis:
20-1-'35. Opname. Zegt niet verder te kunnen. Heeft geluksbelevingen — verhoogd zelfgevoel — overspringt verhoudingen.
21-1-'35. Klaagt over vermoeidheid, wil slapen.
Geeft een weinige mannelijken indruk. Zegt, dat zijn verandering is te vergelijken met Paulus' bekeering op den weg naar Damaskus.
Heeft zich uitgesproken bij een beroemde zangeres en haar voorgesteld te trouwen.
25-1-'35. Is moeilijk — eigenwijs — wil 24 uur per etmaal slapen en per sonde gevoed worden.
29-1-'35. Is affectlabiel — heeft verhoogd zelfgevoel — zou Professor kunnen worden — vindt, dat hij een goede stem heeft.
Krijgt een somnifeenkuur.
12-2-'35. Somnifeenkuur wordt langzaam aan beëindigd.
Maakt 't uitstekend. Soms wat affectlabiel en depressief.
27-2-'35. St. id., blijft het goed maken. Slaapt nog slecht. Zweet veel.
6-3-'35. Maakt 't beter. Theatraal gedrag. Soms tremoren.
20-3-'35. Transpireert veel. Slaapt beter. Is minder theatraal.
Reageert meer adaequaat. Zegt soms wat triestig te zijn.
Voelt zich nog slap. Zweet nog veel.
1-4-'35. Is rustiger en meer adaequaat. Klaagt nog over snelle vermoeidheid en snel transpireeren. Soms wat depressief.
Ziet er tegenop weer naar huis te gaan en weer in dezelfde sleur terug te moeten.
3-5-'35. Wordt ontslagen. Heeft nog neurasthene klachten.
Echter veel rustiger en gemakkelijker te leiden.

Katamnestisch onderzoek:

Na zijn ontslag uit de kliniek heeft patiënt het steeds goed gemaakt. Hij is opgeruimd, verricht zijn werk, dat dikwijls veel van hem eischt, de laatste jaren met lust en pleizier.

Samenvatting:

Deze man, die zich onbevredigd gevoelde, niet van zijn werk hield, geraakt, na een periode, waarin hij vermoeid en prikkelbaar was, in een psychotischen toestand, waarin slapeloosheid, snelle vermoeidheid, sterk transpireeren, neurasthene klachten een rol spelen, anderzijds verhoogd zelfgevoel, geluksbelevingen, affectlabiliteit en theatrale gedragingen voorkomen .
Beleefde zijn psychose als een verandering, een bekeering. Was na de psychose geheel hersteld en arbeidt nu met lust.
Als hereditair moment is alleen te noemen een psychose van de moeder in den involutietijd.
Degeneratieve karaktertrekken zijn niet aanwezig.

9. Patiënt M. 14.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1889. Gehuwd. 4 kinderen. Opgen.: 26 Jan. '35 (45 jaar); ontsl.: 13 Mei '35. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.
Herediteit: geen hereditaire momenten. Oudste kind: eenzelvig, stil.
Karakter: goedig, kalm, rustig, stil, zeer godsdienstig, voorbeeldig gedrag, eenzelvig, gesloten.
Intellect: kon goed leeren.
Beroepen: bakkersknecht, bediende op tabakskantoor, kleermaker, brievenbesteller.
Vroegere neurosen of psychosen:
In 1910: 4 maanden in een kliniek en psychiatrische inrichting.
In 1924: op polikliniek Valeriuskliniek.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting. (1910).
Was zeer verward, praatte alles door elkaar, meende den duivel en

geesten te zien, was zeer slapeloos, heeft een hoogen dunk van zichzelf; „hij ziet de menschen door en door". Er blijken vervolgingswaandenkbeelden en betrekkingsideeën te bestaan. Is overdreven godsdienstig. Beschouwt zichzelf als een soort profeet. Wordt na 4 maanden hersteld ontslagen.

Diagnose: Acute verwardheid.

Habitus: asthenisch.

Somatische status: Wa en S.G. bloed: neg.

Anamnese:

Ongeveer 2½ jaar geleden is pat., omdat hij zoo druk was, bij tijden van den besteldienst (P.T.T.) overgeplaatst in rustiger betrekking (zakken dichtmaken).

Tot voor Kerst '34 weer geheel gezond. Werd daarna drukker, ging veel over den Bijbel praten. Zondag 20 Jan. erger geworden. Kon toen zijn werk niet meer doen. Liep uit bed. Had visioenen, waarin figuren uit den Bijbel voorkwamen. Werd erg druk — nooit aggressief. — Zag altijd een prachtig licht, hoorde geen stemmen. Was verward in zijn gedachtengang. Was voor de omgeving onuitstaanbaar, prikkelbaar. Zat voor zich heen te staren — schreef dan weer veel. Ging 's nachts de straat op. Preekte op straat. Dacht, dat zijn eten vergiftigd werd. At dan niet. Heeft de geheele week niet gegeten en geslapen. Had geen suicideneiging. Is 14 pond in 2 weken afgevallen.

Was gelukkig getrouwd.

Ziektegeschiedenis:

26-1-'35. Bij opname zeer onrustig. Had allerlei visionaire belevingen. Nam dien overeenkomstig overdreven houdingen aan. Praatte aan één stuk door. Verkeerde in slechten lichamelijken toestand.

28-1-'35. Is veel rustiger. Heeft een rustige gelaatsuitdrukking. Begint men met hem te spreken, dan uit hij een woordenvloed. Gaat dan van zijn belevingen vertellen en tracht door overdreven houdingen en gebaren en doordringend kijken zijn woorden kracht bij te zetten.

Heeft euphore stemming; zelf noemt hij het welzalig. Toch een oogenblik somber, als hij aan vrouw en kinderen en toekomst denkt. Gejaagd, alsof hij tijd te kort denkt te komen. Verhoogd zelfgevoel. Gedachtengang incohaerent, gevuld met bijbelteksten. Zijn gebaren en mimiek drukken het verwonderlijke en geweldige van zijn belevingen uit.

Wordt niet beïnvloed door de buitenwereld.

Geen gehoorshallucinaties. Wel visioenen, waartegen hij spreekt, „waardoor hij zoo spraakzaam is". Heeft wel belangstelling voor zijn omgeving. Meent wel, dat de menschen het over hem hebben, ook dat zijn eten wel eens vergiftigd is, werkt deze ideeën niet uit. Heeft allerlei somatische klachten (maagpijn, moeilijke ademhaling en defaecatie). Dit laatste hebben „sterke menschen". Geen hoofdpijn. Is goed georiënteerd. Zijn schoolkennis is vrij goed. De inprenting en herinnering zijn matig. Rekenen goed.

De onderwereld werkt tegen de hoogere wereld. Hij staat er tusschen in. Hij is 't middelpunt bij allerlei machinaties op 't postkantoor.

Hij ziet in de Valeriuski., het paradijs; ziet korenveld — vijver — zwaantjes. Daniël heet hij, d.i. de man Gods.

Heeft in 1910, toen hij voor 't eerst psychotisch werd, de wereldoorlog voorspeld. Over 4 jaar zal de wereld vergaan. Wee A'dam!

Is niet bang voor hel en dood. In zijn gedachtenstrijd duiken theosophie-communisme — s.d.a.p. op. Christus is vóór hem.

De eerste letter van zijn naam (een V) beteekent, dat zonnestralen hem zullen treffen in zijn hart en hem zullen verlichten.

2-2-'35. Is onrustig. Maakt bij zijn druk spreken gebaren die verrukking, schrik uitdrukken. Wat hij produceert is zeer monotoon en heeft steeds denzelfden inhoud.

5-2-'35. Wordt rustiger in zijn bewegingen. Voedselweigering. Kunstmatig gevoed.

13-2-'35. Spreekt nog veel, reageert op alles. Kunstmatig gevoed.
27-2-'35. Sterke motorische onrust. Angstig. Reageert op alles. Praat aan een stuk door. Eet en drinkt niet. Slechte lichamelijke toestand.
7-3-'35. Rustiger. Spreekt nog veel. Is minder angstig.
13-3-'35. Motorische onrust neemt af. Er is geen contact met hem te krijgen. Wordt kunstmatig gevoed.
20-3-'35. Is plotseling uit zich zelf gaan eten. Rustiger, slaapt veel.
27-3-'35. Sensorium wordt helderder. Slaapt veel. Houdt nog het extatische in zijn blik. Spreekt nog veel in zich zelf.
1-4-'35. Begint weer wartaal te spreken (heeft minder sterken rustdrank gehad), weer motorisch onrustig, hallucineert weer.
Meent, dat het voedsel vergiftigd is. Komt zelfs tot dwanghandelingen, als zich ontkleeden, bepaalde houdingen aannemen. Kunstmatig gevoed.
10-4-'35. Is zeer onrustig, zeer angstig, hallucineert, zijn aandacht is te trekken, antwoordt op eenvoudige vragen. Is affectlabiel.
17-4-'35. Is rustiger. Eet weer. Is nog wel angstig en hallucineert nog sterk.
24-4-'35. Visionaire belevingen. Vergiftigingsideeën. Kunstmatig gevoed.
8-5-'35. Iets rustiger — slaapt wat meer.
13-5-'35. Wordt nog kunstmatig gevoed. Wordt naar een Psychiatrische Inrichting overgeplaatst.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

13-5-'35. Bij opname: psychomotorisch onrustig, niet georiënteerd, spreekt wartaal, heeft massale hallucinatoire belevingen.
14-5-'35. Is angstig, hoort schieten, meent vergiftigd te zullen worden. Kunstmatig gevoed. Verkeert in een uitgeputten toestand.
1-7-'35. Heeft hallucinatoire belevingen. Meent in brand te staan. Is paranoïd tegenover zijn omgeving. Heeft persoonsverwisselingen.
22-7-'35. Wordt rustiger. Is georiënteerd. Spreekt geordend. Krijgt ziekteinzicht. Heeft amnesie voor het begin van zijn verblijf in de inrichting.
31-9-'35. Blijft vooruitgaan. Is nog spoedig vermoeid.
21-10-'35. Is licht gedeprimeerd. Uit neurasthenische klachten.
10-11-'35. Gaat met proefverlof.
30-12-'35. Wordt hersteld ontslagen. Diagnose: degeneratieve psychose.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënt is, na zijn ontslag uit de psychiatrische inrichting, in goeden doen gebleven. Is geheel hersteld. Kon zijn arbeid op een gemakkelijke afdeeling geregeld verrichten. Voelt zich minder nerveus.
Heeft de oorlogsdagen zonder schokken doorgemaakt. Herinnert zich zijn visionaire belevingen nog goed. Is drie jaar geleden onder narcose geopereerd (heupoperatie). Heeft hiervan geen psychische stoornissen ondervonden.
Zegt zelf altijd zeer nerveus en gevoelig geweest te zijn. Het blijkt, dat hij in het gezin een egocentrische en gesloten figuur blijft, die nog vaak allerlei somatische klachten uit.

Samenvatting:

Deze man, die 25 jaar geleden reeds eerder werd verpleegd vanwege een verwardheidstoestand en meerdere malen labiel bleek, maakt en psychose door met allerlei visionaire belevingen, massale hallucinaties, geluksgevoel, incohaerenten gedachtengang, angst, voedselweigering, dwanghandelingen, vergiftigingsideeën en kosmische belevingen. Is na deze psychose hersteld gebleven. Hereditaire momenten zijn niet aanwezig.
In zijn karakter vertoont hij, naast een goedigen aard en goed sociaal gedrag, toch ook psychopathische trekken in zijn eenzelvigheid, zijn egocentrische instelling, zijn onstandvastigheid (wisseling van beroepen) en van jongsaf nerveuzen aanleg.

10. Patiënt M. 16.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1880. Gehuwd. Geen kinderen. Opgen.: 25 Juli '35 (54 jaar). Ontsl.: 23 Aug. '35. Vertrok naar huis.

Herediteit: S.p. in Psychiatrische Inrichting verpleegd.
neef in Psychiatrische kliniek verpleegd.

Karakter: opgewekt, tevreden, kalm, gelijkmatig, soms wat prikkelbaar, geen psychasthene trekken.

Intellect: matig. L.S. en 4 klassen Gymnasium.

Beroep: Boekhandelaar.

Vroegere neurosen of psychosen: In 1901 soortgelijken toestand, in mindere mate, doorgemaakt. Vanzelf genezen. In 1915 licht depressief.

Habitus: pycnisch.

Somatische status: geen bijzonderheden.

Anamnese:

Pat. heeft 6 weken geleden koorts gehad. (Griep).

Kreeg 14 dagen geleden nerveuze verschijnselen. Werd prikkelbaar — had last van de maag. 10 dagen geleden naar buitenland gegaan. Werd overdreven opgewekt, had het gevoel of hij in den hemel was; sprak veel, van den hak op den tak. Voelde zich zalig — wilde alle menschen gelukkig maken — wilde iedereen helpen — gaf geld weg. Had geen rust. Sliep slecht. Wilde stukken schrijven in de krant. Voelde zichzelf onrustig. Voelde zich moe. Afleidbaar, gedachtenvlucht.

Ziektegeschiedenis:

25-7-'35. Opname. Pat. is druk — praat veel — springt van den hak op den tak — zegt zelf overspannen te zijn. Maakt den indruk een geluksgevoel te hebben. Zegt zich nog nooit zoo gezond gevoeld te hebben. Alle menschen moeten weten wat hij voelt en denkt. Alle menschen meenen het goed, zelfs de communisten. Voelt zich zeer gelukkig.

Dit is de hemelsche zaligheid. Vertelt ook wel visioenen gehad te hebben; voordat deze gelukstoestand intrad, had hij het gevoel dat de dood intrad, alsof hij in de hel was.

Hij kan alles. Wil voor de radio spreken — ministers benoemen. Visionaire belevingen. De menschen kijken hem met hemelsche blikken aan. Is bezig een ministerraad voor te stellen.

Zegt ook wel eens zwaarmoedig te zijn geweest, ± 1915 in den mobilisatietijd. Ook toen hij verloofd was. Toen waren er moeilijkheden.

Voelt zich nu niet moe, integendeel. Werd tijdens onderzoek aggressief. „Het tooneel moet uit zijn. U wilt me krankzinnig verklaren".

Ook tegen de patiënten aggressief.

28-7-'35. Krijgt een veronal-slaapkuur.

6-8-'35. Alleen 's avonds nog wat veronal. Kapselt zich volkomen in — contact is er moeilijk met hem te krijgen. Maakt indruk te dissimuleeren. Hallucineert waarschijnlijk. Was incontinent.

14-8-'35. Is opgewekt — wordt veel actiever. Slaapt beter. Beter contact met hem te krijgen. Heeft amnesie voor het begin van zijn psychose.

Zegt zelf zich na dien griepaanval zwak en slap gevoeld te hebben. Zijn psychomotoriek is nog wat vreemd. Maakt stereotype bewegingen van de hand naar den neus.

21-8-'35. Gevoelt zich goed. Heeft weer interesse. Wordt vlotter in zijn bewegingen. Het contact met pat. is thans goed. Slaapt goed.

23-8-'35. Vertrekt naar huis.

Katamnestisch onderzoek:

Deze patiënt maakt het thans nog zeer goed. Is na zijn vertrek uit de kliniek steeds goed geweest, doet al zijn werk met genoegen, heeft druk werk.

Hij doet zijn arbeid met meer genoegen dan voor zijn ziekteperiode, kan beter tegen moeilijkheden, trekt zich tegenslagen niet zoo zwaar aan, als de laatste jaren voor zijn ziekte.

Kan zich verschillende voorvallen uit den tijd van zijn ziekte nog goed herinneren, met name zijn belevingen. Enkele, na zijn herstel doorgemaakte koortsdagen, heeft hij zonder psychische bezwaren doorstaan, ook de oorlogsdagen.

Samenvatting:

Toen hij 21 jaar was zou patiënt een dergelijken toestand hebben doorgemaakt, als in deze psychose op 54-jarigen leeftijd. Van die eerste psychose herstelde hij ook volkomen.

In 1915 maakte hij in verband met de mobilisatie een licht-depressieven tijd door, waarvoor opname niet noodig was. De laatste psychose ontstond zes weken na een koortsende ziekte (griep), waarna patiënt zich zwak en moe gevoelde. Hierbij vertoonden zich de volgende symptomen: visionaire belevingen, sterk geluksgevoel, grootheidsgedachten en stoornissen in de psycho-motoriek. Van een symptomatische psychose is hier moeilijk te spreken, daar zij eerst zes weken na de doorstane griep ontstond.

Wel is het belangrijk, dat deze man op jeugdigen leeftijd een soortgelijken toestand doormaakte. Thans, 54 jaar oud zijnde, wordt hij in een tijd van moeheid en zwakte weer psychotisch, om na korten tijd weer geheel te herstellen, zelfs weer beter uit de psychose te voorschijn te komen.

Wat de herediteit betreft: twee gevallen van zenuwziekte in de familie zijn aanwijsbaar.

Degeneratieve karaktertrekken zijn niet aanwezig.

11. Patiënt V. 1.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1880. Gehuwd. 7 kinderen. *1e keer:* opgen. 6 Febr. '28 (47 jaar). Ontsl.: 20 April '28, vertrokken naar huis; *2e keer:* opgen.: 3 Nov. '30; ontsl.: 19 Nov. '30, vertrokken naar huis.

Herediteit: p.: 2× een suïcidepoging.

Karakter: zacht van aard, toegevend, medelijdend, meest opgewekt, niet wantrouwend, zeer godsdienstig, niet prikkelbaar.

Intellect: L.O., kon behoorlijk leeren.

Vroegere neurosen of psychosen: geen opnamen. Twee jaar geleden thuis uit haar evenwicht geweest.

Habitus: pycnisch.

Somatische status: geen bizonderheden. 't Laatste jaar menstruatie ongeregeld.

Anamnese:

Patiënte was steeds „overdreven" godsdienstig. Haar oudste dochter is 2 jaar geleden katholiek geworden, omdat haar verloofde dit was. Patiënte heeft zich dat erg aangetrokken. Raakte toen ook wat in de war, praatte voortdurend over den Bijbel, zong veel psalmen.

8 dagen geleden herhaalde zich deze toestand, kreeg weer meeningsverschil met den verloofde van haar dochter. Wond zich zeer op. Patiënte houdt veel van deze dochter. Begon 's nachts op te staan — ging weer psalmen zingen. Hoorde de engelen zingen, zag ook den hemel, God en Jezus. Zag ook den duivel en de hel, werd dan angstig. Is een Koningsdochter, door God gezonden. Heeft geen zondewaan. Is niet wantrouwend. Is bang voor den dood — zegt ieder oogenblik dat ze dood gaat. Heeft tot vandaag de huishouding gedaan. Vandaag verward geworden. Heeft niets gegeten. Antwoordt niets. Werd vanavond zeer onrustig.

Ziektegeschiedenis:

6-2-'28. Opname. Bij opname is patiënte rustig. Zegt geen woord. Heeft 's nachts geschreeuwd.

7-2-'28. Patiënte geeft geen antwoord. Op de vraag of ze een koningsdochter is, fronst ze de wenkbrauwen, glimlacht en zegt „ja".

Wil niet opstaan of loopen, laat zich op den grond vallen. Ligt te bed in allerlei houdingen. Verhoogde suggestibiliteit. (handen, in een bepaalde houding gebracht, blijven zoo).

8-2-'28. Schreeuwt soms. Moet kunstmatig gevoed. Vertrekt haar gezicht, schudt en grijnst, beweegt haar tong vlug heen en weer. Geeft den dokter een verkeerden naam. Drinkt soms gewoon — laat dan weer 't water langs haar mond loopen. Schreeuwt — zingt psalmverzen — zegt bijbelteksten op. Heeft het over doodsangst. Plotseling heftiger — ook plotseling rustig. Spreekt veel van Jezus Christus — over haar dochter Maria, die naar de moeder van Jezus heet — over haar verloofde.

Gaat soms voor de bedden van andere patiënten op de knieën liggen bidden.

Over den verloofde van haar dochter spreekt ze, „bah" roepend, met teekenen van afschuw.

10-2-'28. Heeft lichte Temp. verhooging. Bidt, zingt, schreeuwt, gilt, is verwilderd, associeert op woorden met teksten, waarin hetzelfde woord voorkomt. Heeft decorumverlies.

14-2-'28. Lacht, zingt en vloekt door elkaar.

Herhaalt de vraag, als men wat vraagt.

Herhaalt de woorden van andere patiënten.

17-2-'28. Patiënte is nog steeds onrustig. Illusionaire vervalschingen.

Vindt, dat het hier stinkt naar den geest uit den afgrond. Maakt den indruk meer toegankelijk te worden.

20-2-'28. Vraagt: „Is de Heere Jezus al op de wolken gekomen, want die zal mijn lichaam opnemen. Ik ben verpleegd in de Valeriuskliniek, daar heb ik erg geleden, ik ben kunstmatig gevoed, ik ben al lang dood geweest, is de Heere Jezus al op de wolken verschenen?"

Op de vraag, hoe oud ze is, antwoordt patiënte: „Ik ben al lang dood". Maakt herhaaldelijk buigingen. 3×13 = 39. Kent de namen van de zusters.

Is nog niet goed georiënteerd in tijd en ook niet in plaats.

Noemt steeds de namen van haar kinderen op.

7-3-'28. Weet thans welke dag het is. Berekent die naar de bezoekdagen.

Weet niet, dat ze per sonde gevoed is.

9-3-'28. Patiënte herinnert zich, dat ze thuis ziek werd. Ze zag tegen den zolder den paus met 3 raven; de paus had een steek op als St. Nicolaas.

De raven zouden haar oogen uitpikken. Verder is ze verbrand tot den buik toe, het bovenlichaam leefde nog. Wie haar verbrandde, weet ze niet.

„O, ze heeft zoo geleden en lag dan te blazen". Dit komt omdat ze wel eens woordenstrijd over haar dochter had, die R.K. was geworden. Spreekt gaarne — springt van den hak op den tak.

Is tamelijk eentonig in haar verhalen. Ze is in een labiele stemming, huilt gauw, maar lacht ook spoedig weer. Zegt zelf: „ja ik kan wel eens zeuren, een oude zeur ben ik." Vertelt 3× hetzelfde achter elkaar. „Ik heb thuis nooit zoo gezeurd."

Is niet goed georiënteerd in tijd en plaats. Kent wel de meeste menschen, maar haalt ze vaak door elkaar.

De inprenting is duidelijk gestoord.

14-3-'28. Is nog snel vergeetachtig. Is nog gauw ontstemd; meent, dat de medepatiënten iets kwaads van haar zeggen. Ze begrijpt dan niet, wat ze zeggen en meent, dat ze iets anders gezegd hebben.

28-3-'28. Gaat vooruit. Herkent beter. Maakt den indruk uit haar psychose te ontwaken. Spreekt niet meer steeds dezelfde dingen op denzelfden toon.

14-4-'28. Zegt te meenen hier in een R.K. inrichting te zijn, waar men haar vermoorden wilde, daar ze gillen hoorde. Meende, dat dit alles de schuld van haar schoonzoon was.

Zag steeds, dat de paus verbrand werd, maar hij kwam steeds weer terug.

Zag slangen vuur blazen op den paus. Ze voelde of ze door midden was — geroosterd was. De Koningin en de Keizer zagen het, maar konden het lijden

van haar niet langer aanzien. Droomde ook, dat de helft van de wereld verbrandde.

Het was, of ze heel lang dood was geweest. Ze had het gevoel, of de wereld zou vergaan. Voelt zich weer goed als vroeger.

20-4-'28. Vertrekt naar huis.

Anamnese bij 2e opname:

Patiënte begon weer aan slapeloosheid te lijden. Werd duidelijk depressief. Sprak er over, dat binnenkort de wereld zou vergaan. Maande de familie aan zich voor te bereiden.

Begon te hallucineeren. Hoorde een gejuich uit den hemel, had allerlei gezichtshallucinaties. Noemde zich de moeder van Maria (sprak haar dochter als Maria aan). Vond, dat er een heerlijke geur van haar dochter uitging.

Deed haar werk mechanisch. Voelde zich ellendig als ze niet werkte.

Ziektegeschiedenis: 3-11-'30.

Patiënte is bij opname rustig. Wordt van de polikliniek opgenomen.

Zegt den laatsten tijd slecht geslapen te hebben. Geestelijk overspannen te zijn. Dacht, dat de wereld zou vergaan, dat de Heere Jezus Christus op aarde zou verschijnen, omdat er zooveel ellende was. Had veel openbaringen gehad. Had het gevoel of de wereld wegdreef — keek dan naar den hemel in verwachting van de komst van Jezus.

Rook een heerlijke lucht als van melk (zooals in den Bijbel staat van 't land overvloeiende van melk en honig).

Sprak met een predikant vlak voor de preek of 't niet mogelijk was, dat de „duivels van Rome" haar tijdens haar vorige ziekte bestookt hadden. Deze hield toen een verschrikkelijke preek, speciaal op haar gericht.

Had wel eens het gevoel, of ze opgetrokken werd in den hemel, alsof iemand een nieuwen naam (van haar wedergeboorte) op haar hart schreef. Had in haar belevingen van de wedergeboorte een uitgesproken geluksgevoel. Voelde de hemelsche blijdschap. Zei tegen haar invalide dochter: nu zul je weer gauw kunnen loopen. Zag op een avond de lucht aan één kant geheel rood, 't was alsof de huizen in brand stonden. Dit voelde patiënte als een voorbeeld, hoe het zou zijn, als de wereld werkelijk zou vergaan.

10-11-'30. Is rustiger. Haar belevingen verbleeken. Spreekt er ongaarne over.

19-11-'30. Vertrekt naar huis.

Schrijft later nog vaak brieven.

Is in die brieven overdreven godsdienstig en heeft het nog steeds over die zalige doorlevingen, die ze in de kliniek had (2e keer).

Katamnestisch onderzoek:

Na haar vertrek in 1930 uit de Valeriuskliniek heeft patiënte geen psychose doorgemaakt.

Zegt zich nog veel van haar verschijnselen te kunnen herinneren. Heeft haar ziekte gevoeld als een bevrijding.

Legt zelf een verband tusschen het ontstaan van haar ziekte en de verloving van haar dochter met een Roomsch-Katholieken man. Heeft thans een blijde, vertrouwende levensinstelling.

Is in 1935 geopereerd (blaasoperatie). Heeft deze operatie psychisch goed doorstaan. Ook haar man oordeelt haar geestelijk geheel gezond.

Heeft thans wel suikerziekte. Blijft met insuline suikervrij.

In haar uitingen is zij tijdens het katamnestisch onderzoek nog wel overdreven, vnl. in religieus opzicht.

Samenvatting:

Deze vrouw, die altijd overdreven godsdienstig en gevoelig is geweest, geraakt in den tijd, dat de menstruatie onregelmatig gaat worden en waarin

zij moeilijkheden heeft te verwerken in verband met de verloving van haar dochter, tot twee keer toe in een „erlebnisreichen" psychotischen toestand met visionaire belevingen, illusionaire vervalschingen, grootheidsideeën, betrekkingsideeën, geluksbelevingen, kosmische belevingen, hallucinaties en decorumverlies bij sterke suggestibiliteit en geneigdheid tot overdreven reacties.

In de psychotische belevingen is een zeker verband te zien met de beleefde moeilijkheden inzake de verloving van haar dochter.

Twee jaar voor haar eerste opname maakte zij ook een tijd van psychische onevenwichtigheid door. Opname was toen nog niet noodzakelijk.

Na haar tweede psychose herstelde patiënte.

Haar overdreven gedrag en overdreven godsdienstigheid bleken gebleven. Eén hereditair moment is aanwezig.

12. Patiënt V. 2.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1900. Gehuwd. 1 kind. Opgen.: 13 Maart '28 (28 jaar); ontsl.: 6 April '28. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: M. verpleegd in een Psychiatrische Inrichting.
P: suicide gepleegd.
fr. 1: in een Psychiatrische Inrichting.
fr. 2: suicide.

Karakter: nerveus, zwaartillend, huiselijk, hartelijk, goedig, had veel voor anderen over, daarnaast toch egoïstische trekken, niet wantrouwend, niet godsdienstig, langzaam, zonderde zich gaarne af.

Intellect: kon goed leeren.

Vroegere neurosen of psychosen: 5 jaar geleden, na geboorte kind, 6 weken psychotisch.

Somatische status: geen bizonderheden.

Anamnese:

Was altijd een zeer nerveuze vrouw — zeer sensibel — leed veel aan slapeloosheid en migraine. Is sinds 3 jaar in Holland. — Had het vroeger goed gehad. Na den oorlog minder.

Is 3 weken geleden nerveus geworden. Heeft een binding gekregen aan een getrouwden man. Verhouding met echtgenoot is overigens goed. In haar opwinding heeft ze gisteren alles verteld. Meent nu, dat deze persoon haar al 3 jaar beinvloedt. (kent hem pas 3 weken). Is sinds 2 dagen opgewonden. Begon ook zelfverwijten te uiten. Ook enkele grootheidsideeën: (is een mooie vrouw). Nam vroeger veel morphine voor de hoofdpijn; laatsten tijd niet meer. Hield veel van haar kind.

Sliep zeer slecht — at weinig.

De echtgenoot had wel gemerkt, dat er den laatsten tijd iets was, dat haar hinderde. De man heeft met den bewusten persoon gesproken. Toen hij weer thuis kwam, was ze zonder kleeren weggeloopen.

Schreeuwde veel. Riep, dat ze gelukkig was. Had geen zondewaan — meende dat ze bespionneerd werd; dat een heel complot tegen haar bestond — ieder wist het. Door dit complot is ze naar dien man gedreven. Meende, dat haar echtgenoot haar hiertoe gehypnotiseerd had. Deed alles in een waan.

Had geen hallucinaties. Was totaal in de macht van dien ander.

Als kind al vreemd; zonderde zich af, las veel.

Zou op 14 jr. leeftijd op kostschool te Genève al gesl. omgang gehad hebben. Later ook met den vader. Ook tijdens huwelijk met anderen. Kleedde zich vaak voor den spiegel uit. Deed zich zeer zedig voor bij anderen. Gaf zeer veel geld uit. Leefde alleen bij haar boeken. Deed niets aan huishouden.

Ziektegeschiedenis:

13-3-'28. Opname. Patiënte is zeer druk. Praat onsamenhangend. Begint soms luid te lachen. Ontkleedt zich ten deele. Ligt met armen te zwaaien, smijt weg, wat in haar omgeving te pakken is.

15-3-'28. Is zeer druk. Spreekt veel verward. Veel Hongaarsch.

19-3-'28. Neemt wonderlijke houdingen aan, maakt sierlijke bewegingen met de armen, rekt het lichaam, hangt over het ledikant heen. Roept af en toe: „Bin vollkommen hysterisch".

29-3-'28. Is geëxalteerd — druk — beweeglijk. Voedselweigering. Wordt kunstmatig gevoed. Infecteert zich door krabeffecten. Er is geen gesprek met haar te voeren. Stoot onduidelijke klanken uit.

6-4-'28. Motorisch onrustig. Schreeuwt en slaat om zich heen. Af en toe theatrale houding.

Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Werd hier, na vertrek uit Valeriuskliniek, 3× opgenomen

1e ×:	6 April 1928 opgenomen 15 Juli 1928 met proefverlof April 1929 ontslagen	Diagnose: Degeneratiepsychose.
2e ×:	23 Juli 1932 opgenomen 22 Jan 1933 hersteld ontslagen.	Diagnose: man.-depr. psychose (degeneratiepsychose?)
3e ×:	11 Juli 1937 opgenomen Jan. 1938 met proefverlof 13 Jan. 1939 hersteld ontslagen.	Diagnose: man.-depr. psychose?

Uit aanteekeningen 1e opname:

April '28. Patiënte is druk met groote stemmingswisselingen.

Druk pratend, dan weer in zichzelf gekeerd.

Heeft lachbuien, is dan weer aggressief.

Hallucineert zeer duidelijk op het gehoor. Weigert den eenen dag voedsel, den anderen dag weer niet.

Juni '28. In aansluiting aan een bezoek van haar man op eens geordend en met normale affectieve reacties reageerend.

Gedraagt zich verder geheel normaal. Heeft een nagenoeg volkomen amnesie voor haar geheele psychose. Herinnert zich echter het peracute begin na een avondpartijtje.

15 Juli '28. Gaat blij en dankbaar met goed ziekteïnzicht met proefverlof.

Uit aanteekeningen 2e opname:

Heeft zich tot begin Juli '32 staande gehouden.

Werd den laatsten tijd weer luidruchtig, vertoonde grooten bewegingsdrang, werd loquax. Wordt in een manische phase teruggebracht, is zeer erotisch, luidruchtig, aggressief, incohaerent, heeft lachbuien en bewegingsdrang. Moet kunstmatig gevoed. Heeft sterke gedachtenvlucht.

Oct. '32. Is erotisch en motorisch onrustig.

Dec. '32. Is bij buien wat rustiger. Overigens hypomaan.

Jan. '33. Het gaat vrij plotseling goed. Heeft goed ziekteïnzicht.

Dit geval lijkt toch wel op een degeneratiepsychose: Een mondain type, maar toch een goede moeder, zeer bezorgd over haar kind, of die niet hetzelfde lot zal wachten als haarzelf.

Bezorgd ook over zichzelf voor de toekomst.

22 Jan. '33. Met goed ziekteïnzicht hersteld ontslagen, na eigenaardige confidenties, die zeer wel een „vluchten in de psychose" verklaren.

Aanteekeningen tijdens 3e opname:

13 Juli '37. Patiënte is druk, dreigde de ruiten in te slaan, is geheel verward, gedesoriënteerd, hallucineert, groote rededrang. Praat allerlei talen dooreen. Aggressief, grimasseert en vertoont verlies van decorum.

22 Juli '37. Wisselende stemmingen, groote impulsiviteit.

Incohaerente rededrang. Drifttoestanden. Gemaniereerd gedrag.

Sept. '37. Groote rede- en bewegingsdrang.

Nov. '37. Is bij buien iets rustiger en belangstelling toonend.

Meer cohaerent.

Dec. '37. Is sexueel onbeheerscht en onbetrouwbaar. Geen ziekteïnzicht. Quaerulante trekken.
Jan. '38. Vertrekt met proefverlof naar huis.
13 Jan. '39. Hersteld ontslagen.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar verblijf in een psychiatrische inrichting, was patiënte 4 jaar hersteld. Werd daarna nog drie maal in een inrichting opgenomen (1932, 1937, 1939). Uit de aanteekeningen in 1932 en 1937 is boven reeds het voornaamste medegedeeld. Hier volgt nog het symptomenbeeld in 1939.

Uit de aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting in 1939:

Patiënte is zeer druk en opgewonden, zingt en tiert den geheelen dag. Wil steeds over sexueele dingen spreken. Is voortdurend met haar uiterlijk bezig en gebruikt allerlei crêmes en lippenstiften, waardoor ze meer een parodie van een vrouw lijkt. Is onhebbelijk en onrustig. Uit onzedelijke taal. Is onberekenbaar in haar handelingen en onbetrouwbaar. Heeft decorumverlies. Toestand is wisselend en eindigt met een lichte depressie. Stelde men hier eerst de diagnose schizophrenie, bij haar vertrek werd deze veranderd in: manisch-depressieve psychose met schizophrenen inslag.

Na 3½ maand vertrekt patiënte weer, hersteld.

Bij het katamnestisch onderzoek zegt patiënte zich weer hersteld te voelen. Ze blijft wel altijd anders dan andere menschen, heeft behoefte aan veel afwisseling, houdt zich fit door zwemmen en gymnastiek. Maakt den indruk van een zeer mondaine vrouw. Voelt bij het begin van een nieuwen psychotischen toestand ineens: „ik kan niet meer". Is veel slapeloos. Windt zich spoedig op, is daarna doodmoe. Geeft zelf toe, dat ze weinig presteert; dat interesseert haar ook weinig. De oorlog heeft weinig indruk op haar gemaakt, „want mijn natuur is: „graag vechten".

Samenvatting:

Bij deze patiënte, met sterke hereditaire belasting en degeneratieve karaktertrekken, die van jongsaf bestaan, komen om de 3 à 4 jaar plotseling psychotische toestanden voor, met verwardheid, stemmingswisselingen, hallucinaties sterke motorische onrust, tijdelijk gedesoriënteerd-zijn, sterke sexueele ontremming, onberekenbaarheid, decorumverlies en theatrale houdingen.

In de tusschenperioden tusschen de psychosen blijft zij dezelfde mondaine vrouw, die geen hoogere waarden kende, zich plotseling om kleinigheden opwindt, nerveus blijft en slapeloos.

Wat de diagnose betreft, werd gedubieerd tusschen degeneratiepsychose, manisch-depressieve psychose met schizophrenen inslag en eenmaal schizophrenie. Dit geval komt ons voor, onder onze gevallen wel het meest het begrip „*degeneratie*psychose" te benaderen.

Alleen tijdens de ziekteperiode in 1936 is in het begin van een manisch beeld sprake, terwijl alleen de psychose in 1939 met een licht depressief stadium eindigt.

13. Patiënt V. 6.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1893. Gehuwd. 3 kinderen. Opgen.: 26 Aug. '29. (35 jaar). Ontsl.: 28 Mei '30. Vertrok naar huis.

Herediteit: M: suicide.

Karakter: lief, opgewekt, geen groote schommelingen in het gevoelsleven, had uitgesproken sympathieën, wilskrachtig, weinig religieus.

Intellect: goed. 5 jr. H.BS.

Vroegere neurosen of psychosen: geen.

Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor neg.

Celgehalte 4/3 per mm³. Geen afwijkingen.

Anamnese:

Patiënte kreeg midden Juli een darmkatarrh met koorts.

Was op een avond geheel in de war. Was toen reeds koortsvrij. Patiënte was gedesoriënteerd, kon zich verschillende dingen niet herinneren. Wilde het bed uit. Had geen hallucinaties. Heeft op slaappoeders ¼ uur geslapen, was daarna alles vergeten wat er gebeurd was. Daarna den geheelen volgenden dag goed. Kreeg eenzelfden toestand bij afwisseling terug. Deze duurde meest 3—5 minuten en trad om de 2 à 3 dagen op. Beschreef zelf deze momenten, alsof daarin tallooze droomen aan haar voorbij gingen.

Tusschen deze momenten in was patiënte niet meer normaal.

Ze kreeg zelfbeschuldigingen. Ging zich o.a. haar vroeger eigen antisemitisme verwijten. Kan geen joodsche namen hooren, omdat deze haar herinneren aan een vroeger haar gedaan onrecht. Had ook schulden gemaakt. Zegt: „ik ben slecht, ik moest maar dood".

Sinds gisteren krijgt patiënte „vieze gedachten", dwangdenkbeelden.

Ook dwangmatige associaties: (tak — kat).

De menschen achtervolgen haar. Meende ook met electriciteit beïnvloed te worden. Meent, dat achter de deur menschen staan te luisteren.

Ziektegeschiedenis:

26-8-'29: Opname. Patiënte loopt uit bed. Gaat in vreemde houdingen op den grond liggen.

27-8-'29. Patiënte heeft rededrang, incohaerentie. Spreekt over de meest uiteenloopende onderwerpen. Ligt af en toe te zingen.

Duidelijk „gesperrt".

28-8-'29. Ligt 't eene oogenblik gewoon met open oogen in bed.

Het andere oogenblik sluit ze de oogen en trekt de dekens over haar gelaat.

Auto-anamnese: Patiënte wijdt uit over allerlei finesses. Spreekt hakkelend. Het is, of ze over bepaalde woorden niet heen kan komen, en andere niet kan vinden. Het blijkt, dat ze zich sterk moet inspannen om naar voren te brengen, wat ze wil zeggen. Haalt de meest uiteenloopende onderwerpen in 't gesprek doorelkaar.

Over 't huwelijk gevraagd: „Ik ben niet in de kerk getrouwd, want mijn man is Israëliet."

De snelheid van opvatting blijkt verminderd te zijn.

Herinnert zich, dat ze opgewonden is geweest.

Zegt sinds een paar dagen niet goed voor haar man te zijn. Ze heeft hem tot stelen aangezet. (Inderdaad heeft hij een reprimande gehad van zijn chef, dat zijn uitgaven te hoog waren.)

Als men patiënte vraagt, wat haar mankeert, zegt ze „hoogmoed".

Begint te huilen: en ik deug niet, ik heb Hare Majesteit nooit beleedigd. (Haar moeder heette Wilhelmina). Ik maak de gemeenste grollen, 't is zoo verschrikkelijk met me, 't is niet te begrijpen.

Incohaerentie van gedachten. Neiging tot depressieve stemming. Het is niet duidelijk of patiënte hallucineert. Zegt zichzelf met electriciteit te beinvloeden.

7-9-'29. Patiënte is nog steeds zeer ziek. Haar gelaatsuitdrukking is vragend depressief. Ze loopt voortdurend uit bed. Maakt indruk van iemand, die strijdt tegen groote moeilijkheden. Kan moeilijk spontaan spreken. „Mangel an Antrieb". Uit zich over 't algemeen in de richting van zondewaandenkbeelden. „Ik ben slecht, ik hoor in de gevangenis".

Zegt veel schulden gemaakt te hebben. Biedt aan, dat men haar voor straf doodt. Heeft zelf den moed er niet toe.

Op veronal lichte subfebriele reactie.

21-9-'29. Het sensorium is ongestoord, blijkend uit 't feit, dat ze opdrachten als handen geven uitvoert. Gedroeg zich gedurende een uur normaal. Verder kijkt patiënte vragend om zich heen.

4-10-'29. Is angstig, geremd, zegt niets.

24-10-'29. St.id. Ging eens in luisterende houding in bed zitten. Barstte af en toe zonder eenig argument daartoe, in lachen uit.

5-1-'30. Patiënte wordt iets rustiger. Heeft nog wel meest een strak gelaat, soms komt er eens een woordje uit. Vroeg in den tuin te mogen. Het eten gaat goed. De remming ligt speciaal op het gebied van het spreken.

16-1-'30. Is depressief, angstig. Doorbreekt een enkelen keer haar remming. Geeft, als ze antwoordt, blijk van goed begrijpen, het antwoord is dan adaequaat. Zegt spontaan, dat ze haar kinderen zou willen zien.

22-1-'30. Sterk depressief en angstig. Zegt, dat ze nooit beter wordt.
Deed een suicidepoging (strangulatie met kleeren).
Tobt ook schijnbaar over de finantieele zijde van haar verblijf hier.
Meent sinds enkele dagen, dat haar familieleden niet meer bestaan.

10-3-'30. Blijft depressief, geremd, „ratlosig". Zegt practisch niets, schudt alleen ja of neen. Eet voldoende.

20-3-'30. Is nog zeer geremd. Gelaatsuitdrukking minder angstig.
Heeft 't gevoel, dat alles om haar heen veranderd is.
Personen hebben geen realiteitswaarde.

4-4-'30. Is iets minder geremd.

16-4-'30. Patiënte is 's morgens nog typisch „ratlosig". Geeft dan practisch geen antwoord. 's Avonds lukt een gesprek. Voor haar gevoel blijkt de wereld geheel veranderd. De personen, die haar bezoeken, zijn de werkelijke personen niet, doen anders aan.

10-5-'30. Patiënte wordt iets actiever.

19-5-'30. Duidelijke vooruitgang. Er komt meermalen een lach over haar gelaat. Spreekt vooral 's avonds. Toont interesse voor haar kinderen.

25-5-'30. Weer actiever dan vorige week.
Vertrok naar haar vader.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar vertrek uit de kliniek, nu reeds elf jaar geleden, is deze patiënte steeds in goeden doen gebleven. Voelt zich na dien tijd zelfs beter, evenwichtiger. Kan zich gemakkelijker door het leven slaan. Spreekt zeer vlot en critisch over haar psychotischen toestand van destijds.

Er ging als het ware een film van haar eigen leven aan haar voorbij.

Voor ze ziek werd, was ze lichamelijk zeer moe en slap, na dien darmkatarrh. Heeft later nogeens een colitis en een furunculose gehad, echter in het geheel geen nadeeligen invloed daarvan op haar psyche ondervonden. Ook niet van de oorlogsdagen.

Ook haar godsdienstig gevoel is na haar psychose dieper geworden; leeft minder oppervlakkig, maar dieper en blijder.

Maakt den indruk van een volkomen volwaardige vrouw.

Samenvatting:

Na een darmkatarrh met koorts krijgt deze patiënte kortdurende oogenblikken (3—5 minuten) van verwardheid met desoriëntatie, om de 2 à 3 dagen, die uitloopen op een psychotischen toestand met zelfbeschuldigingen, zondewaandenkbeelden, neiging tot depressieve stemming, angst, radeloosheid, remming, speciaal in de psychomotoriek, incohaerenten gedachtengang, achtervolgings- en beinvloedingswaandenkbeelden. Ook traden in het begin der psychose dwangdenkbeelden op.

Bij tijden treden de depressie, angst, remming en zelfbeschuldigingsideeën wel sterk naar voren, doch de achtervolgings- en beïnvloedingswaandenkbeelden, de „ratlosigkeit" en het bij tijden gedesoriënteerd zijn (mogelijk tengevolge van haar gevoel, dat de wereld geheel veranderd is), gaan bij deze vrouw, die geen groote schommelingen in het gevoelsleven kende, zelfs boven het beeld van een atypische depressie uit.

Wel is er één hereditair moment in de suicide van haar moeder.

In haar karakter zijn geen degeneratieve trekken aanwezig.

14. Patiënt V. 7.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1899. Ongehuwd. Opgen.: 16 Sept. '29 (29 jaar). Ontsl.: 13 Dec. '29.

Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.
Herediteit: geen hereditaire momenten.
Karakter: stil, eenzelvig, niet egocentrisch, wel godsdienstig, niet leugenachtig, niet wantrouwend, zeer punctueel, bizonder ijverig.
Beroep: klerk (kantoor).
Vroegere neurosen of psychosen: geen.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.
cellen 2/3 per mm^3. Sensibiliteit: borststreek L. en R. hypalgetisch.

Anamnese:
Patiënte is altijd een stille, eenzelvige natuur geweest, wel vroolijk.
Is sinds een dag of 10 erg stil. Deed deze uitdrukking: „God heeft het me nu geopenbaard, alle menschen worden weer zalig."
Sprak ook in dien geest op kantoor.
Ging naar den chef toe en deelde hem mee, dat hij zich met zijn broer moest verzoenen. Haspelt alles dooreen. Komt niet tot rust. Klaagt niet. Hoort geen stemmen. Ziet geen gezichten — heeft geen zondewaandenkbeelden.
Geen aphonie en flauwten in de anamnese.
Heeft nooit laten merken, dat ze moeilijkheden had, of ergens tegenopzag. Klaagde nooit.
Heeft sinds 5 weken: hoofdpijn, gevoel van band om 't hoofd.
Is 10 jaar geleden stiller geworden nadat iemand, met wie ze relatie had, zich verloofde met een ander. Heeft kort geleden een reis naar Lugano gemaakt en is toen door een verloofd man het hof gemaakt.
Deed haar werk tot 't laatst toe goed.
Spreekt nu voortdurend: „Laten we toch oprecht zijn tegenover elkander".

Ziektegeschiedenis:
16-9-'29. Opname: Auto-anamnese: Op een vraag, wanneer ze ziek geworden is, uit patiënte zich aldus: „In 't paradijs, in Zwitserland ben ik geweest, daar vond ik het zoo schitterend mooi; mag moeder Maria me nu liefhebben, met haar heele verstand, met haar onverstand, bedoel ik.
„Ik ben in 't paradijs geweest, d.i. Zwitserland, daar is de verzoeking gekomen."
Neemt goed waar, wat er om haar heen gebeurt.
„Ik ben vreeselijk moe". „Ik heb altijd gevoeld, dat de mannen me lief vonden en de meisjes hadden een hekel aan me".
„Ik wil alleen mijn hoofdje buigen en mijn handjes vouwen en mijn knietjes buigen en een band vinden met mijnheer L.".
Hoort U stemmen?" „Ja, van moeder Maria. Ik heb ze gehoord in Zwitserland en Duitschland. In de Duitsche taal. In de geest van moeder Maria.
Ze vindt het blonde meisje ook zoo aardig, het meisje dat met de mannen speelt".
Patiënte spreekt monotoon, meest woord voor woord.
Antwoordt correct op vragen, al zijn ze er vaak naast.
Heeft nogal eens klankassociaties: kind — kindje in de kribbe — doktertje — duikelaartje.
Heeft inadaequaat affect.
24-9-'29. Zegt niets meer voor kantoor te voelen. Zou veel liever zangeres worden. Zegt gauw in extase te zijn. Zegt de laatste weken erg droomerig geweest te zijn, sliep slecht.
Herinnert zich veel dingen, uit den tijd van haar opname niet meer.
Weet ook niet goed, welke dag het is. Was te voren ook gedesoriënteerd.
1-10-'29. Doet nog erg vreemd. Wil medicus voortdurend om hals vallen.
In 't algemeen zeer erotisch. Als men haar daarop wijst, bekent ze, dat 't zoo ook niet hoort. Soms inadaequaat affect.
8-10-'29. Patiënte is onrustig. Heeft in 't spreken neiging tot het sprookjesachtige. Zag, toen ze naar de kliniek ging, veel bloemen met een mijlpaal. De mijlpaal vatte ze op als een symbool van een verandering in haar leven.

22-10-'29. Alleen rustig met sedativa. Staat eenigszins radeloos tegenover de gebeurtenissen.

29-10-'29. Blijft onverwachts en vreemd in optreden. Wel goed aanspreekbaar. 't Affect maakt een leegen indruk. Is lusteloos.

13-11-'29. Is soms heftig. „Ik wil heelemaal gezond worden en niet op 29 jr. leeftijd oud zijn".

Vindt alles vreemd.

Hoort meer dan eens stemmen.

Gedraagt zich soms „hautain". „'t Lijkt me, dat zooveel geheimzinnige dingen gebeurd zijn buiten mij hier".

Voelt zich erg moedeloos. Had dat ook al een tijd voor ze in de kliniek kwam. Wil geen half mensch zijn. Had ook wel eens 't gevoel, of ze zwevende was. Spreekt over belevingen onder invloed van een ander.

„Waarom brachten ze me ook telkens in verzoeking?"

„„Wat?"" „Nou, 't plafond scheurde en ik hoorde allerlei vreeselijke dingen."

20-11-'29. Meestal stil autistisch, ineengekrompen in bed.

Soms plotseling heftig. „Waarom gelooft U me niet?

27-11-'29. Spreekt vaak op puerielen toon. Doet naïeve vragen.

Zegt, dat ze graag wat verstandiger wil zijn.

11-12-'29. Lichtelijk gemaniereerd. Spreekt soms zeer geaffecteerd.

Doorgaans autistisch.

13-12-'29. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Diagnose: Schizophrenie.

In 't begin: in zich zelf gekeerd, eet spontaan niet, spreekt weinig en op gemaniereerden toon. Is licht stuporeus.

Gaat langzaam aan meer belang stellen in haar omgeving.

19-2-'30: met proefverlof naar huis.

28-3-'30. hersteld ontslagen.

Katamnestisch onderzoek:

Na een verpleging van drie maanden in de Valeriuskliniek werd patiënte overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting, vanwaar ze reeds na twee maanden met proefverlof naar huis vertrok, om een maand later hersteld te worden ontslagen. Ze heeft spoedig daarna haar arbeid als ambtenares op een centrale boekhouding weer hervat en is thans reeds weer 12 jaar in staat geweest, zonder eenige psychische stoornis, haar werk te verrichten.

Patiënte heeft in de oorlogsdagen veel meegemaakt. Heeft dit alles rustig kunnen verwerken.

Samenvatting:

Aan het uitbreken van de psychose bij deze patiënte gingen enkele weken vooraf, waarin ze last had van hoofdpijn, slapeloosheid en moe was. Ook schijnt ze moeilijkheden op erotisch gebied te verwerken gehad te hebben. Het kantoorleven bevredigde haar voorts niet.

Dan ontstaat een psychotische toestand met openbaringen, inadaequate affecten, hallucinaties, afbraakbelevingen (het plafond scheurde), psychomotorische onrust, radeloosheid, onverwacht optreden, autisme, gemaniereerdheid. Patiënte gedraagt zich vaak infantiel, pueriel, is soms geaffecteerd. De begeerte gezond te worden is sterk aanwezig: „Ik wil heelemaal gezond worden". Werd in het begin van haar ziekte aan een hysterische psychose gedacht, later werd de mogelijkheid van een dementia-praecox overwogen. Toch werd patiënte als degeneratiepsychose uitgeboekt.

Het psychotisch beeld maakte in de psychiatrische inrichting ook den indruk van een schizophreen beeld. Patiënte herstelde zich echter snel en werd tenslotte hersteld ontslagen. Reeds 12 jaar kan ze zich daarna, geheel hersteld en berekend voor haar taak, handhaven.

Hereditaire momenten zijn niet aanwezig. Ook geen degeneratieve karaktertrekken.

15. Patiënt V. 8.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1877. Gehuwd. Geen kinderen. Opgen.: 19 Dec. '29. (52 jaar). Ontsl: 20 October '30. Vertrok naar huis.

Herediteit: S.p. Krankzinnig.

Karakter: Zwaartillend, bij tijden ook opgeruimd, niet wantrouwend, niet leugenachtig, niet eenzelvig, godsdienstig, zeer ijverig, ondernemend, scrupuleus.

Intellect: goed. Is 10 jaar onderwijzeres geweest.

Vroegere neurosen of psychosen: in 1914 gedurende 5 maanden.

Somatisch onderzoek: Sensibiliteit: hypalgesie over geheele lichaam. Sterke vasomotorische reacties. Sinds *2 jaar amenorrhoe.* Na buikoperatie. Torticollis naar Links.

Anamnese:

In 1914 is patiënte gedurende een paar jaar moedeloos en depressief geweest. Gedurende 5 maanden werd ze hiervoor in een ziekenhuis verpleegd. Er was toen een psychisch provoceerend moment. Patiënte had hard gestudeerd (M.O.-acte), huwde met een O.I. ambtenaar. Deze werd op de reis naar Indië reeds afgekeurd. Na 2 jaar is patiënte met energie begonnen een school voor handelscorrespondentie op te zetten. Eind 1928 (patiënte was toen 51 jaar) openbaarden zich bij patiënte de eerste verschijnselen van deze ziekte: angst, achterdocht. Dacht, dat de menschen haar vervolgden. Deze verschijnselen duurden toen maar kort. Hield wel 't idée, dat ze de straat niet over kon steken, dat ze altijd al had.

Gaf met haar man weer lessen in handelscorrespondentie.

Het huis werd echter verkocht en zoo moest er een einde aan die lessen komen. Patiënte heeft daarover veel getobd. Heeft daarna in 't buitenland haar man en zuster moeten verplegen. Was afgetobd, toen het tijd werd terug te gaan. Na terugkeer ontwikkelden zich een sterke onrust en imperatieve hallucinaties, patiënte begon slecht te slapen. Vertelde 's nachts lastig gevallen te worden door een man. Is sinds een paar weken ineengedoken gaan zitten. Wil de laatste vier weken niet meer eten. At uit principe nooit vleesch.

Heeft amenorrhoe sinds een buikoperatie vóór 2 jaar.

Ziektegeschiedenis:

19-12-'29. Opname. Vertelt veel moeilijkheden in 't leven gehad te hebben, hard gewerkt te hebben.

Vraagt steeds, of ze iets verkeerds gedaan heeft. Weet waar ze is.

28-12-'29. Patiënte maakt geremden, hoewel weinig depressieven indruk. Antwoordt nauwelijks verstaanbaar, met weinig woorden. Vertoont nagenoeg geen mimiek. Ligt met de oogen gesloten.

5-1-'30. Patiënte wordt 2× per dag op stoel gezet. Zegt weinig of niets.

7-2-'30. Reageert weinig of niet op aanspreken. Doet geheel denken aan een katatonen toestand. Wordt 2× daags kunstmatig gevoed.

24-2-'30. Verkeert in denzelfden katatonen toestand.

Haar gelaatsuitdrukking verraadt vaak een sterk inwendig geestelijk leven.

13-3-'30. Spreekt geen woord. Armen liggen passief naast romp. Laat zich zonder eenigen weerstand voeden.

16-4-'30. Is mutistisch. Wordt kunstmatig gevoed.

5-'30. Heeft hooge Temp. (erysipelas).

6-'30. Is weer koortsvrij. Moet nog steeds gevoed worden. Zegt nog niets.

2-7-'30. Is nog steeds stuporeus.

28-7-'30. Kan nu 's morgens en 's middags opstaan. Loopt voorzichtig met kleine schuifelende pasjes. 't Geheel maakt een overdreven aanstellerigen

indruk. Houdt het hoofd steeds scheef. Salivatie uit L. mondhoek. Eet nu zelf. Spreekt, na vragen, op een gemaakte kinderlijke wijze.

7-8-'30. Patiënte loopt met schuifelende pasjes. Doet theatraal. Breit 6 steken per uur en laat de meeste steken vallen. Spreekt op een hoogen kinderlijken toon. Heeft een sterke salivatie.

12-8-'30. Vraagt weer met de slang gevoed te mogen worden.

24-9-'30. Is weer zeer geremd. Zegt niets. Kan met moeite tot loopen bewogen worden. Heeft een torticollis naar L. Sterke salivatie. 300 c.c. per dag. Moet gevoerd worden.

15-10-'30. Tijdens onderzoek blijft de speekselvloed uit. Haar gezicht vertoont weinig mimiek. Patiënte volgt bevelen direct op. Op vragen, hoelang bent U hier: „Ik weet het niet".

Eenvoudige rekensommetjes kan ze maken — moeilijke niet.

De inprenting is niet gestoord.

Patiënte is wel georiënteerd ten opzichte van den dag, niet ten opzichte van de maand en het jaar.

Maakt een suffen indruk. Is wel aanspreekbaar.

Hoe voelt U zich: „Weet het niet".

17-10-'30. Speeksel bevat in 't geheel geen broom.

20-10-'30. Patiënte vertrekt naar huis.

Katamnestisch onderzoek:

Deze patiënte blijkt voortdurend lijdende te zijn gebleven, al was opname in een inrichting de laatste jaren niet meer noodzakelijk .

Is in 1933 gedurende een goed jaar in een psychiatrische inrichting opgenomen geweest.

Uit de aanteekeningen dier inrichting:

Patiënte was mutistisch en autistisch. At meestal wel spontaan. Volgde ook wel bevelen op. Meestal passief. Begint tegen 't einde der verpleging wel eens wat uit zich zelf te doen. Toont weinig belangstelling. Geen dementieverschijnselen. Diagnose: Involutiepsychose.

Patiënte is na dien tijd of bij een verpleegster thuis geweest of kon thuis blijven, al of niet met een verpleegster.

Geruimen tijd is patiënte mutistisch geweest.

De laatste jaren spreekt zij weer en neemt deel aan een gesprek. Is zich langzaam aan weer gaan aanpassen. Verstelt haar eigen kleeren. Neemt waar, wat er om haar heen gebeurt. Heeft nog wel weinig initiatief. Van depressieve verschijnselen niets te bemerken. Is niet achterdochtig meer. Niet versuft.

Samenvatting:

In 1914 werd patiënte gedurende 5 maanden in een ziekenhuis verpleegd wegens een depressieven toestand.

In 1928 (op 51 jarigen leeftijd) openbaarden zich bij haar de eerste verschijnselen van dezen psychotischen toestand: angst en achterdocht. Er ontwikkelde zich een psychotisch beeld met katatone verschijnselen, voedselweigering, mutisme met daarnaast theatraal en pueriel gedrag. Twee jaar voor het uitbreken dezer verschijnselen ontstond na een buikoperatie amenorrhoe. Na eenige aarzeling werd in de Valeriuskliniek bij deze patiënte de diagnose gesteld op „degeneratiepsychose". In het beeld zelf stonden de katatone verschijnselen op den voorgrond. Merkwaardig was de speekselvloed. Hoewel de patiënte den indruk maakt autistisch te zijn, was behoorlijk contact nog mogelijk, weshalve de diagnose „schizophrenie" verworpen werd.

Ook het verdere verloop wijst er op, dat, met name de laatste jaren, er eerder van een langzaam herstel, dan van een dementie sprake is, We meenen dat in dit geval indertijd te weinig aandacht is geschonken aan de twee jaar voor het uitbreken der psychose ontstane plotselinge amenorrhoe, na een buikoperatie. De factor van het kunstmatig climacterium zouden we hier als hoofdrol willen aanmerken en deze psychose niet als een degeneratie- maar

als een climacteriumpsychose c.q. involutiepsychose willen qualificeeren.
Eén hereditair moment is aantoonbaar.
Duidelijk naar voren tredende degeneratieve karaktertrekken zijn er niet.

16. Patiënt V. 10.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1913. Ongehuwd. Opgen.: 24 Sept. '30. Ontsl.: 18 Oct. '30.
Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.
Herediteit: geen psychosen.
P. en M. verwaarloosden kinderen.
P. potator.
Eén S. zou een slecht leven leiden. Overige kinderen gedragen zich goed.
Karakter: vriendelijk, spraakzaam, niet eenzelvig, oppassend, gehoorzaam, wel wantrouwend.
Intellect: Kon slecht leeren.
Vroegere neurosen of psychosen: geen.
Habitus: pycnisch.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.
cellen: 1/3 per mm³.

Anamnese:
Patiënte ging op 10 jr. leeftijd naar een stichting voor verwaarloosde kinderen. Was van 14—16 jr. in betrekking. Deed daar met de kinderen ongeoorloofde dingen. Werd weer in de stichting opgenomen.
3 maanden geleden (was 17½ jr.) kreeg patiënte 's nachts een angstaanval. Was bang, dat ze dood zou gaan en in de hel zou komen. Steeds had ze het over een jongen, waarmee ze een verhouding had, en die ze den laatsten tijd niet meer zag. Ze werd den laatsten tijd prikkelbaar en had vaak ruzie.
Kreeg 14 dagen geleden weer een aanval. Was bang, dat de wereld zou vergaan. Hallucineerde. Hoorde stemmen van gestorven familieleden. Wilde het Evangelie gaan verkondigen en de kikkers in de sloot bekeeren. Vraagt steeds of haar jongen niet dood is. Sliep slecht.

Ziektegeschiedenis:
24-9-'30. Opname. Patiënte verkeerde in een euphore stemming. Zegt, dat ze haar jongen wil zien. Vertelt met een lachend gezicht, dat ze angstig geweest is voor den duivel.
25-9-'30. Kan 't niet langer uithouden. Wil haar broers en jongen zien. Lamenteert. Is angstig voor den dood. Is bang, dat haar jongen dood is. Piekert over haar zuster, die een slecht leven leidt. Wil zelf geen slecht leven leiden. Dacht, dat de wereld zou vergaan, omdat haar jongen niet weerkwam. Dacht, dat hij vergaan was.
Op een nacht heeft ze gehoord van haar overleden moeder, dat die in den hemel was. Zag vlammen en beenderen van den duivel. Ze zei tot hem, dat ze hem niet wilde dienen. Hoorde de honden blaffen en de koeien loeien, dat beteekende, dat de wereld zou vergaan. Zag de buitenwereld veranderd. Dacht, dat ze sterven moest, omdat ze zooveel zonden had gedaan.
29-9-'30. Wat manische stemming. Zegt zich gelukkig te gevoelen, nu ze weet, dat haar jongen leeft. De moeder van hem heeft ze gezien op de vleugels van de wolken. Spreekt van haar „vuile gedachten", die worden haar ingegeven door den duivel.
Een tante van haar deed altijd vieze dingen met haar, dat komt haar nu in gedachten. Ze zullen haar niet verleiden. Ze is een kind van God. Ze moet de smarten van dit land dragen. Spreekt over: „mijn volk".
Ze beschouwt haar zonden als een erfenis van haar grootouders, van wie ze leelijke dingen zag. Ze wil het zoo niet meer.
Zit voortdurend te huilen, als ze dit vertelt.

1-10-'30. Is afwisselend euphoor, licht erotisch en depressief, afhankelijk van tijdelijke waandenkbeelden en hallucinaties.

Patiënte maakt geregeld haar mond schoon. Moet de zonden uit haar mond wasschen. Zal saam met haar jongen het Evangelie verkondigen.

2-10-'30. Ze gevoelt zich gelukkig, is een kind van God. De duivel komt nog wel eens om haar te verleiden, maar ze weet weerstand te bieden.

Patiënte vertoont rededrang, waarbij ze voortdurend gehoorshallucinaties heeft, waarin ze hoort zeggen: „je moet dood" en „sterf".

Heeft in haar hallucinaties haar jongen gezien; hij zag er veranderd uit. Maakt stereotype bewegingen (buigt met het voorhoofd meermalen op tafel).

8-10-'30. Er is weinig contact met haar te krijgen. Gaat op in haar belevingen. Patiënte hallucineert vrij sterk. Is motorisch onrustig. Wanneer patiënte vastgelegd wordt, denkt ze in 't graf te liggen.

Heeft gezichts- en gehoorshallucinaties.

Spreekt voortdurend op monotone wijze wartaal, barst af en toe hevig in schreien uit. Vertoont duidelijke „Befehlsautomatie", eenige katatonie.

Inadaequaat affect.

Patiënte is wel voor indrukken vatbaar, maar verwerkt die in haar autistische sfeer. Is sterk geïntroverteerd, maar maniakaal in haar gedrag.
Is ook paranoïd ingesteld. Iedereen wil haar kwaad doen, laat haar smarten lijden. Neemt allerlei vreemde houdingen aan. Bij depressieve uitlatingen is geen traan te zien, hoewel ze wel de mimiek en 't geluid van schreien maakt.

Is goed georiënteerd. Haar inprenting is vrij slecht.

De algemeene en schoolkennis is vrij slecht.

18-10-'30. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

1e keer verpleegd van 18 Oct. '30—30 Sept. '31.

In 't begin: Schijnt te hallucineeren, roept verschillende namen, spreekt daartegen. Ontkleedt zich. Lacht en huilt tegelijk. Spreekt onsamenhangende woorden. Is overwegend depressief, maar heeft soms lachbuien. Blijft druk en verward. Zingt en praat veel. Soms boos en aggressief.

April '31: Blijft druk, beweeglijk, afleidbaar.

Is kinderachtig, zwak van begrip en oordeel.

Blijft wisselend van stemming. Over 't algemeen te druk. Is aanstellerig, erotisch en vertoont moreele defecten, werd o.a. betrapt te stelen.

30 Sept. '31: Met proefverlof terug naar de stichting voor verwaarloosde kinderen.

2e keer verpleegd van 17 Mei '32—heden.

17 Mei: Patiënte werd opnieuw opgenomen. Begon weer verward te spreken, lag veel te bidden, werd opgewonden en druk.

Bij opname is patiënte druk en verward. Geeft af en toe goed antwoord. Spreekt zonder onderling verband. Huilt en lacht. Schijnt te hallucineeren. Is plaagzuchtig.

Oct.: Blijft verward in haar spreken. Is ondeugend en plaagzuchtig.

1933: Werkt geregeld onder leiding. Is brutaal en prikkelbaar.

Heeft weinig oordeel en begrip.

1934: Stal geld van een zuster. Versnoepte dit.

Weinig begrip en oordeel. Is wat achterlijk.

Onverschillig en brutaal.

1935: Onder goede leiding gewillig. Zeer suggestiebel.

1936: Blijft onevenwichtig. Patiënte liegt en is brutaal.

Is spoedig te doorzien vanwege haar achterlijkheid en kinderlijkheid. Wordt geplaatst in gezinsverpleging.

Diagnose: debilitas mentis.

1937: St. id.

1938: Is uiterlijk vriendelijk en gewillig. Is echter onbetrouwbaar en leugenachtig.

1939: St. id.

1940: Kan niet langer in gezinsverpleging blijven wegens intiemen omgang met manlijken patiënt. Stijfhoofdig, stiekum.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte kan na een jaar verpleegd te zijn geweest uit de psychiatrische inrichting vertrekken. Moet echter na 8 maanden aldaar opnieuw worden opgenomen, omdat ze weer in een psychotischen toestand kwam, waarin patiënte verward, opgewonden en druk was, sterke stemmingswisselingen had, brutaal en prikkelbaar was en scheen te hallucineeren. In de tijden dat de psychotische verschijnselen van patiënte tot rust zijn gekomen blijkt haar psychopathische karakter in onbetrouwbaarheid, leugenachtigheid, sterke suggestibiliteit, sexueele ontremming. Bovendien heeft patiënte een vrij slechte inprenting en schoolkennis. Er is mede een debilitas mentis aanwezig. Wordt nog in een psychiatrische inrichting verpleegd.

Samenvatting:

Dit meisje werd door haar ouders verwaarloosd. Ze bleef twee maal op de lagere school zitten. Deed in haar jeugd reeds ongeoorloofde handelingen met andere kinderen. Verkeert twee maal in een psychotischen toestand met sterke affectlabiliteit, echter overwegend euphore stemming, met soms aanduiding van geluksbelevingen. Hallucineert sterk, hoort stemmen en ziet visioenen, vlammen en den duivel. Ziet de buitenwereld veranderd. Is bang dat de wereld zal vergaan. Gaat op in haar belevingen.

Meent geroepen te zijn het evangelie te verkondigen. Is motorisch onrustig. Heeft stereotype bewegingen.

Is ook paranoïd ingesteld. In den tijd buiten de psychotische perioden vertoont patiënte moreele defecten.

Hoewel deze patiënte nog gedurig in een psychiatrische inrichting wordt verpleegd, al dan niet in gezinsverpleging, vanwege haar onsociaal gedrag, meenen we haar toch tot de periodische toestanden te moeten rekenen, wat haar psychose betreft.

Als hereditaire momenten moeten worden genoemd, al komen er geen in een inrichting verpleegde psychotische patiënten in de familie voor, de ontaarding der ouders, die hun vier kinderen geheel verwaarloosden en het feit, dat de vader potator was.

17. Patiënt V. 12.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1880. Gehuwd. 1 kind, opgen.: 3 April '31 (50 jaar). Ontsl.: 11 Mei '31. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: f. verpleegd in psychiatrische inrichting. (hebephrenie).

Karakter: opvliegend, jaloersch, achterdochtig, opgewekt, vlug, ordelijk en netjes, heerschzuchtig, wilskrachtig, eerzuchtig, laatsten tijd godsdienstig.

Intellect: matig, was gauw afgeleid.

Vroegere neurosen en psychosen: Van 7 Nov. '29—74 Nov. '29 geobserveerd in een kliniek.

Uit aanteekeningen der kliniek:

Een week voor de opname wist patiënte op straat plotseling niet waar ze was. Heeft nooit toevallen gehad. Is nooit bewusteloos geweest. Kon 's nachts niet slapen. Kreeg visioenen. Zag muizen en ratten loopen. Meende een vieze lucht te ruiken. Dacht, dat er op den muur getikt werd. Meende vergiftigd te worden. Was zeer achterdochtig tegenover haar man.

Was goed georiënteerd. Geen inprentingsstoornissen. Geen stoornissen in het intellect. Het affect is eigenaardig opgewekt. Patiënte is vrij sterk prikkelbaar. Heeft geen ziektegevoel of ziekteïnzicht. Spreekt gedurig. Dwaalt bij het spreken af. De aandacht is wel te trekken en te fixeeren, doch patiënte is tamelijk verhoogd uitwendig afleidbaar.

Diagnose: hypomanie?

Habitus: athletisch.
Somatisch onderzoek: Wa. bloed en liquor 0.2.
S.G. bloed en liquor 0. Pandy neg. Bloeddruk 150/85.
Geen afwijkingen.

Anamnese:
Voor 2 jaar liep patiënte te wandelen en wist plotseling niet waar ze was. Haar gedachten waren even weg. Heeft dat daarna meer gehad.
In Nov. '29 kreeg patiënte slapelooze nachten, werd achterdochtig, dacht dat haar man vergif in 't eten deed. Had een hekel aan haar man. Meende dat er menschen op straat steeds naar haar keken.
Hallucineerde niet. Werd een week in een kliniek opgenomen.
Een maand later beleefde ze opnieuw een dergelijken toestand gedurende 4 à 5 dagen. Was voorts tot Oct. '30 in goeden doen. Kreeg toen weer dezelfde paranoïde gedachten. Dit duurde tot Febr. '31. Dacht, dat de menschen bij haar in huis keken. Wantrouwde haar man.
Was in Febr. weer enkele weken goed.
Eind Febr. opnieuw dezelfde toestand. Begint met slecht slapen. Loopt uit bed. Heeft geen ziekteïnzicht. Meent, dat haar man eerder in 't ziekenhuis hoort. Zat de laatste paar jaar veel in den Bijbel te lezen. Werd steeds stiller. Menstruatie meestal geregeld. In dien tijd 't meest prikkelbaar.

Ziektegeschiedenis:
3-4-'31. Opname: Patiënte is rustig, goed georiënteerd. Er is goed contact met haar te krijgen. Reageert adaequaat. Geeft rustig antwoord.
7-4-'31. Beweert nooit wegrakingen te hebben gehad. Haar man kan dat wel verteld hebben, maar die hangt van leugens aan elkaar. Geraakt in heftig affect, als ze over haar man spreekt; praat eenigszins theatraal.
Ze heeft 4 jaar geleden een liefdesgeschiedenis gehad met haar zwager. Dat kan haar man haar niet vergeven. Hij dreigde cyaankali in 't eten te zullen doen.
Tot die liefdesgeschiedenis leende ze zich uit wraak, omdat ze de achting niet had van de familie van haar man.
Er was standsverschil.
Patiënte hoort geen stemmen.
In haar gebed ziet ze God, ziet Hem in de wolken, in een blauw kleed; zijn oogen zien haar aan; zijn handen ziet ze 't meest, die geven haar aan, hoe ze de handen vouwen moet. Haar mankeert niets. Vorbei-reden. Stemming hypomaan. Zegt wel door 't een en ander bewerkt te worden, in den geest.
8-4-'31. Wil de andere patiënten opschrijven als getuigen voor haar echtscheidingsproces. Loopt soms 't bed uit, ontkleedt zich dan, gebruikt minder nette woorden. Patiënte is moeilijk bij 't onderwerp te houden. Barst soms zonder reden in lachen uit. Ligt veel met 't hoofd onder de dekens.
Zag 2× een slang. Ook voelde ze eens, dat ze zelf een slang was, want ze zette uit en kromp weer ineen. Vertelt dit met adaequaat affect. Heeft geen ziektegevoel. Weet bij 't spreken soms telkens niet, waar ze gebleven is. Patiënte is soms sterk afleidbaar. (bewustzijnsinzinkingen?)
26-4-'31. Is zeer heftig tegen haar man. Zou hem kunnen doorsteken.
Is hypomaan. Ligt soms in bed te zingen. Wascht gedurig haar genitaliën. Spreekt op luiden theatralen toon.
6-5-'31. Stemming is euphoor. Ligt soms wat te zingen. Paranoïdie tegenover man blijft. Ook de visioenen bij 't bidden.
11-5-'31. Soms luidruchtig en bizar. Soms stil onder de dekens.
Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Mei '31. Gedachtengang verward en onsamenhangend.
Neemt vaak een demonstratieve houding aan. Gebruikt eigenaardige zinswendingen en verheven theatrale uitdrukkingen.

Is druk hypomaan gestemd.
Gewild demonstratief gedrag.
Bij eenigszins langer contact blijkt telkens weer de verwarde gedachtengang.
Juli '31. Doet gemaniereerd.
Aug. '31. Proefverlof mislukt. Deed thuis dwaas en pathetisch.
Blijft bij dieper contact verward in haar optreden.
Sept. '31. Rustiger en evenwichtiger. Poogt in 't geheel niet meer interessant te doen. Gedraagt zich volkomen goed en onopvallend. Schrijft geordende brieven.
11 Oct. '31. Opnieuw proefverlof.
25 Oct. '31. Gunstige berichten.
18 Nov. '31. Verbeterd ontslagen.
Diagnose: Schizophrenie? (degeneratiepsychose?)

Katamnestisch onderzoek:

Na haar ontslag uit de psychiatrische inrichting, waar patiënte einde 1931 verbeterd werd ontslagen, is zij nog 4 keer opgenomen geweest in een kliniek en wel:

in 1933:	2 weken,	diagnose:	manisch-depressieve psychose.
in 1934:	1 maand,	„	schizophrenie (dem. paranoïdes).
in 1935:	1 maand,	„	schizophrenie.
in 1939:	2 weken,	„	schizophrenie.

Uit aanteekeningen der kliniek 1933:
Patiënte is zeer snel afleidbaar, opgewonden, gemaniereerd, spreekt indecente taal; praat druk, nogal monotoon. Het affect is koud, onverschillig hautain. Geëxalteerd. Vertrekt tegen advies naar huis.

Uit aanteekeningen 1934:
Heeft sterken spreekdrang. Spreekt geaffecteerd. Grimasseert soms. Is duidelijk inwendig afleidbaar. Mist ieder ziekteïnzicht. Is goed georiënteerd in tijd en plaats. Scheldt op haar man. Is wantrouwend tegenover hem ingesteld. Schijnt duidelijk te hallucineeren. Naast manische invoelbare gedachtensprongen, plotseling volkomen incohaerent. Oninvoelbare gelaatsexpressies. Affectief vaak moeilijk aanspreekbaar.

Uit aanteekeningen 1935:
Is bij opname zeer druk. Praat en schreeuwt voortdurend. Men krijgt bij haar rededrang meer den indruk van een incohaerentie dan van een gedachtenvlucht. Meent, dat haar man ontrouw is. Aan den spreekdrang paart zich zoo goed als geen bewegingsdrang, een typische afleidbaarheid is er niet.
Er is geen behoorlijk affectief rapport te krijgen. Hallucineert op gehoor en gezicht. Voelt zich gelukkig. Is rustig, als ze alleen gelaten wordt. Heeft steeds denzelfden, dommen stereotypen, nietszeggenden glimlach.
Ontspoort bij haar verhalen. Uit neologismen.
Wordt tegen advies, op verzoek van haar man ontslagen.

Uit aanteekeningen 1939:
Vier jaar is het vrij goed gegaan. Hoort stemmen, waartegen ze terugpraat en waarin ze opgaat. Ruikt gas, dat van de buren beneden komt. Maakt heftig ruzie met de buren. Meent, dat haar geld ontnomen is. Is zeer wantrouwend. Kleedt zich eigenaardig. Begint liederlijke taal te spreken. Meent dat op haar lichaam wordt ingewerkt. Tijdens haar opname hallucineert patiënte sterk, heeft een incohaerenten gedachtengang en decorumverlies, neologismen. De diagnose wordt ook nu (evenals in 1934 en 1935) op schizophrenie gesteld met manisch-depressieve trekken, die in verband met haar pycnischen habitus verklaarbaar zijn.
Vertrekt, rustiger geworden, naar huis.

Bij ons nader katamnestisch onderzoek blijkt, dat ze zich thuis net kan handhaven, doch lang niet als genezen wordt beschouwd.

Ze mist alle ziekteïnzicht, beschouwt al haar opnamen gedaan uit wraakgevoelens, heeft thuis opstandige buien. In de perioden tusschen de diverse opnamen is patiënte nooit geheel volwaardig geweest.

Samenvatting:

Bij deze vrouw, die wel een wantrouwend, jaloersch karakter had, doch vóór haar 48e jaar geen psychose doormaakte, komt sinds dien tijd 6 keer een psychotische toestand voor, waaruit zij zich vrij snel dermate herstelde, dat ze weer ontslagen kon worden. In de tusschenperioden bleek ze echter nooit geheel hersteld, zoodat we genoodzaakt worden haar psychose wel als één geheel te zien.

Tijdens haar opname in de Valeriuskliniek was ook reeds een duidelijke, niet corrigeerbare, paranoïdie tegenover haar man aanwezig. De sterke afleidbaarheid, de rededrang, de hypomane stemming, de visionaire belevingen en theatrale gedragingen waren factoren om haar toestandsbeeld toen niet als van schizophrenen aard te duiden.

De sterke paranoïdie, vergiftigingsideeën, de aggressiviteit, de reuk- en gehoorshallucinaties, het decorumverlies waren toen ook echter al in sterke mate aanwezig. In de psychiatrische inrichting, waarheen patiënte uit de kliniek vertrok, stelde men, na een observatie van een half jaar, dan ook naast de diagnose: „degeneratiepsychose", die van schizophrenie.

Bij haar volgende opname in een kliniek overwoog het manische symptomenbeeld nog zoo sterk, dat men haar nog als een lijderes aan manisch-depressieve psychose beschouwde.

Bij de daarop volgende drie opnamen werd het zich ontwikkelende schizophrene beeld duidelijker en werd patiënte dan ook als een schizophrene onderkend met manisch-depressieve trekken, die in verband met haar habitus verklaarbaar zijn.

Een broer van patiënte wordt als hebephreen verpleegd.

18. Patiënt V. 13.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1891. Ongehuwd. Opgen. 29 Mei '31 (40 jaar). Ontsl.: 22 Jan. '32. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: geen hereditaire momenten.

Karakter: druk, gejaagd, netjes en ordelijk, medelijdend, fijngevoelig, godsdienstig.

Intellect: goed.

Beroep: verpleegster.

Vroegere neurosen of psychosen: geen. Zou thuis wel eens sub-maniakaal geweest zijn.

Habitus: onduidelijk.

Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. van bloed en liquor: neg. Nonne neg. Pandy neg. Celgehalte: 2/3 per mm^3. Ureumgehalte bloed 0.37‰. Bloeddruk 125/90. Geen afwijkingen.

Anamnese:

Sinds 14 dagen klaagde patiënte over slapeloosheid, onrust en angst. Patiënte zou voorts suicideneigingen hebben. Is bij tijden depressief. Is vroeger wel eens maniakaal geweest. Haar intellect is goed gebleven.

Bij tijden zou patiënte thans ziekteïnzicht hebben. Ze meent, dat ze de duivel is. Heeft geen hallucinaties, geen visioenen, geen beïnvloedingsideeën, geen paranoïde denkbeelden. Wel zondewaandenkbeelden.

Meent haar vader te kort gedaan te hebben en er de schuld van te zijn, dat de zaken van haar broer achteruitgaan.

Voor ± 3 jaar een zuster overleden bij de geboorte van een kindje. Heeft dat nooit goed kunnen verwerken. Tobde daar lang over. Het werd destijds voor haar een religieus conflict. Ze kan geen onrecht zien in de wereld. Is na 't sterfgeval van haar zuster meer godsdienstig geworden.

Praatte er echter niet veel over.

Voor haar opname was patiënte 5 dagen als vacantiezuster elders werkzaam. Kwam overspannen thuis, kon niet slapen. Had een angstgevoel.

De laatste paar dagen zit patiënte thuis druk te praten.

Ziektegeschiedenis:

29-5-'31. Opname: Patiënte is bij opname vrij rustig. Is depressief gestemd. Overdreven in haar uitingen bij het afscheid nemen. Begint 's nachts heftig te schreeuwen, dat ze de duivel is. Praat druk. Beweert de duivel te zijn, dan weer dat ze God is en dat ze lachend naar God zal gaan. Steekt op een zeker moment de handen omhoog en zegt tegen de zuster dat ze kataleptisch is. Is zeer onrustig, aggressief tegen de zuster, trekt haar aan de haren en scheurt de kleeren stuk. Deed dit op vrij geraffineerde wijze, maakte den indruk zich dit vrij goed bewust te zijn.

Bij tusschenpoozen wat rustiger. Blijkt dan goed georiënteerd, geeft juiste antwoorden. Doet grijpbewegingen om haar heen en vraagt of men niet bang voor haar is. Ligt soms in knielende houding in bed. Is theatraal in haar uitdrukkingen. Maakt niet den indruk te hallucineeren.

2-6-'31. Is nog steeds zeer druk. Komt telkens uit bed. Gaat op den grond liggen. Roept vnl. 's nachts herhaaldelijk, dat ze de duivel is en roept om haar „vadertje". Ligt lachende te roepen: „lachende, lachende gaan we naar God". Zegt dan, dat ze God is. Herkent zusters en dokters. Is monotoon in haar uitdrukkingen.

Eet niet. Wordt kunstmatig gevoed. Werkt hierbij erg tegen.

9-6-'31. Geen verandering. Herhaalt steeds dezelfde uitdrukkingen. Er is contact met patiënte mogelijk. Ligt soms in zichzelf te lachen. Ligt af en toe nog luid te schreeuwen.

17-6-'31. Blijft nog onrustig. Is niet gedesoriënteerd. Geeft af en toe een goed antwoord. Maakt niet den indruk te hallucineeren. Wordt kunstmatig gevoed.

15-7-'31. Is doorgaans onrustig. Heeft neiging tot exhibitioneeren. Uit zich alleen in verwarde onsamenhangende zinnen, die pueriel getint zijn.

10-8-'31. Heeft weer zelf gegeten. Nog druk en opgewonden. Manisch gestemd. Vorbei-reden.

26-8-'31. Is vaak motorisch onrustig. Grimasseert. Heeft inadaequate affecten. Er is nagenoeg geen contact mogelijk. Moet weer kunstmatig gevoed.

9-9-'31. Heeft soms gilbuien, grimasseert. Is negativistisch.

30-9-'31. Begint zelf weer te eten. Is euphoor gestemd. Kan zich niet herinneren, dat ze kunstmatig gevoed is. Zegt geen stemmen te hooren. Is verbaasd, dat ze al zoo lang in de kliniek is.

Zegt: „ik geloof, dat ik heelemaal in de war ben."

7-10-31. Is over 't algemeen rustiger. Ontkleedt zich vaak. Is ontoegankelijk.

14-10-'31. Contact weer mogelijk. Men krijgt den indruk, dat patiënte gezichtshallucinaties heeft. Heeft perioden van hevige angst. Zit met groote oogen rond te kijken. „Pas op hoor, anders ga je er in; o, ontzettend, pas op, neen hoor, neen, ik bibber van angst; daar komt hij weer aan, ik sta doodsangsten uit."

28-10-'31. Is nog vaak erg angstig. Wel minder luidruchtig. Wordt kunstmatig gevoed. Er is geen contact mogelijk. „Het is overal vuil." Ziet beweging van beesten. Hoort sissende geluiden.

1-11-'31. Is gedurende ½ uur helder. Informeert naar het aantal bedden, hoe lang ze in de kliniek is, of ze soms erg raar gedaan heeft. Dacht niet beter te zullen worden. Sprak over haar vroegere werk en over haar diploma's „wat heb ik nu aan al mijn diploma's?"

Ging slapen, was 3 uur later bij wakker worden, weer geheel verward en onrustig.

25-11-'31. Heeft momenten van opgewondenheid, gedesoriënteerdheid, persoonsverwisselingen; is soms angstig en verontwaardigd, heeft gezichtshallucinaties, dreigt soms aggressief te worden.

30-11-'31. Meent, dat buiten alles afgebroken en weggehaald wordt. Huilt en is angstig. Geeft vaak adaequate antwoorden, wordt echter te veel in beslag genomen door haar eigen belevingen, zoodat een regelmatig gesprek niet mogelijk is.

9-12-'31. Blijft in haar merkwaardigen bewustzijnstoestand. Heeft blijkbaar allerlei belevingen, verwerkt de omgeving zoodanig, dat gewone handelingen der verpleegsters anders geduid worden, passend in haar psychische inhouden.

23-12-'31. Spreekt van menschen, die hier de patiënten verminken en afmaken. Heeft hallucinatoire belevingen, die patiënte angstig en onrustig maken, aggressief optredend tegen de personen, die het vermeende kwaad verrichten.

30-12-'31. Is vaak verontwaardigd en verwonderd. Duidt handelingen van de omgeving verkeerd. Incohaerente gedachtengang.

Geen neologismen — geen stereotypieën — geen perseveraties — geen autisme — geen absurde handelingen.

11-1-'32. Jammert aanhoudend. Loopt radeloos rond.

21-1-'32. Is over 't algemeen rustiger. Nog vaak in huilerige, mopperende stemming. Heeft veel critiek op handelingen der verpleegsters.

22-1-'32. Wordt overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Juni '33. Maanden onrustig en verward gebleven met veel gezichts- en gehoorshallucinaties, gepaard gaande met angst. Korte intervallen, waarin eenige meerdere helderheid van geest intrad, traden geleidelijk meer op.

Was meerdere malen aggressief tegen patiënten en verpleegpersoneel.

Zij is ongedurig, met moeite tot handarbeid te bewegen, verknoeit het vaak, komt meermalen ongemotiveerd in botsing met haar omgeving, is onmaatschappelijk.

Nov. '33. Hoort zich nog steeds toevoegen, dat ze vermoord zal worden. Is schuw, bemoeit zich met niemand.

23-12-'33. Gaat op dringend verzoek van haar familie met proefverlof naar haar oom.

12-7-'34. Volgens bericht van haar vader is ze nog niet geheel beter, doch kan, volgens hem, thuis wel verzorgd blijven.

Niet hersteld ontslagen.

Diagnose: Schizophrenie.

Katamnestisch onderzoek:

In de psychiatrische inrichting is patiënte nog een half jaar verpleegd, vertrok einde 1933 met proefverlof en werd, na bericht van haar familie, dat patiënte nog niet geheel beter was, Juli '34 niet hersteld ontslagen.

Bij het katamnestisch onderzoek vertelt zij in 1936 opnieuw drie maanden in een psychiatrische inrichting verpleegd te zijn. Patiënte blijkt opnieuw psychomotorisch onrustig geweest te zijn en wantrouwend ingesteld; uitte waandenkbeelden en hallucinaties.

Bij ons onderhoud met haar, 5 jaar na haar tweede opname, blijkt patiënte toch niet volwaardig geworden te zijn. In haar uitingen en gedragingen geeft ze blijk van een ethische afstomping, van verlies van gevoel voor decorum. Ze spreekt aanhoudend door en vraagt: „zal ik maar doorfilmen?" Gebruikt uitdrukkingen als: „doordonderen — dan moeten ze mietjes voor hebben". Blijkt nog wantrouwend ingesteld te zijn, heeft geen logischen gedachtengang. Er is geen behoorlijk affectief rapport.

Samenvatting:

Deze patiënte geraakt plotseling in een opwindings- en angsttoestand met hallucinaties, waandenkbeelden, inadaequate affecten, herhaaldelijk niet-

georiënteerd-zijn, grimasseeren, verwardheid, radeloosheid, en voedselweigering. Ze was steeds een gevoelige vrouw, die het onrecht in de wereld niet goed kon verwerken. Ze blijkt een paranoïde instelling tegenover haar omgeving te hebben.

Bij haar vertrek uit de psychiatrische inrichting in 1934 beschouwde men haar toestand als een schizophrene Schub met defect.

In 1936 is ze opnieuw 3 maanden psychotisch.

In de tusschenperiode blijkt ze nooit geheel hersteld te zijn geweest. Thans wordt geaarzeld tusschen een schizophrenie en een degeneratiepsychose. Bij ons katamnestisch onderzoek blijkt patiënte echter defectverschijnselen te vertoonen, zoodat we haar als een lijderes aan schizophrenie moeten beschouwen.

Hereditaire momenten zijn niet aanwezig.

19. Patiënt V. 14.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1892. Gehuwd. 2 kinderen. Opgen.: 18 Aug. '31.
Ontslagen: 24 September '31.
Vertrok tot nakuren naar een ziekenhuis.
Herediteit: geen hereditaire momenten.
P. en M.: neef en nicht.
Karakter: Opgewekt, kon geen tegenslag hebben, hulpvaardig, gemakkelijk, weinig godsdienstig.
Intellect: goed.
Vroegere neurosen en psychosen: geen.
In 1930: 1½ maand in een Psychiatrische Inrichting verpleegd.
Diagnose: reactieve psychose. Was verward, gedesoriënteerd, had gehoorshallucinaties en gedachtenvlucht. Tobde over haar misvormd kindje, dat in behandeling was in een chirurgische kliniek.
Habitus: onduidelijk.
Somatisch onderzoek: Wa. bloed 0,2; 0,1. S.G. bloed: 0.
Wa. en S.G. Liquor: 0.
Celgehalte per mm³: 1/3; 5/3. nonne —; zwak +.
Pandy —; zwak +. Bloeddruk 145/80.
Geen somatische afwijkingen.

Anamnese:

Vanaf 18e jaar is patiënte soms wat gedeprimeerd, kan dan slecht slapen, heeft weinig zelfvertrouwen.

Het jongste kind van patiënte (± 7 jaar) is geheel mismaakt. (klein, atrophisch kind, met aangeboren heupluxatie).

Patiënte heeft hier veel zorg mee, is er zwaarmoedig over geweest. Patiënte is in 1930 in een Psychiatrische Inrichting opgenomen geweest wegens eenzelfden toestand als thans.

Zoowel toen als nu is deze toestand plotseling begonnen. Thans valt 't begin wel saam met een verhuizing naar een andere plaats.

Patiënte werd onrustig, lachte en sprak veel, werd angstig, soms verward. Droomde eigenaardig. Haar intellect is niet veranderd.

Ziektegeschiedenis:

18-8-'31. Opname. Patiënte is gedesoriënteerd, vnl. in plaats. Reageert (soms angstig) op allerlei geluiden. Begrijpt niet goed wat er eigenlijk met haar gebeurt. Heeft soms goede momenten, zegt dan, dat ze wel in de war geweest zal zijn. Herinnert zich van haar onrustige oogenblikken niets.

20-8-'31. Patiënte meent, dat er iets op haar af komt, maakt afweerbewegingen en blaast er naar. Hoort stemmen van haar vader en broer. Spreekt verward. Huilt soms even. Bijt op haar kleeren. Zegt zelf: „Ik kan niet meer denken". Maakt geen zinnen; elke zin eindigt met: „Ik weet het niet meer".

Is soms angstig. Meent, dat er een gat in de muur zit en dat ze daar doorvalt. Dacht 's nachts, dat haar vader haar aankeek, dan weer dat ze een bakker zag. Meent, dat er soms aan haar haren getrokken wordt.

24-8-'31. Is rustig. Geeft vlotte antwoorden. Is nog niet goed georiënteerd. Is nog wat „schwerbesinnlich" en affectlabiel. Weet zich niets van haar verblijf hier en haar komst te herinneren.

Bespeurt bij zichzelf, wanneer haar gedachten verward gaan worden.

29-8-'31. Over 't algemeen bezonnen. Geen paranoïde ideeën. 's Nachts even onrustig geweest, hallucineerde, hoorde haar man roepen, wilde weg.

9-9-'31. Gedesoriënteerd in tijd en plaats. Verder rustig.

Kreeg in verband met haar bloedreacties een neosalvarsan-injectie.

16-9-'31. Is „schwerbesinnlich". Zegt soms stemmen van man en kinderen te hooren. Weet zich weinig te herinneren van wat gebeurd is. Klaagt over hoofdpijnen.

24-9-'31. Is stil. Schwerbesinnlich. Affectlabiel.

Vertrekt naar een ziekenhuis.

Katamnestisch onderzoek:

Na het verlaten der Valeriuskliniek blijkt deze patiënte in het gezin nog jaarlijks zwaarmoedige buien gehad te hebben, waarvoor ze ter behandeling in een ziekenhuis werd opgenomen, waarna ze dan weer in het gezin kon terugkeeren. Ging kort geleden opnieuw wegens zwaarmoedigheid en slapeloosheid naar het ziekenhuis, vertoefde er thans vijf weken. Een insulinekuur schijnt thans goede resultaten te geven.

Was vóór deze laatste opname, drie jaar zonder klachten thuis geweest.

Samenvatting:

In 1930 maakte deze patiënte gedurende 1½ maand een psychotischen toestand door, die als een reactieve psychose werd gediagnosticeerd in verband met de chirurgische behandeling van haar misvormd kindje. Ze was toen verward, gedesoriënteerd, hallucineerde en had gedachtenvlucht.

In 1931 wordt ze opnieuw gedurende 5 weken opgenomen. Is „schwerbesinnlich", affectlabiel, angstig en hallucineert in lichte mate.

We krijgen den indruk, dat in dit geval de diagnose „degeneratiepsychose" meer de beteekenis heeft van „onduidelijk geval" of wil men „attentiepsychose".

De verkregen katamnestische gegevens geven inzooverre opheldering, dat patiënte meerdere keeren na haar ontslag perioden van zwaarmoedigheid heeft gehad, waarvoor ze korten tijd in een ziekenhuis moest worden opgenomen, om daarna weer in het gezin te kunnen verkeeren.

Vóór de laatste periode, die thans weer bijna ten einde is, is patiënte drie jaar zonder klachten geweest.

Er zijn geen hereditaire momenten aantoonbaar, ook geen duidelijke degeneratieve karaktertrekken.

20. Patiënt V. 15.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1898. Ongehuwd. Opgen.: 24 Jan. '32 (33 jaar).

Ontsl.: 27 Febr. '32. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: S.m. wordt reeds jaren verpleegd in een Psych. Inr.

Karakter: gesloten, teruggetrokken, niet godsdienstig.

Intellect: goed.

Beroep: hulp in de huishouding. Wisselde veel van betrekking. Motiveerde haar weggaan nooit.

Vroegere neurosen of psychosen: nooit eerder opgenomen.

Habitus: asthenisch; mascul. type.

Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.

Nonne —; Pandy +. Celgehalte per mm³: o. Geen afwijkingen.

Anamnese:

In 1918 was patiënte na griep 3 maanden wat vreemd. Dit ging echter vanzelf over. De vorige week werd patiënte echter opeens onrustig, angstig, wilde niet eten. Het is niet bekend, dat er iets bijzonders gebeurd is. Wel zou de familie, waar patiënte in betrekking was, 1 Februari naar Indië teruggaan. Ze had echter alweer een andere betrekking.

Deed de laatste week slecht haar werk.

Bleef 's avonds lang op, las dan veel.

Ziektegeschiedenis:

23-1-'32. Opname: Patiënte is druk. Neemt luisterende houding aan, alsof ze stemmen hoort. Heeft een wond aan haar middenvinger. Hield deze den dag voor opname in de kachel. Vraagt of hier spiritisme is. „Waar komt toch al die electriciteit vandaan?". „Gisteren was ik nog in den hemel".

Is meestal niet te volgen. Verward en incohaerent.

26-1-'32. Begon te merken, dat de familie waar ze was, aan spiritisme deed. Ze voelde het aan de manieren. Hier heeft ze het ook al gemerkt onder de zusters. Ze noemen 't Esperanto.

(Volgde veel lezingen en cursussen in Esperanto, sterrenkunde, scheikunde, natuurkunde.) Ze was niet in de war, de menschen begrepen haar niet. Hoorde stemmen. Ook hier hoort ze die. Dacht, dat 't bed besmet was. Alle namen zijn hier verwisseld. Dit spelletje moet maar ophouden.

3-2-'32. Verwarde incohaerente gedachtengang.

Zegt: „klein kindje, glazen kistje, 't kindje is in mijn lichaam, kom lief kindje".

10-2-'32. Is over 't algemeen veel rustiger. Goed georiënteerd. Het contact met haar is beter.

17-2-'32. Is theatraal, demonstratief. Heeft af en toe oogenblikken, waarin ze meer in een schemertoestand verkeert. Meent hier dood te zullen gaan. Vraagt ook, of we haar maar niet dood willen maken.

23-2-'32. Hoort overal stemmen. De familie, waar ze in betrekking was, vervolgt haar met stemmen. Voelt zich ook angstig. Denkt, dat men haar hier vergif gegeven heeft. Heeft persoonsverwisselingen.

Meent, dat er vannacht brand geweest is. Hoorde de brandspuit. De Roomschen wilden haar vermoorden. Ze weet niet, of haar vader en moeder nog leven. Haar leven heeft niet veel waarde meer. Ze zal niet veel nut meer brengen aan de maatschappij, daar haar hoofd niet in orde is.

Meende, dat die familie haar wel vergiftigd kon hebben voor zij naar Indië ging; deze werkte op haar in met machten, waartegen zij zich niet verzetten kon. Toen de familie de koffers ging pakken is ze weggeloopen.

Men vervolgt haar, opdat ze zich zou laten „doorsteken" en zoo een „urning" zou worden. Een „urning" is volgens patiënte iemand van het derde geslacht. Zij wil „vrouw" blijven.

Ze beginnen haar hier nu ook met spiritisme te bewerken. Patiënte wordt voortdurend hier bestraald.

Geeft even toe, dat een groot deel van haar ideeën verbeelding is.

Een deel van de patiënten is door proefnemingen hier ook „urningen" gemaakt. Mannen komen 's nachts bij haar.

27-2-'32. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

April '32. Patiënte deed een suicide-poging.

Patiënte is lijdende aan een schizophrene psychose. Sterk gebrek aan initiatief en belangstelling. Hallucineert nog steeds. Gedachtengang incohaerent. Heeft allerlei verwarde waandenkbeelden. Is wat negativistisch. Blijft een defecte vreemde persoonlijkheid. Gelaatsuitdrukking is leeg.

1933. De waandenkbeelden worden nooit tot een systeem uitgewerkt, blijven vaag en onsamenhangend.

Hoewel de acute verschijnselen van de psychose minder heftig geworden

zijn en patiënte wel rustiger is geworden, is de persoonlijkheid zeer ernstig pathologisch veranderd.

1934. Periodiek treden buien van opwinding, negativisme en angst en verwardheid op.

1937. De activiteit heeft 't meest door het proces geleden.

Van hallucinaties en waandenkbeelden laat ze weinig meer blijken. Heeft weinig belangstelling meer, evenmin initiatief. Verkeert in een schizophrenen defecttoestand.

1938. Komt in overleg met den nazorgdienst onder toezicht.

Vertrekt met proefverlof.

1939. Tot nu toe gaat het boven verwachting goed.

Toch blijft zeer de vraag of het op den duur goed zal blijven gaan. Ook de berichten van de nazorg uiten twijfel daaromtrent.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte werd in de psychiatrische inrichting, waarheen zij in 1932 uit de kliniek werd overgeplaatst, verpleegd tot einde 1938. Ging daarna met proefverlof en kwam onder nazorgcontrôle. Begin 1940 werd zij niet hersteld, doch verbeterd ontslagen onder de diagnose „schizophrenie".

Tot op heden kan patiënte zich onder nazorgcontrôle net handhaven.

Samenvatting:

De acuut ontstane psychotische toestand met verwarden, incohaerenten gedachtengang, beïnvloedingsideeën, vervolgingsideeën, neologismen en gehoorshallucinaties gaat over in een chronischen toestand, die jarenlange verpleging in een psychiatrische inrichting vereischt en, nog onder nazorgcontrôle staande, een dubieus verblijf in de maatschappij mogelijk maakt.

Patiënte heeft weinig belangstelling meer, evenmin initiatief; de activiteit heeft het meest door het proces geleden. Verkeert in een schizophrenen defecttoestand. De „vreemde" periode, die patiënte in 1918 gedurende 3 maanden, na griep, thuis doormaakte en die van zelf weer voorbijging, was mede aanleiding, dat in het begin van deze acute psychose aanvankelijk niet de diagnose „schizophrenie" gesteld werd. Een zuster van haar moeder wordt reeds jaren in een gesticht verpleegd. Als degeneratief aan te duiden karaktertrekken zijn niet aanwezig. Wel was patiënte altijd stil, gesloten en teruggetrokken.

21. Patiënt V. 16.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1882. Ongehuwd. Opgen.: 21 Maart '33 (50 jaar). Ontslagen: 2 Aug. '33. Vertrok naar huis.

Herediteit: geen hereditaire momenten.

Karakter: zacht, wel prikkelbaar, gauw overstuur, stil, gesloten, niet wantrouwend, godsdienstig.

Intellect: geen bizonderheden.

Beroep: naaister.

Vroegere neurosen of psychosen: 12 jaar geleden 4 maanden in een psychiatrische kliniek verpleegd.

Habitus: asthenisch.

Somatisch onderzoek: urine: suiker pos.
Bloedsuiker: 8-4-'33: 0.367%.
12-4-'33: 0.15%
14-4-'33: 0.16%
Ureumgehalte: 0.27‰. Bloedbeeld 21% staafk.
Wa. en S.G. bloed: neg.

Anamnese:

Patiënte woonde alleen op een bovenhuis. Had den laatsten tijd weinig te doen. Verloor klanten; ging piekeren. Hoort stemmen en heeft visioenen:

heeft haar moeder in den hemel gezien. Zegt: we moeten getuigen en voor de waarheid uitkomen. Spreekt van een zwaren strijd. Is af en toe angstig.
Kwam vorige week slordig en verwaarloosd bij haar zuster.
Is 's nachts onrustig. Ligt te kreunen.
Noemt zich een zondares en ziet en hoort allerlei teekenen.

(Uit aanteekeningen 1921:

Werd in een Psychiatrische kliniek verpleegd van 11-1-'21 tot 12-5-'21, onder de diagnose: amentia?

14 dagen voor opname was patiënte prikkelbaar, vreemd in haar optreden, had hoofdpijn, was affectlabiel.

Was tijdens opname gedesoriënteerd in tijd en plaats, voelde zich zeer vermoeid en verward, uitte korte, afgebroken zinnen. Was huilerig. Keek angstig om zich heen. Scheen de omgeving niet te begrijpen.

Ziektegeschiedenis:

21-3-'33. Opname: Patiënte zegt de stem van God te hooren, die zegt, dat ze in alles verkeerd doet. De stem zei, dat ze terug moest van haar verkeerden weg. Ze heeft hiernaar niet geluisterd. Voelt zich daarvoor schuldig aan God.

Patiënte heeft ook visioenen gehad: Ze beleefde haar laatste reis; zag haar moeder (†), die zei, dat ze een vreemde voor haar was. Ze heeft ook verkeerd gedaan. Ze wist den weg niet meer. Ze is nu welkom in het hemelhuis.

Ze heeft alles gezien van de toekomst. Zij zal staan als een waarschuwend teeken. Dat heeft ze in visioenen gezien. Het licht van de zon hebben we niet meer noodig. Slechts Gods licht is het eene noodige.

Ze weet zich ook niet goed uit te drukken, aangezien haar geest verward is. Ze moet niet alleen zijn. Alles is een droom voor haar. Verleden week heeft ze een zwaren strijd gestreden, toen leefde ze in visioenen. Ze moest terugkeeren en niet meer in de zonde leven.

25-3-'33. Weigert te eten. Spuwt alles uit. Is onrustig. Maakt allerlei geluiden. Geeft nagenoeg geen antwoord. Schijnt in een schemertoestand te verkeeren.

29-3-'33. Wordt kunstmatig gevoed. Laat zich erg gaan. Ligt slordig te bed, antwoordt niet op vragen.

8-4-'33. Heeft een uitgebreid erytheem. Waarschijnlijk gevolg van internlijden: diabetes + infectiehaard. 30 E. insuline.

12-4-'33. Nu en dan helder. Geeft dan goede antwoorden. Dan weer verward.

19-4-'33. Erytheem gaat geleidelijk terug. Is nog vaak verward. Heeft lichten rededrang.

Weinig schommelingen in de affectiviteit.

26-4-'33. Is momenteel suikervrij. Aceton +. Is rustig. 's Nachts nog onrustig. Neiging tot napraten.

3-5-'33. Deed wat naïef, geheimzinnig lachend. Waarschijnlijk nog gehoorshallucinaties, waarbij haar naam genoemd wordt. Gelijkmatig van stemming.

17-5-'33. Sinds enkele dagen goed bezonnen. Zegt, dat ze stemmen heeft gehoord, die zeiden, dat ze ging sterven; ook dat ze het gevoel had, alsof de wereld zou vergaan. Het vlamde toen in haar oogen. Ze had een gevoel of ze bekeerd was.

7-6-'33. Is nog wat stil. Bezonnen. Goed georiënteerd. Geen hallucinaties of waandenkbeelden meer aanwezig.

Nu en dan wat in tranen, wat depressief.

21-6-'33. Blijft weinig spraakzaam, weinig actief.

4-7-'33. Actiever, opgewekter.

11-7-'33. Gevoelt zich goed. In urine geen afwijkingen meer.

18-7-'33. Vriendelijk, rustig. Wat eenzelvig, gesloten.

2-8-'33. Vertrekt naar een zuster.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte zegt na haar vertrek uit de kliniek (1933) altijd psychisch zeer goed geweest te zijn.

Kan zich ook haar eerste ziekteperiode in 1921 zeer goed herinneren. Na dien tijd is ze zoo goed geweest, als ze voordien niet was. Er was toen wel een aanleiding (afraking verloving).

Patiënte leeft in verband met haar diabetes, nog steeds op dieet. Voorziet gedurig in eigen levensonderhoud. Heeft het in de oorlogsdagen voor zichzelf niet bizonder moeilijk gehad. Kon de spanning best verwerken. Maakt een rustigen, beheerschten, volwaardigen indruk. Geen enkel spoor van een defect is aanwezig.

Samenvatting:

In 1921 maakt deze vrouw gedurende 4 maanden een psychotischen toestand door (diagnose: amentia?), waarin zij angstig was en verward, bij tijden slecht georiënteerd, een sterk vermoeidheidsgevoel had en affectlabiel was. Een provoceerend moment was aanwezig.

Na deze psychose is patiënte geheel hersteld, geeft zelf aan, na dien tijd zelfs beter geweest te zijn dan ooit te voren.

Bleef in goeden doen, tot 12 jaar later, in 1933, opnieuw een psychotische toestand uitbreekt, waarbij visionaire belevingen, gehoorshallucinaties en voedselweigering, bij perioden van niet bezonnen zijn, en aan het slot een licht depressieve instelling de meest promineerende verschijnselen zijn. Haar leeftijd (thans 50 jaar) en een matige diabetes, naast moeilijke levensomstandigheden, kunnen thans als provoceerende momenten worden aangemerkt.

Na herstel van deze psychose heeft patiënte weer, volkomen hersteld, in eigen onderhoud voorzien.

Ook heeft zij een goed ziekteïnzicht betreffende de beide psychotische toestanden.

Hereditaire momenten komen niet voor.

Een zekere psychische labiliteit is bij patiënte wel aanwezig, echter geen duidelijke degeneratieve karaktertrekken.

22. Patiënt V. 19.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb. 1910. Ongehuwd. Opgenomen: 25 April '33 (23 jaar). Ontsl.: 4 Nov. '33. Vertrok naar huis.

Herediteit: S_1: epilepsie.
S_2: achterlijk.

Karakter: vriendelijk, prettig in den omgang, eenzelvig, niet zwaarmoedig, wel veel problemen, niet wantrouwend, flink.

Intellect: goed.

Beroep: bewaarschoolonderwijzeres.

Vroegere neurosen of psychosen: geen.

Habitus: asthenisch.

Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed: neg. Geen afwijkingen.

Anamnese:

Patiënte klaagt sinds een paar jaar over moeheid en hoofdpijn. Ging naar een rusthuis.

Werd daar opeens onrustig, opgewonden, praatte veel.

Zei: „hebben jullie 't al gehoord, ik word zangeres, schrijfster".

Praatte druk over religieuze zaken.

Ziektegeschiedenis:

25-4-'33. Opname. Patiënte is bij opname druk en opgewonden. Praat veel. Spreekt over bekeering. Wil zangeres worden.

„Misschien gebeurt er met mij een wonder.

Ik krijg het mooi, maar niet in den hemel, eerst op aarde nog. Nu moet ik zoolang zwerven, maar niet zonder God (begint te huilen) maar 't is mooi — 't is mooi — en voor mij niet moeilijk. Voelt zich gelukkig. Ik krijg een man en een kindje. H. is verloofd. H. is de liefste op aarde."

Spreekt verward over bekeering — de volmaaktheid — de kerk.
Is goed georiënteerd in tijd en plaats.
Er is wel contact met haar te krijgen. Het is echter onmogelijk een geregeld gesprek te voeren. Begint voortdurend weer over dezelfde dingen, waarover ze verward en onsamenhangend spreekt. Is zeer affectlabiel. Lachend — huilend. Gedraagt zich nogal theatraal. Is niet sterk afleidbaar. Geen ideeënvlucht. Zingt nu en dan.
3-5-'33. Is over 't algemeen rustig. Ligt meestal met gesloten oogen in bed. Zegt weinig. Soms moeilijk contact met haar te krijgen.
Is goed georiënteerd. Soms gelukt 't even gewoon met haar te praten. Gaat dan weer plotseling gemaakt en geaffecteerd praten en allerlei vreemde dingen zeggen. Maakt sterk den indruk zich te laten gaan.
10-6-'33. Stemming meest opgewekt. Soms uitbundig. Laat zich op den grond vallen. Maakt vaak grapjes. Afleidbaarheid iets verhoogd. Ze is van God herboren en moet de menschen helpen tot God te komen, doet dat met haar oogen, die lichten en door haar houding en spreken. Soms sluit ze de oogen, omdat ze te veel licht uitstralen. Ze meent, dat ze dood geweest is. Ze is weer levend geworden. Dat is het groote wonder.
Acustische hallucinaties. Hoorde haar vader roepen, zag haar broer op de zaal.
17-6-'33. St. id. Is beweeglijk, opgewekt. Meent, dat haar vader dood is. Maakt grapjes. Associeert gemakkelijk. Soms wat depressief.
7-6-'33. Druk en opgewonden. Motorisch onrustig. Licht maniakale stemming. Weigert soms te eten, omdat er vergif in zou zitten.
12-6-'33. Patiënte trapt en gilt. Is verward in 't spreken.
4-7-'33. Loopt plotseling uit bed. Kijkt starend. Hallucineert veel. Heeft kosmische belevingen. Moeilijk contact. Vrij rustig.
2-8-'33. Gaat geleidelijk iets vooruit. Wordt adaequater in haar antwoorden. Is minder onverwacht. Doet vaak gewild vreemd.
16-8-'33. Is impulsief. Bizar in haar optreden.
7-9-'33. Patiënte wordt veel rustiger, vriendelijk. Soms ondeugend glimlachend. Is niet prikkelbaar meer.
21-9-'33. Patiënte zegt zich verschillende dingen goed te herinneren:
Het gooien en breken deed ze uit navolging van andere patiënten. Meende een kind gekregen te hebben, heeft in de waschbak poppetjes gezien. Zou het gekregen hebben van de spuitjes der verpleegsters.
Meende, dat ze een ondergeschoven kind was. Via de radiatoren kreeg ze bevel om te spreken. Ze meende, dat alles, wat ze zei, per radio werd uitgezonden. Meende een keer dat, de Koningin op de zaal was en zag een dokteres voor de Prinses aan.
11-10-'33. Is nog wat prikkelbaar en depressief. Neigt soms tot impulsieve handelingen.
1-11-'33. Vertoont nog lichte depressieve en paranoïde trekken.
Kan nog niet 't gevoel loslaten, dat ze toch een kind heeft gekregen. Heeft eerst het stemmetje in haar buik gehoord en daarna het poppetje gezien. Zelf vindt ze het wel vreemd, maar de beleving is zoo sterk voor haar, dat ze dit moeilijk kan loslaten.
Meent soms, dat ze andere patiënten beïnvloedt en van verschillende dingen de schuld is. Is dan stil en gedrukt.
Gevoelt zich tamelijk goed, is over 't algemeen wel opgewekt en verlangt naar huis.
4-11-'33. Vertrekt naar huis. Blijft voorloopig nog onder poliklinische contrôle.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar vertrek uit de kliniek in 1933 is patiënte steeds geheel gezond geweest. Is na de psychose voor haar gevoel vrijer, zelfstandiger en evenwichtiger geworden. Was voor dien tijd zeer onzelfstandig, had hulp noodig, steunde op anderen. Geeft zelf aan lang kinderlijk gebleven te zijn. Hierin is

na haar ziekte een verandering gekomen. Kon de oorlogsdagen goed verwerken. Blijft wel veel behoefte aan slaap houden.

Kon haar arbeid als bewaarschoolonderwijzeres steeds goed verrichten. Studeerde in haar avonduren. Beweegt zich voorts in het vereenigingsleven. Kan zich haar belevingen tijdens haar ziekte best herinneren. Staat er critisch tegenover. Is erg conscientieus, bij het psychasthene af.

Maakt den indruk van een vlotte, conscientieuze, sociaal-voelende, volwaardige persoonlijkheid, die na haar psychose zelfstandiger en evenwichtiger geworden is.

Samenvatting:

Patiënte deed een paar jaar voor het uitbreken der psychose met moeite haar werk. Was moe, had veel last van hoofdpijn en was lusteloos. Bleef voorts weinig zelfstandig.

Plotseling geraakt ze, geschokt door de verloving van een broer van haar vriendin, in een opwindingstoestand met veel belevingen, w.o. geluksbelevingen en kosmische belevingen, acustistische hallucinaties, waandenkbeelden (van God gezonden te zijn), aanduidingen van vergiftigingsgedachten en betrekkingsideeën, en een duidelijke affectlabiliteit. De psychose eindigt met een licht depressief-paranoïd nastadium.

Tijdens de ontremming was geen gedachtenvlucht of afleidbaarheid aanwezig. Herstelde na 6 maanden geheel. Was na de psychose beter dan te voren. Als hereditaire momenten werden genoemd de achterlijkheid van eene en de epilepsie van een andere zuster.

Degeneratieve karaktertrekken waren niet aanwezig.

23. Patiënt V. 20.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1893. Gehuwd. Geen kinderen. Opgen.: 19 Sept. '33 (39 jaar).
Ontsl.: 15 Dec. '33. Vertrok naar huis.
Herediteit: P. in Psychiatrische Inrichting gestorven.
S.p. in psych. inrichting verpleegd.
S.m. in psych. kliniek verpleegd.
Karakter: kalm, spraakzaam, opgewekt, niet prikkelbaar, niet wantrouwend.
Intellect: geen bizonderheden.
Beroep: instructrice zwembad.
Vroegere neurosen of psychosen: geen.
Habitus: pycnisch.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg. Nonne -; Pandy -.
Celgehalte: per mm^3: 1/3. Geen afwijkingen.

Anamnese:

Patiënte is als instructrice zeer gezien: ieder wil graag door haar geholpen worden, dit wekt wel jaloezie op onder het personeel. Zoo werd zij soms tegengewerkt. Patiënte heeft zich dat erg aangetrokken. Werd neerslachtig.

Kreeg huilbuien, begon soms verward te spreken.

Meent dat ieder haar aanziet. Begint soms zonder verband te praten over dingen van vroeger.

Staat soms star in een hoek en zegt niets.

Lijdt aan slapeloosheid.

Geen hallucinaties. Geen waandenkbeelden. Geen taedium vitae.

Ziektegeschiedenis:

19-9-'33. Opname. Patiënte maakt depressieven indruk. Is veel in tranen. Zegt tegengewerkt te zijn door haar collega's. Heeft 't daardoor dezen zomer erg moeilijk gehad. Is bang evenals haar vader krankzinnig te worden. Neemt bij onderzoek een theatrale houding aan.

22-9-'33. Is eenigszins opgewonden en druk. Neemt theatrale houding aan.

Is wat euphoor gestemd. Heeft neiging tot gedachtenvlucht en klankassociaties. (Ziekte van Weyl — dweil).

27-9-'33. Wordt kalmer en rustiger. Weinig ideeënvlucht meer. Minder afleidbaar.

2-10-'33. Is rustig. Blijft wat vreemd en „schwerbesinnlich".

Wat achterdochtig. Klaagt over hoofdpijn.

18-10-'33. Maakt een lusteloozen, depressieven indruk. Is weinig spraakzaam.

8-11-'33. Reageerde met een overplaatsing naar een andere afdeeling met een paranoïdie; werd onrustig en angstig.

Kreeg vergiftigingsideeën en begon luidkeels te huilen.

15-11-'33. Is rustig. Ligt meestal apathisch in bed.

Bemoeit zich niet met de omgeving.

23-11-'33. Kreeg 2× een acces, waarbij zij heftig gilde.

29-11-'33. Is rustig, vertoont weinig opvallends meer.

6-12-'33. Wordt actiever, opgewekter.

15-12-'33. Vertrekt naar huis.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte is na haar vertrek uit de kliniek (1933) steeds volkomen gezond geweest. Deed haar werk als instructrice weer verscheidene jaren met groot genoegen. Ging indertijd aan zichzelf twijfelen, toen anderen haar tegenwerkten. Staat daar nu boven. Kan het best hebben, als men eens jaloersch op haar zou zijn. Het vorig jaar verkeerde zij, wegens werkeloosheid van haar man, in groote finantieele moeilijkheden. Dit drukte haar wel. Ze had nu echter de kracht zich er overheen te zetten. Patiënte voelt zich meer beheerscht dan vroeger, evenwichtiger, minder gevoelig. Kan zich ook beter uiten, als ze eens moeilijkheden heeft. Kan zich alles uit haar ziekteperiode nog goed herinneren. Staat vol critiek tegenover haar ziekelijke gedachten. Was voor haar psychose nooit wantrouwend, later ook niet meer. Maakt den indruk van een evenwichtige, resolute vrouw, die boven de omstandigheden staat en een goed inzicht in allerlei verhoudingen heeft.

Samenvatting:

Bij deze patiënte, die zich als een prettige, tactvolle vrouw in haar werk openbaarde, ontstond, onder invloed van naijver, een psychotische toestand, die met een lichte depressie begon, waarbij zich spoedig angstverschijnselen voegden, evenals haar vader ook krankzinnig te zullen worden. Bij tijden treedt een lichte euphorie op met neiging tot gedachtenvlucht en theatrale gedragingen. Hier komt dan bij een voorbijgaande toestand van wantrouwen met vergiftigingsideeën.

Een tweemaal voorkomend acces met hevige gilbuien wijst op den hysterischen inslag. Patiënte heeft echter geen hysterisch karakter. Als hereditaire momenten blijken drie gevallen van zenuwlijden in de familie aanwezig.

Maakte na haar herstel éénmaal een griepaanval door, terwijl ze één keer, vanwege een kaakfractuur, bij het duiken verkregen, chirurgisch moest worden behandeld. Beide malen bleef patiente in goeden doen.

24. Patiënt V. 21.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1904. Gehuwd. 1 kind. 1e keer opgenomen: 18 Oct. '33 (29 jaar); ontsl.: 16 Jan. '34. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

2e keer opgenomen: 2 Mei '38; ontsl.: 17 Juni '38. Opnieuw overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: ontaarde moeder, die dit kind te vondeling legde, haar later sloeg; van vader, een kunstschilder, niets meer bekend.

Karakter: vroolijk, opgewekt, lief, huiselijk, rustig, gelijkmatig, niet achterdochtig, wel zeer nerveus, overgevoelig, egoïstisch.

Intellect: kon goed leeren.
Vroegere neurosen of psychosen: tijdens zwangerschap „overspannen" geweest.
Habitus: asthenisch.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.
Pandy -; Nonne -. Cellen per mm³: 1.
Bloeddruk 95/65.
Klompvoet L en R. A.P. R.: L = R, afwezig.

Anamnese:
Is als kind van 17 dagen door haar moeder geheel afgegeven aan pleegouders. Was daar tot 6 jr. leeftijd; had het daar goed. Bij de aangifte voor de school kwamen de moeilijkheden: de moeder eischte het kind weer terug. Is gedurende den schooltijd bij haar moeder geweest. Deze was echter slecht voor haar en sloeg haar veel. Op 13 jr. leeftijd naar een klooster gegaan.
Is op 21 jarigen leeftijd weer in huis van pleegouders opgenomen.
Kreeg een betrekking op een knoopenfabriek. Stond 2 jaar aan het hoofd van een afdeeling. Trouwde op 23 jarigen leeftijd.
Tot voor 6 maanden is patiënte geheel goed geweest. Na een verhuizing is de echtgenoot iets gaan merken.
In de nieuwe buurt woonde een vriendin uit het klooster, die op het slechte pad was geraakt. Deze had een slechten invloed op haar. Deed allerlei bestellingen, nieuwe kleeren voor haar, haar man, 6 pakjes tegelijk voor haar zoontje. Haar vriendin stookte haar op tegen haar man. Kreeg allerlei grootheidsideeën, wilde een boek schrijven, wilde een stuk laten opvoeren uit haar leven; soms erg druk en opgewonden. Ging veel praten. Doet vreemde dingen (loopt met een regenjas op haar arm in den stroomenden regen); zet 5 verschillende hoedjes per dag op. Paranoïde ideeën zijn licht aanwezig.
Denkt wel eens, dat men iets in haar glas heeft gegooid.

Ziektegeschiedenis:
18-10-'33. Wordt opgenomen via polikliniek.
21-10-'33. *Auto-anamnese:* Zegt den laatsten tijd zeer onder invloed van een vriendin gestaan te hebben. Deze hypnotiseerde haar. De vriendin spoorde haar aan, meer uit te geven voor kleeren.
Ze ging dit doen. Kreeg allerlei groote plannen. Zou een boek gaan schrijven „moeder en kind", een theaterstuk, waarin ze zelf de hoofdrol zou gaan spelen. Ging naar directie van Carré. Had contact met artisten. Bleef zoo een heelen dag weg. Kreeg het idée, dat ze voortdurend door vrijmetselaars werd achtervolgd. Meent, dat men ook een keer iets in haar bier heeft gedaan, waarna ze in diepen slaap geraakte.
Er is gemakkelijk contact met patiënte te krijgen. Ze is goed georiënteerd. Is wat breedsprakig, dwaalt voortdurend af, is niet erg afleidbaar. Nu en dan ontremd in 't spreken, zegt ruwe woorden, vloekt. Haar gedachtengang is wel cohaerent. Is tamelijk paranoïd. Heeft vrij sterke betrekkingsideeën. In een boek, dat ze leest, ziet ze haar levensgeschiedenis. Betrekt ook de omgeving tot de personen, die er in voorkomen. Ziet in den dokter zoo haar vader. Is gemaniereerd in haar gedrag. Haar intellect is goed.
1-11-'33. Spreekt „spielerisch" over allerlei phantastische dingen. Er is goed contact mogelijk.
8-11-'33. Patiënte wordt steeds drukker. Is zeer paranoïd. Meent, dat er vergif in haar eten is gedaan. Heeft allerlei „wahnhafte Einbildungen", meent dat ze van Koninklijken bloede is, dat de dokter haar man is. Er blijft goed contact mogelijk.
22-11-'33. Nu en dan is patiënte zeer opgewonden. Scheldt. Is zeer paranoïd. Weigert voedsel.
Is zeer affectlabiel en ontremd. Zegt: „we spelen maar een beetje comédie."
29-11-'33. Zeer gemaniereerd. Spreekt geaffecteerd. Ligt met de schouders te schokken, zegt dan, dat ze zenuwtoevallen heeft.
20-12-'33. Zeer moeilijk voor de verpleging. Schreeuwt, schopt en slaat.

Weigert vaak te eten. Gooit er mee over zaal. Vaak sterk theatraal.
10-1-'34. Kan zich nog steeds niet beheerschen.
Gemaniereerd en luidruchtig.
16-1-'34. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens 1e opname:
Is motorisch onrustig, heeft grootheidswaandenkbeelden, vertoont stereotypieën en is gemaniereerd.
Is theatraal. Weigert voedsel. Paranoïd tegenover haar echtgenoot. Vage hypochondrische klachten. Lacht en praat veel in zichzelf.
, Febr. '34. Sterke erotische instelling, gemaniereerd, stereotypieën, pervers in haar uitingen.
Maart '34. Vernielzuchtig, wordt kunstmatig gevoed.
April '34. Zeer theatraal in haar optreden, perverse verhalen. Kinderlijke hypochondrische klachten.
Mei '34. Buien van lichte depressie.
14-5-'34. Gaat sterk aandringen op proefverlof.
11-7-'34. Hersteld ontslagen.

Valerius Kliniek, 2e opname. 2-5-'38.
Anamnese: Na het vertrek uit de Psychiatrische Inrichting ging het thuis goed. Tot voor 14 dagen. Werd toen weer onrustig. Kreeg religieuze extasen, geen visioenen, geen hallucinaties. Ze is nu de Heilige Maagd, zegent zichzelf en de omgeving. Zeer theatrale houding. Kan geen rust vinden, is de geheele nacht in de weer.
Volgens den man zou deze toestand samenhangen met de zorgen over werkeloosheid van den man; schuldgevoelens, dat ze niet in de kerk getrouwd is (is zelf R.K. opgevoed). Zou gisteren uit het raam hebben willen springen. Was den laatsten tijd achterdochtig; soms huilbuien, dan weer lachbuien. Niet grof of ruw, zooals bij vorige periode. Is niet ziek geweest, geen trauma of partus. Wel slapeloos.

Ziektegeschiedenis:
4-5-'38. Is theatraal in haar optreden; heeft een vreemd lachje; monotone, langzame spraak. Soms minachtend, afwijzend. Is nu en dan onrustig, soms negativistisch. Geen stereotypieën. Religieuze extasen. Bidt zeer opvallend, in vreemde houdingen. Spreekt alles door elkaar heen. Heeft geen ziektebesef. Voelt zich alleen zwak. Soms licht hypomaan; vlugge associaties met klank- en rijmtype. Prikkelbaar; verhoogd afleidbaar. Soms even een sperring; dan weer meer toegankelijk. Van duidelijke waanvorming weinig te merken; ook geen aanwijzingen, dat patiënte hallucineert.
7-5-'38. Is zeer onrustig geworden. Gebruikt veel grove taal. De religieuze inslag (extasen, opvallende bidhoudingen) is vrijwel verdwenen.
Sterk erotische momenten.
11-5-'38.Wordt steeds onrustiger. Is vernielzuchtig. Spuwt om zich heen. Grove taal. „Vorbeireden". Geen duidelijke waanvorming.
17-5-'38. Somnifeenslaapkuur.
1-6-'38. Slaapkuur is beëindigd. Patiënte is rustiger. Blijft in haar gedrag nog zeer vreemd.
Duidelijk decorumverlies.
8-6-'38. Nog vreemd en onberekenbaar. Theatrale, soms katatone psychomotoriek. Het geheel maakt een gemaniereerden indruk.
Blijft bij aanspreken goed georiënteerd.
17-6-'38. Opnieuw overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

2e Opname: 17-6-'38. Is motorisch onrustig, verward, grimasseert sterk, zingt allerlei straatliedjes op gemaniereerde wijze.

Scheldt tegen gehallucineerde personen. Gehoorshallucinaties.
Geeft paraloge antwoorden. Psychisch contact niet goed mogelijk.
Incohaerente gedachtengang. Impulsieve handelingen. Liederlijke taal.
Juli '38. Gehoorshallucinaties en paranoïde waandenkbeelden.
Wijt zelf haar ziekte aan 't ontslag van haar man uit zijn betrekking.
Ondergaat cardiazolkuur.
Na kuur aanzienlijk verbeterd. Vriendelijk en beleefd.
Heeft ziekteïnzicht.
1-9-'38. Gedraagt zich zeer goed. Beschouwt haar vroegere waandenkbeelden als ziekelijk. Nog wat prikkelbaar en hypomaan. Lichte gedachtenvlucht.
3-9-'38. Op aandrang met proefverlof naar huis.
16-12-'38. Genoegzaam hersteld ontslagen.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar 2e opname en ontslag uit de psychiatrische inrichting (1938), is pat. steeds goed geweest. Is echter wel zenuwachtig gebleven. Moest een rustig kalm leventje hebben. Zegt behoefte te hebben verwend te worden. Blijft gevoelig en moet zich ontzien. Heeft een driftig, bazig kind.

Herinnert zich nog veel uit haar ziekteperioden.

Zegt zich den laatsten keer te hebben laten opnemen, om haar man te plagen; hield niet zooveel meer van hem, omdat hij zich finantieel door zijn broer liet uitkleeden.

Heeft geen geheugen- en denkstoornissen. Geordende logische gedachtengang. Heeft de oorlogsdagen zonder moeilijkheden verwerkt.

Maakt den indruk een zeer nerveus, overgevoelig type te zijn, met egoistische trekken, dat behoefte heeft zich te laten gelden.

Samenvatting:

Bij deze patiënte, die een ontaarde moeder en vader had, zelf wel goedig, doch nerveus, overgevoelig, egoïstisch en sterk beïnfluenceerbaar is, zien we, dat zich onder invloed van een verkeerde vriendin grootheidsideeën en wantrouwen tegenover den man ontwikkelen, die in een zwaar psychotischen toestand met grootheidsideeën, „wahnhafte Einbildungen", betrekkings- en vergiftigingsideeën, gemaniereerd optreden overgaan.

Tijdens de tweede opname ontwikkelt zich een psychose, waarbij meer extatische toestanden, gehoorshallucinaties, incohaerente gedachtengang, theatrale gedragingen op den voorgrond staan, begonnen na het ontslag van haar man uit zijn betrekking. In haar psychotische ontremming is patiënte grof, vloekt, spreekt liederlijke taal.

Na deze periode heeft zij zich weer drie jaar kunnen handhaven. Haar psychopathische karaktertrekken blijven buiten den psychotischen toestand duidelijk aanwezig.

25. Patiënt V. 22.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1897. Gehuwd. 1 kind. 1e keer: opgen.: 16 April '34 (36 jaar). Ontslagen: 13 Oct. '34, vertrok naar huis. 2e keer: opgenomen: 15 Oct. '34; ontsl.: 1 Nov. '34. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: in familie der M.: vele psychosen.
S.M.: dementia praecox.
S.M.: acute psychose.
F.M.: man.-depressieve perioden.

Karakter: opgewekt, zonnige natuur, gevoelig, wat extreem in haar uitingen. Zoon S.M.: dementia praecox.

Intellect: goed.

Beroep: operazangeres.

Vroegere neurosen of psychosen: In 1932: gedurende 4 weken depressief, in een sanatorium verpleegd.

Jan. 1934: een maand in een kliniek, na een suicidepoging.
Habitus: pycnisch.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed: neg. Bloeddruk 130/95.
Geen afwijkingen.

Anamnese:
Acht jaar geleden maakte patiënte een zeer moeilijke bevalling door.
Drie jaar daarna trok ze zich den dood van haar man erg aan.
In 1930 verloor haar man een zeer goede positie, geraakte in finantieele moeilijkheden. In 1932 in een sanatorium in het buitenland verpleegd, was zeer depressief. Na 4 weken is patiënte zeer verbeterd ontslagen.
In April '33 uit buitenland hier gekomen.
1934: opnieuw zeer depressief, deed een suicidepoging, nadat haar zoontje naar het ziekenhuis moest (t.b.c.).
Nadat haar gezegd is, dat haar zoontje een tuberculeus proces had, is patiënte steeds meer achteruitgegaan. Werd zeer depressief, angstig, voortdurend bang, dat ze in een concentratiekamp zal worden opgenomen.
Werd verward in 't spreken, begon voedsel te weigeren.

Uit aanteekeningen der kliniek Jan. '34.
Diagnose: manisch-depressieve psychose.
Was tijdens haar verblijf aldaar licht depressief, en nogal wisselend gestemd. Soms erg verdrietig, dan weer opgewekt en vroolijk.
Na een maand veel verbeterd ontslagen.

Ziektegeschiedenis:
16-4-'34. Opname. Patiënte maakt een zeer depressieven, geremden indruk. Voedselopname vindt met moeite plaats.
19-4-'34. Vertelt een goed samenhangend verhaal van haar leven.
't Gaat langzaam, doch de gedachtengang is geordend. Reageert affectief zeer heftig als over haar ouders en haar kind gesproken wordt. Is zeer depressief. Geremde gedachtengang. Geremde motoriek.
25-4-'34. Is zeer geremd. Geeft soms totaal geen antwoord. Heeft allerlei zelfbeschuldigingen. Is niet goed voor haar kind geweest. Is soms zeer angstig. Staart dan met wijd open oogen voor zich uit, gilt dan ook. Meent soms dat haar moeder en kind hier zijn, hoort hen roepen.
2-5-'34. Nu en dan zeer angstig en onrustig. Loopt dan gillend uit het bed. Soms betere momenten. Over 't algemeen nog zeer depressief en geremd.
16-5-'34. Spraakzamer. Niet angstig meer. Rustiger. Vertoont nu en dan paranoïde ideeën, meent, dat de zusters haar plagen, dat ze hier tot spot is van anderen, dat men allerlei dingen van haar zegt. Nogal wisselend beeld.
3-6-'34. Nu en dan nog wel angstig. Spreekt iets meer. Spreekt helder. Maakt zich bezorgd over haar kind en de zorgen van haar man.
20-6-'34. Is zeer geremd. Tobt over den toestand van haar man en kind. Zegt geen doorzicht te hebben. Radelooze gelaatsexpressie. Soms eenigszins theatraal in haar gedrag.
4-7-'34. Soms iets actiever. Reageert direct depressief op iedere teleurstelling.
19-7-'34. Wordt steeds opgewekter en spraakzamer. Nu en dan nog huilbuien.
9-8-'34. Patiënte meent, dat de menschen haar gedachten kunnen lezen. Meent, dat er allerlei verschrikkelijke dingen zullen gebeuren, hoort dat ook zeggen.
22-8-'34. De grondstemming is nog depressief. Overigens een duidelijken functioneelen bovenbouw. Patiënte doet vaak wat theatraal.
5-9-'34. Zeer wisselend van stemming. Doet soms kinderlijk theatraal. Is soms angstig. Heeft betrekkingsdenkbeelden. Vertoont pseudohallucinaties.
20-9-'34. Is opgewekter en rustiger. Lichte armoedewaan.
Meent, dat ze in de gevangenis thuishoort. Het geheel doet weinig echt aan.
10-10-'34. Is soms zeer vreemd in haar gedrag. Schrijft dan onsamen-

hangende verhalen. Heeft allerlei paranoïde ideeën. Spreekt over vivisectie, die bij haar zou worden toegepast. Nu en dan angstige huilbuien, waarbij ze heftig gilt.

13—15 Oct. '34. Is 2 dagen thuis geweest. Dit ging totaal niet. Ze was onrustig. Sprak allerlei vreemde dingen. Meende, dat van haar zoontje het hoofd zou worden afgehakt.

Wilde naar een advocaat, naar de Koningin.

Gedroeg zich bij wederopname zeer hysterisch, was opgewonden en schreeuwde luid. Is zeer paranoïd. Hoort haar zoontje roepen. Allerlei hallucinaties, vooral acustische en paranoïde ideeën. Eischt van haar man, dat hij naar de Koningin gaat.

30-10-'34. Vreemd in haar optreden. De dokter is ook aangeklaagd wegens moord, vivisectie op patiënte, haar man en kind.

Begint soms oninvoelbaar te lachen. Neemt minachtende houding aan. Geen depressieve gedachten meer. Hooghartig, minachtend, ironisch.

1-11-'34. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens *1e opname:*

Nov. '34. Patiënte uit verwarde paranoïde waandenkbeelden, hallucineert. Gedraagt zich onmaatschappelijk, is soms aggressief, schreeuwt luid, heeft sterke stemmingswisselingen, is soms verdrietig, angstig.

Dec. '34. Wordt heftiger, schreeuwt luid, lacht ongemotiveerd, spreekt verward.

Febr. '35. Wisselend. Soms een dagje wat beter; is dan vriendelijk, rustig geordend. De overige dagen verward, druk hallucineerend, gemaniereerd, ontoegankelijk.

10-3-'35. De laatste week heel goed. Rustig, kalm, tevreden, geordend.

Geen hallucinaties of waandenkbeelden meer.

Volkomen georiënteerd in eigen persoonlijkheid.

Heeft ziekteïnzicht.

17-3-'35. Met proefverlof.

31-3-'35. Na goede berichten ontslagen.

Einddiagnose: degeneratiepsychose (dem. praecox?)

2e Opname:

19-4-'35. Patiënte wordt opnieuw opgenomen. Had oneenigheid met haar man. Liep naar het gerechtsgebouw.

Praat veel, druk, opgewonden, afwijkend van het hoofddoel. Schrijft lange brieven aan haar man en aan haar advocaat.

30-5-'35. Hoort nog altijd door de radio zeggen, dat de zaken van haar man eraan zullen gaan.

De diagnose schizophrenie is niet duidelijk.

Is hypomaan.

Juli '35. Hoort door de radio berichten, die betrekking op haar hebben.

Hallucineert. Zegt geen waarde en aandacht meer aan de hallucinaties te zullen schenken.

Aug. '35. Wat rustiger. Dwaalt in een gesprek spoedig af, of komt tot onsamenhangende uitingen.

Sept. '35. Belooft zich aan de voorschriften te zullen houden.

Gaat 26/9 met proefverlof.

Gunstige berichten.

28/10: Genoegzaam hersteld ontslagen.

Diagnose: Degeneratiepsychose.

Katamnestisch onderzoek:

Vanuit de Valeriuskliniek is patiënte geplaatst in een psychiatrische inrichting, waar zij, na een verblijf van 3½ maand kon vertrekken, doch een maand later opnieuw moest worden opgenomen.

Na een verpleging van 5 maanden kon zij hier einde 1935 genoegzaam hersteld worden ontslagen. Sedert dien tijd heeft ze steeds in de beste conditie verkeerd. Patiënte geeft sinds dien weer, naast het leiden van haar huishouding, zang- en pianolessen aan vrij veel leerlingen en werkt hierin met veel genoegen. Door de tijdsomstandigheden had ze den laatsten tijd weer neiging tot gedeprimeerdheid. Ze heeft zich echter kunnen handhaven en is psychisch gezond gebleven en thans weer geheel in goeden doen.

Samenvatting:

Bij deze van moederszijde sterk belaste patiënte, die 2 jaar èn ½ jaar vóór haar opname in de Valeriuskliniek een kortdurenden, licht depressieven toestand doormaakte, ontwikkelt zich in den tijd, dat haar zoontje in een ziekenhuis moet worden opgenomen, opnieuw een psychotischen toestand. Deze begint met een depressief beeld (depressieve gedachten, angst, suicideneiging, stuporeuzen toestand met voedselweigering). Langzamerhand verandert dit beeld en treden de depressieve verschijnselen op den achtergrond, terwijl veel paranoïde waandenkbeelden, pseudo-hallucinaties op acustisch gebied op den voorgrond gaan treden bij vele schommelingen in de affectieve sfeer en theatrale gedragingen.

Later overwegen de verwarde paranoïde waandenkbeelden, de hallucinaties, het ongemotiveerde lachen, het gemaniereerde optreden zoo zeer, dat bij het eerste vertrek uit de psychiatrische inrichting de, tijdens haar ziekte in 1932 gestelde diagnose „manisch-depressieve psychose", geheel over boord is geworpen en zelfs naast de diagnose „degeneratie-psychose", dementia praecox tusschen haakjes wordt geplaatst.

De diagnose schizophrenie blijkt bij een volgende opname in deze inrichting toch niet duidelijk. Patiënte blijft dan wel haar paranoïd-quaeruleerende instelling behouden en ook hallucineeren.

Wel zegt ze dan geen waarde aan haar hallucinaties toe te kennen.

Patiënte wordt tenslotte in 1935 genoegzaam hersteld, als lijderes aan een degeneratiepsychose, ontslagen.

Is na dien tijd geheel hersteld gebleven.

Bleef wel gevoelig. Had eenige moeite met het verwerken van de tegenwoordige tijdsomstandigheden.

In de familie van haar moeder is een sterke belasting voor dementia-praecox en manisch-depressieve psychose aanwezig.

26. Patiënt V. 23.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1910. Ongehuwd. Opgen.: 18 April '34 (23 jaar).

Ontsl.: 24 April '34. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: P.M.: krankzinnig geworden met suicideneiging op ouderen leeftijd.
M.: zenuwziek geweest.
P.: zeer nerveus.
S.: debiel.
nichtje: onder behandeling van zenuwarts, altijd eenigszins vreemd geweest.

Karakter: Soms lief en vriendelijk, wisselend van stemming, niet prikkelbaar, niet wantrouwend, aesthetisch zeer gevoelig, muzikaal, idealistisch.

Intellect: goed.

Beroep: onderwijzeres op voorbereidend lagere school.

Vroegere neurosen of psychosen: geen.

Habitus: asthenisch.

Somatisch onderzoek: geen afwijkingen. Wa. en S.G. bloed: neg.

Anamnese:

Patiënte is opgegroeid in eigenaardig milieu. (Socialistisch-vegetarisch-

anthroposophisch). Woonde als onderwijzeres te A'dam in een vreemde omgeving, waar veel jonge menschen met elkaar samenwoonden en waar sexueel waarschijnlijk op perverse wijze werd geleefd.

Is 3 maanden geleden zeer acuut ziek geworden.

Kreeg waanvoorstellingen, waarin de Faust en Tolstoï een groote rol speelden. Profetische neigingen. Had allerlei visioenen en hallucinaties, ook acustische. Bleef op haar kamer, vervuilde zeer, kreeg geen voedsel.

Werd naar familie gebracht. Wilde zich met messen suicideeren of de zee inloopen. Sloeg met het hoofd tegen den muur, stopte het hoofd in het fornuis. Trok alle kleeren kapot. Hevige huil- en gilbuien. Liep 's nachts weg. Werd door politie teruggehaald. Doet soms erg overdreven. Zegt b.v.: „nu ben ik een hondje en gaat dan op den grond liggen blaffen". De ouders bemoeien zich niet meer met het meisje.

Ziektegeschiedenis:

18-4-'34. Is tamelijk rustig bij opname. Doet plotseling vreemd. Gaat op haar knieën vallen. Goed contact mogelijk. Geeft adaequaat antwoord. Poogt voorbij te praten of doet alsof ze de vraag niet begrijpt.

19-4-'34. Auto-anamnese: Vertelt rustig en geordend met adaequate affectieve reacties over haar levensgeschiedenis. Patiënte leefde zeer intensief in haar werk. Leefde een tijd saam met een jongen man.

Weet, wat op de dagen, die aan 't uitbreken van haar psychose vooraf ging gebeurde, nauwkeurig te beschrijven.

Was Oct. '33 op een andere school gekomen. Lag 's nachts te denken hoe ze haar werk aan zou pakken. Stond op een morgen niet op. 't Was alsof ze in een andere wereld was verzeild geraakt. Ze vertelt van allerlei visioenen, hoe ze als 't ware de geheele wereld doorgereisd heeft. Toen ze in een auto van A'dam naar den Haag ging, beleefde ze dat de auto op heel eigenaardige wijze reed en verongelukte; ze gingen onder het water door, als een lijk werd ze opgehaald. Een keer voelde patiënte zich opklimmen tot in Gods huis, zag in Gods oogen. De afstand met de wereld werd steeds grooter, 't perspectief steeds grooter. Toen een heftige val.

Had het gevoel, dat ze gedurig bespied werd. Heeft steeds het gevoel, dat ze man en vrouw tegelijk is, ook alsof twee krachten tegen elkaar in werken. Dan moet ze alles kapot maken. Er is goed contact mogelijk. Toch is alles onwezenlijk voor haar.

19-4-'34. Heftige woedebui, waarbij patiënte trapt en slaat, hard gilt en alles kapot gooit. Daarna weer rustig en vriendelijk.

Ligt wat vreemd te lachen. Er is echter goed contact mogelijk.

24-4-'34. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Opgenomen 24-4-'34. Patiënte hallucineerde sterk, had paranoïde waandenkbeelden en trad aggressief op, vertoonde suicide-neiging. Is zeer moeilijk en onhandelbaar, trapt tegen de deuren, slaat om zich heen, weigert soms te eten, schreeuwt en gilt en laat zich op den grond vallen, is niet tot arbeid te bewegen.

Geeft als verontschuldiging voor haar brutaal en onhebbelijk optreden aan, dat ze er niets aan kan doen, omdat ze erg verwend is.

Eischt veel van de verpleging door haar groote onrust en onhandelbaarheid. Spreekt steeds over haar voornemen zelfmoord te plegen.

Wisselende stemming, baldadig, tegenstrevend, voedselweigerend, zich ontkleedend, aggressief.

Dan weer korten tijd beter gehumeurd. Soms depressief.

Sept. '34. Buien van heftige ontstemming, waarin ze gilt en schreeuwt, vernielt en aggressief optreedt, naast perioden van depressie met zelfbeschuldigingen, sterk negativisme, voedselweigering.

Nov. '34. Hoewel nog steeds aan schommelingen onderhevig, toch toegankelijker, een enkele maal bepaald spontaan in haar uitingen.

Dec. '34. Nu eens eenigen tijd toegankelijk, dan weer geblokkeerd.
Jan. '35. Gaat behoudens kleine schommelingen vooruit.
Kortdurende terugvallen, waarin ze afwezig en dysphoor is.
Maart '35. Maakt 't zeer goed. Meest opgewekt, zonder opgeschroefdheid.
April '35. Vrij acuut, na een feestelijkheid, waarin ze een rol speelde, weer geremd, bizar in haar optreden en onsamenhangend in haar uitingen.
Mei '35. Blijft stil, geblokkeerd en afwijzend.
Juni '35. Zeer storend door haar motorische onrust en luidruchtigheid.
Soms incontinent. Meestal toegankelijk. Slaat andere patiënten.
Aug. '35. Is de laatste weken goed gestemd en gedraagt zich ordelijk.
10-9-'35. Met proefverlof naar ouders.
13-9-'35. Goede berichten tijdens proefverlof.
13-9-'35. Uit een brief van haar aan den dokter (tijdens proefverlof): „Ik voel me zoo rijk in ons kleine huisje, waar alle dingen een bekende vriendelijkheid uitstralen. Het is allemaal oud, maar zóó alsof het nieuw geboren is. Ik weet niet welke woorden ik zal moeten gebruiken om uit te drukken het gevoel van dankbaarheid over de ervaringen, in deze afgeloopen 1½ jaar opgedaan."
10-7-'36. Genoegzaam hersteld ontslagen.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar vertrek uit de psychiatrische inrichting (Sept. '35) is patiënte steeds geheel hersteld geweest.

Ieder jaar meldt zij zich nog in deze inrichting. Het laatst nog kort geleden. Patiënte wordt als volkomen hersteld beschouwd en vertoont geen enkel restverschijnsel van een procespsychose.

Samenvatting:

Deze patiënte, die te voren geen psychose door maakte, geraakte acuut zonder aan te geven provoceerende momenten in een psychotischen toestand met massale hallucinaties, visionaire belevingen, paranoïde ideeën, sterke ontremming (gil- en huilbuien), aggressief optreden, vernielzucht en perioden van depressie.

Na in totaal ongeveer 1½ jaar verpleegd te zijn geweest, kan zij genoegzaam hersteld worden ontslagen.

Bij den voortduur blijkt patiënte geheel hersteld te zijn en geen restverschijnsel van een procespsychose te vertoonen.

Enkele duidelijke en minder duidelijke hereditaire momenten zijn aanwezig. Zelf was zij een wat labiele, zeer gevoelige, idealistische persoonlijkheid.

27. Patiënt V. 25.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1917. Ongehuwd. 1e keer: Opgen.: 9 Oct. '34 (17 jaar); Ontsl.: 14 Nov. '34. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

2e keer: Opgen.: 21 Nov. '35; ontsl.: 7 Jan. '36. Opnieuw overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting

Herediteit: Spm verpleegd in een Psychiatrische Inrichting.
Karakter: zacht, meegaand, in zichzelf gekeerd, geen vriendinnen.
Intellect: kon op school niet meekomen. Werd 1× in de 2 jaar verhoogd.
Beroep: naaister.
Vroegere neurosen of psychosen: geen.
Habitus: infantiel.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed: neg.
Pes equino-varus L., arachnodactylie.

Anamnese:

Sinds drie weken is patiënte wat vreemd. Kocht dingen waarom ze zich vroeger nooit bekommerd had, b.v. lippenstift.

Is 14 dagen thuis gebleven van haar werk, voelde zich weer beter.
Sinds eergisteren weer niet. Kreeg het idée, dat iedereen haar aankeek, dat ze werd nageroepen („wat loopt daar een modepop").
Kwam zeer verward van haar werk terug. Zei, dat ze verloofd was, hoorde stemmen en zag mooie sprookjes om zich heen afspelen. Vond, dat alles in haar omgeving veranderd was. Maakte zeer angstigen indruk. Zegt, dat ze prinses is en veel geld heeft. Menses zijn nog niet opgetreden.

Ziektegeschiedenis:
Tijdens *1e opname.* 9-10-'34. Patiënte wordt opgenomen. Is een mager meisje. Voor haar leeftijd zeer infantiel gebouwd. Zegt prinses te zijn, in het paleis te wonen. Vroeger werkte ze op een atelier van een pettenfabriek, maar nu is ze heel rijk. Ze is nu 17 jaar, maar wil niet ouder worden. Haar vader laat haar drinken van het levenswater. Zegt, dat ze een vriend heeft, van wien ze veel houdt; hij heeft 2 kinderen, een prinsje een een prinsesje.
Voelt zich hier heel rustig en gelukkig. Was 's nachts erg angstig. Hoorde ook veel stemmen.
10-10-'34. Eenigszins hypomaan gestemd. Fantaseert over het paleis waar ze woont en beschrijft dit op de manier van een sprookje. Zegt, dat ze hier in een slot is en dat het hier heerlijk is.
Hoort stemmen van haar vader en moeder en anderen, die zeggen, dat ze naar een groot feest gaat. Eet slecht, schijnt vergiftigingsideeën te hebben.
12-10-'34. Eet niet. Is prikkelbaar, ligt dikwijls te schelden. Zegt: ze hebben me willen vermoorden, vergif geven. Praat geregeld voorbij en geeft geen antwoord op vragen. Is wat negativistisch. Werkt tegen. Wil niet loopen, laat zich sleepen. De opbouw van haar verhalen doet infantiel en debiel aan. Heeft overigens een degeneratieven lichaamsbouw (zeer lang; pes equinovarus; arachnodactylie).
16-10-'34. Laat zich gaan. Is negativistisch — praat voorbij. Vertoont fantasieën en „wahnhafte Einbildungen".
23-10-'34. Is ongegeneerd. Plaagt andere patiënten, is weerstrevend. Telkens incontinent.
7-11-'34. Ongeremd in haar gedrag en uitingen. Vrij sterk negativistisch. Verminderd gevoel voor decorum.
14-11-'34. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens *1e opname:* Is een onverschillig, wat onhebbelijk kind, stug en gesloten, heeft vergiftigingsideeën, is soms onzindelijk, dwars.
Is altijd achterlijk geweest; nu psychotisch met hallucinaties en grootheidsideeën, negativistisch en impulsief.
Nov. '34. Onverschillig en brutaal.
Maart '35. Na 't doormaken van een griep totaal veranderd, niet meer brutaal, maar vriendelijk.
11-4-'35. Met proefverlof.
9-5-'35. Genoegzaam hersteld ontslagen, als schizophrenie bij imbecil.

Valeriuskliniek: 2e opname 21-11-'35.
Anamnese: Was na ontslag uit de Psychiatrische Inrichting thuis weer heel gewoon, deed licht huishoudelijk werk. 14 dagen geleden kwam ze 's morgens beneden en zei, dat ze bang was, dat ze 's nachts aan de slaapkamer had hooren kloppen. 't Werd gaandeweg erger. Durfde niet meer de straat op, was bang, dat de menschen naar haar keken, omdat haar oogen niet goed stonden. At slecht. Had het over „indenkingen", waar ze last van had.
Menses thans op tijd, zeer sterk.

Ziektegeschiedenis:
Tijdens 2e Opname: 21-11-'35. Maakt bij binnenkomst een depressieven

indruk. Kijkt somber, is stil en geremd. Voelt zich angstig en verdrietig. Denkt, dat ze dood zal gaan.

22-11-'35. Is zeer stil. Ligt in zich zelf gekeerd te bed. Ze merkt, dat haar gedachten weggetrokken worden. Haar hoofd is leeg. Ze zal wel spoedig sterven. Is bang, dat ze gek zal worden.

Maakt een depressieven radeloozen indruk. De psychomotoriek is geremd.

27-11-'35. Is dikwijls verdrietig. Haar gedachten zijn telkens heelemaal weg. Voelt zich verlaten. Denkt, dat ze door iedereen nagekeken wordt. Heeft een vreemd gevoel over zich, dat ze zichzelf niet meer is. Soms negativistische dagen.

4-12-'35. Wordt meer negativistisch, mutistisch. Is angstig, vreemd in haar gedragingen, loopt uit bed.

18-12-'35. Wordt kunstmatig gevoed. Heeft neiging tot zelfmutilatie.

1936. 1 Jan. Katatoon beeld. Wordt kunstmatig gevoed.

7-1-'36. Wordt opnieuw overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens *2e opname:* 7-1-'36. Opnieuw uit Valeriuskliniek opgenomen.
Thans sterk geremd, stuporeus, mutistisch. Moeite met de voedselopname.
1937. Stuporeus, mutistisch, geen belangstelling.
1938. Geremd, negativistisch.
1940. Autistisch, negativistisch, vaak aggressief, slordig, gedementeerd.
Diagnose: Schizophrenie bij imbecil.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte wordt nog steeds in de psychiatrische inrichting verpleegd onder de diagnose: Schizophrenie bij imbecil.

Samenvatting:

Patiënte, die slecht op school kon meekomen en een degeneratieven lichaamsbouw had (pes equinovarus, arachnodactylie, sterke lengtegroei) geraakt op 17-jarigen leeftijd plotseling in een psychotischen toestand met negativisme, decorumverlies, „wahnhafte Einbildungen", hallucinaties, vergiftigingsideeën, fantastische geluksbelevingen, die infantiel en debiel aandoen. Steeds meer verandert dit beeld in een stuporeus, mutistisch, negativistisch, autistisch beeld met aggressieve handelingen en aanduidingen van dementie.

Bij haar tweede ontslag uit de Valeriuskliniek werd patiënte dan ook niet meer als lijdende aan een degeneratiepsychose doch aan schizophrenie uitgeboekt. Bij langere observatie in de psychiatrische inrichting werd deze diagnose gehandhaafd.

28. Patiënt V. 27.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1907. Ongehuwd. Opgen.: 8 April '35 (27 jaar). Ontsl.: 21 Juni '35. Overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Herediteit: geen hereditaire momenten.
Karakter: aanhankelijk, eerlijk, stil, niet eenzelvig, religieus.
Intellect: goed.
Beroep: apothekeres.
Vroegere neurosen of psychosen: geen.
Habitus: asthenisch.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.
Nonne-; Pandy-. Bezinkingssnelheid: 38.
Aantal erythrocyten per mm^3: 5.180.000.
Bloedbeeld: 14% segmentk.; 20% staafk.; 53% lymphoc.; 11% monoc.; 2% eosinoph.

Anamnese:

Patiënte was provisor in een apotheek. Dit bevredigde haar niet; is verleden jaar naar Palestina geweest. Het bevredigde patiënte daar ook niet. Is zonder werk in Holland terug gekomen (± Dec.).

Patiënte had toen een lichte depressie. Is bij haar moeder gaan wonen. Bleef op bed liggen, was gedeprimeerd. Heeft een maand geleden zelf haar verloving verbroken. In het begin daarna iets opgewekter. Sloeg om in een zeer opgewekte stemming. Kreeg toen griep en angina. Begon tijdens de griep drukker te spreken, verkondigde theorieën over ruimte en tijd, had alle problemen opgelost, schreef 3 dictaten vol. Noemde zich zelf de oermoeder. Kreeg geluksgevoel.

Ziektegeschiedenis:

8-4-'35. Opname. Patiënte is bij opname zeer onrustig. Zegt, dat ze electrisch geladen is. Wil daarom water drinken, omdat zoo de electriciteit kan worden afgeleid. Patiënte heeft de heele ontwikkeling meegemaakt van het menschelijk geslacht. „Ik heb den schreeuw van het geboren worden geslaakt". Zegt nu weer tot haar zinnen te komen. Weet wie ze is en wanneer ze geboren is.

10-4-'35. Is motorisch onrustig. Spreekt verward, onsamenhangend. Maakt theatrale gebaren. Spreekt Hebreeuwsch, Hollandsch, Fransch door elkaar. Sterk decorumverlies. Hooge Temp. (veronal-exantheem).

24-4-'35. Iets minder druk. Blijft echter motorisch onrustig. Heeft veel oppervlakkige associaties, is monotoon in haar uitdrukkingen. Praat ongegeneerd over sexueele onderwerpen. Heeft geen koorts meer.

1-5-'35. Blijft druk. Heeft spreekdrang.

6-5-.35. Had een moment van geheel helder zijn.

14-5-'35. Weer onrustiger. Slaapt zeer weinig. Spreekt en zingt aan één stuk door, produceert steeds hetzelfde: „ik ben apothekeres, ik ben een jodinnetje, ik ben een vrouw, jij bent een man."

Uit persoonsverwisselingen.

22-5-'35. Is steeds onrustig. Praat voorbij. Is vernielzuchtig, smeert, bijt in de dekens; is gedurig incontinent.

28-5-'35. Blijft druk, er is geen contact mogelijk.

5-6-'35. Vergaand decorumverlies, vernielzucht. Spuwt, bijt.

Haar uitingen zijn zeer eentonig.

21-6-'35. Blijft zeer onrustig. Wordt overgeplaatst naar een Psychiatrische Inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens *1e opname.*

Patiënte is aanvankelijk zeer onrustig. Heeft een sterk verwarden rededrang, desoriëntatie, onzindelijkheid, verlies van decorum, impulsiviteit en aggressiviteit, incohaerenten gedachtengang, grimasseeren.

Na somnifeenkuur aanvankelijk geen verbetering. Na 4 weken nu en dan rustige dagen; is kortdurend helder, dan weer zeer verward.

Na half Sept.: blijvend rustig en georiënteerd, soms licht depressief, lichte insufficientiegevoelens.

6-12-'35. Hersteld ontslagen.

Diagnose: atypisch verloopende man-depr. psychose.
(sterk verwarde, furibunde manie).

Uit aanteekeningen tijdens opname in een Sanatorium.

31 Dec. 1935 werd patiënte opgenomen in een Sanatorium.

Verkeert bij opname in een depressieven toestand. Zij is zeer geremd, negativistisch in haar houding, kruipt veel onder de dekens, geeft dikwijls geen contact, is niet angstig bij onderzoek.

Mogelijk zijn er hallucinaties. Zij meent geen recht te hebben op het leven en uit nog andere zondedenkbeelden. De activiteit is zeer gering. Soms schijnt

het, alsof ze moeite doet een vraag te beantwoorden. Nu en dan uitgesproken stuporeus.

Diagnose: Katatone depressie. Wordt overgeplaatst naar een psychiatrische inrichting.

Uit aanteekeningen der Psychiatrische Inrichting:

Tijdens *2e opname:* (opgenomen 3-3-'36).

Depressieve verschijnselen, zelfbeschuldigingen, armoedewaan; later onrust met suicideneiging, sterk aggressief optreden; later manische met schizophrene verschijnselen, groote motorische onrust, aggressief optreden, incohaerente rededrang, grimasseeren, stereotypieën, gemaniereerdheid, incontinentie. Na insulinekuur: verbetering. Toonde nog langen tijd een zekere leegheid en gedachtenarmoede.

Is gedurende het proefverlof nog veel verbeterd. (18-1-'39).

26-3-'39. Hersteld ontslagen.

Diagnose: atypische manisch-depressieve psychose.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte verliet Mei '39 de psychiatrische inrichting. Trad een paar maanden later weer als apothekeres in functie en verricht sinds dien met animo haar werk. Deelt zelf mede in de korte tusschenperiode, welke zij in 1935 thuis was, nooit geheel hersteld te zijn geweest.

Na haar herstel in 1939 voelt patiënte zich geheel hersteld, geheel volwaardig. Voelt zich flinker, zelfstandiger en meer positief dan voorheen. Kan haar werk als apothekeres goed aan, kan goed verantwoording dragen.

Is minder gauw vermoeid dan voorheen, gelijkmatiger van stemming.

Vooral in haar puberteitsjaren had patiënte het nogal moeilijk, was geneigd tot een depressieve instelling.

Kan zich uit haar ziekteperiode het meeste nog herinneren. Was zelf in haar ziekte zeer actief bezig. Patiënte is zeer mededeelzaam. Echter niet afleidbaar, geen gedachtenvlucht. Maakt een rustigen evenwichtigen indruk. Heeft een zwaar bombardement meegemaakt. Heeft dit rustig doorstaan en verwerkt.

Samenvatting:

Deze patiënt, die niet erfelijk belast is en geen degeneratieve karaktertrekken vertoont, geraakte na het verbreken van een verloving en bij een zich niet bevredigd voelen in haar werkkring, in een kortdurenden depressieven toestand, die omsloeg in een ziekelijke opgewekte periode. Hiervan bijna hersteld, gaan zich na een bijkomende griep verschijnselen ontwikkelen, die buiten het kader van een manisch-depressieve psychose vallen.

Er ontstaan „wahnhafte Einbildungen", gepaard gaande met een geluksgevoel. Patiënte meent electrisch geladen te zijn, is motorisch onrustig, spreekt verward, onsamenhangend, heeft een theatrale motoriek, is monotoon in haar uitdrukkingen, ontremd in haar handelingen en uitingen.

Waar men de diagnose „manisch-depressieve psychose" stelde, gaf deze toch geen volle bevrediging, en sprak men van een atypisch verloopende manisch-depressieve psychose of van een katatone depressie.

In de laatste jaren van haar verpleging maken verschijnselen als incohaerente gedachtengang, grimasseeren, stereotypieën, gemaniereerdheid, incontinentie en decorumverlies het aannemen van een atypische manisch-depressieve psychose nog moeilijker. Bovendien zijn voor een manisch-depressieve psychose geen hereditaire aanwijzingen; ook bestaan er geen praepsychotische stemmingsschommelingen noch pycnische lichaamsbouw.

Tegen een schizophreen proces, waaraan in de Valeriuskliniek nog even werd gedacht, pleit het volledig herstel van patiënte, die, na haar psychose, zeker zoo volwaardig is, als voor dien tijd.

29. Patiënt V. 28.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1916. Ongehuwd. Opgen.: 14 Mei '35 (18 jaar). Ontsl.: 27 Aug. '35. Vertrok naar huis.

Herediteit: p en m: neef en nicht.
S.p: meerdere malen overspannen.
fr. p: suïcide.
Kind van fr. p.: hallucinatoire toestanden.

Karakter: druk, beweeglijk, gevoelig, gaat in alles intens op, niet eenzelvig, sterke sympathieën en antipathieën, bemoeiziek, groot gevoel voor waarheid en rechtvaardigheid, zeer eerzuchtig.

Vroegere neurosen of psychosen: op 14e en 16e jaar korten tijd overspannen.

Habitus: onduidelijk.

Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed en liquor: neg.
Nonne—; Pandy zwak +. Celgehalte $2^2/_3$ per mm^3.

Anamnese:

Patiënte is in de 2e klas M.U.L.O. reeds korten tijd overspannen geweest; heeft veel last van hoofdpijn, moeheid, had een zenuwachtigen, vreemden lach.

Op 16e jaar eveneens (was toen op Industrieschool, voelde zich daar niet erg thuis). Veel hoofdpijn.

Een paar weken geleden komt ze 's morgens bij 't bed van haar ouders en zegt: „Ik heb God gevonden". Zei, dat ze datgene, waarnaar ze zoo verlangd had, had bereikt. Gaf zelf toe op school zeer eerzuchtig te zijn geweest. Becritiseert den laatsten tijd veel haar opvoeding. Geeft toe, dat haar ouders het goede met haar voor hebben gehad, doch, dat ze haar geremd hebben en ze niet heeft kunnen bereiken, wat ze gewild had.

Zei tegen haar vader, dat ze zich gelukkig gevoelde.

Vertoonde sinds de laatste week abnormale verschijnselen: schoot niet op met haar werk. Kreeg huilbuien. Wilde dat haar vader voorlas uit „het huwelijk van de moderne vrouw". Werd druk in 't praten, at slecht, was zeer prikkelbaar. De laatste dagen òf huilen òf zingen.

Ziektegeschiedenis:

14-5-'35. Opname. Is bij opname zeer druk. Loopt steeds heen en weer naar alle bedden. Wil op vragen geen antwoord geven.

15-5-'35. Is motorisch onrustig. Maniakaal gedrag. Lacht en praat veel. „Ik voel me zoo vreeselijk gewichtig, al die doktoren om me heen".

„Vader is misschien van oudere adel dan de Koningin".

Zit soms plotseling voor zich uit te staren, zegt dan niets meer en begint te huilen.

„Het is zoo overdreven, dat ze allemaal voor je buigen; dat doen ze allemaal".

20-5-'35. Is de laatste dagen negativistisch. Soms onrustig. Er is geen goed contact mogelijk.

23-5-'35. Heeft op zaal allerlei menschen gezien, die zij meende, dat echt dood waren. Denkt, dat de Koningin achter een scherm ligt. Wil graag leven, zooals het in den Bijbel geschreven staat. „Je moet boven alle dingen staan." Ongemotiveerde lachbuien.

28-5-'35. Eet slecht. Wat negativistisch. Oninvoelbare lachbuien.

5-6-'35. Wordt rustiger. Sterke persoonsverwisselingen.

11-6-'35. Spreekt soms incohaerent. Nog persoonsverwisselingen. Voelt zich steeds moe. „Alles is zoo moeilijk."

26-6-'35. Autistisch. Heeft oninvoelbaar lachje. Weinig contact mogelijk. Schrijft incohaerente brieven.

6-7-'35. Incohaerent. Betrekkingsideeën, persoonsverwisselingen.

17-7-'35. Is rustiger. Voelt zich opgewekter. Minder incohaerente gedachtengang. Zeer affectlabiel. Klaagt over moeheid en duizeligheid.

27-7-'35. Is wat actiever. Voelt zich spoedig moe. Overgevoelig voor allerlei prikkels (licht, warmte). Veel hoofdpijn. Nog incohaerente gedachtengang.

31-7-'35. Spreekt minder incohaerent. Nog wel affectlabiel. Zeer druk in 't spreken. Erotisch. Schreef brieven, die goed van samenhang waren.

7-8-'35. Soms goed contact mogelijk, dan weer incohaerent. Nog steeds lichamelijke klachten (moeheid, duizeligheid).

14-8-'35. Rustig, adaequaat. Gauw moe.

27-8-'35. Vertrekt naar huis. Psychisch geheel hersteld. Corrigeert haar waandenkbeelden van 't begin van haar psychose.

Katamnestisch onderzoek:

Na haar vertrek uit de Valeriuskliniek, heeft patiënte zich nu ruim 6 jaar goed kunnen handhaven. Bestuurt, na het overlijden van haar moeder, tot volle tevredenheid van haar vader op „alleszins voortreffelijke wijze" de huishouding van vijf personen. Ze is flink en zelfstandig, doch weet ook juist haar plaats als kind.

Haar vader zou haar graag wat minder „kind" willen zien.

Wel beleeft ze nog, als voorheen, vele dingen zeer intens.

Samenvatting:

Een van jongsaf nerveus meisje, dat veel aan hoofdpijn leed, zeer eerzuchtig was en duidelijk erfelijk belast, geraakt autochthoon op 18 jarigen leeftijd in een psychotischen toestand, die begint met een geluksbeleving: nu God gevonden te hebben, verkregen te hebben, datgene, waarnaar ze zoo verlangde. Aan den anderen kant beleeft ze, niet verkregen te hebben, wat ze had willen bereiken, door de remmingen haar door haar ouders opgelegd.

In het begin draagt het psychotische beeld een maniakaal stempel. Al spoedig echter treden op: een sterke wisseling der affecten, motorische onrust, negativisme, autisme, visioenen, persoonsverwisselingen, incohaerente gedachtengang, betrekkingsideeën. Patiënte uit zich, te willen leven zooals het in den Bijbel geschreven staat. Voorts: „Je moet boven alle dingen staan."

Patiënte werd uitgeboekt als lijdende aan „degeneratiepsychose", met „puberteitspsychose" tusschen haakjes.

Ziende op haar leeftijd en het nog niet geheel tot ontplooiing gekomen zijn, is het beter hier te spreken van een puberteitspsychose, ziende op de hereditaire belasting en den nerveuzen aanleg van een degeneratiepsychose.

30. Patiënt V. 29.

UIT AANTEEKENINGEN VALERIUSKLINIEK:

Geb.: 1904. Gehuwd. 1 kind Opgen.: 25 Juni '35 (31 jaar). Ontsl.: 26 Oct. '35. Vertrok naar huis.

Herediteit: geen psychosen in familie.
fr.: asociaal.
Karakter: vroolijk, wilskrachtig.
Intellect: intelligent.
Beroep: schrijfster.
Vroegere neurosen en psychosen: geen.
Habitus: onduidelijk.
Somatisch onderzoek: Wa. en S.G. bloed: neg. Geen afwijkingen.

Anamnese:

Tijdens haar 1e huwelijk leerde patiënte in R. een anderen man kennen (A. B.), met wien echter geen verhouding heeft bestaan. Haar 1e huwelijk was niet gelukkig. Is gescheiden en hertrouwd.

3 maanden geleden zei patiënte plotseling tegen haar man, hoe zou A. B. het toch maken? 3 weken later stierf deze A. B. in zorgelijke omstandigheden. Patiënte kwam hierachter door een krantenbericht.

Ging zich dit abnormaal sterk aantrekken. „Ik ben een ellendeling, ik had hem kunnen helpen, ik heb hem laten crepeeren".

Kreeg automatisch schrift van dien man. Na de begrafenis heeft ze zich

„open gesteld" om door te gaan met zich te laten inspireeren. Een paar weken later (begin Mei) is dit contact opgehouden. Heeft toen uit eigen beweging alles aan haar man verteld. Had toen een abnormale rust over zich. Een lichte overgevoeligheid, bang zijn in 't donker, was nu plotseling geheel weg. Heeft daarna 14 dagen in enorm tempo gewerkt en 2 boekjes geschreven.

Begin Juni plotselinge omkeer. Het automatisch schrift begon weer. Zag toen woorden geschreven, overal waar ze keek. Hieruit bleek, dat die man niet vrij was van de aarde. Zij kon alleen dien man vrij maken door zelf voor hem te sterven. Hield gesprekken met God. Hoorde het in haar hoofd.

Heeft toen 3 nachten niet geslapen. Doorleefde elken nacht tweemaal het sterfproces. Had de zekerheid te zullen sterven. Maakte in totaal 7× het sterfproces door. „Hij heeft zichzelf van kant gemaakt met 7 tabletten, daarom moest ik 7× sterven." Zei daarna: „nu is alles voorbij."

Kreeg daarna weer contact met dien man. Was de laatste 14 dagen volkomen apathisch, niets boeide haar meer. Praat veel in zichzelf. Zegt nu: A.B. is niet dood; ons huwelijk is een totale mislukking, ik wil met hèm trouwen; hij is schijndood geweest, ze hebben hem opgegraven. Spreekt verder wartaal.

Ziektegeschiedenis:

25-6-'35. Opname. Zegt zelf wat overspannen te zijn. Heeft geen critische instelling tegenover het automatisch schrift. Heeft ook een stem gehad naar R. te gaan. Heeft nooit een spirit. séance bijgewoond. Zegt, dat het in de krant gestaan heeft, dat A. B. niet dood is. De geesten hebben haar dit gezegd.

27-6-'35. Zegt vroeger anders dan de andere meisjes geweest te zijn. Vond flirten kinderachtig. Eenmaal een hevige liefde voor een auteur opgevat. Een portretje van hem met handteekeningen heeft ze langen tijd bewaard, wilde 't niet weggooien, heeft dat toen opgegeten.

30-6-'35. Liep de gang op. Meende dat A.B. op de gang was, had zijn stem gehoord.

3-7-'35. Ligt in zichzelf te lachen. Hoort allerlei stemmen, die haar grappige dingen vertellen, o.a. de stem van haar vader.

„Ik ben blij, dat ze me zoo bezig houden". Hoort de stemmen in haar oor.

10-7-'35. Maakt 't goed. Hoort geen stemmen meer. Het contact met A.B. wordt ook geleidelijk minder.

29-7-'35. Hallucineert weer zeer sterk. A.B. is haar man. Raadpleegt hem telkens, als ze een antwoord moet geven. Wil van haar man scheiden.

20-8-'35. De stemming wisselt van dag tot dag. Weigert soms plotseling het eten, omdat er vergif in gedaan is. Wordt eenmaal kunstmatig gevoed.

24-8-'35. Roept luid, dat ze met ultraviolette stralen wordt bewerkt. Ziet lichtende „Ozon"-plekken tegen den zolder.

25-8-'35. Is aggressief tegen haar man, die op bezoek kwam. Ze meent, dat er beneden een complot gesmeed wordt, waardoor zij verhinderd wordt A.B. te ontmoeten.

28-8-'35. Is geheel mutistisch.

29-8-'35. Loopt heen en weer. Zegt iederen zin 3 maal achter elkaar.

Voelt, dat ze bewerkt wordt door infraroode stralen, dit veroorzaakt onaangename sensatie op den rug.

31-8-'35. Is plotseling geheel veranderd. Is opgewekt, vriendelijk, voelt geen bestraling meer.

11-9-'35. Vriendelijk, ligt 't liefst den geheelen dag te bed.

14-9-'35. Krijgt somnifeenkuur.

28-9-'35. Kuur beëindigd. Is rustiger en meer toegankelijk.

9-10-'35. Wordt actiever. Krijgt meer belangstelling. Schrijft weer.

Begint haar waandenkbeelden gedeeltelijk te corrigeeren. Beter affectief rapport. Blijft echter vasthouden aan 't weer levend worden van A.B.

16-10-'35. Blijft vooruitgaan. Levendiger mimiek.

Momenteel geen pathologische belevingen. Goed affectief rapport.

Geen gemaniereerde wijze van spreken meer.

23-10-'35. Rustig. Volkomen adaequaat in 't spreken en handelen.

Ziet de hallucinaties, die ze gehad heeft, als ziekelijk.

Acht 't ook wel mogelijk dat spiritisten daarin een rol gespeeld hebben.
26-10-'35. Vertrekt naar huis.

Katamnestisch onderzoek:

Patiënte vertrok Oct. '35 vanuit de Valeriuskliniek naar huis. Haar gezondheidstoestand heeft nu ruim 6 jaar niets te wenschen overgelaten. Ze heeft weer enkele boeken geschreven en verrichtte ook haar huishoudelijke bezigheden met zeer veel animo. Een griepaanval doorstond ze zonder eenig psychopathologisch verschijnsel. Alle details uit haar psychotischen tijd herinnert patiënte zich nog volkomen. Voor haar psychose was patiënte nogal ongedurig, gauw angstig, durfde nooit alleen thuis te zijn. Na haar herstel voelt ze zich rustiger, evenwichtiger, niet meer angstig. Zegt zelf spontaan: „Ik ben rijper geworden". Staat critisch tegenover haar ziekteverschijnselen, al staat ze niet afwijzend tegenover de telepathie als zoodanig.

Patiënte is ook minder snel vermoeid dan vroeger. Werkt in regelmatiger tempo. Blijft veel slaap noodig hebben.

Staat rustiger tegenover dood en toekomst, doch niet onverschillig. Was tijdens de oorlogsdagen de rustigste thuis. Schrijft zelf de oorzaak van haar psychose toe aan oververmoeidheid tengevolge van zeer drukken arbeid.

Maakt den indruk van een zeer vlotte, energieke vrouw, vlug van begrip.

Samenvatting:

Bij deze patiënte ontwikkelt zich, na het bekend worden van het overlijden van een kennis, die in haar vroeger leven een meer dan gewone beteekenis voor haar blijkt gehad te hebben en na een periode van zwaren arbeid, waardoor patiënte oververmoeid was geworden, een psychose met massale hallucinaties (gezichts- en gehoors-), pathologische belevingen (maakt het sterfteproces door), waandenkbeelden (vergiftigingsideeën, bewerkt worden met stralen, complotvorming) en gemaniereerdheid.

Na enkele maanden komt vrij plotseling in dezen toestand een verandering ten goede. Na vier maanden verpleging vertrekt patiënte hersteld naar huis en bleef nu reeds 6 jaar volkomen hersteld.

Als hereditair moment is het asociale gedrag van een broeder te noemen.

In het karakter van patiënte zijn geen degeneratieve trekken aan te wijzen.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
M. 3	48 jr.	48 jr.	+ + + +	+ In jeugd lang onzindelijk, slaapwandelen, humeurig.	geen bizonderheden.	verhouding met gehuwde vrouw.	Jammeren, angst, zelfbeschuldigingen, insufficiëntiegevoelens, hypochondere klachten, quaeruleeren, driftbuien, labiliteit van vegetatief Z. S.	periodisch	1929: 6½ jaar 1938: 4 weken 1939: 2 jaar	A.
M. 4	17 jr.	38 jr.	+ +	—	zeer matig (debiel)	—	Verwardheid, sterke ontremming, (vloeken, schelden) waandenkbeelden, persoonsverwisselingen.	chronisch		Schizophrenie
M. 6	27 jr.	27 jr.	+ +	+ + Onstandvastig, heerschzuchtig, uitgesproken antipathieën, gevoelig, afleidbaar.	matig	? Kwam weer op zich zelf te staan.	Opwindingstoestand, impulsieve handelingen, sterke affectlabiliteit, indecent optreden, ontremming, Wahnhafte Einbildungen.	hersteld	2 jaar	A.
M. 8	24 jr.	32 jr.	+	—	goed	moeilijkheden in zaken.	Motorische onrust, kataleptische houdingen, impulsieve handelingen, verlaagde bewustzijnsgraad, desoriëntatie, radeloosheid, sterke affectlabiliteit, visioenen, beleving van den ondergang der wereld.	periodisch. na 1936 geheel gezond.	1924: 3 maanden 1932: 5 maanden 1936: 3 maanden	B.
M. 9	21 jr.	40 jr.	+ +	—	goed	—	Manische verschijnselen, gedachtenvlucht, infantiel gedrag, hallucinaties.	sterk periodisch	meestal 2 à 3 maanden (vanaf 1913: ± 10 keer)	atypische manisch-depressieve psychose
M. 10	38 jr.	38 jr.	—	+ Neiging tot chronisch alcoholgebruik; druk, gejaagd.	goed	onregelmatigheden in bedrijf. dreigende oorlog.	Hypomane stemming, grootheidsideeën, geluksbelevingen, prophetisch-extatische toestanden.	periodisch	1933: 7 weken 1934: 2½ maand 1940: 5 weken	B.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
M. 3	48 jr.	48 jr.	+ + + +	+ In jeugd lang onzindelijk, slaapwandelen, humeurig.	geen bizonderheden.	verhouding met gehuwde vrouw.	Jammeren, angst, zelfbeschuldigingen, insufficiëntiegevoelens, hypochondere klachten, quaeruleeren, driftbuien, labiliteit van vegetatief Z. S.	periodisch	1929: 6½ jaar 1938: 4 weken 1939: 2 jaar	A.
M. 4	17 jr.	38 jr.	+ +	—	zeer matig (debiel)	—	Verwardheid, sterke ontremming, (vloeken, schelden) waandenkbeelden, persoonsverwisselingen.	chronisch		Schizophrenie
M. 6	27 jr.	27 jr.	+ +	+ + Onstandvastig, heerschzuchtig, uitgesproken antipathieën, gevoelig, afleidbaar.	matig	? Kwam weer op zich zelf te staan.	Opwindingstoestand, impulsieve handelingen, sterke affectlabiliteit, indecent optreden, ontremming, Wahnhafte Einbildungen.	hersteld	2 jaar	A.
M. 8	24 jr.	32 jr.	+	—	goed	moeilijkheden in zaken.	Motorische onrust, kataleptische houdingen, impulsieve handelingen, verlaagde bewustzijnsgraad, desoriëntatie, radeloosheid, sterke affectlabiliteit, visioenen, beleving van den ondergang der wereld.	periodisch. na 1936 geheel gezond.	1924: 3 maanden 1932: 5 maanden 1936: 3 maanden	B.
M. 9	21 jr.	40 jr.	+ +	—	goed	—	Manische verschijnselen, gedachtenvlucht, infantiel gedrag, hallucinaties.	sterk periodisch	meestal 2 à 3 maanden (vanaf 1913: ± 10 keer)	atypische manisch-depressieve psychose
M. 10	38 jr.	38 jr.	—	+ Neiging tot chronisch alcoholgebruik; druk, gejaagd.	goed	onregelmatigheden in bedrijf. dreigende oorlog.	Hypomane stemming, grootheidsideeën, geluksbelevingen, prophetisch-extatische toestanden.	periodisch	1933: 7 weken 1934: 2½ maand 1940: 5 weken	B.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
M. 11	18 jr.	26 jr.	+ + +	— wel: eenzelvig	goed	—	In 't begin verwardheid, rusteloosheid, zwaarmoedigheid. Al spoedig: mutisme, autisme, negativisme, hallucinaties.	chronisch	thans 8 jaar	Schizophrenie
M. 13	26 jr.	26 jr.	+	—	goed	vermoeidheid, onvoldaanheid.	Snel vermoeid, sterk transpireeren, neurasthene klachten, verhoogd zelfgevoel, geluksbelevingen, affectlabiliteit, theatrale gedragingen.	hersteld	1 maand	B.
M. 14	21 jr.	45 jr.	—	+ egocentrisch, nerveus, eenzelvig	goed	—	Visionaire belevingen, massale hallucinaties, geluksgevoel, incohaerente gedachtengang, angst, voedselweigering, dwanghandelingen, vergiftigingsideeën, kosmische belevingen.	hersteld	1910: 5 maanden 1935: 9½ maand	A. (B.)
M. 16	21 jr.	54 jr.	+ +	—	matig	zwakte na koortsende ziekte.	Visionaire belevingen, sterk geluksgevoel, grootheidsgedachten, stoornissen in de psychomotoriek.	hersteld	1 maand	B.
V. 1	45 jr.	47 jr.	+	+ overdreven godsdienstig, gevoelig	geen bizonderheden.	beginnend climacterium, verloving dochter.	Visionaire belevingen, illusionaire vervalschingen, grootheidsideeën, betrekkingsideeën, geluksbelevingen, kosmische belevingen, (ondergang der wereld), hallucinaties, affectlabiliteit, decorumverlies, sterke suggestibiliteit, geneigdheid tot overdreven reacties.	hersteld	1928: 3 maanden 1930: 2 weken	A. (B.)
V. 2	23 jr.	28 jr.	+ + + +	+ + + nerveus, onstandvastig, egoïstisch, mondain.	geen bizonderheden.	—	verwardheid, stemmingswisselingen, hallucinaties, motorische onrust, sterke sexueele ontremming, onberekenbaarheid, decorumverlies, theatrale houdingen.	periodisch	1923: 6 weken 1928: 4 maanden 1932: 6 maanden 1937: 6 maanden 1939: 3½ maand	A.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
M. 11	18 jr.	26 jr.	+ + +	— wel: eenzelvig	goed	—	In 't begin verwardheid, rusteloosheid, zwaarmoedigheid. Al spoedig: mutisme, autisme, negativisme, hallucinaties.	chronisch	thans 8 jaar	Schizophrenie
M. 13	26 jr.	26 jr.	+	—	goed	vermoeidheid, onvoldaanheid.	Snel vermoeid, sterk transpireeren, neurasthene klachten, verhoogd zelfgevoel, geluksbelevingen, affectlabiliteit, theatrale gedragingen.	hersteld	1 maand	B.
M. 14	21 jr.	45 jr.	—	+ egocentrisch, nerveus, eenzelvig	goed	—	Visionaire belevingen, massale hallucinaties, geluksgevoel, incohaerente gedachtengang, angst, voedselweigering, dwanghandelingen, vergiftigingsideeën, kosmische belevingen.	hersteld	1910: 5 maanden 1935: 9½ maand	A. (B.)
M. 16	21 jr.	54 jr.	+ +	—	matig	zwakte na koortsende ziekte.	Visionaire belevingen, sterk geluksgevoel, grootheidsgedachten, stoornissen in de psychomotoriek.	hersteld	1 maand	B.
V. 1	45 jr.	47 jr.	+	+ overdreven godsdienstig, gevoelig	geen bizonderheden.	beginnend climacterium, verloving dochter.	Visionaire belevingen, illusionaire vervalschingen, grootheidsideeën, betrekkingsideeën, geluksbelevingen, kosmische belevingen, (ondergang der wereld), hallucinaties, affectlabiliteit, decorumverlies, sterke suggestibiliteit, geneigdheid tot overdreven reacties.	hersteld	1928: 3 maanden 1930: 2 weken	A. (B.)
V. 2	23 jr.	28 jr.	+ + + +	+ + + nerveus, onstandvastig, egoïstisch, mondain.	geen bizonderheden.	—	verwardheid, stemmingswisselingen, hallucinaties, motorische onrust, sterke sexueele ontremming, onberekenbaarheid, decorumverlies, theatrale houdingen.	periodisch	1923: 6 weken 1928: 4 maanden 1932: 6 maanden 1937: 6 maanden 1939: 3½ maand	A.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 6	35 jr.	35 jr.	+	—	goed	darmcatarrh	Zelfbeschuldigingen, depressieve stemming, angst, radeloosheid, incohaerente gedachtengang, achtervolgings- en beïnvloedingswaandenkbeelden.	hersteld	9 maanden	B.
V. 7	29 jr.	29 jr.	—	— zeer punctueel, bizonder ijverig.	goed	moeheid, onvoldaanheid, erotische moeilijkheden?	Openbaringen, inadaequate affecten, hallucinaties, afbraak-belevingen, psychomotorische onrust, radeloosheid, onverwacht optreden, autisme, gemaniereerdheid, infantiel-pueriel gedrag, theatraal optreden.	hersteld	5 maanden	B.
V. 8	37 jr.	52 jr.	+	—	goed	Kunstmatig climacterium	Depressief-katatoon beeld, mutisme, voedselweigering, salivatie, autisme, theatraal-pueriel gedrag.	chronisch		climacterium- (involutie) psychose
V. 10	17 jr.	17 jr.	+ + + (Ouders verwaarloosden hun kinderen.)	+ + + + brutaliteit, onbetrouwbaarheid, diefstal, sexueel ontremd.	slecht	—	Visueele belevingen, hallucinaties, angst dat de wereld zal vergaan, sterke suggestibiliteit, motorische onrust, stereotype bewegingen, stemmingswisselingen.	periodisch	1930: 1 jaar 1932: 2 jaar	A.
V. 12	48 jr.	50 jr.	+	+ opvliegend, jaloersch, achterdochtig.	matig	—	Rededrang, hypomane stemming, visionaire belevingen, theatrale gedragingen, paranoïdie, vergiftigingsideeën, reuk- en gehoorshallucinaties, aggressiviteit, decorumverlies.	chronisch	6 keer opgenomen sinds 1929. In 1931: 7 maanden. Overige keeren kort. In tusschentijd niet hersteld.	Schizophrenie
V. 13	40 jr.	40 jr.	—	— overgevoelig	goed	—	Opwindings- en angsttoestand, hallucinaties, waandenkbeelden, grimasseeren, verwardheid, radeloosheid, inadaequate affecten, voedselweigering.	chronisch	1931: 2½ jaar 1936: 3 maanden In tusschentijd nooit hersteld.	Schizophrenie

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 6	35 jr.	35 jr.	+	—	goed	darmcatarrh	Zelfbeschuldigingen, depressieve stemming, angst, radeloosheid, incohaerente gedachtengang, achtervolgings- en beïnvloedingswaandenkbeelden.	hersteld	9 maanden	B.
V. 7	29 jr.	29 jr.	—	— zeer punctueel, bizonder ijverig.	goed	moeheid, onvoldaanheid, erotische moeilijkheden?	Openbaringen, inadaequate affecten, hallucinaties, afbraak-belevingen, psychomotorische onrust, radeloosheid, onverwacht optreden, autisme, gemanieereerdheid, infantiel-pueriel gedrag, theatraal optreden.	hersteld	5 maanden	B.
V. 8	37 jr.	52 jr.	+	—	goed	Kunstmatig climacterium	Depressief-katatoon beeld, mutisme, voedselweigering, salivatie, autisme, theatraal-pueriel gedrag.	chronisch		climacterium- (involutie) psychose
V. 10	17 jr.	17 jr.	+ + + (Ouders verwaarloosden hun kinderen.)	+ + + + brutaliteit, onbetrouwbaarheid, diefstal, sexueel ontremd.	slecht	—	Visueele belevingen, hallucinaties, angst dat de wereld zal vergaan, sterke suggestibiliteit, motorische onrust, stereotype bewegingen, stemmingswisselingen.	periodisch	1930: 1 jaar 1932: 2 jaar	A.
V. 12	48 jr.	50 jr.	+	+ opvliegend, jaloersch, achterdochtig.	matig	—	Rededrang, hypomane stemming, visionaire belevingen, theatrale gedragingen, paranoïdie, vergiftigingsideeën, reuk- en gehoorshallucinaties, aggressiviteit, decorumverlies.	chronisch	6 keer opgenomen sinds 1929. In 1931: 7 maanden. Overige keeren kort. In tusschentijd niet hersteld.	Schizophrenie
V. 13	40 jr.	40 jr.	—	— overgevoelig	goed	—	Opwindings- en angsttoestand, hallucinaties, waandenkbeelden, grimasseeren, verwardheid, radeloosheid, inadaequate affecten, voedselweigering.	chronisch	1931: 2½ jaar 1936: 3 maanden In tusschentijd nooit hersteld.	Schizophrenie

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 14	38 jr.	39 jr.	—	—	goed	operatie kind. verhuizing?	Desoriëntatie, angst, verwardheid, hallucinaties (in lichte mate), affectlabiliteit.	periodisch	1930: 1½ maand 1931: 5 weken daarna meerdere keeren korten tijd.	Onduidelijk geval
V. 15	20 jr.	33 jr.	+	— gesloten, teruggetrokken.	goed	—	Verwarde, incohaerente gedachtengang, beïnvloedingsideeën, vervolgingsideeën, neologismen, gehoorshallucinaties.	chronisch	1918: 3 maanden? 1932 tot 1939: 7 jaar; thans nog niet hersteld.	Schizophrenie
V. 16	38 jr.	50 jr.	—	—	geen bizonderheden.	Beginnend climacterium; Diabetes	Visionaire belevingen, gehoorshallucinaties, tijden van desoriëntatie, voedselweigering, lichte depressieve verschijnselen.	hersteld	1921: 4 maanden 1933: 4½ maand	B.
V. 19	23 jr.	23 jr.	+ +	— flink, zeer consciëntieus	goed	verloving broer van vriendin.	Opwindingstoestand, verwardheid, geluksbeleving, kosmische beleving, acustische hallucinaties, affectlabiliteit, Wahnhafte Einbildungen, theatraal gedrag.	hersteld	6 maanden	B.
V. 20	39 jr.	39 jr.	+ + +	— flink	goed	werkte onder moeilijke omstandigheden	Licht-depressieve verschijnselen, angstgedachten, ook euphorie, theatrale gedragingen, paranoïdie, vergiftigingsideeën, tweemaal een acces.	hersteld	3 maanden	B.
V. 21	29 jr.	29 jr.	+ + (Ontaarde ouders)	+ + zeer nerveus, overgevoelig, egoïstisch, sterk beïnfluceerbaar.	behoorlijk	1e x: slechte invloed vriendin. 2e x: ontslag uit betrekking.	1e x: Grootheidsideeën, Wahnhafte Einbildungen, betrekkings- en vergiftigingsideeën, gemaniereerd optreden, ontremming. 2e x: Extatische toestanden, gehoorshallucinaties, incohaerente gedachtengang, theatrale gedragingen, ontremming, indecente taal.	periodisch	1933: 7 maanden 1938: 4 maanden	A.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 14	38 jr.	39 jr.	—	—	goed	operatie kind. verhuizing?	Desoriëntatie, angst, verwardheid, hallucinaties (in lichte mate), affectlabiliteit.	periodisch	1930: 1½ maand 1931: 5 weken daarna meerdere keeren korten tijd.	Onduidelijk geval
V. 15	20 jr.	33 jr.	+	— gesloten, teruggetrokken.	goed	—	Verwarde, incohaerente gedachtengang, beïnvloedingsideeën, vervolgingsideeën, neologismen, gehoorshallucinaties.	chronisch	1918: 3 maanden? 1932 tot 1939: 7 jaar; thans nog niet hersteld.	Schizophrenie
V. 16	38 jr.	50 jr.	—	—	geen bizonderheden.	Beginnend climacterium; Diabetes	Visionaire belevingen, gehoorshallucinaties, tijden van desoriëntatie, voedselweigering, lichte depressieve verschijnselen.	hersteld	1921: 4 maanden 1933: 4½ maand	B.
V. 19	23 jr.	23 jr.	+ +	— flink, zeer consciëntieus	goed	verloving broer van vriendin.	Opwindingstoestand, verwardheid, geluksbeleving, kosmische beleving, acustische hallucinaties, affectlabiliteit, Wahnhafte Einbildungen, theatraal gedrag.	hersteld	6 maanden	B.
V. 20	39 jr.	39 jr.	+ + +	— flink	goed	werkte onder moeilijke omstandigheden	Licht-depressieve verschijnselen, angstgedachten, ook euphorie, theatrale gedragingen, paranoïdie, vergiftigingsideeën, tweemaal een acces.	hersteld	3 maanden	B.
V. 21	29 jr.	29 jr.	+ + (Ontaarde ouders)	+ + zeer nerveus, overgevoelig, egoïstisch, sterk beïnfluceerbaar.	behoorlijk	1e x: slechte vloed vriendin. 2e x: ontslag betrekking.	1e x: Grootheidsideeën, Wahnhafte Einbildungen, betrekkings- en vergiftigingsideeën, gemaniereerd optreden, ontremming. 2e x: Extatische toestanden, gehoorshallucinaties, incohaerente gedachtengang, theatrale gedragingen, ontremming, indecente taal.	periodisch	1933: 7 maanden 1938: 4 maanden	A.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 22	34 jr.	36 jr.	+ + + +	+ zeer gevoelig, „extreem".	goed	ziekte kind	In 't begin depressief beeld. Later paranoïde waandenkbeelden, hallucinaties op acustisch gebied, affectlabiliteit, theatrale gedragingen, gemaniereerdheid.	periodisch	1932: 4 weken 1934: 1 maand 1934: 1 jaar 1935: 5 maanden, blijft gevoelig.	A. (B.)
V. 23	23 jr.	23 jr.	+ + + +	+ vreemd, wisselend van stemming.	goed	--	Massenhafte hallucinaties, visionaire belevingen, paranoïde ideeën, ontremming (gil- en huilbuien), aggressief optreden, vernielzucht, perioden van depressie.	hersteld	1934: 1½ jaar	A.
V. 25	17 jr.	17 jr.	+	— in zich zelf gekeerd.	slecht	—	In 't begin: negativisme, decorumverlies, Wahnhafte Einbildungen, fantastische geluksbelevingen met sterk infantielen opbouw, hallucinaties, vergiftigingsideeën. Later negativisme, autisme, mutisme, stupor, aggressiviteit.	chronisch		Schizophrenie
V. 27	27 jr.	27 jr.	—	—	goed	verbreking verloving, griep.	Depressieve verschijnselen, overgaand in grootheidsideeën, motorische onrust, Wahnhafte Einbildungen, geluksgevoel, verwarde-incohaerente gedachtengang, theatrale motoriek, grimasseeren, gemaniereerdheid, decorumverlies.	hersteld	1935: 4 jaar	B.
V. 28	18 jr.	18 jr.	+ + +	+ nerveus, beweeglijk, gevoelig.	goed	—	Manische verschijnselen, affect-labiliteit, motorische onrust, negativisme, visioenen, incohaerentie, autisme, betrekkingsideeën, persoonsverwisselingen, hoofdpijn.	hersteld	1935: 3½ maand	B. (beter: „Puberteitspsychose".)
V. 29	31 jr.	31 jr.	+	—	goed	overlijden van bekende, oververmoeidheid.	Massale hallucinaties, pathologische belevingen, waandenkbeelden, (vergiftigingsideeën, complotvorming,) gemaniereerdheid.	hersteld	4 maanden	B.

Samenvattend Overzicht

Geval	Leeftijd 1e Psychose	Leeftijd bij opname V. K.	Herediteit	Degener. trekken in karakter	Intellect	Provoceerende Momenten	Symptomen	Verloop	Ziekte-duur	Groep
V. 22	34 jr.	36 jr.	+ + + +	+ zeer gevoelig, „extreem".	goed	ziekte kind	In 't begin depressief beeld. Later paranoïde waandenkbeelden, hallucinaties op acustisch gebied, affectlabiliteit, theatrale gedragingen, gemaniereerdheid.	periodisch	1932: 4 weken 1934: 1 maand 1934: 1 jaar 1935: 5 maanden, blijft gevoelig.	A. (B.)
V. 23	23 jr.	23 jr.	+ + + +	+ vreemd, wisselend van stemming.	goed	--	Massenhafte hallucinaties, visionaire belevingen, paranoïde ideeën, ontremming (gil- en huilbuien), aggressief optreden, vernielzucht, perioden van depressie.	hersteld	1934: 1½ jaar	A.
V. 25	17 jr.	17 jr.	+	— in zich zelf gekeerd.	slecht	—	In 't begin: negativisme, decorumverlies, Wahnhafte Einbildungen, fantastische geluksbelevingen met sterk infantielen opbouw, hallucinaties, vergiftigingsideeën. Later negativisme, autisme, mutisme, stupor, aggressiviteit.	chronisch		Schizophrenie
V. 27	27 jr.	27 jr.	—	—	goed	verbreking verloving, griep.	Depressieve verschijnselen, overgaand in grootheidsideeën, motorische onrust, Wahnhafte Einbildungen, geluksgevoel, verwarde-incohaerente gedachtengang, theatrale motoriek, grimasseeren, gemaniereerdheid, decorumverlies.	hersteld	1935: 4 jaar	B.
V. 28	18 jr.	18 jr.	+ + +	+ nerveus, beweeglijk, gevoelig.	goed	—	Manische verschijnselen, affect-labiliteit, motorische onrust, negativisme, visioenen, incohaerentie, autisme, betrekkingsideeën, persoonsverwisselingen, hoofdpijn.	hersteld	1935: 3½ maand	B. (beter: „Puberteitspsychose".)
V. 29	31 jr.	31 jr.	+	—	goed	overlijden van bekende, oververmoeidheid.	Massale hallucinaties, pathologische belevingen, waandenkbeelden, (vergiftigingsideeën, complotvorming,) gemaniereerdheid.	hersteld	4 maanden	B.

HOOFDSTUK IX.

De ten-onrechte afgezonderde gevallen.

Tot de 8 ten onrechte als „degeneratiepsychosen" afgezonderde gevallen behooren: zes gevallen van schizophrenie, één geval van climacteriumpsychose en één van manisch-depressieve psychose.

We willen deze gevallen nader bezien en ons afvragen, of achteraf in de historia morbi aanduidingen te vinden zijn, welke indertijd reeds op de psychose wezen, waaraan de patiënt *thans* blijkt te lijden.

I. DE GEVALLEN VAN SCHIZOPHRENIE.

Hiertoe behooren de gevallen M. 4, M. 11, V. 12, V. 13, V. 15 en V. 25.

1. *Patiënt M. 4.*

Voor zijn opname in de Valeriuskliniek werd deze debiele patiënt reeds 5 × in een psychiatrische inrichting verpleegd en als een lijder aan dementia praecox beschouwd. Het uitblijven van verschijnselen, die als restverschijnselen van een schizophrenen „Schub" zouden kunnen worden aangemerkt, deed daarna de diagnose „dementia praecox" nog niet waarschijnlijk zijn. Bij zijn vertrek uit de kliniek werd hij daarom beschouwd als een lijder aan een „degeneratiepsychose" of aan „een psychose bij debilitas mentis".

De vele jaren, die hij daarna in een psychiatrische inrichting werd verpleegd, wettigen thans de diagnose schizophrenie.

Onder zijn verschijnselen werden destijds ook niet de kernachtige symptomen aangetroffen, die we juist bij de degeneratiepsychosen zien optreden. Van een „erlebnisreiche psychose" was geen sprake.

Er bestond een duidelijke debiliteit.

Hij was van jongsaf een stille moeilijke jongen.

2. *Patiënt M. 11.*

Reeds bij zijn vertrek uit de Valeriuskliniek werd bij dezen patiënt gedubieerd tusschen de diagnose schizophrenie en degeneratiepsychose. Op de geneeskundige verklaring voor de opname

in de psychiatrische inrichting werd reeds schizophrenie ingevuld. De kortdurende psychotische toestand, 8 jaar te voren met zwaarmoedige verschijnselen, hypochondere klachten, zonder dat zich daarna karakterveranderingen ontwikkelden, deed bij uitboeking de balans echter nog naar „degeneratie-psychose" overhellen.

Van een „erlebnisreiche psychose" is echter geen sprake.

Het autisme, mutisme, de voedselweigering overheerschen snel het geheele beeld.

Bovendien valt het op, dat deze patiënt, wat we ook bij andere patiënten, wier psychose zich als schizophrenie ontwikkelde, aantroffen, wat betreft zijn *praepsychotisch karakter*, zeer *eenzelvig* was, weinig vrienden had, wel gelijkmatig was.

3. *Patiënt V. 12.*

Bij deze patiënte deden de visionaire belevingen, de hypomane stemming met sterke afleidbaarheid en rededrang, gevoegd bij haar theatrale gedragingen een schizophrene psychose afwijzen.

Achteraf bezien, stond tijdens de opname in een kliniek, 2 jaar voor die in de Valeriuskliniek, een niet corrigeerbare *paranoïdie tegenover één persoon*, tegenover haar man, reeds centraal. Dit pathologische wantrouwen tegenover haar man blijft bij de eerstvolgende opnamen centraal staan, al blijft het manisch gekleurd zijn van het geheele beeld aanwezig. Het daarbij optreden van vergiftigingsideeën, ook weer betrekking hebbend op haar man, de waan, dat van buitenaf op haar lichaam wordt ingewerkt, de neologismen, zijn al aanwijzingen voor een ongunstiger prognose.

Ook is deze psychose geen bloeiende, „erlebnisreiche" psychose.

Wel blijven, ook bij den voortduur, manische trekken aanwezig. Deze manische trekken kunnen echter met haar habitus in verband worden gebracht en verklaard.

In dit geval is voorts slechts één hereditair moment aanwezig, en wel de ziekte van haar broer, een lijder aan *hebephrenie*.

4. *Patiënt V. 13.*

Noch in de herediteit, noch in het praepsychotisch karakter, noch in het symptomenbeeld der psychose kunnen, katamnestisch gezien, positieve aanduidingen gevonden worden, waarop we achteraf meenen, dat reeds eerder met zekerheid de diagnose „schizophrenie" had kunnen worden gesteld. Zelfs bij de laatste opname in de psychiatrische inrichting wordt opnieuw geaarzeld tusschen schizophrenie en degeneratiepsychose.

De defectverschijnselen, die patiënte, tijdens ons katamnestisch onderzoek, thans echter toont, doen ons nu de diagnose, „schizophrenie" wel als juist beschouwen.

Het ontbreken van eenig hereditair moment en van duidelijke degeneratieve karaktertrekken deden, als negatieve kenmerken voor de degeneratiepsychosen, wel eerder aan deze diagnose dubieeren, hoewel we in onze terecht als degeneratiepsychosen aan te merken gevallen ook nogal eens deze negatieve aanduidingen aanwezig vonden, terwijl toch van een procesontwikkeling geen sprake was. Wel doet de overdreven theatrale houding in het begin van haar ziekte, toen patiënte ook het duidelijkst haar „wahnhafte Einbildungen" uitte, bij haar, als verpleegster, die haar armen omhoog stak en zei, dat ze kataleptisch was, aan de pathologische waarde dezer verschijnselen twijfelen.

Het resteerende psychotische beeld is hier ook weer weinig „erlebnisreich".

5. *Patiënt V. 15.*

Ook bij deze patiënte vinden we als *praepsychotisch karakter* aangegeven: *gesloten*, teruggetrokken. De sterke *oncorrigeerbare paranoïdie*, speciaal op *één familie* gericht, de *vergiftigingsideeën* en de *neologismen*, die reeds in de eerste weken van haar ziekte optraden, kunnen als vingerwijzingen worden aangemerkt voor het schizophrene karakter van deze psychose.

De 14 jaar tevoren doorgemaakte „vreemde" periode gedurende 3 maanden na griep, welke zonder defect genas, deed aanvankelijk mede de diagnose „degeneratiepsychose" praevaleeren.

6. *Patiënt V. 25.*

Bij de tweede opname in de Valeriuskliniek werd deze psychose al als een schizophrenie onderkend. Ook hier treffen we in de anamnese *een in zich zelf gekeerd* karakter aan; patiënte had geen vriendinnen.

De debilitas mentis kan hier echter mede aan schuldig zijn, evenals aan meerdere psychotische verschijnselen, welke overigens door de „wahnhafte Einbildungen" en fantastische kinderlijke geluksbelevingen ook in het beeld der degeneratiepsychosen pasten. De degeneratieve *lichaamsbouw* bij deze patiënte (pes equinovarus, arachnodactylie, sterke lengtegroei) deed voorts in deze richting denken.

Ook bij dit geval zien we echter reeds vroegtijdig *vergiftigingsideeën* optreden.

Samenvatting.

Vatten we onze beschouwing over deze 6 gevallen samen, dan zouden we als *attentie-teekenen voor een mogelijke schizophrenie* willen vastleggen:

1. het praepsychotisch karakter, dat in 4 van de 5 gevallen als eenzelvig, gesloten wordt aangegeven. (M. 4, M. 11, V. 15, V. 25).
2. het reeds van het begin af optreden van een sterke oncorrigeerbare paranoïdie op één persoon (V. 12, V. 15).
3. het vroegtijdig optreden van vergiftigingsideeën (V. 12, V. 15, V. 25).
4. het voorkomen van neologismen (V. 12, V. 15).
5. het betrekkelijk weinig „erlebnisreiche" in de psychose (M. 11, V. 12, V. 13).
6. het uitsluitend voorkomen van schizophrenie in de herediteit (V. 12).

Van de 6 als „schizophrenie" te beschouwen gevallen blijken er 3 reeds ten tijde van hun observatie in de Valeriuskliniek te zijn gesignaleerd.

II. HET GEVAL VAN CLIMACTERIUM-(INVOLUTIE)PSYCHOSE. (V. 18).

De mengeling van de depressieve en katatone trekken bij theatraal gedrag vinden we ook bij climacteriumpsychosen. Indertijd is vanwege het op den voorgrond staan der katatone verschijnselen wel sterk aan de mogelijkheid van een schizophrenie gedacht.

Aan de twee jaar vóór het uitbreken der psychose plaats gehad hebbende buikoperatie met gevolgde amenorrhoe is toen te weinig aandacht geschonken.

De anamnese geeft o.i. in dit geval reeds een heenwijzing naar den aard der psychose.

Dat overigens zoowel puberteit als climacterium biologische momenten zijn, die aan het geïntegreerd raken of blijven zware eischen stellen, blijkt ook uit de zich als „degeneratiepsychosen" openbarende gevallen in de puberteit, die we ook als puberteitspsychosen zouden kunnen aanmerken. (Geval V. 28).

III. HET GEVAL VAN MANISCH-DEPRESSIEVE PSYCHOSE (M. 9).

De afwisselend overwegende melancholische en manische beelden, die deze patiënt, ook nog twee maal na zijn vertrek uit de Valeriuskliniek te zien gaf, geven wel recht de psychotische periode in 1933 als een atypisch manisch-depressieve psychose te duiden.

Letten we voorts op zijn pycnischen habitus en eenzijdige hereditaire belasting (melancholie en suïcide), dan meenen we dit geval te moeten rangschikken in de rij der gevallen, die Schroeder ook geeft (zie samenvatting Hoofdstuk III) en die hij, al komt er wel eens een atypisch beeld voor in de rij der periodische stoornissen, toch meent te moeten blijven rekenen tot de manisch-depressieve psychose.

HOOFDSTUK X.

De terecht afgezonderde gevallen.

Van de 30 katamnestisch onderzochte gevallen blijken er *22 terecht afgezonderd.* De, niettegenstaande de schizophrene symptomatologie, toch gunstig gestelde prognose bleek met het niet-dementeerende verloop dezer gevallen in overeenstemming te zijn.

Terecht werden deze gevallen, met gunstige prognose, afgezonderd.

We meenen, dat in één dezer gevallen (V. 14) de diagnose „degeneratiepsychose" de beteekenis „onduidelijk geval" heeft. Als zoodanig kan dit als voorbeeld dienen van gevallen, die naar de meening van meerdere auteurs, wegens hun onduidelijk beeld maar met den naam „degeneratiepsychose" worden bestempeld, doch die niets eigens hebben.

Bij deze patiënte toch keeren telkens perioden van zwaarmoedigheid en slapeloosheid terug, die slechts korten tijd duren; de tweede psychose gaf echter een ander beeld te zien, waarbij patiënte „schwerbesinnlich" was en angstig en hallucineerde. Bovendien klaagde zij over hoofdpijnen en was de Wa. reactie in het bloed 0,2.

In zooverre is dit geval terecht afgezonderd, dat het niet als schizophrene aandoening is beschouwd, doch ook niet als manisch-depressieve psychose zonder meer.

De diagnose „degeneratiepsychose" was hier meer een negatieve diagnose. De verschijnselen, die we in meerdere of mindere mate, zooals we nader zullen zien, juist bij de „degeneratiepsychosen" aantreffen, waren hier ook niet aanwezig.

De overige 21 gevallen blijken niet alleen terecht te zijn afgezonderd, maar o.i. ook terecht als één psychosengroep te zijn afgezonderd, al achten we haar naam „degeneratiepsychosen" onjuist (zie hoofdstuk XI).

Een verdere beschouwing van deze gevallen kan ons nader tot het wezen dezer ziektebeelden brengen. Vooral bij het persoonlijk onderhoud in dit katamnestisch onderzoek viel het ons op, dat er onder deze gevallen zeer uiteenloopende menschen waren, die we in twee groepen konden ordenen.

Er waren er onder, die in uiterlijk en gedragingen het type waren van den mondainen, egocentrischen, onverschilligen, „ontaarden" mensch.

Er waren er echter ook onder, die zich juist openbaarden als zeer hoogstaande, toegewijde, sociaal voelende menschen.

In ons samenvattend overzicht aan het eind van hoofdstuk VIII hebben we zoo deze 21 gevallen verdeeld in twee groepen:

Groep A (de gevallen M. 3, M. 6, V. 2, V. 10, V. 21, V. 23) en *groep B* (de gevallen M.8, M. 10, M. 13, M. 16, V. 6, V. 7, V. 16, V. 19, V. 20, V. 27, V. 28 en V. 29,) terwijl de *gevallen A(B)* (M. 14, V. 1, V. 22) meer als overgangsvormen tusschen deze beide groepen kunnen worden beschouwd.

In meer dan één opzicht bleken er tusschen beide groepen verschillen te bestaan, samenvattend aldus weer te geven:

	Groep A (6)		Groep B (12)		A (B) (3)	
Herediteit: zeer sterk	M. 3, V. 2, V. 10, V. 23	4.	(V. 28) — — — — — —	1.	V. 22	1.
aanwezig	M. 6, V. 21	2.	M. 8, M. 13, M. 16, V. 6, V. 19, V. 20, V. 29	7.	V. 1	1.
geen	— — — — — —	0.	M. 10, V. 7, V. 16, V. 27	4.	M. 14	1.
Degen. Karaktertr.: zeer sterk	V. 2, V. 10	2.	— — — — — — — — —	0.	— — — —	0.
aanwezig	M. 3, M. 6, V. 21, V. 23	4.	M. 10, (V. 28)	2.	M. 14, V. 1, V. 22	3.
geen	— — — — — —	0.	M. 8, M. 10, M. 13, M. 16, V. 6, V. 7, V. 19, V. 20, V. 27, V. 29	10	— — — —	0.
Autochthoon	M. 6, V. 2, V. 10, V. 23	4.	(V. 28) — — — — — —	1.	M. 14	1.
Provoceerende momenten	M. 3, V. 21	2.	M. 8, M. 10, M. 13, M. 16, V. 6, V.7, V. 16, V. 19, V. 20, V. 27, V. 29	11	V. 1, V. 22	2.
Periodisch	M. 3, V. 2, V. 10, V. 21	4.	M. 8, M. 10	2.	V. 22	1.
Hersteld	M. 6, V. 23	2.	M. 13, M. 16, V. 6, V. 7, V. 16, V. 19, V. 20, V. 27, (V. 28), V. 29	10	M. 14, V. 1	2.

Uit dit overzicht valt af te lezen dat tot *Groep A* behooren de patiënten met duidelijke of sterke hereditaire momenten, met duidelijke of sterke degeneratieve trekken in het karakter, bij wie de psychose meestal autochthoon uitbrak, slechts in een paar gevallen met provoceerende momenten, en de psychose vooral de neiging vertoonde tot periodisch optreden.

De gevallen V. 2 en V. 10 zijn van deze groep de meest duidelijke voorbeelden.

Voorts blijkt, dat we tot *groep B* de grootste groep rekenen, en wel die gevallen, waarbij sterke hereditaire momenten zoo goed als ontbreken, in de meeste gevallen wel van eenige herediteit sprake is, doch ook in enkele gevallen in het geheel geen hereditaire belasting kon worden aangetoond.

Degeneratieve trekken in het karakter waren verder bij deze groep nooit in sterke mate te vinden, bij sommige gevallen aanwezig, doch bij het meerendeel zelfs niet aan te wijzen.

De psychose trad bij groep B zoo goed als nooit zuiver autochthoon op; steeds waren er provoceerende momenten aanwezig.

Tenslotte neigde deze groep veel meer tot een algeheel herstel, dan tot een periodisch optreden. Hierbij moet worden opgemerkt, dat we ook van „hersteld" gesproken hebben in ons overzicht, als een patiënt misschien jaren te voren een psychotischen toestand had doorgemaakt, terwijl hij thans van zijn laatste psychose reeds jaren volkomen hersteld was. We hebben dan, noch in groep A, noch in groep B, van periodisch gesproken.

Periodisch (periodiek) noemden we een psychose, als na het herstel van de door ons gesignaleerde psychose opnieuw een psychotische toestand optrad of als er in het leven van den patiënt bij herhaling psychotische toestanden voorkwamen, waarvan de in dit onderzoek beschreven psychose de laatste was.

De, als groep B zoo van groep A te onderscheiden gevallen, bleken echter nog een ander eigen stempel te dragen.

Bij ons katamnestisch onderzoek gaven n.l. meerdere van deze patiënten ons aan, dat ze, na dien psychotischen toestand *zich beter zijn gaan voelen*, dan ze ooit te voren geweest waren.

Zoo geeft *patiënt M. 8* aan, dat hij in de laatste 5 jaar na het herstel van zijn geprotraheerde psychose beter is dan ooit te voren. Voelde zich voorheen lichamelijk en geestelijk altijd eenzijdig ontplooid. Zegt thans een innerlijk evenwicht te hebben bereikt, dat hij eigenlijk na zijn puberteitsjaren niet meer kende.

Patiënt M. 16 geeft aan, dat hij na zijn ziekte zijn arbeid met meer genoegen doet dan jaren voor zijn psychose. Hij is beter tegen moeilijkheden opgewassen en trekt zich tegenslagen minder sterk aan.

Patiënt V. 19 was voor haar psychose immer onzelfstandig, steunde op anderen, was lang kinderlijk. Is na haar psychose voor haar gevoel vrijer, zelfstandiger en evenwichtiger geworden.

Patiënt V. 20 geeft aan, dat zij veel meer boven allerlei invloeden uit haar omgeving staat. Ze voelt zich meer beheerscht, evenwichtiger, minder gevoelig dan vroeger, kan zich ook beter uiten en kan moeilijkheden beter aan.

Patiënt V. 27 zegt zich na haar psychose flinker, zelfstandiger en meer positief te voelen dan voor dien tijd. Ook is ze minder gauw vermoeid dan voorheen en is haar stemming gelijkmatiger.

Patiënt V. 29 geeft aan, dat ze na haar psychose „rijper" is geworden. Ze is na dien tijd rustiger, evenwichtiger en niet-meer-angstig geworden, terwijl zij voor dien tijd nog al ongedurig en gauw angstig was.

Bij deze patiënten is sprake van een ontplooiïng en rijper worden, begonnen na en in aansluiting aan den doorstanen psychotischen toestand.

Al wordt bij de overige gevallen deze verdere ontplooiïng hunner persoonlijkheid niet zoo duidelijk aangegeven, van een algeheel herstel, door velen als „volkomen herstel" aangegeven, is hier wel sprake.

De persoonlijkheid kwam na de psychose in een meer geconsolideerden, beter geïntegreerden toestand.

Het typische in de psychose van deze groep zien we in een réintegratie tot een beter-geïntegreerden toestand, na een periode van desintegratie.

Nu is het de vraag, moet deze groep B nu losgemaakt van groep A? Beide groepen hebben echter een zoo gelijkende symptomatologie, dat de 21 gevallen, zonder een nader uiteenvallen in twee ondergroepen, gerekend werden tot éénzelfde psychosengroep, de degeneratiepsychosen. Bovendien bindt de gunstige prognose beide ondergroepen aan één, naast de gelijke symptomatologie.

Uitgaande van de beschouwing betreffende groep B, zouden we echter ook groep A als *autochthone desintegratiepsychosen* willen beschouwen.

Het meer autochthone en meer periodische optreden dan bij groep B verwondert ons hier niet.

De persoonlijkheid van de A-groep-patiënten verkeerde, in verband met een sterkere herediteit en meerdere degeneratieve trekken in het karakter, reeds in een situatie, waarin de integratie zich moeilijker voltrekt en zich moeilijker handhaaft.

We zouden kunnen spreken van een stroevere integratie en regulatie.

Door deze stroevere integratie gelukt het den patiënten uit deze groep nog wel te komen tot een nieuw integratie-evenwicht. Dit komt echter niet uit boven het eenmaal bereikte.

Na hun psychose blijken deze patiënten dan ook niet veranderd bij vroeger, nòch in afdalenden zin van regressie, noch in stijgenden zin van meerdere ontplooiïng, van rijper worden. In de goede tusschenperioden blijven zij dezelfde psychopathische persoonlijkheden. Zoo is er geen bezwaar de gevallen van groep A ook als autochthone desintegratie-psychosen te zien.

We zouden hier kunnen spreken van „inproductieve" autochthone desintegratie-psychosen tegenover de „productieve" van groep B., ware dit woord ook niet met andere beteekenis uit te leggen.

Uit deze beschouwingen blijkt reeds, dat we den naam „degeneratiepsychosen" voor deze te-recht afgezonderde gevallen verwerpen, doch hun afzonderlijke groepeering als autochthone desintegratiepsychosen voorstaan.

In de volgende twee hoofdstukken zullen we nader de afwijzing van den naam „degeneratiepsychosen" bepleiten en deze psychosen als autochthone desintegratiepsychosen bezien.

HOOFDSTUK XI.

De naam „degeneratiepsychosen".

Het is wel erg jammer, dat Schroeder op de door hem afgezonderde psychosen, die we in Hoofdstuk III uitvoerig noemden, het stempel „degeneratiepsychosen" heeft gedrukt. Wel was het zijn bedoeling, zijn psychosen *voorloopig* zoo te noemen, in aansluiting aan Bonhoeffer, die het begrip degeneratiepsychose opnieuw had ingevoerd met betrekking tot afzonderlijke typen onder de psychosen, die hij op den bodem der degeneratie bij psychotische gevangenen meende te moeten onderscheiden. Door dezen naam over te nemen, heeft Schroeder helaas ook het verband gelegd tusschen zijn patiënten en de gedegenereerden (asocialen, gevangenen) van Bonhoeffer.

In 1922 ziet Schroeder[1]) dit zelf ook in, en zegt, dat het niet moeilijk is kritiek uit te oefenen op den naam degeneratie, degeneratief, ontaard.

Bumke[2]) had ook reeds duidelijk de vele beteekenissen, die aan dit woord gehecht werden, naar voren gebracht, en ook Bleuler[3]) trok tegen dit woord, waarvan hij vijf tot zes beteekenissen opsomde, te velde. Ook geeft Schroeder toe, dat vooral het feit verwarrend werkt, dat Magnan juist de mogelijkheid van een snelle dementie van jeugdige gedegenereerden toegeeft, en dat Schüle en Krafft-Ebing zelfs het dementeeren voor de „degeneratieven" karakteristiek vinden.

Op gelijke wijze sprak Gruhle in 1940 van degeneratieve epilepsieën, als hij die gevallen van epilepsie op het oog heeft, die tot dementie voeren.

Ook brengt Schroeder ons in herinnering, dat we overeenkomstige gedachten hebben, als we spreken van degeneratieve spierziekten en van electrische ontaardingsreactie.

Uitdrukkelijk verklaart hij, dat zijn begrip „degeneratives Irresein" en „Degenerationspsychose" deze beteekenis niet heeft. Hij

---

[1]) P. Schroeder, Archiv. f. Ps. u. N. Bd 66, 1922.
[2]) O. Bumke, Allgem. Z. f. Ps. Bd 68, 1911.
[3]) E. Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie.

zou, als het woord niet zoo moeilijk was, eigenlijk meer de benaming *„Déséquilibrés"*, die Magnan als synoniem met „dégénérés supérieurs" gebruikt, willen aanbevelen.

Ons eigen katamnestisch onderzoek leert ons, hoe juist het zou zijn geweest, als tijdig de naam „degeneratie" gebannen zou zijn geworden uit de benoeming van de groep psychosen, die thans door dezen naam omvat wordt.

Het woord „déséquilibrés" ware zeker veel zuiverder geweest, en meer in overeenkomst met de lading, die het zou hebben moeten dekken.

De in verband hiermede door Schroeder neergeschreven woorden: „Ein guter Name ist stets eine Empfehlung für einen vorgeschlagenen Begriff; aber andererseits ist es der Fluch jeder Namengebung, vor allem für ein Provisorium, dasz sie angreifbar ist oder bald wird, indem der Begriff sich modelt, aber der Name starr und dann zutreffend höchstens noch für den ursprünglichen Kern des Begriffes bleibt", zouden we als motto boven dit Hoofdstuk kunnen herhalen.

Schroeder maakt zich dan tenslotte nog van zijn bezwaren af, met de opmerking, dat deze aanduiding in de eerste plaats niets anders dan een naam wil zijn ter afzondering van een niet kleine rij van ziektevormen.

Toch laat hem de eens door hem gekozen naam niet met rust, en erkent hij, dat, al komt het op de zaak zelf en niet op den naam aan, een slechte naam de zaak schade doet. Hij beschouwt dan in 1926 [1]) opnieuw het karakteristieke van zijn groep, en gaat dan meer letten op het episodische, periodische verloop, dat toch, naast de symptomatologie en de genese, één harer kenteekenen is.

Ook Magnan lette op dit periodische verloop, als hij van „syndromes épisodiques" sprak, en Moebius, als hij dit met „Zufälle" typeerde.

Schroeder wil zich hierbij gaan aansluiten, en zijn psychosen een meer indifferenten, beteren, en minder aanvechtbaren naam geven, door te gaan spreken van *metabolische* toestanden of ziekten.

Sprak Kleist eerst van de groep der „autochthonen konstitutionellen Psychosen", in 1921 [2]) neemt hij den, door Schroeder voorgestelden, voorloopigen verzamelnaam „Degeneratiepsychosen" over. Hij tracht te ontkomen aan een hier niet passenden uitleg van het begrip „degeneratie" in dementeerenden zin, en typeert daarom zijn atypische psychosen als „atypische *gutartige* Degene-

[1]) P. Schroeder, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 105, 1926.
[2]) K. Kleist, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 69, 1921.

rationspsychosen". Hij voegt hier bovendien „*atypische*" bij, omdat vanwege het bezitten van een erfelijken aanleg, ook de „typische" psychosen degeneratiepsychosen zijn.

Kleist meent in 1928 [1]) echter, dat men de moeilijkheden niet geheel ontgaat, door het geven van een anderen naam, b.v. van „metabolische psychosen", zooals Schroeder voorstelt.

Nu vindt Kleist, in verband met zijn streven tot het afzonderen van meerdere afzonderlijke ziektevormen onder de atypische psychosen, het eigenlijk van minder belang of men een onjuisten verzamelnaam heeft. Hij beschouwt, en dit blijkt ook uit de toenemende neiging bij hem steeds meerdere atypische ziektevormen onder de degeneratiepsychosen onder te brengen, de groep „degeneratiepsychosen" alleen als een tijdelijken verzamelnaam.

Hoe meer men ieder atypisch ziektebeeld zal leeren afgrenzen, en voor iederen atypischen ziektevorm een naam vinden, hoe eerder de behoefte aan een verzamelnaam voor alle atypische psychosen zal verdwijnen.

Meer dan tot het zoeken van een beteren naam voor deze groep, spoort Kleist dan ook aan tot het vergaderen van meerdere kennis en betere afgrenzing van ieder atypisch ziektebeeld afzonderlijk.

Het is dan ook niet te verwonderen, dat bijna alle auteurs, ook zij, die overigens niet afwijzend staan tegenover de groep der degeneratiepsychosen zelf, toch tegen den naam opponeeren.

Kurt Schneider [2]) heeft tegen den naam eveneens bezwaren, omdat deze reeds voor min of meer reactieve toestanden, vooral bij crimineelen, gebruikt is door Bonhoeffer en Birnbaum.

Als Jaspers [3]) naast „Krankheitsprozesse", het „degeneratives Irresein" onderscheidt, voegt hij, om misverstand te voorkomen, hieraan terstond toe, dat hij den naam „degeneratives Irresein" kiest, omdat deze ingeburgerd is, terwijl hij hierbij niet aan degeneratie in den zin van ontaarding denkt, doch meer in den zin van afwijking van den normalen aard.

Rüdin [4]) wil, om misverstand te voorkomen, het woord degeneratie in dezen samenhang vermijden. Men zou ook alle „Erbpsychosen", bij wie een erfelijke aanleg in het kiemplasma reeds van vroegere generaties aanwezig is, degeneratiepsychosen kunnen

---

[1]) K. Kleist, Schweizer Arch. f. Ps. u. N. Bd XXIII, 1928.

[2]) Kurt Schneider, „Probleme der Klinischen Psychiatrie" Leipzig 1932.

[3]) K. Jaspers, Allgemeine Psychopathologie 3e Aufl. 1923.

[4]) E. Rüdin, Archiv f. Ps. u. N. Bd 83, 1928; Schweizer Archiv f. N. u. Ps. Bd XXIII. H 1, 1928.

noemen. Hieraan bestaat echter niet de minste behoefte. Voorts acht Rüdin het onjuist, dien naam te weigeren aan die psychosen, in wier ontstaan reactieve of exogene momenten meespreken, of bij welke een dementie intreedt (de katatonie b.v.), of die beslist organisch zijn (de Huntingtonsche chorea).

Van een degeneratiepsychose in eigenlijken zin zou Rüdin eerst dan willen spreken, als een aanleg tot een psychose door *mutatie* was ontstaan. Er is echter nog in het geheel geen positief bewijs van, dat dit kan plaats vinden.

Binswanger[1]) heeft minder moeite met den naam „degeneratiepsychose", daar hij toch, ondanks alle verschillen in de ziektebeelden, vasthoudt aan een gemeenschappelijke „état mental des dégénérés" van Magnan.

Wel merkt Binswanger nog op, dat het onjuist is in ieder geval, degeneratieven aanleg met psychische minderwaardigheid over één kam te scheren.

Von Mayendorf[2]) heeft ook bezwaar tegen den naam „degeneratiepsychose". Hij geeft er de voorkeur aan, te spreken van *„idiopathische"* hallucinose, zonder eenig verband te leggen met ontaarding.

Terecht zegt hij, dat, al is het waar, dat meerdere voor de „degeneratiepsychosen" aangevoerde verschijnselen bij gedegenereerde geestesziekten worden waargenomen, daarmee nog niet bewezen is, dat ze als pathologisch product der ontaarding moeten worden opgevat.

Bij zijn hallucinatoire episoden bleek de onafhankelijkheid der ontaarding wel uit het *ontbreken* van alle somatische en karakterologische stigmata degenerationis. Zelfs bevonden zich onder zijn gevallen juist zeer sociale naturen. Ook memoreert von Mayendorf, dat juist bij het groote meerendeel van onsociale, gedegenereerde naturen, geen geestesziekten voorkomen. Voorts kan hij zich niet vereenigen met Schroeder, psychosen, voor welke dan een degeneratieve aanleg typisch zou zijn, met de circulaire en hysterische psychosen in één verband te brengen.

L. Bouman[3]), die meerdere malen een lans brak voor de afzondering der degeneratiepsychosen, stelde wel het degeneratieve moment op den voorgrond, en geeft weinig critiek op den naam „degeneratiepsychosen", omdat hij vindt, dat de naam tenslotte niets ter zake doet.

Acht Rümke[4]), wat er over de degeneratiepsychosen door

---

[1]) Binswanger, Archiv f. Ps. u. N. Bd 83, 1928; Schweizer Archiv f. N. u. Ps. Bd XXIII. H 1, 1928.
[2]) Von Mayendorf, Archiv f. Ps. u. N. Bd 66, 1922.
[3]) L. Bouman, Ps. en N. bl. Jrg. 32, 1928.
[4]) H. C. Rümke, Ps, en N. bl. 1932.

Schroeder, Kleist en Binswanger gebracht is, een vooruitgang, de term „degeneratie" vindt hij ongelukkig.

Wil de term „degeneratiepsychose" geen leege term zijn, dan moet, volgens Rümke de eisch gesteld worden, dat een duidelijke herediteit voor zielsziekten kan worden aangetoond, al acht Schroeder deze eisch niet dwingend. Al tracht Rümke zich hieraan zooveel mogelijk bij het stellen van de diagnose in zijn gevallen (in zijn studie over het geluksgevoel) te houden, bij het stellen van de diagnose „degeneratiepsychose" bij patiënte E, bij wie een duidelijke herediteit ontbreekt, wijkt hij tenslotte af van dien eisch. Maar hier komt dan ook weer naar voren, dat de naam „degeneratiepsychose" niet juist is voor alle gevallen, die men toch tot deze groep meent te moeten rekenen. Methodisch acht Rümke het dan ook eigenlijk beter deze toestanden, bij gebrek aan beter, niet als „degeneratiepsychose" te bestempelen, doch ze eenvoudig als „onduidelijk geval" aan te geven.

Carp[1]) meent, dat men de benaming „degeneratiepsychose" wel op alle psychosen zou kunnen toepassen, daar wel steeds een locus minoris resistentiae gedacht kan worden aanwezig te zijn, zelfs bij overwegend exogene reactievormen.

Voorloopig kan het begrip „degeneratiepsychose" z.i. echter wel zijn dienst doen. Hij noemt daarbij als voorwaarde voor rangschikking onder dit begrip, dat de psychose op aantoonbaren, degeneratieven bodem ontstaat.

Van der Spek[2]), die afwijzend staat tegenover een afzondering van een afzonderlijke groep „degeneratiepsychosen", acht het, o.i. terecht, ook opmerkelijk, dat deze term zoo'n opgang maakte. Bij velen zullen vage herinneringen aan vroegere Fransche opvattingen een rol gespeeld hebben; anderen schijnen de vaagheid van het begrip hebben willen benutten. Voorts wijst Van der Spek er op, dat Kleist zelf, lijnrecht tegenover het begrip „degeneratie", concludeert, dat de erfelijke belasting van zijn degeneratiepsychosen minder is dan die van de manisch-depressieve psychose en schizophrenie.

Het zou ons te ver voeren, stil te staan bij de beteekenis, die het begrip „degeneratie" in de biologie en pathologische anatomie heeft.

Om ons een oordeel te vormen, of de term „degeneratiepsychose" terecht is afgezonderd voor de psychosen, die thans onze aandacht hebben, is het wel noodzakelijk stil te staan bij de vraag, welke

---

[1]) Carp, „de Psychopathieën", 2e dr. 1941.
[2]) P. A. F. v. d. Spek, diss. 1940.

beteekenis het woord „degeneratie" in de psychiatrie kan hebben.

In de psychiatrie is het woord„degeneratie" in hoofdzaak op drieërlei wijze gebruikt.

In de eerste plaats heeft het begrip „degeneratie", met name in de Fransche psychiatrie, langen tijd de beteekenis van *„toenemende degeneratie* gehad, in navolging van Morel, die in 1857 in zijn „Traité des Dégénérescenses", de ontaarding als een proces van toenemenden achteruitgang beschouwde, waardoor langzamerhand een slechter worden van de soort ontstaat.

Zoo zouden, volgens hem, kinderen van een dronkaard in de eerste generatie vertoonen: ethisch verval, een te buiten gaan op zedelijk gebied. In de tweede generatie: erfelijke dronkenschap, maniacale aanvallen, hersenverweeking. In de derde generatie: matigheid, neiging tot hypochondrie, melancholie, vervolgingswaan, moordneiging. In de vierde generatie tenslotte: geringe verstandelijke ontwikkeling, vroegtijdige maniacale aanvallen, verval tot idiotie, eindelijk vermoedelijk uitsterven van het geslacht [1]).

Ook werd door hem een erfelijkheid van verworven eigenschappen aangenomen, zoodat hij naast een endogene aetiologie, allerlei exogene oorzaken voor het ontstaan van degeneratie aanneemt.

L. Bouman zegt hiervan: „de uitspraak van Morel, slechts op 5 waarnemingen steunende, heeft daarom beslist veel kwaad gedaan, omdat de toenemende degeneratie later meermalen door verschillende letterkundigen het hoofdthema hunner romans geworden is." Hij herinnert dan aan het meest bekende voorbeeld, de Rougon-Macquart cyclus van Zola.

Van het degeneratie-begrip van Morel, de progressieve achteruitgang in de opeenvolgende geslachten, is in de psychiatrie weinig meer overgebleven. Toch is de gedachte aan toenemende ontaarding bij het begrip „degeneratie", mede door de verbreiding van dit begrip in romans, nimmer geheel uit het spraakgebruik verdwenen. Ook bleek de meening eener verworven degeneratie niet houdbaar.

Tegen de proeven van Brown-Séquard [2]) met zijn zeebiggetjes in, stellen Ziegler [3]) en Weismann [4]) de stelling, dat overerving van eigenschappen, tijdens het individueele leven verworven, onmogelijk is, welke meening in latere jaren door Hagedoorn [5]) is onderstreept.

---

[1]) Zie L. Bouman, Orgaan v. d. Chr. Ver. v. N. en G. 1909, afl. 2.
[2]) Brown-Séquard, Arch. de physiologie etc. 1868—72.
[3]) Ziegler, Jena 1886.
[4]) Weismann, Vorträge über Descendenztheorie, Jena 1902.
[5]) A. L. Hagedoorn, „de rassen der menschheid", 1936.

Toch kan de mogelijkheid van een voortschrijdende ontaarding niet geheel worden uitgeschakeld.

Sillevis Smitt[1]) vraagt zich in zijn neurologische studie af, of men in de door hem beschreven families van voortschrijdende ontaarding spreken mag, en beantwoordt dit met een „ons inziens zonder twijfel".

Hij herinnert er aan, dat in de psychiatrie Herman Hoffmann er op gewezen heeft, dat men immer weer families aantreft, waarin een toenemende psychische degeneratie van geslacht op geslacht voorkomt, en citeert dan diens verklaring van dit phenomeen, n.l. dat „die fortschreitende Entartung in vielen Fallen als ein zufälliges Kreuzungsprodukt doppelseitiger entarteten Keimmassen angesehen werden kann". Op grond van zijn neurologisch materiaal onderschrijft Sillevis Smitt ten volle deze opvatting.

Thans zijn we gekomen tot een tweede beteekenis, die het woord „degeneratie" in de psychiatrie ging verkrijgen. Bij het op den achtergrond geraken van exogene momenten tot het ontstaan van een verworven degeneratie, kwamen de endogene momenten meer in hun grootere beteekenis naar voren.

Moebius[2]) neemt bij de bepaling van een definitie over „ontaarding", de mogelijkheid van het overbrengen op de nakomelingschap tot kenteeken, en komt tot zijn stelling, dat diegene ontaard is, die overerfbare afwijkingen van het type vertoont.

Zoo werden degeneratie-problemen ten nauwste gekoppeld aan *erfelijkheidsproblemen*, en werd van „degeneratie" gesproken, als sterke hereditaire momenten gevonden werden.

Een derde beteekenis kreeg het begrip „degeneratie" in de psychiatrie, toen men in de plaats van op het progressieve ontaardingsproces, op den ontaarden *persoon*, den *dégénéré*, ging letten.

Zoo ging Magnan[3]) de gedegenereerden onderscheiden in dégénérés inférieurs en supérieurs of déséquilibrés. Onder de laatsten onderscheidt hij dan verder naast intellectueel hoogstaande personen zonder gevoel voor moraal en menschen met hooge moraliteit, doch met beperkte intellectueele begaafdheid, een derde groep. Deze derde groep menschen schijnt geheel normaal en evenwichtig, doch een emotie, een ziekte, een lichamelijke zwakte, zelfs een psychologisch gebeuren als de ménopauze, kunnen bij hen het psychisch evenwicht aanstonds verstoren.

Het is jammer, dat in zonderheid voor deze laatste groep van Magnan zijn tweede naam *„gedéséquilibreerden"* niet is af-

---

[1]) W. G. Sillevis Smitt, diss. 1935.
[2]) Moebius, „über Entartung", Wiesbaden 1900.
[3]) Psychiatr. Vorlesungen. Einl. von Moebius, Leipzig 1891.

gezonderd, waardoor deze groep uit de omklemming der „degeneratie" zou zijn bevrijd.

Als Naecke[1]) de echte degeneratie wil karakteriseeren, gaat hij de eigenschappen opsommen van den ontaarden mensch, den dégénéré.

Een verlegging van het accent naar het individu vinden we ook bij Bumke[2]), als hij zegt, dat het begrip ontaarding in de hedendaagsche psychiatrie bijna identiek is met dat der psychopathische constitutie.

Zoo ging men naar kenmerken, *stigmata degenerationis*, zoeken, om bij een bepaalden persoon tot „degeneratie" te kunnen besluiten.

Allerlei lichamelijke variaties, die in geen enkel verband tot de psychische constellatie stonden, werden als degeneratie-kenteekenen opgevat.

Vooral Bumke[3]) trok tegen deze stigmata te velde, en sprak als zijn meening uit, „dasz die Lehre von den Entartungszeichen so ziemlich jeder Boden entzogen ist".

Ook L. Bouman keert zich tegen de overschatting der degeneratieteekens en zegt, dat men langzamerhand heeft leeren inzien, dat die degeneratieteekens geen typische afwijkingen konden worden genoemd, dat zij evengoed bij normaal geachte personen voorkomen. Zoo meent hij dan ook gerust te kunnen zeggen, dat de geesteszieken niet meer lichamelijke degeneratieteekens bezitten dan de gezonden.

Zijn deze stigmata, na Bumke, uit de psychiatrie zoo goed als gebannen, Binswanger[4]) blijft toch de *psychische* „indices degenerationis" voor de kliniek van beteekenis achten; de somatische indices hebben voor hem ook slechts uit historisch oogpunt interesse. In Hoofdstuk VII hebben wij zijn psychische indices degenerationis nader uitgewerkt.

Plaatsen we ons nu voor de vraag, of één der bovengenoemde psychiatrische duidingen van het begrip „degeneratie", afgezien van de reeds door andere auteurs genoemde bezwaren tegen het woord „degeneratiepsychose", gebruikt kan worden voor de vlag, die de lading der „degeneratiepsychosen" dekt.

Ons antwoord moet dan ontkennend zijn.

Het vrijwel uitstervend begrip der progressieve ontaarding is

---

[1]) P. Naecke, Mon. Schr. f. Crimin. Psych. 1904.
[2]) O. Bumke, „Ueber Nerveuse Entartung" Springer 1912.
[3]) O. Bumke, „Kultur und Entartung", 1922.
[4]) O. Binswanger, Arch. f. Ps. u. N. Bd 83, 1928; Schweizer Arch. f. Ps. u. N. Bd XXIII, 1928.

zelfs door de naamgevers der „degeneratiepsychosen" niet bedoeld.

Op de beide andere door ons genoemde beteekenissen heeft Schroeder wel geattendeerd, als hij van de door hem beschreven psychosen zegt: „ze treden op op den bodem van een aantoonbare of aanneembare degeneratie".

In de meeste door hem genoemde gevallen vinden we dan ook een sterke herediteit aanwezig. In enkele gevallen echter in het geheel geen hereditaire momenten.

Ook let hij op de persoonlijkheidsstructuur zijner patiënten en noemt hij hen sensitieve menschen met een hypochondere instelling en neiging tot dwangverschijnselen. In den, tusschen de ziekteperioden inliggenden, tijd pleegt de, aan de psychose te gronde liggende, psychopathie meer of minder duidelijk naar voren te treden.

Voor een deel der gevallen (zie Hoofdstuk X), door ons in deze studie onderzocht, kunnen we dit volkomen onderschrijven. We vinden daar zoowel hereditaire momenten, als een psychopathische persoonlijkheidsstructuur. Voor dit deel zou de naam „degeneratiepsychose" bruikbaar zijn.

Toch blijven ook dan de volgende bezwaren:

1. Het woord „degeneratie" kan hier, ten onrechte, in den zin van Morel worden geïnterpreteerd;
2. Het in de oudere psychiatrie gebruikte woord „degeneratie" voor zware, tot dementie voerende, psychosevormen, kan voor deze, juist niet tot dementie voerende psychosen, misleidend werken. Kleist voelde zich daardoor al gedrongen te spreken van atypische, goedaardige degeneratiepsychosen;
3. Het woord „degeneratie" wijst, aldus gebruikt, niets eigens aan, daar het, naar Rüdin juist opmerkte, met betrekking tot het aangeven van zware hereditaire momenten, met even veel recht voor alle „Erbpsychosen" kan worden opgeëischt.

Voor het andere deel onzer gevallen (zie Hoofdstuk X), waar we soms hereditaire momenten vinden, al is het vaak in geringe mate, doch geen psychopathische persoonlijkheidsstructuur, soms nòch 't een nòch 't ander, waar zelfs de personen bekend staan als conscientieuze, toegewijde, zeer sociale figuren, is het begrip „degeneratie" in verband met den psychosevorm beslist onjuist. Hier past het woord „degeneratie" niet.

Temeer niet, daar in het spraakgebruik met het begrip „degeneratie" een moreel waarde-oordeel in ongunstigen zin wordt uitgesproken.

En nu mag het waar zijn, dat het woord „degeneratie" in psychiatrischen zin geen ethisch oordeel in zich sluit, aan het begrip

„degeneratie" kleeft toch dit waarde-oordeel. Of met Bumke[1]) gezegd: „Es mag genügen festzustellen, dasz das Wort Entartung im psychiatrischen Sprachgebrauch keine ethische Verurteilung bedeuten soll. Aber deshalb ist der Begriff keineswegs von jedem Werturteil ganz frei. Das liegt schon im Worte. Die Abart kann ebenso wertvoll sein wie die Art, oder auch wertvoller; aber was entartet ist, das ist schlechter. Eine Definition, die das nicht zum Ausdruck bringt, würde den klaren Wortsinn vergewaltigen."

Toen Schroeder ging zoeken naar een beteren naam voor zijn psychosengroep, ging hij in plaats van te letten op de genese en de symptomatologie, het episodische, periodische verloop centraal stellen, en zoo van *metabolische* psychosen spreken.

De door ons afgezonderde tweede groep onder de katamnestisch vervolgde degeneratiepsychosen, plaatste ons voor de vraag naar het wezen dezer psychotische beelden.

En dit meenen we te onderkennen in een optredende *integratiestoornis* van beperkten duur en een daarna optredende nieuwe integratie veelal op hooger niveau. We meenen deze stoornis als het karakteristieke, wezenlijke van deze psychosengroep te moeten aannemen. In het volgende hoofdstuk zullen we dit verder trachten uit te werken.

We pleiten voor een anderen naam.

We deelen niet de meening van Van der Spek[2]), dat de als „degeneratiepsychosen" gediagnosticeerde gevallen, voor zoover zij geen „onduidelijke gevallen" blijven, een andere diagnose vereischen.

We zijn het wel met hem eens, als hij zich afvraagt, of de naam „degeneratiepsychosen" niet zou moeten worden opgeëischt voor *psychosen bij heredodegeneraties,* zooals Sillevis Smitt[3]) in dit verband ook een onduidelijke paranoïde psychose noemde. Dit zouden dan inderdaad „degeneratiepsychosen" zijn.

Voor de door ons afgescheiden eerste groep, op welke de naam „degeneratie" nog eerder van toepassing zou kunnen zijn, zou de diagnose „psychose bij psychopathie" juister zijn. Er is echter geen overwegend bezwaar deze groep met onze tweede groep, verbonden door de symptomatologische banden, de prognose en de stoornis in de integratie, als één geheel te blijven beschouwen. Ze mogen echter niet aaneengebonden door den band der degeneratie.

---

[1]) O. Bumke, Allgem. Z. f. Ps. Bd 68, 1911.
[2]) P. A. F. v. d. Spek, diss. 1940.
[3]) W.G. Sillevis Smitt, diss. 1935.

HOOFDSTUK XII.

De „degeneratiepsychosen" als autochthone desintegratiepsychosen.

In hoofdstuk X beschreven we, dat de door ons beschouwde degeneratiepsychosen naar onze meening in hoofdzaak in 2 groepen uiteenvielen:

Groep A: de gevallen met meerendeels duidelijke hereditaire momenten en psychopathische karakterstructuur, die over 't geheel neiging hadden tot een periodisch verloop.

Groep B: de gevallen met dikwijls minder duidelijk uitgesproken hereditaire momenten en geen psychopathische karakterstructuur, die meer geneigd waren zich als een episodische psychose te openbaren en waarbij na de psychose niet alleen weer eenzelfde psychisch evenwicht als voor de psychose werd bereikt, doch waarbij een meer geconsolideerden en beter geïntegreerden psychischen toestand dan voor de psychose werd verkregen.

Voor deze laatste groep noemden we in Hoofdstuk X en XI dan ook reeds de *stoornis in de integratie* van beperkten duur, met de mogelijkheid van een ré-integratie op hooger niveau, als het wezenlijke dezer psychosen.

Wat hebben we onder *integratie* te verstaan?

Het is oorspronkelijk een biologisch begrip, door Engelsche onderzoekers, met name Spencer en Sherrington, gebruikt.

Laatstgenoemde sprak van „integrative action", en verstond hieronder een functie, waardoor de mogelijkheid werd teweeggebracht, dat verschillende cellen en groepen van cellen elkaar konden beïnvloeden, om zoo te zamen een harmonisch werkend geheel te vormen. Door de integratieve functie wordt bewerkt, dat het organisme als een geheel reageert.

Door von Monakow[1]) werd dit begrip overgenomen in de pathologie van het zenuwstelsel.

---

[1]) C. von Monakow, „Introduction biologie à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie" Paris 1928.

Mac Dougall[1]) voerde het in de psychopathologie in.

Met name Maeder[2]) heeft zich over de krachten, die een persoonlijkheid als een geheel in stand houden, de regulatie en de integratie, bezonnen. De droom-analyse en het genezingsproces hebben hem er toe gebracht aan te nemen, dat er eenerzijds een bepaalde autonome werkzaamheid voorhanden is, anderzijds echter een richtingszin, een progressief, opklimmend streven.

In den ontwikkelingsgang van het individu onderscheidt hij drie phasen, waarin telkens een hoogere vorm van integratie wordt bereikt.

In de eerste phase hebben we te doen met de vormgeving van het levend wezen als structuur en functie, op physiologisch gebied. Het is een tijd van groei, de *„instinktive Phase"*.

De tweede phase voltrekt zich op psychologisch terrein en wordt door hem de *„individuatie"* genoemd. Het met bewustzijn bekleede „ik" treedt naar voren en streeft door strijd heen tot hoogere ontwikkeling.

Deze hervorming en hoogere ontwikkeling wordt door mechanismen als verdringing, zelfbeheersching en actieve introversie, drie remmingsmethoden, bewerkt. Er gaat zich een centrum vormen, vanwaar de bepaalde handelingen van zeer persoonlijk karakter uitgaan, welke onze geestelijke structuur, onze individualiteit, gaan opbouwen.

Op de physiologische en psychologische phase volgt de derde phase der integratie, de *spiritueele* of *kosmische*, het deelnemen in het kosmische leven, de „participation cosmique". Het geïsoleerde individu doet afstand van zijn zelfstandigheid en tracht zich een plaats te veroveren in het geheel, de maatschappij, de kosmos.

Het nauwelijks gevormde IK offert zich als zelfstandige, autonome eenheid op, om zich in een hoogere, boven-individueele organisatie te laten opnemen.

Als Rümke[3]) de opvattingen van Maeder critisch beziet, heeft hij zeker eenige bemerkingen, dat er veel hypothese in is, vooral de hypothese, dat dit verschijnsel zich in principe in ieder mensch voltrekt; dat de drang naar vervolkomening een illusie zou kunnen zijn; dat in Maeder's opvatting duidelijk een ethische waardeering doorschemert en het individualistische stadium in andere tijden wel eens hooger gesteld zou kunnen worden, zoodat de overgang van de tweede naar de derde phase wel als een verzwakking zou kunnen worden aangezien. Toch acht hij in

---

[1]) Mac Dougall, „An outline of abnormal Psychology", Londen 1926.
[2]) A. Maeder, „Genezing en ontwikkeling in het zieleleven", A'dam 1919; „Regulation psychique et guérison" Schweizer Arch. f. N. u. Ps. Bd XVI.
[3]) H. C. Rümke, „Inleiding in de Karakterkunde", 2e dr. 1937.

Maeder's opvatting een hoogstbelangrijk gezichtspunt gegeven, n.l. in zijn uiteenzettingen, dat *steeds grooter geheelen tot een eenheid worden saamgehouden,* waarin het wezen der integratie is te zien.

De pathologie laat duidelijk zien, dat er een functie is, die integreerend werkt.

Bepaalde gedeelten van de persoonlijkheden kunnen aan de integreerende totaliteitswerking ontsnappen en autonoom worden. Bij sommigen kan een deel van het sexueele leven buiten hun persoonlijkheid omgaan.

De integratie heeft voor ieder een betrekkelijk constante waarde, doch is aan schommelingen onderhevig.

Als factoren, die *desintegreerend* kunnen werken, noemt Rümke: vermoeidheid, alcoholgebruik, het geschokt zijn door bepaalde belevingen. In bepaalde tijdperken van het leven worden aan deze integratie groote eischen gesteld. Met name is dit het geval bij den overgang van de eerste naar de tweede phase.

Zoo ziet men juist in de *puberteitsperiode* dikwijls stoornissen optreden in de integratieve functie.

De mensch tracht door verdringing, sublimeering, compensatie en overcompensatie tegenstrijdige krachten in een hoogere eenheid saam te vatten. Hierin zijn pogingen tot integratie te zien.

Bij vermindering van integratie ontstaat een regressie van een hoogeren naar een lageren trap. Dit kan zelfs een terugvallen zijn tot de eerste, infantiele, collectief instinctieve phase.

Carp[1]) onderscheidt als geestelijke functies der persoonlijkheid, die het vierledige doel van zelf-behoud, zelf-ontplooiïng, zelf-vervolmaking en zelf-overgave nastreven, de compensatie, de indentificatie, de regulatie en de integratie, welke functies ook door Rümke als de belangrijkste factoren in de karakterogenese worden beschouwd.[2])

Van deze functies noemt Carp de *regulatie* de geestelijke functie, welke de aanpassing bevordert. Zij is een stabiliseerende en richtinggevende kracht, die het behoud van de harmonie in de eenheid der persoonlijkheidsstructuur beoogt, naar herstel van het verbroken evenwicht streeft en richting geeft aan den bestaanden drang tot verdere zelf-vervolmaking. De regulatie is de functie, die over het behoud, het herstel en de ontplooiïng van de eenheid der persoonlijkheid heeft te waken. Is de regulatie, welke de ontplooiïng en vervolmaking der persoonlijkheid bewerkstelligt van zeer groote beteekenis, ook bij een verbroken evenwicht in de per-

---

[1]) E. A. D. E. Carp, „De Psychopathieën" 1934; Ned. T. v. Psychol. Jrg. 8, afl. 11 en 12, 1941; „Psychosen op exogenen grondslag" 1936.

[2]) H. C. Rümke, Inleiding tot de karakterkunde, 2e druk, 1937.

soonlijkheidsstructuur grijpt zij in. Carp wijst er dan ook op, dat men verschijnselen, die het gevolg zijn van een verbroken evenwicht dezer structuur, slechts gedeeltelijk als defect-verschijnselen heeft op te vatten. Ze zijn n.l. ook te zien als de uitdrukking van regulatorische functies, welke in deze verschijnselen tot een nieuw evenwicht en een nieuwe integratie trachten te komen. Zoo laat de psychopathologie ons in verschillende pathologische geestesproducten, als waandenkbeelden en confabulaties, pogingen onderkennen om opnieuw, na een ontwrichting der persoonlijkheidsstructuur, tot een harmonie, tot een herstel te geraken. De *integratie* definieert Carp als een samenvatting van functies tot een harmonische en hoogere eenheid.

Wat de *stoornissen in de integratie* betreft, noemden we reeds het veelvuldig voorkomen van deze stoornissen bij den overgang tusschen Maeder's eerste en tweede phase, in de puberteitsperiode, den tijd, waarin aan de integratie hooge eischen worden gesteld.

Als Rümke[1]) een eigen indeeling maakt van de puberteitsstoornissen, die tevens iets zegt over de wording van die toestanden, onderscheidt hij dan ook, naast stoornissen in de *individuatie* en *regulatie*, stoornissen in de *integratie*.

Kan dan aan de hooge eischen, die aan het integreerend vermogen worden gesteld, niet voldaan worden, dan worden de vele indrukken niet tot een eenheid verwerkt en blijven nieuwe gebieden, b.v. de sexualiteit, buiten het geheel der persoonlijkheid. Ook door de verdringing van een deel der strevingen wordt de integratie belemmerd. In dit verband noemt Rümke het doormaken van *geluksbelevingen* bij den tot extatisch beleven geneigden puber.

Bij anderen komen toestanden van in zichzelf-gekeerd-zijn voor, van overgave aan de uit het innerlijk stammende phantasieën, die het „schizophrene" autisme kunnen naderen.

Toestanden van volkomen desintegratie worden tenslotte in de puberteitspsychosen aangetroffen.

Daar het in den puberteitsleeftijd gaat om het al of niet gelukken van een integratie in de ontwikkeling van de persoonlijkheidsstructuur is het wel zoo gewenscht in dezen ontwikkelingstijd te spreken van *integratiestoornissen* en kunnen we het begrip *„desintegratietoestanden"* beter reserveeren voor het uiteenvallen van een reeds tot een eenheid geïntegreerd psychisch geheel.

---

[1]) H. C. Rümke, „Levenstijdperken van den man", 1938.

Van der Horst[1]) spreekt dan ook bij zijn behandeling van de puberteitspathologie van *integratiepsychosen.*

Hij onderscheidt dan eenige pathologische syndromen, die genetisch vanuit de „normale" puberteitspsychopathologie moeten worden verstaan, puberteitsanomalieën en wel: de juveniele psychoneurose of puberteitsdepressie, de juveniele mythomanie of délire d'ímagination en in de 3e plaats de integratie- of adolescentie-psychose, bij een mislukte poging tot consolidatie der rijpe persoonlijkheid.

Van der Horst beschrijft dan een 18-jarigen patiënt, W. B.

Deze had, voor de eigenlijke psychose begon, reeds lang klachten over hoofdpijn, moeheid, slapeloosheid. Was thuis de laatste maanden erg prikkelbaar en aggressief geweest. Sloeg zijn ouders, meende achtervolgd te worden. Iedereen zag hem aan, dat hij niet deugde. Alle menschen zinspeelden op zijn homosexualiteit (had inderdaad in een homosexueele verhouding geleefd.)

Meende in het begin in de kliniek vergiftigd te worden, was wantrouwend, was aggressief. Had soms rustiger periodes, was dan meer toegankelijk en sprak zacht over zijn moeilijk verleden. Zocht overal een prettiger leven te krijgen, kon het nergens vinden. Werd gekweld door minderwaardigheidsgevoelens. Het verlangen zich eindelijk eens te laten gelden, kwam als „Adler's mechanisme" in heel zijn gedrag naar voren.

Was de nachten voor zijn opname zeer angstig. Sprak voortdurend over de ellende in de wereld. Wist niet, waar hij het zoeken moest. Zou graag steun vinden. Dit bleek uit verschillende gezegden, die hij, toen hij rustiger werd, op hoekige, affectlooze en monotone wijze uitte. Bleek sterk gebonden aan zijn moeder.

Wordt 3 weken na opname rustiger, maar wordt mutistisch, weigert voedsel, toont een katatoon beeld. De overeenkomst met den katatonen vorm van dementia praecox bleek zeer groot. Blijkt wantrouwend tegenover medicus en verpleging en is negativistisch.

Opeens wordt deze stupor door een opwindingstoestand doorbroken, waarbij hij den indruk maakt, volkomen in schemertoestand te verkeeren. Ligt nog eenige weken daarna stil in bed. Langzamerhand is er meer contact met hem te krijgen en wordt het duidelijk, dat de geheele toestand, waarin deze jongen geraakte, bepaald wordt door de onmogelijkheid om zijn verleden te verwerken en zijn houding voor de toekomst te vinden.

Het gelukte dezen adolescent niet een gave ontwikkeling tot stand te brengen.

Van der Horst spreekt van de periode der *integratie,* waarbij het IK-bewustzijn uitgroeit tot persoonlijkheidsbewustzijn in aansluiting aan den tijd, waarin de rijping van het IK-bewustzijn optrad *(individuatie).*

Kristalliseert bij de individuatie het IK uit tegenover de massa, bij de integratie wordt het IK vervolmaakt tot persoonlijkheidsbewustzijn.

Over de *desintegratie* maakt Carp meerdere opmerkingen in de inleiding van zijn „psychosen op exogenen grondslag". Desinte-

---

[1]) L. van der Horst, Psych. en N.bl. 1938 no. 5 en 6; Ned. T. v. G. Jrg. 80. I, 4.

gratie is een verschijnsel, dat te voorschijn treedt, wanneer ontbindende krachten van buitenaf, dan wel in het organisme zelf gelegen, op het organisme inwerken, waarbij het organisatorisch verband der functies wordt ontbonden.

Eén der meest kenmerkende uitingsvormen van desintegratie is het verschijnsel van *regressie*, een voorbeeld van ontbinding, waarbij een terugkeer plaats vindt tot eenvoudiger vormen van organisatie.

Verschijnselen bij gestoorde geesteswerkzaamheid moet men echter niet alleen als afbraak-verschijnselen beschouwen. Tevens heeft men hierin pogingen tot herstel, uitingen van het regulatievermogen te zien.

De functies der desintegratie en regulatie moeten in onverbreekbaren samenhang tot elkander worden beschouwd.

„Door de desintegratie wordt de persoonlijkheid belemmerd in haar gebruik van die geestelijke functies, welke noodig zijn voor het in stand houden van een bepaald niveau van haar geesteswerkzaamheid en haar aanpassing naar buiten." (Carp).

De functie der regulatie tracht echter, in haar streven naar behoud en herstel van een geestelijken evenwichtstoestand en een harmonische persoonlijkheidsstructuur, in dezen gedesorganiseerden toestand weer reguleerend op te treden.

Is aanvankelijk, b.v. door de uitwerking van een gif, òòk het regulatievermogen verstoord, dan zal van deze herstel-functie weinig worden bemerkt.

Heeft het regulatievermogen zich wederom gedeeltelijk hersteld, dan kan men ook verwachten, dat hiermede de genezingsprocessen in het werk gesteld kunnen worden.

Algemeen genomen, spreekt Carp de opvatting uit, dat regulatiestoornissen veelal tot psychopathische en psychopathisch-neurotische toestandsbeelden zullen voeren. Bij medegestoord zijn van het regulatievermogen zal men dan ook zien, dat de psychotische verschijnselen vergezeld gaan en soms voorafgegaan worden door psychopathische, resp. psychopathisch-neurotische reactievormen.

Kan het regulatievermogen zich weer doen gelden, dan vinden de genezingspogingen veelal plaats onder een masker van hallucinaties en waaninhouden, in het bizonder van inbeeldings- en onttrekkings-verschijnselen.

Rümke beschrijft psychoses, ontstaan ten gevolge van schokkende gebeurtenissen, spanning, emoties, onrust en angst, die hij als „psychogene psychosen" zou kunnen aanmerken, doch liever *psycho-traumatische desintegratietoestanden* noemt.

Heeft de aard der persoonlijkheid een aetiologische, de „in-druk" (waarbij machtige prikkels, afkomstig uit de buitenwereld, langs lichamelijken weg het psychisch-physische stelsel bereiken) slechts een provoceerende beteekenis, dan zijn de afwijkingen van het normale functionneeren niet exogeen, maar zuiver psychogeen.

Bij de door Rümke beschreven patiënten, die hij toch zeker in de rubriek psychogene psychosen vindt thuis te behooren, is de „indruk" de belangrijkste factor. Hier is sprake van een niet-opkunnen tegen de indrukken, en een ontstaan van een parese der psychische spankracht. Beter acht Rümke het in deze gevallen de psychose niet psychogeen te noemen; veel treffender kan ze als *psycho-traumatische psychose* worden gekenmerkt. Door geweld van buiten zijn toch het functiegeheel, de psychische structuur-samenhangen verstoord. Zelfs bij de „zuivere" psychogene gevallen zou Rümke liever spreken van een psychotraumatische desintegratie.

„Een zeer geringe indruk — laten wij zeggen één woord — brengt door een beteekenisverleening van het „ik", door datgene wat het voor het „ik" vertegenwoordigt, een stoornis in het psychische leven teweeg, daarop volgt een psychose. Men zal nu vragen: „Dit is toch zeker een psychogene psychose?" Hierop zou ik willen zeggen: wat den inhoud betreft ja, wat den vorm der psychose betreft zeker niet altijd.

Het is nu juist de vorm, die het psychotische bepaalt. Ook hier ontstaat alleen dan een psychose, wanneer het integreerende vermogen den indruk en de verwerking daarvan niet weerstaande, te kort gaat schieten.

De voornaamste voorwaarde, dat de inhouden psychotisch worden doorleefd, is de insufficiëntie van het integreerende vermogen. Ook in een „zuiver" geval zijn de hoofdkenmerken van de psychose: het verminderde bewustzijn, de stoornis in de opvatting, het leven op lager niveau met beleven in beelden, met verdichtingen, het ongebreidelde spel der affecten, niet psychogeen. Daarom zou ik zelfs in deze zuivere gevallen liever spreken van een *psychotraumatische desintegratie.*"

In de gevallen, door Rümke beschreven, bestaat een te-kortschieten in het verwerken van een overweldigend aantal indrukken, een *afneming van de integratieve activiteit.*

Van een *re-actie* is geen sprake.

Zelfs vraagt Rümke zich af, of ook een bij uitstek reactieve toestand als een expansieve reactie of de sensitieve reactie van Kretschmer wel rechtstreeksche antwoorden, echte re-acties zijn en of niet veeleer ook daar de afneming van de psychische spankracht de belangrijkste voorwaarde voor het ontstaan van den

ziektetoestand is. Teekenen van een verminderde activiteit, lichtere of zwaardere derealisatie, worden immers ook daar gevonden.

Op welke wijze zijn indrukken van buiten in staat het integreerende vermogen insufficiënt te maken?

Rümke noemt dan: door de macht van indrukken op zich zelf, door de waarde, die het gebeuren heeft krachtens de levenssituatie van den zieke, door een *labiliteit van het integreerende vermogen als gevolg van den aanleg* (degeneratieven aanleg), hormonale insufficiëntie, vegetatieve labiliteit, of doordat een neurotische conflicttoestand den zieke steeds aan de grenzen brengt van zijn integreerend vermogen. „Van dit alles hangt af, wat men in de diepte van de wond zich ziet afspelen: een zuiver amentieel beeld, een beeld dat op een *degeneratiepsychose* gelijkt, hysteriforme verschijnselen, psychopathische verschijnselen."

Van de door Rümke in dit verband weergegeven gevallen, willen we patiënt C. nader memoreeren.

Bij dezen patiënt, bij wien een duidelijke *afneming van de integratieve activiteit*, een vervreemding van de werkelijkheid en schommelingen in het bewustzijnsniveau voorkwamen, was de persoonlijkheid nog in staat zich in de psychose uit te drukken. Deze patiënt doorleeft *geluksgevoelens*.

> „Op het oogenblik, dat hij in de war raakte, had hij het gevoel, dat een wonder was gebeurd, alles was plotseling rustig, kalm en ordelijk (na de capitulatie). Dit maakte op hem een onwezenlijken indruk. Hij kwam in de stad, „er waren geen opstootjes, de menschen gingen gewoon op zij, ik vond dit zoo vreemd en heerlijk, dat ik mij gelukkig gevoelde en dacht in den Hemel te zijn . Ik dacht dat ieder geleid werd en dat alles een wonder was".

Ook bij andere patiënten trof Rümke dit contrasteerende geluksgevoel aan, het doorbreken van een beleven, dat alles goed is, dat zeer na is aan religieuze belevingen en dat uit de diepe lagen van de persoonlijkheid schijnt op te stijgen.

Het zou als een droomtoestand met wenschvervulling als bij de hysterische droomtoestanden kunnen worden opgevat of als een symbolische uiting van een zeer diep wortelend vertrouwen. Er was echter geen spoor van onechtheid in het beeld. Op een hysterischen toestand leek het toestandsbeeld zoo niet.

Wat betreft de psychopathische individuen, stelt Carp[1]) voor de psychopathische persoonlijkheidsstructuur mede verantwoordelijk: een te kort schieten van de functies van integratie, regulatie en compensatie, terwijl ook stoornissen bij de vorming van identificaties ontstaan. De psychopathische persoonlijkheid kenmerkt zich door een zwakke en onvoldoende consolidatie en moet hierdoor tot

---

[1]) E. A. D. E. Carp, „de Psychopathieën".

een onvoldoende mate van integratie in staat worden geacht.

Skalweit[1]) spreekt over het fundamenteele onderscheid tusschen de manisch-depressieve psychose en de schizophrene processpsychose en ziet dit in de slechts quantitatieve functiestoornis bij de manisch-depressieve psychose tegenover de qualitatieve functiestoornis, die tot een desintegratie der persoonlijkheidsstructuur leidt, bij de schizophrenie.

„Schizophrene Prozeszpsychose und manisch-depressives Irresein unterschieden sich also grundsätzlich dadurch, dasz erstere zu einer Verschiebung der konstitutionellen Reaktionsweise sowie zu einem *qualitativen* Funktionsabbau und Funktionswandel und damit zu einer *Desintegration* der Gesamtpersönlichkeit führt, während beim manisch depressiven Irresein im wesentlichen nur *quantitative* Änderungen der seelischen Funktionen und der konstitutionellen Reaktionsweise eine Rolle spielen".

Bij onze katamnestische beschouwing van als „degeneratiepsychosen" gediagnosticeerde gevallen in de Valeriuskliniek sprak ons, meer dan het begrip degeneratie, het feit toe, dat de, tijdens de psychose gedesintegreerde, uiteengeslagen persoonlijkheidsstructuur, door middel van een hernieuwde integratie, een ré-integratie, opnieuw tot een harmonische persoonlijkheid werd opgebouwd, waarbij de *nieuw bereikte integratie-toestand* in meerdere gevallen den vóór de psychose aanwezigen *overtrof*.

In verband met den leeftijd zouden we dit voor de oudere gevallen moeten zien als een eerst nu, na de in de psychose plaats gevonden hebbende desintegratie, bereiken van een beter geïntegreerden toestand; voor de jongere als een zich, na de psychose, kunnen voortontwikkelen tot een toestand van meer volkomen integratie.

Dit uit zich in deze gevallen ook in de consolidatie. De door ons als *groep A* afgezonderde gevallen, kunnen tot deze meer volkomen integratie met meerdere consolidatie niet komen. Wel wordt opnieuw het vóór de psychose bestaande integratie-niveau bereikt. Het zijn die gevallen, waarbij de „degeneratieve" factor nog het meest was uitgesproken, de als *„psychopathische persoonlijkheden"* aan te merken patiënten.

Tengevolge van de voor de psychose, wegens de bestaande psychopathie, reeds aanwezige stroeve regulatie, is het voor deze groep echter niet wel mogelijk boven het integratie-niveau van voorheen uit te komen.

De meerdere consolidatie, die met het beter geïntegreerd-zijn

---

[1]) Skalweit, Samml. Ps. u. N. Einzeldarst. Bd 5, 1934.

samenhangt, wordt voor deze gevallen ook niet verkregen. De psychose blijkt voor deze groep ook meer periodisch te zijn, terwijl groep B meer neiging vertoont tot een episodisch optreden.

Op de ré-integratie zou ik nog liever den nadruk willen leggen dan op de des-integratie.

Dat *groep A* nog eerder „autochthoon", zonder provoceerende, „auslösende" momenten psychotisch wordt, terwijl in de meeste gevallen voor *groep B* lichte provoceerende factoren bleken aanwezig te zijn, is ook te verstaan, daar de stroevere regulatorische functie minder gemakkelijk een dreigende desintegratie kan opvangen.

Groep A is van de, door Rümke beschreven, psycho-traumatische desintegratietoestanden het verst verwijderd.

Groep B heeft met deze toestanden aanrakingspunten.

Dit is ook weer begrijpelijk, als we opmerken, dat in de nummerlijst der psychosen in de Valeriuskliniek de „degeneratiepsychosen" en de „psychogene psychosen" in aansluiting aan elkaar worden genoemd.

De psycho-traumatische desintegratietoestanden van Rümke en de door ons gesignaleerde twee groepen onder de katamnestisch beschouwde degeneratie-psychosen bewegen zich, zou men kunnen zeggen, tusschen twee polen, de *pool van het psycho-traumatische* en de *pool van het autochthone.*

Om de psycho-traumatische pool gerangschikt, bevinden zich de „psychogene psychosen". Tegen deze aan groepeert zich *groep B* van onze degeneratiepsychosen, waarnaast *groep A* bij de autochthone pool een plaats inneemt.

Het hoofdaccent bij alle nagegane gevallen dezer degeneratiepsychosen ligt op het *autochthone,* al zijn met name bij *groep B* provoceerende factoren voor het uitbreken der psychose te onderkennen.

Schroeder wees er ook reeds op, dat het streng-autochthone van Kleist niet opging. Trouwens, ook Kleist heeft later, met name voor de door hem afzonderlijk genoemde motiliteits- en verwardheidspsychosen, evenals Fuenfgeld, reactieve momenten voor het uitbreken dezer ziektebeelden van beteekenis geacht.

In meerdere gevallen van Schroeder blijkt een reactieve factor ook aanwezig.

Kolle[1]) zag naast psychotische toestanden, die zuiver autochthoon optraden, niet zelden degeneratiepsychosen met reactieve labiliteit.

---

[1]) K. Kolle, Archiv f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.

Carp[1]) spreekt ook van degeneratiepsychosen, als een autochthone en reactief voorkomende geestesstoornis.

En Esser[2]) begint bij zijn schematische opstelling dezer episodische en phasische kiempsychosen (degeneratiepsychosen) met het noemen van den endogenen aanleg; hij wijst op het autochthoon ontstaan, waarbij enkele reactieve momenten kunnen optreden, die hier slechts een „auslösende Bedeutung" hebben.

Beter achten we het, hier niet van een reactieven factor te spreken, doch van een provoceerend, „auslösend" moment.

Van een re-actie is hier immers geen sprake, waarop Rümke ook attendeerde voor zijn psychotraumatische gevallen.

Het begrip reactief kan beter bewaard blijven voor de door Bonhoeffer en Birnbaum, Theunissen e.a.als „degeneratiepsychosen" beschreven gevangenispsychosen.

De omgeving en de uitwendige prikkels oefenen daar een grooten invloed uit op het ontstaan, de intensiteit en den teruggang der verschijnselen. Hier is van een re-actie tegen invloeden van buiten sprake.

Ook Schroeder zonderde daarom deze „degeneratiepsychosen" van de door hem opgestelde groep af en plaatste deze afzonderlijk: „Deshalb stellen auch die *Haft-* und *Gefängnispsychosen eine besondere Gruppe* des Entartungs-irreseins dar, weil bei ihnen Abwehr-, und Wunsch-vorstellungen als aetiologische und symptomgestaltende Factoren kaum je fehlen. Das gibt ihnen ein besonderes gemeinsames Gepräge nach der *Hysterie* hin; aber dieses Gepräge ist nicht Gemeinsymptom aller degenerativen Geistesstörungen." [3])

Voor de door ons beschouwde degeneratiepsychosen, die voor het grootste gedeelte, met recht, als hebbende een gunstige prognose, bleken afgezonderd te zijn, achten we den naam *„autochthone desintegratiepsychosen"* juister, daar hiermede het misleidende degeneratie-begrip is geëlimineerd en vervangen door de, het wezen dezer psychosen aanduidende, stoornis in de integratie.

Om uitdrukking te geven aan de steeds bij deze psychosen op de desintegratie volgende productieve ré-integratie, zou ook van *ré-integratiepsychosen* kunnen worden gesproken.

Dit geldt in de eerste plaats voor groep B.

Doch ook voor groep A, al treedt bij deze groep slechts een ré-

---

[1]) Carp, Ned. T. v. G. 72, II, 45, 1928.
[2]) P. H. Esser, Ps. en N.bl. 1937, no. 2.
[3]) P. Schroeder, „Die Spielbreite" enz., 1920.

integratie op tot het oude niveau, gehandicapt als deze groep is door haar stroeve regulatorische functie.

Wil men in de slechte consolidatie, in het moeilijk geïntegreerd blijven een „degeneratief" verschijnsel zien, dan zou alsnog de naam „degeneratiepsychose", hoewel misleidend, beteekenis hebben voor beide groepen.

Bij de *schizophrenie* treedt een sterke desintegratie van de persoonlijkheidsstructuur op, waarbij wel een vernieuwde integratie mogelijk is, doch op lager niveau.

Hier worden *regressie-verschijnselen* openbaar, die een terugkeer tot eenvoudiger vormen van organisatie aanduiden, al willen we deze verschijnselen niet alleen als afbraak-symptomen beschouwen, doch er tevens in en onder pogingen tot herstel, uitingen van het regulatievermogen onderkennen.

Bij de schizophrenie is dit regulatievermogen echter niet tijdelijk gestoord, doch blijft de regulatorische functie geschonden. Een réintegratie tot op het oude niveau kan niet weer worden bereikt.

Wat de *manisch-depressieve psychose* betreft: het fundamenteele onderscheid tusschen manisch-depressieve psychose en schizophrenie als tusschen quantitatieve- en qualitatieve functiestoornissen, door Skalweit betoogd en ook door Ewald gesteld, achten we juist gezien.

Ewald[1]) neemt voor de manisch-depressieve psychose een quantitatieve biotonische labiliteit aan. Deze biotonische grondstoornis verschaft wel in bizondere mate de mogelijkheid, dat zich andere, tot nu toe latente psychopathische aanleg-factoren kunnen manifesteeren. Zoo treffen we b.v. wel hysterische componenten bij de melancholie aan.

Op deze wijze tracht Ewald de degeneratiepsychosen met zijn „Aufbaudiagnose" klinisch onder zijn biotonische psychosen te rangschikken.

Naast de pathogenetische, de biotonische stoornis, neemt hij als pathoplastische stoornissen aan, die, welke in verband staan met een bepaalde „Hirnanlage".

Voor een deel kunnen zoo enkele atypische vormen van de manisch-depressieve psychose worden verklaard.

De grondstoornis blijft daar echter de biotonische stoornis.

Het manisch-melancholische moment moet, wil men de degeneratiepsychosen tot de biotonische psychosen blijven rangschikken, ook bij deze psychosen overwegen.

---

[1]) G. Ewald, Klin. W. Schr. 1927 I (6e jrg.); Arch. f. Ps. u. N. Bd 78, 1926.

Dit vonden we bij onze psychosen niet.

Wel waren de qualitatieve functiestoornissen duidelijk, de desintegratie der persoonlijkheid.

Zouden we onze degeneratiepsychosen willen rangschikken in Ewald's systeem (zie Hoofdst. VI), dan zouden ze geplaatst moeten worden onder de groep der qualitatief-gestoorde psychosevormen met niet-destructieve tendenz. Maar dan komen ze weer in gezelschap van de psychogene psychosen, die Ewald ook onder deze groep onderbrengt, waar ze o.i. ook thuis hooren.

Het kan ons niet ontgaan, dat zoowel in onze gevallen als in die van Schroeder, de verschijnselen, hoewel meestal zeer polymorph, toch bij den eenen patiënt meer hallucinatoir getint zijn, terwijl bij anderen de motiliteits-, verwardheids- of affectstoornissen meer op den voorgrond treden.

We denken hierbij aan de onderscheiding, die Kleist maakte (zie Hfdst. IV.) in gemoeds-, verwardheids- en motiliteitspsychosen, die meer afzonderlijk, hoewel nooit geheel geïsoleerd, zouden ontstaan op den bodem van een afzonderlijken minderwaardigen hersenaanleg voor bepaalde functies in den hersenstam.

Treden er bij een degeneratiepsychose nu manische- of melancholische trekken op, zoo zouden we kunnen construeeren, dat bij dat geval de hersenaanleg voor die bepaalde functie minderwaardig was.

De manische of melancholische trekken zouden hier dan niet tengevolge van de biotonische stoornis ontstaan, waarvan Ewald trouwens de oorzaak minder in den hersenstam, maar in het lichaam zelf zoekt.

Treedt er eenmaal een desintegratie-toestand op, zoo zou de functie van de locus minoris resistentiae het eerst de destrueerende werking hiervan ondervinden, waardoor de verschijnselen, aan deze functiestoornis verbonden, het meest naar voren zouden treden.

Ook zouden we kunnen veronderstellen, dat individuen met een minderwaardigen hersenaanleg op bepaalde gebieden òf reeds moeilijk tot een goede integratie zullen komen (groep A) òf daar nog wel toe kunnen komen, doch een labielen, slecht geconsolideerden integratietoestand verkrijgen, die eerst langs den weg van desintegratie tot een vernieuwde en meer volkomen reïntegratie kan geraken (groep B).

We meenden deze constructie in den zin van Kleist niet achterwege te mogen laten.

De minderwaardige hersenaanleg zou dan weer voor beide groepen te zamen het degeneratieve moment van deze „autochthone desintegratiepsychosen" kunnen zijn.

HOOFDSTUK XIII.

De symptomatologie dezer psychosen.

Een algemeene symptomatologie van zijn „degeneratiepychosen" geeft Schroeder[1]) niet. Wel deelt hij mede onder deze groep aan te treffen: akinetische en hyperkinetische toestanden, sterk op hebephrenie gelijkende toestanden, die het karakter dragen van een acute hallucinose en paranoïsche waanvormingen.

Soms vindt hij gedurende het geheele ziektebeloop de verschijnselen gelijkblijvend, soms wisselen zij elkander tijdens dezelfde periode in snel tempo af. Dikwijls is een duidelijk depressieve of manische inslag aanwezig, terwijl soms de beelden meer hysterisch of amentia-achtig gekleurd kunnen zijn.

In zijn publicatie „Degenerationspsychosen und Dementia praecox" laat hij ons gevallen zien met verschillend symptomen-beeld (zie hoofdstuk III), die hij tot de rest-groep van zijn degeneratieve geestesziekten, de degeneratiepsychosen, rekent en die hij onder de volgende beelden samenvat:

1. Beelden, die vóór Kraepelin tot de acute paranoia zouden zijn gerekend,
2. beelden van acute hallucinose in den zin van Wernicke,
3. gecompliceerde, polymorphe, wisselende beelden,
4. beelden in den zin van Wernicke's (ook Kleist's) hyperkinetische en akinetische motiliteitspsychosen.

In zijn geval 4 beschrijft Schroeder ons dan een voorbeeld, waarbij zich een levendige waanvorming ontwikkelde.

Bij een nadere beschouwing van dit geval, vallen ons echter, behalve de levendige betrekkingswaan, ook andere verschijnselen op, n.l.: de angstig-verwarde opwinding, dwangmatige handelingen, visionaire belevingen, de beleving van het ondergaan der wereld en van het ingegeven worden van gedachten.

In een ander geval (geval 3) zien we acuut een hallucinose optreden en massale gehoorshallucinaties op den voorgrond staan.

Schroeder wijst er reeds op, dat de verschijnselen van een

---

[1]) P. Schroeder, „die Spielbreite" enz., 1920; Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 60, 1920.

acute hallucinose en van een beeld met op den voorgrond tredende waanvorming niet met scherpe lijnen van elkaar kunnen worden afgescheiden. In het ééne geval treden de hallucinaties meer naar voren, in het andere de waandenkbeelden. Vaak treffen we de symptomen gecombineerd aan. Vervolgens vestigt hij onze aandacht op de nogal eens gecompliceerde, polymorphe, wisselende beelden.

Zoo kan het zijn, dat de eerste ziekteperiode den indruk geeft van een hysterische psychose, de tweede van een dementia praecox, terwijl zich tijdens een derden psychotischen toestand manische en depressieve verschijnselen openbaren (geval 5). Voorts zien we in geval 5 toestandsbeelden, samengesteld uit hysterische, hallucinatoire verschijnselen, visionaire belevingen, verwarde toestanden van radeloosheid, verschijnselen van motorische remming en manische, depressieve trekken.

Tenslotte noemt Schroeder in dit verband nog enkele beelden, waar de motorische stoornis op den voorgrond staat en die door Kleist, wegens het te hoog waardeeren van de motorische componenten, te vaak als motiliteitspsychosen, in navolging van Wernicke, worden aangeduid. Hij wijst er op, dat de akinetische degeneratiepsychosen nogal eens worden ingeleid door een verwardheidstoestand met angst en radeloosheid.

Voor Kleist had de afgrenzing van „degeneratiepsychosen" een andere beteekenis dan voor Schroeder. Hij streeft naar meerdere kennis en daardoor betere afgrenzing van iederen afzonderlijken atypischen ziektevorm. In navolging van zijn leermeester Wernicke grenst Kleist syndromen af, die voorloopig onder den verzamelnaam „degeneratiepsychosen" door hem als atypische beelden worden ondergebracht.

Zoo is het te begrijpen, dat Kleist, rangschikkend naar een hoofdsymptoom een groote rij psychosen tot zijn degeneratiepsychosen rekent. (zie hoofdstuk IV).

Als de voornaamste noemen we de, door hem als afzonderlijke psychosen afgezonderde, verwardheidspsychosen, motiliteitspsychosen, ik-psychosen, de acute „Eingebungspsychose", de acute hallucinose en de episodische schemertoestanden.

Rangschikt Kleist zijn afzonderlijke psychosen naar een naar voren tredend hoofdsymptoom, de overige verschijnselen vinden we meer of minder duidelijk ook bij de andere „autochthone Anlagepsychosen" terug. Heel duidelijk valt dit op bij zijn motiliteits- en verwardheidspsychosen. Staat bij de ééne de motiliteitsstoornis meer centraal en bij de andere het incohaerente denken, deze beide verschijnselen komen bij deze twee psychosen echter niet alleen

voor, doch te zamen met andere verschijnselen, die voor beide psychosevormen vrij gelijk zijn.

Zoo vertoonen Kleist's gevallen, nu eens niet naar afzonderlijke symptoom-groepen gerangschikt, de volgende verschijnselen: hyperkinetische en akinetische motiliteitsstoornissen, incohaerent denken, radeloosheid, sterke wisseling der affecten, expansieve waanvoorstellingen, (grootheidsideeën, phantastische „Einbildungen" en confabulaties) extatische toestanden met ingevingen, hallucinaties en lichamelijke sensaties. Het bewustzijn is meerendeels niet of licht gestoord.

De door Kleist als epileptoïde psychosen beschreven stoornissen, waaronder de episodische schemertoestanden voorkomen, die hij in 1921 beslist niet tot de degeneratiepsychosen wil rekenen, doch er in 1928 wel weer onder rangschikt, vonden we onder de als „degeneratiepsychosen" in de Valeriuskliniek gestelde gevallen niet begrepen.

Aldaar werd de gedragslijn van Kleist vóór 1928 gevolgd.

Naast en onder de „schizophrene" symptomen van autisme, negativisme, mutisme, stereotypieën, grimasseeren, waandenkbeelden en hallucinaties vinden we bij de gevallen van Schroeder en Kleist enkele markante verschijnselen, die we ook bij verschillende van onze katamnestisch vervolgde gevallen aantroffen en die we eerst te zamen willen noemen: motorische onrust, verwardheid (incohaerent denken), radeloosheid, dwangmatige handelingen of dwanggedachten, visionaire belevingen, kosmische belevingen, expansieve waanvoorstellingen (grootheidsideeën, „Einbildungen"), extatische toestanden met ingevingen, massale gehoorshallucinaties, lichamelijke sensaties, sterke wisseling der affecten. Voorts was het beeld vaak gecompliceerd, polymorph en ook wisselend. Hysterische verschijnselen, theatrale gedragingen, manische en depressieve trekken kleurden bij tijden het psychose-beeld.

Bewustzijnsomneveling vonden we zoo goed als niet aanwezig.

Over de bij onze eigen gevallen voorkomende markante verschijnselen volgen thans nog enkele opmerkingen.

1. Allereerst willen we onze „autochthone desintegratiepsychosen" typeeren als *„erlebnisreiche" psychosen.*

Voor onze gevallen M. 8, M. 10, M. 16, V. 1, V. 7, V. 10, V. 19, V. 23, V. 27, V. 29, waaronder geen geval voorkomt, dat ten onrechte als degeneratiepsychose werd afgezonderd, is de kenschetsing „erlebnisreich" juist. We zagen, dat juist in die gevallen, die zich naderhand als schizophrene psychosen ontwikkelden, dit „erlebnisreiche" beeld ontbreekt.

2. Het *sensorium* was in bijna alle gevallen niet gestoord. Wel traden in sommige gevallen oogenblikken op van verlaagd bewustzijnsniveau, met stoornissen in de oriëntatie, (V. 14, V. 16, V. 28). Bij M. 8 was er geruimen tijd van een gestoord sensorium sprake.

3. *Een uitgesproken affectlabiliteit* vonden we in 10 der 22 gevallen (M. 6, M. 8, M. 13, V. 1, V. 2, V. 10, V. 14, V. 19, V. 22, V. 28) en bij geen der schizophreen gebleken patiënten.

3a. *Angst* en *„Ratlosigkeit"* komen we in de gevallen M. 3, M. 8, M. 14, V. 6, V. 7, V. 14 en V. 20 tegen. Onder de ten onrechte afgezonderde gevallen alleen bij de schizophrene psychose V. 13.

4. *Geluksbelevingen.* Bij 7 onzer katamnestisch vervolgde gevallen openbaarden zich gedurende de psychose geluksbelevingen. (M. 10, M. 13, M. 16, V. 1, V. 19, V. 25, V. 27).
Slechts één van deze gevallen (V. 25) bleek een schizophrene patiënt te zijn, de overigen waren terecht afgezonderd.
Over dit verschijnsel der geluksbelevingen zullen we in een afzonderlijk hoofdstuk (Hoofdstuk XIV) nader handelen.

5. *Massale hallucinaties* kwamen bij 6 patiënten voor (M. 14, V. 1, V. 7, V. 10, V. 23, V. 29). Ook bij één schizophrene patiënte waren ze aanwezig (V. 13). Afzonderlijk of met visueele hallucinaties voorkomende gehoorshallucinaties vonden we voorts nog bij 6 terecht afgezonderde gevallen (V. 7, V. 14, V. 16, V. 19, V. 21, V. 22) en bij 4 der schizophrenen. Het voorkomen van *massale* hallucinaties troffen we dus in veel sterker mate aan bij de terecht als „degeneratiepsychosen" afgezonderde gevallen, vergeleken bij de schizophrene gevallen.

5a. *Visionaire belevingen* vonden we in 8 gevallen, die terecht waren afgezonderd. (M. 8, M. 14, M. 16, V. 1, V. 10, V. 16, V. 23 en V. 28). Bij sommige dezer gevallen was deze beleving vrij intens. Een duidelijke visionaire beleving bij de schizophrene gevallen vonden we bij één patiënt (V. 12).

6. *Kosmische belevingen* troffen we bij 6 gevallen aan, die alle terecht afgezonderd bleken. (M. 8, M. 14, V. 1, V. 7, V. 10, V. 19).
Patiënt M. 8 zegt duidelijk te hebben gezien, dat de wereld onderging.
Ook *Patiënt M. 14* doorleeft een gedachtenstrijd, waarbij de wereld betrokken is. Hier is echter geen sprake van een beleving van den ondergang der wereld, doch van een voorzeggen, dat over

4 jaar de wereld zal vergaan. Hij beleeft een werking van de onderwereld tegen de hoogere wereld, waar hij tusschen in staat.

Patiënt V. 1 zag de helft van de wereld verbranden. Zegt dit in een droomtoestand beleefd te hebben. Toen ze wakker werd, had ze het gevoel, uit de dooden te zijn opgestaan. Beleefde het vergaan der wereld, vroeg: „Is de Heere Jezus al op de wolken verschenen?"

Patiënt V. 7 beleefde, dat het plafond scheurde en hoorde tegelijk allerlei vreeselijke dingen.

Patiënt V. 10 zag vlammen en de beenderen van den duivel en hoorde de honden blaffen en de koeien loeien.

Dat beteekende voor haar, dat de wereld zou vergaan. Zag de buitenwereld ook veranderd.

Van patiënt V. 18 vinden we alleen aangeteekend: „heeft kosmische belevingen."

Hutter[1]) acht voor een vroegtijdige juiste diagnose van schizophrenie de waarneming van het beleven van den ondergang der wereld door den patiënt van groot belang en acht dit beleven bij helder bewustzijn bewijzend voor de diagnose schizophrenie. Hutter wil aan het „Weltuntergangserlebnis" in de leer der schizophrenie een grootere plaats geven, dan de leerboeken doen en zelfs Wetzel[2]), die in 1922 over het „Weltuntergangserlebnis der schizophrenen" uitvoerig schreef, dit meende te moeten doen.

Wel noemt Hutter nog andere ziektetoestanden, die toestanden van *kosmische verwijding* omvatten, zooals epilepsie, hysterie en melancholie, misschien ook psychopathie en psychasthenie.

Hij vindt dan echter geen werkelijk „beleven" van den ondergang der wereld.

Geluksgevoelens, die de heele wereld omvatten, kent men wel bij psychasthenie-lijders en ook bij verschillende vormen van degeneratiepsychosen, zooals Rümke[3]) beschreef. Daar bij de schizophrenie meer de „Unheimlichkeits"-gevoelens, gepaard aan de idee van wereldvernietiging, voorkomen, meer dan de geluksgevoelens der „Weltwende", meent Hutter dat de psychasthenie noch de degeneratiepsychose bij de differentieele diagnose in aanmerking komen; het meest laat hij voor de differentieele diagnose de epilepsie naar voren komen en dan in het bizonder de aura-verschijnselen.

Onder onze gevallen van „degeneratiepsychose", die terecht bleken afgezonderd te zijn, kwamen echter enkele patiënten voor, die den ondergang der wereld beleefden.

---

[1]) A. Hutter, Ned. T. v. G. 76. III. 33, 1932.
[2]) A. Wetzel, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 78, 1922.
[3]) H. C. Rümke, Diss. Leiden 1923.

7. *Prophetisch-extatische* toestanden kwamen voor bij 4 der 22 gevallen, n.l. bij M. 10, M. 14, V. 1 en V. 21.

8. *Ingevingen* troffen we aan bij de gevallen M. 10, V. 1, V. 7 en V. 19.

Patiënt M. 10 heeft door zijn lijden „een boek" gekregen, dat hij in zijn hoofd heeft. Daaruit vloeien hem allerlei gedachten toe over godsdienst, welvaart, geneeskunde, sterrenkunde, over de schepping. Kreeg ook in een visioen de opdracht de geheele wereld te moeten redden, opdat het hier een paradijs zou worden.

Patiënt V. 1 zegt veel openbaringen te hebben gehad.

Patiënt V. 7 kreeg een openbaring van God, dat alle menschen weer zalig worden. Kreeg een roeping te vervullen om anderen aan te zeggen, dat ze zich verzoenen moesten en oprecht zijn tegenover elkaar.

Patiënt V. 19 is van God herboren en moet nu de menschen helpen tot God te komen. Ze doet dat met haar oogen, die lichten en door houding en spreken.

Een geval, waarin we van een afzonderlijke „Eingebungspsychose" zouden kunnen spreken, vonden we onder ons materiaal niet.

9. *Wahnhafte Einbildungen* troffen we in 5 gevallen, n.l. de gevallen M. 6, V. 19, V. 21, V. 25, V. 27. Eén schizophreen geval troffen we hieronder aan, n.l. V. 25.

10. *Grootheidsideeën,* die soms een expansief karakter droegen, troffen we aan bij de gevallen M. 10, M. 16, V. 1, V. 21, en V. 27.

We vonden deze niet bij de ten onrechte afgezonderde gevallen.

11. Van *verwardheid* werd melding gemaakt in 12 gevallen, en wel bij 8 terecht als degeneratiepsychosen afgezonderde gevallen en in 4 van de 5 schizophrene gevallen.

Nu is het uit een ziektegeschiedenis niet altijd duidelijk of onder verwardheid in alle gevallen hetzelfde wordt verstaan.

Het verwarde, incohaerente denken, zooals Fünfgeld beschreef, bij de motiliteits- en verwardheidspsychosen bestaat in een niet kunnen samenvoegen van gedachten, in een „Kombinationserschwerung". De patiënten kunnen geen gedachtenwereld opbouwen, de combinatie gelukt niet.

Is het bij de gedachtenvlucht onmogelijk een bepaald denkdoel vast te houden, bij het incohaerente denken schijnt ten eenen male de mogelijkheid tot een bepaald denkdoel te komen, te ontbreken.

De schizophrene denkstoornis vat Beringer aldus saam: „Infolge des Verlustes der Synthese der in der Aufgabe liegenden Gesamt-

beziehung zu einer Sinnesresultante wird irgendeine Einzelbeziehung herausgepickt"[1]).

Wel nam Fünfgeld waar, dat in het begin van de schizophrene psychose denkstoornissen van incohaerent karakter kunnen optreden, welke na enkele weken plaats maken voor duidelijker te onderkennen schizophrene verschijnselen.

Onder deze 8 gevallen kwam er geen voor, waarbij we de verwardheid als centraal hoofdsymptoom zouden willen aanmerken, om van een verwardheidspsychose in den zin van Kleist en Fünfgeld te kunnen spreken.

12. *Motorische onrust* troffen we in 8 gevallen aan, waarvan er één een schizophreen geval was (V. 13) en 7 tot de terecht afgezonderde gevallen behoorden, n.l. M. 8, V. 2, V. 7, V. 10, V. 19, V. 27 en V. 29. Slechts één geval meenen we als een „hyperkinetische motiliteitspsychose" te kunnen typeeren, geval M. 8.

Voorts viel nog op, dat tijden van *sterke ontremming,* waarin gevloekt, gescholden, gespuwd en liederlijke taal gesproken werd, samengaand met verlies van decorum, speciaal werden aangetroffen onder de door ons als groep A aangeduide gevallen (M. 6, V. 1, V. 2, V. 21, V. 23) tegenover één geval onder groep B (V. 27) en 2 gevallen van schizophrenie.

Ook vonden we speciaal onder de A-groep verschijnselen van verhoogde *suggestibiliteit.* (V. 1 en V. 10).

13. *Dwanghandelingen* of *dwanggedachten* vonden we slechts in drie gevallen, M. 14, V. 6 en V. 19.

14. Meerdere gevallen vertoonden een *polymorph, gecompliceerd beeld,* waarbij paranoïde en hallucinatoire verschijnselen, gemengd of afwisselend voorkwamen met hysterische, manische of melancholische verschijnselen.

Bij de gevallen M. 13, V. 1, V. 2, V. 7, V. 19, V. 20, V. 21, V. 22 en V. 27, alle terecht afgezonderde „degeneratiepsychosen" vielen de theatrale gedragingen op, welke in twee der ten onrechte afgezonderde gevallen aanwezig waren, (de gevallen V. 8 en V. 12). Alleen het laatste geval was een schizophrene psychose. Daar dus slechts in 1 op de 5 gevallen.

In geval V. 20 trad zelfs twee keer een *acces* op.

In 8 der terecht afgezonderde gevallen traden bij tijden, soms in het begin, soms aan 't einde der psychose, *melancholische* verschijnselen op den voorgrond, n.l. bij M. 3, V. 6, V. 16, V. 19, V. 20, V. 22, V. 23 en V. 27, terwijl in 4 gevallen *manische* verschijnselen werden waargenomen, te weten bij M. 10, V. 20, V. 27 en V. 28.

---

[1]) Beringer, Zeitschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd 93, 1924.

Gedachtenvlucht en afleidbaarheid ontbraken hierbij echter geheel of in hoofdzaak.

Bij geval M. 9 waren de manische en melancholische symptomen sterk uitgesproken. Dit, gevoegd bij perioden, waarin het melancholische of manische beeld der psychose duidelijk was, en bij de erfelijke belasting met manisch-depressieve psychose, maakt onze invoeging van dit geval in de manisch-depressieve psychose aannemelijk.

Een duidelijk uitgesproken labiliteit van het persoonlijkheidsbewustzijn en van het beteekenis-bewustzijn kwam in de bestudeerde ziektegeschiedenissen niet naar voren. In de gevallen V. 1, V. 13, V. 21 en V. 25 is een aanduiding van deze labiliteit wel aanwezig. Geen dezer gevallen behoorde tot de door ons als groep B aangeduide groep.

Vatten we de markante verschijnselen, die we met name bij de terecht afgezonderde 22 gevallen vonden, samen, dan kunnen we zeggen, dat de door ons katamnestisch achtervolgde „degeneratiepsychosen", die zich in den loop der jaren inderdaad als afgezonderde psychosen met goede prognose konden handhaven, „erlebnisreiche" psychosen zijn, waarbij een uitgesproken affectlabiliteit met angst en radeloosheid, geluksbelevingen, massale hallucinaties met visionaire belevingen, kosmische belevingen, prophetisch-extatische toestanden, ingevingen, „wahnhafte Einbildungen", grootheidsideeën, verwardheid en motorische stoornissen typische symptomen zijn, terwijl de psychotische beelden neiging hebben een gecompliceerd, polymorph en wisselend beeld te vertoonen.

Lichamelijke insufficiëntiegevoelens zijn soms aanwezig (moeheid, sterk zweeten, slapeloosheid, hoofdpijn) zooals in de gevallen M. 3, M. 13, M. 14, V. 28.

HOOFDSTUK XIV.

Het verschijnsel der geluksbelevingen.

Onder de door ons katamnestisch vervolgde gevallen treffen we er zeven aan (de gevallen V. 1, V. 19, V. 25, V. 27, M. 10, M. 13 en M. 16), bij wie zich gedurende de psychose geluksbelevingen openbaarden.

In zijn „phaenomenologische en klinisch-psychiatrische studie over geluksgevoel" [1]) merkt Rümke op, dat er uit de literatuur over het voorkomen van geluksgevoel in psychopathologische symptomencomplexen slechts weinig met zekerheid blijkt. Zelden toch wordt het geluksgevoel scherp gescheiden van euphorie, opgewektheid of zintuigelijke lustgevoelens.

Volgens de literatuur wijst het geluksgevoel op dementia paralytica, dementia praecox, manisch-depressieve psychose, epilepsie, verschillende intoxitaties, hysterie of ecnoia (van Ziehen).

Zoo beschrijft Kraepelin in zijn leerboek bij zekere vormen van paralyse een sterk op den voorgrond treden van gezondheids- en geluksgevoel, dat hij van de vlotte manische stemming onderscheidt door het ontbreken van de uitgelatenheid en het krachtgevoel in den manischen toestand.

In de tweede plaats noemt Kraepelin het voorkomen van geluksgevoelens in vergiftigingstoestanden, bij epilepsie en hysterie. Bij de manische patiënten vindt hij meer een vroolijke opgewektheid, waarmee hij ook iets anders bedoelt dan geluksgevoel.

Bij schizophrenen vindt Kraepelin geen geluksgevoelens. Wel beschrijft hij in het verloop dezer ziekte ziekelijke „Lustgefühle", doch hij meent, dat deze niet door werkelijk geluksgevoel worden begeleid.

Bleuler [2]) scheidt van de euphorie de „die Verzückungen begleitende Seligkeit", welk gevoel volgens hem voorkomt bij hysterie, epilepsie en schizophrenie.

Jelgersma [3]) onderscheidt naast de ziekelijk vroolijke ge-

---

[1]) H. C. Rümke, diss. 1923.
[2]) E. Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie.
[3]) G. Jelgersma, Leerboek der Psychiatrie.

moedsstemming, welke een fundamenteel ander gevoel is dan het geluksgevoel, een stemming, die meer verwantschap met het geluksgevoel heeft, n.l. de extatische gemoedsstemming, die hij aantreft bij hysterie, dementia praecox, epilepsie en dementia paralytica.

Jaspers[1]) beschrijft „Sublime Gefühle" als phasen bij psychasthenen en „überströmende Glücksgefühle" bij schizophrenen. Hysterische en degeneratief psychopathische toestanden worden in dit verband niet door hem genoemd.

Wel komen volgens Jaspers ook geluksgevoelens voor in de reconvalescentie-periode bij infectieziekten en tuberculose.

Stransky[2]) spreekt van geluksgevoel bij de beschrijving van de paranoïde vormen van zijn „Degeneratives Irresein" en van een gevoel van gelukzaligheid bij de manische toestanden van de manisch-depressieve psychose.

Rümke acht de door hem beschreven geluksgevoelens het meest overeenkomen met de „émotions sublimes", die Janet beschreef als stigma van de psychasthenie en als auraverschijnsel van het epileptisch insult.

Hij wijst er voorts op, dat door Jaspers gebroken wordt met de sleur geluksgevoelens voornamelijk bij lijders aan dementia parlytica te vermelden. Ook wordt door Jaspers de manisch-depressieve psychose niet op den voorgrond geplaatst, doch de schizophrenie.

Rümke moet echter op grond van zijn eigen materiaal tegenspreken, dat toestanden van „wunderbare Begeisterung" waarbij alles „ergreifend, rührend, bedeutungsvoll" schijnt, in de eerste plaats, zoo niet alleen, bij schizophrenen voorkomen.

Hij stemt toe, dat de door Jaspers gegeven voorbeelden ongetwijfeld van schizophrenen afkomstig zijn, doch constateert, dat hier dadelijk het *statisch oninvoelbare* van den toestand treft.

Rümke vond onder pl.m. 3000 ziektegeschiedenissen van de Valeriuskliniek te Amsterdam slechts bij 9 patiënten echt geluksgevoel.

Wat deze 9 patiënten betreft, zijn de door hem verkregen resultaten voorts in strijd met de gegevens in de literatuur.

Onder hen bevonden zich n.l. geen lijders aan dementia paralytica, manisch-depressieve psychose of hysterie.

Hij verklaart dit door het feit, dat echt geluksgevoel telkens met euphorie, opgewektheid en in extase doorleefde gevoelens werd verward.

---

[1]) K. Jaspers, Allgemeine Psychopathologie.
[2]) E. Stransky, Lehrbuch en „Das man-depr. Irres.", Aschaffenburg's Handbuch 1914.

De psychosen, waarbij Rümke het geluksgevoel vond, bleken min of meer atypische, moeilijk te rubriceeren ziektetoestanden te zijn.

Van de *negen* gevallen vond hij het geluksgevoel:

drie maal bij *„degeneratiepsychose"* en wel:

1 × bij een autochthone degeneratiepsychose (gevel E)

1 × bij een degeneratiepsychose, waarbij de ontketening afhankelijk was, biologisch van het puerperium, psychologisch van tal van innerlijke conflicten van sexueelen aard (geval D)

1 × bij een degeneratiepsychose, als reactie op innerlijke conflicten

drie maal bij *voorloopig niet nader te rubriceeren*, geneeslijke psychosen, die deels verwantschap vertoonden met de door Ziehen als *„ecnoïa"* beschreven toestanden (een aan een acuten affectshock aansluitende geprotraheerde affectschommeling met „Ergriffenheit" en extase), deels met de reactieve degeneratiepsychose, deels met psychogene psychosen met tal van begrijpelijke relaties.

twee maal bij lijders aan arteriosclerosis cerebri met psychopathische constitutie.

één maal bij schizophrenie.

Rümke concludeert dan in het vervolg van zijn samenvatting: „Wanneer we dus het gelukssyndroom waarnemen, hebben wij in de eerste plaats te denken aan gecompliceerde psychogene psychosen, degeneratiepsychosen, ecnoïa-achtige toestanden.

Deze psychosen vertoonen onderling groote verwantschap door het *acuut optreden, het zonder defect genezen en de dikwijls voorkomende psychogenie.*

Deze toestandsbeelden blijven in de eenvoudigste gevallen beperkt tot een geprotraheerde affectstoornis. In ernstiger gevallen kunnen ze zich ontwikkelen tot zwaar psychotische beelden met waandenkbeelden, hallucinaties, zoowel van het gehoor als van het gezicht, verwardheid, angst, phantastische doorlevingen, aggressiviteit, katatone verschijnselen als stupor, scheuren, spuwen, retentio urinae, incontinentie, voedselweigering, het aannemen van eigenaardige houdingen.

De herinnering blijft ook voor deze toestanden relatief behouden.

Deze beelden kunnen dus zeer op schizophrenie gelijken en zullen zeer zeker door sommigen tot het gebied der schizophrenie worden gerekend.

Wil men deze toestanden alleen beoordeelen naar de symptomen, dan zal men hen maar al te vaak als schizophrenie diagnosticeeren.

Let men echter meer dan op de symptomen op de totaliteit van den toestand, den subjectieven indruk, de invoelbaarheid der inhouden, op het soms intuïtief aanvoelbare feit, dat achter deze verschijnselen een intacte, niet door een proces gegrepen psyche huist, op de tallooze begrijpelijke relaties, op het individueele beleven van de patiënten zelf, dan verzet men zich er tegen, deze toestanden tot de dementia praecox te rekenen."

Rümke neigt er voorts toe in dit geluksgevoel, dat op gelijke wijze bij psychopathen en psychasthenen gevonden wordt, een *stigma te zien van een zekere, al dan niet op degeneratieven bodem berustende, voorbeschiktheid voor het optreden van geneeslijke, phasische stoornissen in het zieleleven.*

Van de negen gevallen zijn zeven van den doorgemaakten aanval volkomen genezen. Deze genezing hield ten tijde van Rümke's onderzoek bij de meesten reeds meerdere jaren aan; bij anderen trad een recidief op, waarna de normale toestand weer intrad.

De toestand van patiënt G. bleek ongeneeslijk op grond van een somatisch lijden.

Patiënte H. leed aan een ongeneeslijke psychose, schizophrenie. Deze vertoonde dan ook een geluksgevoel, dat van de anderen te onderscheiden was.

Er is een phaenomenologisch verschil tusschen de doorleving van het geluksgevoel, het prognostisch ongunstige ziektebeeld van deze patiënte en dat van de anderen. Het geluksgevoel is bij allen gelijk.

De doorleving is echter verschillend en was bij patiënte H. oninvoelbaar.

Rümke komt dan tot de samenvatting, dat de *statische oninvoelbaarheid* van een geluksdoorleving in een bezonnen toestand prognostisch *ongunstig* blijkt te zijn en wellicht als een processymptoom mag worden beschouwd; dat *overigens het gelukssyndroom als een prognostisch gunstig verschijnsel* mag worden aangemerkt.

Drie van zijn negen gevallen diagnosticeerde Rümke als *degeneratiepsychose,* terwijl bovendien drie gevallen als voorloopig niet nader te rubriceeren gevallen werden beschouwd, die nauw verwant zijn aan de degeneratiepsychosen. Bij één van deze drie (patiënt A) overweegt hij zelfs nog de diagnose degeneratiepsychose, terwijl hij bij een tweeden patiënt (pat. I) dubieert tusschen een lichten vorm van ecnoïa en een psychogeen ontstanen uitzonderingstoestand bij een psychopaath.

Gezien het feit, dat de diagnose „degeneratiepsychose" slechts zelden kan worden gesteld en in de Valeriuskliniek blijkens mijn onderzoek ook inderdaad zelden gesteld werd, n.l. bij één van de

honderd opnamen, mag uit Rümke's onderzoek wel de conclusie getrokken, dat de aanwezigheid van geluksbelevingen in het symptomenbeeld eener psychose onze gedachten zeer sterk in de richting van een degeneratiepsychose moet leiden.

Dit klemt te meer, daar inderdaad de gevallen, die Rümke als „degeneratiepsychose" bestempelt, bij nauwkeurige beschouwing gelijke trekken vertoonen, als welke wij bij ons katamnestisch onderzoek meenden te moeten onderkennen.

Zoo blijken ook in Rümke's drie gevallen hereditaire momenten en degeneratieve karaktertrekken geen overwegende rol te spelen.

Bij patiënt B. vinden we een geringe erfelijke belasting (melancholie bij fr.p. en diens dochter), bij patiënte E. in het geheel geen hereditaire momenten, terwijl we alleen bij patiënte D. een sterke erfelijkheid aantreffen en wel in het gezin van de zuster van de grootmoeder (een dochter: manisch-depressieve psychose; een zoon pleegde suicide; een andere zoon was potator; de moeder van patiënte was dikwijls overspannen).

Wat de karaktereigenschappen der patiënten betreft, vinden we opgeteekend, dat patiënt B, kalm, bedaard, consciëntieus, degelijk was; patiënte D. was een prettige, opgewekte vrouw, nu en dan eens wat prikkelbaar; patiënte E was intellectueel zeer begaafd, muzikaal, goed pianiste.

Voorts is het opvallend, dat ook in Rümke's gevallen de autochthonie niet op den voorgrond staat. We vinden deze alleen bij patiënte E; in de andere twee gevallen vinden we provoceerende momenten, terwijl bij patiënte D. bovendien het puerperium een biologische rol vervulde.

Ook wat de overige verschijnselen betreft, die ons in deze drie gevallen opvallen, blijkt wel de overeenkomst met meerdere van onze gevallen. Zoo vinden we vermeld: „erlebnisreiche" psychose, het ontvangen van openbaringen, de neiging alles als symbool te zien, de beleving van het nabijzijn van het laatste oordeel, van het vergaan der wereld.

Rümke karakteriseert het gelukssyndroom als volgt:

Alles overheerschend geluksgevoel; verandering der objectieve werkelijkheid; het gevoel, dat alles diepen zin heeft, meerdere klaarte en meerdere diepte.

Dit sterk op den voorgrond tredend geluksgevoel behoort tot de laag der *psychische of persoonlijkheidsgevoelens* in den zin van Scheler.

Scheler[1]) deelt de gevoelens naar het phaenomenale kenteeken der gevoelsdiepte in vier gevoelslagen in:

[1]) Max Scheler, „Der Formalismus in der materiellen Wertethik" 1913.

1. de *zintuigelijke* gevoelens of gewaarwordingsgevoelens.
2. de *vitale* gevoelens. Gevoelens van welbehagen, frischheid, matheid, gezondheid en ziekte zijn alle vitale gevoelens. Ze zijn niet op dezelfde wijze als de zintuigelijke gevoelens willekeurig op te wekken, doch hangen mede af van het totaal der levensverhoudingen en van den persoonlijken aanleg. We kunnen hier spreken van lichaams- en levensgevoelens. Het levensgevoel kan gelijk en tegengesteld zijn aan het zintuigelijke gevoel.
3. De *psychische* gevoelens, echte „ik" qualiteiten.
   Deze gevoelens kunnen nog minder willekeurig beïnvloed worden, daar ze innig samenhangen met de geheele constellatie der bewustzijnsinhouden.
   Tot deze psychische gevoelens behoort ook het *geluksgevoel.* Het gevoel van genot ligt meer perifeer dan het geluksgevoel. Het verandert niet als qualiteit als er tegelijk vitale gevoelens in de beleving aanwezig zijn.
4. de *geestelijke* gevoelens, de religieuze en metaphysische gevoelens bij uitnemendheid, die minder scherp van de psychische gevoelens zijn te scheiden en spontaan ontspringen uit de diepste kern der persoonlijkheid. Het zijn de minst reactieve gevoelens. Scheler zegt, ze zijn gegeven als een genade.

Kurt Schneider[1]) haalt de levensgevoelens, de vitale gevoelens van Scheler, in zijn klinisch onderzoek en geeft aan deze gevoelens voor de kliniek een bizondere beteekenis.

In depressietoestanden als phasen van de manisch-depressieve psychose vond hij de vitale gevoelens het sterkst gestoord en het geheele depressieve beeld beheerschen, terwijl deze vitale gevoelens slechts een secundaire rol speelden bij reactieve depressies.

Zoo scheidt hij deze twee depressies streng van elkaar, gelegen als ze zijn in twee verschillende lagen. De stoornis bij de reactieve depressie ligt in de laag der psychische gevoelens.

Deze beschouwingen van Scheler en onderzoekingen van Schneider achten we, mede in verband met de waarnemingen van Rümke ook van belang voor onze beschouwing over de degeneratiepsychosen.

Rümke meent toch, dat zijn uitkomsten als bewijsmateriaal voor de juistheid van Scheler's beschouwingen beteekenis hebben.

Zoo vindt hij het geluksgevoel wortelen in de diepste kern van

---

[1]) Kurt Schneider, Zeitschr. f. d. Ges. N. u. Ps. Bd 59.

het psychische zijn. Het is onmiskenbaar anders dan een vitaal gevoel. Het kan bestaan, terwijl het vitaal gevoel negatief getint is. Dit zien we b.v. in zijn geval A. De psychische en vitale gevoelens gaan hier niet in elkaar op, het geluksgevoel blijft, ook al is een vermoeidheidsgevoel aanwezig.

De geluksdoorleving vormt een enorm verschil met de opgewektheid van den maniacus, die niet doorleefd wordt in de diepere lagen van het „ik" en bij wien we een typische manische oppervlakkigheid en nivelleering vinden.

Speelt de manisch-depressieve psychose zich af in de laag der vitale gevoelens en plaatst Schneider de reactieve depressies in de diepere laag der psychische gevoelens, ook de degeneratiepsychose, bij wie het verschijnsel van de geluksbeleving heenwijst naar de laag der diepere gevoelens, meenen we in de diepere lagen van het emotioneele leven te moeten onderbrengen.

Bij *zeven* van onze patiënten vonden we in de historia morbi melding gemaakt van *geluksbelevingen.*

Patiënte V. 1 hoorde een gejuich uit den hemel en had het gevoel, of ze opgetrokken werd in den hemel. Vond, dat er een heerlijke geur van haar dochter (Maria geheeten) uitging. Had het gevoel, alsof iemand een nieuwen naam, den naam van haar wedergeboorte, op haar hart schreef. Had in deze belevingen van haar wedergeboorte een uitgesproken geluksgevoel. Voelde de hemelsche blijdschap. Rook een heerlijke lucht als van melk, zooals in den Bijbel staat van het land, overvloeiende van melk en honig. Zei tegen haar invalide dochter: „Nu zul je weer gauw kunnen loopen".

Heeft het, na haar vertrek uit de kliniek, in haar brieven nog steeds over die zalige doorlevingen, die ze in de kliniek had.

Patiënte V. 19 voelt zich gelukkig in de beleving van een toekomst, die voor haar zeer mooi zal zijn, waaraan zij het plaats vinden van bekeering, verandering, misschien wel van het gebeuren van een wonder verbindt. „Ik krijg het mooi, maar niet eerst in den hemel, ook op de aarde nog. Nu moet ik zoolang zwerven, maar niet zonder God. Maar 't is mooi, 't is mooi en voor mij niet moeilijk. Ik krijg een man en een kindje."

Bij ons katamnestisch onderzoek kan patiënte zich nog goed deze beleving herinneren. Ze weet nog, dat alles toen zoo mooi was en dit haar zoo gelukkig maakte.

Ook valt nog op te merken, dat de beleving van dat mooie niet gepaard ging met een gedurig positief affect. Patiënte is ook dan zeer affectlabiel en begint onder het uiten van haar belevingen wel te huilen. Ook is er geen gedachtenvlucht aanwezig.

Patiënte V. 25 heeft in de beleving van haar kinderlijke phan-

tasieën geluksgevoelens. Meent prinses te zijn en in een paleis te wonen. Vroeger werkte ze op een atelier van een pettenfabriek, maar nu is ze heel rijk. Ze is nu 17 jaar, maar wil niet ouder worden. Voelt zich nu zoo gelukkig. Beschrijft het paleis op de manier van een sprookje.

Patiënte V.27 beleefde in het begin van haar psychose een toestand van geluksgevoel. Alle problemen waren voor haar opgelost; verkondigde theorieën over ruimte en tijd, die haar gelukkig maakten. Noemde zich zelf de oermoeder.

Patiënte kan zich bij ons katamnestisch onderzoek nog zeer goed herinneren hoe gelukkig ze zich in het begin van haar ziekte voelde.

Patiënt M. 10 heeft geluksbelevingen tijdens beide opnamen in de kliniek. Door al het voorafgaande lijden zijn hem nu allerlei gedachten toegevloeid over godsdienst, handel, welvaart, industrie, geneeskunst, sterrenkunde en schepping. Voelt zich daardoor gelukkig. Nu kan hij andere menschen hiermede tot voordeel zijn. Al het ongelukkige is nu van hem afgegooid. Voelt zich verzoend met alles.

Is aan 't eind van zijn tweede opname nog gemakkelijk in een profetisch-extatischen toestand te brengen als men over zijn geluksbelevingen begint te spreken.

Ook tijdens ons katamnestisch onderzoek wekt een herinnering aan deze geluksbelevingen nog een positieve gevoelsgewaarwording bij hem op, al erkent hij vlot het ziekelijke van zijn toenmalige gedachten.

Patiënt M. 13 heeft tijdens het begin van zijn ziekte, terwijl hij over vermoeidheid klaagde, geluksbelevingen gehad, waarin hij zich veranderd gevoelde. Meende dat zijn verandering het best te vergelijken was met Paulus' bekeering op den weg naar Damaskus. Had hierbij een verhoogd zelfgevoel en was affectlabiel.

Patiënt M.16 heeft eveneens in het begin van zijn ziekte geluksgevoelens.

Zegt zich nog nooit zoo goed gezond en zoo gelukkig gevoeld te hebben. Alle menschen moeten weten wat hij voelt en denkt. „Dit is de hemelsche zaligheid." De menschen kijken hem met hemelsche blikken aan.

Ook bij patiënten V. 28 en M. 14 vinden we in de historia morbi nog gewag gemaakt van geluksbelevingen.

In het eerste geval blijkt dit echter alleen uit de anamnestische gegevens, terwijl bij het tweede de patiënt zelf zijn stemming wel „welzalig" noemde, doch deze door den medicus als „euphoor" werd aangegeven.

De boven genoemde 7 gevallen zijn, op één na, alle blijvend hersteld; slechts bij patiënte V. 2, wier geluksgevoelens meer terug

te brengen waren op de beleving van kinderlijke phantasieën bij een jong, infantiel, imbecil meisje, blijkt zich op dezen imbecillen bodem een schizophreen proces ontwikkeld te hebben.

Ons katamnestisch onderzoek leerde ons, dat de prognose van als degeneratiepsychosen gediagnosticeerde gevallen, die geluksbelevingen gedurende hun psychose hadden, op één na, terecht gunstig is gesteld. En de eene uitzondering op deze reeks was indertijd, vanwege de imbecillitas, hoewel nog onder de degeneratiepsychosen gerangschikt, reeds een gesignaleerd geval, bij wie de kinderlijk-phantastische belevingen in anderen zin dan in de overige gevallen als „geluksbelevingen" moeten worden getypeerd.

HOOFDSTUK XV.

Conclusies.

1. Van de in ons onderzoek katamnestisch te vervolgen 30 gevallen, die in de jaren 1926 tot 1935 in de Valeriuskliniek te Amsterdam als „degeneratiepsychosen" werden beschouwd, blijken er 22 terecht te zijn afgezonderd, als niet-schizophrene en niet-manisch-depressieve psychosen met gunstige prognose.

   Rekenen we het ééne „onduidelijke" geval niet onder de 22 mede, dan blijven er 21 van de 30 terecht afgezonderde gevallen over, of 70%. In totaal waren er in de genoemde 10 jaren 47 gevallen als „degeneratiepsychosen" beschouwd, waarvan er 17 wegens overlijden of onbekende woonplaats niet meer te achtervolgen waren.

   Berekend naar dit getal van 47, zou de gevonden 70% neerkomen op een totaal van 33 terecht-afgezonderde gevallen. Dit getal kwam dan voor bij een totaalopname van 4825 patiënten en komt neer op 0,68 % der opnamen.

   Het aantal patiënten, dat terecht als „degeneratiepsychosen" afgezonderd bleek te zijn, is dus gering.

2. Voor de, door ons katamnestisch vervolgde, degeneratiepsychosen, die terecht afgezonderd bleken te zijn, vonden we de volgende karakteristiek:

   a. *hereditaire momenten:* Sterke hereditaire belasting was aanwezig bij 6 der 21 gevallen; bij 10 waren voorts een of twee hereditaire momenten aantoonbaar, terwijl bij 5 der 21 gevallen in het geheel geen erfelijke belasting was te vinden.

   b. *degeneratieve persoonlijkheid:* Degeneratieve trekken in het karakter bleken sterk aanwezig bij 2 gevallen, aantoonbaar bij 9 gevallen, terwijl bij 10 gevallen geen degeneratieve trekken naar voren kwamen.

      Duidelijke degeneratieve somatische momenten, behoudens een sterke labiliteit van het vegetatieve zenuwstelsel in één geval, waren niet aanwijsbaar.

   c. *autochthoon* of *reactief ontstaan:* Reeds in Schroe-

der's gevallen bleek een zuiver autochthoon ontstaan niet steeds aanwezig, doch waren in meerdere gevallen reactieve momenten aantoonbaar. Ook Kleist, die eerst de autochthone labiliteit streng isoleerde, geeft later bij zijn motiliteits- en verwardheidspsychosen aan, dat reactieve momenten in het ontstaan dezer psychosen een rol kunnen spelen. Hij wordt hierin door Fünfgeld gesteund.

Ook onze gevallen kunnen we als autochthoon ontstaan beschouwen, al spelen provoceerende momenten in vele gevallen een rol.

Zuiver autochthoon bleken 6 onzer gevallen. Provoceerende momenten vonden we in 15 gevallen. Van een reactieve psychose kunnen we in deze gevallen echter niet spreken. Het provoceerend, „auslösend" moment geeft slechts den stoot tot het ontrollen van het psychotische beeld, dat in zijn verschijnselen en inhoud, los van het provoceerend moment, zijn eigen weg gaat.

d. *symptomatologie:* de „degeneratiepsychose" ontwikkelt zich voor ons oog als een „erlebnisreiche" psychose met visionaire-, kosmische en geluksbelevingen, „wahnhafte Einbildungen", massale hallucinaties, grootheidsideeën, prophetisch-extatische toestanden, ingevingen, motorische stoornissen en sterke affectlabiliteit, met neiging tot het vertoonen van een gecompliceerd, polymorph en wisselend beeld.

Lichamelijke insufficiëntiegevoelens zijn soms aanwezig.

e. *verloop:* de psychose begint soms acuut, soms na prodromale verschijnselen gedurende een paar weken tot een paar maanden. In de laatste gevallen geeft dan meestal een provoceerend moment den stoot tot het in gang zetten van de psychose.

Bij 7 gevallen vonden we een duidelijk periodisch verloop. Na iedere psychotische periode was echter een herstel tot den praepsychotischen toestand aanwezig.

Volledig herstel vonden we in 14 gevallen.

De duur der psychose varieerde van meerdere weken tot meerdere maanden. Meestal zijn er 3 tot 5 maanden mee gemoeid. De kortste duur in onze gevallen was 4 weken, de langste 4 jaar.

3. De terecht-afgezonderde gevallen meenen we, met name in verband met het al of niet aanwezig zijn van sterke hereditaire momenten en duidelijke degeneratieve karaktertrekken, als ook met de uitwerking van de psychose op de persoonlijkheidsstructuur van den patiënt, te moeten splitsen in twee groepen:

   a. *Groep A* met meestal duidelijke of sterke hereditaire momenten; met duidelijke of sterke degeneratieve trekken in het karakter; met meestal geheel autochthoon ontstane psychosen, waarbij in geringe mate sprake is van provoceerende momenten; met sterkere neiging tot periodisch optreden; met een aanhoudend of bij herhaling optredend herstel tot het niveau van voor de psychose.

      In de symptomatologie viel ons nog op, dat speciaal bij deze groep, verschijnselen van sterke ontremming en decorumverlies optreden, bij neiging tot een verhoogde suggestibiliteit.

      We zouden deze groep kunnen typeeren als *„psychose bij psychopathie"*.

   b. *Groep B*, de grootste groep, met slechts zelden sterke hereditaire momenten, zelfs veelvuldig ontbreken van eenige herediteit; met meerendeels afwezig zijn van degeneratieve trekken in het karakter, zelfs aanwezig zijn van hoogstaande karaktereigenschappen (ijverige, consciëntieuze, sociaal-voelende naturen); met een veelal niet zuiver-autochthoon ontstaan bij voorkomen van provoceerende momenten; met een overwegende neiging tot een blijvend geheel herstel, waarbij de persoonlijkheid van den patiënt in meerdere gevallen in een meer gerijpten, meer geconsolideerden, beter geïntegreerden toestand geraakte.

      Voor deze groep achten we de typeering: *„desintegratiepsychose"* het meest juist, vollediger: *autochthone desintegratiepsychose"*, in verband met het toch hoofdzakelijk autochthoon optreden dezer psychosen, al zijn provoceerende momenten dikwijls aanwezig.

      Overwegende bezwaren om ook groep A onder dezen naam te scharen zijn niet aanwezig, al wordt bij deze groep, na de psychose, geen beter-geïntegreerde toestand bereikt; van een terugkeer tot de voor de psychose aanwezige integratie is wel steeds sprake.

Voor de rangschikking onder den eenen naam „autochthone desintegratiepsychose" is voorts aan te voeren: de band in de gelijke symptomatologie en het prognostisch gunstige verloop.

4. De naam *„degeneratiepsychose"*, die hoogstens voor groep A zou kunnen worden gebruikt, doch ook dan nog verkeerde voorstellingen kan opwekken, is voor groep B beslist misleidend, wegens het dikwijls ontbreken van hereditaire momenten en degeneratieve trekken bij den patiënt. Deze naam ware, in ieder geval voor groep B. te vervangen door „autochthone desintegratiepsychosen".

5. Wat betreft de afgrenzing tegenover andere psychosen komen met name in aanmerking: de psychogene psychosen, de schizophrenie en de manisch-depressieve psychose.
   a. Betreffende *de psychogene psychosen:* de „degeneratiepsychosen" grenzen aan de psychogene psychosen, zóó, dat in de Valeriuskliniek de ziektenummers elkaar volgen.

      Toch zijn er criteria, op grond waarvan de psychogene psychosen afzonderlijk werden gesteld en wel: Bij de psychogene psychosen vinden we veelal een asthenische, sensitieve, neurotische persoonlijkheid, niet opgewassen tegen belevingen en spanningen, die de levensloop mede brengt.

      De levensproblematiek beheerscht het beeld. Daardoor zijn deze patiënten meer toegankelijk. Ook zijn ze minder „psychotisch". Deze psychosen zijn niet autochthoon.

      Rümke noemt hen psychotraumatische desintegratietoestanden.

      We merkten reeds eerder op, dat de desintegratietoestanden zich bewegen tusschen twee polen, de psychotraumatische en de autochthone pool. Bij de ééne groepeeren zich de psychogene psychosen, bij de andere de „autochthone desintegratiepsychosen" of „degeneratiepsychosen". Onder Groep B van de laatste ziektebeelden kan men gevallen vinden, die nauw verwant zijn aan de psychogene psychosen.
   b. Wat betreft de *schizophrenie:* Bezien we de gevallen, die ten onrechte als „degeneratiepsychosen" bleken afgezonderd en die zich als schizophrenieën ontwikkelden, dan blijken er toch enkele criteria aanwezig,

die in de richting van een schizophrenie wijzen en wel: het eenzelvige, stille praepsychotische karakter tegenover het meer beweeglijke, ongedurige, affectlabiele karakter bij de „degeneratiepsychosen"; de niet-„erlebnisreiche" psychose bij afwezigheid van hevige gemoedsbewegingen; het minder gecompliceerde, minder polymorphe beeld.

c. Betreffende de *manisch-depressieve psychose:*

Het voorkomen van zuivere manische of melancholische perioden vóór of na den atypischen psychotischen toestand en een duidelijk hereditaire belasting met manisch-depressieve psychose kunnen heenwijzingen zijn om het atypische beeld thuis te brengen als een atypische manisch-depressieve psychose.

Schroeder gaf van dergelijke gevallen meerdere voorbeelden. Het polymorphe beeld van de „degeneratiepsychosen" kan echter manische en depressieve trekken te zien geven. Bij de manische stemming zagen we dan echter de gedachtenvlucht en de afleidbaarheid slechts in geringe mate aanwezig of zelfs geheel ontbreken.

VII.

Vergelijkbare resultaten van de operatieve en conservatieve behandeling van gelijkwaardige groepen placenta-praevia-patiënten, vallen, wat de ernstiger gevallen in de laatste zwangerschapsweken betreft, voor moeder èn kind, ten gunste van de operatieve behandeling uit.

VIII.

De luminaltherapie volgens Alfvén (Svenska Läkartidningen 1936 No. 44) bij sterke motorische onrust verdient navolging.

IX.

Aan het maken van een intraveneus perabrodil-pyelogram late men een intraveneuze proefinjectie van 1 cM^3 dezer stof voorafgaan.

X.

Voor een doelmatige verpleging en behandeling van tuberculeuze geesteszieken, moet de centralisatie van deze patiënten in speciaal voor dit doel ingerichte paviljoenen, op enkele psychiatrische inrichtingen in ons land, worden bevorderd.

STELLINGEN.

I.

Het blijft klinisch verantwoord een afzonderlijke plaats toe te kennen aan de, als „degeneratiepsychosen" aangeduide, groep psychosen, doch bij voorkeur onder den naam van „autochthone desintegratiepsychosen".

II.

Onder de psychische stoornissen bij heredodegeneratieve afwijkingen komen niet te klassificeeren atypische psychosen voor, voor welke met meer recht de naam „degeneratiepsychosen" zou kunnen worden gereserveerd.

III.

Schedeltraumata hebben slechts zelden blijvende ongeschiktheid tot arbeiden tengevolge.

IV.

Met name bij rechtszijdige tuberculeuze longprocessen, gelocaliseerd in het onderveld, blijve men het verrichten van een phrenicusparalyse ernstig overwegen.

V.

Bij de behandeling van patellafracturen met diastase verdient een partieele- of totale excisie van de knieschijf de voorkeur boven het hechten der patellafragmenten.

VI.

Bij het voorkomen van lichen scrophulosorum zoeke men steeds naar een tuberculeuzen haard.