

BEVINDINGEN EN SUGGESTIES UIT HET PSYCHOLOGISCH TESTONDERZOEK VAN TIEN CHRONISCHE SCHIZOPHRENE PATIENTEN

door: R. T. SCHNEEMANN, psych. drs. *

Ik wil U de bevindingen en suggesties uit het psychologisch onderzoek van tien chronische schizophrene patiënten voorleggen, die ik ongeveer een half jaar geleden in de Willem Arntz Hoeve in Den Dolder heb onderzocht. Tevoren echter wilde ik proberen in het kort een bepaalde psychiatrische probleemstelling t.a.v. de diagnostiek der schizofrenie te schetsen alsook aan enkele psychologische testonderzoeken, enkele Rorschachonderzoeken uit de literatuur refereren.

Uitbreiding van het begrip der schizofrenie

„De definitie van de schizofrenie hangt van haar begrenzing af, haar begrenzing hangt weer van haar definitie af”, zo begint Henry Ey zijn artikel over die Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. Definitie en begrenzing zijn, sinds Kraepelin in 1896 een groep psychoses onder de naam dementia praecox bijeenbracht, sterk uiteenlopend geweest en zelfs steeds meer uiteenlopend geworden. Kraepelin wilde de dementia praecox, die door Bleuler werd omgedoopt tot schizofrenie, tot een nosologische eenheid maken, tot een groep ziekten dus met gemeenschappelijke onverwisselbare trekken, hetgeen volgens Kraepelin inhoudt, dat men moet vinden dezelfde oorzaak, hetzelfde lichamelijke en psychische toestandsbeeld, hetzelfde beloop en hetzelfde pathologisch-anatomische substraat.

Aangezien twee van deze vier criteria: de oorzaak en het pathologisch anatomische substraat sindsdien nog steeds niet met zekerheid zijn aangetoond, kan men bij de diagnostiek slechts de twee andere criteria toestandsbeeld en beloop van de ziekte betrekken. Terwijl Kraepelin de nadruk legt op het beloop van de ziekte: „die gemüthliche Verblödung”, meende Bleuler reeds door een gedifferentieerde analyse van het toestandsbeeld tot een voldoende scherpe omgrenzing te kunnen komen. Nosologisch gaf hij hier echter het zoeken naar de strikte ziekte-eenheid van Kraepelin voor op: daarom spreekt hij reeds in 1911 in zijn „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien” over een groep van ziekten, die waarschijnlijk wel tot dezelfde genus, doch niet tot eenzelfde species behoren. Het beloop van zijn groep der schizofrenieën was toen reeds minder bepaald dan bij Kraepel-

*) Van de afdeling klinische psychologie van de psychiatrische Universiteitskliniek van het Stads- en Academisch Ziekenhuis te Utrecht (Dir. Prof. Dr. H. C. Rümke).

lin: naast gevallen, die tot „affektive Verblödung” leiden, zijn er ook, die genezen met defect: in elk stadium kan de ziekte blijven staan of teruggaan, soms komen schijnbaar volledige genezingen voor, doch bij nauwkeuriger beschouwing bemerkt men toch defecten: een volledige restitutio ad integrum komt nooit voor, zo schreef hij toen. Nadien is het gebied der schizofrenie door Bleuler zelf en door vele andere onderzoekers nog verder uitgebreid. Men vond toestandsbeelden, die schenen te gelijken op die, welke door Kraepelin en Bleuler beschreven werden en die volledig genazen (vanzelf, met somatische therapieën of met psychotherapie). Men ging de schizofrenie beschouwen als een symptomencomplex, dat onspecifiek was voor de eraan ten grondslagliggende somatische ziekte of als één der algemeen menselijke reactiepatronen op een psychologische stress-situatie, of als een narcistische neurose.

De onderscheiding van primaire en secundaire symptomen

De onderscheiding van primaire en secundaire symptomen achtte Bleuler voor de schizofrenie essentieel. Hij nam een proces aan, dat direct de primaire symptomen veroorzaakte, terwijl hij de secundaire symptomen deels als psychische functies onder veranderde voorwaarden, deels als de gevolgen van min of meer mislukte of ook wel gelukte aanpassingspogingen aan de primaire stoornissen beschouwde. Ook Kraepelin maakt een scherp onderscheid tussen de primaire, de specifiek schizophrene symptomen en de secundaire, welke hij als *Ausgestaltung* van de ziekte opvat. De termen — primaire en secundaire symptomen — zijn o.a. door Gruhle en Mayer-Gross aan een kritisch onderzoek onderworpen: voor Bleuler was het diagnostische criterium voor het onderscheid primair — secundair de begrijpelijkheid; hij meende hiermede echter tevens een verschil in causaliteit aan te kunnen tonen. Gruhle bestreed de opvatting van Bleuler, dat een symptoom primair mag worden genoemd, als het niet als een reactie van de schizophrene persoonlijkheid, op een primair symptoom te begrijpen is en secundair, wanneer het wel als een dergelijke reactie te begrijpen is; hij bestreed dus met andere woorden de begrijpelijkheid als een diagnostisch criterium voor het al dan niet als primair beschouwen van een bepaald symptoom. Mayer-Gross meende, dat men slechts tot een heldere opvatting van de onderscheiding primair-secundair zou kunnen komen, wanneer men de impliciete betekenis van deze terminologie scherp analyseert. Hij onderscheidde zes verschillende tegenstellingen, die men met de termen secundair en primair aanduidt: secundair is: begrijpelijk afleidbaar — primair: onafleidbaar; secundair is: psychogeen — primair is: organisch; secundair is: psy-

chisch beïnvloedbaar — primair is: constant; secundair is: constitutioneel — primair is processueel; secundair, dat zijn productieve verschijnselen — primair, dat zijn defect-symptomen; secundair is: onkarakteristiek — primair is: karakteristiek.

Interessant zijn ook de kermerken, die het ideale primaire symptoom zou moeten bezitten volgens Mayer-Cross: het moet specifiek en karakteristiek zijn voor de schizofrenie; het moet bij alle gevallen van deze ziekte zijn aan te tonen; het moet constant en dus niet psychisch beïnvloedbaar zijn; het moet onafhankelijk zijn van exogene invloed en daardoor borg staan voor zijn directe cerebrale herkomst; het moet een defect, een uitvalssymptoom, een zgn. negatief symptoom van Jackson zijn en hierdoor moet het dus de organische stoornissen dicht benaderen; ten slotte moet men van dit grondsymptoom alle overige symptomen kunnen afleiden en wel ofwel in de vorm van een reactiewijze van de gelaedeerde psyche t.a.v. de omgeving ofwel als een positief symptoom van Jackson, dus als een bewerking, invoeging of aanvulling van de uitgevallen functies.

Het is de vraag of deze eis in deze vorm gesteld mag worden. Het merendeel der onderzoekers is het er wel over eens, dat de totaliteit der persoonlijkheid door het schizophrene proces wordt aangetast en het is daarom zeer de vraag of men de eis kan blijven stellen van een basale psychische stoornis, die deze maximale gevolgen moet veroorzaken. Is het veeleer niet waarschijnlijker, dat verschillende voorwaarden gezamenlijk de persoonsverandering geven, vraagt zich Verbeek in zijn proefschrift over Rimbaud af?

Nog afgezien van deze laatste eis, (de afleidbaarheid van alle andere symptomen uit het primaire symptoom) heeft geen van de in de literatuur genoemde primaire symptomen voldaan aan deze criteria van het ideale primaire symptoom van Mayer-Gross. Het is bij deze stand van zaken niet verwonderlijk, dat sommige auteurs zich hebben afgevraagd, of in de psychische verschijnselen van de schizofrenie ueberhaupt wel primaire symptomen te vinden zijn: Kurt Schneider meent, dat alle zgn. primaire psychische symptomen in feite tot de *Ausgestaltung* behoren, dat als primaire symptomen alleen zijn te beschouwen de lichamelijke verschijnselen, welke wij nog niet gevonden hebben. Paul Schilder loochent in zijn latere publikaties eveneens het bestaan van een primair symptoom in de zin, dat dit specifiek zou zijn voor een bepaald proces: de psychische symptomen zijn alle volgens hem „*Auseinandersetzen*” met de ziekte, die evenzeer als de paralyse van organische aard is. Henry Ey meent eveneens, dat ondanks alle zoeken naar een grondstoornis of naar een primair symptoom geen van beide tot op heden gevonden zijn. Hij houdt echter vast aan de afgrenzing, door Kraepelin en door Bleu-

ler (in zijn oudere publicaties) aangegeven, waarbij hij het verschil in het beloop naar de opvattingen van Kraepelin enerzijds en die van Bleuler anderzijds als gradueel ziet, doordat hij de affective Verblödung als een verder gevorderd stadium opvat van de genezing met defect, die Bleuler toen nog als de gunstigste eindtoestand beschrijft. Henry Ey kan op het toestand-beeld de diagnose niet feilloos stellen en wacht het beloop af, voordat hij een meer definitieve diagnostische uitspraak kan doen. Rümke daarentegen geeft het zoeken naar een primair symptoom niet op. Hij meent, dat men steeds moet blijven zoeken naar wat Jackson de negatieve symptomen noemde: de directe uitvalsverschijnselen. Hij overweegt, of het wellicht meer de beschrijving van de primaire symptomen is, die de hinderpaal vormt voor onderlinge overeenstemming ten aanzien hiervan. Hij merkt op, dat de psychiater niet zelden een diagnose stelt op iets, wat hij met zekerheid waarneemt, maar niet in woorden aan anderen kenbaar kan maken; steeds zal men echter moeten blijven trachten tot een beschrijving hiervan te komen. Hij meent, dat wellicht in de formele verandering in de dynamiek van de psychische processen bij de schizophtreen, in het ontbreken nl. van een normaal algemeen menselijk mededelingskarakter, in een ontbreken ook van wederkerigheid in de houdingen en bewegingen van de schizophtreen, in zijn mimiek en pantomimiek, in zijn uitspraak en taal, in zijn denken en gevoelsleven een primaire symptoom aanwezig zou kunnen zijn. Deze formele verandering in de dynamiek van de psychische processen van de schizophtreen vormt het schizophtrene coloriet, dat alle in de literatuur genoemde zgn. primaire symptomen moeten bezitten, willen zij inderdaad specifiek en karakteristiek zijn voor de schizophtrenie. Deze formele verandering wekt in de ervaren onderzoeker, die in contact komt met de schizophtreen een bepaald gevoel, dat hij praecox gevoel noemt. De eenzijdigheid van de toenadering doet in de gezonde een gevoel van radeloosheid ontstaan. Het praecox gevoel is dus een verschijnsel bij de onderzoeker, dat geïnduceerd wordt door een primair symptoom van de schizophtrenie. In dit primaire symptoom komt een sterke verzwakking van het toenaderingsinstinct tot uiting, welke verzwaking naar zijn mening berust op — wat men voorlopig vaag zou kunnen aanduiden met — het uitdrogen van een energiebron. Dit primaire symptoom, deze formele verandering in de dynamiek van hun psychische processen zou specifiek zijn voor de schizophtrenie en ook bij alle gevallen van schizophtrenie zijn aan te tonen; het zou tenslotte het negatieve symptoom van Jackson dicht benaderen. Het kan echter waarschijnlijk wel door psychische of exogene invloeden overschaduw worden. Een nadeel van dit symptoom is de subjectiviteit ervan, die o.a. tot uitdrukking komt,

als Rümke zegt, dat een rijke psychiatrische ervaring nodig is om zich op grond van dit symptoom niet te vergissen. De omschrijving van het symptoom is nog vaag. De begrenzing van de schizofrenie echter, waarnaar Rümke streeft is scherp: het beloop van de ziekte is altijd ongunstig: volledig herstel is niet mogelijk, men ziet zelfs slechts weinig remissies; insuline, elektroshock, largactil en reserpine doen wel wat maar niet veel, zo schrijft hij. Tot deze schizofrenie behoren de schizofrenen, die men overal op de wereld kan vinden en waarbij niemand twijfelt aan de juistheid van de diagnose. Hij onderscheidt deze groep als de echte schizofrenie van de andere, die hij als pseudo-schizofrenieën beschouwt.

Enkele Rorschach-onderzoeken uit de literatuur

Het psychologisch testonderzoek heeft zijn vlucht op psychopathologisch gebied eerst genomen, toen de ontwikkeling van de opvattingen over de schizofrenie reeds een heel eind gevorderd waren. Het treft echter in zoverre zeer goed, dat Rorschach, die in 1920 zijn „Psychodiagnostik” publiceerde, een leerling was van Eugen Bleuler. In zijn „Psychodiagnostik” introduceerde hij een test, die uit een tiental min of meer symmetrische inktvlekken bestond, die niets bepaalds voorstelden. Deze vlekken werden aan de proefpersonen voorgelegd met de vraag, wat zij erin zouden kunnen zien.

Rorschach heeft zijn test oorspronkelijk bedoeld als een onderzoeksmethode voor theoretische vragen. Al gauw bleek echter, dat de testresultaten voor de diagnostiek gebruikt konden worden. Zo werd de test langs zuiver empirische weg van Forschungstest tot Prüfungstest. Rorschach's opvattingen op het gebied van psychologie en psychopathologie waren grotendeels aan Bleuler ontleend. Zo vatte hij het duiden van de platen als een soort waarneming op, waarbij de „Angleichungsarbeit” tussen het gewaarwordingscomplex en het herinneringsbeeld zo groot is, dat het intrapsychisch als „Angleichungsarbeit” wordt waargenomen; vandaar dat de waarneming in de test het karakter van duiding krijgt.

Rorschach ontwierp voorts een methode om de duidingen in formele criteria vast te leggen en deze zodoende met elkaar vergelijkbaar te maken: het deel van de plaat, waarop het antwoord betrokken was, de medewerking van de kleuren en de kleurnuanceringen van de plaat en van het invoelend vermogen van de proefpersoon, de inhoudscategorie (mensen, dieren, planten etc.) alsook de frequentie, waarin een bepaalde duiding door normale proefpersonen werd gegeven, zijn hiervan de voornaamste.

Rorschach achtte een viertal kenmerken van de test pathognomisch, d.w.z. karakteristiek en specifiek, voor schizofrenie: het zijn de contaminaties, de getalantwoorden, positie-antwoorden, en het naast elkaar staan van antwoorden met zeer goede en zeer slechte vormen. Deze Rorschachsymptomen kan men in verband brengen met de denk- en associatiestoornissen van Bleuler. Na Rorschach, die helaas reeds op jonge leeftijd, toen hij nog slechts 36 jaar oud was, twee jaar na het verschijnen van zijn „Psychodiagnostik”, overleed, hebben verschillende onderzoekers Rorschach-onderzoeken gedaan bij aperte klinische gevallen van schizofrenie om de kenmerken en combinaties van kenmerken te vinden, die voor de schizofrenie typisch zouden zijn. In de oudere Rorschachliteratuur wordt hierbij hoofdzakelijk op het psychogram gelet, meer nog, dan Rorschach zelf dit deed (het is immers opvallend, dat geen van de door Rorschach als pathognomisch beschouwde kenmerken voor de schizofrenie psychogram-kenmerken of complexen daarvan zijn). In deze

onderzoekingen nu bleken deze formele Rorschachkenmerken van een groep schizofrenen weliswaar enigszins van die van het normale psychogram, en eveneens van het psychogram van andere psychiatrische ziektebeelden, te verschillen, doch toch slechts op weinig pregnante wijze. De schizophrene patiënten onderling verschilden, wat betreft de mate van aanwezigheid der verschillende psychogram-kenmerken, echter in veel sterkere mate. Voor de diagnostiek van het individuele geval bleken de kenmerken van het psychogram zodoende slechts vrij geringe waarde te hebben.

In 1944 hebben Arnold Tschudin en Wolfgang Binswanger nog eens een uitgebreid onderzoek gedaan naar de Rorschach psychogramsymptomen en -syndromen van schizophrene patiënten. Tschudin onderzocht 170 chronische schizofrenen en vergeleek de resultaten met die van grote groepen normalen, organisch gestoorde patiënten, epileptici, paralytici en psychopathen. Wolfgang Binswanger onderzocht op verschillende momenten gedurende en na de schub 31 gevallen van acute schubsgewijze verlopende schizofrenieën. Beide onderzoekers kwamen tot de conclusie, dat noch de afzonderlijke psychogramkenmerken, noch complexen hiervan het schizophrene psychogram onderscheidde van dat van andere groepen. Voor schizofrenie specifieke waarden van de formele factoren werden niet gevonden. Wél vond men enerzijds, dat bepaalde factoren (succesie, F+ percentage, het aantal B- en Fb-antwoorden etc.) wat betreft het klinische toestandbeeld van de individule patiënt binnen het ziektebeeld der schizofrenie waardevolle diagnostische aanwijzingen bevatten. Tevens werd het voorkomen van een bepaalde relatie van de proefpersonen tot het testmateriaal, die in de inhoud van de antwoorden tot uiting kwam en die reeds door Rorschach Eigenbeziehung werd genoemd, (in de platen worden b.v. bepaalde voorwerpen uit eigen huisraad, of delen van het eigen lichaam gezien), abnormaal veel in de schizophrene protocollen teruggevonden. Binswanger meende, dat in dit soort Eigenbeziehung het gestoorde contact van de schizophreen met de medemens tot uiting zou kunnen komen. Hij meende m.a.w., dat dit soort Eigenbeziehung althans in dit opzicht een primair symptoom voor de schizofrenie zou kunnen zijn, dat zij karakteristiek en specifiek voor deze ziekte was. Helaas was deze Eigenbeziehung echter niet in alle Rorschachprotocollen terug te vinden, terwijl het ook onwaarschijnlijk lijkt, dat dit kenmerk als een defectsymptoom beschouwd moet worden.

Geleidelijk is men meer aandacht gaan besteden aan de inhoud en de verbalisering, voor zover de Rorschach gebruikt werd voor diagnostische doeleinden. Voor het research gaf het psychogram echter wel waardevolle gegevens. Zo heeft Skalweit in 1934 reeds in een monografie: „Konstitution und Prozes in der Schizophrenie” geconstateerd, dat ondanks het feit, dat verreweg de meeste gevallen die schizophreen werden tot de schizothyme typen behoorden het introverte belevingstype (het overwegen van bewegingsantwoorden over kleurantwoorden in het protocol), dat bij dit schizothyme constitutietype behoort, bij de schizofrenen niet meer werd aangetroffen: hij meende hieruit te kunnen concluderen, dat het proces een verschuiving naar een tegengesteld belevingstype heeft veroorzaakt en dat het schizophrene proces tegengesteld werkt aan de constitutie in die zin, dat juist de functies erdoor lijden, welke in het constitutietype het meest geprononceerd zijn. Skalweit meent op grond van deze Rorschachonderzoekingen, dat het dóórbreken van de schizofrenie niet als uiting van een zich stap voor stap verder toespitsen van de schizothymie moet worden beschouwd, doch in tegendeel als een organisch proces, dat de premorbide constitutionele persoonlijkheidsstructuur aantast en een abrupte verandering in het grondpatroon teweeg brengt.

De waarneming van Skalweit werd door het onderzoek van Wolfgang Binswanger tendele bevestigd: hij vond nl. bij schizofrenen die in het acute stadium van hun ziekte verkeren een groep met een protocol, dat geen

bewegingsantwoorden bevatte doch wel vele kleurantwoorden, terwijl deze groep bij de remissie een sterke beperking van het aantal kleurantwoorden vertoonde en een toename van bewegingsantwoorden. Als men mag veronderstellen, zo redeneerde Binswanger, dat de schizopreen bij de remissie zijn oorspronkelijke belevingstype terugkrijgt, ondersteunt deze observatie de hypothese van Skalweit. Binswanger vond echter een andere groep schizoprene patiënten, die een omgekeerde verandering van de verhouding tussen bewegingsantwoorden en kleurantwoorden in de Rorschach vertoonde bij de remissie na een acute schub. Hij verklaarde deze verschijnselen vanuit een verschillende verwerking van de psychose: klinisch vertoonde de eerste groep een ander beeld dan de tweede groep: terwijl de eerste groep geen stelling kon nemen tegenover de uitgebroken stoornis en in de schub een ontremmingssyndroom met een gemis aan distantie, met een zekere schaamteloosheid en met een toegenomen zelfgevoel vertoonde, nam de tweede groep wel stelling tegenover de uitbrekende stoornis en gaf deze op het hoogtepunt van de schub veeleer een beeld te zien van depressieve radeloosheid *). Het Rorschach-protocol lijkt dus hier — indien de interpretaties van Binswanger goed zijn geweest — meer te zeggen over de verwerking van de ziekte, dan over de ziekte der schizofrenie zelf.

Het eerste deel van het referaat was bedoeld als een oppervlakkige schets van het zoeken in de psychiatrie naar primaire symptomen. Eenzelfde speurtocht naar de primaire symptomen is in de Rorschachliteratuur te vinden. Rorschach zelf meende vier specifieke en karakteristieke symptomen voor de schizofrenie gevonden te hebben; Bohm heeft echter drie van deze vier kenmerken bij andere psychiatrische stoornissen ook gevonden: getalantwoorden bij gezonde schizoiden, positie-antwoorden bij de demente en oligoprene epileptici en bij hersenorganisch gestoorden, contaminaties — in afgezwakte vorm althans — bij gezonde schizoiden. Alleen het naast elkaar staan van originele antwoorden met zeer goede en originele antwoorden met zeer slechte vormgeving, van banale en sterk complexbeladen antwoorden, wordt bij geen enkel ander psychiatrisch ziektebeeld beschreven; voor zover ons bekend is het merkwaardig dat Bohm dit kenmerk niet als een door Rorschach pathognomisch geacht symptoom noemt in zijn boek. Misschien is het — en dat is de schaduwzijde — omdat dit een vrij sterk subjectief criterium is. Ook de o.a. door W. Binswanger belangrijk geachte Eigenbeziehungen worden elders gevonden: bij schizoïde epileptici en egocentrische neurotici.

Het psychogram heeft ons evenmin diagnostisch veel verder geholpen; ook hierin werden geen primaire symptomen van de schizofrenie gevonden. Vervolgens hebben we even aangeduid, dat men meer heil ging zoeken in de verbalisatie en de inhoud van de antwoorden. Van der Waals schrijft hierover kernachtig in zijn artikel over Neurose en Psychopathie in de Rorschach: nauwkeurige analisering van de duidingen en de daarin opgesloten projecties blijft van essentiële betekenis; anders wordt de Rorschach een Januskop met twee gezichten: enerzijds geniaal en bewonderenswaard, anderzijds onbevredigend en teleurstellend.

Inhoud en verbalisatie werden door Rapaport in 1946 systematisch in betrekking gebracht met de primaire denkstoornissen van Bleuler, hetgeen een uitwerking was van de zgn. pathognomische Rorschach-kenmerken van Rorschach zelf. In zijn omvangrijke werk „Diagnostic Psychological Testing” differentieerde hij de denkstoornissen, die in het Rorschach-protocol tot uiting konden komen in een twintigtal duidelijk omschreven symptomen. De bevindingen van

*) Deze twee verwerkingstypen komen opvallend overeen met resp. het tweede en eerste type van J. Wyrsch: zijn tweede type laat de stoornis als een stroom over zich heenkomen; zijn eerste type tracht de stoornis te objectiveren.

Rapaport leken veelbelovend te zijn. Aan verbalisatie en inhoud heeft men meer houvast, het zijn meer natuurlijke onderdelen.

Een andere bevinding, welke nog niet genoemd werd, had ondertussen echter reeds het zoeken naar primaire symptomen van de schizofrenie in de Rorschach doorkruist. Rorschach zelf maakt reeds ergens de opmerking, dat het Rorschachprotocol misschien latente schizofrenie zou kunnen opsporen: de test zou meer een kwalitatief reagens dan een kwantitatief reagens zijn, zo concludeerde hij uit het feit, dat hij bij enkele niet schizophrene familieleden van schizophrenen een schizophreen Rorschachprotocol vond.

Hierbij aansluitend zette U. G. Müller uit de kliniek van M. Bleuler een uitgebreid onderzoek op bij de gezonde familie van schizophrenen. Het onderzoek betrof in het totaal 184 bloedverwanten van drie duidelijk schizophrene patiënten. Deze drie schizophrenen behoorden tot eenzelfde ondergroepering: het waren alle drie jongemannen (resp. 17, 23 en 23 jaar), praepsychotisch waren zij onopvallend en „lebenstüchtig” geweest; de psychose ontwikkelde zich bij allen acuut, na voorafgaande persoonlijkheidsverandering van slechts enkele weken; zij hadden zwaar psychotische toestanden met sterke opwinding en verwardheid, verwarde waanideeën en hallucinaties, zware depersonalisatiebelevingen, typisch schizophrene verwardheid bij ongestoorde mnestiche functies en typisch schizophrene affectiviteit; allen werden met slaap- en insulinekuuren tot sociale genezingen gebracht, met ontslag, met slechts geringe persoonlijkheidsveranderingen.

Geen van de 184 bloedverwanten was schizophreen geweest, geen had uitgesproken schizoïde persoonlijkheidskenmerken of behoorde tot de schizoïde psychopathen. (Dit is een feit, dat ook Müller als een grote uitzondering beschouwt). Veertig van deze 184 bloedverwanten werd een Rorschach afgenomen.

Resultaat: 9 van de 40 toonden een Rorschachbeeld, dat volledig in tegenpraak was met hun klinische beeld: het waren alle negen „lebenstüchtige” personen, die bij het klinische onderzoek geen schizophrene of schizoïde gekleurde verschijnselen toonden, wier levensgeschiedenis onopvallend en ongestoord was, terwijl zij in de Rorschach zware persoonlijkheidsstoornissen toonden van schizophrene aard.

Müller heeft in zijn artikel in der Nervenartz twee van deze Rorschachprotocollen opgenomen; een der protocollen, dat vol zit met „Verwesungs”-antwoorden, waarin een enorme lichamelijke praecoccupatie naar voren komt en waarin een sterke stereotypie en een sterke perseveratieneiging tot uiting komt, — is van een gezonde en onopvallende man, met een onopvallende levensgeschiedenis, zonder ernstige ziekten in de voorgeschiedenis, zonder psychische ziekten, dus ook, met een goede intelligentie, met veel succes als zelfstandig zakenman, die bij het persoonlijk onderzoek de indruk geeft van een goed geluimde syntonische pycnicus.

Men zou zich kunnen afvragen, of de schizophrene patiënten misschien langere tijd hadden samengeleefd met een van deze negen familieleden. Dit was echter slechts bij één van de negen het geval. Wederzijdse beïnvloeding kan het merkwaardige verschijnsel dus niet verklaren.

Het percentage is zo groot, dat het toeval evenmin als verklaring kan worden aangevoerd.

M. Bleuler heeft evenals Schachtel en verschillende Amerikaanse onderzoekers aangetoond, dat de Rorschachprotocollen in sterke mate afhangen van de relatie tussen de onderzochte en de onderzoeker. Hij kreeg volledig andere protocollen naar gelang hij als vriend, als dokter of als psychiater de test afnam. Men zou dus kunnen veronderstellen, dat misschien de angst om voor geestesziek te worden aangezien het Rorschachprotocol beïnvloed zou hebben in de richting van een schijnbare ziekte. De familieleden wisten nl. dat hun gevraagd werd om deze test af te leggen in verband met hun familierelatie

met een der schizophrene patiënten. De wens om gezond te blijken, misschien de onbewuste wens om zich volledig aan de onderzoeker bloot te geven en desalniettemin gezond te blijken zou ertoe kunnen hebben geleid, dat zij niet op een gewone natuurlijke wijze zijn gaan duiden, maar op een krampachtig verwrongen, onwettelijke manier, die aan schizofrenie doet denken.

Een andere verklaringsmogelijkheid is misschien, dat het Rorschachonderzoek een klinisch latente stoornis heeft ontdekt, die op een of andere wijze verband houdt met de praedispositie tot schizofrenie. Men zou dit een latente schizofrenie kunnen noemen. De Rorschach zou dan voor de schizofrenie eenzelfde betekenis krijgen als het EEG voor genuïne epilepsie. Hier blijft een groot aantal vragen, zo stelt Müller op het einde van zijn artikel: worden gezonde familieleden van schizofrenen met pathologische voor schizofrenie verdachte Rorschachprotocollen later vaker schizofreen dan gezonde familieleden van schizofrenen met onopvallende Rorschachprotocollen en/of heeft de eerste groep meer schizophrene en manifest schizoïde nakomelingen dan de laatste groep?

Deze vragen zijn op het ogenblik nog niet te beantwoorden, is het besluit van Müller aan het einde van zijn studie. Hij vond overigens — dit moet nog vermeld worden — bij de voortzetting van zijn Rorschachonderzoek bij nog 26 andere familieleden van de drie schizofrenen een sterke bevestiging van zijn bevindingen bij de eerste 40: slechts negen van deze 26 familieleden hadden onopvallende Rorschachs, 8 hadden protocollen, die verdacht waren voor schizoïde psychopathie en 9 waren sterk verdacht voor schizofrenie.

Aan het bijzonder interessante artikel van Müller kleefte slechts een bezwaar: het is jammer, dat hij niet de criteria aangeeft, die hij heeft aangelegd bij het stellen van de Rorschachdiagnose. Wel bevatten de twee voorbeelden, die hij geeft vele schizofreniekenmerken, doch het lijkt niet onwaarschijnlijk, dat hij de twee duidelijkste protocollen als voorbeeld heeft gekozen.

Een ander belangrijk onderzoek, het proefschrift van Lingbeek, sluit a.h.w. direct bij het onderzoek van Müller aan: ging Müller van de schizophrene patiënten uit en vond hij bij niet schizophrene familieleden voor schizofrenie verdachte Rorschachprotocollen, hetgeen hem de mogelijkheid van een latente schizofrenie deed veronderstellen, Lingbeek, verbonden aan het Keuringscentrum van de Koninklijke Marine in Voorschoten, heeft de omgekeerde weg onderzocht. Enerzijds naar aanleiding van de in de literatuur voorkomende veronderstelling van een met de Rorschach aan te tonen latente schizofrenie, anderzijds n.a.v. het vinden van schizophrene keurings-Rorschachprotocollen bij militairen, die later gedurende hun diensttijd break-downs met schizophrene beelden kregen, koos hij 42 proefpersonen, die bij de keuring niet schizofreen waren, maar wel een schizofreen Rorschachprotocol gaven, uit voor een follow-up studie, die uit een uitgebreide anamnese, een Rorschach, een Wechsler-Bellevue, een Boomtest, een grafologische analyse en een nauwkeurige observatie bestond. De periode tussen keuring en controle-onderzoek varieerde tussen 2½ en 6 jaar, in de meerderheid der gevallen lag deze tussen de 3½ en 4 jaar. De vraagstelling, die Lingbeek zichzelf stelde was: is een schizofreen Rorschachbeeld bij een nog niet duidelijk gestoorde proefpersoon voldoende grond om het uitbreken van een schizofrenie binnen enkele jaren te voorspellen. Hierbij moet overigens opgemerkt worden, dat degenen, die een dergelijk Rorschachbeeld in de keuring vertoonden op grond hiervan werden afgekeurd voor militaire dienst.

Lingbeek geeft — in tegenstelling met Müller — zeer nauwkeurig zijn schizophrene Rorschachsychtomen aan: het zijn die Rorschachkenmerken, die Rapaport beschreven heeft als autistische verbalisaties en die uitingen schijnen te zijn van de denkstoornissen, die Bleuler als een primair symptoom van de schizofrenie beschouwde. Wij komen straks op deze autistische verbalisaties van Rapaport nog terug.

Bij tien van de 42 proefpersonen, werden in het psychiatrisch controle-onderzoek ernstige tekenen van schizophrene ontreddeering of van een ondermijnend schizophreen proces gevonden, ofschoon deze patiënten zich toch nog — zij het op zeer bescheiden wijze — maatschappelijk konden handhaven. Bij 13 anderen waren de schizophrene Rorschachsychtomen grotendeels verdwenen; hier meende Lingbeek met een schizoïde puberteitscrisis te maken te hebben gehad; bij de 19 overigen werd hetzelfde Rorschachbeeld bij het controle-onderzoek weer gevonden, doch de klinische indruk was, dat men tendele met zgn. border-line beelden te doen had, tendele met karakterneurosen en tendele met narcistische neurosen bij een schizoïde psychopatische aanleg. Lingbeek acht deze bevindingen, wat betreft het voorspellingsvermogen van de Rorschachtest teleurstellend. Gezien echter het feit, dat deze jongens van de stress-situatie der militaire dienst verschoond zijn gebleven en gezien de betrekkelijk korte tijd (van gemiddeld 4 jaar) van de follow up lijkt deze teleurstelling niet geheel gerechtvaardigd te zijn.

Hoe dit ook zij, uit de onderzoekingen van Müller en Lingbeek is gebleken, dat zowel de Rorschachkenmerken voor schizofrenie, zoals die door Rorschach en zijn school ontwikkeld werden, als de zgn. autistische verbalisaties, die Rapaport had opgesteld, althans in sommige gevallen noch als primaire noch als secundaire symptomen van de schizofrenie kunnen worden opgevat. Ook kunnen deze Rorschachkenmerken voor de schizofrenie in sommige gevallen niet beschouwd worden als symptomen van een schizothyme of schizoïde aanleg aangezien Müller aangeeft, dat er zich onder zijn familieleden van schizofrenen met een schizophreen Rorschachprotocol geen uitgesproken schizoïde persoonlijkheden, maar wel goed geluimde syntonische pycnici bevonden. Althans in een deel van de gevallen, waarover de onderzoekingen van Müller gaan, hebben de schizophrene Rorschachkenmerken in elk geval niet of bijzonder weinig met het overte gedrag te maken, doch moet men deze waarschijnlijk begripen als uitingen van een bepaalde constitutionele bijzonderheid, die misschien als „latente schizofrenie” beschouwd mag worden.

Eigen onderzoek

De eigenlijke opzet van het psychologisch onderzoek van tien chronische schizophrene patiënten in Den Dolder was van praktische en persoonlijke aard. Ik hoopte hierdoor een duidelijker beeld te krijgen van de psychopathologie van de schizophrene patiënt in het testonderzoek, om hierdoor geholpen te worden bij de diagnostiek van minder duidelijke schizophrene beelden en van beginnende schizofrenieën.

Hiernaast had ik de stille hoop, dat het onderzoek me op weg zou helpen bij het zoeken naar een primair testsymptoom voor de schizofrenie en met name, dat de formele verandering in de dynamiek van de psychische processen, die Rümke als primair schizophreen symptoom beschouwt en welke hij voorlopig omschreven heeft als het ontbreken van het mededelingskarakter, het ontbreken ook van wederkerigheid in hun uitingen, zich zou uitkristalliseren in het gedrag en de antwoorden van de schizophrene patiënten op de psychologische tests.

Het tiental patiënten werd door de staf van de Willem Arntz Hoeve naar de volgende criteria uitgezocht: er werden uiteenlo-

pende beelden binnen de diagnose der echte schizofrenie uitgezocht, zij hadden in de loop van hun ziektegeschiedenis in zo gering mogelijke mate ingrijpende somatische therapieën ondergaan *) en werden gedurende tenminste 14 dagen, volledig vrij gehouden van medicamenten; er zou tevens gezorgd worden, dat het patiënten waren, die niet volledig uitgeblust waren, zodat zij in staat geacht konden worden om op de psychologische testopgaven in te gaan.

De voornaamste tests van de vaste batterij, die van alle patiënten werd afgenomen, waren: de W.A.I.S. (intelligentietest), de Bourdon-Wiersma (concentratietest), de Grassi (blokkenstructureringstest), de Rorschach (vlekkenduidingstest), de V.P.T. en T.A.T. (thematische projectietests) en de H.T.P.-drieboomtest (tekentest).

Van de tien patiënten waren zeven mannen en drie vrouwen. Hun leeftijd varieerde sterk: de jongste was 37 jaar, de oudste 80; een patiënt was 37, vijf patiënten tussen de 40 en 50, twee patiënten tussen de 50 en 60, één 61 jaar en één 80 jaar.

De meeste patiënten zijn reeds vele jaren opgenomen in een psychiatrische inrichting en wel tussen de 29 en 6 jaar, waarbij echter bij sommigen tussen de opnamen ook enkele jaren ontslag ligt.

Wat het niveau betreft van hun prestaties op intelligentie gebied, hiervan geeft het I.Q. van de W.A.I.S. een grove indruk: het intelligentie quotiënt van de tien patiënten lag tussen de 126 en 68. Het gemiddelde I.Q. was 95. Een duidelijke daling tengevolge van hun persoonlijkheidsdefecten ligt hierin echter verdisconteerd. Hun oorspronkelijke intelligentieniveau moet naar de indruk en afgaande op de anamnestiche gegevens beslist een stuk boven de 100 gelegen hebben.

Vergelijking van onze testresultaten met die in de literatuur beschreven als kenmerkend voor schizofrenie en wel met name door Wechsler, Rorschach, Bohm en Rapaport levert over het algemeen grote overeenkomst op: Wechsler vindt een lage score van het performance gedeelte van zijn test, waarin een verlaging van de geestelijke produktiviteit der chronische schizofrenen tot uiting komt: in ons materiaal was de score van het performance-gedeelte van de W.A.I.S. eveneens bij acht van de tien patiënten lager dan die van het verbale gedeelte evenals de gemiddelde score van de performance subtests lager was dan de gemiddelde score van de verbale subtests. Verder noemt Wechsler een vermindering van het vermogen om zich van de ene opdracht op de andere om te schakelen kenmerkend, die

*) Drie van de tien patiënten hadden nooit enige somatische therapie gekregen; drie anderen kregen langere tijd achter elkaar serpasil, twee largactil, terwijl de twee overigen jaren geleden 3x een shockkuur hadden ondergaan.

o.a. tot veel perseveratie leidt: ook dit werd bij al onze patiënten terug gevonden. Verder leiden de denkstoornissen in zijn materiaal tot een lage score in de subtest overeenkomsten en leiden een onvermogen om concrete specifieke situaties te hanteren en een gebrek aan oog voor detail tot een relatief lage score in de subtest aanvullen: deze laatste twee kenmerken werden slechts in een minderheid van onze tien patiënten terug gevonden.

Rapaport noemt als meest specifieke kenmerken van het profiel der subtests van de W.A.I.S.: een lage score in de subtests gezond verstand en rangschikken; dit zijn juist twee subtests, waarin behalve intelligentie ook duidelijk emotionele en sociale momenten een rol spelen: in het oordeel over levenssituaties (gezond verstand) speelt volgens Rapaport een emotioneel adaequaat gebruik van de verstandelijke overwegingen een doorslaggevende rol; de planning en anticipatie, die in het rangschikken van de plaatjes van een stripverhaal vooral vereist worden, zijn eveneens slechts zeer gedeeltelijk van zuiver verstandelijke oorsprong. We komen straks bij een kwalitatieve analyse van onze bevindingen nog uitgebreider op deze twee subtests terug.

Nu kan echter reeds worden meegedeeld, dat de gemiddelde score van gezond verstand lager is dan de gemiddelde scores der andere verbale subtests, terwijl de gemiddelde score van rangschikken *) met die van cijfersymbolen lager is dan die der overige performance subtests.

Vergelijking van de Rorschachprotocollen van onze tien patiënten met de psychogram-waarden, die Tschudin bij zijn chronische schizofrenen en W. Binswanger bij zijn patiënten met acute schizophrene schubs gevonden hebben, is aan de hand van de nevenstaande, aan W. Binswanger ontleende en met eigen ervaringen aangevulde tabel mogelijk.

Het zeer kleine aantal van de door ons onderzochte patiënten maakt, dat men aan deze vergelijking (tabel I) niet te veel waarde mag hechten. De belangrijkste verschillen tussen de chronische schizofrenen van Tschudin en die van ons zouden de volgende zijn:

In de Erfassungsmodus vindt men bij onze schizofrenen een veel groter aantal G-antwoorden, waaronder een iets groter aantal G--antwoorden, alsook een veel geringer aantal Dd-antwoorden: onze patiënten tonen dus in sterkere mate dan die van Tschudin de neiging tot globale en weinig realiteitsgebonden waar-

* Helaas mag men aan een lage score voor rangschikken niet veel waarde hechten, aangezien deze naar onze ervaring bij een groot gedeelte der psychiatrich gestoorde patiënten relatief laag is.

TABEL I	Normalen 268 protocol- len van mili- tair (Rorschach)	Acute schizo- phr. Schübe 74 protocol- len (W. Binswan- ger)	Chronische schizophre- nieën 170 protocol- len (Tschudin)	Chronische schizophre- nieën 10 protocol- len (eigen materiaal)
G totaal	8,4	6,8	7,0	13,8
G + %	57,1	51,5	44,3	35,7
Dd	4,9	4,7	4,6	2,0
Zw	1,8	1,8	1,3	1,9
M	2,4	2,0	1,9	1,4
Md	2,4	1,8	2,2	0,4
Anat.	1,9	3,2	3,4	3,6
Obj.	2,5	2,8	2,2	1,8
Bloed	0,1	0,8	0,4	0,4
Sex.	0,02	0,7	0,3	0,9
Abstracties	0,01	0,9	0,2	0,3
B	2,1	1,2	1,2	0,6
Fb (Som)	2,4	4,9	2,7	3,7
Fb (Puur)	0,2	1,7	0,4	0,3
Fb bemoeiingen	0,01	1,35	0,4	0,2
F % (= F + %)	63,1	48,4	49,5	55,6
T %	47,2	36,7	39,6	40,7
Aantal antwoorden	27,8	27,0	25,3	29,5
V	4,2	3,5	3,2	3,4
Falen	0,2	1,2	0,9	0,4
Belevingstype	2,1 : 2,4	1,2 : 4,9	1,2 : 2,7	0,6 : 3,7

neming, die Rapaport als kenmerk voor chronische schizophrenen aangeeft.

Voorts vindt men bij onze schizophrenen minder M, veel minder Md en veel minder B-antwoorden dan bij die van Tschudin: dit zou erop kunnen wijzen, dat zij minder gericht zijn op de ander, een geringer invoelend vermogen bezitten, doch tevens minder angstig zijn in het contact met anderen dan die van Tschudin. Het grotere aantal sex-antwoorden kan op een in sterkere mate wegvallen van sociale taboe's (Rapaport) wijzen; het meer uitgesproken egocentrische extratensieve Erlebnistype en het grotere aantal Fb-antwoorden op een sterkere affectieve aanspreekbaarheid (welke echter tevens in grotere mate labiel is), terwijl het minder voorkomen van versagen misschien wijst op een geringer aantal Sperrungen.

Ook de vergelijking met de schizophrene kenmerken door Rorschach, Bohm en Rapaport opgesteld (tabel II) levert een bevredigende overeenkomst op. De kenmerken van deze drie onderzoekers zijn gedeeltelijk dezelfde. Tendele zijn deze Rorschach-kenmerken beschrijvingen van bepaalde schizophrene denkstoornissen, zoals ze in de test tot uiting kunnen komen; tendeale zijn zij terug te voeren op een veranderde instelling t.o.v. de omgeving, een autistische instelling; tendeale zijn het aanwijzingen voor een vervlakt gevoelsleven.

TABEL II

Kenmerken in de Rorschach	Aantallen patiënten, dat het kenmerk vertoonde in het Rorschach protocol		
	van Rorschach	van Bohm	autistische verbalisaties van Rapaport
Gestoord duidingsbewustzijn	9	9	
Korte reactietijd	1	1	
Falen + Sperrung	1	1	
successie: los of verward	6	6	
	(5 los, 1 verward)		
abstracte antwoorden	2	2	
Eigenbeziehung	4	4	4
Zahl-antwoorden	0	0	0
Lage Antworten	1	1	1
Contaminaties	2	2	2
Discrepantie	4	4	
Bizarre Dd		1	
F + % < 50		3	
Farbennennung		1	
Sterke stereotypie		9	
Perseveratie		8	
Descriptie		4	
Concretisering		1	
Spont. associaties		2	
Vreemde fig. achtergrond			
versmelting		1	
Falen op V		1	
Geen vleermuis op V		4	
Fabulized response			6
Fabulized comb.			0
Confabulatie			3
Absurd			2
Relation			2
Reference			0
Peculiar			6
Queer			5
Neologisme			4
Autistic logic			2
Confusion			1
Incohaerence			1
Deteriorated color			3
	30	65	42

De tien kenmerken van Rorschach zelf komen in ons materiaal in het geheel dertig maal voor, d.w.z. gemiddeld drie per patiënt; de kenmerken van Bohm, in totaal 21, komen in ons materiaal 65 maal voor, d.w.z. gemiddeld 6,5 per patiënt; de autistische verbalisaties van Rapaport, in totaal 17, komen in het gehele materiaal 42 maal voor, d.w.z. 4,2 per patiënt. (Zie tabel 2). Percentueel ontlopen ze elkaar weinig: van Rorschach's kenmerken komen gemiddeld 30 procent, van Bohm's kenmerken 31 procent, van Rapaport's kenmerken 25 procent per patiënt voor *). Negen van de tien patiënten hadden in hun protocollen een behoorlijk aantal van deze schizophrene Rorschachkenmer-

ken; één der patiënten bezat er echter opvallend weinig (slechts 3 van de 34 kenmerken) en het was deze patiënt, van wie de diagnose ook op grond van de klinische indruk als twijfelachtig beschouwd werd, ook bij nader inzien door zijn paviljoen arts. Ook de kenmerken, die Rapaport aangeeft voor de chronische en gedeterioreerde schizofrenen, n.l. een toename van de geheelantwoorden, welke tendele van goede vormkwaliteit en tendele van slechte vormkwaliteit zijn, een duidelijk verlaagd percentage van goede vormantwoorden en een verhoogd percentage anatomie antwoorden, valt bij onze groep chronische schizofrenen te vinden.

Laten we nu de verschillende tests nog eens doornemen, wat betreft het meest specifiek en karakteristiek gestoorde gedrag, dat onze tien schizophrene patiënten vertonen: dit gestoorde gedrag in de tests van schizophrene patiënten (laten we dit gemakshalve testsymptomen noemen) zou men eigenlijk in de twee volgende groepen moeten verdelen.

a. symptomen, die bestaan uit een pathologische opvatting van de testopdrachten zelf of een min of meer specifiek onvermogen tot het volbrengen ervan;

b. symptomen, die in, d.w.z. gedurende de tests naar voren komen- soms wel en soms niet door de testsituatie geprovoceerd zijn- maar die in elk geval ook spontaan elders door de patiënten getoond worden.

We willen ons hier voornamelijk tot de symptomen onder a. be-doeld beperken.

In sommige gevallen kan men deze twee groepen symptomen echter niet duidelijk van elkaar onderscheiden; het kan zelfs voorkomen, dat eenzelfde symptoom bij de ene patiënt onder a, bij een andere onder b ondergebracht moet worden. Zo kwamen b.v. de autistische verbalisaties van Rapaport bij onze chronische schizophrene patiënten evenveel of misschien nog meer tot uiting in een gesprek, waarin men hen een tijd aan het woord liet dan in de Rorschach. Onze indruk is daarentegen dat bij beginnende schizofrenieën de Rorschach

*) Als symptomen van Rorschach zelf werden die gebruikt, die in het tabel-larische overzicht als „algemene symptomen voor de schizofrenie” staan aan-gegeven, uitgezonderd de minst specifieke hiervan: n.l. het aantal antwoorden, dat zeer verschillend kan zijn, het voorkomen van DG-antwoorden, van confabulatorisch-combinatorische G-antwoorden, van B-, en het overheersen van Md door M; als symptoom van Bohm werden die genomen, welke door hem in hoofdstuk 14, II genoemd worden, uitgezonderd minst specifieke en de weinig scherp omschrevene, n.l. de hierboven genoemde van Rorschach zelf als ook: de labiele kleurwaarde, de Md-duidingen, hun voorliefde voor objec-ten. De lijst van autistische verbalisaties werd overgenomen van Lingbeek. Rapaport beschouwt deze autistische verbalisaties tendele als „conclusive”, tendele als „suggestive of supporting” voor schizofrenie, terwijl hij naast de autistische verbalisaties ook nog enkele andere kenmerken als „conclusive” beschouwt.

in dit opzicht als een stress-situatie duidelijk provocerend werkte, terwijl de autistische verbalisaties tevens bij patiënten met beginnende schizofrenie kunnen worden opgevat als een pathologische opvatting van de testopdracht der Rorschach als associatietest, wat zij óók is.

In de W.A.I.S. nu vindt men — zoals wij reeds zeiden — veelal een gestoorde intelligentie, speciaal een gestoordheid van de actuele produktiviteit (het performance gedeelte) en een achteruitgang van het oordeel in en de integratie van levenssituaties (gezond verstand en rangschikken). Hun denken is in de gehele test — ook als zij nog een behoorlijk I.Q. halen — te schematisch mechanisch. Bij sommige patiënten, waarin dit uitgesproken het geval is, vindt men nog slechts een schema zonder inhoud; zo gaf een patiënt op de vraag, wat hij zou doen om overdag uit een groot bos te komen, waarin hij verdwaald was, als antwoord: „Dan moet men de weg teruglopen en dan kijken waar de hoofdweg is, die loopt naar het bos toe en dan twee à drie zijwegen opschrijven in een boekje”. Deze patiënt gaf soms antwoorden, die sterk aan het morbide geometrisme en het leeg-ruimtelijke denken deden denken, dat Minkovski beschrijft: als overeenkomst tussen een sinaasappel en een banaan gaf hij: „op de halve hoogte van de banaan, in de rondte doorgesneden, is de banaan ongeveer even groot als men aan de sinaasappel niets doet”. En als overeenkomst tussen een jas en een jurk: „ze hebben van boven naar beneden ongeveer gelijke doorgangen om het lichaam te omhullen, een jurk heeft twee zijopeningen voor armen en een jas ook”.

In de subtest rangschikken is het gedrag van de patiënten vaak ook ernstig gestoord, zoals wij reeds zeiden. Sommigen maken van de verschillende plaatjes, die gezamenlijk het stripverhaal uitbeelden één plaat, door de plaatjes gedeeltelijk over elkaar te leggen; voor anderen is de rangschikking der plaatjes volledig willekeurig: zij geven verschillende volgorden aan, waarbij zij steeds een verhaal kunnen verzinnen; weer een ander herkent de afgebeelde actie van de op de plaatjes afgebeelde personen niet en vat alle dynamische situaties statisch op: op een plaatje, waar ieder ziet dat twee jongens wegllopen, staan zij voor hem stil; in een andere reeks waarop een verhaal staat afgebeeld van een koning, die uit zijn auto stapt om een dame, die op het trottoir loopt en een zware last op haar hoofd draagt te begeleiden en te ontlasten, ziet deze patiënt de dame op het trottoir stilstaan en de koning gaat vervolgens bij die dame staan. Bij de patiënten, die deze grove stoornissen niet vertonen vindt men echter typische andere foutieve oplossingen: hun verhalen bezitten geen clou en dit ondanks het feit, (en dit is het merkwaardige) dat zij alle momenten, die uit het stripverhaal begrepen moeten worden om de clou uit op te bouwen,

wel begrepen hebben. Daarbij is het bovendien zo, dat zij de clou geenszins missen, dat zij hun oplossing als volkomen acceptabel beschouwen.

In dit verband is een onderzoek interessant dat Brody en Redlich met Comic cartoons hebben verricht bij schizophrene patiënten voor en na prefrontale lobotomie. Schizophrene patiënten snapten de humor van deze cartoons slechts zeer zelden, ofschoon zij de cartoons als zodanig herkenden en een zekere appreciatie hadden voor de humoristische mogelijkheden ervan in het algemeen. Zij derailleerden meestal op twee manieren: ófwel hun verhaal was gebouwd om het driftmatig instinctieve moment, dat in een platenserie ligt opgesloten (en dat praktisch nooit door niet-psychotische personen wordt aangegeven) ófwel zij vatten de als grap bedoelde verhalen serieus op. Deze twee derailleringen vinden we ook in ons materiaal terug: een der patiënten maakt van de strip, die zo juist genoemd werd en waarin een koning zijn hoffelijkheid bewijst door de last die een vrouw op haar hoofd draagt van haar over te nemen en op zijn kroon te dragen, terwijl de lakeien, die hem vergezelden in een onveranderd straffe houding in de auto blijven zitten wachten op hun heer, het volgende verhaal: „dit is een juffrouw, die eenzaam op de weg loopt. Hier ziet hij het meisje. Hier zit hij even te denken, of hij haar zal helpen, hij zit ondeugend weggedoken in de auto. En hier neemt hij haar vracht over. Het is een vrouwenjager. En de palfreniers zitten veel te stram, ze zouden het wat graag ook wel gewild hebben!” Als voorbeeld van het serieus opvatten van een als grap bedoeld verhaal kan het antwoord van 'n andere patiënt gebruikt worden. In het stripverhaal ziet men bij goede oplossingen achtereenvolgens: een man, die met een buste over straat loopt, die een taxi aanroept, welke in de verte aankomt, vervolgens ziet men door de achterraut de man, die de buste stevig tegen zich aan vasthoudt, die dan omkijkt, die dan bloost, en tenslotte ziet men nog steeds door de achterraut de man aan de ene kant van de auto, de buste ver van hem af in de andere hoek. De patiënt vertelt hierop het volgende verhaal: „Ja, wat is daar van te maken, het is natuurlijk een man met een modepop. Die man wil een lift hebben. Hier zet hij de buste links (ver van zich af) hier schudt de auto, en houdt hij hem vast in zijn arm en hier ook nog. Zo te zien, zou je zeggen, dat hij iemand bij zich heeft, maar dat is die buste, die hij bij zich heeft. Hij is bang, dat hij breekt”. Alle momenten, die nodig zijn om de clou uit samen te stellen heeft hij gevonden, doch hij kan deze niet als een clou in het strip-verhaal integreren. In deze laatste voorbeelden is men geneigd als oorzaak van het falen een defectueus gevoel voor humor aan te

wijzen. Doch men mag wellicht ook als gemeenschappelijke factor in al deze verschillende wijzen van falen op de stripverhalen beschouwen: een falen in het adaequaat ontwerpen van een kleine historie, van een in de tijd verlopend stukje menselijk leven. Behalve Minkovski en Storch, die over „een stilstaan van de ontplooiing van het leven en van het werken in de tijd” spreekt, heeft ook Hutter gewezen op de gestoordheid „van de tijdzin, van de tijdsbeleving, of beter van het tijdvoltrekken” in de schizofrenie. Hij meent, dat de schizofreen „bevrijd” is van zijn historische bestaan. Indien dit waar is, is het niet te verwonderen, dat onze patiënten juist falen, waar het ontwerpen van een stuk historiciteit verlangd wordt.

Een andere schijnbaar vrij typische stoornis bij deze schizofrene patiënten, welke niet in overeenstemming is met hetgeen men verwacht op grond van het niveau van hun intelligentie is het gebrek aan planning en anticipatie in de subtest legkaarten. Dit komt ook enigszins in hun score uit, doch valt vooral op wanneer men hen ziet werken aan de legplaten: zij passen de delen van de legkaarten op de meest bizarre manier aan elkaar; niet schizofrene patiënten hebben — indien geen ernstige dementering aanwezig is — bijna steeds een vaag Leitbild, volgens welke zij b.v. het profiel en de olifant leggen: zij herkennen b.v. de poten van de olifant als poten van een dier; de schizofrene patiënten echter zien vaak het meest voor de handliggende niet en bezitten geen enkele grove oriëntatie.

Wat tenslotte in deze W.A.I.S. speciaal doch ook in het gehele testonderzoek opviel was het ontbreken van onzekerheid en van twijfel.

Laten wij nu enkele pathologische kenmerken van het Rorschach protocol der schizofrene patiënten nader bezien. In de eerste plaats het gestoorde duidingsbewustzijn, dat negen van de tien patiënten vertoonden. Onder gestoord duidingsbewustzijn verstaat men, dat de vlekken op de platen niet worden opgevat als in principe willekeurige vlekken, waarin de proefpersoon zeer uiteenlopende en in zekere mate willekeurige dingen kan zien. De hersenorganisch gestoorde patiënt b.v. heeft meestal een sterk gestoord duidingsbewustzijn. Hij meent, dat de vlekken bepaalde dingen voorstellen, dat zij daarvan afbeeldingen zijn *). Hij noemt dan meestal ook slechts één antwoord per plaat of in ieder geval per plaatdeel. Ook door een sterk achterdochtige instelling kan het duidingsbewustzijn gestoord raken: de proefpersoon meent dan, dat de psycholoog deze platen voor hem zo heeft uitgekozen of gemaakt om te zien of hij er het een of ander, dat er in verborgen zit, terug kan vinden: de test is

*) Kijm noemde dit verschijnsel afbeeldingsgedrag.

een valstrik. Het gestoorde duidingsbewustzijn van de schizofrenen, heeft echter meestal een enigszins hiervan afwijkend karakter. Dit komt het meest overeen met wat Wyrsh als het algemeen formele moment beschreef, dat het schizofrene kenmerkt: een bijzondere atmosfeer van gewichtigheid van en persoonlijk betrokken zijn bij al hun ervaringen en handelingen, normale zowel als psychotische. Is dit misschien een ruimere omschrijving van wat Wolfgang Binswanger het wezenlijke achtte van de schizofrene Rorschachprotocollen: de *Eigenbeziehung*? Als tweede belangrijke kenmerk van het schizofrene Rorschachprotocol kan misschien gelden het feit, dat de schizofreen wel tot een persoonlijke vormgeving van de vlekken in staat blijkt te zijn, maar niet aanvoelt, dat deze persoonlijke vormgeving van de vlekken een implicite opdracht van de Rorschachtestsituatie is.

In de Rorschachtestsituatie deelt de proefpersoon nl. in het algemeen in zijn duidingen iets mee aan de onderzoeker. O.a. hebben Manfred Bleuler en Schachtel gewezen op dit communicatieve aspect in het Rorschachprotocol. Bleuler kreeg b.v. volledig andere protocollen, naar gelang hij als vriend, als dokter of als psychiater de test afnam. Zubin vergelijkt de Rorschachtest in zijn artikel „Failures of the Rorschachtechnique” uit 1954 met een interview.

Dit communicatieve karakter krijgen de duidingen doordat de proefpersoon op een persoonlijke wijze vorm gegeven heeft aan de aangeboden vlekken. Hierom is de descriptie van de vlek als inktvlek of een antwoord als wolken „slechter” dan een antwoord als „twee kinderen die handjeklap spelen”. Dit laatste antwoord bevat meer persoonlijke vormgeving, ofschoon de Rorschach-vlek beslist meer op een inktvlek of een wolk lijkt o.a. doordat de schizofreen de impliciete opdracht tot persoonlijke vormgeving (die in de Rorschachtestsituatie ligt opgesloten) niet goed aanvoelt, terwijl hij — wat betreft zijn vermogen, zijn capaciteiten — nog wel in staat is tot gedifferentieerde vormgeving, komt het dat zijn protocol antwoorden met een zeer goede en een zeer slechte vormgeving, zeer originele en banale antwoorden naast elkaar bevat. Het ligt waarschijnlijk ook ten grondslag aan de zgn. *deteriorated color* antwoorden, die door Rapaport voor het eerst werden beschreven: het realiteitskarakter van de kleuren is in deze antwoorden volledig. Vaak hebben deze antwoorden inhoudelijk iets met bederf te maken. Zo ziet een van onze patiënten op de eerste plaat, die een zwarte vlek bevat, die vrij sterk genuanceerd van kleur is: „uitgewerkte olie, die zo zwart verbrand is”; op de tweede plaat, die rood-zwart van kleur is: „geronnen en gewoon bloed”. Een derde kenmerk, dat de meeste Rorschachprotocollen van

de patiënten bezitten, is de aanwezigheid van morbide associaties: b.v. kadaver in ontbinding, bezinksel in urine, schaambekens, die vergaan zijn, waaraan geknaagd wordt door ratten of waaraan een gruwelijke misdaad is begaan.

Tenslotte wil ik — wat de Rorschach betreft — nog even wijzen op de vele tekenen van depersonalisatietendensen, die werden aangetroffen: beelden, poppetjes, schaduwen, larven etc. Ook in de V.P.T. en T.A.T. werden soms de afgebeelde personen als beelden geïnterpreteerd.

De patiënt, bij wie wij reeds in de W.A.I.S. een géométrisme morbide meenden te constateren, geeft een vloed van antwoorden op de Rorschach in een snel tempo, waarbij hij de plaats van elk antwoord nauwkeurig aangeeft en wel op de volgende merkwaardige manier: aan de noordzijde heeft het de vorm hiervan, aan de westzijde daarvan etc., 68 antwoorden achtereenvolgend. De Vierplaten test van deze patiënt is ook bijzonder karakteristiek voor de wijze, waarop hij een situatie opvat: elke dynamiek en intentionaliteit is eruit verdwenen. Voordat de proefpersonen aan het verhaal kunnen beginnen, kunnen zij enige tijd de vier platen bekijken en eventueel over elk der platen een korte aantekening maken. Deze patiënt nu beschrijft de platen als volgt: man man stoel stoel stoel (I) bed ledikant, logeerkamerkamer (II), deur lantaarnpaal man (III), tennisveld man man man man vrouw meisje man bosbegroeiing stuk bos links voorzijde (IV).

In zijn (schriftelijk) verhaal doet patiënt eigenlijk niet veel meer; af en toe geeft hij een persoonlijk oordeel over de afgebeelde zaken. Merkwaardig is, hoe hij van allerlei mensen en zaken opmerkt, dat zij alleen zijn. „De vrouw is alleen, het meisje is ook alleen...” en even verder: „de vrouw staat alleen, de omgeving is verder alleen...” en weer even verder: „de deur is alleen”. Behalve als perseveratie moeten dergelijke uitingen misschien toch ook als beschrijving van een autistische wereld worden opgevat, zo lijkt het. De V.P.T. bevat — behalve exemplarisch, zoals hierboven, weinig duidelijk schizophrene vormgeving. Er zijn wel enkele patiënten, die moeite hebben met het integreren van de vier platen tot een historisch verlopend verhaal, doch dat hiervan als oorzaak beschouwd moet worden een onvermogen tot een ontwerpen van historiciteit, zoals dat wel bij beginnende schizofrenieën gevonden werd, was niet duidelijk. Wel valt in de V.P.T. en T.A.T. de passiviteit, de spanningsloosheid, het gebrek aan initiatief en het ontbreken van op de ander gerichte intentionaliteit op.

Bij een der patiënten brak na enkele platen van de T.A.T. geleidelijk de waanwereld a.h.w. onweerstaanbaar door de interpretatie van de platen heen. Daarna werden alle volgende pla-

ten slechts als illustraties van haar waandenkbeelden beschouwd. Misschien is het interessant om te zien hoe haar waan op de derde plaat die wordt aangeboden (7GF) en die een meisje voorstelt, dat een pop in de hand heeft en voor zich uit kijkt, terwijl op een bank schuin achter haar een oudere vrouw (meestal als moeder geïnterpreteerd) in een boek zit te lezen, wordt binnengehaald in haar testinterpretatie: „deze is met de pop aan het spelen, dat is zowat moeder en dochter. En die heb ook verdriet in haar ogen zitten. Dat schijnt wel moeder en dochter te zijn. (Wat voor een verdriet?) zeker van de pop. Kinderen gaan daar vaak zo in op. (Wat voor een verdriet dan?). Dat wordt haar opgelegd. Zij kunnen het amenderen aan de mensen en zo hebben ze het op het gezicht zitten. Geest-overbrengen noemen ze dat. Vanuit het instructiegebouw in Amsterdam. En de moeder die ziet het en die zal het niet weten (En wat gebeurt er dan verder?). Dan proberen ze de kinderen afleiding te geven, maar dat lukt niet. Dat zit nu eenmaal op het centrale zenuwstelsel, dat is geamendeerd. Het moet ontsmet worden (Waar denkt dat meisje nu aan?) Dat meisje is verdriet opgelegd (Maar waar denkt ze nu aan, denkt U?) Nou nergens aan”.

Interessant is ook het beeld, dat een van de schizophrene patiënten van een schizophreen schildert en wel op plaat 3 BM, waarop een jongen tegen een bank aan ligt geknield met zijn hoofd in de handen en een vaag getekend pistool naast hem: „Die mensen hebben allerlei leed hè, die hebben allerlei ongelukkige nare dingen, die ze kwellen. Het hopeloze is voor hen die allengheid, ze voelen zich ontzettend verlaten, alleen, geen aansluiting, geen contact hebben ze, met niemand, met geen dokter, met geen verpleger, met geen verpleegsters, met niemand, met geen medepatiënten; zijn hopeloos verlaten alleen. Voelen zich alleen, helemaal hè, geïsoleerd, uitgesloten van alles, dat bij hun”. Het revolver ziet hij aan voor iets, „dat gebroken is mischien, iets dat stukgemaakt is”. Op de vraag, hoe het af zal lopen en verder zal gaan met hem antwoordt hij: „Ja meestal mensen die zo erg ver weg zijn, die komen het gauwste weg weer, die worden het gauwste ontslagen weer, van die je zegt, ze zijn hopeloos, die zichzelf eigenlijk vernietigen, die zijn het gauwste weg weer, ineens plotseling. Ja, ik geloof, dat die mensen eigenlijk, de mens is eruit, dat het dierlijke eigenlijk naar voren komt, een dier kan ook verdriet hebben en daar het menszijn eruit is, dat ze niet meer de manier hebben van het leed te verbergen, of het leed op een behoorlijke manier te dragen, van alles verlaten zijn, van alles eigenlijk af zijn, geen gevoelens meer hebben, zich moeten verbergen, zich helemaal eigenlijk uit elkaar geslagen zijn, vernietigd”.

Patiënt heeft blijkbaar zeer goed het verschil in het ziekteverloop geconstateerd tussen de schizofrenie, die in schubs verloopt en die, welke geleidelijk verval van de persoonlijkheid veroorzaakt. In het gesprek merkt hij nog op, dat hij — in tegenstelling tot vele andere patiënten — als hij „incompleet” wordt, een kind en niet een dier wordt. Dit lijkt een fraai beeld voor het verschil in regressie, waartoe een psychotische schizophrene toestand kan leiden.

In de tekeningen van de patiënten valt vaak de bizarre vormgeving op van de bomen vooral, en het niet uitwerken van de gezichten van de mensen en speciaal van de ogen, die vaak als strepen worden getekend. In de boomtekeningen ligt voorts bijna steeds een gebrek aan ontwikkeling en aan dynamiek opgesloten.

Samenvatting

De meest specifieke testsymptomen, de symptomen, die tevens het dichtst het negatieve symptoom van Jackson benaderen, (d. w.z. dicht bij de defectsymptomen lijken te staan) kan men in de volgende twee groepen verdelen:

I. stoornissen rond de formele verandering in de dynamiek der psychische processen, waarin men het normale mededelingskarakter en de normale wederkerigheid mist:

a. *het schematisch-mechanisch karakter van hun denken*, dat hun W.A.I.S. kenmerkt en vooral in de lage score voor de subtest gezond verstand en in hun antwoorden op deze subtest tot uiting komt;

b. *de verschillende vormen van falen in de subtest rangschikken*, waarin zij het voor-een-ontwerp-van-een-stukje-menselijke-historie-noodzakelijke heen-en-weer van vraag en antwoord niet kunnen opbrengen en waarin zij waarschijnlijk tevens door hun contactstoornis niet in staat zijn om een adaequate keuze te doen uit de mogelijke bedoelingen van de op de plaatjes afgebeelde personen;

c. *een ontbreken van het communicatieve in het duiden van de Rorschachplaten*, dat tot uiting komt in het niet aanvoelen van de impliciete opdracht tot persoonlijke vormgeving in de Rorschach-testsituatie, hetgeen o.a. ten grondslag schijnt te liggen aan het typische naast-elkaar-voorkomen van zeer goede en zeer slechte originele vormantwoorden, van originele en vulgaire antwoorden en tevens aan de zgn. „deteriorated color”-antwoorden;

II. Stoornissen, waarin een *gebrek aan anticipatie en spanning t.o.v. het mogelijke*, het niet aanwezige (een gebrek aan intentionaliteit zou men het ook kunnen noemen); tot uiting komt: Hieronder vallen eveneens de lage scores van gezond verstand

en rangschikken, doch waarschijnlijk tevens die van legkaart uit de W.A.I.S.; en de passiviteit en spanningsloosheid, het gebrek aan initiatief en het ontbreken van op de ander gerichte intentiona-
liteit van de personages in vele T.A.T. verhalen. Deze tweede groep bevat waarschijnlijk de kenmerken van het „defectschizop-
hrene” van deze chronische schizophrenen.

Toetsen we deze testsymptomen aan het ideale primaire symp-
toom van Mayer-Gross, dan lijkt groep I

a) wel specifiek en karakteristiek te zijn voor de schizofrenie.
b) defecten te betreffen, die misschien als negatieve symptomen van Jackson kunnen worden beschouwd, of althans deze dicht benaderen.

c) echter niet bij alle gevallen van schizofrenie voor te ko-
men, terwijl over de onafhankelijkheid van psychische en exoge-
ne oorzaken geen oordeel kan worden geveld.

De testsymptomen uit groep II zijn minder duidelijk specifiek en karakteristiek, terwijl zij geen andere positieve kenmerken op groep I voor hebben.

Het defect

In het begin van dit jaar heeft Dijk, psycholoog aan de psychia-
trische inrichting Zuidlaren, in samenwerking met Van Andel,
zenuwarts, een vijftiental defectschizophrenen met een testbatte-
rij onderzocht *). Hij vond bij deze patiënten geen gemeen-
schappelijke schizophrene kenmerken. Wel vond hij bij allen ken-
merken, die als aanwijzingen beschouwd kunnen worden voor
een hersenorganische gestoordheid: o.a. een grote tempoverlaging
en meer dan gemiddelde variatie in de Bourdon-Wiersma; een
gestoorde tot zeer gestoorde Grassi; boom- en menstekeningen,
welke organische kenmerken vertoonden.

Refererend aan Huber, die in Heidelberg met luchtencephalografie
verwijde ventrikels vond bij schizophrene defecttoestanden (en
wel een grotere afwijking naarmate zwaarder defect) hielden Dijk
en van Andel over tot de mening, dat de schizophrenen, die
uitliepen op een defectschizofrenie, aan een organisch lijden
zouden kunnen lijden.

Onze bevindingen lopen tendele parallel: de discrepantie tussen
het verbale en het performance-deel van de W.A.I.S., waarin
een onvermogen tot actuele produktiviteit tot uiting komt; een
gebrek aan anticipatie en planning, een gestoord duidingsbewust-
zijn in de Rorschach, organische kenmerken in de tekeningen,

*) Het betreft een onderzoek, dat nog niet als afgesloten mag worden be-
schouwd en dat nog niet gepubliceerd is.

werden ook in ons materiaal gevonden. Van de Bourdon-Wierma's waren er echter vijf zonder ernstige stoornissen; zes van de negen Grassi-protocollen werden 20 of hoger gescored, dus kunnen qua score als ongestoord beschouwd worden; en de kenmerken van de testprotocollen, die wel als aanwijzingen voor een organisch lijden kunnen worden opgevat, bezitten — als men ze nader beziet — toch — zo leek ons — een ander karakter: in het prestatiegedeelte van het testonderzoek toonden de meeste patiënten nauwelijks tekenen van onzekerheid of twijfel, terwijl evenmin een overcompensatie of camouflage van onzekerheid in resp. bravour of een houding van onwil te constateren viel, gedragskenmerken, die men bij de meeste organisch gestoorden vindt.

Ook het falen in het performance gedeelte van de W.A.I.S. is tenminste tendele van een andere aard: gebrek aan overzicht, dat bij de meeste organisch gestoorden een belangrijke factor vormt, speelt nauwelijks een rol (zie bv. het falen op rangschikken, ofschoon alle momenten, nodig om de clou te vinden, gevonden waren). Het gestoorde duidingsbewustzijn in de Rorschach is, zoals wij reeds eerder zagen, van een andere aard; de tekeningen bevatten ofwel geen organische kenmerken, ofwel er was in deze tekeningen toch ook iets bizars te bespeuren.

Overeenkomst en verschil tussen de organische defecttoestand en de schizophrene defecttoestand kan men — uitgaande van de beschouwingswijze van Goldstein over het concrete behaviour en het abstracte behaviour, over het gedrag t.o.v. het feitelijke aanwezige en t.o.v. het mogelijke en afwezige misschien als volgt aangeven: men vindt deze overeenkomst: bij beiden schiet het anticipatievermogen tekort en ontbreekt er een gericht-zijn op de wereld van mogelijkheden. Bij de hersenorganisch gestoorden ontbreekt de gerichtheid op het mogelijke, afwezige, doch potentieel aanwezige, doordat dit in deze modus niet meer voor hen bestaat of m.a.w. doordat dit niet meer voorstelbaar voor hen is (ofschoon zij er affectief vaak wel behoefte aan kunnen hebben) doordat zij dus niet meer boven de concrete werkelijkheid uit kunnen komen; bij de schizopreen ontbreekt de gerichtheid op het mogelijke, afwezige doch potentieel aanwezige, omdat de wereld van mogelijkheden bij de schizopreen de modus van werkelijkheid heeft gekregen, omdat het „mogelijke” en het werkelijke met elkaar vermengd liggen. Men kan hier ook denken aan de reeds geciteerde opvatting van Hutter over de almachtige machteloze positie (zie ook Storch) van de schizopreen. „Bevrijd van zijn historisch bestaan, staat hij enerzijds in een voor hem onthulde toekomst; hij kan de toekomst niet meer op het tegenwoordige, op het heden betrekken. Anderzijds is hij machteloos en wordt hij in het verleden vastgebonden, zodat hij zijn

bestaan in een reëel aanwezige wereld niet kan voortzetten". Vanuit de beschouwing van Zeldenrust over het „beeld schouwen" en „object denken" als twee polaire wijzen van zijn, kan men het verschil tussen de hersenorganische defecttoestand en de schizophrene defecttoestand ook als volgt beschrijven: bij de eerste valt een tekort te constateren in het vermogen tot het denkend structureren van de omgeving, voorzover zij een object voor ons is; bij de schizophrene defecttoestand valt een tekort te constateren aan het vermogen tot het schouwend structureren van de omgeving, voorzover zij bildnerisch voor ons is. Met deze twee-min-of-meer losse suggesties wilde ik besluiten.

Dit waren de indrukken en suggesties n.a.v. het testonderzoek van 10 chronische schizophrene patiënten.

We hebben in dit onderzoek in de eerste plaats gezocht naar primaire symptomen van de schizofrenie. De oogst is vrij schraal. Toch moet men voortgaan met zoeken. Nauwkeurige kwalitatieve testanalyses kunnen immers wellicht een bijdrage vormen voor een meer nauwkeurige en meer gedifferentieerde omschrijving van primaire schizophrene symptomen.

PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE KUNSTMATIGE INSEMINATIE BIJ DE MENS

door F. DE STOPPELAAR, zenuwarts, verbonden aan de Ned. Herv.
Inrichting voor zenuw- en geesteszieken „Hulp en Heil" te Leidschendam
(Gen. dir. J. H. Plokker)

Inleiding:

Sedert het einde van de tweede wereldoorlog wordt in toenemende mate aandacht geschonken aan een merkwaardig en exclusief phenomeen in de geneeskunde, nl. de kunstmatige inseminatie bij de mens.

Reeds eeuwenlang kent men methodes van kunstmatige bevruchting bij planten, terwijl de eerste geslaagde pogingen van kunstmatige inseminatie bij dieren plaats vonden in 1780, toen Spallanzani erin slaagde een hond artificieel te bevruchten, hetgeen destijds groot opzien baarde.

Tien jaar later — in 1790 — maakte John Hunter met succes gebruik van deze methode bij een vrouw, wier man een hypospadie had. Tot aan het eind van de 19e eeuw werd deze methode weinig toegepast.

Omstreeks 1880—1890 gaan vele, vooral Franse artsen zich bezig houden met kunstmatige inseminatie en ontstaat geleidelijk in de Verenigde Staten en in Duitsland hiervoor een toenemende belangstelling.