

PROBLEMEN BIJ DE LATERE STADIA VAN SCHIZOFRENIE

door J. VAN DER MEER, zenuwarts, verbonden aan het Psychiatrisch ziekenhuis „St. Anna” te Venray.

Publikatie van de P.U.K.-groep *

In de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek zijn ca. 50 patiënten aanwezig, die van andere psychiatrische inrichtingen zijn gekomen, nadat zij daar, op enkele uitzonderingen na, langer dan tien jaar werden verpleegd omdat zij lijdende waren aan schizofrenie. Deze patiënten behoren, wat de tijdsduur van hun ziekte betreft, dus zeker tot de groep, welke men vaak bestempelt als de schizofrene eindtoestand.

Deze patiënten, die sedert oktober 1960 de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek binnenkwamen, werden nagenoeg allen aangediend en in de decursus van hun jarenlange gestichtsonopname beschreven als defect-schizofrenen, defectueuze persoonlijkheden, 'verblödete' patiënten, gedementeerden, etc.

Het is over deze begrippen dat ik met U wil spreken, vooral naar aanleiding van de ervaringen, welke wij met deze patiënten, die ons als verblödet of defectueus waren aangediend, hebben opgedaan.

Op welke wijze zijn deze termen ontstaan en hoe werden ze in de loop der tijd gebruikt en opgevat?

Kraepelin onderscheidde, zoals bekend, de ziekte op grond van zeer nauwkeurige klinische observatie het eerst als een nosologische eenheid, bij welke gelegenheid hij met de naamgeving tevens het begrip dementie aan de ziekte verbond.

Het uitgangspunt van de gedachtengang, zo schrijft hij in de achtste druk van zijn leerboek, hetwelk in 1896 tot de opstelling van het *dementia praecox* begrip geleid heeft, werd gevormd door de overweldigende indruk van de op elkaar lijkende 'Verblödungszustände' welke zich uit de verschillende klinische verlopen ontwikkelden. Bovendien was er de ervaring, dat de eigenaardige dementieën in een nauwe betrekking schenen te staan tot de jeugdige leeftijd. Kraepelin heeft, naar aanleiding van hetgeen hij klinisch zag, de term *dementia praecox* overgenomen van Morel, die voor toestanden, welke op dit beeld leken, reeds deze naam had gebruikt.

Kraepelin, die wat de oorzaak van de ziekte betrof zeker een

* Uit de tweede Psychiatrische Universiteitskliniek (Hoofd destijds Prof. Dr. H. C. Rümke) in het Willem Arntszhuis (Geneesheer Directeur J. H. Loois). Medewerkende leden van de P.U.K.-groep: Dr. A. A. Fischer, G. G. F. Pareau Dumont, zenuwartsen.

organische genese aannam, heeft er voortdurend mee ingezeten onder welk hoofdstuk hij de dementia praecox zou indelen. Aanvankelijk bracht hij de ziekte onder bij de intoxicaties, later bij de stofwisselingsziekten en in de achtste druk van zijn leerboek staat de ziekte, samen met de parafrenieën, onder de 'endogene Verblödungen'. Hij wilde, zoals gezegd, de ziekte afgrenzen en tot een nosologische eenheid maken. Tot een groep ziekten dus met gemeenschappelijke onverwisselbare trekken. Dit hield volgens Kraepelin in, dat men moet vinden dezelfde oorzaak, hetzelfde lichamelijke en psychische toestandsbeeld, hetzelfde beloop en hetzelfde pathologisch-anatomische substraat. De grondsymptomen van de ziekte, welke door dit criterium worden samengebonden, zijn volgens hem oordeelszwakte, verzwakking van de geestelijke beweeglijkheid en de scheppende functies, de afstomping van het met het gevoel deelnemen, het verlies van de kracht tot daden, het losser worden van de innerlijke eenheid. De ziekte voert volgens hem tot toestanden van psychisch ziek zijn, welke, ondanks de verschilpunten, veel gemeen hebben met de dementia paralytica, dementia senilis en de epilepsie. Hij schrijft, dat in de meerderheid van die gevallen, waarin de ziekte een acuut begin heeft, in de loop van twee tot drie jaren een zekere eindtoestand bereikt wordt met de onmiskenbare tekenen van een demencie. Men moet echter altijd verdacht blijven op een acuut opvlammen van het tot rust gekomen proces.

Behalve dat het woord 'Verblödung' duidt op een stoornis van de intelligentie, krijgt het bij Kraepelin ook de betekenis van een afstomping van het gevoel en een vermindering van de wilskracht en het initiatief.

De eindtoestand deelt Kraepelin in naar de mate en vorm van 'Verblödung' en 'Schwachsinn'. Hij onderscheidt drie vormen van 'Schwachsinn' en vijf vormen van 'Verblödung'.

1. De 'einfache Schwachsinn'. Hieronder worden verstaan gevallen van stille hebefrenie met een geringe denkstoornis en affectverlies.
2. 'Halluzinatorische Schwachsinn'. Dit zijn eindtoestanden, waarbij behalve demencie hallucinaties op de voorgrond staan.
3. 'Paranoïde Schwachsinn'. Hier blijft het waansysteem van de acute fase ook in de eindtoestand bestaan.
4. 'Faselige Verblödung'. Hier blijft vooral de denkstoornis van de acute fase aanwezig. De vorm wordt gekenmerkt door de incoherentie van de gedachtengang.
5. 'Stumpfe Verblödung'. Hier overheersen de affectieve anomalieën.
6. 'Leppische Verblödung'. Ook hier is een affectverlies aanwezig, samen met een impulsief gedrag en een denkanomalie.

- | | |
|---------------------------------|---|
| 7. 'Manirierte Verblödung'. | } Beide beelden worden gevormd door katatone psychomotorische ziekteverschijnselen. |
| 8. 'Negativistische Verblödung' | |

Bij Bleuler vinden wij ook een organische denkwijze in zijn opvatting over de grondsymptomen van de schizofrenie, alhoewel hij ook onder de invloed stond van de gedachten van Freud. Zijn grondsymptoom wordt gevormd door een stoornis van de associaties en een stoornis in de affectiviteit, gekenmerkt door een neiging de eigen fantasie boven de werkelijkheid te stellen en zich in een autisme daarvan af te sluiten, bij een ontbreken van primaire stoornissen in de waarneming, de oriëntering en het geheugen.

De dementia praecox is volgens Bleuler niet als een species van een ziekte op te vatten, maar als een genus, in dezelfde zin als de 'organische' geestesziekten. De associatiestoornissen vormen een defect, hetwelk niet altijd aanwijsbaar, maar wel immer aanwezig is.

Hij onderscheidde aanvankelijk in de eindtoestanden ook graden van Verblödung, maar later kwam hij tot het inzicht dat er geen sprake was van een gewone vorm van demencie. In zijn handboek der Psychiatrie zegt Bleuler over de term demencie in verband met de schizofrenie: Bij geen ziekte wordt de intelligentiestoornis zo slecht aangegeven met de woorden 'Blödsinn' en 'demencie' als bij de schizofrenie. Er is geen sprake van een verlies van herinneringsbeelden of andere gedachtenstoornissen, die tot het begrip van de demencie horen. Een demencie, zoals gezien bij de organische psychosen is iets totaal anders. Ook bij de ernstigste schizofreen zijn alle grondfuncties van de intelligentie, in zoverre deze toegankelijk zijn voor een onderzoek, potentieel behouden. De schizofrene 'Blödsinn' wordt, behalve door een gebrek aan interesse en initiatief, gekarakteriseerd door een groot aantal fouten bij alle denken en handelen, of een opgave moeilijk is of niet, speelt daarbij een ondergeschikte rol. De schizofreen is niet 'verblödet' zonder meer, hij is echter 'verblödet' op bepaalde momenten, in bepaalde situaties en t.o.v. bepaalde complexen. Bleuler meende dat de anomalie welke men 'Blödsinn' noemt ontstaat uit de werking van de associatie-stoornissen, de onverschilligheid en prikkelbaarheid op affectief gebied en de autistische afsluiting van de invloeden van de buitenwereld.

Over de genezingsmogelijkheden van de schizofrenie was ook Bleuler, evenals Kraepelin, pessimistisch. Het komt volgens hem slechts heel sporadisch voor, dat er een volledige restitutie ontstaat na een schizofrene Schub. Het is weliswaar noodzakelijk, ter verificatie hiervan, zeer nauwkeurig en kritisch te onder-

zoeken. De constatering van een rest van de ziekte hangt volgens hem af van de psychologische handigheid en vooral van de tijd, die de psychiater besteedt aan de patiënt die ontslagen zal worden. Gezondheid kan men niet direct diagnostiseren, men neemt ze aan indien men ondanks nauwkeurig onderzoek geen ziekteverschijnselen vindt. Wie geen tijd heeft zijn patiënten te onderzoeken, vindt volgens Bleuler veel genezenen, die anderen slechts als verbeterd zouden kwalificeren. Een restitutie van de toestand, zoals hij was vóór het begin van de acute Schub, betekent nog geen genezing. Het sluipende schizofrene proces van voor de acute verergering in de vorm van een Schub, had de patiënt al in erge mate veranderd.

Hoewel Bleuler dus van mening was dat de resttoestand van de ziekte niet goed weergegeven werd met de termen 'Verblödung' en 'dementie' zoals deze gebruikt worden voor de resttoestanden van de epilepsie, de dementia paralytica en andere hersenorganische stoornissen, nam hij toch wel aan, dat er ook in de eindstadia, een denkstoornis bleef bestaan. Deze denkstoornis werd dus veroorzaakt door de associatiestoornissen, welke laatste een primair symptoom zijn. Een schizofreen grondsymptoom, van direct cerebrale herkomst en voerend tot een defect.

Bleuler zag geen mogelijkheid om dit begrip 'defect', zich klinisch uitend in de zgn. dementie, zodanig bij elke patiënt te bepalen, dat hij op grond hiervan kon indelen. Deze dementie werd immers volgens hem niet bepaald door de intelligentiestoornissen, maar door de affectiviteit, spontaneïteit, interesse, e.d. en deze laatste lieten zich niet meten en indelen.

Hij ging als maatstaf van de 'Verblödung' zien de mate, waarin patiënt in eigen onderhoud kon voorzien, of de mogelijkheid, welke patiënt nog had om buiten de inrichting op eigen benen te staan. Zij, die dit wel konden, noemde hij 'licht dement', zij, die geen sociale aanpassingsmogelijkheid meer hadden 'zwaar dement' en de tussenvormen 'midden dement'. Deze maatstaf is wel zoals Bleuler zei, afhankelijk van het beroep van de patiënt en van verschillende andere omstandigheden, welke als zodanig weinig met het schizofrene defect zelf te maken hadden. Maar hij vond dat op deze wijze toch een zeker onderscheid gemaakt kon worden. Een betere manier zag hij niet.

Volgens Kihn in zijn boek: 'Die Schizophrenie', is het een fout te beweren, dat de schizofrenie niet zou leiden tot een schade aan het intellect. Niet in elk geval toont zich zulk een verval en een groot deel schijnt er zelfs verschoond van te blijven. Breidt men het begrip intelligentie echter uit en verstaat men eronder alles wat behoort bij de leiding van de persoonlijkheid,

elk hoger psychisch stuurmechanisme, dan blijft volgens Kihn welhaast geen geval van schizofrenie vrij van intellectueel verval. Men spreekt dan van een speciale 'schizofrene dementie', bij het ontstaan waarvan dan ook nog andere momenten een rol spelen.

Elke hoge intellectuele functie heeft als een noodzakelijke achtergrond een serie verschillende voorwaarden: initiatief, opmerkzaamheid, wilskracht, verbaal uitdrukkingsvermogen, etc.

De oorzaken van de schizofrene dementie moeten gezocht worden in deze voorwaarden, welke dus geen van alle primair met de intelligentie te maken hebben. De intelligentie werkt alleen met deze voorwaarden en een stoornis hiervan geeft een verandering van de psychische manifestatie van het individu. Er is geen algemene vorm van de schizofrene dementie, hetgeen veroorzaakt wordt door het feit, dat het belangrijkste defect bij de diverse gevallen in verschillende gebieden van de psyche te zoeken is.

Een betrouwbaar hulpmiddel, waarmee de mate van schizofrene dementie beoordeeld kon worden, wist ook Kihn niet, omdat de stoornissen van het initiatief en afstomping van het affect niet kwantitatief gemeten kunnen worden. Kihn onderscheidt de vormen van schizofrene dementie al naar de mate waarin de stoornissen komen van de kant van het affectieve leven, of initiatief, activiteit, verbaliserend vermogen, etc.

Deze stoornis van de intelligentie geeft aanleiding tot het ontstaan van een persoonlijkheidsverval. Het is in dit verband volgens Kihn en Sven Hedenberg beter te spreken van een defect-toestand, want deze uitdrukking zegt niets over het intellect, noch over de persoon. Het geeft alleen aan, dat er een defecte persoonlijkheid is, veroorzaakt door een organische beschadiging. Tot zover Kihn en Sven Hedenberg.

Bleuler heeft dus bij zijn indeling van de eindtoestanden de indeling van Kraepelin in 'Verblödung' en 'Schwachsinn' verlaten, omdat hij vond, dat deze terminologie te veel de nadruk legde op een primaire stoornis van de intelligentie, terwijl factoren als affectverlies, verlies aan initiatief en interesse e.d. het beeld uiteindelijk meer bepaalden. Ook Kraepelin zelf had daar terloops al op gewezen.

Wat alle indelers wel gemeen hebben is, dat zij de eindtoestanden zagen als te zijn veroorzaakt door een organische beschadiging. Wellicht vindt deze organische denkwijze een verklaring in het feit, dat ook in die tijd het verband gelegd werd tussen de dementia paralytica en de spirochaeta pallida, waarmee de genese van de dementia paralytica, welke tot voordien onopgehelderd was, ook een organische bleek te zijn.

Een veel strenger doorgevoerde organische denkwijze vinden wij

bij Kleist, Leonhard en volgelingen. Waar met het begrip defect bij Kraepelin en Bleuler meer een functiestoornis wordt bedoeld als gevolg van een weliswaar organische, maar niet nader te lokaliseren beschadiging, wordt de term defect bij Kleist en Leonhard echt gebruikt in de zin van een laesie, welke op een bepaalde plaats gelokaliseerd is, en welke juist door zijn lokalisatie oorzaak is van een bepaalde ondergroep van de schizofrenie.

Kleist gelooft dat de schizofrenie een ziekte is welke uiteindelijk een defect geeft van de persoonlijkheid en hij sluit alles uit van de schizofrenie wat herstelt zonder defect na te laten. Deze laatste noemt hij de degeneratiepsychose. Voor Kleist zijn de schizofrenieën ziekten van het psychische systeem en komen overeen met de neurologische systeemziekten, zoals bijv. de progressieve spieratrofie, de hepatolenticulaire degeneratie etc. Hij gelooft, dat bij deze zgn. 'psychische systeemziekten' men moet zoeken naar kernsymptomen, welke worden veroorzaakt door degeneratie van bepaalde, gesïoleerde systemen van de hersenen. Er werd een moedige poging ondernomen, welke met hersenanatomische voorstellingen werkte, maar daarnaast op de klinische observatie berustte.

Het motorische spraakcentrum van Broca was al enige jaren bekend, toen Wernicke, juist in deze tijd, het bestaan van een sensorisch spraakcentrum in de hersenen aantoonde, met behulp waarvan hij de afatische stoornissen op zuiver organische wijze kon verklaren. Het is vooral onder de invloed van Wernicke geweest, dat Kleist en Leonhard hun opvattingen over de schizofrenie ontwikkelden. Met voorbijzien van Kraepelin en Bleuler hebben Kleist en vooral zijn geestelijke erfgenaam Leonhard met groot doorzettingsvermogen en enthousiasme geprobeerd al het schizofrene steeds maar weer in lengte- en dwarsdoorsneden in te delen. Op grond van een goede observatie van het uiterlijk gedrag is dit gebeurd. Er werd echter niet gevraagd wat een bepaald symptoom voor de patiënt betekende; evenmin werd geprobeerd het uiterlijk gedrag zinvol te duiden. Elke aparte vorm welke zich op deze wijze liet separeren werd nl. direct betrokken op de aandoening van een bepaald psychisch-nerveus systeem. Volgens deze redenering is het dan ook logisch, dat deze ziektevorm, welke op scherpzinnige wijze uit de grote hoeveelheid schizofrene verschijningsvormen werd afgezonderd, in principe altijd moest duren. Was zij na enige jaren verdwenen, dan was het geen schizofrenie, maar een randpsychose. Zijn ze vanaf de aanvang periodiek, dan is het geen 'typische', maar een 'atypische' schizofrenie. Op deze wijze hield men een groot aantal typische schizofrenieën over.

In het laatste boek van Leonhard in 1957 bedraagt dit aantal

22 en daarnaast bestaan dan nog de atypische schizofrenieën en de randpsychosen. Leonhard heeft voor de typische en atypische vormen ook de erfelijke belasting onderzocht en vond, dat de atypische vormen sterker erfelijk belast waren.

Volgens Leonhard zal, wanneer men er zich alleen mee tevreden stelt de diagnose op schizofrenie te stellen, de fijnere psychiatrische diagnostiek daaronder lijden. Men zal zich dan nog verder van het doel af bewegen, hetwelk bestaat in het symptomatologisch afsplitsen in de groep der schizofrenieën van verschillende ziekten, op dezelfde wijze als Kleist er in geslaagd was door zeer fijne klinische diagnostiek de degeneratiepsychose van de schizofrenie af te grenzen. Leonhard gaat uit van wat hij noemt de extreme eindtoestanden, bij welke het proces tot stilstand is gekomen. Hij gelooft nl., dat voor het onderscheiden van de verschillende schizofrenieën slechts de eindtoestand de oplossing kan brengen. Tijdens het proces kan men moeilijker de verschillende ondervormen onderscheiden, er is dan te veel wisseling van het beeld. Na 10 jaar houdt deze wisseling evenwel op en is er een constant beeld bereikt.

De verschillende vormen, welke Leonhard van het late 'defect-stadium' van de typische schizofrenieën beschrijft (in zijn boek 'Die Defektschizophrene Krankheitsbilder') laten zich volgens hem klinisch goed van elkaar scheiden. Er bestaan geen vloeiende overgangen van de ene vorm in de andere. Het zijn werkelijk aparte syndromen. Hij stelt zich de vraag, of deze vormen alle toch een eenheid vormen, of dat zij ook verschillende ziekten vertegenwoordigen. Klinisch kan hij deze vraag niet oplossen. Hij deelt de eindtoestanden in de oude driedeling in, welke door Kraepelin al gebruikt werd, nl. in 1. paranoïde beelden, 2. hebefrene beelden en 3. katatone beelden. Er zijn 6 paranoïde defectschizofrenieën, waarvan de eerste drie, de fantasiofrenie, de hypochondrische defekthallucinosen en de verbale defekthallucinosen, een produktiviteit in de symptomatologie tonen, een pathologische vermeerdering van psychische activiteiten. Volgens Leonhard ligt aan deze vormen een defect ten grondslag in remmende psychische systemen.

Bij de andere drie paranoïde beelden, de expansieve defectparanoïd, de incoherente defectschizofrenie en de autistische defectschizofrenie, welke gekenmerkt worden door een uitval van psychische activiteit, wordt een defect aangenomen van systemen, welke normaliter prikkelend werken.

Hij onderscheidt twee soorten van defecthebefrenie, welke afwisselend een te veel en een te kort tonen aan psychische activiteit. Hier moet volgens Leonhard een antagonistisch systeem paar aangedaan zijn. Een antagonistisch systeem paar van de affectief-psychische sfeer, hetwelk de ene keer aan de ene

schakel en de andere keer aan de andere schakel gelaedeerd is, op deze wijze twee soorten hebefrene beelden gevend.

Er zijn zes defectkatatonieën, waarbij ook aanwijzingen zijn, dat een antagonistisch systeem ziek is. In latere publikaties heeft Leonhard deze indeling nog aangevuld met andere vormen, welke hij nog meende te kunnen differentiëren.

M. Bleuler beschouwt (in zijn boek: 'Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandschaft Schizophrener und Ihre gegenseitige Beziehungen') ook de toestand, welke 10 jaar na het uitbreken van de ziekte bestaat als de eindtoestand. Deze verdeelt hij in: zware 'Verblödung', zwaar defect, licht defect en genezen, onder welke laatste groep hij verstaat een sociale genezing, waarbij men de patiënt bij een oppervlakkig onderzoek niet als ziek herkent.

Ook Kraus deelt de eindtoestand in naar de mate van het defect. Hij onderscheidt: het ernstige defect en het lichte defect. Hij spreekt in dit verband van schizofrene afbraak, welke het defect veroorzaakt doordat het een litteken achterlaat.

Wat de bovenstaande indelingen, waarbij de termen Verblödung, Schwachsinn, defect en dementie gebruikt worden, gemeen hebben, is het statische. Met het indelen wordt de patiënt als het ware ook veroordeeld. Hij krijgt een bepaald en onveranderlijk stempel op zich gedrukt. Hij is en blijft verblódet, afgestompt, defect, als zodanig wordt hij behandeld wat betreft zijn toekomstmogelijkheden, als zodanig wordt hij tegemoetgetreden.

Bleuler en Kihn staan met hun opvattingen over de intelligentie-stoornissen reeds dicht bij ons dan Kraepelin met zijn 'Verblödung' en 'Schwachsinn', al legde deze, zoals reeds gezegd, ook al de nadruk op het affectiviteitsverlies.

Bellak komt in zijn omvangrijke boek over de schizofrenie tot de conclusie, dat er in het algemeen wel een intellectuele beschadiging bij schizofrenen aanwezig is, maar:

1. Deze beschadiging werd niet bij alle schizofrene groepen aangetoond, nl. niet bij de katatone en paranoïde typen.
2. Deze beschadiging is geen werkelijk deficit, maar voor het grootste deel een gevolg van niet-intellectuele factoren als aandacht, concentratie, negativisme, prae-occupatie, apathie etc.

Ik vraag mij derhalve af, of het verstandig is de termen dementie, Verblödung en defect in dit verband te gebruiken.

Hier wil ik graag Mayer-Gross aanhalen waar hij zegt:

'Steeds weer wordt men eraan herinnerd, hoe weinig de schizofreen in tegenstelling tot de uiterlijke schijn, defect is, hoe weinig dement of verarmd aan psychische mogelijkheden. De

Verblödung van een schizofreen is slechts een schijnbare afstomping, slechts een soort verdringing van potentieel behouden mogelijkheden.'

Zeker maken vele schizofrenen bij de intelligentietesten fouten, maar de manier waarop zij tekort schieten en vooral datgene, wat zij onder bepaalde omstandigheden nog weten, toont het bijzondere van hun intelligentiestoornis, een stoornis, welke zich zeker niet laat verklaren door een organisch defect, zoals wij bij de andere bekende beelden van de organische dementie kennen. Het is inderdaad vaak niet mogelijk zich te overtuigen in de test-situatie van een potentieel aanwezig zijn van intellectuele mogelijkheden. Maar de uitlatingen en handelingen, welke wij bij onze schizofrene patiënten, deze zgn. 'defectueuze persoonlijkheden', bij vaak onverwachte gelegenheden konden vaststellen, hebben ons de overtuiging gegeven, dat het begrip dementie en Verblödung bij de schizofreen iets totaal anders is dan de eindtoestand van de bekende organische ziekten en dat derhalve deze termen hier niet op hun plaats zijn.

Wat betreft de term defect is het m.i. vooral de mechanistische denkwijze van Kleist en Leonhard geweest, die aan de uitdrukking defecte persoonlijkheid de betekenis heeft gegeven van een persoonlijkheid welke 'kapot' is, niet meer in staat is tot menselijk gedrag of gevoel.

Het uitgangspunt van Kraepelin was legitiem. Hij bekeek het gedrag van de patiënt zeer nauwkeurig en op grond hiervan én van het beloop van het beeld, kwam hij tot de ziekte dementia praecox. Hij sprak zich verder niet uit over de oorzaak of wijze van het ontstaan.

Ook Kleist en Leonhard observeerden goed en meenden klinisch vele ondergroepen te kunnen onderscheiden, welke niet in elkaar over zouden gaan. Om dit te verklaren namen zij het bestaan aan van psycho-nerveuse systemen, welke beschadigd zouden worden. Op deze hypothese bouwden zij hun schizofreniebegrip, zonder zich goed te realiseren, dat hun uitgangspunt minstens twijfelachtig was. Zij maakten van een hypothese een axioma. Leonhard, en met hem vele anderen, deelt de eindtoestanden in op grond van associatiestoornissen, affectstoornissen, wanen, katatonie, etc. Het blijkt evenwel dat de patiënt in het chronische stadium deze verschijnselen als symptoom kan laten vallen. Er zit, zegt Rümke, een stuk keuze in. Het lijkt of de chronische schizofrene patiënt soms kan kiezen of hij in zijn waanwereld zal leven, of in de reële wereld. Een acute schizofreen leeft in zijn waanwereld, terwijl de chronische patiënt met zijn waanwereld leeft. Het lijkt soms, of de patiënt een bepaalde vorm van omgang kiest, om als het ware zijn 'tekortschieten' af te dekken. Voor dit 'tekortschieten', voor dit man-

co, dat ons nog als ongeneeslijk voorkomt, hebben wij vooralsnog geen goede bevredigende omschrijving.

Maar waar dit manco wisselt, zowel van omvang als inhoud, menen wij dat de term defect hier niet op zijn plaats is, een verkeerde gedachten-associatie oproept.

Wanneer wij ons veel met de patiënten bezighouden, hen proberen te resocialiseren, en te brengen in een milieu waarvan een appèl uitgaat de realiteit in zich op te nemen, en wanneer wij hun een intensieve psychotherapie geven, dan zien wij een grote beweeglijkheid in de beelden. Met de termen defect en Verblödung treffen wij zeker niet het schizofrene in de patiënt. De klinische symptomatologie welke aanleiding is geweest de patiënt een dergelijk praedicaat te geven werd, en wordt ook nog thans, voor een belangrijk deel veroorzaakt door een hospitalisatie en een social deprivation.

In dit verband wil ik graag aan U voorstellen patiënt v. D. Patiënt van D., geboren in 1906, is de tweede uit een gezin van 5 kinderen. De vader, die landarbeider was, werd beschreven als een zonderling. Deze kreeg toen hij 61 jaar oud was een vervolgingswaan, hij verwondde zijn vrouw met een mes en verdronk zich. Hij werd nooit opgenomen.

Een zuster van de vader is krankzinnig gestorven volgens de berichten. Zij werd nooit opgenomen.

Een oom van de vader was ook krankzinnig. Werd ook nooit opgenomen. Een zuster van de vader was eveneens een zonderlinge figuur.

Patiënt is, volgens de beschrijving van een broer, vanaf zijn vroege jeugd anders geweest dan de overige broers: hij was driftig, onbeheerst, en leidde een wat teruggetrokken bestaan. Op zijn twaalfde jaar werd hij opgenomen in een inrichting voor moeilijk opvoedbare kinderen, alwaar hij ongeveer anderhalf jaar verbleef. Patiënt was de beste leerling van de klas; de lagere school werd dan ook zonder doubleren doorlopen.

Patiënt is van beroep bakker. Als zodanig heeft hij enige jaren gewerkt op een boterspritsfabriek, voordat hij ziek werd. Hij kreeg goede getuigschriften. Patiënt las veel diepzinnige boeken, vooral over politiek en godsdienst. Hij had over alles zo zijn eigen mening, en debatteerde graag.

In 1935 kwam hij zonder werk. Hij ging het huishouden doen bij twee ongehuwde broers. Patiënt was toen al erg vreemd. Hij sprak latijn, wat hij zichzelf geleerd had. Hij kocht een alpinopetje en gedroeg zich als een baron. Hij sprak voorspellingen uit, schreef briefjes aan de pastoor en de dokter om hun te vertellen dat ze bepaalde zaken niet goed deden. Thuis trad hij steeds meer autoritair op. Hij was 's nachts onrustig,

kwam zijn bed uit en spookte rond. Hij wilde de leveranciers niet meer betalen.

In 1939 werd patiënt opgenomen in de Psychiatrisch Neurologische Kliniek te Utrecht, in een opwindingstoestand, met agressieve buien en met incohaerent denken. Patiënt hallucineerde en toonde een uitgebreid waansysteem. Men overwoog als diagnose: 1. degeneratie-psychose; 2. schizofrenie. Patiënt werd na een somnifeen-slaapkuur in oktober 1939 overgeplaatst naar het Willem Arntsz Huis.

In vogelvlucht wil ik U een indruk geven van het verloop in de volgende 23 jaar.

4 oktober 1939: Opname in Willem Arntsz Huis. Patiënt spreekt wartaal en verkeert in een opwindingstoestand.

5 oktober 1939: Patiënt is goed georiënteerd. Geen spoor ziekte-inzicht. Vervolgings- en expansieve waandenkbeelden. Wonderlijke neologismen.

9 oktober 1939: Onberekenbaar. Infantiel, weinig affect.

12 oktober 1939: Incohaerent, doet fantastische verhalen. Hij is de reïncarnatie van Marco Polo e.d.

November 1939: Patiënt is nog steeds expansief; hij is de baas over Utrecht en de hele kliniek.

Februari 1940: Patiënt is rustiger, houdt zich erg afzijdig. Hij is zeer lui en traag. Hij zegt, dat hij van hoge komaf is.

Maart 1940: Diagnose: schizofrenie. Neologismen, met wisselende en expansieve bizarre grootheidswanen. Patiënt is volkomen ongeschikt voor het maatschappelijk leven.

April 1940: Patiënt is gaandeweg tot rust gekomen, blijft incohaerent en neologistisch. Hij leeft eenzaam, zonder belangstelling voor zijn omgeving. Hij is affect-arm. Patiënt is in een schizofrene defecttoestand, en niet in staat op eigen benen te staan.

April 1941: Chronische waandenkbeelden van expansief karakter, neologismen en bizarre gedragingen. Patiënt is ontoegankelijk en affectstijf.

1942: Lui en slordig. Zeer in zichzelf gekeerd.

1942 tot 1956: 'Geen bijzonderheden, in rust', aldus de verpleeg-rapporten over patiënt.

1956: Soms opgewonden. Spreekt wartaal. Geen ziekte-inzicht, affectloos, incohaerent. Leeft geheel op zichzelf.

Oktober 1960: Opname in de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek. Patiënt was zeer geremd, autistisch en sprak incohaerent. Er was geen contact met hem te krijgen. Opvallend was dat hij over zichzelf altijd in de derde persoon sprak. Patiënt hallucineerde veel. Van de inhoud van zijn waanwereld werd niets bekend gemaakt.

Februari 1961: Patiënt is iemand, die een zeer aanzienlijke verbetering ondervindt van de overplaatsing. Hij is zaterdag jl. voor het eerst met een broeder een wandeling gaan maken. Hij keek overal rond, lachte baby's in kinderwagens vriendelijk toe. Hij observeert goed. Hij heeft moeite om zich, na jarenlang niet buiten te zijn geweest, weer aan te passen in de stad. Hij wil een aansteker kopen, maar durft niet. Is overal in geïnteresseerd. Hij zegt: 'Er is in 20 jaar heel wat veranderd.' Patiënt spreekt altijd over zichzelf in de derde persoon.

Maart 1961: Op bezoek geweest bij de zuster thuis. Patiënt zat te hallucineren. Patiënt is soms geestig in zijn opmerkingen. Toen bij een medepatiënt de nagels geknipt werden, zei hij: 'Hij wordt gekortwiekt'. Goed contact. Bij een gesprek over zijn bezoek aan een zuster glunderen zijn ogen.

April 1961: De blik van patiënt is opener. Hij genoot van een bustocht zonder dat hij veel zei. Patiënt is er eindelijk toe kunnen komen een aansteker te kopen en gebruikt deze nu vol trots. Het gebruik van 'zegt-ie', pratend over zichzelf, wordt minder. Het is wellicht mogelijk, dat dit niet een uiting van dubbele oriëntatie is, maar een hospitalisatiefenomeen van een patiënt, die uitsluitend over zichzelf in de derde persoon hoort spreken, door de verpleging die zich tolk maakt van zijn gevoelens en zijn moeilijk hoorbare uitingen.

Mei 1961: Patiënt praat vaak erg verward. Hij is een keer niet gaan wandelen met de zuster en zegt daarover: 'Ja zeg, als er eens iemand wat zegt mag ik wel eens alleen, ik kan het gekkenhuis wel weer terugvinden zeg.'

Juni 1961: Gaat nu uit wandelen onder de hoede van een medepatiënt, en geniet daar erg van. Praat vaak over visen. Er is gezorgd dat patiënt een visakte en hengel krijgt. De visakte heeft patiënt zelf van het stadhuis gehaald.

Juli 1961: Patiënt heeft thans vrij-wandelen, maakt daar ruim gebruik van. Omdat hij vaak te laat thuiskomt, krijgt hij een oud horloge mee. Daarna is hij op tijd thuis. Patiënt kijkt zeer geïnteresseerd naar televisie-uitzendingen, hij hallucineert dan niet.

Augustus 1961: Patiënt lijkt graag te discussiëren, maar kan er door zijn gestoord taalgebruik weinig van maken. Dit hindert hem zichtbaar.

September 1961: Patiënt heeft na enige aarzeling nieuwe schoenen gekocht. Hij komt er moeilijk toe geld uit te geven. Patiënt werkt in het groente-huis, men is daar tevreden over zijn arbeid; hij is vlijtig en redelijk nauwkeurig. Patiënt beleeft zijn werk als doeleloos.

Oktober 1961: Gedrag op zaal: weinig actief, zit veel in een stoel. Gedrag naar buiten: patiënt wandelt veel, komt vaak te laat. Hij heeft veel steun nodig. Gepoogd zal worden patiënt buiten de inrichting in een bakkerij werkzaam te doen zijn.

November 1961: De indruk bestaat dat alles moeilijk is voor patiënt. Men kan een goed gesprek voeren over zijn bakkersvak, doch hij praat erover alsof men het over een verloren zaak heeft.

Januari 1962: Patiënt hallucineert veel. Hij maakt een ziekere indruk. In verband met een dubbelzijdige liesbreuk wordt de indicatie tot een operatie gesteld. In een verrassend reëel gesprek geeft patiënt toestemming tot operatie. Een en ander geeft helaas een vertraging in de resocialisatie van patiënt.

Februari 1962: Na de operatie lijkt patiënt achteruit te zijn gegaan, hij trekt zich terug, er is weinig contact mogelijk. Zijn horloge is gestolen, hetgeen voor patiënt een ernstige teleurstelling is.

April 1962: Enige verbetering merkbaar. Patiënt neemt zelf het initiatief te gaan wandelen. Hij koopt zelfstandig een overhemd. Patiënt gebruikt geen psycho-farmaca.

Juni 1962: Patiënt krijgt werk bij een bakker. Hij past zich in zijn nieuwe werkkring goed aan, ook wat betreft de samenwerking met de rest van het personeel. Vergeleken bij de vorige maanden is patiënt opgewekter en toont meer initiatief.

Juli 1962: Volgens inlichtingen voldoet patiënt goed in zijn nieu-

we werkkring. Hij bakt koekjes en brood. Hij levert een volwaardige arbeidsprestatie. Patiënt is er bijzonder op gesteld nu salaris te ontvangen. Hij gaat direct sparen voor de aanschaf van een fiets. Hij is zichtbaar trots nu weer ingeschakeld te zijn in het arbeidsproces buiten de inrichting.

Augustus 1962: Patiënt is in staat gebleken aan zijn chef enige aanwijzingen te geven, welke geleid hebben tot een geringe verbetering van de produktie van bepaalde gebakjes. Hij houdt zich stipt aan de arbeidstijden. Hij toont veel belangstelling voor alle nieuwe dingen, die sedert 28 jaar in het bakkerij-bedrijf zijn ingevoerd.

September 1962: Er is bij patiënt een duidelijke vooruitgang te constateren in zijn ambities. Zijn gedragingen in het openbaar gaan een steeds lossere karakter dragen. Men kan hem somtijds aantreffen in een bepaalde cafetaria.

Oktober 1962: De familie van patiënt, waar hij geregeld op bezoek komt, constateerde een belangrijke vooruitgang in zijn sociale gedrag. Hij neemt soms bloemen mee en presenteert sigaretten.

In tegenstelling tot bij zijn opname in onze afdeling, zou patiënt van D. in zijn tegenwoordige toestand door de bovengenoemde indelers waarschijnlijk niet meer verblódet genoemd worden. Toch noemt iedereen hem nog, ook wij, schizofreen. Het typisch schizofrene is zoals Rümke zegt, niet onder woorden te brengen, het is een vormprobleem.

Wij volgen Berze, die de eindtoestanden niet in bepaalde groepen indeelt. Hij kent geen 'gronddefect' van de defecttoestand. Hij zegt hierover: vele mogelijkheden tot ontplooiing van de potentiële persoonlijkheid gaan niet meer over in de actuele persoonlijkheid, hetzij omdat zij moeilijker te actualiseren zijn, hetzij dat tegengestelde tendensen van de verstarde persoonlijkheid dit onmogelijk maken. Vele mogelijkheden schijnen geheel verloren te zijn gegaan. Bij bepaalde gelegenheden blijkt echter plotseling toch dat er nog aanwezig zijn en dat er alleen een veel sterkere prikkel nodig is om hen in het actuele te roepen. Dit is de reden, dat de schizofreen ons 'affectief afgezwakt' lijkt. Waarschijnlijk is er niets van datgene wat eenmaal de potentiële persoonlijkheid toebehoorde, verloren gegaan. Maar aan de andere kant is het uit de gezonde tijd stammende nu voor het grootste deel bedolven, is het overdekt door tendensen, welke zich onder de inwerking van het aktieve proces ontwikkeld hebben. De persoonlijkheid van de zieke komt ons inderdaad als bekrompen voor, met zijn armoede aan inte-

resse, zijn ondanks alle produktiviteit armzalig geestelijk niveau, met zijn beperkte geestelijke horizon, zijn onberoerd blijven door alles wat de wereld van de gezonden wel beweegt, zijn onmacht tot vreugde en medelijden, en zijn handelen dat vaak tot in de kleinigheden automatisch verloopt.

Wyrsh zegt in zijn boek 'Die Person des Schizophrenen' dat de hedendaagse psychiater geneigd is de eindtoestanden te beschouwen als ongeschikt voor onderzoek en behandeling. Elke psychiatrische inrichting heden ten dage probeert acute gevallen op te nemen. Toch heeft Kraepelin de ziekte dementia praecox als een nosologische eenheid af kunnen grenzen juist door de observatie van chronische toestanden. De laatste 30 jaar genieten evenwel de acute gevallen in de psychiatrie de voorkeur bij het onderzoek, vandaar dat men ook geen aandacht gehad heeft voor een bezinning op de oude terminologie. Men heeft de termen van de oude onderzoekers overgenomen en spreekt zo nog van 'Verblödung', defect, etc.

Bij het chronische beeld interesseert men zich niet meer zo voor de diverse symptomen afzonderlijk, maar meer voor het feit hoe de chronische zieke zich met deze symptomen gedraagt, hoe hij zich aan de veranderde eigen wereld aanpast.

Met Mayer-Gross zegt Wyrsh dat het beeld uiteindelijk afhangt van het prae-morbide karakter en de levensgeschiedenis van een bepaalde persoon. Schrijver wil niet indelen in van elkaar onafhankelijke groepen. Hij gelooft ook niet, dat de vanouds onderscheiden driedeling in paranoid, hebefrenie en katatonie van elkaar gescheiden en onafhankelijke vormen zijn.

Wanneer hij de chronische gevallen toch in bepaalde groepen samenbrengt, dan gebeurt dit alleen om een zekere ordening te krijgen. Hij doet dit dan op grond van bepaalde, op de voorgrond tredende symptomen als hallucineren, waanvorming, autisme, etc. Tussen de groepen zijn echter overgangsvormen. Hij onderscheidt dan paranoïde beelden, hallucinatoire beelden, hebefrene beelden en katatone beelden. Dit is dus geen indeling die poogt de mate van beschadiging van de persoon te rubriceren, maar slechts een groepering van de symptomatologie.

De acute schizofreen, zegt Wyrsh, beleeft zijn waan en hallucinaties als iets, dat alleen hem aangaat en niemand anders. Anderen beleven dit of helemaal niet, of op een totaal andere wijze.

Bij de chronische schizofreen bestaat het idee, dat gezonde mensen ook weet hebben van zijn hallucinaties en wanen, maar dat zij uit een oogpunt van boosaardigheid of sluwheid doen alsof zij er geen kennis van hebben. Dit, zegt Wyrsh, is een gunstig teken, het laat zien dat de chronische patiënten meer

deelhebben aan de realiteit.

Wyrsh vraagt zich af, of er een onderscheid gemaakt mag worden tussen een proces-gebeuren en een toestand. Is het zo, dat er aan de acute fase een acuut psycho-fysisch proces ten grondslag ligt, hetwelk bij de chronische gevallen sluipend en afgezwakt verder gaat of tot stilstand komt? Wyrsh gelooft, dat er een stilstand bereikt wordt, dat het proces niet altijd doorgaat. Voor wat betreft het psychische deel van het proces meent hij dit zeker te kunnen vaststellen uit wat hij noemt de 'grondstemming', welke laatste in de chronische fase een einde neemt.

Voor wat het somatische betreft kan hij het voortschrijden niet onmiddellijk vaststellen. Tegen een blijvende aktiviteit van het somatische deel van het proces vindt hij pleiten het feit, dat de schizofreen niet aan zijn ziekte te gronde gaat.

Mayer-Gross bestempelt elk schizofreen beeld als een eindtoestand, waarbij de ziekte als proces, voor langere tijd tot rust is gekomen, er een betrekkelijke stabiliteit is ingetreden en waarbij de zieke probeert zich met zijn symptoom te integreren. Er worden door de patiënt, vanuit krachten in zijn persoonlijkheid die naar gezondheid streven, pogingen ondernomen om met zijn waanwereld aansluiting te zoeken aan de realiteit. Het zijn vooral Mayer-Gross, Mauz en Max Müller geweest, die hier het eerst op wezen. Zij beschreven de tendensen die er toe voeren, dat de patiënt na zijn acute proces leert in plaats van *in* zijn waanwereld *met* zijn wanen te leven. In het begin van het acute proces komt de waan tot stand door wensvervulling, compensatie en afwijzing van de drijfveren, welke voor het 'ik' in regressie, niet te accepteren zijn. In de waan wordt een oplossing gezocht van pre-psychotische conflicten. In dit stadium van diffuse waanstemming komt de waan over de patiënt, overspoelt hem.

In een latere, rustiger fase, gaat de patiënt de waan systematiseren, in welk feit Max Müller al een tendens tot genezing ziet.

In het eindstadium, wanneer de patiënt komt tot aansluiting met de realiteit, is het van vitaal belang de psychische belevingen van de psychose niet meer aan de oppervlakte te laten komen. Er is dan een aktieve, de zieke zelf vaak niet eens bewuste neiging, deze belevingen terug te houden. De waan-inhouden worden teruggedrongen in de periferie van het bewustzijn. Zij blijven evenwel nog als een vage schaduw aanwezig, met de altijd parate dreiging, dat zij weer in het centrum van het bewustzijn zullen doordringen. Zij moeten door een immer aktieve krachtsinspanning worden teruggehouden. Wanneer een aktivering dreigt, doordat iemand de waan-inhou-

den weer ter sprake brengt, voelt de patiënt zich hevig bedreigd en reageert met sterke afweer.

De patiënt zegt zich van de inhouden niets te herinneren, ontkent hun bestaan of zegt dat zij destijds een gevolg zijn geweest van bijv. de medicijnen. Ook wordt de waan-inhoud wel verdrongen tot in het onbewuste, waarbij er een echte amnesie voor bestaat.

Mayer-Gross onderscheidt nog een andere vorm van distantieering van de waanwereld, nl. die van de betekenisverlening. De patiënt gaat alle inhouden van zijn waan zien als iets dat in zijn leven een rol gespeeld heeft, als een soort roeping, zending of opdracht. Hij ziet wel in dat de inhoud van de waanwereld alleen hem als realiteit voorkomt, maar dat komt dan omdat deze 'realiteit' alleen voor hem bedoeld is. De gebeurtenissen in zijn waan worden tot een soort spel van zijn bestaan, van waaruit het leven van voor zijn ziekte alsook van dat er na, verschijnt in een geheel nieuw daglicht. De ervaringen van zijn psychose hebben op deze wijze geleid tot een ommekeer van zijn bestaan. Door op deze wijze zijn waan te beleven is het de patiënt mogelijk deel te gaan hebben aan de realiteit en daarin ook te functioneren.

Nog een andere mogelijkheid bij patiënten, bij wie de verdringing en de betekenisverlening niet lukken, vormt de isolering van de waan. Het zouden vooral de oudere schizofrenen zijn, die op deze wijze tot aanpassing aan de realiteit pogen te komen. De pathologische waanwereld wordt als een apart deel van de persoonlijkheid meegesleept, als een onoverkomelijk kwaad, welk echter geen invloed op het handelen in het dagelijks leven meer uitoefent, en welke de zieke nauwelijks nog schijnt te interesseren. Deze waanwereld blijft jarenlang stationair, er wordt niets meer aan toegevoegd. De persoonlijkheid, die weer deel heeft aan de realiteit, is evenwel niet in staat tot een totale correctie, verdringing of betekenisverlening. Hij zondert de waanwereld alleen van zich af en geeft hem een soort apart bestaan. Op bepaalde momenten, vooral als de zieke zich onbespied waant, kan men hem nog aantreffen in gesprek met zijn stemmen. Hij kan dit echter ook elk ogenblik achterwege laten. Mayer-Gross spreekt in dit verband van een 'Spaltung im Längsschnitt'.

Al deze pogingen komen voort uit tendensen in de persoon tot genezing, tot een deel hebben aan de realiteit, waarbij eerst het schizofrene door de patiënt verwerkt zal moeten worden. Mauz gebruikt hier de termen gecompenseerde toestanden, een term, waarvoor ik gaarne een lans zou breken, al laat ook deze term ons al spoedig in de steek om weer te geven wat precies wordt bedoeld. Het gaat evenwel meer om het begrip

dat er achter schuil gaat dan om de strikte betekenis van de term als zodanig. Een gecompenseerde schizofreen is dan een patiënt aan wie het gelukt is met een bepaalde stellingname t.o.v. zijn wanen, deel te krijgen aan de realiteit. Een gede-compenseerde schizofreen is dit niet gelukt, of nog niet, of nog maar voor een klein deel. Hij is misschien onderweg om dit te bereiken.

Wanneer wij de beelden beschouwen nadat de acute fase van het schizofrene proces heeft opgehouden, zien wij dat er zeker geen statische toestanden overblijven maar beelden, die via deze altijd mogelijke genezingstendensen zeer beweeglijk zijn. Hierom alleen al lijkt het mij niet goed te spreken van eindstadia, of te proberen deze beelden in te delen. Wanneer wij ze indelen verliezen zij hun dynamisch karakter. Het is juist dit dynamische karakter dat ons in de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek is opgevallen. De genezingstendensen bij de schizofrene patiënt laten ons, ook na de acute fase, een patiënt zien in beweging. Deze beweging kan zeker gestimuleerd of soms in gang gezet worden door een intensieve psychotherapie, farmacotherapie en vooral door een resocialisatie. Ook het milieu waarin de patiënt verkeert, kan bepalen of hij gecompenseerd is of niet.

Mayer-Gross, Mauz en met hen vele anderen, zijn van mening dat de mate waarin deze genezingstendensen tot enig succes leiden, in eerste instantie afhankelijk is van het prae-psycho-tische karakter van de patiënt. Mauz bijv. onderscheidt eigenschappen aan de persoonlijkheid welke werken in de richting van een compensatie, te weten:

1. Een goed gefundeerde en evenwichtige instelling ten opzichte van de buitenwereld, met een warm, open, naar buiten gericht temperament. Een karakter, dat gericht is op de buitenwereld en dat geneigd is tot aanpassing.
2. Een veelheid en verscheidenheid van strevingen en mogelijkheden. Dit karakter toont overeenstemming met het pyknische type.

Als eigenschappen van de persoonlijkheid welke neigen tot een blijvende decompensatie noemt Mauz:

1. Een reeds praemorbide bemoeilijkte en gestoorde relatie tot de buitenwereld. Een naar binnen gericht temperament, dat prikkelbaar is.
2. Eenzijdigheid, starheid en eenvormigheid van de strevingen en mogelijkheden.

Een systematisch onderzoek van de schizofrenen in een stadium van compensatie ontbreekt tot op heden. De beelden in dit stadium verschillen zeer, misschien zijn zij nog meer van elkaar verschillend dan de beelden, die in de acute fase gezien wor-

den. Om te komen tot een beschrijving van schizofrenen in het stadium van compensatie kunnen wij het beste uitgaan van kenmerkende symptomen, en ons afvragen of deze in de gecompenseerde toestand voorkomen, en zo ja, in welke vorm:

1. Resten van de denkstoornis vinden wij bij de gecompenseerde schizofreen in de vorm van onnauwkeurigheid, vaagheid, een mijden van het concrete, een voorliefde voor algemene thema's van filosofisch-wereldbeschouwelijke aard. Aan de andere kant zien wij in de neiging tot het debiteren van flauwe grapjes, die vele schizofrenen hebben, een rest van de denkstoornis.
 2. Een stoornis der aktiviteit in de vorm van een verarming van de impulsen beheerst vaak het beeld. De patiënten zijn bij hun werk opvallend gauw moe, en gaan na het werk vroeg naar bed. Zij hebben een zeer beperkte interesse. Vaak ook vindt men onbestemde hypochondrische klachten, welke in samenhang staan met het aktiviteitsverlies.
 3. Het meest bekend zijn de affectieve veranderingen. Men spreekt in dit verband ook vaak van karakterveranderingen. De zin voor takt en voor een genuanceerde opbouw van betrekkingen schijnt verloren. Kleine oorzaken kunnen tot grote affectuutbarstingen aanleiding geven. Het gebrek aan een affectieve resonantie wordt vaak als egoïsme aangeduid. Is het misschien niet zo dat er een teveel aan affectieve beleving is, waarvoor noodzakelijk ter bescherming van de persoon een afkapseling moet komen, welke ons als een schijnbare kilheid voorkomt? Ik geloof dat de schizofrene patiënt zéér gevoelig is, zeer kwetsbaar.
 4. Hallucinaties blijven vaak aanwezig. Zij behoeven niet in een waan verder verwerkt te worden, maar zijn aanwezig als een slechte gewoonte, een onvermijdelijk kwaad, waaraan vaak weinig aandacht wordt geschonken, of welke als een geheim verborgen wordt gehouden.
 5. Als psycho-motorische restverschijnselen ziet men vaak nog een zekere stijfheid in de houdingen en bewegingen. Een gratieverlies. Een verarming aan mimische uitdrukkingsmogelijkheden, een gemaniëreedheid.
 6. Wat betreft de waanvormende instelling ziet men vaak nog een typische angst voor mensen, een neiging tot paranoïde reacties, een neiging tot afzondering.
Het gaat hier dan niet om een rationele bewerking van de inhouden uit de acute psychose, het is nog een neiging tot nieuwe waanvorming, welke als restsymptoom voortbestaat.
- Met deze beschrijvingen van de belangrijkste symptomen, is de vormenrijkdom van de gecompenseerde schizofreen allerminst gegeven. De meest verschillende psycho-pathologische symptomen

kan men als restverschijnselen vinden. Naast toestanden van gewone neurasthenie zien wij vaak hypochondrische beelden, neiging tot hysteriforme reaktiewijzen, psychopathische beelden, etc. De anamnese kan vaak slechts het onderscheid laten zien en ons doen besluiten tot de aanname van een schizofreen proces. Daarnaast zijn er dan nog de gedecompenseerde schizofrenen, zij die nog geheel of grotendeels leven in hun eigen autistische, of wat wij noemen schizofrene wereld. Misschien is er bij hen nog een te grote aktiviteit van de ziekte. Of misschien is het proces wel tot rust gekomen, maar hebben zij door aanleg of andere oorzaken te weinig mogelijkheden tot compensatie. Misschien hebben wij schuld door ons aandeel in de hospitalisatie, of door een tekortschieten in het bieden van de hulp waarom de patiënt vraagt.

Summary

Discussed are the experiences with 50 chronically schizophrenic patients of the Second Psychiatric Clinic of the University in Utrecht. Intensive fight against the hospitalization-syndrome and attempts at resocialization prove that the clinical pictures in these more advanced stadia of schizophrenia are surely not static but dynamic.

That's why terms as defect, demented and 'verblödet', as indication for the picture of the chronically schizophrenic patients are dismissed, since these terms recall associations with the irreversible clinical syndroms which are a direct effect of an cerebral-organic injury, as for instance the dementia paralytica.

Literatuur

- Bellak, L., *Schizophrenia: A review of the syndrome*, hoofdstuk 6: Psychological studies.
- Berg, J. H. v. d., *De betekenis van de fenomenologische of existentiële anthropologie in de psychiatrie*, proefschrift in 1946.
- Berze, J., Gruhle, H. W., *Psychologie der Schizophrenie. Monographien aus dem gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 55.*
- Bleuler, E., *Handbuch der Psychiatrie. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien.*
- Bleuler, M., *Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandschaft Schizophrener und Ihre gegenseitigen Beziehungen.* Thieme Verlag, Leipzig 1941.
- Diem, O., *Die Einfach demente Form der Dementia Praecox.* *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1903, band 37, blz. 111-187.
- Edelmann, R., *Untersuchungen zur Unterteilung der schizofrenen Endzustände.* *Allgemein Zeitschrift für Psychiatrie und Ihre Grenzgebiete.* 1942, band 119-120, bz. 24.

- Ey, H., Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 1958, band 10 blz. 433.
- Fish, F. J., The classification of schizophrenia (the views of Kleist and his co-workers). *Journal of mental science*. July 1957, vol. 103, blz. 443.
- Fleck, U., Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenia. *Arch. Psychiatrie* 85, S 705/1928.
- Hedenberg, S., Die verschiedenen Formen der Schizophrenie und das physiologische Altern. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und Ihre Grenzgebiete*, 1942, Band 122, blz. 232.
- Kihn, B., *Die Schizophrenie. Handbuch der Erbkrankheiten*, Band 2, Thieme Verlag, Leipzig 1940.
- Kleist, K., Schwab, H., Die verworrenen Schizophrenie auf Grund katamnestischer Untersuchungen. *Arch. für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie*. Band 184, S. 28. 79 (1950).
- Kraepelin, E., *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Band IV, Teil III. Klinische Psychiatrie. Leipzig 1915, achte Auflage.
- Kraus, G., Het lichte schizophrene defect. *Ned. tijdschrift voor Geneeskunde*. 1956, band I, 391.
- Leonhard, K., *Die Defektschizophrene Krankheitsbilder*.
- Leonhard, K., Organisches und Psychogenes bei den schizophrenen Endzustände. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1933, band 145, blz. 555.
- Leonhard, K., Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und Ihre Grenzgebiete* 1942. Band 120, blz. 1.
- Mauz, F., Der kompensierte und dekomensierte schizophrene Defekt, Prognose und Therapie, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1930, band 26, blz. 104.
- Mayer-Gross, W., Ueber das Problem der typischen Verläufe. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1922, band 78, blz. 429.
- Mayer-Gross, W., Beiträge zur psychopathologischen schizophrenen Endzustände. Ueber Spiel, Ironie und Humor in der Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1921, band 69, blz. 332.
- Mayer-Gross, W., Zur frage der Demenz Schizophrener Endzustände. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Band 69, 1922.
- Mayer-Gross, W., Primäre und sekundäre Symptome in der Schizophrenie, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1930, band 124, blz. 647.
- Mayer-Gross, W., *Die Klinik. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*. Band 9: Die Schizophrenie. Springer Verlag, Berlin 1932.
- Müller, M., Ueber Heilungsmechanismen in der Schizophrenie, *Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie und Ihre Grenzgebiete*. Heft 57. Berlin 1930.
- Rümke, H. C., Psychiatrie deel II: hoofdstuk 25: Schizophrenie. Scheltema en Holkema N.V., Amsterdam. 1960.
- Rümke, H. C., *Het kernsymptoom der schizofrenie en het praecoxgevoel*. Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema, 1948.
- Rümke, H. C., *De 'kliniek' der schizofrenie*. Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema, 1948.
- Rümke, H. C., *Het levenswerk van Kraepelin (de betekenis voor de huidige sociale psychiatrie)*. Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie.
- Schneeman, R., Bevindingen en suggesties uit het psychologisch test-onderzoek van tien chronisch schizophrene patiënten. *Voordrachtenreeks van de Ned. Ver. van psychiaters in dienstverband*, nr. 4; 1960.
- Widermuth, H., Schizophrene Endzustände. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1938, band 163, blz. 643.

- Wilmanns, K., Die Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1922, band 78, blz. 325.
- Wyrsch, J., *Die Person des Schizophrenen*. Verlag Paul Haupt, Bern 1949.
- Wyrsch, J., *Die Klinik der Schizophrenie. Psychiatrie der Gegenwart*. Band II: Die Klinische Psychiatrie, 1960.
- Wyrsch, J., Beitrag zur Kenntnis schizophrener Verläufe. Ueber Schizophrenien mit langen Zwischenzeiten. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1941, band 172, blz. 797.

OVER TOEDIENINGSFREQUENTIE VAN PSYCHOFARMACA

door Dr. F. HIDDEMA en J. POLS, zenuwartsen. Uit het psychiatrisch ziekenhuis „Licht en Kracht” en „Port Natal”, Assen (geneesheer-directeur K. Visser)

Inleiding

Sedert de ontdekking van de moderne psychofarmaca krijgen de meeste patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis deze medicijnen toegediend, met als gevolg dat onder meer gedragsafwijkingen, stemmings-stoornissen, hallucinaties en wanen beter kunnen worden bestreden.

Afgezien van het gunstige effect van de psychofarmaca, zijn er echter ook nogal eens nadelen verbonden aan het gebruik, zoals bijv. het optreden van overgevoeligheidsreacties, extrapyramidale verschijnselen, tensiewisselingen en bloedafwijkingen. Als een relatief gering, maar wel steeds terugkerend bezwaar moet ook de op traditie berustende 3x dagelijkse toediening van de medicatie worden genoemd. Dit brengt, zowel voor de patiënt als voor de verpleging, ongerief met zich: voor de patiënt bijvoorbeeld het vaak als beschamend beleefde gevoel herhaaldelijk geconfronteerd te worden met het feit, dat op soms ongelegen momenten tabletten of pillen moeten worden ingenomen; voor de verpleging het frequente klaarzetten en uitdelen ervan. Geldt dit voor patiënten die tranquillizers en neuroleptica gebruiken, het geldt evenzeer voor patiënten die anti-epileptische medicatie nodig hebben.

Wij hebben ons daarom afgevraagd, of een toediening 3x dagelijks van de medicijnen inderdaad nodig is om een gunstig effect te waarborgen, of dat wellicht met een 1x, of zonodig met een 2x dagelijkse toediening kan worden volstaan, zonder dat dit afbreuk doet aan het resultaat van de medicatie; immers een 3x dagelijkse toediening lijkt weinig zinvol omdat ze meestal plaatsvindt tijdens de maaltijden, om ongeveer 8, 13 en 18 uur, dat wil zeggen zich uitstrekt over de helft van het