

KLINISCHE DEMONSTRATIE MET ENKELE KANTTEKENINGEN

door PROF. DR. A. L. JANSE DE JONGE. Valeriuskliniek, Amsterdam

Dames en heren,

I Vandaag wil ik U een patiënt voorstellen die ons diagnostisch nogal voor moeilijkheden geplaatst heeft. In aansluiting aan de demonstratie van de patiënt wil ik voorts enkele problemen die hierbij gerezen zijn nader onder ogen zien.

Het betreft een jonge man van 29 jaar die enkele maanden geleden werd opgenomen (nr. 30365). Uit de voorgeschiedenis van d patiënt valt het een en ander te vertellen dat voor ons oordeel over de situatie in haar geheel bijzonder belangrijk is. Patiënt is het eerste van 2 kinderen en werd geboren na een zware bevalling. De vader wordt gekenschetst als bedaard en evenwichtig, de moeder is nerveus, overgevoelig en onevenwichtig. De eerste kinderjaren van patiënt verliepen zonder veel bijzonderheden; wél was reeds bij de geboorte opgevallen dat er een dubbelzijdig cryptorchisme bestond. Wegens Engelse ziekte werd hij veel met hoogtezon en levertraan behandeld. Omstreeks het derde jaar had hij perioden van nachtelijke angsten; ook later hilde hij gauw en veel. Vanaf zijn 7e jaar deden zich enkele merkwaardige moeilijkheden voor. Patiënt werd pathologisch dik, de cryptorchismus bestond nog en hij had een te kleine penis. De huisdokter kwam tot het besluit dat hier langs hormonale weg ingegrepen moest worden. Tot zijn 14e jaar kreeg hij daarom geregeld 2 á 3 x per week pregnylinjecties, jaren lang zonder veel resultaat. Hij bleef tamelijk traag, overgevoelig, kwetsbaar, verlegen en schuchter. In de puberteit ontwikkelde zich daarbij hoogte- en watervrees, terwijl hij ook bang voor onweer werd. Patiënt bezocht de christelijke school, waar zijn vorderingen beneden peil waren. Hij ging weliswaar op bijna 15-jarige leeftijd vanuit de achtste klas van school, doch hoorde eigenlijk niet thuis in deze klas. Met het oog op zijn grootte en leeftijd was hij maar verhoogd. In de klas veroorzaakte hij geen last. Na de lagere school deed patiënt toelatingsexamen voor de ambachtsschool, waarvoor hij inderdaad slaagde. Al heel gauw bleek echter dat het op de ambachtsschool niet ging, reden waarom hij na een maand de school verliet. Hierna werd hij tewerk gesteld bij een betonmaatschappij waar hij na een periode van 3 maanden werd ontslagen omdat er geen werk meer was en in verband met intredende vorst. Vervolgens kwam patiënt aan het werk bij een isoleerbedrijf, waar zijn vader eveneens werkzaam was.

In 1947 maakte patiënt zich schuldig aan het plegen van onachtzame handelingen met een 9-jarig meisje, dat in de opslag-

plaats werd gelokt waar hij voor zijn baas werk had te verrichten. Tot ernstige handelingen zou het evenwel niet zijn gekomen. „Pro Juventute” adviseerde patiënt niet te vervolgen. Door zijn ouders zou patiënt nimmer sexueel zijn voorgelicht. Door de verhalen die hij afluisterde van andere jongens op zijn werk werd hij nieuwsgierig. Als gevolg hiervan kwam hij tot bovenvermelde handelingen. In 1951 bedreigde hij een jongen, die hij op een fietstochtje tegenkwam, met een mes. Hij had toen eveneens de bedoeling ontucht te plegen. Kort tevoren had hij zijn bedlegerige grootmoeder de rok omhoog en de broek naar beneden gedaamd om haar geslachtsdeel te zien. Wegens bovenvermelde ontucht kreeg hij in 1951 het eerste vonnis.

In 1952 maakt patiënt zich opnieuw schuldig aan het plegen van ontuchtige handelingen met een 7-jarig nichtje waarna een overtredingsrapport werd ingediend. Aan dit rapport kan ik het volgende ontleenen:

„Betr. maakt een *trage* en wat suffige indruk. Hij geeft gewillig en vriendelijk antwoord op alle vragen, maar neemt nooit het initiatief in het gesprek. Hij toont weinig emotie — behoudens een versterking van de tremor — weet voor zijn gedragingen geen behoorlijk motief aan te voeren. Wat de delicten betreft zegt hij dat het ineens in hem opkomt en dat het dan net is of hij droomt; achteraf — soms na een zaaduitstorting — dringt het tot hem door dat het verkeerd was, nl. dat hij gestraft kan worden en dat het zijn ouders verdriet zou kunnen doen als het bekend werd. Om van tevoren beveiligingsmaatregelen te treffen komt niet bij hem op. Ook is er geen werkelijk schuldgevoel, evenmin zondegevoel. Het godsdienstig beleven is zeer oppervlakkig. De instelling van betr. is egocentrisch en naief. Van enig invoelend vermogen met anderen blijkt niets. Zo deelt hij met iets van plezier mee dat hij zulke interessante celgenoten heeft waardoor hij afleiding vindt van zijn eigen zorgen. Hij maakt niet de indruk onder deze zorgen gebukt te gaan.

Overigens zijn er geen aanknopingspunten voor periodieke bewustzijnsveranderingen, waarin tot crimineel handelen wordt overgegaan. Wat het psychologisch onderzoek in 1952 betreft het volgende: De intelligentie is beneden peil, zowel bij de verbale als bij praktische tests. I.Q. (bepaling volgens Wechsler-Bellevue) 75, resp. 62; het rekenen is relatief goed. Ook bij het Rorschach onderzoek komt een duidelijke intellectuele insufficiëntie aan de dag; daarnaast een praeoccupatie met het lichamelijke, verder een afweer van het sexuele, angst, speciaal voor de vader, onvoldoende sociaal contact, angst voor het driftmatige en onvermogen dit te verwerken.

Samenvatting en conclusie:

Betr. is een jonge man met lichamelijk verschillende degeneratieve kenmerken. Zijn geestelijke en lichamelijke ontwikkeling zijn gestoord, zijn intelligentie is gering. Hierdoor is zijn gewetensfunctie niet ontwikkeld en van zelfkritiek is geen sprake. Hij is daardoor aan zijn onvoldoend gerichte, driftmatige verlangens overgeleverd, wanneer deze doorbreken; dat is bij elke aanleiding. Tot een normaal sociaal contact is hij nooit kunnen komen, mede door niet ongerechtvaardigde minderwaardigheidsgevoelens en zijn onvermogen zich in anderen te verplaatsen. Anderzijds heeft de angstige bewaking door de ouders hem in zijn angst, isolement en minderwaardigheidsgevoelens versterkt”.

Patiënt kreeg hierna zijn tweede vonnis: 4 maanden gevangenisstraf plus terbeschikkingstelling. Hij bracht zijn straftijd in het Huis van Bewaring door. Zijn gedrag was daar uitermate correct. Hij vertelde van plan te zijn meer omgang met meisjes van zijn eigen leeftijd te zoeken. Daarna werd hij opgenomen in het Selectie-Instituut te Utrecht, waar het volgende werd gerapporteerd:

„In het praten is hij *langdradig*, hij weidt uit over onbelangrijke onderwerpen op een langzame slome manier. Over zichzelf en over zijn feit sprak betr. niet vaak; soms echter was hij erg openhartig. Betr. kreeg verschillende malen bezoek van zijn moeder. Deze maakte een weinig resolute indruk. Tegenover haar nam betr. een onverschillige, bijna onbeleefde houding aan. Hij informeerde niet naar familie en gaf korte antwoorden. Toch zei hij het prettig te vinden als er bezoek kwam.

De werkprestaties waren gering. Over het algemeen zou men kunnen zeggen dat hij ongezellig is, onverschillig tegenover alles, traag, en langzaam in handelen en spreken. Hij was niet agressief, geen gevaar voor suicide”.

Bovendien werd een psychiatrisch rapport opgemaakt, waarin er op gewezen werd dat patiënt een vriendelijke, opvallend *trage* jongen is. Deze traagheid uit zich op ieder gebied. In dit rapport werd er op gewezen dat patiënt op het niveau van een debiel functioneert, doch men kreeg de stellige indruk dat het actuele prestatieniveau en de eigenlijke capaciteiten niet met elkaar kloppen. Er werd reeds op gewezen dat exogene momenten van hypofysaire of diëncephale oorsprong, maar ook meer psychogene van onzekerheid, angst en seksuele praecoccupatie de prestatie ongunstig beïnvloedden. Er is een grote behoefte aan liefde en er zijn duidelijke, grotendeels latente, frustratiegevoelens, waarmee wrok en agressieve neigingen samenhangen. In de sociale contacten is patiënt zeer ambivalent, grotendeels op de basis van angst en onervarenheid.

Patiënt heeft na 1953 tot nu toe vrijwel steeds verbleven in in-

richtingen van diverse aard. Enkele malen is getracht hem weer de vrijheid te geven, maar soms reeds, voordat hij die vrijheid kreeg, heeft patiënt weer ontuchtige handelingen met meisjes gepleegd. Een langdurige psychotherapeutische behandeling van enkele jaren bleek weinig resultaat te hebben. In 1956 kwam men tot de conclusie dat een dergelijke behandeling geen zin meer had, maar dat het evenmin verantwoord was patiënt in de maatschappij te plaatsen. Voortdurend sprak patiënt over de psychotherapie. Hij zou er veel van geleerd hebben maar van een echte verwerking van de problematiek is geen sprake. Op verschillende wijzen werd ook hierna getracht zijn seksuele praes-occupatie te verminderen, o.a. met lynoral en arbeidstherapie. De resultaten bleven echter onvoldoende.

II Thans staan wij voor de moeilijkheid over deze patiënt, die dus reeds 8 jaar in verschillende inrichtingen en forensische instituten verblijft, opnieuw advies uit te brengen. De moeilijkheden zijn hierbij van verschillende aard. In de eerste plaats levert de *diagnostiek* grote bezwaren op. Voorts is het moeilijk een circumscrip-te handleiding te geven voor een nadere *behandeling*, terwijl tenslotte de beslissing of patiënt t.z.t. weer in de maatschappij vrij gelaten kan worden grote verantwoordelijkheid op onze schouders legt. Alvorens op deze vragen nader in te gaan, wil ik in het kort een samenvatting geven van de gegevens die wij via anamnese en onderzoek gekregen hebben. We hebben hier dus te maken met een patiënt die vanaf zijn 6e jaar stoornissen vertoonde. Hij werd pathologisch dik en vertoonde cryptorchisme. Met behulp van pregnyl injecties is men er in geslaagd omstreeks het 14e jaar indaling van de testes te verkrijgen. Op de lagere school bleef hij voortdurend beneden peil. Ook in de aanpassing op het werk traden moeilijkheden op. Men kan zich afvragen of wij hier met een endocrien gestoorde jonge man te maken hebben die omstreeks het 6e jaar het syndroom van Fröhlich dan wel het pseudosyndroom vertoonde. Het is duidelijk dat naast exogene factoren zeer belangrijke psychogene aspecten in de loop der jaren naar voren gekomen zijn. Vanaf het 16e jaar zijn herhaaldelijk moeilijkheden opgetreden in de seksuele ontwikkeling. Patiënt had geen seksuele voorlichting gehad en heeft jarenlang het contact met vrienden en met kinderen van het andere geslacht gemeden. Een enkele keer traden bij de ontuchtige handelingen agressieve momenten naar voren zonder dat deze nochtans in het beeld duidelijk overwegen.

U hebt bij de demonstratie gemerkt dat de gegevens omtrent de psychische habitus van patiënt die reeds in 1952 naar voren kwamen in de rapporten, ook thans nog grotendeels van kracht zijn. Patiënt maakt inderdaad nog een *trage*, vlakke indruk bij de

observatie. Op zaal blijkt hij geneigd tot een zekere afzondering. Hij maakt niet de indruk onder zorgen gebukt te gaan, vertoont alleen een lichte neiging tot dysphorie. Het contact blijft oppervlakkig. Hij erkent zijn moeilijkheden wel, maar in het gesprek kan men er bezwaarlijk dieper op ingaan.

Wat de gegevens omtrent het somatisch onderzoek betreft kan nog het volgende worden opgemerkt:

Ook in het laatste jaar zijn nog steeds een lichte vetzucht en feminisatie opvallend. Duidelijke neurologische afwijkingen vertoont patiënt echter niet en ook endocrinologische stoornissen van uitgesproken karakter zijn niet gevonden. Uit de conclusie van een jaar geleden omtrent het lichamelijk onderzoek blijkt dat er behalve de wat kleine testes en oligospermie en de feminine vetverdeling geen duidelijke neurologische of endocrine afwijkingen gevonden worden. Ook thans worden nog dezelfde gegevens bij het onderzoek verkregen. De liquor cerebro-spinalis vertoont geen afwijkingen en een diëcephaal onderzoek wijst hoogstens op een lichte vertraging van de reacties. Het electroencephalogram, dat het laatst opgenomen werd op 4 november van dit jaar, verschaft de volgende gegevens:

Gestoord EEG op grond van: Sterk dysritmisch tracé, overmaat aan irregulaire polymorfe diffuus verspreide theta en delta activiteit, teveel aan beta en wat hyperbeta, de matige hyperventilatie instabiliteit. De localisatie van de theta doet een centrencephale stoornis (voorste gedeelte thalamus) veronderstellen.

In aansluiting aan dit laatste electroencephalogram werd overgegaan tot het verrichten van een suboccipitale luchtingsufflatie. De uitslag hiervan (prof. Ziedses des Planten) luidde als volgt:

Schedel: Brugvorming bij de sella turcica. De achterste atlasboog is zeer smal. Sterke adenoïde vegetaties. Wat kalk in de falx. Beide zijventrikels zijn wat afgerond. Links wijder dan rechts plus een $\frac{1}{2}$ en plus één-zestiende. De derde ventrikel is niet verbreed. De voorzijde reikt wat weinig ver naar voren en is wat onregelmatiger dan uit de commissure te verklaren zou zijn. De frontale sulci zijn een weinig verwijld.

Opvallend zijn de tekeningen van patiënt. De bomen vertonen ongeproportioneerde groeisel; er is een enorme stam met een groot aantal sprieten er op en er onder; er zijn geen takken aanwezig; het blijft bij wat krassen zonder werkelijke expansie, een kroon is er niet. Men krijgt de indruk van een geknotte boom als beeld van seksuele insufficiëntie?

De menstekeningen vertonen een duidelijke genitaalproblematiek met seksuele nieuwsgierigheid en duidelijk man-vrouw problemen.

Belangwekkend zijn voorts de gegevens van het psychologisch onderzoek. Zoals reeds uit het bovenstaande bleek is er sprake

van een zekere discrepantie tussen het gedrag van patiënt en de waarschijnlijke graad van capaciteit. Het gedrag maakt eerder een debiele of zwak begaafde indruk, terwijl bij een nadere analyse toch de gedachten gaan in de richting van een wat hoger intellectueel niveau. Bij het onderzoek blijkt dat patiënt op grond van de Wais test tot een I.Q. komt van 93; het verbale I.Q. is 99, het verbale 85. Het kan zijn dat deze uitslag enigszins geflatteerd is door de herinnering aan vroegere onderzoeken met de Wechsler-Bellevue. De Bourdon doet patiënt op zijn eigen trage wijze in een regelmatig tempo met vrij veel weglatingen.

Concluderend vermeldt de psycholoog: Een slappe jongen, die wel goed wil en die graag geaccepteerd zou worden in de maatschappij. Hij voelt zich onvolwaardig en impotent. III Wanneer wij ons nu afvragen in welke richting de diagnostische overwegingen moeten gaan, dan kan er opnieuw op gewezen worden dat wij hier met een ingewikkeld beeld te maken hebben waarbij exogene en psychogene factoren tezamen het geheel bepalen. Hoewel in de jeugd het pseudo Fröhlich syndroom naar voren is gekomen, is thans van een circumscrip endocrien syndroom weinig meer overgebleven. Men treft nog wat kleine testes en oligospermie aan, terwijl geringe vetzucht nog aanwezig is. Wanneer wij een dergelijke combinatie van exogene factoren die in endocrinologische richting wijzen aantreffen en psychogene ontwikkelingsstoornissen vinden, dan gaan onze gedachten uit naar het *endocriene psychosyndroom* zoals dit door Manfred Bleuler naar voren is gebracht. De leer van de psychosyndromen is van betrekkelijk jonge datum. Aanvankelijk heeft men in de psychiatrie meer waarde gehecht aan de circumscripte ziektebeelden dan aan de syndromen van klinisch psychologische aard. Het is in de loop der jaren echter gebleken dat tal van patiënten beelden vertonen die niet onder een circumscrip klinisch psychiatrisch ziektebeeld kunnen worden gevat, daarvoor zijn de variaties te talrijk en te ingewikkeld. Van klinisch-psychologische zijde is men er dan ook toe overgegaan een aantal psychosyndromen op te stellen zoals de psycho-organische syndromen van verschillende aard en de syndromen zoals die zich bij exogene reacties voordoen.

Op dit voetspoor verder gaand is Bleuler tot de conclusie gekomen dat men ook de mogelijkheid van een endocrien psychosyndroom onder ogen moet zien. Hierbij komt men echter in een wat ingewikkelde situatie. Vooreerst zijn er bepaalde endocriene ziektebeelden van meer circumscripte aard waarbij de diagnostiek vooral een somatisch karakter draagt zoals de psychiatrische ziektebeelden bij thyreogene stoornissen, bij acromegalie e.d. Daarnaast kan men echter ook trachten de gege-

vens die men verzameld heeft omtrent de eventuele psychosyndromen toe te passen op meer complexe toestanden zoals wij die bij onze patiënt aantreffen. Ik zou de stelling willen verdedigen dat wij bij deze patiënt te maken hebben met een endocrien psychosyndroom dat zich v.n.l. uit in de klinisch-psychologische gegevens, voorts in de gegevens verkregen langs de weg van een psychiatrische observatie en ten dele ook in de somatische gegevens. Velen zullen menen dat juist dán wanneer de somatische aspecten onvoldoende steun bieden aan de diagnose endocrine toestand van eventueel onbekende oorsprong, het ongewenst is al te zeer het accent te leggen op de klinisch psychologische gegevens. Het is echter voor de verdere uitwerking van deze laatste gegevens van belang een zekere sprong te maken en de operationele werkwijze te gebruiken, operationeel in die zin dat wij trachten, uitgaande van deze klinisch psychologische gegevens, het geheel van het beeld dat onze patiënt vertoont nader te begrijpen.

Het syndroom dat patiënt vertoont komt in grote trekken overeen met datgene, wat door Bleuler is beschreven onder de term endocrien psychosyndroom. Hieronder verstaat hij die psychopathologische „begeleidingsverschijnselen” welke bij meer of minder uitgesproken endocrine stoornissen kunnen optreden. Het psychosyndroom is voornamelijk gekenmerkt door veranderingen in de structuur van het driftleven, in het totale beeld van de Antrieb en in het stemmingsleven. Bij onze patiënt valt voornamelijk de slechte ontwikkeling en integratie van het driftleven op sexueel gebied op en de stoornissen in de Antrieb. Bij het gebruik van deze laatste term moet naar ik meen het gehele complex van de relatie tussen mens en wereld in het oog gevat worden. De aandrift is maar niet een geïsoleerde activiteit, maar een fundamentele eenheid, die deze relatie tussen mens en wereld haar structuur en kleur geeft. In het algemeen wordt deze relatie bepaald door de modus van het contact, van de „Gestaltung” van de omgeving en van de intentionaliteit. De hier vermelde tekeningen zijn daarom zo belangrijk omdat deze drie aspecten van contact, Gestaltung en intentionaliteit in hun gebrekkigheid en defecte structuur daarin duidelijk naar voren komen. Bleuler beschrijft tal van voorbeelden waarin vooral de nadruk gelegd wordt op de merkwaardige gedistantieerdheid die de belevingswereld van deze mensen kenmerkt. Deze gedistantieerdheid kan zóver gaan dat duidelijke verschijnselen van derealisatie optreden. Bij onze patiënt komt de gedistantieerdheid vooral tot uiting in de vlakke wijze van het contact en in de gebrekkigheid van de Gestaltung. Het is van hier uit dan ook begrijpelijk dat zowel in de arbeidstherapie als in de psychotherapie weinig resultaten geboekt

werden. Natuurlijk moet men de stand van zaken niet zó voorstellen dat dit endocrien psychosyndroom een zuiver constitutionele aangelegenheid is. Ik wil dan ook de laatste zijn om te beweren dat arbeidstherapie, sociale therapie of psychotherapie bij deze patiënt beslist niet kunnen aanslaan. Juist omdat de relatie tussen endocriene en psychogene factoren nog zo raadselachtig is kan men zeker niet met beslistheid zeggen dat men hier met een zuiver endocrinologisch of constitutioneel beeld te maken heeft. De operationele wijze van benaderen wil juist het accent leggen op steeds weer nieuwe pogingen om het geheel van dit syndroom in dit relatiekader te doorzien. Het is trouwens reeds jaren bekend dat met name de vetzucht op jonge leeftijd en ook in de latere levensfasen belangrijke psychogene wortels heeft. Degene die op dit gebied het meest gewerkt heeft is wel Hilde Bruch, die in een groot aantal zeer interessante en waardevolle artikelen in de Amerikaanse literatuur dit probleem nader heeft uitgewerkt. Ook Bleuler geeft in zijn hierboven reeds genoemde werk „Endocrinologische Psychiatrie” (Stuttgart 1954) daarvan een belangwekkend overzicht. De wederzijdse relatie van endocriene en psychogene factoren bij de vetzucht is nog zeer duister. Het is zelfs zeer de vraag of in deze relatie van primair en secundair kan worden gesproken. Juist bij patiënten als de onderhavige krijgt men de indruk dat hier zózeer sprake is van wederzijdse beïnvloeding, dat de termen primair of secundair hier niet meer opgaan. Het is U bekend dat de operationele benadering in de psychiatrie steeds meer veld wint. De drie vragen die ik opwierp omtrent diagnostiek, prognose en behandeling komen in de operationele benadering niet meer tot een geïsoleerde beantwoording. De diagnostiek is hier op Amerikaanse wijze opgenomen in de behandeling. Juist de voortgaande behandeling van deze patiënten, hetzij met psychotherapie in engere zin hetzij met een figuratieve therapie zou ook een stuk van de diagnostische problematiek tot oplossing kunnen brengen. Wat de prognose betreft, wij staan op dit moment voor een zeer concrete vraag, de vraag namelijk: is het mogelijk door de een of andere ingreep de sociale aanpassing van patiënt zodanig te bewerkstelligen, dat hij met een gerust hart uit het Instituut ontslagen kan worden? U zult het billijken dat wij deze beslissing zeer verantwoordelijk noemen. In de eerste plaats is uit de observatie wel gebleken dat patiënt niet tot de zeer agressieve figuren behoort, maar anderzijds is wel komen vast te staan dat wij hier te maken hebben met een zó diep ingrijpende stoornis in de aanpassingsstructuur van patiënt, dat het zonder verdere maatregelen zeker niet verantwoord is patiënt te ontslaan. De gedachten gaan o.m. uit naar de mogelijkheid van

castratie als oplossing van onze moeilijkheden. Wij hebben deze mogelijkheid overwogen maar zijn toch tot de conclusie gekomen dat van castratie hier weinig te verwachten is. In de eerste plaats zou het een wat ironische situatie zijn wanneer wij bij deze patiënt, die een langdurige behandeling heeft ondergaan om van zijn cryptorchisme bevrijd te worden, castratie toepasten. Meer medisch ter zake is voorts het argument dat van een castratie hier weinig te verwachten is, omdat de libido van patiënt toch al gering is. Verder zou castratie de sterk psychogene wortel van zijn aandoening slechts versterken, aangezien hij nu reeds lijdt onder minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van de sexualiteit in het algemeen en ten opzichte van het andere geslacht in het bijzonder. Tenslotte zou te verwachten zijn dat het endocriene psychosyndroom dat wij bij patiënt aanwezig achten, slechts versterkt werd, terwijl daarentegen beslist niet de zekerheid aanwezig geacht kan worden dat deze patiënt door een castratie van zijn paedophile neigingen bevrijd zou worden. Ook uit de discussie ter vergadering bleek wel dat de meeste aanwezigen een dergelijke ingreep niet geïndiceerd achtten.

Ik ben er mij van bewust dat ik in de klinische demonstratie en in de aantekeningen daarbij weinig exacte gegevens heb kunnen verschaffen. Deze demonstratie had dan ook meer ten doel U de psychopathologische problemen rondom deze patiënt en het endocriene psychosyndroom duidelijk te maken dan met een circumscripde oplossing van de problemen voor de dag te komen.

IETS OVER DE BELEVINGSSTRUCTUUR VAN HET PSYCHOTISCH ZIJN

door **MEVR. C. F. VAN DER HORST-OOSTERHUIS**. Zenuwarts, Amsterdam

Steeds meer komt men tot de overtuiging, dat het leven van psychoselidders iets gemeenschappelijks heeft. Men spant zich in om het wezenlijke van het psychotisch zijn te vatten, maar komt niet verder dan tot een van buiten af omschrijven van karakteristica. Volgens recente omschrijvingen zou het psychotisch zijn voortkomen uit het verbreken van de affectieve banden met de werkelijkheid, waardoor een ander concept van de werkelijkheid voortvloeit. In de veranderde zijnswijze, die dan ontstaat, leeft de patiënt zonder zich daartegen te verzetten. Bestaat er een mogelijkheid om door te dringen in deze bijzondere zijnsstructuur van de mens, die men algemeen als psychotisch zijn aanduidt?