

SCHIZOPHASIE *

door J. H. van EPEN

(uit het Deltaziekenhuis der gemeente Rotterdam te Poortugaal.

Geneesheer-directeur: Dr. F. J. Tolsma)

I INLEIDING

In de literatuur over schizofrenie wordt het woord schizofrasie in verschillende betekenissen gebruikt. Terwijl voor sommige auteurs de term identiek is met schizofrene spraakverwardheid, verstaan anderen onder schizofrasie een min of meer karakteristiek, op klinische gronden goed af te grenzen ziektebeeld binnen het kader van de grote groep schizofrene defecttoestanden.

De eerste beschrijving van schizofrasie (als karakteristieke ondervorm van schizofrenie) is afkomstig van KRAEPELIN (1), de naam is echter voor het eerst door BLEULER gebruikt.

KRAEPELIN beschrijft de schizofrasie als volgt:

Het beeld is niet van andere vormen van schizofrenie te onderscheiden op grond van het beloop, doch door het optreden van een karakteristieke eindtoestand. Het belangrijkste symptoom van deze eindtoestand is een zeer sterke drang tot spreken, waarbij de patiënten opvallen door het gebruik van een in eerste instantie volledig onbegrijpelijke taal, vol met alle mogelijke grammaticale stoornissen en talrijke neologismen. In een aantal gevallen treedt de spreekdrang op in de vorm van eindeloze monologen, bij andere patiënten komt het symptoom pas naar voren door het stellen van vragen. Veelal zouden deze laatste patiënten in het gesprek met de arts direct de houding van een redenaar aannemen, om vervolgens door te spreken tot zij onderbroken worden. Min of meer in contrast met de extreme spraakverwardheid, zouden de schizofrasielijders qua activiteit en affectiviteit redelijk intact zijn.

In de arbeidstherapie leveren zij goede prestaties, zij zijn levendig, bieden een goed contact, de stemmingsondergrond is in de regel boven de norm, hypomaan, zij zijn druk en beweeglijk, waarbij vaak de neiging tot kleine plagerijen, tot scherts, enz. opvalt.

Voor zover op te maken uit de verwarde en weinig begrijpelijke verbale uitingen bestaan er veelal grootheids-, achtervolgings- en betrekkingsideeën, een gesloten systeem is nimmer te reconstrueren. Het geheel van de waaninhouden blijft vaag en wisselt nogal. Bij vele schizofrasielijders zouden tot in de latere stadia akoestische hallucinaties blijven bestaan. Katatone symptomen ontbreken.

Voor SCHAB (2) is, in navolging van Kleist, de schizofrasie één van de z.g. 'verworrene' typen van schizofrenie. Schwab beschrijft als initiaal-symptomen de trias van betrekkingsideeën, grootheidswanen en akoes-

* Naar een voordracht, gehouden voor het Rotterdams Genootschap voor Neurologie en Psychiatrie, nov. 1965.

tische hallucinaties. De eerste twee symptomen zouden gedurende het hele verloop van de ziekte aanwezig blijven; voor zover uit de overvloedige verbale uitingen op te maken, zou nimmer systematisatie van de wanen optreden. Hallucinaties zouden echter op den duur van minder betekenis worden, en nog slechts optreden in de vorm van periodieke hallucinatoire ontstemmingstoestanden. Ook Schwab stelt de spreekdrang en de spraakverwardheid in de symptomenreeks centraal. In tegenstelling tot Kraepelin beschrijft Schwab de grondstemming van de patiënten als onder de norm, ze zouden mismoedig en depressief, vaak ook geprikkeld en wantrouwend zijn. Frequent zouden agressieve toestanden optreden. Sommige patiënten zouden echter het hoogdravende, expansieve, 'heitere' tonen van Kraepelin's 'redenaars'.

Schwab beschrijft enkele kenmerken van de taal van de schizofasicus: woordverdubbelingen, het inbouwen van cijfers in woorden, en het vervangen van één of meerdere medeklinkers in een woord door een andere medeklinker.

LEONHARD (3), die het denkbeeld van de karakteristieke ondervormen binnen het kader van de chronische schizofrenie tot in details uitgewerkt heeft, rekent de schizofasie tot de z.g. niet-systematische schizofrenieën. (Tesaamen met de affektvolle parafrenie en de periodieke katatonie). De algemene kenmerken van deze niet-systematische groep zijn:

- 1 het zijn z.g. 'bipolaire' psychosen, d.w.z. ze kunnen twee elkaar min of meer tegenovergestelde syndromen in zich verenigen, zoals b.v. ook de manisch-depressieve psychose dit doet;
 - 2 ze verlopen in Schübe;
 - 3 ze tonen een bonte, gevarieerde symptomatologie;
 - 4 er is een zekere symptomatologische verwantschap met bepaalde typen degeneratiepsychosen (die Leonhard cycloïde psychosen noemt);
 - 5 de familiale belasting (met verwante typen schizofrenie) is hoog.
- Op grond van deze kenmerken zou men de niet-systematische schizofrenieën kunnen onderscheiden van de groep der systematische schizofrenieën, welke groep bestaat uit 4 typen hebefrenie, 6 typen katatonie en 6 typen parafrenie (= paranoïde schizofrenie).

Deze 16 systematische schizofrenieën zouden als algemene kenmerken hebben:

- 1 het zijn monopolaire psychosen,
- 2 ze verlopen sluipend progressief,
- 3 de symptomatologie is strak en weinig variabel,
- 4 er is geen symptomatologische verwantschap met cycloïde psychosen,
- 5 de familiale belasting (met in de regel hetzelfde type schizofrenie) is laag.

Min of meer op grond van het feit, dat hij de schizofasie tot de niet-systematische vormen rekent, neemt Leonhard aan, dat deze ziekte twee elkaar tegenovergestelde syndromen in zich kan verenigen. Op grond

van familie-onderzoek tracht hij voor deze hypothese steun te vinden. Het eerste syndroom is identiek met het door Kraepelin beschreven type (spraakverwardheid, goed behouden activiteit en affectiviteit, ontbreken van katatone symptomen), hiernaast zou er dan een tweede syndroom voorkomen, het geremde katatoniforme schizofasie-type. Lijders aan deze vorm zouden minder spreekdrang en spraakverwardheid tonen, geremd en inactief zijn, en alle mogelijke katatone verschijnselen te zien geven.

De taal van de lijders aan het Kraepelin-type zou alle mogelijke grammaticale bijzonderheden, echter geen neologismen tonen. De taal van de lijders aan het andere type zou wel talrijke neologismen doch geen grammaticale bijzonderheden bevatten. Volgens Leonhard is de schizofasie zeldzaam, de familiale belasting zou bij deze vorm hoog zijn. FLEGEL (4) wijdde een linguïstisch georiënteerde beschouwing aan een drietal spraakverwarrende schizofrene patiënten. Hij beschouwt schizofasie als de maximaal ernstige variant van schizofreen psychotisch-zijn, en niet zo zeer als een karakteristiek sub-type. Bij zijn beschrijving van de taal zegt hij o.a., dat de vorm van de taal verbazend goed behouden blijft, terwijl de inhoud steeds verward en onbegrijpelijk is. Neologismen zouden in de taal ontbreken. (Bovengeciteerde auteurs, o.a. Schwab en Leonhard, achten juist de vormstoornissen van de taal van belang voor de diagnose schizofasie).

In de Nederlandse psychiatrische literatuur is de belangstelling voor karakteristieke ondervormen binnen het kader van de schizofrene eindtoestanden, en zodoende ook voor de schizofasie, gering.

Rümke en Kraus ontkenden in hun psychiatrieën het belang van een gedetailleerde klinische onderverdeling van schizofrene eindstadia.

VAN DER MEER (5) oefende in een publicatie kritiek uit op de theoretische achtergronden van het werk van Kleist, Leonhard e.a.

II ONDERZOEK

In het Deltaziekenhuis te Poortugaal werden 356 defectschizofrene patiënten, allen langer dan 10 jaar psychotisch, na-onderzocht, teneinde na te gaan of Leonhard's indeling der defect-schizofrene toestanden in dit materiaal teruggevonden kon worden.

De eerste resultaten van dit onderzoek worden in de vorm van een pilot-study gepubliceerd (VAN EPEN (6), ter perse). In onze onderzoekreeks van 183 mannelijke en 173 vrouwelijke patiënten vonden wij enkele gevallen, die als schizofasie gediagnosticeerd werden. Hun toestandsbeeld kwam het meest overeen met hetgeen Kraepelin beschreef, en dekte dus een gedeelte van wat Leonhard schizofasie noemt. Het geremde katatoniforme schizofasie-type volgens Leonhard zagen wij niet. Van enkele van onze schizofasie-patiënten werd middels bandopnamen studie gemaakt van de taal. Hierbij bleek, min of meer als ver-

rassing, dat dezelfde vormstoornissen in de taal van verschillende door ons als schizofasie gediagnosticeerde patiënten konden worden teruggevonden. Aan de hand van twee ziektegeschiedenissen, resp. van een vrouwelijke en een mannelijke patiënt, zullen wij een poging doen deze stoornissen nader te beschrijven.

Patiënte (1) — Werd geboren in 1895. Ze was de middelste uit een gezin van negen kinderen. Van de ouders is niet veel bekend, moeder zou nerveus geweest zijn, vader ging op latere leeftijd drinken, het gezin leefde in armoede. De bevalling was normaal. Van de prille jeugd staan geen bijzonderheden vermeld.

Patiënte zou een levendig kind geweest zijn, zij had een zacht karakter. Op school kon zij bijzonder goed leren. Ze doubleerde niet. Na enige jaren voortgezet onderwijs werd zij dienstbode, zij voldeed zeer goed. In haar vrije tijd was zij o.a. lid van een zangclub.

Op 27-jarige leeftijd raakte patiënte verloofd met een jongen, die haar vertelde, dat hij aan spiritisme deed. Hij zou een tafel voor haar hebben laten dansen. De nacht, volgend op deze gebeurtenis, sliep patiënte niet, kwam telkens uit bed. De dagen hierna was patiënte zeer moe en angstig. Zij raakte in de war, wilde niet eten, haar moeder moest haar hand vasthouden, ze werd onrustig, zei stemmen te horen, o.a. de stem van de „Ware Jacob”. Zij zou van alles gezien hebben, sprak met personen die zij kende, doch die afwezig waren. Zij ratelde aan één stuk door, spuwde en sloeg om zich heen.

Een week na het incident met de spiritistisch georiënteerde verloofde werd patiënte psychotisch opgenomen in „Maasoord” en wel in augustus 1922.

Bij de opneming zong zij luidkeels, plonsde bij het baden met water, spuwde om zich heen, was zeer druk en levendig en hallucineerde massaal akoestisch.

Hoewel de medische aantekeningen, zoals in die tijd te doen gebruikelijk, summier waren, is wel duidelijk, dat patiënte spoedig in een diepe schizofrene defecttoestand geraakte. Deze defecttoestand werd onder meer door de volgende symptomen gekenmerkt:

1 — een opvallende spreekdrang. In feite sprak patiënte gedurende decennia dag in dag uit van 's morgens vroeg tot 's avonds laat. In de oude ziektegeschiedenis ontbreken jammer genoeg gegevens omtrent de aard van het gesprokene. Er wordt steeds melding gemaakt van onbegrijpelijke wartaal, met neologismen.

2 — patiënte was gedurende de lange jaren van haar opname altijd druk, levendig, liep de hele dag heen en weer, was vaak zeer agressief, werd in verband hiermee lange tijd gewikkeld, onder het spanzeil gehouden, enz. Zij spuwde en beet.

3 — ondanks haar ernstige psychotische verwardheid en ondanks haar vaak tomeloze agressiviteit bleef patiënte een levendige, voor de ver-

pleging aantrekkelijke en, blijkend uit haar handelen, soms echt hartelijke vrouw, om wie men lachte, plezier had, maar op wie men nooit boos kon zijn.

4 — periodiek treden en traden hallucinatoire ontstemmings-toestanden op, gepaard gaande met een toename van de onrust en agressiviteit.

5 — zonder verzorging en toezicht verwaarloost patiënte zich volledig, frequent kleedt zij zich uit, zij is slordig en knoeit met eten.

6 — de motoriek is soepel en lenig, katatone symptomen ontbreken te enen male.

Het bovenomschreven beeld heeft zich tot op heden in geen enkel opzicht gewijzigd. Patiënte is oud geworden, onder invloed van de medicatie is zij wat rustiger, nog steeds is zij een de hele dag over het paviljoen heen en weer lopend, levendig, altijd doorpratend vrouwtje; alle zusters zijn op haar gesteld. Zij is nieuwsgierig, komt de afdelings-arts begroeten, zodra deze zich op het paviljoen laat zien, grijpt zijn hand vast, trekt aan zijn stropdas, enz. enz. De laatste jaren betrekkelijk zeldzaam, ongeveer eenmaal per 2 à 3 maanden, treedt een hallucinatoire ontstemmingstoestand op, patiënte scheurt dan al haar kleren kapot, kleedt zich uit, kruipt in bed onder de dekens, scheldt en spuwt. Er is bij patiënte nimmer sprake geweest van enige prestatie in de arbeidstherapie. Lange tijd heeft zij met een buitenploeg meegelopen, zonder ooit iets te doen. Talrijke bij haar geprobeerde psychofarmaca in wisselende en soms zeer hoge doseringen hebben nimmer een duidelijke invloed op het ziektebeeld gehad; bij hogere doseringen is patiënte wat rustiger, doch niet principieel anders dan wanneer zij helemaal geen medicatie gebruikt.

Op de hallucinatoire ontstemmingstoestanden heeft medicatie geen enkele invloed.

Familie-anamnese: Een oudere zuster werd met een chronische schizofrenie in „Maasoord” verpleegd, waar zij in 1924 overleed. Zij toonde, gezien de ziektegeschiedenis, een totaal ander beeld dan onze patiënte: zij was chronisch depressief gestemd, hallucineerde akoestisch, had een aantal standaardzinnen en zegswijzen die zij telkens herhaalde, had bizarre hypochondrische klachten en soms achtervolgingswaanbeelden. Zij had iets dwangmatigs in haar doen en laten, stond telkens op één bepaalde plaats, veegde eindeloos met de handen langs haar ogen. Afgaande op deze gegevens zou men, denkend in Leonhard's diagnoseschema, ongetwijfeld hier de diagnose op 'Verschrobene Hebefrenie' stellen.

Een oudere broer verbleef eveneens 18 jaar in Maasoord; hij overleed aldaar in 1932. De diagnose was chronische schizofrenie (katatonie). Uit de ziektegeschiedenis komt het volgende toestandsbeeld naar voren: een volledig mutistische, steeds zeer negativistische man, die zich van de onderzoeker afwendde indien hij aangesproken werd, bij tijd en wijle

een agressieve ontstemmingstoestand had, en ongemotiveerd lachte. Hij kon tijden lang, als een houten blok, met afgewend hoofd op één bepaalde plaats blijven staan. Hij hallucineerde akoestisch.

Op grond van bovenstaande gegevens is men geneigd de diagnose te stellen op negativistische katatonie in de zin van Leonhard. Hoewel beide bovengenoemde familieleden niet na-onderzocht konden worden, is op grond van de ziektegeschiedenis wel duidelijk, dat zij aan een totaal andere vorm van schizofrenie leden dan de probanda.

Lichamelijk onderzoek: Intern en neurologisch routine-onderzoek, EEG: geen afwijkingen.

Patiënt (2) — Geboren in 1921, was de 5e van 14 kinderen. Vader was sectariër, een Mormoon, hij oefende nooit een geregeld beroep uit. Moeder wordt als dom en eigenwijs beschreven. Het huwelijk was weinig harmonieus. Vijf kinderen overleden op jonge leeftijd, ongeveer 1 tot 3 maanden oud. Zwangerschap en bevalling zouden normaal geweest zijn. Over de eerste levensjaren zijn geen gegevens bekend. Onderzochte doorliep normaal de lagere school, leerde goed. Na de lagere school ging hij naar de ambachtsschool, waar hij een monteursdiploma behaalde. Als jongen was patiënt druk, had veel vrienden en veel liefhebberijen. Hij werkte in een garage als hulpmonteur; was gedurende de crisisjaren lange tijd werkeloos.

In 1945 werd onderzochte psychotisch; men haalde schunnigheden met hem uit, hij zou bestolen zijn, hij was Hitler, tevens was hij Mormoon, Katholiek en communist. De Katholieken zijn communisten omdat ze communie doen; patiënt had een dubbel verstand, omdat hij een dubbele kruin bezat; hij wilde chirurg worden, hij zou naar het buitenland gaan om een boek te schrijven over zijn jeugd; hij had buikpijn t.g.v. een te lange darm, de mensen zouden hem krankzinnig willen verklaren om hem uit de weg te ruimen; de Vrijmetselaars onder Mr. Oud spelen de baas, enz.

's Nachts liep patiënt met een deken over zijn hoofd en een kaars in zijn hand door het huis, noemde zichzelf Maria, was thuis heerszuchtig, raasde en vloekte als het eten niet op tijd op tafel stond, stond met een mes bij het bed van zijn moeder, deed een tentamen suïcidi d.m.v. gas, hetgeen aanleiding tot de opname in Maasoord gaf, in november 1945. Patiënt was toen 24 jaar oud.

Na de opname is patiënt reeds vrij spoedig in een diepe defecttoestand geraakt, in welke toestand gedurende 23 jaar nauwelijks verandering is gekomen. Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door precies dezelfde symptomen als beschreven bij patiënt (1). Ook deze patiënt uitte van 's morgens vroeg tot 's avonds laat een eindeloze stroom woorden, was gedurende vele jaren extreem agressief, rusteloos, beweeglijk, druk, ook scheurde en smeerde hij, kleepte zich uit. Hij masturbeerde in bijzijn van verpleging en medepatiënten, enz.

Ondanks zijn ernstige psychotische toestand en zijn soms breideloze agressiviteit was en is ook hij een man, met wie een levendig contact mogelijk is, die soms geestige en rake opmerkingen over situaties of medepatiënten kan maken, en op wie iedereen op de een of andere manier toch erg gesteld is.

Hij verrichtte nimmer enige prestatie van betekenis in de arbeidstherapie, ofschoon hij enige jaren met een kruiwagenploeg meeliiep. Hij heeft een levendige, lenige en soepele motoriek. Katatone symptomen ontbreken ten enen male. Periodiek optredende hallucinatoire ontstemingstoestanden veroorzaken bij patiënt een toename van zijn onrust en agressiviteit.

Wisselende doseringen van verschillende psychofarmaca gaven nimmer een duidelijk effect te zien op patiënt's toestand. Ook een elektroshockkuur had geen resultaat.

Bij een zeer intensieve psychotherapeutische bemoeienis met patiënt gedurende meer dan een jaar was hij, zonder enig medicament, inrichtings sociaal en nimmer agressief.

Als merkwaardig verschijnsel kan vermeld worden, dat patiënt gedurende de tijd van intensieve bemoeienis een wasdwang ontwikkelde, welk symptoom later weer verdween.

Familie-anamnese: In dit gezin komen, afgezien van patiënt, nog twee schizofrene broers voor. Deze beide broers konden in het Deltaziekenhuis geobserveerd worden.

De eerste, geboren in 1935, werd vanaf 1953 herhaaldelijk opgenomen met een typische 'läppische Hebefrenie' in de zin van Leonhard (sterke affectieve vervlaking, de neiging tot het uithalen van alle mogelijke kinderlijke streken, grapjes, boosaardigheden, plagerijen, enz., lachbuien, akoestische hallucinaties).

De tweede, geboren in 1937, toont een paranoïde-schizofrene psychose, met grootheid- en achtervolgingswanen, akoestische hallucinaties, hypochondrische sensaties, enz.

(Geen duidelijk type uit Leonhard's indeling, mogelijk 'fantastische' of 'affectvolle' parafrenie).

Lichamelijk onderzoek: Intern en neurologisch routine-onderzoek, EEG: geen afwijkingen.

De taal

Taalfragment van patiënt 1 — „Je hebt jezelf over de hekel gehaald, je hebt mij geen hekel gegeven. Ans, hij heeft St. Hildegard, Ans, hij heet dodekop, ze zegt, dat wijf moet weggebracht worden. Ans, we moeten in de handelskamer terecht. God wat een drukkie, God wat een drukkie, zuurdeeg, hij heeft roembaharen, hij heeft toch geen bullebakogen? Hij gaat het opwrijven op de Zwaanshals. Hij zegt, je zou huicheldood zijn tegen die tijd. Hij kan de maan wel inhalen. Laat

het bakje maar staan tot hij de moord gestoken is, in de vuursteen-hemel. Ans je bent in de war geschoten. Hij krijgt 12 plaatjes toe voor een rechtzitting, één Ans, één. Het is jouw schuld als z'n pakken kapot gaan. Ik zal het maar niet aan die linker arm van 'm meer zeggen. Zo'n gebrekkige, kleurige snor, helemaal gekleurd. Zij is van de brutaal-dokter, hij zegt, hij moet je op je rakker slaan. Watervent, waterdokter, transvalertje, een stukje zout voor de koffie. Gelukssteentjes hebben ze geen van allen. Het brandt allemaal af. Voor 2½ cent schoon schip. Toen was ik op je bul bezig, allemaal gekke mensen. Het sleepjurkje moet in de laagte, anders wordt ie boos op de rommelkuil. Hij is een ingeschrokken maan. Het gehemelte dat er uit komt is een beetje te zwaar. Dertien en een half krenten dat is genoeg. Maria hersens van de petroleumwagen. Hij zou de ketting meenemen voor de been, voor de ochtend voor de andere beesten. Je mag zeggen, 5½ waterkers, krabbeschaartje, mosselschaartje. De bakjes zijn gemeen, 5-6-midde-achter. Ik rook pik-sigaretjes.

Zo, pleinprater, cocospapieren melkfles, 2 cent pijp, stoel van de hoofd, waterschriftjes, morgen krijg je een krop sla van hem.'

Taalfragment van patiënt 2 — 'Hij is een fictief spiegelbeeld daar praat men niet mee. Dus 't is niet zo van de Engelsman voor zijn eigen uit wie die nooit ziet. Schram neemt zijn gedachten weg van het water. Schram is een bedrieger, hij heeft de Bonaparte bejat voor een peukie, er is niets te jatten, komt er dan op zijn tegenverklaards uit de buik van de geletterde jongeling. De dokter is speciaal van speciaal om gek gemaakt te worden. Ik wil hem nou z'n pijp uit z'n bek stompen. Weet je dat Benedetto een overlatijnse fort is, hij is zenuwachtig over de onanistenploeg. Hij is de luguberste vent die je ziet en niet ziet.

Ze leefden nog lang en gelukkig samen. De zon wordt naar beneden gehaald met een touw. Iedere tabaksstoel koopt ie.

Eli, Eli heb je nog tabak, ik niet roman-mevrouw, ik heb het eeuwige leven voor 20 cent. Hij heeft spijt van de les in vaderlatijn. Ieder wetje weet ie, weg de geletterde jongeling.

Rook je maar te pletter, bloeddrinker, gezichtenmachine.

Eigenaardigheden en kenmerken van de taal van beide patiënten

A Hoofdzakelijk betrekking hebbend op de vorm van de taal —

1 Talrijke woorden worden telkens van hetzelfde voorvoegsel, resp. van dezelfde uitgang voorzien.

Patiënt (1) plakt voor talrijke woorden 'water' (waterschaartje, watermossel, waterdokter, waterpijn, waterdenken, watermineraal, waterliberaal, enz.).

Patiënt (2) gebruikt systematisch constructies als: op zijn fictiefs, op zijn verkeerd, op zijn momentelijks, op zijn hooghemels, op zijn frans, op zijn tegenverklaards, enz. Verder heeft patiënt 2 termen als: akkerman van venteme, wentelman van trappeme, blauwe man van sokke-

me, getuigschriftenman van venteme, enz.

2 — In de taal van beide patiënten komen talrijke neo-composita voor (nieuwe woorden, samengesteld uit reeds bestaande woorden).

Patiënt (1): vuursteenhemel, chocoladepudding-procureur, cocospapieren melkfles, hersenmeisje, huicheldood, enz.

Patiënt (2): gezichtenmachine, bekeergek, wereldmeisje, monocleheld, locomotievenhersens, romanslijtage, dreunbaas, knalbuik, balgod.

Echte neologismen, volledige nieuwvormingen, zijn in de taal van beide patiënten zeldzaam.

Patiënt (1) gebruikt het neologisme 'portepiloi',

patiënt (2) 'neuvoitje' (vraagt men patiënt wat dit is, zegt hij: 'nog een half kwartje'). Verder: 'mokoe' (= placenta, moederkoek) en 'knebbe' (= gek).

3 Beide patiënten creëren woorden of woordcombinaties, waarbij lettergrepen afwisselen met cijfers.

Patiënt (1): T 7 van Ventes, midden 5 achter, 1 Ans 1, Jan 8-Kremerzee;

Patiënt (2): de bakker 1, fictieve 2 vent.

4 — In een woord wordt één medeklinker door een andere medeklinker vervangen.

Patiënt (1): sokter (dokter), ik heek Jans;

Patiënt (2): tante Tets, patiënt wordt in de kar gemaakt.

5 — Verdubbelingen van woorden.

Patiënt (1): een beetje beetje, een klein weinigje;

Patiënt (2): speciaal van speciaal.

6 — Vaak gebruiken de patiënten achter elkaar op elkaar rijmende woorden, of woorden die anderszins qua klank aan elkaar verwant zijn. Beide patiënten zeggen vaak fragmenten van versjes op, waarbij dan op het bestaande, bekende versje geïmproviseerd wordt.

B Kenmerken van de taal, meer betrekking hebbend op de inhouden —

1 — In de taal van beide patiënten komen zeer talrijke eigennamen voor. Voor zover na te gaan zijn dit grotendeels namen van mensen, die de patiënten gekend hebben voor het uitbreken van hun psychose. Mensen, waar de patiënt later mee in aanraking gekomen is, met name de personen uit de ziekenhuis-omgeving, worden door de patiënten van een naam voorzien! In hun naamgeving zijn de patiënten zeer constant, het slachtoffer blijft jarenlang dezelfde naam of althans persoonsaanduiding behouden.

Patiënt (1) noemt b.v. één der verpleegsters 'geverfde engel', de afdelingsarts 'Zuurdeeg', en het nachthoofd 'Zr. Borst'.

Patiënt (2) noemt één der verplegers hardnekkig 'fictieve zijksnor', de afdelingsarts 'Benedetto' en het nachthoofd 'Zr. Anna met de chocolade tietten'.

2 — Veel van hetgeen de patiënten zeggen, is niet meer dan commentaar, meestal in de vorm van korte, zakelijke zinnen, op de omgeving, waarin zij zich op dat moment bevinden, op wie met ze spreekt, enz.

Beide patiënten hebben b.v. de gewoonte het uiterlijk, de kleding, enz., van de gesprekspartners te beschrijven. (Hij heeft een bruin pak aan, hij zit op een stoel, hij zit te schrijven, hij rookt een pijp, nou zegt ie iets tegen Ans, enz.).

3 — De patiënten zeggen iets, stellen iets, poneren iets, direct hierna volgt een zin, waarin het zo juist geponeerde ontkend wordt. Deze constructie komt frequent voor.

Patiënt (1): De centen zijn er, de centen zijn weg, hij is een zoete baas, hij is geen zoete baas, enz.

Patiënt (2): Hij is gelukkig, hij is toch ongelukkig, hij is dood, schijnbaar levend, hij is de luguberste vent die je ziet en niet ziet, enz.

4 — De patiënten gebruiken talrijke uitdrukkingen, waaruit blijkt, dat de omgevende wereld als bedreigend ervaren wordt.

Patiënt (1): Je wordt voor je rakker geslagen, als hij kwaad wordt, worden je poten gebroken, enz.

Patiënt (2): Ik word vergast, vermoord, geëlektrificeerd, hij trekt het broodmes over mijn pols, hij hangt mij op, enz.

5 — Bij beide patiënten valt op een zeer frequent gebruik van op sexuele aangelegenheden betrekking hebbende terminologie, verhalen over faeces en defaeceren, het frequent gebruik van 'schuttingwoorden', enz.

6 — Beide patiënten zeggen zeer vaak van zichzelf, dat ze 'gek' zijn.

Patiënt (1): ze hebben me net zo lang gepest tot ik gek werd, ik ben in de war, ik ben helemaal gek, enz.

Patiënt (2): ik ben gek gemaakt, mijn kop is in de war gestoken, ik ben knobbe, enz.

III BESCHOUWINGEN

De twee bovenbeschreven patiënten tonen talrijke punten van overeenkomst. Beiden raakten korte tijd na het uitbreken van hun schizofrene psychose in een defecttoestand, die gedurende decennia constant bleef. Het klinische toestandsbeeld was bij beide patiënten gelijk, beide patiënten hadden twee schizofrene broers, resp. een schizofrene broer en zuster.

Medicamenteuze therapie had bij beiden nauwelijks enig resultaat.

Tenslotte lijkt de taal van de ene patiënt bijzonder sterk op die van de andere. Hierbij moet vermeld worden, dat enkele van de taalstoornissen, die onze twee patiënten toonden, reeds door Schwab bij zijn gevallen gevonden werden.

Deze taalstoornissen, in combinatie met de enorme spreekdrang, zouden wij centraal willen plaatsen in de symptomatologie van de schizofrasie.

Het goed behouden vermogen tot affectief reageren, het levendige en soms echt hartelijke contact, dat deze patiënten met mensen in hun omgeving hebben, lijkt ons een tweede essentieel kenmerk van deze vorm van defectschizofrenie.

Er gaat van schizofrasie-lijders een zekere charme uit, die vele andere defectschizofrenen missen. Mijns inziens wordt deze charme veroorzaakt door het feit, dat we te maken hebben met patiënten, die eensdeels duidelijk gedesintegreerd en anderzijds betrekkelijk intact zijn.

Voor het overige schijnt de symptomatologie wisselend te kunnen zijn. Onze beide patiënten toonden de wat maniforme grondstemming, die Kraepelin beschreef, misten echter de eveneens door hem beschreven goede prestaties in het arbeidstherapeutische proces. De agressiviteit en de hallucinatoire ontstemmingstoestanden deden weer meer denken aan Schwab's schildering. Op de hoge erfelijke belasting bij dit type wees Leonhard reeds.

Het lijkt ons onjuist, de term 'schizofrasie' te gebruiken voor elke vorm van schizofrene spraakverwardheid. Voor de kenners van de Leonhard-klassificatie is er een hemelsbreed verschil tussen de plechtige, gezwollen stadhuis- of kanseltaal, vol herhalingen en vol gekunstelde neocomposita van de 'verschrobene' hebefrenen, de korte, ploffende zinnnetjes van enkele woorden van de 'parakinetische' katatonen, de hallucinatoir bepaalde scheld-monologen en het 'flüsteren' van de 'incohaerente' parafrenen, het voortdurend 'murmelen' van de prokinetische katatonen, het als reactie op verbale prikkels optredende 'vorbeireden' van de 'sprechbereite' katatonen, enz., enz. In al deze gevallen gaat het om specifieke spraak- en taalstoornissen, bij specifieke schizofrene eindstadia.

SAMENVATTING

Beschreven werden 2 patiënten, lijdend aan 'schizofrasie' in de zin van Kraepelin, Schwab en Leonhard.

Speciale aandacht werd besteed aan enkele aspecten van de taal van deze patiënten.

SUMMARY

Two patients have been described suffering from 'schizophrenia' in Kraepelin's, Schwab's and Leonhard's sense.

Special attention has been paid to some aspects of the language of these patients.

LITERATUUR

1. Kraepelin, E. — *Psychiatrie* — Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 8e Ed., Barth Leipzig 1913.
2. Schwab, H. — 'Die Schizophrenien' — *Arch. Psychiatr. Nervenkrh.* 182 (1949) 333.

3. Leonhard, K. — *Aufteilung der Endogene Psychosen* — Akademie — Verlag, Berlin 1957.
4. Flegel, H. — *Schizophrenie in Linguistischer Deutung* — Springer Verlag, Berlin (1965), pag. 138.
5. van der Meer, J. — 'Problemen bij de latere Stadia van Schizofrenie' — *Voordrachtenreeks voor Psychiaters in Dienstverband* (1965) 23 p. 69-90.
6. Epen, J. H. v. — 'Defect Schizophrenic States (Residual Schizophrenia)' — *Psychiatria Neurologia Neurochirurgia* 72 (1969), no. 4, p. 371—394.

ENKELE OPMERKINGEN OVER DE PLAATSINGSMOGELIJKHEDEN VOOR PUBERTEITS-PSYCHOSEN IN NEDERLAND

door Dr. J. WEINBERG, psychiater te Zeist

Als psychiater van de Rijksinrichtingen voor observatie te Zeist meen ik dat het van belang is een — naar ik aanneem reeds overbekende, doch niettemin zeer ernstige — situatie te signaleren met betrekking tot de plaatsingsmogelijkheden voor jeugdige psychotici.

In enkele recente gevallen is gebleken, dat voor deze jeugdigen geen enkele legale plaatsingsmogelijkheid aanwezig is.

In het geval van een hebefrene jongen van 14 jaar werd het mij duidelijk, dat vele inrichtingen bezwaren hebben tegen opname op grond van:

1e bindende afspraken met instanties binnen een bepaald rayon;

2e de afstand tussen de inrichting en het ouderlijk huis van de patiënt;

3e de leeftijds-categorie.

Vooraf de leeftijds-categorie blijkt een zeer belangrijke rol te spelen.

Voor gestoorde kinderen tot 12 jaar is in principe bij enkele daarvoor geoutilleerde inrichtingen nog wel plaatsingsmogelijkheid aanwezig.

Voor jeugdige psychotici tussen 12 en 18 jaar bestaat alleen dan mogelijkheid tot plaatsing, wanneer zij tot de jeugdige volwassenen behoren of als zodanig reeds functioneren.

Zij worden over het algemeen geplaatst op afdelingen voor volwassenen na een selectie op grond van — in volgorde — de aard der psychose en de leeftijds-groep.

Bindende afspraken met betrekking tot de opname van jeugdigen in deze leeftijds-groep tussen overheids-instanties en inrichtingen zouden niet bestaan en de hoofd-inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid zou hierin dan ook volkomen machteloos zijn.

In mijn contacten hierover heb ik ervaren, dat deze kwestie velen bezig houdt, doch dat tot op heden geen bevredigende oplossing is gevonden.

In 1963 en 1966 zouden — overigens zonder resultaat — binnen de sociaal psychiatrische diensten uitvoerige besprekingen over dit onderwerp hebben plaats gehad.

De tijd en de energie welke voor een psychiater in deze gevallen verloren gaan en — niet in de laatste plaats — het leed, dat door deze situatie aan jeugdige psychotici wordt toegebracht, acht ik op geen enkele wijze te verantwoorden.

Indien door mij een suggestie zou mogen worden gedaan, dan zou ik een spoedige realisering willen aanbevelen van:

1e bindende afspraken tussen overheid en inrichtingen met betrekking tot de plaatsingsmogelijkheden voor jeugdige psychotici;

2e het creëren van een psychiatrische observatie- en behandelingsafdeling voor de leeftijds-groep van 12 tot 18 jaar.