

Fysieke maskering van depressies

door M. H. Cohen Stuart

Inleiding

De verhouding tussen de psychiatrie en de somatische geneeskunde is op het brede gebied van de depressies belangrijk, ingewikkeld en belangwekkend. De bijdrage die de psychopathologie en de psychiatrische behandeling hier kunnen leveren is van grote betekenis voor de dagelijkse medische praktijk, en daardoor voor de volksgezondheid. Volgens schattingen van W.H.O.-deskundigen lijdt 3-5% van de bevolking aan depressies. Dit zou voor Nederland een half miljoen mensen betekenen. Om verschillende redenen mag worden verondersteld, dat veel van deze mensen somatische klachtenpatronen hebben en deze aan de arts ter beoordeling en ter behandeling voorleggen. Het is om deze redenen zeer opmerkelijk, dat systematische verkenningen van dit gebied nog weinig hebben plaatsgevonden.

Bij nadere exploratie van het werkterrein blijkt hoe zeer de psychiatrie met de geneeskunde is verweven, vooral waar het gaat om de zorgvuldige registratie en om de verantwoorde beantwoording van vragen en klachten die patiënten stellen en uiten. De patiënt wendt zich daarmee tot de arts. Meestal betreft het somatische klachten. De arts is vanuit zijn direct-operationele attitude en opleiding er op gericht de klachten een belangrijke en positieve heuristische betekenis toe te kennen. Hij neemt deze klachten als uitgangspunt voor zijn onderzoek. Naarmate de arts daartoe te directer – en dus voorbariger – bereid is, en zich minder afvraagt of wellicht achter deze klachten gevoelens en emoties verborgen gaan, die níét rechtstreeks naar voren komen, zal hij méér geneigd zijn om onderzoek en behandeling langs de lijn van de klachten in somatische richting verder te ontwikkelen. Het is daarbij van belang, dat met name de emotionele kwaliteit waarmee de klachten

Schrijver is psychiater, geneesheer-directeur van het Deltaziekenhuis der Gemeente Rotterdam te Poortugal.

Dit artikel is een bewerking van de voordracht, gehouden voor de Sectie Klinische Psychiatrie op het voorjaarscongres van de Ned. Ver. voor Psychiatrie op 7-8 april 1978.

worden gebracht, vaak slechts terloops wordt waargenomen en niet op zichzelf nader wordt geanalyseerd.

Deze geneigdheid om onderzoek en behandeling in somatische richting te laten sturen, ligt zowel voor de arts als voor de patiënt in eerste aanleg voor de hand. In onze cultuur is men geneigd aan het somatische in de gezondheidszorg en in de geneeskunde zonder meer het primaat toe te kennen.

De gedachte dat ook andere dan terstond en goed objectiveerbare motieven de patiënt met zijn klachten naar de arts doen komen, wordt bij voorbaat meestal zowel door patiënt als arts als vanzelfsprekend van de hand gewezen.

Zodra in een klachtenpatroon het somatische gegeven als zodanig opduikt, wordt dit gegeven als het primaire en waarschijnlijk het belangrijkste ervaren. Het is zelfs zo, dat juist bij een emotioneel instabiele toestand de patiënt het houvast van de somatische klacht graag zal aangrijpen. Hij vindt in het concrete van die somatische klacht vaak een houvast dat hij in zijn instabiliteit goed kan gebruiken. Hij zal wensen dat aan zijn somatische klachten alle aandacht wordt gegeven, en wel bij enige vage twijfel zo mogelijk bij *uitsluiting* van andere *niét*-somatische klachten en problemen. Iets dergelijks geldt voor de arts om een reeks van – uiteraard andere – redenen. Wanneer zich dan ook somatische klachten aandienen, wordt doorgaans door patiënt en arts in eerste instantie de mogelijkheid verworpen dat deze klacht een uiting zou kunnen zijn van een dieper gelegen, kennelijk verborgen, eventueel zelfs psychiatrische problematiek.

Bovendien is er vanuit de psychodynamische structuur van de depressies zelf een sterke neiging tot maskering, en niet alleen tot fysieke maskering. Deze maskering treedt vooral bij depressies die zich (nog) goeddeels afspelen in de sfeer van de subjectieve belevingen en die weinig of geen, voor anderen direct toegankelijke objectieve stoornissen doen zien. Objectieve stoornissen zijn bijvoorbeeld: psychomotorische remming, manifeste angst of diepe somberheid of vertwijfeling. Het is aannemelijk dat deze afwezigheid van objectieve stoornissen bij depressies in kwantitatieve zin de overgrote meerderheid betreft.

Juist in de gevallen waarbij de depressiviteit zich overwegend in de subjectieve sfeer bevindt, zal de maskering uiteraard met een redelijke kans op succes kunnen plaatsvinden. Het is niet alleen een maskering van de patiënt naar de omgeving toe; het is vooral ook, en misschien nog in sterker mate, een maskering van de patiënt naar zichzelf toe. Deze zal tot de maskering maar al te graag geneigd zijn, wanneer zich honorabele (en met name de zeer honorabele somatische!) argumenten aandienen, die er toe leiden dat niet de depressie zelf, maar diverse andere vormen of mogelijkheden van onwelzijn en onwelbevinden de emotionele problematiek van de patiënt kunnen verklaren. Zelfs een matig sombere stemming kan verklaard worden wanneer zich somatische klachten aandienen, en wel juist omdat die somatische klachten er zijn!

Literatuurgegevens

In 1621 vertelt Robert Burton in 'The anatomy of melancholy' welke lichamelijke stoornissen en klachten door antieke schrijvers (zoals Hippocrates, Aretaeus en Melanelius) en hemzelf zijn waargenomen. Het zijn alle klachten uit de autonoom-vegetatieve sfeer: 'Continue, scherpe en stinkende boeren, alsof het vlees in hun maag terug was of dat ze vis hadden gegeten, . . . hartkloppingen, koud zweet, schokken in allerlei lichaamsdelen, een soort jeuk als van vlooiënbeten; hoofdpijn en een gespannen zwaarte in het hoofd, slaapstoornissen, geringe productie van ontkleurde urine; overdadige of geringe defaecatie, flatus, kortademigheid, pijn in de hartstreek, vocht in de maag; weinig, harde en zwarte ontlasting'.

Watts (1956, 1966) beschreef in twee uitvoerige publicaties tal van lichamelijke afwijkingen bij depressieve patiënten. Bij 590 patiënten klaagden 85% over energieverlies, en 74% had stoornissen in het slaapritme. Lichamelijke klachten hadden o.a. betrekking op hoofdpijn, rugpijn, pijn in de borst, dyspepsie, duizeligheid, pijn in de ledematen, hoesten, globussyndroom, buikpijn, flauwvallen, oorsuizen, hartkloppingen, pijnen in de nek, dyspnoe, visusstoornissen, exantheem, diarree, jeuk, menstruatiestoornissen, gewichtsveranderingen, enz.

Kraines (1957) maakte uitvoerig melding van 'Physical symptoms and psychosomatic symptoms', die door diëncefale stoornissen zouden zijn veroorzaakt.

Ayd (1961) beschreef in een ongedifferentieerde reeks van 'Physical symptoms in endogenous depression': vermoeidheid, slaapstoornissen, eetluststoornissen, spijsverteringsstoornissen, gewichtsveranderingen, obstipatie, verandering in de mictie-frequentie, menstruatiestoornissen, sexuele functiestoornissen, cardiovasculaire stoornissen, dyspnoe, hoofdpijn, droge mond, duizeligheid, visusklachten.

Naast duidelijke, meer circumscripte stoornissen van meestal autonoom-vegetatieve aard wordt ook melding gemaakt van algemene, lichamenlijk beleefde gevoelens van onwelbehagen. Zo sprak Weitbrecht (1960) over een 'secundaire hypochondrie' bij depressieve patiënten: 'Das klagsame, wehleidige, aufbauschende Beachten bald dieser, bald jener Unpäßlichkeit'.

Ook Westermann had reeds in 1922 lichamelijke klachten beschreven die uiting gaven aan de gestoorde vitale gevoelens bij depressieve patiënten, al dan niet gepaard met depressieve uitingen. Een voorbeeld waarin deze algemene gevoelens van onwelbevinden wat duidelijker naar voren kwamen, is te vinden in de persoon van de oprichter van het Amsterdamse Atheneum, de latere Universiteit, Caspar Barlaeus (Blok, 1976). Deze schreef op 24 mei 1632 aan zijn vriend Cunaeus: 'Door mijn ziekte heb ik last gehad van mijn ademhaling, zodat ik gedurende enige tijd een spreker was met te weinig bewogenheid, en uitzonderlijk kortaf. Nu begin ik weer adem te krijgen voor langere en duidelijker uitgesproken

toespraken'. Hij vermeldt verder, dat in zijn depressieve periode een gespannen gevoel rondom de borst het hem onmogelijk maakte om diep adem te halen. Hij spreekt van 'een zware druk in het hypochondrium'.

In 1971 beschreef Burns de 'Breathlessness', de ademloosheid als symptoom van depressies. Hij onderzocht 33 patiënten met deze afwijking. Dikwijls traden aanvallen op van hyperventilatie, ter compensatie van die 'ademloosheid'. Burns waarschuwt tegen de voorbarige conclusie dat hyperventilatie meestal op conversie-hysterie zou berusten. Burns legt daarentegen juist verband met de stoornis in de vitale gevoelens die Kurt Schneider (1959) in zijn 'Klinische Psychopathologie' beschreef: een gevoel van zwaarte of druk op de borst. Schneider acht deze gevoelens vrijwel pathognomonisch voor een depressieve psychose. De ademloosheid verdwijnt weer met de depressie.

Bhaskaran (1955) beschreef 3 duidelijke patronen van somatisatie-reacties bij patiënten met niet-psychotische reactieve depressie:

- 1 pijn of zwaktegevoel in een beperkt deel van het lichaam;
 - 2 aanhoudende hoofdpijn van 'vascular' en 'muscular contractiontype';
 - 3 symptomen die toegeschreven worden aan functiestoornissen van het bovenste deel van het maag-darm-kanaal, zoals epigastrisch voltegevoel, misselijkheid, braken en epigastrische pijn.
- Deze somatische verschijnselen traden vaak periodiek op, en reageerden gunstig op electroconvulsieve behandeling.

Cleghorn en Curtis (1959) beschreven 3 vormen van somatische symptomen bij latente of manifeste depressies en wel:

- 1 sensaties in spieren en verder in het lichaam: moeheid, spierpijn, paresthesiën, veranderde lichaamsbeleving;
- 2 autonome stoornissen (gastro-intestinale, genito-urinaire, cardio-vasculaire);
- 3 ritmische vegetatieve functiestoornissen: dagschommelingen, slaapstoornissen, eetluststoornissen, gewichtsverlies, menstruele stoornissen.

Dorfman (1961) rapporteerde over de effectiviteit van anti-depressieve behandeling bij patiënten met uiteenlopende fysieke klachten en met een achterliggende depressie. De gunstige resultaten van behandeling met tofranil en tryptizol lagen bij 65-70%. De klachten zouden onder meer zijn: moeheid, slapeloosheid, buikpijn, buikkrampen, hoofdpijn, hartkloppingen, vraatzucht, 'cardiac awareness' en zeldzaam: misselijkheid, braken, keelpijn, diarree, pijn in de benen, pijn in de nek, duizeligheid, problemen met het gebit, bittere smaak in de mond. En Dorfman voegt daar aan toe: 'Sadness may be evident, but is often covered by a disarmingly inappropriate smile'. Hij staat in deze waarneming niet alleen: deze 'depressio sine depressione' wordt dikwijls in de context van de fysiek-gemaskeerde depressie beschreven.

Belangwekkend zijn de gevallen van heftige, vaak zeer circumscrip te pijn die in verband kunnen worden gebracht met depressies.

Lesse (1956) beschreef een 'atypical facial pain of psychogenic origin'. In 1961 beschreef hij 'autonomic faciocephalgia', een klacht die meestal als 'cluster headache' wordt omschreven. Dit laatste syndroom lijkt sterk op migraine en moet volgens Lesse als een psychosomatische manifestatie van een onderliggende depressie worden beschouwd.

Von Hagen (1957) zag 'chronic intolerable pain' verdwijnen met een electroconvulsieve behandeling.

Bradley (1963) beschreef depressieve patiënten bij wie door toepassing van een anti-depressieve therapie scherp gelocaliseerde pijnklachten verdwenen. Lopez Ibor (1973) maakte in een discussie over depressies melding van het verdwijnen van een heftige perineale pijn door electro-convulsieve behandeling.

Mandel (1975) beschreef de verdwijning van chronische pijn in depressie bij 4 van de 6 patiënten met dezelfde behandeling. De pijnklachten waren: pijn in de rug, atypische aangezichtspijn, pijn in de borst. De gemeenschappelijke noemer van de hier vermelde waarnemingen is de samenhang tussen uitgesproken lichamelijke klachten en depressie en de invloed op deze klachten van een anti-depressieve behandeling.

Moffic en Paykel (1975) deden een onderzoek naar depressie bij 150 patiënten in een algemeen ziekenhuis. Slechts in 3 gevallen was sprake van een ernstige depressiviteit. Depressie bleek echter aanwezig te zijn bij 24% van de patiënten, die in een algemeen ziekenhuis waren opgenomen, en die ook als zodanig werden herkend.

De reeds eerder genoemde Lesse (1974) wees in een artikel over 'Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression' er op, dat 1/3 van de door hem onderzochte patiënten met gemaskeerde depressies ten onrechte chirurgische operaties had ondergaan, soms wel vier maal. Twee derde van de patiënten met gemaskeerde depressies heeft suïcidale gedachten. Lesse vraagt zich af hoeveel patiënten met gemaskeerde depressies wellicht terecht komen bij niet-medische psychotherapeuten en niet als depressieve patiënt zullen worden herkend. Zelfs artsen hebben vaak grote moeite om depressies te herkennen. Artsen met een tekort aan psychiatrische opleiding bezien de klachten van hun patiënten te letterlijk: 'with literal eyes'. Dit 'klinische scotoom' – zoals hij dit noemt – verhindert de herkenning van gemaskeerde depressies. Wanneer de gemaskeerde depressie die zich in een lichamelijk klachtenpatroon uitdrukt – zo gaat Lesse verder – niet wordt doorzien, ontstaat door het verdere somatische onderzoek en de dikwijls uit voortkomende somatische behandeling een 'massive iatrogenic overlay'. Door deze iatrogene overdekking wordt de toch al moeilijke herkenning van het depressieve basislijden nog bezwaarlijker. Dit doet zich in wel zeer sterke mate voor wanneer bovendien een op zichzelf onbelangrijke, kleine lichamelijke afwijking wordt gevonden, die door een sterke psychogene bovenbouw onevenredig aan betekenis wint.

Lesse vond in zijn arbeidsveld bij 336 van 984 depressieve patiën-

ten (34,1%) een gemaskeerde depressie, die aan uiteenlopende orgaan-functiestoornissen kon worden toegeschreven. De ziekteduur was slechts van 18% minder dan 1 jaar. De resterende 82% had klachten gedurende meer dan 1 jaar, en wel 65% meer dan 2 jaar, 32% meer dan 5 jaar, 15% meer dan 10 jaar en zelfs nog 5% meer dan 15 jaar! Kenmerkend voor het klachtenpatroon is:

- a de sterke (onevenredige) nadruk die de patiënten op hun grote lijden leggen;
 - b de sterke benadeling van het sociale en het beroepsleven in vergelijking met patiënten die lijden aan reële organische afwijkingen;
 - c de krampachtigheid waarmee de patiënten vasthouden aan de organische basis voor hun klachten en de vijandigheid waarmee ze emotionele oorzaken afwijzen;
 - d de vaak aanwezige gevoelens van hopeloosheid en suïcidaliteit.
- Uit de hier weergegeven literatuur kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- 1 depressies gaan dikwijls gepaard met lichamelijke functiestoornissen in de autonoom-vegetatieve sfeer, die elk gebied van het autonoom-vegetatieve systeem kunnen betreffen;
- 2 klinisch belangrijk is de gemaskeerde depressie waarbij fysieke klachten en afwijkingen naast depressie voorkomen, en waarbij in het klachtenpatroon die fysieke klachten zozeer op de voorgrond staan dat zij als de enige belangrijke worden gezien, terwijl de psychische klachten of stoornissen worden genegeerd of weggedrongen achter de façade van het fysieke ziek-zijn;
- 3 uit de depressieve belevingsvorm komen fysieke klachten soms naar voren, die een algemeen en meestal gevoelsmatig karakter hebben waardoor ze weinig concreet in hun uitdrukkingsvorm zijn. Nochtans worden ze meestal pas herkend wanneer deze klachten een waanachtig karakter krijgen. Toch gebeurt het niet zelden, dat deze patiënten worden beschouwd en behandeld als patiënten die lijden aan een hysterisch-conversief syndroom.

Psychopathologisch onderzoek van depressies

Psychopathologisch onderzoek dient uit te gaan van de realiteit van de patiënt waarin deze functioneert. Psychopathologisch onderzoek dient daarom in eerste instantie te zijn: fenomenologisch en descriptief. Dat betekent, dat alle verschijnselen die zich in het onderzoek voordoen als zodanig moeten worden vastgelegd en voor verdere analyse toegankelijk moeten worden gemaakt. Op die manier kan zoveel materiaal worden verzameld, dat het beeld van de problematiek van de patiënt zo compleet mogelijk wordt. De informatie die de depressieve patiënt geeft over zijn gestoordheid komt in grote lijnen uit 2 bronnen.

- 1 - Subjectief: de patiënt doet mededelingen van de waarnemingen, die hij aangaande zichzelf heeft gedaan; en voorts is hij in staat over zijn eigen situatie na te denken en daarover gegevens te verstrekken aan de arts. De zelf-waarnemingen en de daarop be-

trekking hebbende reflexie zijn nauw aan elkaar verbonden en vloeien soms op onduidelijke wijze in elkaar over. Nadere analyse daarvan kan noodzakelijk zijn.

2 – Objectief: veranderingen in het gedrag van de patiënt zijn voor de omgeving of direct waarneembaar of kunnen langs intuïtieve en gevoelsmatige weg worden benaderd. Ook hier kan vervolgens actieve exploratie en analyse de primaire gegevens verduidelijken. De onderzoeker (vaak ook: de potentiële therapeut) is bij het onderzoek betrokken door directe zintuigelijke waarneming van de patiënt en ook door directe verbale communicatie met de patiënt. Tevens vindt een indirect onderzoek plaats door de intuïtieve beleving van de emotionele en de contactuele werkelijkheid, waarin het onderzoek van en het gesprek met de patiënt zich afspelen. De onderzoeker zal zich bij voortduring bewust moeten zijn van het feit dat zijn eigen optreden en reacties van invloed kunnen zijn op datgene wat de patiënt ook vanuit zijn subjectieve belevingswereld naar voren kan brengen. Bij na-onderzoek van een interview (op band vastgelegd) zal nog al eens blijken dat de subjectieve pre-occupatie van de onderzoeker met een bepaalde vraagstelling, die door mededelingen van de patiënt associatief bij hem wordt gewekt, op een bepaald moment in het gesprek richtinggevend gaat worden voor datgene wat hij vervolgens met de patiënt ter sprake brengt. Het blijkt dan dat daardoor de gedachten van de patiënt op soms belangrijke momenten worden omgebogen. Essentiële informatie over de ervarings- en belevingswereld van de patiënt blijft dan onuitgesproken en verborgen. Achteraf is dan nadere exploratie nodig van de onafgewerkte gedachtenlijnen, die de patiënt bezig was te ontwikkelen en die de gepreoccupeerde onderzoeker onderbrak.

Evenwel: depressieve patiënten zijn ten aanzien van de beschrijving en de beoordeling van hun eigen belevingswereld niet gemakkelijk van hun stuk te brengen. Zij spreken meestal geobsedeerd vanuit de ervaringen en belevingen die hen belasten. Ze zullen geen problemen gemakkelijk laten wegwuiven, of zich andere problemen laten aanpraten. (Deze zelfde, door angst gevoede obsessionaliteit kan verschuiven naar de fysieke kristallisatiepunten in het klachtenpatroon en verklaart de vasthoudendheid van de patiënt ten aanzien van dergelijke klachten). Dat betekent dat authentieke mededelingen van depressieve patiënten over de depressieve bestaansmodus van grote betekenis zijn voor het onderzoek. Men kan zelfs waarnemen dat mededelingen van depressieve patiënten een grote mate van constantie vertonen, en (van patiënt tot patiënt, binnen een bepaalde taalcultuur met name) een sterke mate van onderlinge uitwisselbaarheid hebben.

Dit betekent dat het reflexief-verbale beeld, dat de depressieve patiënt van zijn eigen belevingsvormen en ervaringen geeft, een algemeen-geldigheid heeft die telkenmale bij andere patiënten kan worden getoetst en herkend.

Soms blijken depressieve patiënten niet in staat te zijn de formulering te vinden waarmee ze hun subjectieve beleving op de juiste,

op de adequate manier kunnen aanduiden. In die gevallen kan de ervaren onderzoeker gebruik maken van de uitdrukkingsvormen, die in het algemeen bij de verwoording van de depressieve belevingswijze worden gebruikt. Op voorzichtige, tastende wijze kan dan een bepaald begrippenkader aan de patiënt worden voorgelegd, en vervolgens zal de patiënt al dan niet dit begrippenkader overnemen om zijn eigen belevingsvorm daarmee uit te drukken.

In een aantal gevallen zal blijken, dat de patiënt met grote gretigheid de formulering overneemt omdat hij deze als juist herkent en omdat het vermogen tot formulering van de eigen bestaanscrisis voor de patiënt meebrengt, dat hij als het ware beter greep heeft op de vage en duistere dreiging die de depressie voor hem is. Ook hier speelt de obsessionele drang tot zekerheid in een onduidelijke en angstaanjagende toestand een belangrijke rol.

In het klachtenpatroon van depressieve patiënten valt vaak op, dat klachten eigenlijk de patiënt door massaliteit overweldigen. Dit overweldigingskarakter draagt bij tot de emotionele toon van wanhoop, van tot-het-uiteerste-gedreven-zijn. Deze overweldigingsemoatie is een belangrijk criterium bij de herkenning van fysieke klachten van gemaskeerde depressies. Wanneer een sterke discrepantie blijkt tussen de inhoudelijke aard van de (doorgaans geringe) fysieke klacht en de overweldigende emotionele invloed die deze heeft voor de patiënt, is daarmee de aanleiding aanwezig om de fysieke klacht in relatie tot deze emotionele lading nader te onderzoeken.

Het vitaal-depressief syndroom

Aubrey Lewis (1964), befaamd Brits kenner van depressies, signaleerde hoe de belangstelling voor depressie-onderzoek tot het begin der zestiger jaren was teruggelopen, vooral in vergelijking met de sterk toegenomen belangstelling voor de schizofrenie. Hij zegt daarvan: 'The areas of ignorance about depression are still so vast and the misery and chronicity so much greater than the conception of a benign self-limited attack-disorder would suggest, that a livelier concern is justified'. . . 'depressive illness is manifestly a major medical problem, now receiving disproportionately little attention from investigators, apart perhaps from those who study therapeutic actions of drugs'.

Sedert deze uitspraak lijkt in de afgelopen 15 jaar nog niet veel te zijn veranderd, wanneer men de sterke groei van het biologisch-psychiatrisch onderzoek daarbij buiten beschouwing laat die zelf nauw met de ontwikkeling van de moderne farmacotherapie samenhangt.

Een kritisch en veel grondiger psychopathologisch onderzoek van depressies kan evenwel medisch en therapeutisch van groot belang zijn. Daarop werd reeds gewezen. Het thema van de fysieke maskering van depressies kan echter slechts systematisch worden behandeld, wanneer omtrent het kernbegrip 'depressie' de noodzakelijke duidelijkheid is verkregen. Uit de depressie-literatuur kan

men zien dat door onduidelijkheid over dit kernbegrip elke discussie over depressies en daarmee verwante stoornissen en toestanden steeds weer de neiging heeft te vervagen. En dan ontstaan niet de concrete inzichten, die juist voor een doelgericht onderzoek en behandeling van depressieve patiënten noodzakelijk zijn. In het volgende gedeelte wordt een samenvattende beschrijving gegeven van enige hoofdkenmerken van het vitaal-depressieve syndroom, dat als kernbegrip van 'depressie' zeer goed bruikbaar is (Cohen Stuart, 1960, 1965). De beschrijving wordt toegespitst op de fysieke klachtenpatronen die bij depressie kunnen voorkomen.

(a) Depressie naast verwante belevingsvormen

Bij de uitzuivering van het begrip en van de toestand 'depressie' is het in de eerste plaats van belang dit begrip semantisch zo kritisch mogelijk te onderscheiden van andere begrippen en toestanden die op depressie lijken of met depressie kunnen worden verward. Scherper geformuleerd: men zou hier kunnen spreken van *para-depressieve* of *depressiforme* toestanden. Meer indringende, fenomenologische analyse van de hiervolgende en soms sterk op elkaar lijkende toestanden kan hier niet worden gegeven. Verdere uitwerking is klinisch en therapeutisch van belang. Naast het kernbegrip 'depressie' dat nog nader zal worden uitgewerkt, en dat in het Engels wordt vertaald met 'depression' en in het Duits met 'Schwermut', kunnen een aantal toestanden worden genoemd die soms weer wel met depressie blijken te kunnen samengaan:

- 1 verdriet, in het Engels 'sorrow', in het Duits 'Trauer';
- 2 dysforie, ontstemming, een toestand, die zich kenmerkt door korzelige prikkelbaarheid;
- 3 reactieve bedruktheid, die kan ontstaan als gevolg van bepaalde stress-toestanden, en die blijft gehandhaafd zolang de stress voortduurt; in het Engels kan men spreken van 'distress' of van 'oppression';
- 4 organische apathie en adynamie, bij voorbeeld als gevolg van cerebrale beschadiging;
- 5 neurasthenie: een neurotisch toestandsbeeld, dat eveneens wordt gekenmerkt door apathie en adynamie;
- 6 het hyperesthetisch-emotioneel syndroom, dat in het Engels kan worden vertaald met 'irritable weakness', en dat dikwijls kan worden aangetroffen bij mensen met beperkte fysieke spankracht, zoals kan voorkomen aan het begin of aan het einde van een (vaak ernstige) lichamelijke ziekte;
- 7 angst, een toestand, die ook wel met depressie in verband wordt gebracht met name door Lopez Ibor; het is van belang angst vooralsnog van depressie te onderscheiden, al bestaat daaromtrent wel twijfel (Leff, 1978); in het Engels: 'anxiety', in het Duits: 'Angst';
- 8 vrees: de toestand van bezorgdheid en beklemming voor een dreigend ('imminent') gevaar; in het Engels 'fear', in het Duits 'Furcht', en ook wel te vergelijken met 'Erwartungsangst';

- 9 verveling: het beeld van verveling kan op depressie lijken omdat ook het leegtegevoel bij depressie een rol kan spelen. Verveling is echter leegte zonder juist de depressieve stemming;
- 10 deprivatiesyndroom: deprivatie leidt tot een toestand van inactiviteit en ongeïnteresseerdheid; zij kan zowel sensorisch als motorisch van aard zijn. Bij sensorische deprivatie betreft het de uitval van zintuigelijke waarnemingsprikkels; bij motorische deprivatie gaat het om de onmogelijkheid zich (psycho-) motorisch uit te kunnen drukken en te functioneren;
- 11 hospitalisatiesyndroom: hier is sprake van inactiviteit en interesseverlies; deze 'sociale' deprivatie wordt veroorzaakt wanneer anderen mogelijke sociale prikkels en activiteiten voorkomen of verrichten.

(b) De vitale depressie als kernsyndroom

Na een systematische en gedetailleerde, fenomenologische en anthropologische analyse van (in het bijzonder) de zelfbeschrijvingen van de leefwijze van 10 depressieve patiënten, kwam ik destijds (1960) tot de conclusie dat 'de klinisch-fenomenologische, syndromale entiteit der autonoom-vitale depressie' kon worden vastgesteld. Dit syndroom dient als een semantische eenheid te worden beschouwd. Dit impliceert dat het vraagstuk van de etiologie van dit syndroom in een ander kader past. Zo dient de endogene, de psychogene, de exogene, het involutieve of de reactieve determinant van een vitaal-depressief syndroom (= een vitale depressie) als een zelfstandig gegeven te worden beschouwd.

Sindsdien is het begrip vitale depressie in de Nederlandse psychiatrie geleidelijk ingeburgerd, vooral ook doordat de heuristische betekenis van dit omschreven syndroom bij het biologisch-psychiatisch onderzoek van Van Praag aan het licht is getreden.

Van Praag (1965 e.a.) heeft met zijn onderzoek immers aangetoond, dat de syndromale eigenstandigheid van de vitale depressie belangrijke openingen en perspectieven heeft gegeven voor onderzoek en behandeling van depressieve patiënten.

Dit grote, praktische belang onderstreept de behoefte aan voortzetting van klinisch-psychopathologisch onderzoek, waardoor de plaats van het vitaal-depressieve syndroom binnen de psychopathologie verder kan worden uitgewerkt. In deze studie blijkt bovendien dat het vitaal-depressieve syndroom niet alleen voor de psychopathologie en voor de psychiatrie, maar ook voor de algemene pathologie van belang is. Dit zal nog nader blijken.

Het hierboven weergegeven inzicht dat een specifiek depressief syndroom als entiteit kan worden begrensd binnen het totale psychopathologische ervaringsveld staat niet op zichzelf, en is elders in de psychiatrische literatuur terug te vinden. De begripsaanduidingen zijn daarbij echter verschillend, en het systematische gebruik van de eigen uitspraken (existentiële formules) van patiënten wordt elders niet gebezigd.

Rosenthal en Klerman gebruikt enin 1966 het begrip 'endogenous depression'. Deze depressie is 'a particular clinical picture' met 'a

relative absence of environmental influence on the precipitation or subsequent course of the illness'. In 1967 nemen (dezelfde) Rosenthal en Gudeman van Gillespie (1929) de term 'autonomous depression' over, en zijn van mening dat deze term de voorkeur heeft boven 'endogenous depression' omdat: 'where endogenous implies that the course of the illness is known to be an internal mechanism, autonomous merely describes the course and the lack of environmental reactivity'.

In 1974 worstelde Klein eveneens met het adjectief 'endogeen' en noemt een algemeen depressief syndroom: 'endogenomorphie depression'. Alle depressies met dezelfde symptomatologie, ongeacht de oorzaak of de ernst van de depressie, worden door hem 'endogenomorphie' genoemd. Hij beschouwt de 'endogene depressie' als het duidelijkste voorbeeld van dit depressie-type, maar door de aanduiding 'endogenomorphie depressie' ikt hij het beeld van de endogene depressie als een algemeen syndroom, dat óók binnen andere dan endogene constellaties kan voorkomen. Bovendien maakt Klein een scherp onderscheid t.a.v. neurotische depressies.

In 1961 werd het begrip vitale depressie ook door Alsen gebruikt als aanduiding voor het 'Kernsyndrom der endogene Depression'. Het begrip vitale depressie is overigens voor het eerst gebruikt door Westermann (1922), die deze aanduiding gebruikte om met name die depressie te beschrijven waarbij in sterke mate lichaamsbelevingen met vitale belevingstonen een rol spelen. Hij volgde daarmee het gebruik van het woord 'vitaal' zoals dit door Scheler en Kurt Schneider was gebruikt.

In de Engel-Saksische literatuur is decennia lang een discussie gevoerd over het onderscheid tussen endogene en neurotische depressies. Deze discussie begon met de vaststelling van Mapother (1926), dat manisch-depressieve psychose 'is merely a quantitative deviation' van normaliteit. Dit standpunt werd door Aubrey Lewis gevolgd in zijn dissertatie (1929) en in twee artikelen over depressie in 1934 en 1936. In 1963 kwamen Kiloh en Garside tot de conclusie dat er inderdaad twee afzonderlijke eenheden van depressie zijn, die zouden corresponderen met de begrippen 'endogene depressie' en 'neurotische of reactieve depressie'.

Sedertdien is door nader onderzoek deze gedachte aan tweedeling van het gebied van depressies tussen endogene depressies enerzijds en neurotische, resp. reactieve depressies anderzijds verworpen. Kiloh, Andrews, Neilson en Bianchi (1972) concludeerden dat 'neurotische depressie een diagnose is die wordt gesteld met uitsluiting van de kenmerken van endogene depressie en dat derhalve neurotische depressie een heterogeen begrip is'. Zij merken op dat deze conclusie in strijd is met de meningen van Mapother en Aubrey Lewis. Toch wordt nog een poging gedaan om voor de neurotische depressie een aparte dimensie te bewaren: 'Encompassing a number of ways in which patients can mobilize their defense-mechanism to cope with environmental and intrapsychic threats'.

Everitt, Gourlay en Kendell (1971) komen na een statistische analyse tot de gevolgtrekking, dat de diagnose 'psychotic depression might be possible to demonstrate a valid boundary between it and other forms of depression'. Carney en Sheffield menen (1972): 'Endogenous depression is a distinct category or disease and neurotic depression is a dimension'. In 1969 concludeerden Pilowsky, Levine en Boulton dat 'endogene depressie een syndroom is, dat voldoende basis verschaft om depressieve patiënten te classificeren, en niet uitsluitend als gevolg van vooringenomenheid van de onderzoeker'.

Uit het bovenstaande blijkt, dat in de laatste 2 decennia een brede basis is ontstaan voor de conceptie van een depressief kernsyndroom resp. van het vitaal-depressieve syndroom, resp. van de vitale depressie. Deze psychopathologische entiteit biedt thans voldoende steunbasis voor verder onderzoek op het terrein van de depressies en de daarmee verwante stoornissen. Anders gezegd: door de steeds scherper wordende semantische omgrenzing en omschrijving van de vitale depressie (= het depressieve kernsyndroom) is de heuristische mogelijkheid geopend om met dit begrip nadere psychopathologische analyses op het gebied van de depressies en de daaraan verwante gebieden te verrichten. Dit betekent dat bij de bestudering van gemaskeerde depressies het vitaal-depressieve syndroom als uitgangspunt en hypothese kan worden uitgewerkt en toegepast.

(c) Structuur en opbouw van het vitaal-depressieve syndroom

Met het oog op de omvang van dit artikel dient te worden volstaan met een compacte omschrijving van het vitaal-depressieve syndroom, onder verwijzing naar de oorspronkelijke publicatie (Cohen Stuart, 1960). Dit brengt het onvermijdelijke risico met zich mee dat de betekenis van enkele gebruikte begrippen onvoldoende wordt geadstrueerd.

Binnen het vitaal-depressieve syndroom kan onderscheid worden gemaakt tussen een primair syndroom en een secundair syndroom. Het primaire syndroom manifesteert zich in de basale existentiële functies en belevingsvormen van de depressieve patiënt. Deze primaire leefvorm wordt gekenmerkt door onderling nauw met elkaar verweven machteloosheid en lusteloosheid. De verbale uitingen van machteloosheid en lusteloosheid zijn in de mededelingen van de depressieve patiënt goed te onderscheiden. De manifestaties zijn van patiënt tot patiënt verschillend, afhankelijk van de persoonlijke structuur van de patiënt. Machteloosheid en lusteloosheid zijn bij de vitaal-depressieve patiënt echter altijd aanwezig. Naast dit primaire syndroom blijkt in de mededeling van de patiënt sprake te zijn van een secundair syndroom. De gevolgen van het primaire syndroom (de dubbelstructuur van machteloosheid en lusteloosheid) in de ervaringswereld, in de beleving en in de reflexie of beschouwing van de patiënt worden daarin vertolkt. Zo kan dan onderscheid worden gemaakt tussen

1 de ervaringen die de patiënt opdoet in en door de depressieve

- bestaanscrisis;
- 2 het levensgevoel dat hij beleeft in deze depressieve bestaanscrisis;
 - 3 de reflexieve beschouwingen die hij – geboeid en angstig tegelijk – aan deze bestaanscrisis wijdt.

Het gesprek, dat de onderzoeker met de depressieve patiënt voert, vindt – voor wat de patiënt betreft – zijn uitgangspunt bij deze terugblikkende, reflexieve beschouwing van de eigen bestaanscrisis. In die beschouwing staat de registratie van de depressieve bestaansfeitelijkheid voorop (zich met name manifesterend in ervaring en beleven), maar wordt deze bestaansfeitelijkheid ook terstond afgewogen, getoetst, beoordeeld, veelal in de ruimere context van de bestaansmogelijkheid (als depressief mens) op zichzelf. Het primaire en het secundaire syndroom van de vitale depressie kunnen door systematisch onderzoek van een verbatim vastgelegd gesprek met de patiënt rechtstreeks uit de woorden van de patiënt worden afgeleid. Zoals reeds hierboven is aangegeven: deze verbale uitingen kan men allereerst ontleen aan de spontane mededelingen die de patiënt doet over zijn eigen situatie, maar men kan deze uitspraken door de patiënt laten aanvullen door hem zo nodig op zorgvuldige wijze de begrippen en kaders toe te spelen, die hij voor de vormgeving van zijn gedachten en gevoelens nodig heeft. Hij kan deze aanreikte instrumenten gebruiken voor het uitdrukken van zijn eigen problematiek, maar ook verwerpen. De vitaal-depressieve patiënt zal zich geen inadequate – dat wil zeggen niet van toepassing zijnde – formuleringen laten opdringen. De onderzoeker die voldoende ervaring met dit type gesprek heeft, zal nauwkeurig kunnen waarnemen of bepaalde formuleringen al dan niet wèrkelijk door de patiënt worden aanvaard als adequate expressie van zijn inzichten en gevoelens. Wanneer de patiënt de begrippen niet aanvaardt, zal dit blijken uit de afwijzing van eventueel aangereikte begrippen.

De depressieve patiënt is te zeer bedreigd en geboeid door zijn eigen wanhopige levenspositie om genoeg te nemen met deficiënte of insufficiënte denkbeelden bij het noodzakelijke proces van ordening en beheersing; het gevecht op leven en dood laat geen ruimte voor drogredenaties. De patiënt is daar uiterst gevoelig voor. Hij klampt zich vaak vast aan enkele stereotiepe formuleringen ('existentiële formules'), die een strohalm-zekerheid geven in een overweldigende, raadselachtige noodsituatie.

Naast deze twee reeksen van verbale inhouden van het vitaal-depressief syndroom (primair en secundair syndroom) zijn nog twee andere complexen resp. ontwikkelingen van belang.

1 – Het autonoom-vegetatieve complex, waarin talrijke functionele stoornissen mogelijk zijn, die meestal gaan in de richting van een *hypo*-functie van het betrokken autonoom systeem, maar soms evenwel in de richting van een *hyper*functie. Tot dit autonoom-vegetatieve complex kunnen worden gerekend:

a slaapstoornissen: meestal in- en doorslaapstoornissen (vroeg ontwaken), soms echter slaapzucht;

- b eetluststoornissen: meestal anorexie, soms echter vraatzucht;
- c sterke verandering in het lichaamsgewicht, uiteraard samenhangend met de eetlustveranderingen; daarom: meestal vermagering, maar soms ook sterke gewichtstoename;
- d vertraagde productie van spijsverteringssappen: speeksel (droge mond), waarschijnlijk ook maag- en darmsappen;
- e obstipatie, niet zelden gepaard met spasmen; sporadisch evenwel diarree;
- f oligurie en polyurie;
- g menstruatiestoornissen: amenorrhoe, polymenorrhoe;
- h potentiestoornissen, frigiditeit;
- i hoofdpijn, continu of in aanvallen; vaak gespannen hoofdpijn rondom het hoofd of druk boven op de schedel;
- j migraine, meer of minder specifieke aanvallen;
- k duizeligheid van niet specifiek karakter: licht in het hoofd, zweverig gevoel (voorbijgaande bloeddrukveranderingen?);
- l aanvallen van transpiratie,; soms echter droge huid;
- m stoornissen in hartritme en polsfrequentie (bradycardie, tachycardie, paroxysmen, extra-systoliën);
- n astmatiforme stoornissen (voorbijgaande bronchiale spasmen?);
- o huil- of tranbuien, al dan niet samengaan met een verdrietige stemming.

Verder zijn van belang en kunnen (mogelijk ten dele) tot het autonoom-vegetatieve complex worden gerekend:

- a de dagschommeling in de stemming;
- b de sterke vermoeidheid of vermoeibaarheid; energieverlies;
- c waarschijnlijk ook wisselende en passagere endocriene stoornissen, waarbij met name kan worden gedacht aan hypofunctie van de schildklier.

2 – Psychotische ontwikkelingen: daartoe kunnen worden gerekend toestanden als: stupor, mutisme, bradyfrenie, apathie en waan. Deze psychotische ontwikkelingen vinden plaats vanuit de hierboven beschreven primaire en secundaire syndromen door een proces, dat als *psychotisatie* van het vitaal-depressieve syndroom kan worden aangeduid. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen de *conceptuele* psychotisatie die zich met name in waanvorming manifesteert, en de *psychomotore* psychotisatie die in het bijzonder in mutisme en stupor naar voren komt. Kenmerkend voor de psychotisatie bij de vitale depressie is dat het gedragspatroon van de patiënt niet langer bepaald wordt door de *situatieve* contactuele en interpersoonlijke realiteit, waarin hij zich bevindt en functioneert, maar door de *intrapersoonlijke* realiteit van de depressieve levensvorm.

Het is van belang dit laatste onderscheid te maken binnen de depressieve beleavingswereld omdat bij het vitaal-depressief syndroom in vele gevallen uitsluitend sprake is van voornamelijk subjectieve en intrapsychische veranderingen die voor de patiënt wél waarneembaar zijn, maar die de omgeving als zodanig nog niet kan waarnemen. In die constellatie zijn alleen de klachten van de patiënt over zichzelf voor de omgeving toegankelijk. De omgeving

(familie, vrienden, huisarts!) heeft vaak neiging om deze klachten te ontkennen, te bagatelliseren of zelfs te ridiculiseren. Men denkt daarmee de patiënt te kunnen helpen. De eenzaamheid van de patiënt wordt in die reacties echter eens te meer manifest en concreet. Wanneer evenwel door een diepe of zich verdiepende depressieve stoornis ('melancholie') de psychotisatie heeft plaatsgevonden, worden de vitaal-depressieve uitingsvormen ook in objectieve zin, en dus ook door de omgeving van de patiënt, waarneembaar. Een ervaren depressie-kenner zal lichte vormen van psychotisatie reeds herkennen, die bijvoorbeeld blijken uit varianten in gelaatsuitdrukking, in de psycho- en locomotoriek, in de snelheid van spreken, in de klank van de stem.

(d) Fysieke klachten bij de vitale depressie

De vitale depressie thans als geheel samenvattend – primair en secundair syndroom, autonoom-vegetatief complex, psychotisatie – kunnen de volgende klachten, verschijnselen en processen in de fysieke sfeer worden waargenomen:

1 – machteloosheid: deze leidt tot subjectieve klachten over de motoriek; lichaamsdelen functioneren niet meer normaal; handen worden 'vastgehouden', armen zijn zwaar geworden, benen bewegen niet vlot meer, wandelen gaat moeizaam, kaken kunnen niet meer kauwen, de tong beweegt slecht, de schouders worden omlaag gedrukt; het slikken is moeilijk geworden, defeceren gaat met moeite, enz.;

2 – beleving: gevoelens van intense moeheid zonder voorafgaande inspanning die met die moeheid in logisch verband kan worden gebracht; gevoelens reeds uitgeput te zijn bij het begin van de dag, enz.;

3 – psychomotore psychotisatie: in de fysieke verschijnselen van mutisme en stupor;

4 – ervaring en levensgevoel: hier ontstaan eigenaardige belevingen van het lichaam waarbij de depressiviteit zich in lijfelijke gevoelens uit. Dit verschijnsel kan men corporisatie noemen (Cohen Stuart, 1960). Corporisatie is 'verlijfelijking' van beleving, de formulering of de vertaling van het depressieve levensgevoel in uitingen van fysiek onwel-zijn. In 1965 werd de corporisatie uitvoeriger beschreven en werden daarin 3 hoofdvormen onderscheiden, n.l.:

(a) de vitale corporisatie waarbij de vitale gevoelens van de depressie lichamelijk worden uitgedrukt. Het duidelijkste en meest frequente voorbeeld hiervan is de beleving van angst en benauwenis, die door de patiënt lichamelijk wordt ervaren als benauwdheid en beklemming in de bovenbuik, onder het sternum, in de borst en soms in de keel, en van beklemmende hoofdpijn. Dit beeld beschreef Westermann (zie boven) als 'vitale depressie';

(b) de globale corporisatie. Daarin komt bijvoorbeeld het machteloze onvermogen naar voren om de dingen in het dagelijks bestaan nog te kunnen aangrijpen, 'aan-pakken'. Het is bijvoorbeeld het onvermogen om voedsel te kunnen bijten, zodat dan klachten ont-

staan over het gebit of de gebitsprothese. Verder betreft het gevoelens van slaptte, van opzwellling van het lichaam, van krachtsverlies of van pijn;

(c) de locale corporisatie. Daarbij geeft de patiënt in bepaalde lichaamsdelen gevoelens aan van angst, beklemming of pijn. De pijn is dikwijls gelocaliseerd in het hoofd, in de keel, in de neus, in de buik, in de rug. Ook genitale klachten en pijn kunnen als kristallisatiepunt van de corporisatie functioneren;

5 – de ervaring, de beleving en de beschouwing van de vitale depressie, die in onderlinge samenhang kunnen uitmonden in hypochondrie – Hypochondrie kan in deze zin beschouwd worden als conceptuele psychotisatie van de corporisatie. De patiënt meent dan immers dat zich bepaalde, concrete lichamelijke uitvalsverschijnselen voordoen. De angst voor de dood als gevolg van de gevreesde ziekte is de concrete uitdrukking van de angst voor het (depressieve) bestaan-zonder-uitzicht.—;

6 – het autonoom-vegetatieve complex in verschillende vormen;

7 – psychosomatische stoornissen als gevolg van het vitaal-depressieve syndroom, via de intense psychische spanningen die door de depressie worden opgeroepen en onderhouden; onder meer zijn ulcus ventriculi, colitis ulcerosa en reumatoïde klachten beschreven.

Eigen waarnemingen

In een periode van ongeveer 20 jaar werden waarnemingen gedaan over fysieke klachten en verschijnselen bij het vitaal-depressieve syndroom. Dit resulteert in een opsomming van waargenomen klachten en verschijnselen. De inventarisatie is geenszins volledig. Systematisch onderzoek bij de vele onderzochte en behandelde patiënten was niet mogelijk. De waarnemingen zijn niet van kwantitatieve, doch van kwalitatieve aard. De fysieke verschijnselen en klachten verdwenen als regel met de depressie, na behandeling of spontaan. Kwantitatieve waarnemingen zijn slechts mogelijk wanneer volgens een systematische vraagstellingsmethode de gegevens bij een grote groep patiënten worden verzameld. Met de thans beschikbare kwalitatieve waarnemingen is in beginsel een gesystematiseerde inventarisatie over een breed gebied mogelijk. Zo werden onder meer de volgende verschijnselen waargenomen:

aanvallen van transpiratie,	diktegevoel (aangevuld door
aanvallen van 'flauwvallen'	drang tot vermageren),
met angst te collabereren,	doofheid,
acne,	evenwichtsstoornissen,
pseudo-anemische verschijnselen,	extrasystolie,
astmatiforme aanvallen,	klachten van het gebit,
benauwdheid en beklemming	algemene malaise ('griep'),
onder het sternum,	haarpijn,
pseudo-dementie,	haaruitval,
diarree,	spanningshoofdpijn,
	hooikoorts,

Fysieke maskering van depressies

hyperesthesie,	obstipatie,
hyperthyreoïdie,	oedeem,
hyperventilatie,	polyurie,
loopklachten (in de zin van	schrijfstoornissen,
locomotore remming),	slaapstoornissen,
meteorisme,	slikklachten,
mictiedrang,	smaakstoornissen (met zoute
algemene moeheid,	smaak in de mond),
droge mond,	vraatzucht.

Maskering van de vitale depressie

Depressie is een afschuwelijke ziekte. Een depressieve patiënt zal altijd proberen zich van de depressie te ontdoen. Hij zal trachten ten opzichte van zichzelf en ten opzichte van anderen de depressie zo veel mogelijk op de achtergrond te laten of te dringen. Hij zal trachten de depressie met argumenten te ontkennen. Hij zal proberen middelen te vinden om de depressie te laten verdwijnen (alcoholmisbruik!). Hij zal trachten zich als het kan door een vlucht aan de greep van de depressie te onttrekken of de depressie in zichzelf te vernietigen (suicide). Naast de fysieke maskering zijn ook tal van andere maskeringsvormen bij de vitale depressie mogelijk.

De depressie roept krachtige maskering op, ook fysieke. Wanneer men daarmee rekening houdt, zal in onduidelijke gevallen eerder aan de mogelijkheid van vitale depressie worden gedacht, en zal de mogelijkheid tot herkenning toenemen. De arts die geconfronteerd wordt met de patiënt met fysieke klachten moet daarom rekening houden met de volgende mogelijkheden:

(a) Zowel vage als nauw omschreven lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn van een primair vitaal-depressief syndroom.

(b) Een aanwijzing voor een fysiek klachtenpatroon op basis van een vitaal-depressief syndroom is gelegen in het feit, dat de fysieke klachten in een dergelijk geval dikwijls met een sterke emotie van obsessionele angst en eventueel ook van agressiviteit naar voren kunnen worden gebracht, welke in geen verhouding staat tot de kwaliteit van de klacht waarvoor hulp wordt gezocht.

(c) De depressieve stemming zal in veel gevallen niet of nauwelijks herkenbaar zijn, en pas na zorgvuldige ondervraging kan de depressiviteit aan het licht worden gebracht; bij die ondervraging dient de patiënt inderdaad zijn eigen mening weer te geven en moet worden voorkomen, dat hij zich voortijdig met afwerende argumenten onttrekt aan de gedachte dat hij zou lijden aan een of andere vorm van psychische labiliteit. Er kan sprake zijn van een depressio sine depressione.

(d) De herkenning van een fysieke klacht als uitingsvorm van een vitale depressie opent belangrijke behandelingsperspectieven; een adequate behandeling zal moeten bestaan uit farmacotherapeutische en psychotherapeutische elementen, die zorgvuldig op elkaar worden afgestemd.

(e) Juist de sterke verdringing en de afweer van de vitale depressie maken het noodzakelijk ook rekening te houden met het suïcide-risico, en met het risico, dat de patiënt zich aan de behandeling zou willen onttrekken wanneer het hem moeilijk valt het bestaan van de depressie te aanvaarden.

Door zorgvuldige depressie-diagnostiek kunnen ondoelmatige en nutteloze, slepende behandelingen wegens fysieke klachten worden voorkomen.

Literatuur

- Alsen, V. (1961), Das Kernsyndrom der endogenen Depression, *Nervenarzt*, 32, 470-472.
- Ayd, F. J. (1961), *Recognizing the Depressed Patient*, Grune & Stratton Inc., New York and London.
- Bhaskaran, K. (1955), Some somatization patterns in reactive depression, a preliminary report, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 121, 444-451.
- Blok, F. F. (1976), *Caspar Barlaeus, from the correspondence of a melancholic*, Van Gorcum, Assen-Amsterdam.
- Bradley, J. J. (1963), Severe localized pain associated with the depressive syndrome, *Brit. J. Psychiat.*, 109, 741-745.
- Burns, B. H. (1971), Breathlessness in Depression, *Brit. J. Psychiat.*, 119, 39-45.
- Burns, B. H., Nichols M. A. (1972), Factors Related to the Localization of Symptoms to the Chest in Depression, *Brit. J. Psychiat.*, 121, 405-409.
- Burton, R. (1621), *The Anatomy of Melancholy*, Ed. Floyd Dell and Paul Jordan-Smith, Tudor Publishing Company, New York, 1941.
- Carney, M. W. P., Sheffield, B. F. (1972), Depression and the Newcastle Scales, Their Reaction to Hamilton's Scale, *Brit. J. Psychiat.*, 121, 35-40.
- Cleghorn, R. A., Curtis, C. G. (1959), Psychomatic Accompaniments of Latent and Manifest Depressive Affect, *Canad. Psychiat. Ass. J.*, Vol. 4, Special Supplement, 13-23.
- Cohen Stuart, M. H. (1960), *Bezwaard Gemoed*, Van Gorkum & Com., Assen.
- Cohen Stuart, M. H. (1965), Physical Problems in Relation to the Vital-Depressive Syndrome, *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 68, 181-199.
- Dorfman, W. (1961), The Relative Effectiveness of Different Antidepressants in Masked Depression, *Psychosomatics*, III/2, 1-4.
- Everitt, B. S., Gourlay, A. J., Kendell, R. E. (1971), An Attempt at Validation of Traditional Psychiatric Concepts by Cluster Analysis, *Brit. J. Psychiat.*, 119, 399-412.
- Gillespie, R. D. (1929), The clinical differentiation of types of depression, *Guy's Hospital Reports* 9, 306-344; Ref. bij S. H. Rosenthal en G. L. Klerman (1966) en bij S. H. Rosenthal en J. E. Gudeman (1967).
- Kiloh, L. G., Garside, R. F. (1963), The Independence of Neurotic Depression and Endogenous Depression, *Brit. J. Psychiat.*, 109, 451-463.
- Kiloh, L. G., Andrews, G., Neilson, M., Bianchi, G. N. (1972), The Relationship of the Syndromes Called Endogenous and Neurotic Depression, *Brit. J. Psychiat.*, 121, 183-196.
- Klein, D. F. (1974), Endogenomorphic Depression, A Conceptual and Terminological Revision, *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, 447-454.
- Kraines, S. H. (1957), *Mental Depressions and their Treatment*, The Macmillan Company, New York.

Fysieke maskering van depressies

- Leff, J. P. (1978), Psychiatrist's versus Patients' Concepts of Unpleasant Emotions, *Brit. J. Psychiat.*, 133, 306-313.
- Lesse, S. (1956), Atypical Facial Pain Syndromes of Psychogenic Origin, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 124, 535; Ref. bij S. Lesse (1974).
- Lesse, S. (1961), Autonomic Faciocephalgia: A Psychosomatic Syndrome, *Trans. Am. Neurol. Assoc.*, 224-226; Ref. bij S. Lesse (1974).
- Lesse, S. (1974), Hypochondriasis and Psychosomatic Disorders Masking Depression, in Lesse, S. (ed.), *Masked Depression*, blz. 53-74, Jason Aronson, New York.
- Lewis, A. J. (1929), *A Clinical and Historical Survey of Depressive States based on the Study of 61 Cases*, M. D. Thesis, University of Adelaide, Ref. bij L. G. Kiloh en R. F. Garside (1963).
- Lewis, A. J. (1964), in E. Beresford Davies, *Depression*, blz. 4-17, A Cambridge Postgraduate Medical Course, Cambridge at the University Press.
- López Ibor, J. J. (1973), discussie-opmerking in P. Kielholz, *Masked Depression*, blz. 121, Hans Huber Publishers, Bern-Stuttgart-Vienna.
- Mandel, M. R. (1975), Electroconvulsive Therapy for Chronic Pain Associated with Depression, *Am. J. Psychiat.* 132/6, 632-636.
- Mapother, E. (1926), *Brit. Med. J.*, 2, 872; Ref. bij L. G. Kiloh en R. F. Garside (1963).
- Moffic, H. S., Paykel, E. S. (1975), Depression in Medical In-Patients, *Brit. J. Psychiat.*, 126, 346-353.
- Pilowski, I., Levine, S., Boulton, D. M. (1969), The Classification of Depression by Numerical Taxonomy, *Brit. J. Psychiat.*, 115, 937-945.
- Praag, H. M. van, Uleman, A. M., Spitz, J. C. (1965), The Vital Syndrome Interview, *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 68, 329-346.
- Ricke, J. (1975), Über depressive Psychosen im Verlaufe von Hirntumorerkrankungen, *Nervenarzt*, 46, 152-159.
- Rosenthal, S. H., Klerman, G. L. (1966), Content and Consistency in the Endogenous Depressive Pattern, *Brit. J. Psychiat.*, 112, 471-484.
- Rosenthal, S. H., Gudeman, J. E. (1967), The Endogenous Depressive Pattern, An Empirical Investigation, *Arch. Gen. Psychiat.*, 16, 241-249.
- Schneider, K. (1959), *Klinische Psychopathologie*, 5. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Von Hagen, K. O. (1957), Chronic intolerable pain, *JAMA*, 165, 773-777.
- Watts, C. A. H. (1956), The incidence and prognosis of endogenous depression, *Brit. Med. J.*, 1, 1392-1396.
- Watts, C. A. H. (1966), *Depressive Disorders in the Community*, John Wright & Sons Ltd., Bristol.
- Weitbrecht, H. J. (1960), Depressive und manische endogene Psychosen, *Psychiatrie der Gegenwart*, Band II Klinische Psychiatrie, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg.
- Westermann, J. (1922), Über die vitale Depression, *Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie*, 77, 391-422.