

# *Almacht en onmacht; het verband tussen psychasthenie en neurasthenie\**

DOOR A. VAN DANTZIG, ZENUWARTS, HOOFD VAN DE POLIKLINIEK  
EN J. WAAGE, ZENUWARTS, DESTIJD'S ASSISTENT

De naam „neurasthenie” — geen beschouwing over het onderwerp laat na dit te vermelden — werd ingevoerd in 1869 door *Beard*. Sindsdien zijn vele artikelen en monografieën aan de neurasthenie gewijd. Bij lezing hiervan valt op, dat vrijwel de gehele functionele psychiatrie bij tijd en wijle wel eens „neurasthenie” is genoemd. Er zijn schrijvers, die enige honderden symptomen noemen als te behoren tot de neurasthenie, waarbij men nauwelijks één neurotisch symptoom mist, en waarbij men dan ook nog verschillende psychotische symptomen aantreft.

De toeneming van de omvang van het ziektebeeld is begrijpelijk, gezien het theoretische uitgangspunt. *Beard* bedoelde met neurasthenie al die ziektebeelden, die voortvloeiden uit een onvolkomen werkend centraal zenuwstelsel. Deze functiestoornis zag hij als een gevolg van de overbelasting van het centrale zenuwstelsel door de toeneming van prikkels, onvermijdelijk gevolg van het jachtende leven van de moderne tijd. Hij meende eerst met een specifiek Amerikaanse ziekte te maken te hebben, maar kort na de vertaling van zijn werk, in 1881, bleek, dat ook Europese medici het „moderne leven” druk genoeg vonden om er neurastheen van te worden.

Deze opvatting van een insufficiënt centrale zenuwstelsel moest natuurlijk leiden tot een grenzeloze uitbreiding van het aantal symptomen, omdat elke menselijke functie kan worden gezien als een uiting van activiteit van het centraal zenuwstelsel. Gegeven dit uitgangspunt is het eigenlijk onbegonnen werk nog andere functionele ziekten dan de neurasthenie te willen onderscheiden; de pogingen tot het maken van een zinvolle differentiële diagnose met de andere grote functionele ziekte, die men in het eind van de vorige eeuw onderscheidde, de hysterie, blijken dan ook niet overtuigend (bijvoorbeeld *Beard*, *Gilles de la Tourette*, *Savill*).

Wat de etiologie betreft, reeds *Beard* had erop gewezen dat niet iedereen, die was blootgesteld aan de overmaat van prikkels van het moderne leven, neurastheen werd. De neurasthenie, meende hij, trof vooral mensen met een „nervöse Diathese”, die zich zou kenmerken door een dunne weke huid, fijn haar, een fijn gesneden gezicht, dun uitlopende extremiteiten. Vele latere onderzoekers onderschrijven *Beard's* standpunt, dat men, om neurastheen te worden, een bepaalde constitutie moet hebben, maar

duidelijke aanwijzingen hoe men kan vaststellen of iemand een dergelijke constitutie heeft, blijven meestal achterwege. Op die manier wordt de constitutie vaak de sluitpost in de etiologie en heeft men de redenering omgedraaid: men concludeert uit een neurastheen syndroom tot het bestaan van een bijzondere constitutie, terwijl men eigenlijk het bestaan van een bijzondere constitutie zou moeten bewijzen uit van het neurastheen syndroom onafhankelijke factoren en pas daarna de samenhang van deze constitutie met het neurastheen syndroom. Wanneer dit niet gebeurt, is, naar onze mening, elke beschouwing over constitutionele factoren in de etiologie van de neurasthenie niet meer dan een woordenspel.

Later is men een essentiële en een symptomatische neurasthenie gaan onderscheiden, zoals men dat ook bij de epilepsie doet. De symptomatische neurasthenie is die vorm, die optreedt tijdens of na een lichamelijk lijden, de essentiële neurasthenie dient zich aan zonder dat men een dergelijk lijden kan aantonen. In dit artikel zullen wij ons beperken tot die vorm van neurasthenie, waarbij geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden, dus tot de essentiële neurasthenie, en daarvan de acute vorm. Wij zullen de vraag, of er een wezenlijk verschil is tussen de symptomatische en de essentiële neurasthenie, buiten beschouwing laten.

In de laatste decennia is men, onder invloed van de psychoanalyse, de nadruk gaan leggen op psychogene factoren als oorzaak van de neurasthenie. Het zijn deze inzichten waarbij de door ons te ontwikkelen gezichtspunten het meest aansluiten (vooral *Carp*, ook *Bastiaans*, en *Wittkower* en *Rodger*).

Na het bovenstaande zal men zich misschien afvragen, of het nog wel zin heeft een vaag begrensde begrip, als de neurasthenie blijkbaar is, te handhaven. In een zeer onlangs verschenen handboek — (1959) *American handbook of psychiatry* — wordt over de term neurasthenie dan ook gesproken als over een „antiquated piece of furniture”, maar het gebruik is in deze zaken zeer machtig, en wij zullen dan ook de term neurasthenie handhaven om een bepaald syndroom te beschrijven, waarbij wij ons dan echter wel verplicht voelen deze term eerst zo goed mogelijk te definiëren.

Vooropgesteld zij, dat de klinische werkelijkheid van de psychiatrie zich niet fraai rangschikt naar de door ons onderscheiden syndromen: deze zijn meer te zien als ordeningsprincipes dan dat zij nosologische entiteiten zouden bedoelen. Met dit voorbe-

\* Uit de psychiatrische en neurologische kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam. Destijds hoofd: Prof. Dr L. van der Horst.

houd zouden wij het neurastheen syndroom willen beschrijven als gekenmerkt door: een subjectief kwellend onmachtsbeleving; vegetatieve stoornissen, die, behalve de slaapstoornis, zich speciaal voordoen bij poging tot inspanning en dus hand in hand gaan met het genoemde gevoel van onmacht; terwijl als negatief kenmerk nog valt te noemen het niet op de voorgrond staan van andere neurotische symptomen, zoals angst, dwang of depressie, al zullen deze het neurastheen syndroom wel vaak begeleiden.

Wij hebben dus patiënten op het oog, die behoren tot de „patiënten met vage klachten”; voor de praktijk naar het ons voorkomt, belangrijke en vaak moeilijk te hanteren gevallen.

De verhouding van de eerste twee symptomen kan zeer wisselend zijn. Soms klagen de patiënten spontaan over het machteloze gevoel nergens meer tegen te zijn opgewassen, soms ook presenteren zij alleen, laat ons zeggen hoofdpijn, en moet door navraag blijken, dat de aanwezigheid van het onmachtsgevoel en eventuele andere vegetatieve symptomen de diagnose op neurasthenie moet doen stellen. Het is onze ervaring, gewonnen aan poliklinische patiënten — ook de therapeutische beschouwingen, welke wij willen geven, slaan op poliklinische therapie — dat het stellen van deze diagnose, vooral in de acute gevallen, geen zaak van uitsluitend academisch belang is. Sinds wij daarop letten zien wij de acute neurasthenie in de overgrote meerderheid van de gevallen optreden bij patiënten met een bepaalde karakterstructuur en in situaties die, hoe verschillend ook op het eerste gezicht, bij nader beschouwen wezenlijke kenmerken gemeen blijken te hebben.

De karakterstructuur van deze patiënten zouden wij als volgt willen beschrijven: zij zijn nauwgezet, toegewijd en ordelijk. De hun toegedeelde plichten worden stipt uitgevoerd, en zij stellen er een eer in de verantwoordelijkheid daarvoor zelf te dragen. Op moeilijkheden reageren zij met een verhoogde inspanning, want hun voornaamste streven is het resultaat van hun werk constant en eigenlijk volmaakt te houden. Het is het soort mensen, dat het zo kinderachtig vindt wat kalmer aan te doen als zij zich niet goed voelen. Het gevoel moe te zijn, niet alles te kunnen wat zij menen te moeten kunnen, is voor hen onverdragelijk. De prestaties, waartoe zij zich dwingen, geven hun dan toch niet het gevoel dat het nu helemaal goed is; het kan altijd nog een beetje beter; af is een werk nooit helemaal. Zij voelen zich het best bij een taak met een scherp omschreven karakter. Nauwgezet routinewerk is vaak in staat hun het gevoel te geven, dat zij een prestatie hebben geleverd, waarop kritiek niet mogelijk is.

Deze beschrijving van het karakter van onze patiënten met een acuut neurastheen syndroom is nauw verwant aan het „caractère scrupulo-inquièt” zoals dat door *Janet* beschreven is bij lijders aan wat hij psychasthenie noemde. Ook dat wat men onder psychasthenie verstaat is bij zoveel auteurs zo verschillend, dat men, evenals dat bij de neuro-

sthenie het geval is, eigenlijk gehouden is steeds te definiëren wat men er mee bedoelt. Wij menen ons daarbij beter niet aan Janet te houden, omdat hij het psychasthenie-begrip evenzeer uitbreidt als dat, gelijk wij hiervoor schreven, bij de neurasthenie wordt gedaan. Wij voor ons zijn gewend die mensen psychastheen te noemen, die een karakterstructuur hebben als wij zojuist beschreven: overprecies, strevend naar volmaaktheid, bang om de controle te verliezen, hierdoor vaak twijfelend, met neiging tot controle-dwang; dit laatste in zeer wisselende mate.

Wat wij tot nu toe betoogden was dus: als wij bij een patiënt een acuut of subacuut ontstaan neurastheen syndroom vinden, is er een goede kans dat deze patiënt psychastheen was. Wij menen deze samenhang te kunnen begrijpen. De neurasthenie beschreven wij als het syndroom van de onmacht; de psychasthenie zou te begrijpen zijn als het syndroom van de almacht. De mens met een psychastheen karakter functioneert goed zolang hij erin slaagt de illusie — in staat te zijn tot almachtige controle van binnen- en buitenwereld — in stand te houden. Dit is natuurlijk altijd een illusie; het psychasthene bestaan is dan ook altijd doortrokken van de kans op mislukking. Men zou kunnen zeggen: in de psychasthenie waart de neurasthenie reeds rond. Wanneer echter door een min of meer plotselinge toeneming van de te controleren spanningen het psychasthene evenwicht wordt verstoord, kan de illusie van almacht niet worden volgehouden. Het psychasthene gebod „wees volmaakt” kan niet worden opgevolgd en daar er met de volmaaktheid niet is te marchanderen, beleeft de persoonlijkheid het onvermogen dit innerlijk gebod op te volgen als onmacht; uit de psychasthenie is de neurasthenie ontstaan.

De manier waarop het psychastheen evenwicht kan worden verstoord is van geval tot geval verschillend. Bij de later te beschrijven patiënten zullen daarvan enige voorbeelden worden gegeven.

Voor het begrip van de neurasthenie is de vraag dus nu verschoven tot de vraag naar de oorzaken van de psychasthenie. Ook hier heeft men vaak zijn toevlucht genomen tot de constitutie (*Hugenholtz*), waartegen wij dezelfde bezwaren hebben als wij boven reeds uiteenzetten in verband met de neurasthenie. Niet dat wij in principe bedenking hebben tegen een verklaring door de constitutie, maar wij menen dat, als men de constitutie niet uit onafhankelijk variabelen kan aantonen, de verklaring uit het ontbreken van andere mogelijkheden niet mag worden gegeven, tot men het laatste woord over uit de levensgeschiedenis te geven verklaringen heeft gezegd, en tot nu toe zijn we daaraan nooit toegekomen.

Een grondige bespreking van de oorzaken van de psychasthenie zou ons voeren in uitgebreide dieptepsychologische beschouwingen, waarvoor het hier niet de plaats is. Bij een dergelijke bespreking zou trouwens blijken, dat hetgeen wij boven als psychasthenie beschreven, in zijn psychologische genese geen homogene groep is. Maar wij willen toch trach-

ten iets gemeenschappelijks bij de door ons bedoelde patiënten te treffen.

Deze mensen leven onder een grote innerlijke spanning, welke wij op twee manieren kunnen begrijpen. Bij hun poging tot almachtige controle bestaat voortdurend de kans dat zij daarin niet slagen. Bij een dreigende mislukking zouden zij angstig en woedend worden, ware het hun niet eveneens een gebod volledig de baas te blijven over hun emoties. Zij moeten daarom eigenlijk voortdurend agressie onderdrukken. Deze onderdrukking van emoties geldt speciaal voor verboden emoties; alles, wat niet past in het starre plichtschema, wat strijdt met het beeld, dat zij van zichzelf hebben, wordt ontkend. Deze mensen kennen — als men ze hoort — geen zwakke ogenblikken, geen verleidingen, geen onredelijke boosheid. In de praktijk betekent dit, dat ze al deze gevoelens moeten onderdrukken.

De bedoeling van dit alles is te vermijden, dat het kinderlijke onmachtbeleven, dat voor deze patiënten bijzonder traumatisch en hevig is geweest, ooit weer actueel zou worden. Wij vinden dan ook bij al onze psychasthene patiënten zwaar traumatiserende factoren in de vroege jeugd. Hierbij is zeer belangrijk het mechanisme van de narcistische verdediging (*Le Coultre*); het is niet alleen niet waar, dat ik onmachtig ben geweest, ik ben nu zelfs almachtig en in staat door mijn almachtige controle over mijn binnen- en buitenwereld elke onmachtige situatie te ontlopen. Het wezen van de oorspronkelijke onmacht situatie was, dat het kind niet in staat was de omgeving, in het algemeen de ouders, te dwingen de voor zijn geluk noodzakelijke omstandigheden te scheppen. Hieruit volgt een geweldige agressie tegen de ouders. Door deze agressie dreigt het kind de liefde van de ouders helemaal te verliezen — het uitblijven van resultaat van de woede verhoogt trouwens alleen maar de narcistische krenking — en het gevolg is, dat de woede wordt onderdrukt, het kind zich onderwerpt aan de eisen van de ouders, zich daarmee vereenzelvigd, en als het ware met de wolven in het bos mee gaat huilen. Het gevoel van almacht en harmonie met de ouders is hersteld.

Men ziet dus dat de psychasthenie een reactie is op een kinderlijk onmachtbeleven dat met allerheftigste emoties gepaard ging. Wanneer de psychasthene defensie decompenseert en een neurasthen syndroom ontstaat, is er sprake van een reactiviteit van het oorspronkelijk conflict van onmacht, woede, angst en andere hevige emoties, die echter in het algemeen onbewust blijven, maar die te herkennen zijn aan hun vegetatieve begeleidingsverschijnselen, de vegetatieve symptomen van de neurasthenie. Een voorbeeld moge deze uitspraak aanvaardbaar maken.

Een 54-jarige vrouw wordt verwezen wegens nerveuze klachten, die sedert enige maanden bestaan, namelijk hoofdpijn, zweten, trillende handen en onvermogen tot werken. Het blijkt dat deze klachten constant aanwezig zijn, maar soms paroxys-

maal verergeren zonder dat patiënte een reden voor deze verergering kan opgeven. Zij noemt dit haar „aanvallen”. Hierbij heeft zij, behalve de reeds genoemde symptomen, een beklemd, angstig gevoel in de borst.

Lichamelijk onderzoek biedt geen aanknopingspunten. Psychiatrisch is er alle reden te verwachten, dat bij deze alleenstaande ongehuwde vrouw in een moeilijke leeftijd problemen zullen worden gevonden. Zoals bij zovele psychasthene mensen, tot wie patiënte zeker is te rangschikken, is het in het begin moeilijk iets van een probleem te onderkennen. Patiënte trekt zich nergens iets van aan, zet zich over alles heen, staat overal boven, en zou zich — dit is een veel gehoorde formulering — helemaal goed voelen, als ze zich maar niet zo naar voelde.

Men moet niet verwachten dat de patiënt zelf vertelt waar het probleem ligt; integendeel, hij kan zich niet voorstellen dat er iets ter wereld is, dat hem van zijn stuk kan brengen en hij ziet de symptomen dus als uit de lucht gevallen.

Wij proberen in gevallen als van onze patiënte steeds er achter te komen, welke wijziging in haar situatie juist voorafging aan het uitbreken van de symptomen. Dit is vaak een geduld eisend maar spannend detectivewerk, waarbij men zich vooral niet van de wijs moet laten brengen door de nonchalance, waarmee patiënt de wijziging vertelt. De patiënt weet in principe niet bewust dat de sleutelbeleving, waarnaar wij zoeken, van belang is, anders zou hij er op hebben gereageerd met een normale emotie inplaats van met verdringing.

Onze patiënte laat tenslotte vallen, dat vorig jaar de oude directeur van het atelier waar zij werkt vervangen is door diens zoon, „ook een heel aardige man”. Maar verder bleef alles bij het oude. Wanneer wij verder informeren blijkt niet alles bij het oude gebleven. De oude patroon was strenger, nu ja, voor haar maakte dat geen verschil, maar voor de andere meisjes wel. „Die leven zich wat meer uit, hè,” zegt patiënte, begrijpend glimlachend. Omdat dit het enige spoor is dat wij hebben, gaan wij door met vragen. Het blijkt, dat de meisjes ruwer in de mond zijn geworden, de radio harder zetten en zich weinig aan het woord van ouderen gelegen laten liggen. Geleidelijk aan verandert het beeld van het leven van patiënte op het atelier. De meisjes zijn brutaal en grof geworden, geven haar een grote mond, als ze om wat rustiger optreden vraagt. Patiënte zwijgt dan maar, zij staat daar ver boven. Gedurende deze fase van het gesprek, zien we voor het eerst een toeneming van patiëntes innerlijke spanning; ze slikt wat meer, krijgt vlekken in de hals, zweetdruppels op de bovenlip. Bij het stellen van de vraag, die zo vaak een heel centraal probleem in deze gevallen raakt: „dan moet u zich toch wel inhouden om niet eens uit te vallen?” zien we acuut een aanval optreden, die, naar patiënte ons later verzekert, identiek is met de spontane aanvallen en waarbij patiënte voor het eerst merkt, althans toegeeft, dat ze razend van woede is.

Dit blijkt ons welhaast een overtuigend bewijs,

dat althans in dit geval van neurasthenie de vegetatieve verschijnselen samenhangen met bij het verdrongen conflict horende emoties. Een dergelijk voorbeeld is patiënte E, die acuut de verschijnselen krijgt, die later chronisch worden, op het moment dat het zoveelste hypoglycemisch coma van haar man haar teveel wordt.

Wij willen hiermee dus zeggen, dat de vegetatieve verschijnselen in een min of meer direct causaal verband staan met de emoties; zij duiden op een psychisch gebeuren.

Uit al deze theoretische overwegingen volgt een aantal praktische conclusies:

1 Gevallen van neurasthenie, waarbij een structuur als boven beschreven wordt gevonden, behoren in de eerste plaats psychotherapeutisch te worden behandeld; daarbij mag de psychotherapeutische waarde van de medicatie, rust en dergelijke niet worden onderschat.

2 Bij gevallen, waarin men poliklinisch wil of moet handelen — en een psychiatrie d'urgence is hier vaak noodzakelijk, zowel uit praktische overwegingen als ook om verdere neurotisering te voorkomen — legge men het zwaartepunt op pogingen, de kracht van de innerlijke eisen (überich) wat te verminderen, of anders gezegd, de noodzaak tot onnipotente controle te reduceren. Hiervoor kan dienen:

a Men late er geen twijfel over bestaan dat men patiënt ziek vindt. Dit is een alibi, dat door formele mensen als deze patiënten alle zijn, vaak gemakkelijk wordt aanvaard. Het is voor deze scrupuleuze mensen onverdragelijk en het jaagt hen steeds verder in het conflict als men hen aanspoort „zich er over heen te zetten”. Wanneer men de psychasthenie eenmaal duidelijk heeft aangetoond, zij men niet te snel bang voor verhysterisering. Wij hebben enige malen met klem het ziek zijn van deze mensen moeten verdedigen tegen collega's die, na alle lichamelijke onderzoeken, er van overtuigd waren, dat deze patiënten niets mankeerden.

b Wanneer de patiënt eenmaal zover is dat hij de dokter kan aanvaarden als een mildere remplaçant van de innerlijke autoriteit, wordt het mogelijk het acute conflict, dat tot de decompensatie leidde, te bespreken. Deze mogelijkheid is dus een gevolg van de überich-substitutering. Wij stellen ons voor, dat, hoewel het eigenlijk überich van de patiënt niet is veranderd, de door de bespreking bereikte bewustwording de conflicten toch beter hanteerbaar maakt, en de instelling van de patiënten iets van het infantiële absolute karakter kan doen verliezen. Gedurende deze tijd, die men niet te kort moet nemen — pressie werkt averechts — is het eerste doel de patiënt weer enigszins in evenwicht te krijgen. Frequent zien met korte gesprekken nadat de sleutelbeleving is blootgelegd, is ons de meest efficiënte manier gebleken om de substitutie van het

sadistisch überich door het gezag van de dokter te bevorderen. Van goede dienst is hierbij de medicatie, waarvan het grootste belang ons lijkt te bestaan in het feit, dat de dokter in zijn medicijn de gehele dag voor de patiënt aanwezig is. Daarnaast is de werking, die wij steeds sederend (fenobarbital; opium) of tranquiliserend (Largactil) kiezen, van belang, voor zover de demping van het innerlijk beleven de spanning van het innerlijk conflict vermindert.

3 Wanneer de therapie aanslaat zal één van de tekenen van het herwonnen evenwicht zijn, dat de patiënt de voorschriften van de arts gaat overtreden — en wel steeds naar de kant van zich teveel als gezond gedragen. De almachtige controle is weer aan het werk. Zij laten de medicijn weg of nemen minder, of kondigen aan weer aan het werk te gaan. Wanneer wij de indruk hebben dat de patiënt duidelijk op weg naar herstel is, ondersteunen wij de reparatie van de narcistische kwetsing, welke patiënt in zijn onmacht onderging, door hem, met tegenstribbelende bewondering voor zijn flinkheid, iets minder aan activiteit toe te staan dan hij van plan was. Wij sturen deze patiënten altijd weer geleidelijk aan het werk, bijvoorbeeld beginnend met halve dagen.

4 Men zij na het herstel op zijn hoede. Zolang er van, zij het geringe, klachten sprake is, houde men de patiënt in het oog en schakele af en toe een gesprek in — waarbij men eventueel nieuwe voorraad agressie afvoert — zodat de patiënt het gevoel houdt niet alles zelf te moeten doen omdat de dokter over hem blijft gaan. Zolang deze patiënten blijven komen hebben zij het nodig, al zal hun zelfrespect en hun wantrouwen in de echtheid van de belangstelling hen vaak nopen zich tegen het maken van een volgende afspraak te verzetten.

5 Bij de poliklinische behandeling is het altijd moeilijk te weten hoever men moet gaan. Het lijkt ons, dat men, wil men een onhandelbare overdrachtsituatie vermijden, infantiel materiaal, vooral de verhouding tot de ouders, niet dan bij aanduiding moet bespreken en de narcistische almachtige instelling althans gedeeltelijk, expressis verbis, intact moet houden. Met andere woorden, men zij op zijn hoede voor een te beschermende, de afhankelijkheid van de patiënt bevorderende houding, behoudens misschien in de eerste contacten bij zeer angstige, geregredieerde patiënten. Overigens is dit een suggestie, waarvan wij de juistheid niet kunnen bewijzen, een bezwaar, dat vele argumenten, die aan poliklinische patiënten worden gewonnen, aankleeft.

6 Wanneer men, bijvoorbeeld na enige maanden, met poliklinische therapie niet uitkomt, verwijze men de patiënt zo mogelijk voor diepergaande psychiatrische behandeling. Men zij hier voorbereid op teleurstellingen, daar van de vele patiënten, die wij zien, slechts weinigen daarvoor in aanmer-

king komen, zowel om innerlijke als uiterlijke redenen.

7 Wij spraken over patiënten met een acuut optredend neurastheen syndroom. Onze indruk is dat deze syndromen, als zij niet spontaan of door therapie genezen, chronisch worden en de patiënt invalide kunnen maken. Het is onze eerste taak te trachten dit chronisch worden te voorkomen, temeer daar de chronische neurasthenie therapeutisch vaak vrijwel niet te beïnvloeden is. De vraag, of er chronische neurasthenie is zonder acuut of subacuut begin, en de verhouding daarvan tot onze gevallen, laten wij onbesproken.

Aan het slot van dit artikel willen wij een belangrijke restrictie maken. Wij beschrijven een aantal gevallen van neurasthenie waarbij wij tot een bepaalde conclusie over de genese kwamen. Het is goed mogelijk dat er gevallen van neurasthenie zijn, waarbij een andere genese in het spel is en die niet in handen van de psychiater komen, doordat zij spontaan of na somatische therapie genezen. Het zou een onderzoek van een ander karakter dan het onderhavige vereisen, dit uit te zoeken. Wel vinden wij bij de onderzochte gevallen met een neurastheen syndroom, dat na een lichamelijke aandoening optreedt. Ook deze patiënten hadden een psychasthene structuur en genezen met of door psychotherapie. Men kan deze samenhang op vele manieren interpreteren. Voor ons doel is van belang, dat men in zijn therapeutisch handelen ook aan de beschreven samenhang aandacht schenkt.

Wij beschrijven hieronder enige patiënten, die voldeden aan de door ons genoemde criteria voor psychasthenie en bij wie het bovenstaande is waargenomen. Het zijn alle personen, die kort na het optreden van de neurasthenie decompensatie naar ons werden verwezen. Wij zijn ook wel chronische neurasthene patiënten tegengekomen, bij wie wij anamnestic vonden dat de chronische neurasthenie een slepend geworden acute was. Deze patiënten reageerden veel minder goed op onze therapie. Snelle behandeling lijkt ons dus zeer gewenst.

Patiënte A is een 28-jarige verpleeghulp, die door de huisarts naar onze polikliniek werd verwezen met het verzoek om „medewerking, deze patiënte weer een gewone plaats in de maatschappij te kunnen laten innemen”. Ongeveer anderhalf jaar tevoren was zij na een verkeersongeluk gedurende twee maanden opgenomen in de neurologische kliniek van het Wilhelmina Gasthuis (hoofd Prof. Dr A. Biemond) waar de diagnose werd gesteld op contusio cerebri, fractura cranii benevens reactief hersenoedeem. Bij herhaalde poliklinische, inclusief electroëncefalografische nacontrole werden geen organische afwijkingen meer gevonden, doch patiënte hield klachten zoals hoofdpijn, moeheid, verhoogde affectieve prikkelbaarheid, slaapstoornissen, die ook door de behandelend neuroloog als psychogeen gedetermineerd werden beschouwd, zodat de verwijzing naar de psychiatrische polikliniek op zijn verzoek geschiedde.

Naast bovengenoemde verschijnselen, die passen in het kader van een neurastheen syndroom, kwam daarbij in toenemende mate het gevoel „in een mist te leven”. Haar lichaam was „dof” geworden en wanneer zij huilt, was zij dit zelf niet doch een ander, die haar vreemd was. Het was haar niet mogelijk haar werk, dat zij tevoren op voortreffelijke

wijze had verricht, te hervatten. Zij wilde wel „doorzetten, flink zijn”, zoals men haar adviseerde, doch kon niet, voelde zich „onmachtig”. Bij nadere exploratie traden tal van psychogene factoren naar voren. De jeugd was zeer traumatiserend; als kind van een ongehuwde moeder heeft patiënte haar natuurlijke vader nooit gekend. Tot haar zesde jaar werd zij opgevoed door een tante, die weinig aandacht aan haar besteedde. Toen de moeder trouwde, werd zij door deze laatste, alsook door de stiefvader gezien als „de bron van alle kwaad”. „Was jij er maar niet geweest, dat was veel beter geweest” werd haar gezegd door de moeder, die haar veel sloeg. Uiting geven aan haar agressie mocht patiënte nimmer; zij moest flink zijn, zich beheersen, haar machteloze woede en angst onderdrukken. Na de lagere school en de huishoudschool zonder doublures te hebben doorlopen, werd zij op haar zestiende jaar door de Raad voor de Kinderbescherming uit huis geplaatst.

Op dwangmatig, precieze wijze heeft zij zich toen in de maatschappij weten te handhaven. Zij verloofde zich, doch werd sterk gefrustreerd in haar afhankelijkheidsbehoefte toen deze relatie na vier jaar werd verbroken, een maand nadat zij uit de neurologische kliniek ontslagen werd. Vrij spoedig daarna huwde zij met een pathologische leugenaar „op advies van kennissen, die medelijden met mij hadden omdat ik zo alleen was, maar het is of ik niet zelf getrouwd ben maar een ander”. Reeds na twee maanden werd deze verbintenis verbroken.

Wij zagen dus een neurastheen gedecompenseerde psychastene vrouw met depersonalisatieverschijnselen. Voor haar werk was zij als invalide te beschouwen. Bij uitgebreid intern, neurologisch en encefalografisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Wij meenden aan het trauma capitis de betekenis te moeten toekennen van een luxerend moment voor de neurasthene decompensatie en behandelden patiënte met psychotherapie; gedurende een half jaar hadden wij één zitting per week, waarbij deze relatief geringe frequentie bewust gekozen was om niet te zeer tegemoet te komen aan al te sterke behoefte aan afhankelijkheid.

Opvallend was hoe een weinig diepgaande therapie, waarin ook met name werd vermeden de overdrachtssituatie te duiden, een sterke verbetering teweeg bracht. Patiënte beleefde de behandeling „alsof er eindelijk eens iemand is, die naar mij luistert”. Opmerkingen onzerzijds als: „U hoeft niet zo flink te zijn” brengen een sterke catharsis teweeg. Geleidelijk — in de verbalisatie van patiënte — komt zij uit de put en trekt de mist helemaal op. Zij heeft haar werk volledig hervat en de klachten zijn verdwenen.

Patiënt B is een 43-jarige trambestuurder, die, toen hij voor het eerst onze polikliniek bezocht, zeer gespannen en depressief gestemd was en klaagde over hoofdpijn, duizeligheid en slaapstoornissen. Het debuut van deze klachten was toen juist een maand geleden, op de dag, waarop patiënt — buiten zijn schuld — betrokken was geweest bij een aanrijding, waarbij een dertienjarig meisje dodelijk werd gewond. Patiënt, die zelf bij het ongeluk geen organisch letsel opliep, dreigde te collabereren toen hij de gevolgen van de aanrijding zag. Zijn superieuren, die hem kenden als een nauwgezet man, achtten het beter, dat hij door bleef rijden, doch hij kon dit niet volbrengen; hij bleef gedurende een week thuis om daarna het werk te hervatten. Dit, nadat hij medisch was onderzocht, waarbij hem was gezegd, dat hem niets scheelde. Altijd gewend, zijn werk zo goed mogelijk te doen, voelde hij zich nu onmachtig, maar moest blijkbaar toch doorzetten. Nu ontstond een lichte aanrijding, waarvan patiënt zegt, dat hij deze gemakkelijk had kunnen voorkomen „als ik was, zoals ik vroeger was, maar nu kon ik het niet”. Hij werd naar onze polikliniek verwezen, waar bij intern en neurologisch onderzoek geen afwijkingen werden gevonden; de bevindingen bij het electroëncefalografisch onderzoek waren normaal.

Wij waren de mening toegedaan, dat deze typisch psychastene man, het oudste kind uit een groot sociaal zwak gezin, door het psychotrauma — waaraan tot dan geen aandacht was geschonken — was gedecompenseerd en nu een neurastheen syndroom vertoonde. Om te voorkomen dat patiënt het gebeurde zou verdringen, respectievelijk isoleren, waardoor een therapeutisch zeker minder goed te beïnvloe-

den (chronisch) symptomencomplex zou kunnen ontstaan, hebben wij in de loop van drie weken in een tiental zittingen het psychotrauma met patiënt besproken, waarbij onder meer naar voren kwam, dat het slachtoffertje voor hem de representante was van zijn enige, even oude dochter, aan wie hij sterk is gebonden. Hij kwam in de therapie tot sterk emotionele ontledingen, die hij zichzelf voorheen nooit had toegestaan. Na een maand heeft hij geheel klachtenvrij zijn werk hervat. Bij controle na een jaar bleek, dat het bereikte resultaat gehandhaafd was gebleven.

Patiënt C is een 39-jarige timmerman, die, voor dat hij naar onze polikliniek werd verwezen, in het voorafgaande jaar reeds verschillende artsen had bezocht wegens vaag omschreven pijnen in de linker thoraxhelft, waarvoor bij uitgebreid specialistisch onderzoek geen oorzaak kon worden gevonden. Bij het eerste contact met de psychiater, zei patiënt licht ontstemd: „U zult ook wel weer tot de conclusie komen, dat ik niets heb, dat ik er overheen moet komen; ze zetten me allemaal aan de kant”.

De levensgeschiedenis doet hem kennen als een psychastene man, bij wie een zekere „accident-proneness” onmiskenbaar is en die na een klinische opname wegens een traumatische hematurie op zijn zesde jaar een fobische angst voor ziekenhuizen ontwikkelde. Zijn intellect is goed; zijn werk doet hij precies en nauwgezet.

Over zijn huwelijk deelt hij mede, dat dit „goed” is; nadere exploratie leert echter, dat er tussen patiënt en zijn vrouw grote spanningen bestaan. Na de geboorte van de enige zoon, waarbij de echtgenote in levensgevaar zou hebben verkeerd, heeft patiënt, tegen de wil van zijn vrouw in, verdere progentuur voorkomen. In zijn angst voor een hernieuwde graviditeit spelen sadomasochistische fantasieën een rol; het is ook een angst zijn vrouw door de coïtus te vermoorden.

Met deze doodproblematiek werd patiënt ongeveer anderhalf jaar, voordat hij bij ons kwam, weer geconfronteerd toen een 25 jaar oudere collega, aan wie hij zeer gebonden was en die voor hem duidelijk een vader representeerde, werd opgenomen in een kliniek wegens een kwaadaardig proces in de linker thoraxhelft, waaraan hij na een half jaar overleed. De vrees van onze patiënt voor de ziekenhuissituatie was dermate groot, dat hij deze vriend tijdens diens opname niet eenmaal heeft bezocht, waardoor sterke schuldgevoelens ontstonden.

Na het overlijden van bovenbedoelde collega ontwikkelde patiënt anamnestic een acuut syndroom met hoofdpijn, duizeligheid, sterk transpireren en slaapstoornissen. Somatisch werden bij herhaling geen afwijkingen gevonden; aan patiënt werd gezegd, dat hij niets mankeerde of dat het „zenuwen” waren. Hij voelde zich verwaarloosd en in psychiatrisch opzicht is hij dit ook inderdaad. Hiermee in verband brengen wij, dat het aanvankelijk acute neurasthene beeld geleidelijk overging in een chronisch hypochonder syndroom, waarin centraal stond de angst — en soms de subjectieve zekerheid — te lijden aan longcarcinoom.

Wanneer een dergelijke ontwikkeling reeds heeft plaats gevonden, zijn de mogelijkheden voor psychotherapie relatief geringer. Toch had ook hier de behandeling, waarin ook vooral de identificatie met de gestorven vriend naar voren werd gebracht, welk mechanisme mede diende tot boetedoening en ontlasting van de schuldgevoelens, tot eerste resultaat, dat patiënt minder gespannen werd en zijn werk met een zekere vreugde ononderbroken kon blijven doen. De hypochondere preoccupatie toonde zich aanvankelijk resistent tegen de ingestelde therapie, om dan in de loop van ongeveer anderhalf jaar toch te verbleken.

Patiënt D, een 22-jarige bloemist, maakte twee maanden voordat hij onze polikliniek bezocht een niet nader gediagnosticeerde infectieziekte door, die gedurende ongeveer een week gepaard ging met temperatuursverhoging. Hierna ontwikkelde zich een ernstig neurasthene syndroom, waardoor hij zijn werk niet kon hervatten. Het betreft hier een neurotische jongeman, die een ernstig traumatiserende jeugd doormaakte. Door de ouders affectief verwaarloosd, bracht hij bovendien zes jaar in een sanatorium door, nadat op zijn tiende jaar een tuberculosis pulmonum was gediagnosticeerd.

Na zijn ontslag wist hij zich redelijk goed te handhaven.

Bij uitgebreid klinisch, röntgen- en electroëncfalografisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, met name ook geen tuberculeuze genese van zijn klachten. De bezinkingsnelheid van de rode bloedlichaampjes bedroeg 3 mm in het eerste uur.

Het vóórkomen van post-infectieuze neurasthenieën is bekend. Wij menen in dit geval echter ook waarde te moeten toekennen aan het feit, dat deze psychasthene jongen het hebben van een ziekte als een narcistische krenking ervaart; er ontwikkelt zich dan een sterke agressie: „Dat ze mij dit aandoen, ik heb toch mijn portie gehad”. Hij voelt zich machteloos en decompenseert neurasthene.

Steuw om ook in dit geval nadruk te leggen op de psychogene factoren, vinden wij in het feit, dat patiënt ongeveer een jaar voordat hij bij ons in behandeling kwam eenzelfde neurasthene beeld had vertoond na een conflict met zijn werkgever, die hem zijn trage tempo verweet, hem te weinig een doorzetter vond en met ontslag dreigde. Patiënt's reactie hierop was: „Ik had hem wel wat kunnen doen, maar ik liet niets blijken”.

Patiënte E is een gehuwde vrouw van 49 jaar, die sinds enkele weken voordat zij onze hulp zocht klaagde over gejaagdheid, hoofdpijn, hartkloppingen en slaapstoornissen, gepaard met een vage angst en onzekerheid. Het somatisch onderzoek leverde geen bijzonderheden op.

Patiënte is een narcistische psychasthene vrouw, die voorheen zeer precies was in haar huishouden, waar alles gebonden was aan een vaste plaats en tijd. Nu kon zij dit niet meer aan, voelde zich lusteloos en begreep zelf niet hoe dit kwam.

Naast een algemene involutieproblematiek leek van essentieel belang, dat bij de echtgenoot diabetes was geconstateerd, die moeilijk te reguleren bleek, waardoor hij 's nachts meermalen in een hypoglycemische toestand geraakte. Patiënte vertelde steeds angstig en bezorgd te zijn, dat dit zich weer zou herhalen. Agressieve tendenties ten aanzien van de man ontkenkt zij aanvankelijk te enen male. In verdere gesprekken zegt zij echter vrij plotseling: „Op een nacht had hij het weer, ik had hem wel iets kunnen doen . . . gek . . . daarna is het met mij begonnen”. Wanneer zij dit gezegd heeft raakt patiënte nagenoeg in paniek. Hierop in de therapie aangrijpend, gelukt het deze agressieve tendenties te integreren, waarbij haar toestand snel verbetert. Dit geval illustreert hoe, wanneer verdrongen impulsen uit het onbewuste doorbreken, de neurasthene decompensatie ook de functie heeft agressie af te weren.

*Samenvatting.* Het neurasthene syndroom wordt gedefinieerd als voornamelijk te bestaan uit een subjectief kwellend onmachtsbeleving, gecombineerd met een aantal, van geval tot geval wisselende, vegetatieve klachten. Dit syndroom, acuut optredend, werd een aantal malen waargenomen bij patiënten die tevoren een bepaalde zogenaamde psychasthene karakterstructuur vertoonden. Deze wordt beschreven als: nauwgezet, toegewijd, ordelijk, strevend naar volmaaktheid. Getracht wordt aannemelijk te maken, dat deze omslag van psychasthenie naar neurasthenie optreedt als het streven naar volmaaktheid, naar almachtige controle van de psychasthene persoonlijkheid door overbelasting mislukt, en plaats maakt voor een gevoel van onmacht. Gewezen wordt op het belang van de levensgeschiedenis en de actuele gevoelsconflicten in deze gevallen. Daar deze mensen het gevaar lopen invalide te worden door het chronisch worden van het neurasthene syndroom, vermelden de schrijvers het belang van een snelle psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling, waarvan, mede aan de hand van ziektegeschiedenissen, de techniek wordt besproken.

*Summary.* The neurasthenic syndrome is defined as predominantly consisting of a subjectively tormenting feeling of impotence, combined with a number of vegetative complaints, differing from case to case. This syndrome, in its acute form, was seen several times in patients with a so-called psychasthenic character-structure. This is described as: scrupulous, devoted to duty, orderly, striving for perfection. An attempt is made to show that this shift from psychasthenia to neurasthenia ap-

pears when the striving for perfection, for omnipotent control, of the psychasthenic person fails through overburdening with conflict-tension, and then gives way to a feeling of impotence. Stress is put on the importance of the life-history and the recent conflict-situation for a proper understanding of these cases. As these patients are threatened by the development of a chronic neurasthenic syndrome which may lead to permanent disablement, the authors accentuate the importance of speedy psychotherapeutic and drug-treatment, the technique of which is discussed and illustrated with case-histories.

- Arndt, R. (1885) *Die Neurasthenie*. Urban und Schwarzenberg, Wenen en Leipzig.  
 Arieti, E. S. e.a. (1959) *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books, New York.  
 Balvet, P. en H. Vermorzel (1955) *J. Méd. Lyon* 36, 305.  
 Bastiaans, J. (1957) *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Noordhollandse Uitgevers Maatschappij, Amsterdam.  
 Beard, G. M. (1881) *Die Nervenschwäche*. F. C. W. Vogel, Leipzig.  
 Berger, P. (1885) *Die Nervenschwäche*. Steinitz en Fischer, Berlijn.  
 Carp, E. A. D. E. (1939) *De neurosen*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.

- Coulter, R. le Ned. T. *Geneesk.* 95, 3296.  
 Fleury, M. de (1901) *Les grands symptomes neurasthéniques*. Alcan, Parijs.  
 Gilles de la Tourette (1898) *Les états neurasthéniques*. Bailière, Parijs.  
 Godlweski, A. (1904) *Les neurasthénies*. Maloine, Parijs.  
 Hirschkrone, J. (1907) *Behandlung der Nervenschwächen*. Koeniger, Leipzig.  
 Hugenholtz, P. Th. (1952) *Ned. T. Psychol.* 7, 11.  
 Janet, P. (1903) *Les obsessions et la psychasthénie*. Alcan, Parijs.  
 Kothe, G. (1894) *Das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie*. *Corr. Bl. d. Allg. ärztl. Ver. von Thüringen* nr. 4.  
 Kühner, A. (1891) *Die Nervenschwäche*. Issleib, Berlijn.  
 Raclot, W. e.a. (1955) *Encyclopédie medico-chirurgicale*. Editions Techniques, Parijs.  
 Savill, T. D. (1906) *Lectures on neurasthenia*. H. J. Glaishe, Londen.  
 Szondi, I. (1930) *Die Revision der Neurastheniefrage*. Novak, Budapest, Leipzig.  
 Veraguth, O. (1910) *Neurasthenie*. Springer, Berlijn.  
 Wille, O. (1902) *Nervenleiden und Frauenleiden*. Enke, Stuttgart.  
 Wittkower, E. en T. F. Rodger (1941) *Lancet* I, 531.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

#### 61-047. Neonatal meningitis. *Annotation (1961) Lancet II, 193.*

Groover e.a. — (1961) *New Engl. J. Med.* 264, 1115 — berichten over 39 gevallen van meningitis bij zuigelingen van één maand of jonger. Zij menen dat de infectie hematogeen ontstaat uitgaande van een pneumonie, pyodermie of gastro-enteritis. Het ziekte-begin was bij 25 zuigelingen in de eerste tien levensdagen, terwijl het merendeel van deze kinderen een abnormale geboortegeschiedenis had. Het vroege ontstaan van de meningitis suggereert een infectie in het baringskanaal dan wel in utero. De gehele serie van 39 gevallen omvatte meer premature baby's dan statistisch mocht worden verwacht en deze waren gemiddeld jonger toen zij meningitis kregen dan de voldragen zuigelingen.

Naarmate het kind jonger is zijn de symptomen vager; bij tien kinderen werd de diagnose bij de obductie gesteld, en bij veertien werd de diagnose pas gesteld toen resultaat van de therapie uitbleef. Als beginsymptoom was er achtmaal anorexie of braken, ademnood bij zes, geelzucht bij vijf, rusteloosheid en lethargie elk bij vier, diarree bij twee en convulsies bij één zuigeling; bij acht voldragen baby's was er koorts, bij de prematuren geen enkele maal. Aanvankelijk was er bij geen van allen nekstijfheid of een bomberende fontanel. Deze verschijnselen en ook convulsies, komen later wel voor, maar dan nog niet bij allen. Nekstijfheid en een bomberende fontanel worden bij prematuren opmerkelijk zelden gevonden.

Het advies om tot een diagnose te komen luidt dan ook, dat alle pasgeboren zuigelingen, die een zieke indruk maken of zich niet normaal gedragen, verdacht zijn. De lumbaalpunctie dient vrijelijk te worden gehanteerd, voordat convulsies, lethargie of de toestand van de fontanel de ziekte doen vermoeden, want dan is het te laat. Dit laatste blijkt uit de mortaliteit, die in verschillende artikelen met 64 tot 75 procent wordt aangegeven.

Bij degenen die de ziekte overleven zijn in deze annotatie de vele restverschijnselen niet besproken (ref.).

Als oorzaak van de ziekte wordt het meest een colibacil gevonden, verder *Pseudomonas pyocyaneus*, hemolitische streptokokken, *bact. aërogenes*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus faecalis*, en vaak een onbekend organisme.

De antibacteriële therapie gedooft geen uitstel tot gevoe-

ligheidsbepalingen bekend zijn; zij wordt begonnen op geleide van het uitstrijkpreparaat en later gewijzigd of aangevuld. *Pseudomonas pyocyaneus*, berucht om haar resistentie tegen de gangbare antibiotica, schijnt met succes te bestrijden te zijn met een derivaat van polymyxine-B-sulfaat, althans, er werden steriele kweken verkregen bij alle vijf daarmee behandelde zuigelingen. (Over het uiteindelijke resultaat valt weinig te zeggen, want vier van de vijf kinderen hadden een meningomyelokèle met hydrocefalus vóór de meningitis optrad, en de vijfde hield er een haardepilepsie van over - ref.).

Gezien het frequente optreden van meningitis bij meningomyelokèle behoort het tot het routine-onderzoek bij de pasgeborenen te zoeken naar huidsinus in de mediaanlijn als porte d'entrée voor een pyogene meningitis.

A. J. M. Daniëls

#### 61-066. The practitioner and meningitis in childhood. *Denmark, J. L. (1961) G. P. (Kansas) 24, 98.*

De mortaliteit van meningitis is nog altijd ongeveer 25 procent, hoewel sommige klinieken een mortaliteit van minder dan 10 procent melden. De oorzaak hiervan ligt volgens de schrijver in de moeilijkheid van het stellen van de diagnose in het beginstadium; onvoldoende herkenning van het etiologische agens; onjuiste keuze van therapie en de ontwikkeling van therapieresistente organismen.

De symptomatiek bij pasgeborenen is zo vaag, dat men bij elke storing in het welbevinden van een zuigeling aan meningitis moet denken. Nekstijfheid is moeilijk aan te tonen; wanneer men een baby optilt met één hand onder de buik, dan vouwt hij zich samen en hangt slap, bij meningitis heeft hij de neiging de rug stijf te houden.

Een bomberende fontanel verdwijnt bij een huilend kind als het rechtop wordt gehouden. Door dehydratie kan echter het bomberen worden geneutraliseerd. Andere oorzaken voor een bomberende fontanel kunnen zijn een subduraal hematoom, hydrocefalus en hyper- of hypovitaminose A. Lumbaalpunctie moet altijd gebeuren bij de geringste verdenking van meningitis. In feite is het denken aan lumbaalpunctie al een voldoende indicatie. Zo nodig kan cerebrospinaal vocht via de fontanel worden genomen.