

Paranoïde schizofrenie en biologisch psychiatrisch onderzoek

door J. Th. P. M. Droës

Inleiding

Sinds Kraepelins beschrijving van de dementia paranoïdes (Kraepelin, 1915) hebben de paranoïde schizofrene ziektebeelden in de psychiatrische literatuur een min of meer eigen plaats behouden. Eveneens sinds de tijd van Kraepelin bestaat er evenwel onzekerheid over de vraag welke paranoïde toestanden nu precies thuishoren bij de schizofrenie. Deze onzekerheid vindt haar uitdrukking onder meer in het feit dat enerzijds vele soorten paranoïde psychosen zijn beschreven, terwijl anderzijds een aantal typisch 'paranoïde' symptomen tevens beschouwd worden als typisch 'schizofrene' symptomen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de 'international pilot study of schizophrenia' (een onderzoek naar de diagnostische praktijk in 9 over de wereld verspreide psychiatrische centra), dat in de groep patiënten die volgens alle gebruikte methoden als schizofreen werden geklassificeerd, een relatief hoog percentage de klinische diagnose paranoïde schizofrenie had ontvangen. Deze 'concordante' groep was volgens dit onderzoek dan ook hoofdzakelijk van andere diagnostische groepen te onderscheiden op grond van de aanwezigheid van enkele vanouds met de schizofrenie geassocieerde symptomen, namelijk wanen, hallucinaties en emotionele verflakking (W.H.O., 1975).

In dit literatuuroverzicht komen hoofdzakelijk twee ontwikkelingen aan de orde. In de eerste plaats is er de laatste jaren, mede onder invloed van de ontwikkeling van de diverse lithiumpreparaten, een toenemende belangstelling waar te nemen voor de groep van de z.g. schizo-affectieve psychosen. In dit verband worden hieronder die psychosen verstaan die syndromaal als schizofreen imponeren maar die hiernaast in syndroom, beloop of familiäre belasting ook kenmerken van de manisch-depressieve psychose vertonen (Abrams, Taylor en Gaztanaga, 1974; Pope en Lipinski, 1978; Tsuang, 1975). Juist in deze groep bestaat het 'schizofrene' dikwijls uit een paranoïde symptomatologie (Abrams et al., 1974).

Voor de behandeling is het belangrijk te weten dat een aantal patiënten uit deze groep even goed op lithium reageert als 'zuiver' manisch-depressieve patiënten (Pope en Lipinski, 1978). Deze gegevens maken duidelijk dat een goede afgrenzing van de paranoïde vorm van schizofrenie ten opzichte van de schizo-affectieve en affectieve psychosen nog steeds van belang is.

In de tweede plaats zijn van biologisch psychiatrische zijde herhaaldelijk argumenten aangevoerd om de paranoïde schizofrenie enigszins afzonderlijk van de andere vormen van schizofrenie te bekijken. In een aantal onderzoeken zijn namelijk verschillen gevonden tussen paranoïde en niet-paranoïde schizofrenen zowel wat betreft constitutionele eigenschappen (Maricq, 1963, 1975) en psychofysiologie (Gruzelier en Venables, 1975; Horvath en Meares, 1979) als wat betreft persoonlijkheidsprofielen (Claridge, 1972). Bij lezing van deze biologisch psychiatrische literatuur wordt men niettemin verrast door een grote verscheidenheid aan omschrijvingen van de diagnose paranoïde schizofrenie.

In het nu volgende zal worden nagegaan in hoeverre de onderzoeksresultaten steun geven aan de veronderstelling dat er een groep patiënten bestaat met zodanige overeenkomsten in syndroom en beloop en met een zodanige genetische of fysiologische verwantschap dat een aparte diagnose paranoïde schizofrenie inderdaad bestaansrecht heeft. Vervolgens zal een poging worden ondernomen om een aantal klinische criteria te formuleren, die bruikbaar zouden kunnen zijn bij verder onderzoek naar de neuropsychologische en biologische betekenis van de diagnose paranoïde schizofrenie. Voor een goed begrip zij nog opgemerkt dat studies over de schizofrenie die niet verwijzen naar de paranoïde subgroep, en studies over paranoid-hallucinatoire syndromen die niet verwijzen naar de schizofrenie buiten beschouwing zijn gelaten.

De beschrijving bij Kraepelin en Bleuler

Kraepelins beschrijving van de *dementia paranoides* luidde als volgt: 'Ein in mancher Beziehung abweichendes Bild (van de andere vormen van *dementia praecox*, J. D.) bieten diejenigen Beobachtungen dar, deren wesentliche Krankheitszeichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen darstellen; wir bezeichnen sie als *paranoïde* Formen. Wenn wir uns, was Zweckmässig erscheint, bei der Gruppierung im einzelnen von dem prognostischen Gesichtspunkte leiten lassen, so würden wir Zunächst jene paranoïden Erkrankungen ins Auge zu fassen haben, die zwar mit einfachen Wahnbildungen beginnen, im weiteren Verlaufe jedoch immer deutlicher den eigenartigen Zerfall des Seelenlebens und ins besondere auch die gemüthlichen und Willensstörungen darbieten, wie sie die *Dementia praecox* kennzeichnen; man könnte sie unter dem Namen einer "*Dementia paranoïdes gravis*" zusammenfassen'. Over beloop en prognose merkte Kraepelin op: 'Wesentliche Besserungen mit späteren Wiedererkrankung konnte ich unter meinen Fällen, die etwas mehr als 9% der Beobachtungen von *Dementia*

praecox omvatten, niet vaststellen; ... Die hier beschriebene Form gehört demnach zu den weniger günstigen'. (Kraepelin, 1915).

Staan in de beschrijving van Kraepelin zowel de symptomatologie van de psychose als beloopscriteria centraal, door Bleuler wordt de nadruk geheel op de symptomatologie gelegd. Hij schreef: 'Wo Wahnideen und Hallucinationen ... im Vordergrunde stehen, spricht man von Paranoïd oder Dementia Paranoides. Das Paranoïd kan sich ausbilden nach irgend einem melancholischen, manischen, wahnsinnartigen, katatonischen akuten Initialauftritt ... oder gleich als solches einsetzen ...'.

Over beloop en prognose zegt Bleuler: 'Viele der Kranken halten sich verhältnismässig lange ausserhalb der Anstalten, andere wechseln zwischen Freiheit und Internierung, und wieder andere verlieren die äussere Haltung so früh und so stark, dass sie den grössten Teil ihres Lebens in den Anstalten bleiben müssen' (Bleuler, 1916).

Zoals men ziet wordt de eis van een chronisch beloop met ontwikkeling van defect door Bleuler geheel losgelaten. Het meest opmerkelijke gevolg van de benadering van Bleuler is geweest, dat de paranoïde subgroep van de schizofrenie enorm in grootte toenam. Zoals uit de beschrijving van Bleuler blijkt werden door hem met name een aantal psychosen tot de paranoïde schizofrenie gerekend, die in beloop of symptomatologie ook affectieve of manisch depressieve kenmerken hebben. De nadruk op de voor de schizofrenie kenmerkende symptomatologie leidde bovendien tot de gewoonte om bij aanwezigheid van een aantal 'schizofrene' symptomen bij voorkeur de diagnose schizofrenie te stellen en de diagnose manisch depressieve psychose uitsluitend te reserveren voor patiënten zonder 'schizofrene' symptomatologie.

Recente ontwikkelingen met betrekking tot de syndromale typering

In een recent overzichtsartikel betogen Pope en Lipinski (1978) dat de gewoonte om de diagnose manisch depressieve psychose alleen te stellen bij afwezigheid van 'schizofrene symptomen', met name in Amerika tot de dag van heden heeft standgehouden. Zo worden in het voor veel vrij recent onderzoek gebruikte DSM II (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) wanen en hallucinaties bij de manieën niet genoemd, terwijl van deze verschijnselen bij depressies wordt opgemerkt dat zij zeer duidelijk op de stemming van de patiënt moeten kunnen worden teruggevoerd. Met andere woorden: deze verschijnselen wijzen op schizofrenie tot het tegendeel is bewezen. In 18 door Pope en Lipinski besproken onderzoeken blijken auditieve hallucinaties echter bij 6 tot 48% en paranoïde wanen bij 20 tot 53% van de manisch depressieve psychosen voor te komen.

Abrams, Taylor en Gaztanaga (1974) onderzochten 41 patiënten met de opnamediagnose paranoïde schizofrenie. Zij vonden dat slechts 2 patiënten voldeden aan de door hen opgestelde (voorna-

melijk syndromale) researchcriteria voor schizofrenie; de helft van de patiënten voldeed daarentegen aan de criteria voor manie. De aldus in tweede instantie als manisch gediagnosticeerde patiënten vertoonden geen verschil in demografische, genetische en fenomenologische opzichten met een aantal primair als manisch gediagnosticeerde patiënten. Het enige verschil was het vaker voorkomen van bepaalde wanen bij de aanvankelijk als paranoid schizofrenie gediagnosticeerde patiënten. De auteurs merken op dat 'many manic patients might masquerade as acute or paranoid schizophrenics'.

De hier geciteerde studies leiden in de eerste plaats tot de stelling dat criteria voor paranoïde schizofrenie die in hoge mate berusten op de kwaliteiten van de paranoïde symptomatologie (Ritzler en Smith, 1976) het probleem niet oplossen. Dergelijke criteria verschaffen ons alleen inzicht in wat de betreffende auteur verstaat onder 'paranoid' en zeggen niets over het voor de paranoïde subgroep zo belangrijke onderscheid tussen schizofrenie en (schizo-) affectieve psychosen. In de oorspronkelijke beschrijvingen van Kraepelin en Bleuler wordt trouwens voor het afgrenzen van de paranoïde subgroep geen duidelijk onderscheid gemaakt naar het soorten wanen of hallucinaties.

In de tweede plaats lijkt het de vraag of een zinnige onderverdeling van paranoïde psychosen in schizofrene en (schizo-)affectieve psychosen mogelijk is zonder beloopscriteria te hanteren. Zo zijn bijvoorbeeld in de criteria van Feighner et al. (1972) bepaalde anamnestic gegevens beslissend voor het onderscheid tussen de affectieve en de schizofrene psychosen. Vooral voor het omschrijven van de paranoid schizofrene groep lijken dergelijke criteria onontbeerlijk. Zoals Kendell (1975) opmerkte is het aanvullen van een (primair syndromale) diagnose met andere gegevens iets anders dan het loslaten van diagnoses ten gunste van puur beschrijvende formules of een 'multi-axiale categorisering'.

Biologisch psychiatrisch onderzoek

In de biologisch psychiatrische literatuur worden groepen schizofrene patiënten dikwijls verdeeld in paranoïde en niet-paranoïde subgroepen, min of meer volgens de criteria van Bleuler. Sommige auteurs eisen voor de diagnose schizofrenie naast een bepaalde syndromale omschrijving een chronisch beloop, bijvoorbeeld in termen van een minimale duur van hospitalisatie. De meeste auteurs hanteren geen bijzondere criteria ter uitsluiting van de diagnose affectieve of schizo-affectieve psychose. In het licht van het voorafgaande valt dus te verwachten dat de paranoïde groepen meer patiënten met schizo-affectieve, atypische affectieve of manisch depressieve psychosen bevatten dan de andere subgroepen van de schizofrenie.

Enkele bevindingen worden in het nu volgende samengevat.

Genetisch onderzoek

Volgens Strömgen (1975) is er geen duidelijke genetisch vastgelegde predispositie tot het krijgen van een van de syndromale subtypen van schizofrenie; wel is er een (niet significante) tendens in de richting van het voorkomen van overeenkomstige klinische syndromen binnen een familie.

Fowler, Tsuang, Monelly en McCabe (1974) vonden dat familieleden van paranoïde schizofrene patiënten wel minder kans hebben om een schizofrenie te ontwikkelen dan familieleden van hebefrene of katatone patiënten. Dit zou kunnen wijzen op een grotere heterogeniteit van de paranoïde subgroep.

Tsuang (1975) komt wat betreft de schizo-affectieve psychosen tot de conclusie dat deze psychosen meer kans hebben genetisch aan de schizofrenie verwant te zijn naarmate zij eerder beginnen en er meer schizofrenie in de familie voorkomt; de kans op verwantschap met de manisch depressieve psychose neemt toe bij een laat begin (na het 40e jaar) en familiale belasting met affectieve psychosen.

Constitutie-onderzoek

Paranoïde schizofrenen hebben volgens een groot aantal auteurs gemiddeld meer pycnische of eurymorphe trekken dan niet-paranoïde schizofrenen. Zoals bekend associeerde Kretschmer (1961) dergelijke trekken, behalve met de paranoïde schizofrenie, vooral met de manisch depressieve psychose.

In enkele onderzoeken van het cardiovasculaire apparaat werden alleen afwijkingen gevonden bij niet-paranoïde patiënten (Rees, 1957, Shattock en Oxon, 1950). Hauptmann en Myerson (1948), Wertheimer en Wertheimer (1955) en Maricq (1963) vonden een duidelijk afwijkend capillairbeeld in de nagelriemen bij niet-paranoïde schizofrenen; het beeld bij de paranoïde groep was òfwel normaal, of het leek op het patroon zoals dit bij manisch depressieve patiënten werd waargenomen (Maricq, 1975; Hauptmann en Myerson, 1948).

Mellor (1968) vond afwijkingen in het handlijnenpatroon bij hebefrene en katatone, maar niet bij paranoïde schizofrene patiënten. Bij het onderzoek naar constitutionele verschillen tussen de diverse subgroepen van de schizofrenie worden dus bij de paranoïde subgroep òfwel geen afwijkingen òfwel ook bij de manisch depressieve psychose gerapporteerde afwijkingen gevonden.

Biochemisch onderzoek

Potkin, Cannon, Murphy en Wyatt (1978) vonden een lagere monoamine-oxidase-(MAO)activiteit in de bloedplaatjes van schizofrene patiënten. De verlaging was bij de paranoïde subgroep het meest uitgesproken. Deze auteurs gebruikten voor hun diagnostiek de criteria van het DSM II. Groshong, Lipinski en Pope (1978) konden de resultaten van Potkin et al. niet reproduceren. Deze auteurs gebruikten dan ook de Feighner-criteria (Feighner et al., 1972). Volgens deze criteria wordt de diagnose 'schizofrenie' alleen

gesteld na uitsluiting van de diagnose 'affectieve psychose' en is een zekere mate van chroniciteit voor de diagnose schizofrenie vereist. Groshong et al. geven een overzicht over de recente literatuur met betrekking tot de MAO-activiteit. Een enzymactiviteit die lager is dan nogmaals wordt gevonden bij manische patiënten, terwijl een daling ook wordt gezien bij toediening van antidepressiva. Een stijging van de activiteit wordt gezien bij lithium toediening, een te hoge activiteit bij depressies. Bij patiënten met een schizo-affectieve psychose zou een lager enzymactiviteit een relatief gunstig prognostisch teken zijn.

Deze gegevens zijn in overeenstemming met de veronderstelling dat resultaten als die van Potkin et al. voornamelijk wijzen op een 'affectieve bijmenging' in de paranoid schizofrene subgroep.

Psychofysiologisch onderzoek

De electrodermale responsiviteit (de mate waarin de huidweerstand verandert bij het toedienen van diverse soorten prikkels) is het laagst bij stuporeuze, katatone en 'defecte' schizofrene patiënten (Jordan, 1974). In verscheidene studies wordt bij de paranoid schizofrene groep de hoogste electrodermale responsiviteit gevonden (Syz en Kinder, 1928; Zahn, Rosenthal en Lawlor, 1968). Men vindt bij deze auteurs herhaaldelijk de opmerking dat de paranoïde groepen heterogeen zijn samengesteld, daar men meestal ook enkele paranoïde patiënten met een lage responsiviteit aantreft (Jordan, 1974; Syz en Kinder, 1928; Zahn et al., 1968).

Wat betreft de gebruikte diagnostische criteria hanteren Syz en Kinder syndromale criteria, terwijl Zahn et al. alleen zeer langdurig gehospitaliseerde patiënten onderzochten. Helaas omschrijven deze laatste auteurs hun criteria verder niet.

Gruzelier en Venables (1975) resumeerden een aantal tot dan toe gevonden verschillen tussen paranoïde en niet-paranoïde schizofrenen met betrekking tot de relaties tussen arousalniveau, two-flash discrimination en electrodermale reactiviteit. Paranoïde schizofrenen reageren, in tegenstelling tot niet-paranoïde schizofrenen, in een aantal opzichten hetzelfde als normale proefpersonen. Zo ontbreekt bij de paranoïde groep de paradoxale vermindering van de huidgeleiding bij hoge arousalniveaus, evenals de negatieve correlatie tussen 'two-flash threshold' en huidgeleiding die men bij niet-paranoïde schizofrenen vindt. Gruzelier en Venables spreken in hun verdere werk over patiënten met een hoge en een lage basisarousal, en over 'responders' en 'non-responders'. Binnen de paranoïde groep treft men volgens hen in elk geval patiënten met een hoge en patiënten met een lage basisarousal aan. Overigens geven ook deze auteurs weinig bijzonderheden over hun diagnostische criteria.

Horvath en Meares (1979) onderzochten acuut psychotische patiënten bij wie de schizofrenie minder dan 2 jaar bestond. Zij hanterden voor de diagnose syndromale criteria. Deze auteurs vonden dat de habituatie van de GSR (galvanic skin response) bij niet-paranoïde schizofrenen vrijwel ontbrak, doch bij paranoïde schizo-

frenen normaal was. Bij het 'dishabitueren' (de oriëntatiereactie op het kwalitatief of kwantitatief veranderen van gedurende enige tijd herhaalde, identieke stimuli) verschillen de paranoïde schizofrenen van normale proefpersonen doordat zij een significant geringere oriëntatiereactie te zien geven. Horvath en Meares suggereren dat 'the failure of dishabituation shown by paranoid schizophrenics seems to be a manifestation of a tendency to form overstable, or rigid, perceptual sets'.

Claridge (1972) vond bij paranoïde schizofrenen een combinatie van slechte 'selectieve aandacht' en hoge arousal. Andere kenmerken van deze groep waren de grotere emotionele reactiviteit, het actievare gedrag en de meer 'overinclusieve' denkstoornissen.

Deze onderzoeken lijken dus in de eerste plaats te bevestigen dat er verschillen bestaan tussen de psychofysiologische reacties bij paranoïde en niet-paranoïde schizofrenen. In de tweede plaats reageren de meeste paranoïde patiënten in een aantal opzichten (responsiviteit, ontbreken van paradoxale reacties en negatieve correlatie tussen verschillende maten, habituatie) 'normaler' dan niet-paranoïde patiënten. In de derde plaats lijkt er een samenhang te bestaan tussen bepaalde persoonlijkheidsvariabelen, psychofysiologische eigenaardigheden en gedrags(symptoom-)kenmerken. Tenslotte vindt men ook op dit gebied regelmatig de mededeling dat er binnen een groep paranoid schizofrene patiënten ook (enkele) patiënten voorkomen met een 'niet-paranoïd schizofreen' reactiepatroon (lage arousal, slechte habituatie, lage responsiviteit). De conclusie moet luiden dat paranoid schizofrene groepen in psychofysiologisch opzicht heterogeen zijn. Doordat de meeste auteurs hun diagnostische criteria nauwelijks omschrijven blijft de betekenis hiervan onduidelijk.

Specifieke kenmerken van het beloop van de paranoïde schizofrenie

Bij de omschrijving van de diagnose schizofrenie is de vraag hoeveel belang men hecht aan beloopscriteria vanouds een centrale vraag. Dit geldt, zoals uit het voorafgaande blijkt, in het bijzonder voor de paranoïde schizofrenie. Zoals vermeld beschreef Kraepelin oorspronkelijk een chronisch beloop met een toenemende mate van defect. Anderen legden, in navolging van Bleuler, de nadruk op de grote verscheidenheid van beloopsvormen. Een aantal auteurs meent dat de paranoïde schizofrenie gemiddeld een betere prognose heeft met betrekking tot opnameduur en opnamefrequentie dan de niet paranoïde vormen (Depue en Woodburn, 1975; Fowler et al., 1974; Strauss, 1973). Dit lijkt echter onder andere een gevolg te zijn van het feit dat bij ongeveer de helft van de als paranoid schizofreen gedebuteerde patiënten de diagnose in de loop der jaren verandert (Depue en Woodburn, 1975; Kendell, 1974). Met andere woorden: de paranoïde symptomatologie domineert in een groot aantal gevallen vooral de beginfase van het beloop. Dit wordt bevestigd door gegevens als die van Everitt, Gourlay en Kendell

(1971). Deze auteurs vonden in een clusteranalyse van 2 series van 250 opnamepatiënten een cluster 'acute paranoïde schizofrenie' naast de clusters 'manische fase', 'depressieve fase' en 'chronische schizofrenie'. Ook hier lijkt het op de voorgrond staan van klassieke paranoïde symptomen een grote kans op te leveren op de diagnose paranoïde schizofrenie; deze diagnose hangt echter niet samen met een bepaalde beloopsvorm of met specifieke gegevens uit de voorgeschiedenis.

Wat betreft de vooruitzichten met betrekking tot behandeling betogen Pope en Lipinski (1978) dat manisch depressieve patiënten met klassieke paranoid schizofrene symptomen geen slechtere prognose of slechtere respons op lithiumbehandeling te zien geven dan manisch depressieve patiënten zonder deze symptomatologie. Tsuang (1975) toonde hetzelfde aan voor de door hem onderzochte schizo-affectief psychotische groep patiënten. In het algemeen is men het erover eens dat de paranoïde vorm van schizofrenie later begint dan andere vormen van schizofrenie. De schattingen variëren echter, vooral met de mate waarin men paranoïde psychosen op middelbare en hogere leeftijd tot de schizofrenie rekent. Kraepelin (1915) vermeldt een debuut op voornamelijk middelbare en hogere leeftijd, Carp (1937) op 30- tot 40-jarige leeftijd, Fowler et al. (1974) rond de 25 jaar en Angst et al. (1973) op gemiddeld 29 en 37 jaar voor mannen respectievelijk vrouwen.

Deze gegevens zijn alle in overeenstemming met de veronderstelling dat paranoid schizofrene groepen zeer heterogeen zijn samengesteld, en niet in tegenspraak met de gedachte dat paranoid schizofrene groepen met name een aantal patiënten met affectieve stoornissen bevatten. In dit verband moet tenslotte worden gewezen op de resultaten van Angst et al. (1973). Deze auteurs merken op dat de duur van de paranoid psychotische fasen bij paranoïde schizofrenen aanvankelijk niet veel verschilt van de duur van katonen en schizo-affectieve psychotische fasen. Wel worden, bij het stijgen van de leeftijd, de fasen korter en frequenter. Bij 14% van de paranoïde schizofrenen vindt men echter een zeer chronisch beloop, zoals beschreven door Kraepelin. Het is verleidelijk om aan te nemen dat deze 14% eenvoudigweg de patiënten vertegenwoordigen die aan een 'dementia paranoides' volgens Kraepelin lijden.

Suggesties voor research-criteria

Bij het opstellen van klinische criteria voor verdere research zouden de volgende overwegingen moeten gelden.

1. De diagnose schizofrenie mag alleen gesteld worden via uitsluiting van de diagnose affectieve psychose, bijvoorbeeld volgens Feighner et al. (1972). Deze eis moet worden gesteld om een goede afgrenzing van de paranoïde schizofrenie ten opzichte van de manisch depressieve en schizo-affectieve psychosen te bewerkstelligen (Pope en Lipinski, 1978; Tsuang, 1975).
2. Ter afgrenzing ten opzichte van de acute paranoïde beelden en

van andere paranoïde psychosen is een zeer chronisch beloop of defect obligaats (Angst et al., 1973).

3. Het is gewenst de leeftijd waarop de psychose debuteert te operationaliseren. Argumenten die hiervoor pleiten zijn het gemiddeld late debuut van de paranoïde schizofrenie, het onderscheid ten opzichte van de hebefrenie, het feit dat manisch depressieve psychosen op jeugdige leeftijd nogal eens schizofreniform imponeren en de onzekere status van de paranoïde psychosen op oudere leeftijd (Tsuang, 1975). Te denken valt bijvoorbeeld aan: begin tussen het 24e en 40e levensjaar.

4. Het klinische beeld moet herhaaldelijk of voortdurend worden gedomineerd door gesystematiseerde wanen en/of hallucinaties.

5. Periodieke opwindings- of ontremmingstoestanden en katatone verschijnselen pleiten tegen de diagnose. Deze verschijnselen komen behalve bij de katatone schizofrenie ook bij de affectieve psychosen dikwijls voor (Taylor en Abrams, 1977).

Conclusie

In de literatuur zijn weinig aanwijzingen te vinden die het bestaan van een diagnose 'paranoïde schizofrenie' rechtvaardigen. De uitbreiding die het begrip sinds Bleuler heeft ondergaan maakt het ontbreken van dergelijke aanwijzingen echter vrijwel voorspelbaar. De diagnose paranoïde schizofrenie zal bij hantering van de Bleulere criteria immers frequent gesteld worden bij patiënten met affectieve of schizo-affectieve stoornissen.

In de publikaties van Kraepelin (1915) en Angst et al. (1973) wordt een relatief kleine groep patiënten beschreven met een paranoïde symptomatologie en een zeer chronisch ziektebeloop. Biologisch psychiatrisch onderzoek naar verschillen tussen deze groep 'kernschizofrenen met paranoïde symptomatologie' en andere groepen schizofrenen heeft eigenlijk niet plaatsgehad.

De in de biologisch psychiatrische literatuur voorkomende scheiding tussen paranoïde en niet-paranoïde schizofrenie is in de meeste gevallen het best te vertalen als: schizofrenie met en schizofrenie zonder al te opvallende bijmenging van affectieve psychosen.

De resultaten van diverse onderzoekers lijken deze stelling te bevestigen. Bij het genetisch, constitutioneel en biochemisch onderzoek heeft men de indruk dat een bijmenging van affectieve psychotici de resultaten nogal heeft beïnvloed. Bij het psychofysiologisch onderzoek zijn er enerzijds verschillen tussen paranoïde en niet-paranoïde schizofrenen gevonden terwijl er anderzijds verband lijkt te bestaan tussen psychofysiologische variabelen en de paranoïde symptomatologie. De betekenis hiervan is echter onduidelijk daar de meeste onderzoekers hun diagnostische criteria niet duidelijk omschrijven.

Research-criteria voor paranoïde schizofrenie moeten in elk geval uitsluiting van de diagnoses manisch-depressieve en schizo-affectieve psychose, en aanwezigheid van een chronisch beloop of ontwikkeling van defect vereisen.

Literatuur

- Abrams, R., Taylor, M. A., Gaztanaga, P. (1974), Manic-Depressive Illness and Paranoid Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 31, 640-642.
- Angst, J., Baastup, P., Grof, P., Hippus, H., Pöldinger, W., Varga, E., Weiss, P., Wijss, F. (1973), Statistische Aspekte des Beginns und Verlaufs schizophrener Psychosen. In: *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*, Ed. G. Huber, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.
- Bleuler, E. (1916), *Lehrbuch der Psychiatrie*, p. 311, Springer, Berlin.
- Carp, E. A. D. E. (1937), *Psychosen op exogenen grondslag en geestelijke defect-toestanden*, pp. 163-205, Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Claridge, G. (1972), The Schizophrenias as Nervous Types. *Brit. J. Psychiat.* 121, 1-17.
- Depue, R. A., Woodburn, L. (1975), Disappearance of Paranoid Symptoms with Chronicity. *J. Abn. Psychol.* 84, 84-86.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, Second Edition (DSM II), Amer. Psychiat. Assoc., 1968.
- Everitt, B. S., Gurlay, A. J., Kendell, R. E. (1971), An attempt at validation of traditional psychiatric syndromes by cluster analysis. *Brit. J. Psychiat.* 119, 399-412.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., Munoz, R. (1972), Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch. Gen. Psychiat.* 26, 57-63.
- Fowler, R. C., Tsuang, M. T., Cadoret, R. T., Monelly, E., Mc Cabe, M. (1974), A Clinical and Family Comparison of Paranoid and non-Paranoid Schizophrenics. *Brit. J. Psychiat.* 124, 346-351.
- Groshong, R., Baldessarini, R. J., Gibson, D. A., Lipinski, J. F., Axelrod, D., Pope, A. (1978), Activities of Types A and B MAO and Catechol-O-Methyltransferase in Blood Cells and Skin Fibroblasts of Normal and Chronic Schizophrenic Subjects. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 1198-1205.
- Gruzeliér, J. H., Venables, P. H. (1975), Relations between two-flash discrimination and electrodermal activity, re-examined in schizophrenics and normals. *J. Psychiat. Res.* 12, 73-85.
- Hauptman, A., Myerson, A. (1948), Studies of Finger Capillaries in Schizophrenic and Manic-Depressive Psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 108, 91-108.
- Horvath, Th., Meares, R. (1979), The Sensory Filter in Schizophrenia: A study of Habituation, Arousal and the Dopamine Hypothesis. *Brit. J. Psychiat.* 134, 39-45.
- Jordan, L. S. (1974), Electrodermal activity in schizophrenics: further considerations. *Psychol. Bull.* 81, 85-91.
- Kendell, R. E. (1974), The stability of psychiatric diagnoses. *Brit. J. Psychiat.* 124, 352-356.
- Kendell, R. E. (1975), *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, p. 6, 100, Blackwell, Oxford.
- Kraepelin E. (1915) *Psychiatrie*, Bd. IV, pp. 1707-1713, Baith, Leipzig.
- Kretschmer, E. (1961), *Körperbau und Charakter*, p. 152-153, Springer, Berlin, Heidelberg.
- Maricq, H. R. (1963), Familial Schizophrenia as defined by Nailfold Capillary Pattern and Selected Psychiatric Traits. *J. Nerv. Ment. Dis.* 136, 216-226.
- Maricq, H. R. (1975), A Two-gene Model for Schizophrenia with the Possibility to Detect Carriers of the modifier Gene. *Acta Psychiat. Scand.* 52, 264-282.
- Mellor, C. S. (1968), Dermatoglyphics in Schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*

- 114, 1387-1397.
- Pope, H. G., Lipinski, J. F. (1978), Diagnosis in Schizophrenia and Manic-Depressive Illness. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 811-828.
- Potkin, S. G., Cannon, H. E., Murphy, D. L., Wyatt, R. J. (1978), Are paranoïd Schizophrenics Biologically different from other schizophrenics? *The New Engl. J. Med.* 298, 61-66.
- Praag, H. M. van (1976), Over het onmogelijke begrip schizofrenie. *Tijdschr. v. Psychiat.* 18, 5-24.
- Rees, W. L. (1957), Physical characteristics of the schizophrenic patient. In: *Schizophrenia, somatic aspects*, Ed. D. Richter, Pergamon Press.
- Ritzler, B. A., Smith, M. (1976), The problem of diagnostic criteria in the study of the paranoïd subclassification of schizophrenia. *Schizofr. bull.* 2, 209-217.
- Shattock, F. M., Oxon, M. A. (1950), The somatic manifestations of schizophrenia: A clinical study of their significance. *J. Ment. Sci.* 96, 32-142.
- Strauss, M. E. (1973), Behavioral differences between acute and chronic schizophrenics: course of psychosis, effects of institutionalization or sampling biases? *Psychol. Bull.* 79, 271-279.
- Strömberg, E. (1975), Genetic factors in the origin of schizophrenia. In: *On the origin of schizophrenic psychoses*, Ed. H. M. van Praag, De Erven Bohn, Amsterdam.
- Syz, H. C., Kinder, E. F. (1928), Electrical skin resistance in normal and in psychotic subjects. *Arch. Neurol. Psychiat.* 19, 1026-1035.
- Taylor, M. A., Abrams, R. (1977), Catatonia. *Arch. Gen. Psychiat.* 34, 1223-1225.
- Tsuang, M. T. (1975), Genetics of Affective Disorder. In: *The psychology of depression*, Ed. J. Mendels, Spectrum Publications Inc. New York, Halsted Press.
- Wertheimer, N., Wertheimer, M. (1955), Capillary structure: its relation to psychiatric diagnosis and morphology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 122, 14-27.
- World Health Organisation (1975), Schizophrenia: A Multinational study, *Public Health Papers*, no. 63, Geneva.
- Zahn, T. P., Rosenthal, D., Lawlor, W. G. (1968), Electrodermal and Heart Rate orienting Reactions in Chronic Schizophrenia. *J. Psychiat. Res.* 6, 117-134.