

Van paranoia tot waanstoornis

Aspecten van classificatie en etiologie in historisch perspectief

door J. Vink en P. Rijnierse

Samenvatting

Na bespreking van een casus wordt een schets gegeven van de historische ontwikkeling van het paranoiabegrip. Kraepelin gaf een nieuwe definitie van de paranoia, waardoor strikte afgrenzing van *dementia praecox* mogelijk was. Latere onderzoekers twijfelen aan de paranoia als aparte entiteit. Steunend op recent onderzoek werd de paranoia, intussen waanstoornis genoemd, opgenomen in DSM-III en DSM-III-R. Hoewel de criteria enigszins werden verruimd, betekent dit een terugkeer naar de opvattingen van Kraepelin.

De opvattingen over de etiologie van de paranoia bewegen zich tussen de twee polen die werden gegeven door Kraepelin, die de nadruk legde op aanlegfactoren, en aan de andere kant Freud, die een psychodynamische verklaringwijze gaf. Latere clinici volgden eerst vooral Kraepelin, maar zijn toch het belang van interacties met de omgeving, vooral in de vroege levensfasen, als steeds groter gaan inschatten. Dit leidt tot een toename van ons begrip van de inhoud van de waan; het blijft echter de vraag in hoeverre het iets toevoegt aan de verklaring van de – psychotische – vorm.

Inleiding

Er is altijd een zekere fascinatie uitgegaan van de psychiatrische beelden die voorheen als gevallen van paranoia werden aangeduid en waarvoor in de classificatie volgens DSM-III de term waanstoornissen wordt gebruikt. Men ervaart steeds weer verbazing wanneer men een patiënt ziet met soms chronisch bestaande waandenkbeelden, die daarmee toch in het algemeen goed is blijven functioneren, vaak zodanig dat de stoornis zelfs door de naaste omgeving van de patiënt niet wordt herkend.

Er is in het verleden vaak betoogd dat de paranoia in de psychiatrische classificatie geen aparte plaats verdient, maar beschouwd moet worden als een milde vorm van schizofrenie. De classificaties volgens DSM-III (APA 1980) en DSM-III-R (APA 1987) laten er geen twijfel aan bestaan dat zij dit anders zien: de waanstoornissen staan daarin als één van de drie hoofdcategorieën van psychotische stoornissen stevig verankerd tussen

de schizofrenieën en de niet anders te classificeren psychotische stoornissen.

Toch is de zaak daarmee niet afgedaan. De paranoia kan zeker tot de 'grote beelden' van de psychiatrie worden gerekend. Maar tegelijkertijd wordt ons gangbare begrip van ziekte als een progressieve adaptatiestoornis (Kuiper 1973) erdoor op de proef gesteld: ondanks de soms floride symptomatologie is intact sociaal en beroepsmatig functioneren één van de hoofdkenmerken. Juist deze opvallende combinatie van ziek én gezond functioneren maakt diepergaand onderzoek naar de etiologie van de paranoia een boeiende uitdaging.

Dit artikel wil, uitgaande van een gevalsbeschrijving, ingaan op deze vraag naar de etiologie van de paranoia. Dit zal gebeuren na eerst de problemen rond de classificatie van het beeld te hebben besproken. Een ander zal gedaan worden vanuit een historisch perspectief. Het huidige denken over de waanstoornissen kan hierdoor veel aan duidelijkheid winnen.

Casus

Midden in de nacht werd op de gesloten opnameafdeling een vijfenvijftigjarige vrouw opgenomen. Ze was in geagiteerde en verwarde toestand en zeer afwerend in het contact; ze sloeg en schopte naar verpleegkundigen en sprak onsamenhangend. Een sederende injectie bleek noodzakelijk, maar patiënte werd daarop nauwelijks rustiger. Tijdens de ochtendvisite bleef zij bij de haar gestelde vragen gespannen zwijgen en gaf zij onverhoeds een verpleegkundige een klap in het gezicht. Volgens het verhaal was het een vrouw zonder psychiatrische voorgeschiedenis. In de dagen voor opname was zij thuis onrustig, angstig en achterdochtig geworden naar aanleiding van het zien van de tv-beelden van de geëxecuteerde Ceausescu, hetgeen ten slotte had geleid tot een worsteling met haar man.

Een gesprek met haar vijftien jaar oudere man maakte de zaak in eerste instantie niet duidelijker. Hij beschreef zijn vrouw als iemand met een niet gemakkelijk karakter, maar verder functioneerde ze altijd uitstekend. Samen waren ze eigenaar van een klein importbedrijf, maar zijn vrouw beheerde dit in feite al jarenlang alleen.

Patiënte zelf hernam zich intussen in snel tempo: dezelfde dag al werd zij rustig, zei dat er niets aan de hand was en eiste op hoge toon ontslag. Een dag later vertelde haar man een aantal bijzonderheden. Patiënte bleek al sinds jaren de overtuiging te hebben dat zij op straat werd achtervolgd en dat haar telefoon werd afgeluisterd. Zij was hierover tot in de hoogste regionen in strijd met de PTT. Verder had zij een klacht lopen bij de Orde van Notarissen over vermeende onregelmatigheden bij de afwikkeling van een erfenis. Voorts werd de behandelend arts die dag gebeld door een hoogleraar in de gastro-enterologie, die ongelovig

vroeg of het waar was wat hij had gehoord, dat zijn patiënte bij ons was opgenomen. 'Onvoorstelbaar, zo een keurige dame.' Hij herinnerde zich wel dat patiënte zich bij hem éénmaal zeer onredelijk had getoond toen zij volhield dat haar vage buikkachten veroorzaakt waren door een operatiefout van een gynaecoloog in het verleden.

Patiënte verliet dezelfde dag, tegen advies, de kliniek, zonder afspraken voor nazorg te willen maken.

Conclusie: patiënte leed aan een waanstoornis van het paranoïde type volgens DSM-III-R, en waarschijnlijk ook van het somatische type, waarbij zij kortdurend acuut was gedecompenseerd.

Classificatie

De term paranoia is Grieks van oorsprong en betekent letterlijk 'naast de geest'. Hippocrates duidde er het beeld van het koortsdelier mee aan, maar de term had in het gewone spraakgebruik een algemene betekenis, vergelijkbaar met het huidige woord 'gek'. De term raakte in onbruik, maar in de achttiende eeuw voerden Duitse psychiaters de term paranoia weer in. Door verschillende psychiaters werden er echter zeer uiteenlopende beelden mee aangeduid. Er ontwikkelde zich zelfs een 'paranoia-debat', dat de hele negentiende eeuw zou duren en waarbij het mogelijk was dat in sommige klinieken 50-70% van de patiënten werd opgenomen onder deze diagnose, terwijl het in andere klinieken als een zeldzaam beeld werd beschouwd (Lewis 1970).

Een nieuwe impuls aan deze discussie werd gegeven door Kraepelin, de man die in het begin van deze eeuw zo grote bekendheid verwierf met zijn indeling van de psychiatrische beelden (Kraepelin 1909-1915).

In zijn indeling van de psychosen noemde Kraepelin als eerste de *dementia praecox*, die hij onderverdeelde in een groot aantal typen. Dit zijn de ernstige psychotische beelden, overeenkomend met de huidige schizofrenie, met een aantasting van het functioneren op alle gebieden: dat van de cognitie, van het gevoel en van de wil. Uiteindelijk leiden deze beelden volgens Kraepelin altijd tot de bekende resttoestand, tot de 'Verblödung', de afstomping.

Aan de andere kant postuleerde hij de paranoia, die hij definieerde als een '... uit innerlijke oorzaken voortkomende, sluipende ontwikkeling van een duurzaam, onwrikbaar waansysteem ... met volkomen behoud van helderheid en ordening in denken, willen en handelen...'. Zoals bekend dacht Kraepelin strikt nosologisch (dat wil zeggen: in ieder geval nog in de laatste uitgave van zijn leerboek; Van Tilburg 1990) en dat valt ook goed in deze definitie te zien. In één zin worden genoemd oorzaak (de 'innerlijke oorzaken'), het psychiatrisch beeld (een '... onwrikbaar waansysteem, ... met volkomen behoud van helderheid en ordening in denken, willen en handelen...') en het beloop (het beeld is 'duurzaam'). Een duurzame psychose, evenals bij de *dementia praecox*, maar zich

daarvan onderscheidend door het behoud van helderheid en ordening in denken, willen en handelen.

Voor die gevallen waarbij dit laatste niet zo duidelijk was, gaf Kraepelin de tussencategorie 'parafrenie'. Hierin werden onder andere beelden besloten die lijken op *dementia praecox*, maar pas op latere leeftijd ontstaan.

Paranoia was in Kraepelins visie zeldzaam. Hij verdeelde het beeld onder in de achtervolgingswaan, de jaloersheidswaan en de grootheidswaan. Bij deze laatste vorm onderscheidde hij weer een aantal subtypen: de waan van hoge afkomst te zijn, de uitvinderswaan, de profeten- en heiligenwaan en de erotische waan.

Kraepelins paranoiabegrip heeft veel discussie opgeroepen. Ten eerste is er gemorreld aan de criteria. Bleuler nam in de jaren dertig in zijn invloedrijke leerboek het paranoiabegrip over, maar vond dat er wel hallucinaties bij mochten voorkomen, als ze maar niet op de voorgrond stonden (Bleuler 1937). Vanzelfsprekend heeft dit als consequentie dat het paranoiabegrip ruimer wordt: er kunnen patiënten onder vallen die Kraepelin onder de parafrenie zou hebben gerekend.

Maar de belangrijkste kwestie rond het paranoiabegrip is wel de vraag geweest of het, ook volgens de criteria van Kraepelin, wel een aparte entiteit is, danwel een milde vorm van *dementia praecox* c.q. schizofrenie. Twee leerlingen van Kraepelin, Kolle en Mayer-Gross, hebben zich het meest sterk gemaakt voor deze laatste visie. Zij deden follow-up studies van patiënten met de diagnose paranoia volgens de strenge criteria van Kraepelin en vonden dat een flink deel van hen ten slotte een schizofreen beeld ging vertonen (zie APA 1989). De grens was klaarblijkelijk toch niet zo duidelijk te trekken (zie ook Bleuler 1930). Dit leidde er ten slotte toe dat in de jaren vijftig en zestig de paranoia bijna 'uit de psychiatrie geschreven werd': in een aantal handboeken werd het alleen nog als concept, niet als diagnose genoemd (Munro 1987).

Toch liep het anders. Andere onderzoekers (o.a. Retterstöl 1970; Opjordsmoen 1986; Opjordsmoen en Retterstöl 1991) deden beloopstudies, waarbij voor de diagnose paranoia zelfs veel ruimere criteria werden gehanteerd dan Kraepelin dat deed, en deze lieten toch zien dat het beloop wat betreft werk, zelfstandig kunnen wonen en dergelijke, duidelijk gunstiger was dan van schizofrenie.

Ook kwamen er meer demografische gegevens beschikbaar. Vooral Kendler heeft zich op dit punt in de jaren tachtig verdienstelijk gemaakt. Zijn conclusie is dat de groep patiënten met paranoia – intussen waanstoomis geheten – zich op veel punten onderscheidt van schizofreniepatiënten. De waanstoomis is vooral een ziekte van middelbare en oudere leeftijd, in tegenstelling tot de schizofrenie, die veelal op jongere leeftijd optreedt. Verder blijken waanstoomissen veel vaker dan schizofrenie voor te komen bij mensen die getrouwd zijn of zijn geweest. Ook bleek

bij immigranten schizofrenie in een gemiddeld percentage voor te komen, maar de waanstoornis in een veel hoger percentage, wat pleit voor het belang van uitlokkende factoren bij waanstoornissen. En ten slotte bleek in de families van patiënten met waanstoornissen schizofrenie voor te komen in een frequentie overeenkomend met die in de algemene bevolking, terwijl dat percentage in de families van schizofreniepatiënten significant hoger was. Kendler trekt zijn conclusie voorzichtig: hij stelt dat weliswaar enkele gegevens verenigbaar zijn met de stelling dat de waanstoornis een 'milde' vorm van schizofrenie is, maar dat het overgrote deel van het materiaal erop wijst dat de waanstoornis een aparte entiteit is (Kendler 1980 en 1982; Kendler en Hays 1981).

Dit alles heeft zijn weerslag gekregen in DSM-III en DSM-III-R: de paranoïde stoornissen werden als zelfstandige categorie opgenomen. Gekozen werd voor de bredere opvatting van het begrip: hallucinaties werden erbij toegestaan, mits zij niet op de voorgrond staan. In DSM-III kwamen onder de paranoïde stoornissen vier categorieën voor: de paranoia (ten minste zes maanden bestaande achtervolgings- of jaloersheidswanen), de geïnduceerde paranoïde stoornis, de acute paranoïde stoornis (minder dan zes maanden bestaande achtervolgings- of jaloersheidswanen) en de atypische paranoïde stoornis. Hiervan zijn er in DSM-III-R drie vervallen. Ook is in DSM-III-R de term 'paranoïde' verlaten, omdat die verwarring bleef stichten. In het Engels waren de begrippen 'paranoïsch' (= wanen vertonend) en 'paranoïde' (= achtervolgingswanen vertonend) nooit goed te onderscheiden. Verder kon het woord 'paranoïd' daar ook nog betekenen 'achterdochtig' (Munro 1987; Kendler, Spitzer en Williams 1989). Deze bezwaren zijn ondervangen met de term waanstoornis.

Van de in DSM-III-R vervallen categorieën is de geïnduceerde paranoïde stoornis bij de niet anders te classificeren psychotische stoornissen ondergebracht. De acute paranoïde stoornis is geheel en al vervallen, omdat die te veel gelijkenis vertoonde met de kortdurende reactieve psychose. Ten slotte is de atypische paranoïde stoornis één van de subtypen geworden van de enig overgebleven hoofdcategorie Waanstoornis. Deze is geheel veranderd: het beloop is nu gesteld op ten minste een maand in plaats van zes maanden en de inhoud is niet meer beperkt tot achtervolgings- of jaloersheidswanen, maar moet gespecificeerd worden in een subtype (Kendler, Spitzer en Williams 1989). Onderscheiden worden: de erotomane vorm, de grootheidsvorm, de jaloersheidsvorm, de achtervolgingsvorm, de somatische vorm en de atypische vorm. Vergelijking laat zien dat deze indeling identiek is aan die van Kraepelin uit 1915.

Samenvattend zijn er veel aanwijzingen dat de waanstoornis inderdaad een aparte entiteit is, die terecht als zodanig in de DSM-classificatie is opgenomen. Het is verder verrassend om te zien hoe groot de overeen-

komst is tussen de classificatie volgens DSM-III-R en die van Kraepelin zoals hij die vijfenzeventig jaar geleden opstelde. Anderzijds is het belangrijk te realiseren dat het huidige paranoïabegrip sinds Kraepelin in belangrijke mate verruimd is. Vooral het feit dat de diagnose al kan worden gesteld na een beloop van één maand, maakt dat bij een groter aantal patiënten de diagnose kan worden gesteld. Dat betekent dat er afgrenzingsproblemen met schizofrenie ontstaan. Met Kendler moeten we stellen dat voorzichtigheid geboden is. Men zal rekening moeten houden met de mogelijkheid dat de diagnose paranoia na een langer beloop gewijzigd zal moeten worden in schizofrenie.

Etiologie

Is er dus op het punt van de classificatie van de waanstoornissen een grote overeenstemming tussen DSM-III-R en Kraepelin, wat de etiologie betreft kan dit niet worden gezegd. Waar Kraepelin duidelijke uitspraken deed zegt DSM: over de etiologie van psychiatrische stoornissen weten we zo weinig met zekerheid, dat we voorlopig alleen maar kunnen beschrijven. Voor dit laatste lijkt inderdaad veel te zeggen. Er is bijna altijd sprake van een interactie tussen biologische, psychische en sociale factoren en het aandeel van elk van deze factoren voor de verschillende beelden is altijd stof geweest voor onuitputtelijke – maar wel interessante – discussies.

Hoe zijn deze discussies voor de waanstoornissen verlopen? Kraepelin kan opnieuw als uitgangspunt dienen. In zijn definitie uit 1915 stelde hij het duidelijk: paranoia is een ‘... uit innerlijke oorzaken ontstaande, sluipende ontwikkeling van een duurzaam en onwrikbaar waansysteem (... met volkomen behoud van helderheid en ordening in denken, willen en handelen)’. Innerlijke oorzaken, die hij ook weergaf met de termen ‘predispositie’ en met het Duitse ‘Anlage’. Kraepelin was op dit punt zelfs zo consequent dat hij het beeld van de querulantenwaan, dat hij in vorige drukken nog als schoolvoorbeeld van paranoia had gepresenteerd, nu elders onderbracht. Dit omdat bij dit beeld volgens hem te veel aanleidingen van buitenaf in het spel zijn.

Toch had Kraepelin wel oog voor psychische factoren. Hij stelde dat ook bij de paranoia levenservaringen een bepalende invloed kunnen hebben op de vorming van het waansysteem (zie o.a. Kendler 1988). Zo spreekt hij over een verbitterde levensinstelling, die de ontwikkeling van een achtervolgingswaan zou bevorderen. En op een andere plaats zegt hij over de erotische wanen: deze ‘... lijken op een bepaalde manier de ziekelijk vervormde uitdrukking van de natuurlijke emoties van het menselijk hart ..., een soort psychologische compensatie van de teleurstellingen van het leven’ (zie ook Segal 1989). Deze levenservaringen zijn dus niet zonder belang, maar zij worden ziekelijk verwerkt. En, vervolgt Kraepelin dan, het kenmerkende voor de paranoia is dat ‘... de ei-

genlijke drijvende krachten voor de ziekelijke verwerking ... uitsluitend in de zieke zelf zijn gelegen ...'.

Daarmee kon Kraepelin zich dus ook niet openstellen voor de psychodynamische verklaring voor paranoia die Freud in dezelfde tijd ontwikkelde. Freud had in 1911 zijn boek over Schreber gepubliceerd en hierin bracht hij in één grote greep de paranoia in oorzakelijk verband met verboden homoseksuele wensen (Freud 1911). Schreber was een bekende Saksische jurist, zoon van een orthopedisch arts en schrijver van pedagogische boeken. In 1884 werd Schreber, de zoon, die intussen tot het ambt van rechter was opgeklommen, verslagen bij de verkiezingen voor een zetel in de Rijksdag, wat aanleiding was tot zijn eerste psychiatrische opname. Hij herstelde, werd rechter bij het hoogste Saksische hof, maar werd in 1893 opnieuw opgenomen, nu voor een tijd van negen jaar, met het beeld van een floride psychose. Hij deed hiervan verslag in een autobiografisch geschrift, waarin hij beeldend zijn achtervolgings- en grootheidswanen en ook hallucinaties beschreef: onder andere de waan dat hij volgens het plan van God de wereld moest bevrijden en terugbrengen naar een toestand van verloren gelukzaligheid; maar dat kon hij pas doen nadat hij zichzelf zou hebben veranderd in een vrouw. Het beeld zou heden ten dage zeker als schizofrenie worden gezien en niet als paranoia (Spitzer e.a. 1989), maar Freud analyseerde het wel als zodanig en concludeerde dat de wanen berustten op een onbewust conflict over homoseksuele wensen ten aanzien van de vader. Hij introduceerde vervolgens de omkering en de projectie als verklaringsmodel: de verboden stelling 'ik heb hem lief' wordt omgekeerd tot 'ik haat hem' en vervolgens geprojecteerd als 'hij haat mij'. Het wordt algemeen erkend dat Freud hier met de beschrijving van het mechanisme van projectie een grote stap vooruit deed in het begrijpen van wat de paranoïcus drijft.

Toch overtuigde hij lang niet iedereen; er kwam vooral veel kritiek op het feit dat hij op basis van de analyse van één geval concludeerde dat onbewuste homoseksualiteit altijd ten grondslag ligt aan de waan.

Hij overtuigde in ieder geval Kraepelin niet, die stelde dat aan deze beweringen noch een duidelijke begripsbepaling van de paranoia, noch enige aannemelijke bewijsvoering ten grondslag ligt en dientengevolge '... dürfte es unnötig sein, sich weiter mit ihnen zu befassen'. Kraepelin was in het algemeen bepaald niet positief over Freud. '... mijn bekrompen natuurwetenschappelijk geweten ...', zegt hij, 'struikelt stap voor stap over bezwaren, bedenkingen en twijfels ...'.

Twee werelden van denken, zou men zeggen, en de kloof leek onoverbrugbaar.

Om duidelijker te krijgen waarin het verschil tussen de klinisch-psychiatrische en de psychodynamische wijze van denken nu precies zit, lijkt het nuttig om Jaspers te noemen, die in 1913 op dit punt de begrippen 'verstehen' en 'erklären' opvoerde en een strikt onderscheid aanbracht (zie ook Walker 1991).

‘Verstehen’ (in het Nederlands niet helemaal gedekt door het woord ‘begrijpen’) is voor hem het door inleving begrijpen van psychologische samenhangen in een individueel geval. ‘Erklären’ daarentegen is het natuurwetenschappelijke kennen: het aan kunnen geven van een causaal, wetmatig verband. Het is duidelijk dat je op grond van het begrijpen van de psychologie van een individuele patiënt nooit tot verklaringen kunt komen in natuurwetenschappelijke zin. Dat is niet erg, zo stelde Jaspers; als je met het begrijpen uitkomt, dan is dat voor die ene patiënt voldoende. Zo heeft Jaspers de begrijpende, psychodynamische benaderingswijze in de psychiatrie afgegrensd, als het ware op haar plaats gezet, maar tegelijkertijd een stevige basis gegeven, waarop ze zich verder kon ontwikkelen (Mooij 1988).

Anderzijds is Jaspers streng voor het geval je met het ‘verstehen’ niet uitkomt. Dan moet er een andere factor zijn, een ziekte die we nog niet kennen, een stoornis in de functie van de hersenen, die datgene verklaart wat we niet kunnen begrijpen. Jaspers sprak in dit verband van een ‘proces’, dat wil zeggen de nog onbekende oorzaak, wat nauw aansloot bij het begrip ‘endogeen’, dat eerder door Kraepelin was geïntroduceerd. Daartegenover kwamen de begrippen ‘psychogeen’ en ‘reactief’ in gebruik voor wat we wel kunnen begrijpen.

Het is duidelijk dat zo de relatie tussen de ‘verstehende’ psychodynamische wijze van denken en de klinische psychiatrie moeizaam moet blijven. Immers, van de patiënt met een waan zullen we met de psychodynamische methode vaak wel de *inhoud* van het denken kunnen begrijpen, maar niet het feit dat deze zich presenteert in de *vorm* van een waan. En nog minder zullen we kunnen begrijpen dat een dergelijke waan dertig jaar lang onwrikbaar en therapieresistent blijft bestaan.

Een onoverbrugbare kloof dus, tussen kliniek en het psychodynamische denken. Toch kwam er beweging in deze situatie, in eerste instantie door het werk van een aantal klinici. De eerste die kanttekeningen plaatste bij het idee van de ‘innere Ursachen’, was Gaupp. Deze kon in zijn kliniek in Tübingen gedurende vijfentwintig jaar een paranoïde patiënt observeren. Deze man, Wagner genaamd, was een goed opgeleide onderwijzer en schrijver, die op een nacht in september 1913 zijn vrouw en vier kinderen had vermoord door hen in hun slaap de keel door te snijden. Vervolgens was hij vanuit Stuttgart naar Mühlhausen gereisd, een dorp waar hij als leraar gewerkt had, en in de volgende nacht stak hij daar vier huizen in brand en schoot van de daaruit vluchtende mensen acht mannen dood. Bij zijn arrestatie verklaarde hij al tien jaar met zijn plan te hebben rondgelopen.

Het bleek dat Wagner al vanaf zijn achttiende jaar betrekkingsideeën had in verband met masturbatie. Hij dacht dat iedereen ervan wist. Gaupp stelde dat later een echte paranoïdie was ontstaan nadat Wagner op een avond dronken van een café naar huis was gelopen en daarbij onderweg onzedelijke handelingen met dieren had verricht. Hierna was

Wagner er zeker van dat hij werd becommentarieerd en uitgelachen door de inwoners van Mühlhausen, waarvoor hij dus tien jaar later zijn verschrikkelijke wraak voltrok. Gaupp stelde nu dat de paranoïdie een reactie was op de stress die veroorzaakt werd door de schuldgevoelens na de gebeurtenissen tijdens de dronkenschap; dit dan tegen de achtergrond van al bestaande paranoïde trekken in de persoonlijkheid (Gaupp 1920; zie ook Krauss 1972).

Verder betoogde Gaupp dat de paranoia een aparte entiteit is, want, zo stelde hij, in al die vijftientig jaar dat hij Wagner meemaakte bleef deze wilskrachtig en coherent, zelfs geestig. Wel bleef ook zijn waansysteem volkomen intact.

Een volgende stap werd gezet door Kretschmer, die een leerling was van Gaupp. Kretschmer had Wagner ook meegemaakt en hij gebruikte zijn geval als beginpunt bij het uitwerken van zijn bekende concept van de sensitieve betrekkingswaan. Daarmee stelde hij zeer duidelijk Krapelins opvattingen over de etiologie van de paranoia ter discussie. In 1918 verscheen zijn boek 'Der sensitive Beziehungswahn', waarin hij patiënten beschreef met min of meer specifieke karaktertrekken: veel ambities, maar met een lage frustratietolerantie, verder sensitief en geneigd tot somberheid en pessimisme. Deze karaktertrekken konden met een voor de persoon in kwestie kwetsende of beschamende gebeurtenis leiden tot het ontstaan van de waan. Kretschmer bracht hier dus als oorzakelijk mechanisme voor het ontstaan van de paranoia een interactie naar voren tussen karakter en omgevingsinvloeden. Overigens baseerde hij zich voor zijn karakterbegrip niet op het freudiaanse ontwikkelingsmodel; Kretschmer ontwierp een geheel eigen karakterologie, die nog steeds op een constitutioneel gebaseerd was.

In Frankrijk zette de psychoanalyticus Lacan in 1932 een verdere stap in deze richting van denken. In zijn dissertatie besprak hij 'le cas Aimée'. Deze vrouw (Aimée) trachtte een Parijse actrice, die zij slechts kende van horen zeggen, neer te steken, gedreven door de waan dat zij het leven van haar zoon bedreigde. Lacan stelde dat er sprake was van een 'paranoia d'auto-punition' en verder dat dit een variant van de paranoia betrof die geheel psychodynamisch te verklaren was. Milde organische factoren (zwangerschappen en een schildklierfunctiestoornis) en levenservaringen hadden ingewerkt op een pre-existente persoonlijkheidsstoornis (met zelfbestraffende mechanismen), waarvan Lacan het ontstaan psychodynamisch verklaart (Lacan 1932).

Lacan is later als psychoanalyticus een geheel eigen weg gegaan. Misschien daardoor vindt men ook in de psychodynamische literatuur over paranoia nauwelijks verwijzing naar zijn waardevolle bijdrage aan het denken over de paranoia.

Maar ook de 'gewone' psychoanalytici zetten zich aan het uitwerken van Freuds gedachten over het ontstaan van paranoia. Voor Nederland kan men zich bepalen tot Kuiper, die in 1960 een uitvoerig overzicht

schreef van alle psychodynamische mechanismen die een rol kunnen spelen bij de waanvorming. Ze zijn ingewikkelder geworden sinds Freud, maar ook verfijnder. Bij een jaloezieswaan kan zowel de narcistische krenking om het al dan niet reële verlies van de partner een rol spelen, maar ook projectie van eigen ontrouwfantasieën. Verder kunnen er geprojecteerde homoseksuele wensen zijn: 'niet ik hou van die vrouw, maar mijn partner'. Het valt op dat het projectiemechanisme een centrale plaats blijft innemen. Ook anderen beschrijven hoe projectie van narcistische gevoelens belangrijk is bij bijvoorbeeld de erotomanie, de verliefdheidswaan. Daarbij valt de trots vaak op, het onaantastbare geloof in zichzelf als begeerlijk object voor de ander, aan wie de verliefdheid wordt toegeschreven, en die bij dit beeld meestal ook nog van hoge komaf is (zie o.a. Enoch en Trethowan 1979).

Kuiper realiseert zich overigens goed dat zo wel steeds beter de inhoud van de waan te begrijpen valt, maar nog niet de vorm. Hij gaat verder dan Kretschmer, die het karakter als medebepalende factor nog steeds constitutioneel bepaald achtte, maar niet zover als Lacan. Kuiper zegt dat voor de karakterontwikkeling de aanleg van groot belang is, maar natuurlijk niet minder de psychologische ontwikkeling. Daarover leert de psychoanalytische theorie ons nu juist zoveel. Kort gezegd: aanleg en ontwikkeling bepalen het karakter met daarin eventuele kwetsbaarheden; interactie daarvan met levensomstandigheden kan tot waanvorming aanleiding geven met een meestal begrijpelijke inhoud.

Nog verder op dit punt gaat Meissner (1978 en 1981). Meissner, een psychoanalyticus en klinisch psychiater, redeneert in de freudiaanse traditie, maar corrigeert Freud en vult hem aan op basis van latere objectrelatietheorieën over de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Hij baseert zich vooral op Melanie Klein, die niet onomstreden is, maar toch overtuigend in haar theorie dat het niet primair het verboden liefdesverlangen is dat wordt geprojecteerd, maar de verboden haat en agressie. In de vroegste ontwikkelingsfase, door Klein de paranoïd-schizoïde positie genoemd, wordt alle agressie naar buiten geprojecteerd. In een latere fase, de depressieve positie, worden de 'bad objects' gedeeltelijk geïnternaliseerd in het vroege superego (zie o.a. Kernberg 1980). De paranoïcus, gefixeerd in de paranoïd-schizoïde positie, creëert door projectie van eigen agressie een bedreigende buitenwereld, die in overeenstemming is met zijn gevoel over zichzelf in die wereld. Hieruit volgt dat, indien een paranoïde patiënt te behandelen zou zijn, dit het risico inhoudt van een depressieve ontwikkeling. Van belang is in ieder geval de stap die zo in het psychodynamische denken over paranoia wordt gezet naar vroege ontwikkelingsstoornissen, en verder de omkering van primair libidineuze naar primair agressieve driften.

En toch blijft de kwestie van de verklaring van de vorm van de waan en van het zo langdurig onwrikbare ervan wel enigszins knagen. Dit wordt door veel auteurs zo gevoeld; het lijkt er zelfs op dat met de

komst van het DSM-tijdperk hieraan steeds meer gewicht wordt toegekend.

Dit valt gemakkelijk te zien wanneer men een aantal recente handboeken openslaat bij het hoofdstuk etiologie van paranoïde psychosen. Kolb (1978) redeneert psychodynamisch: 'there is convincing evidence that the causes of paranoia ... are psychological'. Kaplan ed. III (zie Walker en Brodie 1980) is twijfelachtig: 'As yet, no conclusive evidence indicates that ... neuropathological abnormalities ... explain the condition. Various clinical investigators stress the importance of psychological factors ...' Kaplan ed. V (zie Manschreck 1989) ten slotte stelt kortweg: 'The etiology of delusional disorders is unknown'. Als we niet alles weten, dan weten we niets, kan daarin worden gelezen.

Uit het voorgaande kan toch wel worden afgeleid dat dit laatste een te eenzijdige voorstelling van zaken is. Sinds Kraepelin is er sprake geweest van een duidelijke ontwikkeling in het denken over de oorzaken van de paranoia. In aanmerking genomen dat de gegeven schets globaal is, zijn in grote lijnen de volgende stappen in een dergelijke ontwikkeling te herkennen. Waar Kraepelin de paranoia verklaarde vanuit de aanleg alleen, maakten Gaupp en Kretschmer de stap naar de interactie tussen aanleg, die zich uit in het karakter, en omgeving. De wijze waarop deze interactie plaatsvindt werd door Freud beschreven. Het psychodynamische denken zoals Kuiper dat vertegenwoordigt nam dit over en stelde daarbij dat ook het karakter behalve door aanleg voor een belangrijk deel wordt bepaald in een ontwikkeling, dat wil zeggen eveneens in interactie met de omgeving. Meissner vergroot het belang van deze interactie met de omgeving voor de karaktervorming nog meer door de aandacht te verschuiven naar de vroegere ontwikkelingsfasen.

Het valt niet te miskennen dat deze psychodynamische benaderingswijze veel inzicht heeft gegeven in de ontstaanswijze van de waanstoornissen. Het aandeel van het niet begrijpbare is daardoor in de loop van de tijd als het ware steeds kleiner geworden.

En toch. Vormt deze onbegrepen rest, hoe klein ook, niet juist het wezen van de waanstoornis? Waarom een waan?; waarom zo hardnekkig?; waarom deze patiënt wel en een andere niet? Gaat het bij het zoeken naar een verklaring voor de waanstoornis niet juist om een antwoord op deze vragen? Kraepelin lijkt dan wel niet volledig, maar toch ten dele actueel te blijven, ook op het punt van de etiologie.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1989), Delusional (Paranoid) Disorders. In: *Treatment of Psychiatric disorders; A task force report of the American Psychiatric Association*, section 15, 1609-1954. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, third edition. American Psychiatric Association. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Dis-*

- orders, third edition, revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Bleuler, E. (1930), *Nachtrag zu Lehrbuch der Psychiatrie*, vijfde druk. Springer, Berlijn.
- Bleuler, E. (1937), *Lehrbuch der Psychiatrie*, zesde druk. Springer, Berlijn.
- Enoch, M.D., en W.H. Trethowan (1979), *Uncommon Psychiatric Syndromes*. Wright, Bristol.
- Freud, S. (1911), Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiografisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides). *Gesammelte Werke*, vierde druk, deel VIII. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1964.
- Gaupp, R. (1920), Der Fall Wagner. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 60, 312-327.
- Israëls, H. (1989), *Schreber, Vader en Zoon*. Historische Uitgeverij Groningen.
- Jaspers, K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlijn.
- Kendler, K.S. (1980), The Nosologic Validity of Paranoia (Simple Delusional Disorder). *Archives of General Psychiatry* 37, 699-706.
- Kendler, K.S., en P. Hays (1981), Paranoid Psychosis (Delusional disorder) and Schizophrenia, a Family History Study. *Archives of General Psychiatry* 38, 547-551.
- Kendler, K.S. (1982), Demography of Paranoid Psychosis (Delusional Disorder). *Archives of General Psychiatry* 39, 890-901.
- Kendler, K.S. (1988), Kraepelin and the Diagnostic Concept of Paranoia. *Comprehensive Psychiatry* 29, 4-11.
- Kendler, K.S., M.D. Spitzer en J.B.W. Williams (1989), Psychotic Disorders in DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry* 146, 953-962.
- Kernberg, O.F. (1980), Melanie Klein. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, derde editie, hoofdstuk 10.5. Williams and Wilkins, Baltimore, 820-833.
- Kolb (1979), *Modern Clinical Psychiatry*. Saunders, Philadelphia.
- Kraepelin, E. (1909-1915), *Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 8e druk. Barth, Leipzig.
- Krauss, P. (1972), Robert Gaupp (1870-1953). Persönlichkeit und wissenschaftliche Leistung. In: W. Schulte en R. Tölle (red.), *Wahn*. G. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Kretschmer, E. (1918), *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlijn.
- Kuiper, P.C. (1970), Paranoïde Toestanden. In: *Nederlands Handboek der Psychiatrie*, deel IV. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Kuiper, P.C. (1973), *Hoofdsom der Psychiatrie*. Bijleveld, Utrecht.
- Lacan, J. (1932), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Parijs. Ook ten dele vertaald in J. Cutting en M. Shepherd (red.), *The clinical roots of the schizophrenia concept*. Cambridge University Press, 1987.
- Lewis, A. (1970), Paranoia and paranoid: a historical perspective. *Psychological Medicine* 1, 2-12.
- Manschreck, T.C. (1989), Delusional (Paranoid) Disorders. In: H.I. Kaplan en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vijfde editie, hoofdstuk 15. Williams and Wilkins, Baltimore, 816-829.
- Meissner, W.W. (1978), *The Paranoid Process*. Jason Aronson, New York.
- Meissner, W.W. (1981), The Schizophrenic and the Paranoid Process. *Schizophrenia Bulletin* 7, 611-631.
- Mooij, A.W.M. (1988), *De psychische realiteit*. Boom, Meppel.
- Munro, A. (1987), Paranoid (Delusional) Disorders: DSM-III-R and beyond. *Comprehensive Psychiatry* 28, 35-39.

- Opjordsmoen, S. (1986), Long-Term Follow-Up of Paranoid Psychoses. *Psychopathology* 19, 44-49.
- Opjordsmoen, S., en N. Retterstøl (1991), Delusional disorder: the predictive validity of the concept. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84, 250-254.
- Retterstøl, R. (1970), *Prognosis in Paranoid Psychoses*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- Segal, J.H. (1989), Erotomania Revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry* 146, 1261-1266.
- Spitzer, R.L., M. Gibbon, A.E. Skodol, J.B.W. Williams en M.B. First (1989), *DSM-III-R Casebook*. American Psychiatric Press, Inc. Washington.
- Tilburg, W.H. van (1990), De psychiater en Kraepelin. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, Editio Amicorum, 16-29.
- Walker, C. (1991), Delusion: What Did Jaspers Really Say? *British Journal of Psychiatry* 159 (supplement 14), 94-103.
- Walker, J.I., en H.K.H. Brodie (1980), Paranoid Disorders. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, derde editie, hoofdstuk 16. Williams and Wilkins, Baltimore, 1288-1300.

Summary: From paranoia to delusion. Aspects of classification and etiology in a historical perspective

After discussion of a case an outline is given of the historical development of the concept of paranoia. Kraepelin gave a narrow definition of paranoia, which made strict differentiation of dementia praecox possible. Later researchers doubted if paranoia has a separate entity. Based on recent research paranoia, now called delusional disorder, was incorporated in DSM-III and DSM-III-R. Though the criteria were made less strict, this means a return tot Kraepelin's views.

Views on the etiology of paranoia move between the poles that were given by Kraepelin, who stressed constitutional factors, and on the other hand Freud, who gave a psychodynamic explanation. Later clinicians followed at first Kraepelin, but more and more the importance of interactions with the environment, especially in the early phases of life, has been recognised. This leads to better understanding of the content of the delusion, but the question remains how much this adds to the explanation of the - psychotic - form.

De auteurs, beiden psychiater, zijn respectievelijk werkzaam in het Kennemer Gasthuis, locatie Zeeweg 168, 1971 HG IJmuiden, en in het Psychotherapeutisch Dagcentrum 'De Vondelstraat', Tesselschadestraat 31, 1054 ET Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 29-4-1993.