

Wat is een waan?

Een fenomenologische beschouwing

R. VAN DER ZWAARD

ACHTERGROND De discussie over het dimensionaal of categoriaal classificeren van symptomen strekt zich ook uit tot de waan, een van de belangrijke begrippen in de psychiatrie. Hoewel de interbeoordelaarsovereenstemming van het waanconcept groot is, is het maar zeer de vraag of dat ook geldt voor de constructvaliditeit. Laat een waan zich nog beschrijven volgens de DSM-criteria?

DOEL Het beschrijven van de ontstaansgeschiedenis van het waanconcept en het weergeven van de huidige inzichten.

METHODE Literatuuronderzoek naar 'wanen' met behulp van PubMed, waarbij uiteindelijk werd gekozen voor reviews uit de periode 1985-2004, met 'delusions' als trefwoord. Tevens is gebruikgemaakt van de inhoudsopgaven van het Tijdschrift voor Psychiatrie (1992-2004) en van een aantal boeken.

RESULTATEN Een waan zou het beste omschreven kunnen worden als een afgeschermd, niet te falsificeren overtuiging waarmee de patiënt zich emotioneel verbonden voelt en die door de meeste anderen ongeloofwaardig geacht wordt (op grond van de niet te beïnvloeden zekerheid waarmee deze geuit wordt). Voor een dimensie als 'overtuiging' lijkt er een continuüm te bestaan van gewone ideeën naar gestoorde realiteitstoetsing.

CONCLUSIE Als wanen als dimensionaal construct beschouwd worden, zal dit consequenties hebben voor de discriminante validiteit, dat wil zeggen voor de mogelijkheid wanen af te grenzen van andere symptomen die met een verminderde realiteitstoetsing gepaard gaan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)6, 453-459]

TREFWOORDEN literatuuroverzicht, psychose, waan

Het concept van de waan ligt aan de basis van 'waan'zin en vormt een sleutelbegrip in de psychiatrie (Berrios 1996). Hoewel de interbeoordelaars-overeenstemming van het concept groot is (Wing e.a. 1974), is het maar zeer de vraag of dat ook geldt voor de constructvaliditeit en de discriminante validiteit. Houden de elementen van de DSM-definitie bij nadere beschouwing wel stand (American Psychiatric Association 2000)? De klinische praktijk leert bovendien dat bij bepaalde stoornissen, zoals bij de obsessieve compulsieve stoornis

(OCS) of de *body dysmorphic disorder* (BDD), de grens tussen gedachten, obsessies, overwaardige ideeën en wanen niet altijd duidelijk is (Phillips 2004). Is er ook bij de waan sprake van een continuüm dan wel van dimensies?

Om de waan goed te kunnen onderscheiden van overtuigingen bij zogenaamde niet-psychotische stoornissen, zal dit eerste van twee artikelen de ontstaansgeschiedenis van het waanconcept beschrijven, de huidige fenomenologische inzichten weergeven en de constructvaliditeit van de

waan en van prepsychotische waanachtige overtuigingen onderzoeken. In een volgend artikel zullen de vermeende kenmerken van de waan systematisch afgezet worden tegen andere vormen van overtuiging (Van der Zwaard e.a. 2006). De etiologische en pathogenetische verklaringsmodellen van de waan vallen buiten het bestek van dit artikel.

METHODE

Een ongelimiteerde zoekopdracht in PubMed naar 'wanen' leverde meer dan 6000 artikelen op. Een combinatie met een andere zoekterm, zoals 'phenomenology', bleek te veel relevante publicaties uit te sluiten. Uiteindelijk werd gekozen voor een beperking tot reviews uit het tijdvak 1985-2004, met 'delusions' als trefwoord (in dit geval als 'Medical Subject Heading, categorie major topic'). Dit leverde 221 artikelen op die 'delusions' als een van de (meestal vele) trefwoorden bevatten. Gebruikmakend van titel en eventuele samenvatting waren de belangrijkste inclusiecriteria bij verdere selectie: (1) de waan als hoofdonderwerp van de publicatie en (2) de fenomenologische aard. Ongeveer 35 publicaties werden geselecteerd en opgevraagd, waarvan er – na lezing en toepassing van dezelfde inclusiecriteria – 20 gebruikt werden in dit artikel. Daarnaast werden enkele literatuurreferenties uit deze publicaties opgezocht. Een nadeel van deze zoekstrategie (en een zwakte van dit overzichtsartikel) is dat de beperking tot reviews het vinden van empirische publicaties heeft bemoeilijkt.

Handmatig werden de inhoudsopgaven van de jaargangen 1992-2004 van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* doorzocht. Verder werden het werk van Kraepelin en van Jaspers, en van veel recentere datum de DSM-IV-TR, Berrios' *The history of mental symptoms* (1996), *Schizofrenie* van Van den Bosch (1993) en *Het psychiatrisch onderzoek* van Hengeveld & Schudel (2003) op voorhand gescreend op genoemde inclusiecriteria.

HET WAANCONCEPT

Conceptuele geschiedenis

Van oudsher is het waanconcept verstrengeld geweest met dat van geestesstoornissen in het algemeen. De oude Grieken gebruikten het begrip 'paranoia' voor zowel waan als 'waan'zinnigheid, vanaf de negentiende eeuw in het Frans en Duits vervat in de termen 'delire' en 'Wahn'. In tegenstelling hiermee had vanaf de zestiende eeuw het Engelse 'delusion' de veel engere betekenis van 'a fixed, false belief with regard to objective things'. Bijna alle huidige definities van de waan zijn terug te voeren op het werk van Jaspers (Berrios 1996). Jaspers definieerde in 1923 een waan als: (1) een inhoudelijk 'foutief' (falsch) denkbeeld (*Unmöglichkeit des Inhalts*), dat (2) met grote overtuiging en met subjectieve zekerheid (*außergewöhnliche Überzeugung & subjektive Gewißheit*) vastgehouden wordt en dat (3) niet door tegenargumenten te corrigeren is (*Unbeeinflussbarkeit*) (Jaspers 1973). De invloed van Jaspers is nog te herkennen in een veelgebruikte definitie, namelijk die van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000): 'Een foutieve overtuiging, gebaseerd op onjuiste gevolgtrekkingen uit de externe realiteit, die stevig vastgehouden wordt ondanks de denkbeelden van bijna ieder ander en ondanks eenduidig bewijs of aanwijzingen voor het tegendeel. Het denkbeeld is niet van zodanige aard dat het door andere leden van de cultuur of de subcultuur geaccepteerd wordt (en is dus bijvoorbeeld geen onderdeel van een religieuze overtuiging).'

De aannames die in deze definitie besloten liggen, roepen bij nadere beschouwing echter veel vragen op: wat is foutief (onjuist), wat is een overtuiging, wat is externe realiteit enzovoort. Vanwege het feit dat de waan een kernsymptoom is in de psychiatrie zijn dit niet slechts academische bespiegelingen (Sedler 1995). Pas na 1950 ontstond er weer een nieuwe gedachtewisseling over het waanconcept, waarbij Rümke (1953) aangaf dat de conventionele criteria alleen gaan over de beoordeling van buitenaf, en geen intrinsieke kenmerken van de waan zelf zijn.

Onder anderen Spitzer (1990) heeft de DSM-definitie verder ontleed en op de volgende punten scherp bekritiseerd:

Het foutieve karakter van de overtuiging Wat er in een waan geuit wordt is tamelijk stabiel in de tijd – onafhankelijk van cultuur of tijdsgewricht – en betreft een beperkt aantal antropologische thema's die intermenselijke relaties kenmerken, namelijk achtervolging, grootheid, schuld, religie, hypochondrie en liefde. Nieuwe thema's, die verwijzen naar de ontwikkeling van moderne technologie (bijvoorbeeld beïnvloeding door internet), zijn een uitingvorm van genoemde basisthema's (Stompe e.a. 2003). De beweringen van de patiënt zijn regelmatig niet te falsificeren, te weerleggen (bewijs maar eens dat de geheime dienst niet achter de patiënt aan zit). De inhoud van de overtuiging hoeft niet op een waan te wijzen; met andere woorden: het valsheidscriterium is niet doorslaggevend voor het vaststellen van een waan. Toch zal de clinicus meestal niet twijfelen om de diagnose te stellen. Blijkbaar is de context waarin de overtuiging geuit wordt van groter belang (Georgaca 2000; Leeser & O'Donohue 1999; Spitzer 1990).

Overtuiging en ongevoeligheid voor bewijzen van het tegendeel Leeser & O'Donohue (1999) beschouwen wanen als 'afgeschermd' overtuigingen omdat de patiënt ze ook niet láát falsificeren. Bij dreigend bewijs van het tegendeel lijkt de patiënt te vluchten in meer gecompliceerde denkbeelden of legt de feiten naast zich neer. Met andere woorden: de patiënt is niet meer in staat om de beleefde realiteit te toetsen, de realiteitstoetsing is gestoord (Rudnick 1997). Het lijkt meer de onwankelbare zekerheid te zijn waarmee de bewering gedaan wordt, die het waanachtige ervan definieert. Bij patiënten lijkt het meer om ongefundeerde kennis (weten) te gaan dan om echte, aan de werkelijkheid getoetste overtuigingen. Dit weten wijkt echter af van universele basiskennis ('ik ben een mens', 'de wereld bestaat') waaraan wij onze zekerheden ontleen (Wittgen-

stein 1969). Op grond hiervan beschouwt Berrios (1991) een waan niet als een overtuiging, als iets dat met de echte wereld te maken heeft, maar als een neurobiologisch veroorzaakte 'empty speech act', die in zijn uitingvorm min of meer toevallig op een overtuiging kan lijken. Een citaat van Rümke (1953) kan dit illustreren: 'Een van mijn patiënten zei dat hij de zoon was van Napoleon (...). Toen ik hem tijdens een remissie van zijn ziekte hierover ondervroeg zei hij: 'Ik bedoelde helemaal niet dat ik zijn zoon was' (...). Hij had in zichzelf te kampen gehad met een krachtig mannelijkheidsgevoel.'

Overigens moet het niet-falsifieerbare karakter van een waan genuanceerd worden: er zijn onderzoeksbevindingen die aantonen dat wanen met specifieke technieken gemodificeerd kunnen worden (Houran & Lange 2004).

Onjuiste gevolgtrekkingen In tegenstelling tot de DSM-definitie blijkt uit empirisch onderzoek dat patiënten met wanen niet vaker dan bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie zonder wanen, onjuiste gevolgtrekkingen maken, integendeel (Huq e.a. 1988). Hier is echter tegen in te brengen dat dit onderzoek zich richtte op voor de patiënt neutrale thema's. De vraag of deze patiënten ook de juiste conclusies trekken uit affectbeladen thema's is daarmee niet beantwoord.

Acceptatie door de subcultuur Er zijn veel voorbeelden van sociaal aanvaarde overtuigingen (van niet-religieuze of niet-politieke aard) zonder rationale grond (bijvoorbeeld paranormale overtuigingen en geloof in ufo's). De motieven om dergelijke overtuigingen aan te hangen zijn zonder twijfel veelvormig, maar ze zijn meestal niet gebaseerd op een gestoorde realiteitstoetsing. Daarmee is echter niet gezegd dat overtuigingen die samenvallen met die van de subcultuur geen wanen kunnen zijn (Van den Bosch 1993; Leeser & O'Donohue 1999).

Externe realiteit Een begrip als externe realiteit of werkelijkheid leidt tot filosofische vragen

die betrekking hebben op de kenleer (bijvoorbeeld: wat is werkelijkheid?). Fenomenologen kiezen ervoor om aan deze verlamdende cartesiaanse vraag voorbij te gaan. Oltmanns & Maher (1988) en Kapur (2003) beschouwen een waan als de best mogelijke verklaring die een patiënt gebruikt om de realiteit te duiden. Dit zou dan in het bijzonder zaken betreffen die voor anderen niet van belang of niet toegankelijk zijn (subjectieve ervaringen). Leaser & O'Donohue (1999) menen echter dat een steekhoudende verklaring eenvoudig, volledig, oorzakelijk verklarend en voorspellend moet zijn, wat van een waan niet gezegd kan worden. Hun kritiek lijkt voor complexe zaken makkelijk te weerleggen: sinds Einstein, Heisenberg en anderen bleek bijvoorbeeld ook de klassieke fysica niet eenvoudig, oorzakelijk verklarend en voorspellend te zijn, terwijl haar postulaten moeilijk als wanen te bestempelen zijn. Spitzer (1990) beschrijft dat een bepaalde categorie overtuigingen geen betrekking heeft op de in de DSM genoemde externe realiteit (de zogenaamde controlewanen zoals gedachteonttrekking of -insertie). Dit zijn eigenlijk ervaringen die de patiënt in zichzelf beleeft en die zo goed als mogelijk door de patiënt verwoord worden, waarbij gebruikelijke verklaringen niet volstaan (Van den Bosch 1993). Voorbeelden hiervan zijn: 'ik denk niet zelf', 'ik heb geen gedachten meer', 'ik ben niet echt' en 'mijn gedachten zijn niet van mij'. Spitzer vindt dat een dergelijke bewering (gedachten van de patiënt over het denken) noch foutief kan zijn, noch een overtuiging is, waardoor het fenomeen helemaal buiten het waanconcept valt. Hij stelt de term 'ervaringsstoornissen' (*disorders of experience*) voor om deze psychotische symptomen te benoemen.

Randpsychotische symptomen, overwaardige ideeën en het dimensionaal model

Veel auteurs zijn van mening dat een waan een eindproduct is van al eerder ontspoord denken. Deze eerdere fase, door Fuentenebro & Berrios (1995) de *predelusional state* genoemd, wordt in het

Nederlands het best omschreven met de term rand- of prepsychotische verschijnselen, hoewel dit begrip vroeger ook voor degeneratiepsychosen gebruikt werd (Hengeveld 2004). Randpsychotische verschijnselen zijn echter slecht onderzocht. Het is niet duidelijk of ze altijd tot wanen leiden of dat ze altijd aan wanen voorafgaan. Daarnaast worden ze vaak niet als zodanig benoemd, maar gediagnosticeerd als depersonalisatie, dysforie, gegeneraliseerde angst, ik-zwakke enzovoort (Berrios 1996). De volgende fenomenen kunnen als randpsychotisch beschouwd worden (naar Hengeveld & Schudel 2003): (1) de waaninvallen: vluchtige voorbijgaande wanen, 'out of the blue'; (2) de waaninterpretatie, waarbij correcte waarnemingen van de omgeving zodanig worden geïnterpreteerd dat ze passen in het beginnende waansysteem van de patiënt; (3) het overmatig betekenisbewustzijn; (4) de waanstemming, waarin de eigen persoon beleefd wordt als veranderd; de patiënt voelt zich verbijsterd en angstig (desintegratie-angst) en heeft allerlei vermoedens en verwachtingen die voor een buitenstaander geen verband of betekenis hebben; (5) het overwaardige idee.

De DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) beschrijft een overwaardig idee als 'een onredelijke en diepgewortelde overtuiging waaraan vastgehouden wordt met minder intensiteit dan bij een waan het geval is (de betrokkene is bijvoorbeeld in staat om te erkennen dat de overtuiging al dan niet waar kan zijn)'. In de Angelsaksische traditie wordt dit gebruikt voor de categorie patiënten die zich ergens op een punt in het spectrum tussen obsessionele twijfel en waanachtige zekerheid bevinden (Veale 2002). Het oudere Europese concept is veel breder (Jaspers 1973), en voegt ook variabelen aan de definitie toe als de sterke preoccupatie, de psychologische begrijpelijkheid en het egosyntonische karakter van de overtuiging, naast het feit dat de overtuiging bij de patiënt vaak sterke emotionele reacties en een bepaald soort (neutraliserend) gedrag oproept. Veale (2002) betoogt dat overwaardige ideeën overtuigingen zijn ('ik ben te dik', 'ik heb kanker') die geassocieerd zijn met bepaalde dominante en door

de patiënt geïdealiseerde waarden, waarmee de patiënt zich buitensporig geïdentificeerd heeft ('ik moet altijd controle houden over mezelf', 'ik moet helemaal gezond zijn'). De overtuiging is dan secundair aan de geïdealiseerde waarde. De sterkte van de overtuiging bepaalt vervolgens of de aan-doening al dan niet onder de psychotische stoornissen valt (Veale 2002).

Uit bovenstaande blijkt dat bepaalde aspecten van wanen waarschijnlijk op een continuüm geplaatst kunnen worden (American Psychiatric Association 2000; Bentall e.a. 2001). Fenomenologische onderzoeken laten zien dat waanachtige overtuigingen, net zoals gewone overtuigingen en ideeën, kunnen variëren op een groot aantal dimensies, zoals bizarheid, de mate van overtuiging, de mate van preoccupatie en de mate van stress en lijden die ze veroorzaken (Garety & Hemsley 1987; Jones & Watson 1997; Rümke 1953; Strauss 1969). Indien deze dimensies ook in geringe mate aanwezig kunnen zijn, impliceert dat hun aanwezigheid in de normale populatie, wat in recente bevolkingsonderzoeken bevestigd wordt (o.a. Johns & Van Os 2001; Van Os e.a. 2000). Er bestaat echter geen overeenstemming over het dimensionale model. Berrios (1996) spreekt van kunstmatig gefabriceerde dimensieclusters die ontdaan lijken te zijn van neurobiologische of klinische betekenis. Mullen (2003) merkt terecht op dat het begrip 'dimensie' nogal eens verward wordt met 'continuüm'; het in meer-

dere of mindere mate aanwezig zijn van bepaalde dimensies betekent niet automatisch dat wanen zich met normale opvattingen op een continuüm bevinden. Het is mogelijk dat er binnen een bepaalde dimensie een continuüm bestaat (bijvoorbeeld de mate van overtuiging), maar binnen andere dimensies niet. Ook blijkt er slechts een geringe correlatie tussen de verschillende dimensies te bestaan (Kendler e.a. 1983).

CONCLUSIE

Hoewel het concept van de waan aan de basis ligt van 'waan'zinnigheid en een sleutelbegrip is in de psychiatrie, lijkt geen enkel element van de DSM-definitie bij nadere beschouwing ondubbelzinnig stand te houden. De constructvaliditeit is daarmee niet erg hoog. De factoren die bepalen of er sprake is van een waan, lijken niet primair gelegen te zijn in de inhoud van de gedachte zelf, maar worden voornamelijk bepaald door de manier waarop met het denkbeeld wordt omgegaan. De in tabel 1 genoemde criteria, die niet allemaal aanwezig hoeven te zijn, lijken de waan nog het best te definiëren.


Deze bevindingen laten toch nog veel onderzoeksvragen onbeantwoord. Het is bijvoorbeeld wel duidelijk dat niet alle wanen dezelfde 'structuur' hebben. Met andere woorden: klinische observaties lijken erop te duiden dat wanen bij manie, schizofrenie, depressie, waanstoornis of deli-

TABEL 1 Voorgestelde criteria voor de waan*

- 1 Het betreft een zogenaamde 'afgeschermd' overtuiging die zich niet laat falsificeren (omdat dit feitelijk onmogelijk is of omdat de patiënt dit niet toelaat door in andere verklaringen te 'vluchten')
- 2 Het betreft een overtuiging die door de meeste anderen ongeloofwaardig geacht wordt, voornamelijk op grond van de niet te beïnvloeden zekerheid waarmee deze geuit wordt.
- 3 De overtuiging is geen onderdeel van een geaccepteerde religieuze, wetenschappelijke of politieke zienswijze.
- 4 De betrokkene doet geen moeite de overtuiging te onderzoeken, te ontkrachten of zich ertegen te verzetten.
- 5 De overtuiging hoeft geen betrekking te hebben op de externe realiteit, maar kan een vertaling zijn van subjectieve ervaringen.
- 6 De betrokkene toont zich emotioneel verbonden met de overtuiging.
- 7 Voor de dimensie 'overtuiging' lijkt te gelden dat er een continuüm bestaat van gewone ideeën naar gestoorde realiteitstoetsing.
- 8 Het dimensionale model impliceert variaties van meer of minder waanachtig, wat bepaald wordt door een aantal factoren, zoals bizarheid, de mate van overtuiging, de mate van preoccupatie en de mate van stress en lijden die de overtuiging veroorzaakt.

* naar Leeser & O'Donohue 1999 en Oltmanns & Maher 1988

rium niet hetzelfde fenomeen zijn. Dit verschijnsel staat bekend als symptoomheterogeniteit (Markova & Berrios 1995). Daarnaast lijkt er voor de dimensie ‘overtuiging’ een continuüm te bestaan, maar bestaat dat voor de dimensies ‘geloofwaardigheid’ en ‘falsificeerbaarheid’ bijvoorbeeld ook? Moeten wanen dan als dimensionaal construct beschouwd worden? Het gebrek aan kennis over de etiologische onderbouwing van de meeste psychiatrische symptomatologie dient echter tot enige bescheidenheid te leiden met betrekking tot de vraag of symptomen als continuüm of als categorie beschouwd moeten worden (Mullen 2003). Als wanen als dimensionaal construct beschouwd worden, is dat een breuk met de traditie van de DSM, waarin psychotische stoornissen beschreven worden in een apart hoofdstuk. De enige uitzondering hierop waren de stemmingsstoornissen, die een psychotische variant konden hebben. Zouden dan ook stoornissen zoals OCS of BDD (die in de DSM al wel de specificatie ‘met gering inzicht’ kennen) op een spectrum van niet-psychotisch naar psychotisch in te delen zijn? Wat zou dat betekenen voor de classificatie van psychotische en niet-psychotische stoornissen binnen het DSM-systeem? In een poging een antwoord op deze vragen te formuleren zullen in een volgend artikel (Van der Zwaard e.a. 2006; zie in dit nummer pp. 461-466) de vermeende kenmerken van de waan systematisch afgezet worden tegen andere vormen van overtuiging.

 Met dank aan A.S. de Leeuw en F. van Dael, psychiaters, L.M.E. Knook, arts in opleiding tot psychiater en dr. M. Vollema, psycholoog, voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., e.a. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.

Berrios, G.E. (1991). Delusions as ‘wrong beliefs’: a conceptual history.

The British Journal of Psychiatry, 14(Suppl.), 6-13.

- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bosch, R.J. van den. (1993). *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fuentenebro, F., & Berrios, G.E. (1995). The pre-delusional state: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 251-259.
- Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 294-298.
- Georgaca, E. (2000). Reality and discourse: a critical analysis of the category of ‘delusions’. *The British Journal of Medical Psychology*, 73, 227-242.
- Hengeveld, M.W. (2004). *Psychiatertaal*. Amsterdam: Benecke N.I.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3de, geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Houran, J., & Lange, R. (2004). Redefining delusion based on studies of subjective paranormal ideation. *Psychological Reports*, 94, 501-513.
- Huq, S.F., Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1988). Probabilistic judgments in deluded and non-deluded subjects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40, 801-812.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9de druk). Berlin: Springer-Verlag.
- Johns, L.C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Jones, E., & Watson, J.P. (1997). Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 381-386.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Kendler, K.S., Glazer, W.M., & Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.
- Leeser, J., & O’Donohue, W. (1999). What is a delusion? Epistemological dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 687-694.
- Markova, I.S., & Berrios, G.E. (1995). Mental symptoms: are they similar phenomena? The problem of symptom heterogeneity. *Psychopathology*, 28, 147-157.
- Mullen, R. (2003). Delusions: the continuum versus category debate. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 505-511.
- Oltmanns, T.F., & Maher, B.A. (1988). *Delusional beliefs*. New York:

Wiley.

- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., e.a. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- Phillips, K.A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 63-72.
- Rudnick, A. (1997). On the notion of psychosis: the DSM-IV in perspective. *Psychopathology*, 30, 298-302.
- Rümke, H.C. (1953). De betekenis van de phaenomenologie voor de kliniek van lijdens aan waanvormende ziekten. In *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie* (pp. 3-42). Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Sedler, M.J. (1995). Understanding delusions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 251-262.
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 377-397.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Ritter, K., e.a. (2003). Old wine in new bottles? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. *Psychopathology*, 36, 6-12.
- Strauss, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wittgenstein, L. (1969). *On Certainty*. Oxford: Blackwell.
- Zwaard, R. van der, de Leeuw, A.S., van Dael, F., e.a. (2006). '... met psychotische kenmerken?' Een onderzoek naar het waanachtige karakter van overtuigingen buiten het psychosencluster. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, pp. 461-466.

AUTEUR

R. VAN DER ZWAARD is psychiater en is werkzaam bij Meerkanten GGZ, Veldwijk Research Institute (VRI).

Correspondentieadres: R. van der Zwaard, psychiater, Meerkanten GGZ, Veldwijk Research Institute (VRI), Postbus 1000, 3850 BA Ermelo. Tel. (0341) 566911.

E-mail: rzwaard@meerkanten.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2005.

SUMMARY

What is a delusion? A phenomenological view – R. van der Zwaard –

BACKGROUND The debate about dimensional or categorised classification of symptoms has widened to include the concept of delusions, one of the key notions in psychiatry. Although inter-rater agreement concerning the delusion concept is considerable, it is extremely doubtful whether approval also extends to the construct validity. Can the delusion concept still be described according to the DSM-criteria?

AIM To describe the history of the delusion concept and to present current views on the subject.

METHOD The literature was reviewed with the help of PubMed.

RESULTS A delusion can best be described as an individual and personal view which cannot be falsified and to which patients feel emotionally attached. Most people consider a delusion to be implausible because it is expressed with such unshakeable certainty. With regard to a dimension such as conviction there seems to be a continuum that extends from normal ideas to impaired reality-testing.

CONCLUSION If delusions are to be considered as dimensional constructs this will give rise to questions concerning discriminant validity. It will become increasingly difficult to discriminate between delusions and other types of belief that are associated with impaired reality-testing.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)6, 453-459]

KEY WORDS delusions, psychotic disorders, review