

Essay

Een psychologie van de endogenie

Over de theoretische pijlers van de Kraepeliniaanse nosologie

door A.H.A.C. van Bakel

Samenvatting

In dit artikel worden de theoretische achtergronden van E. Kraepelins klinische nosologie bediscussieerd. Overeenkomstig de doelstellingen van zijn project van een wetenschappelijke psychiatrie probeerde Kraepelin zijn klinisch nosologische entiteiten op natuurwetenschappelijke wijze te onderbouwen. De theorie die hem daarbij tot voorbeeld strekte, was de experimentele psychologie van Wundt, aangevuld met de neurofysiologie van zijn dagen. Gaandeweg de ontwikkeling van Kraepelins nosografie verdween deze 'psychofysica' echter steeds meer naar de achtergrond, en werd zij vervangen door een leer van degeneratieve processen. Kraepelins poging om psychofysica en degeneratieleer met elkaar te verbinden bleek tot mislukken gedoemd. Vanwege het antiwetenschappelijke statuut van de degeneratieleer betekende dit tegelijk ook het failliet van dit eerste uitgewerkte project van een wetenschappelijke psychiatrie.

Inleiding

De Duitse psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) is vandaag de dag met name bekend als pleitbezorger en vormgever van een klinisch psychiatrische nosologie. Menigeen is op de hoogte van het feit dat de tweedeling in schizofrene en manisch-depressieve stoornissen in oorsprong uit zijn werk afkomstig is. Sommigen kennen hem ook als een fervent bestrijder van het alcoholisme. Wat de historische figuur Kraepelin voor de huidige lezer interessant maakt, is het feit dat het nosografisch systeem dat in de hedendaagse psychiatrie toonaangevend is, dat van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), zeker vanaf de uit 1980 stammende derde versie, een groot aantal overeenkomsten vertoont met Kraepelins systeem. Vrij snel na het verschijnen van DSM-III verscheen er in het *American Journal of Psychiatry* een artikel waarin de auteurs moderne diagnostische criteria vergeleken met die van Kraepelin. Hun conclusie luidde:

'We think Kraepelin would feel at home in present-day case conferences that discuss the differential diagnosis of functional psychosis – 91% of the time he would agree with the diagnosis and in the other cases he could deliver a spirited and cogent defense of his position. He might even get us to bend a little' (James & May 1981, p. 504).

Deze en vergelijkbare constatering hebben de afgelopen jaren geleid tot een sterke opleving van de belangstelling voor de persoon en het werk van Kraepelin. Huldeblijken aan zijn werk bestaan er tegenwoordig in velerlei vormen. Zo is er een Amerikaanse psychiatrische school die zich expliciet met de naam neo-Kraepelinianisme tooit (Blashfield 1984; Compton & Guze 1995), en bestaat er een psychiatrisch diagnostisch expertsysteem dat 'Kraepelin' is gedoopt (Roca-Bennasar 1991).

De overeenkomsten gaan daarbij verder dan louter het vlak van de gebezigde terminologie: ook wat zijn vooronderstellingen betreft, lijkt het hedendaagse psychiatrische denken sterk op dat uit het Duitsland van rond 1900. Een van de vooronderstellingen die de psychiatrie van nu gemeen heeft met die van toen, is de preoccupatie met wetenschappelijkheid, nauwkeuriger: met het koppelen van een klinisch conceptueel kader aan een op wetenschappelijke wijze omschreven organische basis. Ondanks de verklaarde theoretische pretentieloosheid van de DSM bestaan er toch vele pogingen om de diverse op klinische basis tot stand gekomen entiteiten van een wetenschappelijke, met name neurochemische ondergrond te voorzien. Uitgebreid wetenschappelijk onderzoek in een hoek die men de biologische psychiatrie is gaan noemen, heeft onder meer als doel om het verband tussen klinische verschijningswijze en organische ondergrond nader te exploreren. Voor Kraepelin geldt iets vergelijkbaars. Hij staat bekend als een biologisch georiënteerd psychiater (Kolle 1970, pp. 175-176), als de grote tegenpeler van zijn leeftijdgenoot Sigmund Freud (1856-1939), die de psychodynamische benadering in het psychiatrisch discours ingang deed vinden. Kraepelin, volwassen geworden in een tijd dat de natuurwet-

enschappelijke methode ook in de biologische wetenschappen een hoge vlucht nam, hekelde het zijns inziens weinig wetenschappelijke karakter van de psychoanalyse, en ging er prat op dat zijn eigen psychiatrisch denken en handelen wel over een wetenschappelijk fundament beschikte:

'Ich muß offen gestehen, daß ich den Gedankengängen dieser "Metapsychiatrie", die wie ein Komplex die nüchterne, klinische Betrachtungsweise aufsaugt, beim besten Willen nicht zu folgen vermag. Da ich auf dem festen Boden der unmittelbaren Erfahrung zu wandeln gewöhnt bin, stolpert mein philiströses naturwissenschaftliches Gewissen auf Schritt und Tritt über Einwände, Bedenken und Zweifel, über die den Schüler Freuds die leichtbeschwingte Einbildungskraft ohne weiteres hinwegträgt' (Kraepelin 1913,

p. 938).

In Kraepelins ogen is de enig mogelijke psychiatrie een wetenschappelijke psychiatrie: de psychiater zou zich bij zijn handelen moeten laten leiden door inzichten die de natuurwetenschap oplevert. De overeenkomsten met de huidige situatie vallen niet te miskennen. Assen Jablensky, gastredacteur van een themanummer van de *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* over 'Emil Kraepelin and 20th century psychiatry', merkt dan ook op (1995, p. 186):

'The leitmotif of this collection (...) is that as clinicians and researchers, we today continue to operate in a Kraepelinian paradigm which started emerging nearly a century ago.'

Het zou echter te ver voeren om de Kraepeliniaanse psychiatrie zonder meer met de hedendaagse (biologische) psychiatrie te identificeren. Er bestaan bijvoorbeeld aanzienlijke verschillen wat betreft taakopvatting en maatschappelijke inbedding. Daarnaast is het ook interessant om te onderzoeken wat in Kraepelins ogen nu precies het materiële substraat is dat door de wetenschap moet worden onderzocht. Meestal wordt er eenvoudigweg van uitgegaan dat dat 'de hersenen' wel zullen zijn – de link met het heden is dan snel gelegd –, maar nadere bestudering laat zien dat het heel wat complexer ligt. Uit Kraepelins programmatische teksten spreekt weliswaar een diep verankerd biologisme, dat in vele gevallen met het wetenschappelijk bestuderen van de hersenen in verband wordt gebracht, maar als puntje bij paaltje komt, speelt de wetenschap van de hersenen, zeker de neuroanatomie, bij hem een ondergeschikte rol bij het inzichtelijk maken van het specifieke karakter van zijn klinisch nosologische categorieën. 'Hersenspsychiater' zoals zijn leermeester Bernhard von Gudden (1824-1886) was Kraepelin zeker niet. Ondanks zijn biologistische oriëntatie werd zijn klinische nosologie zelfs in expliciete oppositie met de hersenspsychiatrie geconstrueerd. In dat kader is het een teken aan de wand dat Kraepelin een absolute scheiding voorstond van psychiatrie en neurologie. De neurologie werd door hem beschouwd als de kliniek van de afwijkende neuroanatomische structuren, terwijl de psychiatrie zich bezig diende te houden met afwijkend psychisch functioneren, dat weliswaar zijn basis kon vinden in afwijkende structuren, maar daar niet per se – in de meeste gevallen zelfs helemaal niet – mee verbonden was. Ondanks het feit dat hij in zijn jonge jaren enige tijd in de neurologie werkzaam is geweest, betitelde hij zich later consequent als 'Irrenarzt', nooit als 'Nervenarzt', welke laatste aanduiding als het equivalent van het Nederlandse 'zenuwarts' kan worden beschouwd. Vanuit de voortrekkersrol die Kraepelin heden ten dage vaak wordt toebedeeld, loont het de moeite om eens wat uitgebreider in te gaan op de theoretische kaders die Kraepelins psychiatrische denken hebben vormgegeven.

Biografische schets

Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin wordt geboren op 15 februari 1856 in Neustrelitz in het Duitse groothertogdom Mecklenburg-Strelitz. De Duitse eenwording wordt een feit wanneer hij vijftien jaar oud is. Op zijn achttiende gaat hij in Leipzig medicijnen studeren, een studie die hij vier jaar later in Würzburg afrondt. Nog voor zijn afstuderen wordt hij *Assistenzarzt* op de afdeling psychiatrie van het Julius-spital in Würzburg, die onder leiding staat van Franz von Rinecker (1811-1883). In 1878 maakt hij de overstap naar de *Kreisirrenanstalt* van München. Daar leert hij Von Gudden kennen, gerenommeerd hersenpsychiater, hoogleraar in de psychiatrie, die enige jaren later met Ludwig II van Beieren de dood zal vinden in de Starnberger See. In 1882 keert Kraepelin naar Leipzig terug om daar een *Habilitation* te bewerkstelligen, om aldus in de gelegenheid te worden gesteld universitair docent te worden. Hij komt daarbij te werken in de net opgeleverde psychiatrische universiteitskliniek van Paul Flechsig (1847-1929). Onder niet geheel opgehelderde omstandigheden krijgt Kraepelin al na enige maanden ontslag aangezegd. Met de steun van de hoogleraar wijsbegeerte-psychologie Wilhelm Wundt (1832-1920) weet hij zijn *Habilitation* echter toch door te zetten. Omdat de situatie in Leipzig echter niet langer houdbaar is, keert hij terug naar München. Ondanks een *Habilitation* daar komt een academische carrière niet echt van de grond, wat Kraepelin uiteindelijk doet besluiten om de academische wereld vaarwel te zeggen, en de overgang te maken naar de inrichtingspsychiatrie. Zo wordt hij *Oberarzt* in achtereenvolgens een *Provinzialirrenanstalt* in Leubus (Silezië) en op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis in Dresden. Onverwacht bereikt hem in 1886 het verzoek om hoogleraar te worden, en wel in Dorpat, het tegenwoordige Tartu in Estland, waar destijds een Duitse universiteit was gevestigd. In 1891 wordt hij hoogleraar psychiatrie in Heidelberg. Hier komt het klinisch psychiatrisch project dat al in Dorpat was geformuleerd, pas goed uit de verf, en wordt de Kraepeliniaanse nosologie zoals wij die kennen, geboren. In 1903 wordt hij hoogleraar in München. Zijn weerzin tegen het overmatig gebruik van alcohol wordt hier nog eens goed aangewakkerd. Nadat hij zelf geheelonthouder geworden is in 1895, wordt de bestrijding van het alcoholisme in woord en daad een van zijn belangrijkste doelstellingen. Op Kraepelins initiatief komt in München in 1917 de Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie tot stand, waar alle wetenschappen die iets voor de psy-

chiatrie te betekenen hebben, onder een dak worden verenigd. In München sterft hij in 1926. Hij wordt begraven in Heidelberg.

Een wetenschappelijke psychiatrie

Zoals in de late negentiende eeuw gebruikelijk is, ziet Kraepelin de natuurwetenschappelijke methode als de enig betrouwbare methode om tot kennis van de werkelijkheid te komen. Het is het tijdperk van het *sciëntisme*. De natuurwetenschappelijke methode wordt verabsoluteerd en losgeweekt uit het totale complex van menselijke ervaringsvormen. Alle andere kenvormen zijn bij voorbaat verdacht. Het wekt dan ook geen verbazing dat in Kraepelins optiek ook de psychiatrische nosologie op een solide wetenschappelijke basis moet rusten. In zijn inaugurele rede in Dorpat (1886) formuleert hij als eerste een onderzoeksproject dat moet leiden tot een uitputtende, op wetenschappelijke wijze onderbouwde psychiatrische ziekteleer.

Dit project van een wetenschappelijke psychiatrie vormt het culmineerpunt van een omvattende ontwikkeling die bijna een eeuw in beslag heeft genomen. De verwetenschappelijking van het psychiatrisch discours wordt ingezet met de naturalisering van het denken over afwijkend gedrag dat rond 1800 in geheel Europa optreedt. Die naturalisering maakt het mogelijk om afwijkend gedrag te beschouwen als een objectiveerbare stoornis, die in principe voor een medische benaderingswijze toegankelijk is. Een specifieke medische discipline, de psychiatrie – de term wordt gemunt door Johann Christian Reil (1759-1812) –, gaat zich ermee bezighouden. Over de vraag of de bedoelde stoornis in het lichaam of in de ziel moet worden gezocht, lopen de meningen nog uiteen. Dat verandert rond het midden van de negentiende eeuw wanneer Wilhelm Griesinger (1817-1868) zijn befaamde slogan ‘Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten’ lanceert. Aanvankelijk een aanhanger van de Duitse romantische psychiatrie, met haar nadruk op rationale begripsontwikkeling en de leer van de eenheidspsychose, gaat Griesinger er later toe over om op klinisch-empirische wijze – en dat wil in zijn geval zeggen: op geleide van symptomatologische parameters – afzonderlijke ziekte-entiteiten van elkaar te onderscheiden. Zijn klinisch nosografisch systeem kent de entiteiten melancholie, manie, Verrücktheit (paranoia) en Blödsinn (dementie). De wetenschappelijke onderbouwing van die entiteiten dient plaats te vinden met behulp van het enig objectieve instrument dat de psychiatrie in Griesingers ogen ter beschikking staat: het neuroanatomisch onderzoek.

Griesingers voorbeeld vindt algehele navolging. Zo ontstaat de zogenaamde hersenpsychiatrie, die haar grootste bloei bereikt in de periode tussen 1870 en 1885. Dit is precies de periode waarin Kraepelin zijn

psychiatrische scholing geniet. Bekende vertegenwoordigers zijn de reeds genoemde Von Gudden en Flechsig, Theodor Meynert (1833-1892; hoogleraar psychiatrie in Wenen) en Carl Wernicke (1848-1905; hoogleraar psychiatrie in Breslau). Uitgangspunt van de hersenpsychiatrie is een neuroanatomisch materialisme, dat psychische processen volledig herleidt tot neuroanatomische structuren. In de ogen van de hersenpsychiaters is bijvoorbeeld de psychische associatie niets anders dan een uitingvorm van de met het ontleedmes blootgelegde neuroanatomische associatiebaan. Ondanks deze wetenschappelijke inkadering gaat de hersenpsychiatrie bij het inzichtelijk maken van de etiologie van psychiatrische stoornissen tamelijk speculatief te werk. Bekend is het systeem van Meynert, waarin het optreden van de diverse psychiatrische symptoomcomplexen wordt uitgelegd als het gevolg van hyperaemie of juist anaemie van bepaalde neuroanatomische regiones. De door de hersenpsychiaters gehanteerde ziekte-eenheden zijn daarbij in hoofdzaak Griesingeriaans.

De psychofysische benadering van gedragsstoornissen

Kraepelin voorvoelt al in zijn studentenjaren dat de neuroanatomie de psychiatrische waarheid niet in pacht heeft. In zijn ogen moet de psychiatrie haar naam eer aandoen, en zich bezighouden met de menselijke *psyche*, die niet identiek is aan hersenanatomische structuren, maar die juist een onafhankelijke status toekomt. Die opvatting heeft hij overgenomen van de psycholoog Wundt. Wundt wordt algemeen beschouwd als de grondlegger van de experimentele psychologie in de moderne zin van het woord, de eerste die haar volledig losweekt uit het filosofisch discours waaruit ze afkomstig is, en haar tot een zelfstandige wetenschap maakt. De introductie van de kwantificerende methode en het uitvoeren van experimenten vormen belangrijke innovaties die deze wetenschappelijke psychologie onderscheiden van haar voorgangers. Kraepelin ziet in de experimentele psychologie een instrument om voor eens en altijd af te rekenen met de zijns inziens abjecte neuroanatomische benadering. In een bespreking van een nieuwe editie van Meynerts leerboek formuleert hij zijn belangrijkste kritiekpunt nog eens expliciet (Kraepelin 1886, p. 166):

'Die Localisation von Schlussprocessen, wie überhaupt von Bewusstseinsinhalt, ist ganz undenkbar, höchstens kann man die mit ihnen verknüpften physiologischen Vorgänge an einem bestimmten Ort verlegen.'

Kraepelin is dan nog slechts *Anstaltspsychiater*, en zijn aanval op Meynert moet als gewaagd worden beschouwd, zeker omdat hij ook met Flechsig al gebrouilleerd is. Met Von Gudden verkeert hij echter op goede voet, wat ervoor zorgt dat hij een potje kan breken in de academisch psychiatrische wereld. Ondanks de verschillen van inzicht kunnen ook

de persoonlijke betrekkingen met Meynert als uitstekend worden gekenmerkt (Kraepelin 1983, pp. 57-58).

Wanneer Kraepelin uiteindelijk toch hoogleraar wordt, ziet hij zijn kans schoon om zijn al langer sluimerende denkbeelden in de praktijk te brengen. In zijn inaugurele rede presenteert hij het program van een wetenschappelijke psychiatrie, die berust op een fundament van experimentele psychologie en neurofysiologie ('Mikrochemie'). Wat in Kraepelins ogen onderzocht moet worden, zijn *functies*. Niet de anatomische structuur is klinisch relevant, maar de psychische functie. Aan die functie gekoppeld is een neurofysiologisch proces, dat echter niet precies gelokaliseerd kan worden. Het geheel duidt Kraepelin aan als de *psychofysische* benadering van gedragsstoornissen. Nosologische entiteiten verlenen hun zelfstandige status aan hun functionele, dit is hun psychofysische specificiteit. Een voornamelijk op de symptomatologie gerichte psychiatrie zoals die van Griesinger sluit daar uitstekend bij aan. Het klinisch waarneembare symptoom vormt immers niets anders dan de veruitwendiging van de psychofysische functie, objectief te omschrijven aan de hand van de categorieën van de Wundtiaanse psychologie:

'Ein tieferes Verständniss der psychischen Störungen [erfordert] unbedingt die Auflösung der gegebenen Symptome in ihre letzten Componenten und die Zurückführung der so gewonnenen elementaren Alterationen des psychischen Geschehens auf allgemeinere krankhafte Veränderungen der psychischen Grundfunktionen' (Kraepelin 1883, p. 12).

Een specifieke functionele stoornis komt zo via een daarvoor specifiek symptoom in een daarmee corresponderende specifieke nosologische categorie terecht. De hersenen zijn in deze opvatting wel belangrijk, maar alleen in de zin dat ze de zetel vormen van het geheel aan psychische functies. Ze zijn de generator van het geestelijk leven *in algemene zin*. Een locus van de afzonderlijke psychische functies, dus ook van de daarmee verbonden nosologische entiteiten, is echter niet aanwijsbaar. Een nadere bestudering van de bouw van de hersenen kan derhalve wel zinvol worden genoemd, maar relevantie voor de psychiatrische nosologie heeft zij niet.

Kraepelins klinische nosologie

Kraepelin heeft ook op nog een ander vlak kritiek op de hersenpsychiatrie. Niet alleen vertrekt deze vanuit de foutieve vooronderstelling dat het de neuroanatomische structuren zijn die als nosologisch demarcatiecriterium moeten worden gebruikt, ook gaat ze bij het onderbouwen van vigerende nosologische entiteiten in wetenschappelijke termen veel te speculatief te werk. In zijn inaugurele rede merkt hij in dit verband op (1887, p. 10):

'Niemand wird den anregenden Werth der Theorie für die Fragestellung in der Wissenschaft leugnen wollen. Niemand aber auch ihre Gefährlichkeit, sobald sie mehr sein will, als sie wirklich ist und damit nicht zur Auffindung und Ordnung, sondern zur Verdunkelung und Verwirrung der Tatsachen, zur Selbsttäuschung und zur Irreleitung der wissenschaftlichen Forschung führt.'

Net als in de psychoanalyse lijkt ook in de hersenpsychiatrie het model een grotere rol toe te komen dan de empirische werkelijkheid. Dat is de reden dat Franz Nissl (1860-1919), een medewerker van Kraepelin in Heidelberg, haar later ook wel heeft aangeduid als 'hersenmythologie'. Kraepelin tracht deze methodische fout te vermijden. Hij wil de wereld niet opzadelen met een zoveelste speculatief gedrocht – dat in zijn geval, vanwege de expliciete oriëntatie aan de Wundtiaanse psychologie, een 'psychomythologie' zou worden. Hij wil een adequate wetenschappelijke onderbouwing geven van entiteiten waarvan de klinisch-empirische validiteit onomstotelijk vaststaat. Het lijkt hem daarom aangewezen om eerst via klinische weg tot een acceptabele ordening van psychopathologisch materiaal te komen, en pas in tweede instantie te proberen om die ordening met behulp van psychofysisch instrumentarium wetenschappelijk te corroboreren. Kliniek en wetenschap dienen daarbij voortdurend met elkaar in gesprek te blijven. Geen van beide mag als scherprechter fungeren. Alleen op die manier kan een nosologie worden geconstrueerd die volledig recht doet aan de psychiatrische werkelijkheid.

Kraepelins nosologisch project heeft het eerste, klinische stadium echter nooit verlaten. Aan een psychofysische onderbouwing van zijn wezenlijk klinische nosologie is hij nooit toegekomen. Een dergelijke onderbouwing werd vanaf een bepaald stadium ook een logische onmogelijkheid. Dat houdt verband met de betekenisverschuiving die het begrip 'klinisch' in Kraepelins werk ondergaat. In het *Compendium der Psychiatrie* uit 1883, in feite de eerste druk van zijn leerboek, blijft Kraepelin wat betreft de invulling van dat begrip nog redelijk dicht bij Griesinger. De in het *Compendium* gepresenteerde nosografie is dan ook een symptomatologische, en is nauw verwant aan Griesingers eerdergenoemde vierdeling. Vanaf de tweede druk, eenvoudigweg *Psychiatrie* geheten, staat het begrip klinisch ook voor het verloop dat een aandoening laat zien, voor de eindtoestand die van het verloop het gevolg is, en voor de etiologie van de aandoening. Kraepelin is daarbij van mening dat de diverse klinische aspecten met elkaar convergeren, en elk afzonderlijk tot een gelijkkluidend resultaat zullen leiden. De symptomatologische parameter verliest meer en meer terrein, en in de vijfde druk staat zelfs expliciet vermeld dat het symptoom geen criterium meer mag zijn voor het onderscheiden van de diverse klinische beelden (1896, p. V):

'In dem Entwicklungsgange des vorliegenden Buches bedeutet die jetzige Be-

arbeitung den letzten, entscheidenden Schritt von der *symptomatischen* zur *klinischen* Betrachtungsweise des Irreseins. (...) Ueberall hat hier die Bedeutung der äusseren Krankheitszeichen hinter den Gesichtspunkten zurücktreten müssen, die sich aus den *Entstehungsbedingungen*, aus *Verlauf* und *Ausgang* der einzelnen Störungen ergeben haben. Alle reinen "Zustandsbilder" sind damit aus der Formenlehre verschwunden.'

Kraepelin bekennt zich hiermee tot aanhanger van de klinische psychiatrie in de zin van Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), die in expliciete oppositie met het werk van Griesinger werd ontwikkeld. Binnen deze klinisch psychiatrische richting wordt het totale klinische beeld als nosografisch relevant beschouwd, met het verloop als een van de belangrijkste parameters. Dit klinische denken binnen de Duitse psychiatrie is geïnspireerd door de Franse psychiatrie van de vroege negentiende eeuw, met Philippe Pinel (1745-1826) en Antoine Laurent Bayle (1799-1858) als belangrijkste vertegenwoordigers. Paradigmatisch is de progressieve paralyse (*dementia paralytica*), door Bayle in 1822 omschreven. In het verlengde van deze Franse psychiaters presenteert Kahlbaum in 1874 de katatonie. Kraepelins belangrijkste klinische vinding is de *dementia praecox*, gemodelleerd naar Bayles *dementia paralytica*. Ze doet in de vierde druk van zijn leerboek (1893) haar intrede onder de naam 'psychische Entartungsprocesse', wordt in de vijfde druk omgedoopt tot 'Verblödungsprocesse', en krijgt in de zesde druk (1899) haar definitieve benaming, inclusief de klassieke onderverdeling in de katatone, de hebefrene en de paranoïde vorm.

De nadruk op het verloop staat op gespannen voet met de Griesingeriaanse benadering. Een specifiek verloop bestaat immers in een specifieke opeenvolging van symptoombeelden, waardoor een enkel beeld onmogelijk nog specifiek kan zijn. Kraepelin, die vanaf de vijfde druk alleen nog klinische beelden in de zin van Kahlbaum opneemt, lijkt zich niet te realiseren dat met het afscheid van de symptoomgerichte nosografie ook zijn project van een wetenschappelijke, psychofysisch onderbouwde nosologie op de tocht komt te staan. Een psychofysische karakteristiek behoort daardoor immers ten enen male tot de onmogelijkheden.

Het begrip 'degeneratie'

Met het verminderen van het belang van de psychofysische theorie wordt ook de positie van de hersenen minder prominent. Van zetel van het psychopathologisch gebeuren worden ze uiteindelijk tot het toevalige instrument dat het wezen van de psychiatrische stoornis, dat elders in het lichaam zetelt, met de buitenwereld laat communiceren. Om dit inzichtelijk te maken dient het begrip degeneratie ('Entartung') te worden geïntroduceerd, dat onlosmakelijk met Kraepelins klinisch nosografische kader is verbonden. Niet alleen verloop en eindtoestand zijn spe-

cifiek voor de klinische benadering in de zin van Kahlbaum, ook de etiologie is dat. Het begrip degeneratie nu moet gezien worden als het belangrijkste etiologische principe in de Duitse psychiatrie in de periode tussen pakweg 1890 en 1910, precies in de periode dus dat Kraepelin zijn nosografisch systeem ontwikkelt. Ook het begrip degeneratie is in oorsprong uit de Franse psychiatrie afkomstig. Het wordt in Duitsland geïntroduceerd door Heinrich Schüle (1840-1916) en Richard von Krafft-Ebing (1840-1902). Met degeneratie wordt bedoeld een biologische predispositie tot het ontwikkelen van abnormaal gedrag, waaronder landloperij, prostitutie, criminaliteit en ook psychiatrische stoornissen worden gerekend. Een kind krijgt die predispositie van zijn ouders mee, en het geeft die ook weer aan zijn eigen nakomelingen door. Een individu kan in diverse graden gedegeneerd zijn, en de mate waarin het dat is, is afhankelijk van de respectieve graden van beide ouders. Het concept degeneratie lijkt daarmee te appelleren aan humoraal-pathologische connotaties: het veronderstelt het bestaan van een poel van dystrofisch materiaal die op een bepaalde manier over de populatie is verspreid. Krijg je weinig tot niets van dat materiaal mee, dan ben je (geestelijk) gezond, bevat je organisme daarentegen veel van dat materiaal, dan loop je grote kans een psychiatrische stoornis te ontwikkelen.

Het begrip degeneratie fungeert als het centrale etiologische principe binnen de Kraepeliniaanse psychiatrie. Het fundeert ook zijn nosologie. Kraepelins these luidt dat de diverse klinische entiteiten van elkaar onderscheiden kunnen worden door de specifieke graad van degeneratie waarmee een organisme is opgezadeld. Specifiek voor een nosologische entiteit is, met andere woorden, een specifieke mate van gedegeneerd zijn, hetgeen klinisch onder meer tot uitdrukking komt in een specifiek verloop. Zo kan er een gradiënt worden geconstrueerd van stoornissen met een relatief zwak naar stoornissen met een relatief sterk degeneratief moment. In die volgorde worden ze in Kraepelins *Psychiatrie* ook besproken. Achtereenvolgens treffen we bijvoorbeeld aan: stoornissen ten gevolge van vergiftiging, uitputting en infectie, dementia praecox, manisch-depressieve stoornissen, neurotische stoornissen, en 'psychopathische Persönlichkeiten' (persoonlijkheidsstoornissen).

Vreemd genoeg is het het degeneratiebegrip dat de claim van wetenschappelijkheid die op de Kraepeliniaanse psychiatrie rust, overeind moet houden. Reeds in een brief aan Wundt uit 1881 stelt Kraepelin dat het zijn doelstelling is om het begrip degeneratie, waarvan hij moet toegeven dat het duister is en met nevelen omhuld, te operationaliseren door het in psychofysische vorm te gieten (Universitätsarchiv Leipzig, Wundt-Nachlaß, brief 299). Kraepelin is heel zijn leven aan dit idee blijven vasthouden. Bij nadere beschouwing echter moet worden geconcludeerd dat het psychofysisch vocabulaire en het redeneren in termen van degeneratieve processen volstrekt incompatibel zijn. Het gaat

om twee verschillende theoretische kaders, die op zodanig verschillende premissen berusten (solidair- versus humoraal-pathologisch) dat een onderlinge vertaling niet mogelijk is.

Behalve het feit dat degeneratieve en psychofysische processen op theoretisch niveau incompatibel zijn, zijn ze ook nog eens op een andere plaats in het lichaam gelokaliseerd. Psychofysische processen spelen zich af in de hersenen, terwijl een degeneratieve predispositie toekomt aan het organisme als geheel. Via de 'Keimmasse' van de ouders komt deze laatste in alle delen van het lichaam van de nakomelingen terecht. De locus van de psychiatrische stoornis die van die predispositie het gevolg is, is daarmee dus ook het gehele lichaam, en niet alleen de hersenen. Binnen de theorie van de degeneratieve processen hebben de hersenen een rol omdat ze de generator zijn van psychofysische patronen, die het middel vormen voor de pathologische organiciteit om zich te tonen aan de buitenwereld. Kraepelin rept overigens met geen woord over de mechanismen die aan de communicatie tussen organisme en hersenen ten grondslag liggen. Tegen het licht van het voorgaande lijkt dat ook een ondoenlijke opgave.

Kraepelins biologisme is daarmee van een geheel andere aard dan dat van bijvoorbeeld de hersenpsychiaters: waar voor de laatsten de hersenen de kern van de psychiatrische problematiek vormen, daar worden ze in Kraepelins denken gereduceerd tot iets marginaals. Kraepelin trekt deze conclusie uiteindelijk zelf ook in zijn artikel 'Die Erscheinungsformen des Irreseins' uit 1920. Daar stelt hij dat de psychiatrische symptomatologie, die haar grond vindt in 'vorgebildeten Einrichtungen des menschlichen Organismus' (let op de sterk anatomische connotatie van deze uitdrukking), met de aandoening an sich eigenlijk niets van doen heeft, maar daarvan slechts het inwisselbare gezicht vormt. Symptomen zijn vergelijkbaar met de tonen in een melodie. Geen enkele toon afzonderlijk vertegenwoordigt de melodie als geheel. Het is juist de opeenvolging van tonen die de melodie maakt tot wat zij is. Het mag overigens opvallend worden genoemd dat de symptoomcomplexen, de akkoorden zogezegd, die Kraepelin in dit artikel onderscheidt, in een hiërarchisch verband staan, en wel van evolutionair jonger naar evolutionair ouder. Hij onderscheidt de volgende vormen (1920, p. 25): delirant, paranoïde, emotioneel, hysterisch, driftmatig, schizofreen, encefalopathisch, oligofreen en spasmodisch. Dat betekent dat gedragsproble-

matiek in feite gelijk staat aan een terugval in een evolutionair vroeger stadium van functioneren, in een atavisme zogezegd. Op dit punt komt Kraepelins denken overeen met dat van Freud, wiens begrip van de ontogenetische regressie in feite ook een neergang in fylogenetisch opzicht impliceert. Voor Freud is met deze regressie het psychopathologisch mechanisme zo goed als volledig blootgelegd. Voor Kraepelin daarentegen vormt het slechts een oppervlakkig fenomeen, waaronder

de eigenlijke kern van het psychisch lijden, het dystrofisch proces, nog altijd schuilgaat.

Discussie

In de ontwikkeling van de Kraepeliniaanse nosologie wordt kennis van de anatomie en van het functioneren van de hersenen steeds minder belangrijk. Ondanks de biologische oriëntatie van de Kraepeliniaanse psychiatrie levert het hersenonderzoek niets op wat de identificatie van gedragsstoornissen naderbij kan brengen. De biologie in zijn psychiatrie valt samen met zijn ideeën over degeneratie. In weerwil van Kraepelins eigen bedoelingen blijft zijn klinisch nosografische kader daardoor verstooken van een wetenschappelijk statuut.

De oriëntatie aan de degeneratieleer betekent een verschil met de hedendaagse psychiatrie. Deze laat zich behalve door hersenonderzoek weliswaar ook door (moleculair) genetische inzichten leiden, maar staat vreemd tegenover het humoraal-pathologische kader dat aan het degeneratiedenken ten grondslag ligt. Bovendien beschouwt zij het hersenonderzoek wel degelijk als nosologisch relevant. Jablensky's stelling dat de psychiatrie vandaag de dag nog altijd volgens het Kraepeliniaanse paradigma werkt, behoeft daardoor op zijn minst enige nuancering. Ze is alleen dan correct wanneer de term 'paradigmatisch' staat voor heel algemene kenmerken als nosografisch georiënteerd en natuurwetenschappelijk geïnteresseerd. Positieve keerzijde hiervan echter is de constatering dat het mislukken van Kraepelins project van een wetenschappelijke psychiatrie niet bijster veel zegt over de succesansen van het hedendaagse onderzoek. Het zegt alleen iets over de compatibiliteit van rationele structuren die binnen een bepaalde medische praktijk aan het eind van de negentiende eeuw gangbaar waren. Tegenwoordig hebben we van doen met andere structuren, en wellicht zal onze tijd wel het succes kennen dat Kraepelin destijds onthouden is.

Summary: The psychology of degeneration. An analysis of the theoretical foundations of Kraepelin's nosology

This article discusses the theoretical backgrounds of E. Kraepelin's clinical nosology. In accordance with his project of a scientific psychiatry, Kraepelin tried to corroborate his clinical categories by scientific means. The scientific theory used was Wundt's experimental psychology, together with 19th-century neurophysiology. This 'psychophysics', however, gradually lost its predominance, and was replaced by the theory of degeneration. Kraepelin failed in connecting psychophysics and the theory of degeneration into an all comprising biological theory. Considering the anti-scientific nature of the latter, this implied the bankruptcy of this first project of a scientific psychiatry.

Literatuur

- Blashfield, R.K. (1984). *The classification of psychopathology. Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. New York: Plenum Press.
- Compton, W.M., & Guze, S.B. (1995). The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 196-201.
- Jablensky, A. (1995). Kraepelin's legacy: Paradigm or pitfall for modern psychiatry? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 186-188.
- James, R.L., & May, Ph.R.A. (1981). Diagnosing schizophrenia: Professor Kraepelin and the research diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 138, 501-504.
- Kolle, K. (1970). Emil Kraepelin, 1856-1926. In K. Kolle (red.), *Grosse Nervenärzte* (pp. 175-186). Band I. Zweite, erweiterte Auflage. Stuttgart: G. Thieme.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte*. Leipzig: A. Abel.
- Kraepelin, E. (1886). Bespreking van Th. Meynert, *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung* Erste Hälfte (Bogen 1-18). Wien: Braumüller. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 42, 162-168.
- Kraepelin, E. (1887). *Die Richtungen der psychiatrischen Forschung*. Vortrag, gehalten bei Uebernahme des Lehramtes an der Kaiserlichen Universität Dorpat. Leipzig: F.C.W. Vogel.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig: J.A. Barth.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. II. Band: Klinische Psychiatrie. II. Teil. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig: J.A. Barth.
- Kraepelin, E. (1920). Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien*, 62, 1-29.
- Kraepelin, E. (1983). *Lebenserinnerungen*. Herausgegeben von H. Hippus, G. Peters, D. Ploog, unter Mitarbeit von P. Hoff, A. Kreuter. Berlin e.a.: Springer.
- Roca-Bennasar, M. (1991). Kraepelin: An expert system for the diagnosis of obsessive-compulsive disorders. *European Psychiatry*, 6, 171-175.