

Reactie op 'Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie' en 'Terug naar Griesinger?'

Met veel interesse heb ik de bijdrage van collega Nieweg (Nieweg 2005) gelezen over de status van het begrip ziekte in de psychiatrie. Niewegs opvatting dat de verschillende psychiatrische ziektebeelden niet in de vrije natuur klaarliggen om ontdekt te worden, maar ontstaan in de communicatie tussen mensen, kan ik alleen maar van harte onderschrijven. Het is alleen jammer dat Nieweg zijn analyse beperkt tot erkende BUGSAT-categorieën ('bunch of guys sitting around a table') zoals de uit de DSM-burelen afkomstige PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified) en ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). Want hoe zit het dan met categorieën die een lange en eerbiedwaardige traditie hebben in de psychiatrie, zoals schizofrenie en de bipolaire stemmingsstoornis? Hoe is het mogelijk dat een begrip als schizofrenie volgens sommigen elke wetenschappelijke validiteit ontbeert (Blom 2003), maar tegelijk zo evident bruikbaar is voor de psychiatrische praktijk dat je met enige overdrijving zou kunnen stellen dat het bestaan van de ziekte schizofrenie de enige zekerheid is die de psychiater heeft? Om dit gegeven te doorgronden hebben we een instrument nodig dat krachtiger is dan het door Nieweg gebruikte, oorspronkelijk uit de middeleeuwse wijsbegeerte afkomstige begrip-paar 'realisme/nominalisme'.

Sinds de jaren 1980 is het in de 'theory of science' gebruikelijk om te redeneren in termen van onderscheiden 'praktijken'. Zo wordt er gesproken over een wetenschappelijke praktijk, gericht op het genereren van theorieën over structuren en processen, en over een klinisch-psychiatrische praktijk, gericht op het genereren van handelwijzen. Beide praktijken dienen helder van elkaar gescheiden te blijven, liggen niet in elkaars verlengde en kunnen niet tot elkaar gereduceerd worden. Noties als 'toegepaste wetenschap' en 'een strikt

langs wetenschappelijke lijnen opgetrokken psychiatrie' worden daarmee obsoleet, behoren daarmee tot een inmiddels achterhaald verleden waarin een naïef universeel realisme hoogtij vierde.

Wanneer we nu kijken naar de dichotomie tussen schizofrene en manisch-depressieve psychosen, dan zien we dat de geschiedschrijving van de psychiatrie leert dat die dichotomie ontstaan is in het werk van de Duitse psychiater Kraepelin. Deze Kraepelin heeft zijn leven lang geprobeerd om zijn klinische categorieën van een wetenschappelijk fundament te voorzien, een fundament dat hij meende te kunnen vinden in de psychofysica van de psycholoog Wundt. Het is hem niet gelukt (Van Bakel 1998, 2000). Met de 'theory of science' in de hand snappen we dat Kraepelins streven een utopie was. Kliniek en wetenschap zijn twee gescheiden domeinen, die elkaar mogelijk wel voor een deel overlappen, maar nooit volledig tot elkaar te herleiden zijn. Met andere woorden: de rechtvaardiging van Kraepelins klinische categorieën moet niet gezocht worden in een neutrale, op wetenschappelijke wijze te omschrijven werkelijkheid; zij zijn geëmaneerd uit de klinische praktijk zelf. In dat verband is het interessant om te wijzen op het feit dat Kraepelin zelf helemaal zo dichotoom niet dacht als wij wel geneigd zijn te denken. Naast het manisch-depressives Irresein en de Dementia praecox onderscheidde hij functionele psychosen zoals de Verrücktheit en de Paraphrenie. Maar de geschiedenis is met Kraepelin aan de haal gegaan en heeft hem gemaakt tot de stamvader van klinisch gedachtegoed dat hij zelf nooit op die manier op papier heeft gezet, maar dat wel een onvervreemdbaar element van onze hedendaagse praktijk is geworden.

Genoemde dichotomie heeft mijns inziens juist daarom in onze dagelijkse praktijk post kunnen vatten, omdat zij aansluit bij voorbewuste, preverbale evidenties in de manier waarop wij heden ten dage gewend zijn om ons met onze medemens te verstaan. Daarmee wordt de dichotomie niet discutabel, zacht of verwerpelijk (zoals de antipsychiatrie ons heeft willen doen geloven). De hedendaagse psychiater kan namelijk niet om de

dichotomie heen, ook al zou hij willen, ook al doet hij nog zo zijn best om bijvoorbeeld te geloven in een spectrum waarin schizofrenie en de bipolaire stoornis beide hun plaats hebben of zelfs identiek zijn (Claes 2005), of in het feit dat psychiatrische ziektes in het geheel niet bestaan, dat er op populatieniveau slecht gradiënten aanwijsbaar zijn van meer naar minder somber, van meer naar minder psychotisch (Verdoux & Van Os 2002). De psychiater moet wel geloven in het bestaan van schizofrenie en de bipolaire stemmingsstoornis (en in de mogelijkheid van een wetenschappelijke onderbouwing van deze categorieën), ook al weet de filosoof dat dit geloof op drijfzand berust.

## LITERATUUR

- Bakel, A.H.A.C. van. (1998). Een psychologie van de endogenie. Over de theoretische pijlers van de Kraepeliniaanse nosologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 752-764.
- Bakel, A.H.A.C. van. (2000). *Kraepelin over zichzelf*. Nijmegen: Sylvius.
- Blom, J.D. (2003). *Deconstructing Schizophrenia*. Amsterdam: Boom.
- Claes, S.J. (2005). Terug naar Griesinger? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 655-657.
- Nieweg, E.H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 687-696.
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.

A. H. A. C. VAN BAKEL, psychiater en filosoof

## ANTWOORD aan Van Bakel (1)

Op enkele punten in collega van Bakels reactie op mijn artikel (Nieweg 2005) wil ik ingaan.

Van Bakel schrijft dat ik mijn analyse beperk tot de uit de DSM-burelen afkomstige categorieën ADHD en PDD-NOS. Ten eerste: mijn artikel gaat over DSM-diagnosen in het algemeen en ik heb de rubrieken ADHD en PDD-NOS slechts gebruikt als illustratie. De reden was vooral praktisch: in de kinder- en jeugdpsychiatrie staan deze stoornis-

sen in het centrum van de belangstelling en ze leverden dus veel illustratiemateriaal. Ten tweede: ADHD en PDD-NOS hebben in de psychiatrie natuurlijk niet de eerbiedwaardige traditie van schizofrenie en de bipolaire stemmingsstoornis, maar ten aanzien van ADHD is het verschil niet zo groot als Van Bakel veronderstelt. ADHD bestaat, onder verschillende namen, even lang als schizofrenie (Nieweg in druk) en is dus, net als schizofrenie, uit de klinische praktijk in de DSM terechtgekomen. PDD-NOS is uiteraard wel typisch een product van het classificatiesysteem.

Van Bakel stelt vervolgens de vraag hoe het bestaat dat het aloude begrip schizofrenie wetenschappelijk zo weinig valide, maar klinisch toch zo bruikbaar is. Hij vindt dit probleem het beste te verklaren met de theorie van een wetenschappelijke en een klinische praktijk, die twee gescheiden domeinen zijn. Ik vind zijn redenering echter nog niet verhelderend en overtuigend.

Om te beginnen begrijp ik die strikte scheiding niet goed. Van Bakel zelf is daar ook niet zo duidelijk over, waar hij enerzijds spreekt over 'niet in elkaars verlengde liggen' en anderzijds over 'mogelijk voor een deel overlappen'. Ik zou graag een nadere uitwerking hiervan zien. Ik ben het met Van Bakel eens dat beide praktijken niet tot elkaar gereduceerd kunnen worden en dat klinische bruikbaarheid op zich voldoende rechtvaardiging kan zijn voor een diagnostisch begrip. Maar waarom zou een uit de klinische praktijk voortgekomen begrip zoals schizofrenie niet in principe wetenschappelijk te onderbouwen of te weerleggen zijn? Daar zijn (vooral buiten de psychiatrie) voorbeelden genoeg van. Verwarrend is ook dat Van Bakel, uitgaande van de moderne wetenschapstheorie, de wetenschap het vermogen toeschrijft een neutrale werkelijkheid te beschrijven, terwijl die pretentie sinds Kuhn juist is verlaten.

Maar ook op het klinische niveau vind ik Van Bakels redenering niet overtuigend. Van Bakel meent dat Kraepelins dichotomie een onvervreemdbaar element is geworden in de klinische praktijk, omdat zij goed aansluit bij voorbewuste, preverbale evidenties. Ook dit laatste punt zou ik

graag toegelicht zien. Ik vermoed dat, naast andere processen, reïficatie van de door Kraepelin bedachte constructen een grote rol speelt bij hun – schijnbare – onontkoombaarheid in de klinische praktijk. Steeds wanneer mensen in categorieën ingedeeld worden, ontstaat de neiging die groepen als natuurgegevens te gaan zien. De filosoof Hacking schrijft bijvoorbeeld over opeenvolgende classificaties van verstandelijke handicaps bij kinderen: ‘At the time that each classification was in use, it seemed somewhat inevitable, a perfectly natural way to classify children ...’ (Hacking 1999, p.111). Maar of het nu vooral gaat om voorbewuste evidenties of om reïficatie, van beide kunnen we ons meer bewust worden. Ik zie dus niet waarom de psychiater zou moeten blijven geloven in het bestaan van schizofrenie als entiteit, zoals Van Bakel meent. Het lijkt mij goed mogelijk om te geloven in het bestaan van spectra en gradiënten van (bijvoorbeeld psychotische of autistische) verschijnselen, en er louter pragmatisch voor te kiezen categorieën (als schizofrenie en PDD-NOS) te gebruiken. Daarmee zijn we weer terug bij de door mij gehanteerde begrippen: realisme versus pragmatisme/nominalisme.

Dat de psychiater niet hoeft te geloven in het bestaan van schizofrenie en de bipolaire stemmingsstoornis blijkt ook uit de geschiedenis. In mijn artikel citeerde ik al Rümke: ‘Bleuler noemt de ziekte-eenheid nog een realiteit, voor Jaspers is zij reeds niet meer dan een oriënteringsgezichtspunt geworden, en Hoche, de scepticus, spreekt van een phantoom’ (Rümke 1923, p.5). Er is altijd discussie geweest over de kraepeliniaanse nosologie en het bestaan van schizofrenie; de acceptatie ervan heeft in de loop van de jaren sterk gewisseld (met de aanzwellende kritiek op de neokraepeliniaanse categoriale DSM’s wordt de geschiedenis dan ook herhaald). Zelfs het bestaan van de ziekte schizofrenie is nooit voor alle psychiaters een zekerheid geweest.

Ik hoop dat collega Van Bakel bovengenoemde punten nog eens zal uitwerken in dit tijdschrift.

## LITERATUUR

- Bakel, A.H.A.C. van. (2006). Reactie op ‘Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie’ en ‘Terug naar Griesinger?’. Ingezonden brief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 245.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge/London: Harvard University Press.
- Nieweg, E.H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 687-696.
- Nieweg, E.H. (in druk). ADHD, een ‘modeverschijnsel’ dat maar niet uit de mode raakt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Rümke, H.C. (1923). *Phaenomenologische en klinisch-psychiatrische studie over geluksgevoel*. Proefschrift. Leiden: Eduard IJdo.

E.H. NIEWEG, kinder- en jeugdpsychiater

## ANTWOORD aan Van Bakel (2)

Collega van Bakel (2006) heeft een boeiend stuk geschreven over psychiatrische nosologie, en in het bijzonder over het onderscheid tussen de bipolaire stoornis en schizofrenie. De tekst is in de eerste plaats een reactie op de bijdrage van collega Nieweg. Naar het einde toe refereert Van Bakel ook naar mijn redactioneel van oktober 2005 (Claes 2005). Daarbij zegt hij dat de hedendaagse psychiater niet om de dichotomie tussen beide ziektebeelden heen kan, ‘ook al doet hij nog zo zijn best om bijvoorbeeld te geloven in een spectrum waarin schizofrenie en de bipolaire stoornis beide hun plaats hebben of zelfs identiek zijn’. Het belangrijkste argument dat Van Bakel hiervoor aanhaalt is de veronderstelde scheiding tussen een wetenschappelijke praktijk, gericht op het ontwikkelen van structuren en processen, en een klinisch-psychiatrische praktijk, gericht op het genereren van handelwijzen. Hij stelt dat de dichotomie tussen schizofrenie en de bipolaire stoornis uit de klinische psychiatrische praktijk komt, en als zodanig niet kan worden opgeheven door wetenschappelijk onderzoek, aangezien dit twee verschillende praktijken betreft.

Ik ben het oneens met deze zienswijze en ik geef hieronder twee redenen daarvoor. Ten eerste is het kraepeliniaanse onderscheid tussen beide aandoeeningen niet zomaar geëmaneerd uit de psychiatrische praktijk, zoals Van Bakel stelt. Wat Kraepelin juist kenmerkt is de systematiek waarmee hij zijn casussen beschreef en bijhield. Het is precies deze wetenschappelijke benadering die hem gevoerd heeft tot de dichotomie tussen de manisch-depressieve ziekte en schizofrenie. De tegenstelling die Van Bakel aanbrengt tussen enerzijds de 'neutrale, op wetenschappelijke wijze te omschrijven werkelijkheid' en anderzijds het 'geëmaneerd [zijn] uit de klinische praktijk zelf' is dus fictief. De ziekte-indeling zoals door Kraepelin opgesteld, is bovendien niet alleen wetenschappelijk totstandgekomen, maar is ook principieel falsifieerbaar, weerlegbaar op basis van nieuwere onderzoeksgegevens die zowel uit klinisch-psychiatrische als uit neurobiologische hoek kunnen komen. Deze falsifieerbaarheid is volgens Karl Popper (1902-1994) de hoofdvoorwaarde voor wetenschappelijkheid. Het onderscheid tussen schizofrenie en de bipolaire stoornis is dus toe te schrijven aan weloverwogen wetenschappelijk onderzoek, maar precies daarom ook aanvechtbaar.

Ten tweede is er het argument dat Kraepelin in de psychofysica van Wundt geen fundament heeft kunnen vinden om zijn klinische indeling te ondersteunen. Ook Freud heeft er in het begin van zijn carrière naar gestreefd, met name in zijn *Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie* uit 1895, om de psychische processen te grondvesten op neurofysiologische basis, maar zag snel het onmogelijke daarvan in. Dit falen was, zo suggereert collega van Bakel, voorspelbaar. Kliniek en wetenschap zijn volgens hem twee verschillende wegen, en dus is elke poging tot integratie een utopie. Maar het mislukken van beide briljante geesten in dit opzicht moet niet worden toegeschreven aan een principiële onmogelijkheid om de kloof tussen psychiatrische kliniek en neurobiologie te dichtten. In hun tijd waren kennis en technieken gewoonweg totaal ontoereikend voor een dergelijk ambitieus doel. Ook nu is ons inzicht in de patho-

fysiologie van psychiatrische stoornissen nog altijd zeer beperkt. Dit is iets heel anders dan een principiële onoverbrugbaarheid.

De dichotomie tussen de bipolaire stoornis en schizofrenie heeft volgens Van Bakel te maken met 'voorbewuste, preverbale evidenties in de manier waarop wij heden ten dage gewend zijn om ons met onze medemens te verstaan'. Deze evidenties zijn wellicht wat Kuhn (1922-1996) bedoelde met paradigma's. Een paradigma is een samenhangend stelsel van modellen en theorieën die een denkkader vormen waarmee de 'werkelijkheid' geanalyseerd wordt. Paradigma's zijn echter niet eeuwig. Bij het toepassen van de wetenschappelijke methode komen steeds opnieuw waarnemingen naar boven die niet in de bestaande modellen of paradigma's passen (anomalieën). Wanneer we de dichotomie tussen schizofrenie en de bipolaire stoornis als een psychiatrisch paradigma beschouwen, dan duiken er inderdaad steeds meer dergelijke anomalieën op, uit epidemiologische, neurobiologische, genetische en farmacotherapeutische hoek, zoals ik stelde in mijn redactioneel. Wellicht kan dit op termijn leiden tot wat Kuhn een paradigmaverschuiving noemt, waarbij een dimensionaal model of endofenotypisch model de overhand krijgt – wat de kliniek grondig zal wijzigen. Laten we in elk geval uitgaan van de principiële mogelijkheid van paradigmaverschuivingen binnen de psychiatrie, en van de invloed daarvan op de klinische praktijk, want anders verklaren we ons vak definitief onwetenschappelijk, en is echte vooruitgang uitgesloten.

#### LITERATUUR

- Bakel, A.H.A.C. van. (2006). Reactie op 'Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie' en 'Terug naar Griesinger?'. *Ingezonden brief. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 245.
- Claes, S.J. (2005). Terug naar Griesinger? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 655-657.

S.J. CLAES, psychiater

*Reactie op 'Een kritische beschouwing over de keuze van de diagnose schizofrenie als uitgangspunt van richtlijnen voor de behandeling'*

Het artikel van Romme doet collega's wellicht de wenkbrauwen fronsen, maar voor mij was het een welkome bijdrage aan het schizofreniedebat.

Deze reactie vanuit de klinische praktijk gaat ten eerste over het 'stellen' van de diagnose schizofrenie. Daarvoor hoeft je geen psychiater meer te zijn, verpleegkundigen doen het dagelijks. Zo gaat dat, net als met de diagnoses borderline persoonlijkheidsstoornis en depressie. De DSM heeft het ons makkelijk gemaakt, maar ik vind dat we ons daarbij ongemakkelijk moeten voelen: elke finesse verdwijnt onder de paraplu van de voor iedereen herkenbare A-criteria, eventueel aangevuld met B-criteria. Internisten hebben ruim 20 ICD-codes voor diabetesvarianten die verschillende behandelopties en prognoses impliceren. Waarom bij ons die verschraling van deskundigheid?

En dan wat betreft de therapie. De helft van het aantal pagina's betreffende therapie in de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (Werkgroep Schizofrenie 2005) gaat over medicatie. Die nadruk op farmacotherapie is alweer een verschraling, namelijk van onze therapeutische mogelijkheden. We weten dat medicatie het functioneren maar zeer ten dele ten goede komt. Patiënten klagen niet voor niets over de bijwerkingen in dat opzicht.

Gelukkig hebben we meer in ons arsenaal. Uit eigen ervaring weet ik dat het doornemen van het Maastricht stemmen horen interview (Romme & Escher 1999) voor de patiënt – en ook voor de interviewende psychiater – meestal een openbaring is. Voor het eerst wordt er belangstellend en indringend geïnformeerd naar die verbijsterende ervaringen; ontstaan en achtergronden worden geëxploreerd en mogelijke betekenissen van en omgangsvormen met de stemmen worden onderzocht. Het is een belangrijke stap naar begrip voor en controle over deze bijzondere ervaringen. Helaas blijkt vaak hoe weinig collega's geïnteresseerd zijn en zich bekwaamd hebben in de cognitieve en sociaal-psychiatrische interventies bij patiënten

met stemmen en wanen.

Als we genoemde richtlijn handhaven kunnen we elkaar feliciteren met door onderzoek onderbouwde – lees: vooral door de industrie gesponsorde, maar weinig nieuwe inzichten opleverende diagnostiek en behandeling. Werkelijk nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden zal die ons echter niet brengen. De ideeën van Romme doen dat gelukkig wel.

#### LITERATUUR

- Romme, M.A.J. (2005). Een kritische beschouwing over de keuze van de diagnose schizofrenie als uitgangspunt van richtlijnen voor de behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 837-845.
- Romme, M.A.J., & Escher, A.D.M.A.C. (1999). *Omgaan met stemmen horen*. Maastricht/Utrecht: Universiteit Maastricht/Trimbos Stichting.
- Werkgroep Schizofrenie. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

J.M.M. DORMAAR, psychiater

#### ANTWOORD aan Dormaar

Ik ben blij met de reactie van collega Dormaar. Hij accentueert weliswaar niet de onwetenschappelijkheid van de diagnose schizofrenie, maar de armoede ervan. Dat is een ander aspect waar de psychiater die zich aan de DSM en aan de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie houdt zich kennelijk weinig van bewust is. Het accent dat de richtlijn legt op medicatie is een andere vorm van armoede, waar Dormaar terecht op wijst.

Zoals Dormaar aangeeft zijn er wel degelijk andere benaderingen, die ingaan op de hinder die patiënten ervaren, maar dat vergt wel een stap zetten, een opleiding volgen, en niet stilstaan bij een uitzichtloze benadering van de psychose als een onbegrijpelijke ervaring. Dat betekent dat we de psychotische ervaringen willen proberen te begrijpen, een relatie durven te leggen met de persoon die deze ervaringen heeft, durven ingaan op wat we niet zonder moeite te doen kunnen begrijpen.

Helaas zetten te weinig psychiaters deze stap. Het lijkt er welhaast op dat het diagnosesysteem van de DSM verlamrend werkt. De schizofrenierichtlijn praat helaas niet over het aangaan van een relatie, maar concentreert zich vooral op het houden van afstand, zoals dat het gevolg is van een eenzijdig accent op medicatie. Dormaar zette de stap, maar hij blijft helaas een relatieve uitzondering. Psychologen zijn of voelen zich wat vrijer op dit gebied en ontwikkelden cognitieve benaderingen waarin zij niet bang bleken te zijn voor de psychotische ervaringen. Daarmee helpen zij patiënten ook minder angstig te zijn, waardoor er energie vrijkomt om het eigen leven vorm te geven. Maar helaas is Nederland niet het land dat op het gebied van cognitieve benaderingen en het begrijpelijk maken van psychotische ervaringen vooroploopt. Engeland lijkt zich aanzienlijk beter te hebben ontwikkeld, vooral dankzij de aandacht van psychologen, helaas ook niet als gevolg van inspanningen van psychiaters.

M. A. J. ROMME, emeritus hoogleraar sociale psychiatrie

Een fout in de Nederlandse uitgave van de beknopte handleiding DSM-IV bleek ook in de herziene uitgave (DSM-IV-TR) niet te zijn opgemerkt

Onlangs sloegen wij de Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV (Koster van Groos 1995) na op de criteria voor het seizoengebonden patroon van een recidiverende depressieve stoornis. Bij criterium C (p. 243) troffen wij de volgende zin aan: 'Gedurende de laatste twee jaar zijn er twee depressieve episodes voorgekomen die een seizoengebonden relatie laten zien zoals gedefinieerd in de criteria A en B en in diezelfde periode zijn er geen seizoengebonden depressieve episodes geweest.'

Met deze zin konden wij moeilijk uit de voeten. De enig mogelijke uitleg was, dat het voorvoegsel 'niet' bij het laatste woord 'seizoengebonden' is weggefallen. In de oorspronkelijke Engelse tekst bleek te staan: 'In the last 2 years, two major depressive episodes have occurred that demonstrate the temporal season relationship defined in criteria a and b, and no non-seasonal major depressive episode has occurred during the same period.' Hieruit volgde dat onze hypothese juist was.

Tot onze verrassing staat ook in de DSM-IV-TR-uitgave deze zin. We vragen ons daarom af of in de afgelopen tien jaar nooit is opgevallen dat er een woord is weggefallen met vrij belangrijke implicaties voor de betekenis van het criterium, en zo ja, waarom dat zo is.

#### LITERATUUR

Koster van Groos, G.A.S. (Vert.). (1995). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV* (p. 243). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Koster van Groos, G.A.S. (Vert.). (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR* (p. 252). Lisse: Swets en Zeitlinger.

L. DE BRUIN, assistent-geneeskundige niet in opleiding

H. J. VAN VLIET, psychiater