

De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9e editie

II De relatie tussen CATEGO-klassen en categorieën van de 'International Classification of Diseases'

door C. J. Slooff, W. R. E. H. Mulder-Hajonides van der Meulen en R. H. van den Hoofdakker

Inleiding

In deel I hebben we gezien dat de betrouwbaarheid waarmee twee onafhankelijke beoordelaars de aanwezigheid van symptomen te zelfder tijd vaststellen met de PSE, een redelijk aanvaardbaar niveau bereikt. De door middel van het CATEGO-computerprogramma uit deze beoordeling verkregen CATEGO-klassen blijken eveneens redelijk betrouwbaar. In de dagelijkse klinische praktijk zijn wij echter niet gewend met deze klassenindeling te werken. In de volgende paragrafen zullen wij de klinische inhoud van de CATEGO-indeling onderzoeken door deze te vergelijken met een meer gangbare categorisering van ziektebeelden, namelijk die volgens de 'International Classification of Diseases' (ICD). Wij gebruiken hiervoor de negende editie.

In deel I hebben we reeds enige kritiek op dit laatste systeem aangestipt. Een belangrijk punt is, dat er geen kennis is omtrent de betrouwbaarheid, waarmee volgens dit systeem in Nederland ge-classificeerd wordt. De opzet van het onderzoek, zoals beschreven in deel I, biedt mogelijkheden om iets van die betrouwbaarheid vast te stellen. Indien de ICD-categorieën met een aanvaardbare tussenbeoordelaarsovereenkomst worden vastgesteld, dan stellen onze gegevens ons in staat om een indruk van de klinische betekenis van de CATEGO-indeling te krijgen.

Een vergelijking tussen CATEGO-klassen en ICD-categorieën kan ons enig inzicht geven in de inhoudelijke validiteit van de categorieën van beide systemen. Daarnaast kan, omdat CATEGO de symptomen van een toestandsbeeld voor elke patiënt op uniforme wijze onderbrengt in een CATEGO-klasse, de bias in onze gangbare (ICD) categorisering naar bepaalde diagnoses worden onderzocht. In het nu volgende gaan we eerst de betrouwbaarheid van ICD-categorieën na. Daarna worden de CATEGO-klassen vergeleken met deze categorieën.

Een restrictie voor de vergelijking is beschreven door Wing (1974). Deze vergelijking is uitsluitend toelaatbaar bij functionele psycho-

Schrijvers zijn resp. als psychiater, als psychologe en als psychiater-hoogleraar verbonden aan de afdeling Biologische Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen. Het eerste deel van dit artikel is gepubliceerd in aflevering 3, 1983 van dit tijdschrift.

sen en neurosen. Indien men deze ook wil maken bij patiënten bij wie (tevens) sprake is van een organische of persoonlijkheidsstoornis, dan dienen in het CATEGO-programma speciale voorzieningen te worden getroffen. Deze maatregelen werden door ons niet genomen, zodat we deze patiënten niet bij de vergelijking kunnen betrekken.

Methode

Voor een gedetailleerde beschrijving van de methode en de patiëntenpopulatie verwijzen wij naar deel I. We herhalen hier alleen dat de interviewer-observatorparen die bij opname de PSE-interviews verrichten, op basis van die interviews tevens een ICD-categorie toekenden aan de ziektebeelden van de 100 patiënten. De laatste 24 patiënten werden kort na dit interview voor een tweede keer geïnterviewd, waarna de tweede (onafhankelijke) interviewer de ziektebeelden eveneens bij een van de ICD-categorieën indeelde. Daarnaast werden de ICD-categorieën bij ontslag verzameld. Deze classificatie geschiedde grotendeels onafhankelijk van die bij opname ten tijde van de PSE-interviews. De CATEGO-klassen die in de analyses worden betrokken zijn verkregen met de PSE-symptoomscores van de interviewers (en niet van de observanten). Voor een vergelijking tussen CATEGO-klassen en ICD-categorieën is in onze studie een beperking van toepassing. De ICD-categorieën bij ontslag werden door de afdelingspsychiaters toegekend op basis van alle beschikbare gegevens betreffende de patiënten, dat wil zeggen, verschijningsvorm, etiologie, beloop en behandelingsresultaat, terwijl die van de PSE-beoordelaars uiteraard vrijwel uitsluitend berusten op informatie betreffende het toestandsbeeld bij opname. Bij een vergelijking van de ICD-categorieën, toegekend door de interviewer-observatorparen en die van de afdelingspsychiaters is door dit verschil in informatie een exacte indruk van de betrouwbaarheid van de ICD niet te verkrijgen. Voor de indeling van functionele psychosen en neurosen volgens de ICD is de symptomatologie van het toestandsbeeld echter van beslissende betekenis (WHO, 1978). Dit rechtvaardigt een vergelijking van resultaten van de ICD-classificatie en CATEGO-classificatie bij opname onderling en met die van de ICD-classificatie bij ontslag.

Statistische verwerking

In deel I maakten wij gebruik van (gewogen) kappa als beschrijvende maat van overeenstemming en ook in dit onderzoeksgedeelte wordt deze maat gebruikt. Kappa heeft echter als nadeel, dat men weinig inzicht krijgt in de aard van de meningsverschillen betreffende diagnoses. Gedetailleerde gegevens in tabelvorm worden daarom eveneens weergegeven.

Wij deelden de ICD-categorieën in in 10 groepen, namelijk de schizofrene psychosen (vergelijkbaar met CATEGO-klassen S en O), de niet-schizofrene psychosen (CATEGO-klasse P), de mani-

sche ontremmingstoestanden (CATEGOM), drie soorten depressieve toestanden (CATEGOD, R en N), de angsttoestanden (CATEGOA), de hysterische neurosen (CATEGOH) en twee restgroepen, waarvan één de organische reacties (hoofdzakelijk alcoholdelieren) en een ander de persoonlijkheidsstoornissen betreft. Obsessionele syndromen (CATEGOB) kwamen in ons onderzoek niet voor. De drie depressieve toestanden werden onderscheiden in een endogeen-psychotische verschijningsvorm (CATEGOD), een meer reactieve of met de persoonlijkheid samenhangende uitingsvorm (CATEGON) en een groep van toestanden, waarbij dit verschil niet was uit te maken (CATEGOR). Niet in alle berekeningen komen overigens alle CATEGO-klassen of ICD-groepen voor wegens te kleine aantallen. De gewogen kappaberekeningen van de meningsverschillen tussen diagnostici over deze groepen ICD-categorieën waren analoog aan die voor de CATEGO-klassen (zie Methode deel I). Hierbij werd tevens rekening gehouden met de klinische relevantie van de meningsverschillen. De 10 groepen categorieën worden namelijk ook onderscheiden in het licht van de beslissing bij de keuze van een farmaco- en/of psychosociale therapie op korte of lange termijn. Bij de schizofrene psychosen, alcoholdelieren en endogene depressies zijn verschillende psychofarmaca geïndiceerd en deze behandelingsvorm kan bij bijvoorbeeld hysterische neurosen zelfs gecontraïndiceerd zijn. Bij de persoonlijkheidsstoornissen en neurosen zijn in eerste instantie psycho- en psychotherapeutische maatregelen aangewezen. Op grond hiervan werd voor de weergave van de ernst van de meningsverschillen tussen beoordelaars over de CATEGO-klassen de volgorde S, O, P, M, D, R, N, A gehanteerd. Aan de afstand tussen S en O werd het gewicht 1 toegekend, aan die tussen P en R 3 en tussen S en A 7, etc. Voor de ICD-categorieën werd de volgende volgorde aangehouden: schizofrene psychosen, niet-schizofrene psychosen, organische reacties, manische ontremmingstoestanden, endogene depressies, ongespecificeerde depressies, reactieve depressies, angsttoestanden, hysterische neurosen en persoonlijkheidsstoornissen, waarbij het gewicht van de afstand tussen de schizofrene en de niet-schizofrene psychosen de waarde 1 kreeg en die tussen organische reacties en de persoonlijkheidsstoornissen de waarde 7, etc.

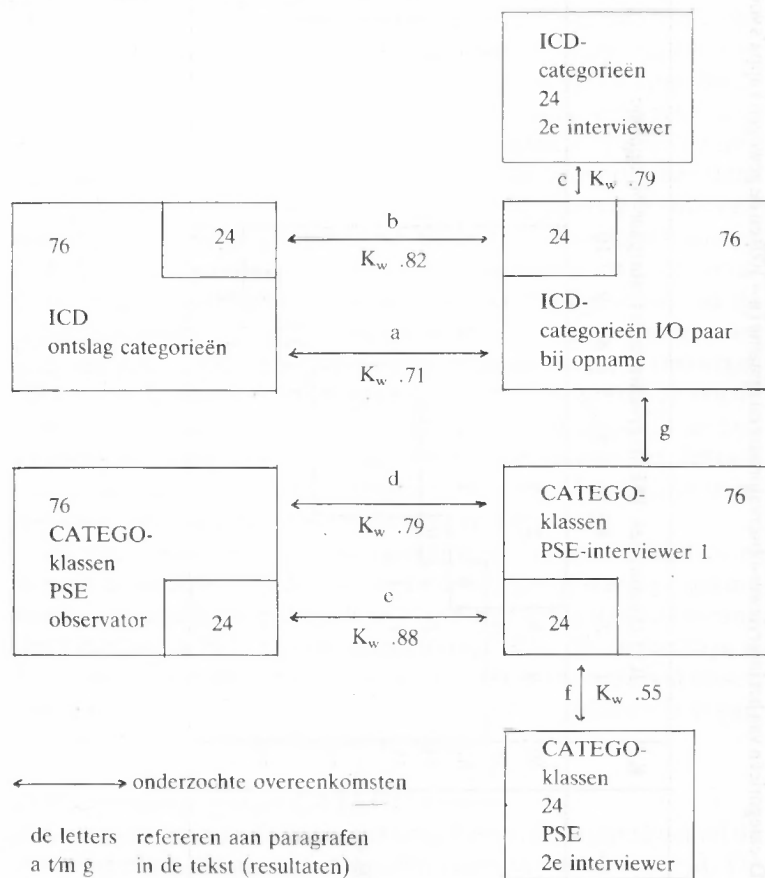
Resultaten

In figuur 1 is de opzet van het onderzoek verduidelijkt. De letters a-g duiden op de volgorde van de bespreking van de diverse vergelijkingen.

1) De resultaten met de ICD

a. De overeenkomst tussen de categorieën bij ontslag en die welke werden toegekend na het PSE-interview door het interviewer-observatorpaar bedraagt 58% ($K_w .71$). In tabel 1 zijn de bestudeerde categorieën, de overeenkomsten en verschillen weergegeven.

Figuur 1: Opzet van het onderzoek bij 100 opgenomen patiënten



De overeenkomst stijgt tot 74% wanneer de indeling wordt teruggebracht tot 7 categorieën (in de tabel dik omlijnd): de niet-affectieve functionele psychosen, de organische reacties, de manische ontremmingstoestanden, de depressies, de angsttoestanden, de hysterische neurosen en de persoonlijkheidsstoornissen (de rest-groep). In deze tabel is zichtbaar, dat er een systematisch verschil is tussen de classificaties van het interviewer- observatorpaar bij opname en die bij ontslag. Er is – begrijpelijk – een tendens om de ziektebeelden bij ontslag vaker in te delen bij de categorie persoonlijkheidsstoornissen dan bij opname, waar men vrijwel uitsluitend de beschikking heeft over het toestandsbeeld. Verder is er een aanduiding dat de categorie schizofrenie bij opname ($n=12$) minder vaak gebruikt wordt dan bij ontslag ($n=16$). Het tijdstip, waarop geïdentificeerd wordt, bij opname of bij ontslag, is dus van belang voor het resultaat ervan, zeker wanneer meerdere categorieën voor een patiënt tegelijkertijd van toepassing zijn. Uit deze tabel kunnen wij eveneens afleiden dat de ICD onderverdelingen binnen de groep depressieve toestanden en binnen de groep niet-affectieve functionele psychosen veel meningsverschillen opleve-

Overeenkomst tussen de ICD-categorieën bij ontslag en ICD-categorieën van het interviewer-observatorpaar na opname ($n = 100$) en de gewogen kappa's voor de ICD-categorieën

ICD-classificatie bij ontslag	K _w	ICD-classificaties. PSE-interviewer/observatorpaar bij opname									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0806											
1. Schizofrene Psychosen (295)	.59	9	4		2	1					
2. Niet Schizofrene Psychosen (297, 298 3-9)	.56	2	8				1				
3. Alcoholdelieren en Organische Reacties (290-294)	.85			6		1					
4. Manische Ontremming (296.0, 298.1)	.84		1		9						
5. Endogeen Depressieve Toestanden (296.1, 298.0)	.31	1	1			4	6				
6. Ongespecificeerde Depressieve Toestanden (296.1/300.4)	.-					1	1	1			
7. Reactieve Depressieve Toestanden (300.4)	.31					2	8				
8. Angsttoestanden (300.0)	.-							1	2		
9. Hysterische Neurosen (300.1)	.69							2		5	
10. Restgroep (301, 303, 300.5, 300.9)		1	1					7	1	2	7

ren. De kappa's voor de ICD-categorieën afzonderlijk zijn ook in tabel 1 vermeld. Waar deze niet zijn gegeven, waren de aantallen patiënten in deze categorieën te klein om de kappawaarden te berekenen. De restgroep is te heterogeen van samenstelling, zodat de mate van overeenstemming voor deze categorie geen relevante informatie oplevert. Organische reacties en manische toestandsbeelden behalen een hogere overeenkomst dan de overige beelden.

b. Bij de 24 patiënten, die na het eerste PSE-interview voor een tweede keer werden geïnterviewd, werd de overeenkomst tussen de ICD-categorieën bij ontslag en die van het interviewer-observatorpaar apart berekend. Deze analyse wordt uitgevoerd om de resultaten ervan te vergelijken met die onder *c*. Van overeenkomst is sprake in 67% ($K_w .82$). Deze enigszins hogere waarde (in vergelijking met die genoemd onder *a*) is mogelijk toe te schrijven aan de samenstelling van deze populatie. Deze bestond namelijk uit een kleiner aantal categorieën. Verder is het opmerkenswaard, dat ook bij deze groep patiënten de diagnose schizofrenie bij opname minder vaak gesteld werd dan bij ontslag (6 versus 10).

c. De overeenkomst tussen de categorieën van het PSE interviewer-observatorpaar en die van de tweede interviewer bij opname werd eveneens berekend bij deze 24 patiënten. Overeenstemming werd bereikt in 79% van de gevallen ($K_w .79$). Dit percentage is hoger dan die onder *a* en *b* genoemd. Het korte tijdsinterval tussen de beoordelingen en het verschil in beschikbare informatie vormt een verklaring voor het betere resultaat.

2) De resultaten met de CATEGO-klassen.

d. De resultaten van de overeenkomst tussen de interviewer en de observator bij 100 patiënten werden reeds in deel 1 vermeld. De betrouwbaarheid hiervan bereikte een niveau van 74% ($K_w .79$). Zoals we onder *a* gezien hebben was dit bij de ICD 58% ($K_w .71$). Deze uitkomsten zijn echter nauwelijks vergelijkbaar. Immers tussen de ICD-classificaties ligt een tijdsinterval, terwijl dit bij deze CATEGO-classificaties niet het geval is.

e. Voor dezelfde beoordelingssituatie bij de geherinterviewde 24 patiënten leverde de vergelijking een overeenkomst op in 79% ($K_w .88$) van de gevallen.

f. In de test-retest situatie werd tussen de CATEGO-klassen van de eerste en tweede PSE-interviewers een overeenkomst van 63% ($K_w .55$) bereikt. De meningsverschillen betroffen hier de klassen S en M in drie gevallen en D, R, N en A in vier gevallen. In twee andere gevallen werd tijdens het tweede interview geen psychotische symptomatologie vastgesteld, terwijl dit in het eerste wel het geval was (zie ook deel I).

In tabel 2 geven wij nog eens een samenvatting van de bovengenoemde resultaten.

Wij vermelden hierbij eveneens de betrouwbaarheid, waarmee niet-affectieve functionele psychosen (ICD 295, 297 en 298.3-9) te zamen en die van alle depressieve categorieën te zamen (ICD 296.1, 298.0, 296.1/300.4 en 300.4) kunnen worden onderscheiden

Tabel 2: Overeenkomst van ICD-categorieën in percentage overeenkomst en gewogen kappa

	classificatie bij ontslag versus PSE IO paar n = 100		classificatie bij ontslag versus PSE IO paar n = 24		classificatie PSE IO paar versus PSE I ₂ n = 24	
	%	K _w	%	K _w	%	K _w
totaal	58	.71	67	.82	79	.79
niet-affectieve functionele psychosen	92	.80	96	.92	88	.75
depressieve toestanden	85	.60	100	1.00	88	.50

overeenkomst van CATEGO-klassen in percentage overeenkomst en gewogen kappa

	CATEGO PSE I versus n = 100		OCATEGO PSE I versus n = 24		OCATEGO PSE I versus I ⁻ n = 24	
	%	K _w	%	K _w	%	K _w
totaal	74	.79	79	.88	63	.55
S, O, P	92	.83	100	1.00	75	.49
D, R, N	87	.74	92	.78	83	.60

I = interviewer IO = PSE interviewer-observatorpaar

O = observator

van alle andere stoornissen. Vervolgens worden deze vergeleken met de betrouwbaarheden van overeenkomstige CATEGO-klassen: S, O en P respectievelijk D, R en N.

Uit deze tabel kunnen de volgende conclusies worden getrokken. De resultaten van de betrouwbaarheidsmetingen zijn afhankelijk van de tijdsintervallen, die tussen de beoordelingen zijn verlopen. Zoals eerder is opgemerkt, is van een betrouwbaarheidsmeting in engere zin bij de ICD-classificaties tussen ontslag en opname geen sprake, daar de beschikbare informatie over de ziektegeschiedenissen bij beide beoordelingen te zeer verschilt. De derde kolom biedt wel een vergelijkingsmogelijkheid. Het aantal patiënten (n=24) is echter te klein om hier verstrekkende conclusies aan te verbinden. Niet-affectieve psychotische ziektebeelden kunnen met CATEGO redelijk betrouwbaar worden gedifferentieerd evenals de depressieve althans op hetzelfde tijdstip. In de test-retest situatie is dit minder het geval en met name waar het de niet-affectieve psychosen betreft. Opvallend is, dat bij deze laatste ziektebeelden de ICD-classificaties juist een redelijk hoog overeenstemmingspercentage vertonen. Mogelijk dat de inleidende vragen bij het PSE-interview betreffende de reden van opname van deze patiënten tot dit resultaat geleid hebben. Deze informatie wordt namelijk niet in het CATEGO-programma verwerkt. Met andere woorden, de PSE-symptomen zijn als enige informatiebron bij een aantal patiënten uit deze groepen kennelijk ontoereikend voor een betrouwbare classificatie in een test-retest situatie. Voor de CATEGO-

Tabel 3: Relatie tussen ICD-categorieën en CATEGO-klassen

ICD-classificatie van het interviewer-observatorpaar	CATEGO-klassen PSE-interviewer							
	S	O	P	M	D	R	N	A
Schizofrene Psychosen (295)	11	1						
Niet Schizofrene Psychosen (297, 298, 3-9)	7		3	1	1	3		
Alcoholdelieren en Organische Reacties (290, 294)	5				1		1	
Manische Ontremming (296.0, 298.1)	6	1		4				
Endogeen Depressieve Toestanden (296.1, 298.0)					2	5	2	
Reactieve Depressieve Toestanden (300.4)	1			2		18	3	2
Angsttoestand (300.0)						3		1
Hysterische Neurosen (300.1)			1			3	2	1
Restgroep (301, 303, 300.5, 309)	1		1	1	1	3	2	

classificatie van depressieve patiënten geldt dit in mindere mate.

3) De relatie tussen CATEGO en ICD.

g. Vergeleken zijn de CATEGO-klassen van de interviewers met de ICD-categorieën van de interviewer-observatoren. We zijn met name geïnteresseerd in de overeenkomsten en verschillen tussen beide classificatiesystemen bij functionele psychosen en neurosen. Voor de organische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zijn voor de vergelijking restricties van toepassing, die in de inleiding zijn beschreven. We vermelden ze wel, maar ze zijn 'hors concours'. Inspectie van deze tabel leidt tot de volgende conclusies. 81% van de volgens de ICD niet-affectieve functionele psychosen wordt ingedeeld bij de CATEGO-klassen S, O en P. De depressieve toestanden volgens de ICD worden in 86% van de gevallen ingedeeld bij de CATEGO-klassen D, R en N. Binnen de ICD-sub-categorieën is echter geen duidelijke relatie met CATEGO-klassen. De volgens de ICD als manische psychosen geclassificeerde patiënten worden in 6 van de 11 gevallen ingedeeld bij de CATEGO-klasse S (d.w.z. 'Schizofrenie'). Angsttoestanden en hysterische neurosen worden in de meeste gevallen ingedeeld bij CATEGO-klassen R en N.

Wanneer we uitgaan van de CATEGO-classificatie stellen we het volgende vast. 71% van de CATEGO-klassen D, R en N wordt ingedeeld bij depressieve toestanden volgens de ICD. De klassen S, O en P worden in 70% van de gevallen bij de niet-affectieve functionele psychosen volgens de ICD ingedeeld. De CATEGO-klassen vertonen dus slechts een globale relatie met de ICD-categorieën.

Nabeschuwing

Betrouwbare diagnostiek en classificatie van psychiatrische stoornissen vormen een zeer belangrijke voorwaarde bij onderzoek in de

psychiatrie. Daarnaast zijn zij onmisbaar bij de evaluatie van behandelingen en de beoordelingen van de prognose in de dagelijkse praktijk. Diagnostiek is in de hulpverlening in Nederland een stiefkind. Een semi-gestructureerd psychiatrisch onderzoek bij patiënten ten behoeve van de beoordelingen van de symptomatologie van het toestandsbeeld bij opname, zoals de PSE, biedt de mogelijkheid voor zowel een redelijk betrouwbare vaststelling van die symptomen, als een indeling in klassen, althans op eenzelfde tijdstip.

De betrouwbaarheid, die tussen beoordelaars met de ICD bereikt werd, is slechts voor grove categorieën bij een klein aantal patiënten ($n=24$) door ons onderzocht. Ondanks alle kritiek op dit systeem vallen de resultaten ons nog mee. Binnen deze categorieën is echter sprake van een lage overeenstemming met name bij de depressies. Ons inziens is dit te wijten aan het ontbreken van de regels in de ICD voor de classificatie van (met name vitale) depressies in de categorieën 296 of 300.4. Wij zien deze problematiek ook weerspiegeld in de vergelijking van ICD-classificaties bij opname en ontslag.

Wij gebruikten slechts één ICD-categorie voor de typering van het ziektebeeld van de patiënt. Dit vormt een mogelijke verklaring voor de systematische verschillen tussen de ontslagcategorieën en die van de toestandsbeelden bij opname. Bij ontslag legde de onderliggende persoonlijkheidsstoornis mogelijk meer gewicht in de schaal bij de classificatie volgens de ICD. Dit zou met name bij reactieve depressies het geval kunnen zijn.

Een ander probleem dat ons is duidelijk geworden in dit onderzoek, is de afgrenzing van de symptomatologie van depressies van die angsttoestanden, hysterische neurosen (en persoonlijkheidsstoornissen) met beide classificatiesystemen.

Indirect zijn deze resultaten een pleidooi voor de toepassing van een meerassig classificatiesysteem zoals de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (APA, 1980). In dit systeem is ook de in Nederland gebruikte categorie vitale depressie opgenomen.

Eveneens stelden wij vast, dat de PSE als enig beoordelingsinstrument bij een aantal patiënten met een niet-affectieve functionele psychose te kort schiet. Hetero-anamnestiche informatie is bij deze patiënten noodzakelijk. Bij depressieve patiënten zijn wij hiervan minder afhankelijk. Het verslag dat depressieve patiënten over hun afwijkende ervaringen geven, is op twee kort op elkaar volgende tijdstippen namelijk minder onderhevig aan veranderingen, dan dat dit bij psychotische patiënten het geval is.

De relatie van de CATEGO-klassen met ICD-categorieën is slechts globaal. Dat is in het licht van de betrouwbaarheidsresultaten met de ICD ook te verwachten.

Bij de vergelijking van ICD-categorieën en CATEGO-klassen blijkt, dat zes van de elf patiënten met een manische ontremmingstoestand volgens de ICD ingedeeld worden bij de CATEGO-klasse S (schizofrene psychosen). Dit kan niet worden verklaard

door de aanwezigheid van patiënten met een schizo-affectieve psychose. Deze worden immers volgens de ICD ingedeeld bij de schizofrene psychosen. Mogelijk worden in het CATEGO-programma de symptomen van de eerste rang van Kurt Schneider te zwaar gewogen. Een andere mogelijkheid is dat zij in ons onderzoek ten onrechte aanwezig werden gescoord. Volgens Pope en Lipinski (1978) zijn deze symptomen overigens van beperkte diagnostische betekenis. Een laatste verklaring kan zijn, dat wij de diagnose schizofrenie vermijden en met name bij opname. Multi-centrum betrouwbaarheidsonderzoek kan bij de beantwoording van deze vragen van dienst zijn.

Verder valt op, dat neurotische stoornissen volgens CATEGO worden ingedeeld bij de klassen R en N. De aanwezigheid van depressieve symptomen wordt in het hiërarchische beslissingsschema van het CATEGO-programma kennelijk zwaarder gewogen dan die van angst en histerie. Bij de definitie van een patiëntenpopulatie verdient het dus aanbeveling naast de PSE ook andere beoordelingsinstrumenten te gebruiken. De DSM III is een van de instrumenten die in dit opzicht de aandacht verdienen. Dit systeem biedt namelijk enkele oplossingen voor een paar problemen bij de classificatie van psychiatrische stoornissen in de vorm van duidelijke criteria en beslissingsregels en de mogelijkheid om een persoonlijkheidsstoornis op een aparte 'as' weer te geven.

Literatuur

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III.* (1980) APA.
- Slooff, C. J., Mulder-Hajonides van der Meulen, W. R. E. H. and Van den Hoofdakker, R. H. (1983). De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9e editie, deel I: Betrouwbaarheidsaspecten, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 25, p. 151-163.
- Pope, H. G. Jr. and Lipinski, J. F. Jr. (1978). Diagnosis in schizophrenia and manic depressives. *Arch. Gen. Psychiatry* 35, p. 811-828.
- WHO (1978). *Mental Disorders: Glossary and guide to the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. WHO Geneva.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. and Sartorius, N. (1974). *Description and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.