

De classificatie van de functionele niet-affectieve psychosen

door C. J. Slooff, R. Giel, A. de Jong en D. Wiersma

Inleiding

Classificeren in de psychiatrie is een noodzakelijk hulpmiddel bij:

- a. het vaststellen van de morbiditeit in een populatie;
- b. het beschrijven van ziekten of zieken;
- c. onderzoek naar de meest aangewezen behandeling bij omschreven klassen ziekten of zieken;
- d. onderzoek naar de oorzaken en het beloop van een ziekte onder verschillende socio-culturele omstandigheden, en
- e. communicatie tussen deskundigen (Kendell, 1975).

Classificatie gebeurt door middel van een ordening van de verschillende kenmerken van een ziektebeeld, binnen zulke dimensies als:

1. de aard van de ziekteverschijnselen of symptomen;
2. het ziektebeloop:
 - a. de wijze van ontstaan: acuut, subacuut of sluipend,
 - b. de afloop en de duur van de ziekte;
3. de etiologie: erfelijke factoren, ontwikkelingsproblemen, levensgebeurtenissen, leeftijdsfase en sociale omstandigheden; en
4. de prognose op langere termijn: volledige remissie, chroniciteit, defecttoestanden en complicaties.

Een voorwaarde voor een classificatie-systeem is dat het uit een eindig aantal klassen bestaat, die elkaar uitsluiten. Het systeem dient ruimte te bieden voor de toewijzing van iedere betrokkene of ziekte aan een bepaalde klasse in het systeem. Deze zijn gerangschikt volgens een hiërarchie of volgens gemeenschappelijke kenmerken in subklassen (Stengel, 1959).

De meest bekende classificatie-systemen voor psychiatrische stoornissen zijn de 'International Classification of Diseases' en de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. Beide systemen zullen hieronder besproken worden voorzover zij de functionele niet-affectieve psychosen betreffen. Op basis van enkele onderzoeksgegevens uit de WHO-studie 'On the Assessment

Schrijvers zijn respectievelijk als psychiater, afd. Klinische Psychiatrie en hoogleraar, psycholoog en socioloog, afd. Sociale Psychiatrie, verbonden aan de R. U. Groningen

and Reduction of Psychiatric Disability' (Giel e.a., 1980) zullen zij daarna worden vergeleken wat betreft hun inhouds- en predictieve validiteit.

De functionele niet-affectieve psychosen

Met de functionele niet-affectieve psychosen worden ernstige psychiatrische toestanden bedoeld, die gekenmerkt worden door primaire stoornissen in de waarneming, het denken, de gevoelswereld en het gedrag. Deze uiten zich in de vorm van hallucinaties, wanen, taalstoornissen en afwijkende gedragingen. Functioneel wil zeggen dat momenteel géén organische afwijkingen verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het psychiatrische beeld. De niet-affectieve psychosen worden onderscheiden van de affectieve psychosen, de manie en de depressie, waaraan een stemmingsstoornis ten grondslag ligt.

De functionele niet-affectieve psychosen komen in vergelijking tot neurosen, depressies en persoonlijkheidsstoornissen overigens weinig voor. Ze hebben echter ernstige consequenties voor de betrokkene en zijn familieleden, terwijl ze in de populatie van de psychiatrische ziekenhuizen met verblijfsafdelingen een belangrijke plaats innemen. Tot de functionele niet-affectieve psychosen behoren de schizofrene, de paranoïde en de reactieve psychosen. In totaal zijn ons een veertigtal benamingen voor deze psychosen bekend, met een grote diversiteit aan beschrijvingen van de ziektebeelden, aan welke door psychiaters een uiteenlopende betekenis wordt gehecht met betrekking tot hun etiologie, verschijningsvorm, behandeling en prognose. Deze situatie werd reeds voor de tweede wereldoorlog onderkend, doch vooral erna werden pogingen ondernomen om opnieuw orde op zaken te stellen, bij voorbeeld door middel van de International Classification of Diseases van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Deze beoogt de in verschillende landen en culturen in gebruik zijnde benamingen en classificatie-systemen onder één noemer te brengen. Sinds 1978 is de 9e editie beschikbaar en in Nederland in gebruik (Giel en Boogaerts, 1980).

In de Verenigde Staten werd een meer uitgebreid systeem ontwikkeld en geënt op de minder gedetailleerd omschreven categorieën van de ICD. Dit systeem heet de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', waarvan momenteel de 3e editie in gebruik is. Een Nederlandse vertaling is in bewerking. De opzet van deze 3e editie is sterk beïnvloed door de ontwikkelingen in sommige research-centra. Hier werden operationele definities van de ziektekenmerken geformuleerd ten behoeve van de vergelijkbaarheid van onderzoek aan bepaalde patiënten-populaties.

Deze definities werden mede ontleend aan de resultaten van vervolgonderzoek (Feighner et al, 1972). In deze centra zijn ook de meeste beoordelingsschalen voor psychiatrische ziektebeelden ontworpen en werden de eerste pogingen ondernomen tot de ontwikkeling van gestandaardiseerde psychiatrische interviews voor

het vastleggen van symptomatologie, verloop, voorgeschiedenis en persoonlijkheid van de patiënt (Wing, 1967; Spitzer, 1970).

De 'International Classification of Diseases' (9e editie)

De ICD heeft voor de functionele niet-affectieve psychosen drie categorieën, nl. 295: de schizofrene psychosen; 297: de paranoïde toestanden; en 298: de reactieve psychosen.

1. *De schizofrene psychosen* – De schizofrene psychosen worden volgens de ICD gekenmerkt door fundamentele stoornissen in de samenhang van het denken en het gevoelsleven, in de persoonlijkheid, het gedrag en de taal. De voortgang van het denken wordt belemmerd door ervaringen die door middel van beïnvloedingswanen worden verklaard. Een verschijnsel van de taalstoornis is de incoherentie. De waarnemingswereld wordt gekenmerkt door hallucinaties. Sociale terugtrekking wordt genoemd, naast onbegrijpelijk en bizar gedrag. Voor ons is van belang dat de diagnose niet beperkt blijft tot ziekteprocessen met een chronisch en ongunstig verloop. In sommige gevallen volstaat de ICD met een summier beschrijving van de eindtoestand. Subtypen zoals de latente schizofrenie en de schizofrenia simplex geven aanleiding tot diagnostische onzekerheid, omdat manifest psychotische verschijnselen in de vorm van wanen, hallucinaties of taalstoornissen afwezig kunnen zijn. Psychosen met de eersterangs symptomen van Schneider behoren in ieder geval tot deze groep, evenals de schizo-affectieve psychosen. Regels voor de hantering van de kenmerken van symptomatologie, etiologie en verloop ontbreken, evenals voor een hiërarchie van de klassen. Geen van de opgenoemde kenmerken is pathognomonisch voor bepaalde klassen, die elkaar ook niet uitsluiten.

2. *De paranoïde toestanden* – Een zestal typen wordt onderscheiden met behulp van korte omschrijvingen van karakteristieke symptomen. Het zijn psychosen die niet als schizofreen of functioneel affectief kunnen worden geclassificeerd, waarmee de ICD hier dus een hiërarchisch ordeningsprincipe introduceert. Hallucinaties worden slechts bij één type beschreven nl. de parafrenie. Daarnaast noemt men hier o.a. de geïsoleerde sensitieve betrekkingswaan, de ontrouwwaan en de paranoia. Het verloop is niet zelden chronisch, de persoonlijkheid en het sociaal functioneren kan lange tijd intact blijven.

3. *De reactieve psychosen* – Deze klasse wordt in de ICD gereserveerd voor een zeer kleine groep functionele psychosen, waarvan het ontstaan grotendeels toe te schrijven zou zijn aan recente en ernstig belastende levensgebeurtenissen. De als reactief bestempelde affectieve psychosen, eventueel met een verlaagd bewustzijn, kunnen hier eveneens ondergebracht worden. De ICD laat ruimte om sommige affectieve psychosen hier onder te brengen.

De conclusie is dat de ICD door zijn formuleringen van ons vraagt om de functionele niet-affectieve psychosen in eerste instantie als

schizofreen te classificeren, en levert ons daarvoor summiere, min of meer typische fenomenologische criteria. Psychotische verschijnselen zoals wanen en hallucinaties zijn niet obligaat. De hiërarchie van schizofrene boven affectieve symptomen is impliciet aanwezig. Het classificatie-principe berust op onsystematische wijze op fenomenologische, beloops- en etiologische criteria. Beslisingsregels voor de hantering en de weging van deze criteria ontbreken. Dit heeft tot gevolg dat de resultaten met dit systeem erg afhankelijk worden van de individuele interpretatie van de diagnosticus. De betrouwbaarheid is dan ook matig.

De 'Diagnostic and Statistical Manual' (3e editie)

De DSM-III is een classificatie-systeem met meer assen of dimensies. De eerste as betreft het syndroom en zijn beloop. De tweede biedt de mogelijkheid om de premorbide persoonlijkheid te classificeren en de derde betreft een eventuele somatische stoornis. Op de vierde wordt informatie over stress-factoren vastgelegd en op de vijfde het hoogste niveau van sociaal functioneren in het jaar voorafgaande aan de ziekte. Voor elke klasse zijn diagnostische criteria beschikbaar en het systeem is opgebouwd volgens hiërarchische principes en beslissingsregels. De DSM-III onderscheidt bij de functionele niet-affectieve psychosen de schizofrene psychosen, de paranoïde toestanden en psychosen die niet in deze klassen kunnen worden ondergebracht, zoals de schizofreniforme psychosen, de kortdurende reactieve psychosen, de atypische psychosen en de schizo-affectieve psychosen. Op het eerste gezicht lijkt deze indeling op de eerste as niet veel af te wijken van die van de ICD.

1. *De schizofrene psychosen* – In de eerste alinea's van de beschrijving van de schizofrene psychosen blijkt dat een leeftijdscriterium (15-45 jaar) wordt geïntroduceerd. Daarnaast mag er geen sprake zijn van een affectieve stoornis. Dit laatste is een essentieel van de ICD verschillend ordeningscriterium. Het belangrijkste lijkt echter het criterium van de duur van de ziekte. Uitsluitend functionele niet-affectieve psychosen die, inclusief hun prodromen en restverschijnselen, langer duren dan een half jaar dienen hier te worden ingedeeld. Tijdens deze fase dienen psychotische verschijnselen in de vorm van wanen, hallucinaties of taalstoornissen aanwezig te zijn, voor tenminste een gedeelte van deze tijd. Het criterium van het afglijden van iemands premorbide sociale functioneren is niet nader in de tijd gedefinieerd. Behalve paranoïde beelden zonder hallucinaties en affectieve psychosen komt elke psychotische toestand in aanmerking.

2. *De paranoïde psychosen* – Deze betreffen de niet-affectieve psychosen zonder schizofrene kenmerken en zonder hallucinaties. Voorbeelden zijn min of meer geïsoleerde achtervolgings- of achterdochtswanen. Deze psychosen duren minimaal 1 week. Er geldt geen leeftijdscriterium, alhoewel zij veelal pas op middelbare leeftijd plegen te ontstaan. Tot deze groep behoren, evenals bij de ICD, de paranoia en de sensitieve betrekkingswaan. Tot deze

klasse worden eveneens de acute paranoïde psychosen gerekend. Dit maakt deze klasse tot een heterogene groep psychotische toestanden aangezien alle andere ertoe behorende toestanden een chronisch beloop hebben.

3. *De psychosen die niet elders kunnen worden geclassificeerd* – Onder deze groep psychosen worden de schizofreniforme psychosen gerekend, dus met schizofrene kenmerken, maar met een tijdsduur van maximaal een half jaar, inclusief de prodromen en restverschijnselen. Daarnaast wordt hier de mogelijkheid geboden om reactieve psychosen onder te brengen. Deze mogen dan niet langer dan 2 weken duren. Als restgroep worden de atypische en de schizo-affectieve stoornissen genoemd, waarvoor provisorische regels zijn geformuleerd.

Alhoewel de DSM-III veel nauwkeuriger is wat betreft de criteria en definities voor psychotische symptomatologie en hun beloop, blijft onduidelijkheid bestaan over de indeling van met name acute paranoïd gekleurde psychiatrische beelden die langer dan 1 week duren. Vrijwel alle andere beelden zijn goed onder te brengen in subklassen met de mogelijkheid tot typering van het beloop. Daarnaast bestaat binnen elke klasse een subklasse voor een (minder omschreven) restgroep, waardoor de overige subklassen aan homogeniteit winnen. Hoewel de criteria voor het beloop de indeling vergemakkelijken en betrouwbaarder maken, ontbreken er nog hiërarchische regels voor de classificatie van de schizo-affectieve psychosen op grond van hun symptomatologie.

Het invoeren van een criterium voor de ziekteduur (inclusief prodromen en restfase) voor de schizofrene psychosen resulteert in een selectie van ongunstiger verlopende psychosen en heeft tot gevolg dat hun classificatie pas na een half jaar kan plaatsvinden. Deze procedure staat het gebruik van het systeem bij een onderzoek naar prognostische variabelen in de weg. Vergelijken we de ICD-9 met de DSM-III dan merken we dus verschillende opvattingen over schizofrenie op. In de afweging van hun vóór- en nadelen dienen we ook de validiteit van de beide indelingen te betrekken. Met behulp van de bevindingen uit ons cohortonderzoek (Giel e.a., 1980) zijn we in staat enig licht te werpen op de inhouds- en predictieve validiteit van de beide classificatie-systemen. We doen dit door middel van de volgende vragen:

1. In hoeverre onderscheiden de schizofrene, paranoïde en reactieve psychosen volgens de ICD (9e editie) zich van elkaar wat betreft zulke kenmerken als hun wijze van ontstaan, de premorbide persoonlijkheid, de symptomatologie, het beloop en de afloop?
2. In hoeverre onderscheiden schizofrene, schizofreniforme, paranoïde en kortdurende reactieve psychosen volgens de DSM-III zich van elkaar ten aanzien van dezelfde kenmerken?
3. In hoeverre verschillen de overeenkomstige diagnose-categorieën van beide systemen van elkaar? Dit is met andere woorden de vraag naar hun concordantie.

Het cohortonderzoek in Groningen

Dit onderzoek is een follow-up studie naar het beloop van functionele niet-affectieve psychosen (ICD 295.0-9, 297.0-9, 298.3-9) bij patiënten die voor het eerst in hun leven met een dergelijke psychose in de intra- of extramurale gezondheidszorg werden gesignaleerd.

De selectie van de patiënten vond plaats bij GGZ-instellingen in Groningen en Drenthe met behulp van de volgende criteria:

1. leeftijd tussen 15 en 45 jaar;
2. woonachtig in Groningen of Drenthe;
3. geen aanwijzingen voor een organisch cerebrale stoornis, zwakzinnigheid, zintuiglijke defecten of voor verslaving aan alcohol of drugs;
4. geen aanwijzingen voor psychotische verschijnselen langer dan 1½ jaar vóór het eerste contact met de GGZ.
5. Aanwezigheid van tenminste één van de volgende symptomen:
 - a. hallucinaties;
 - b. wanen niet behorende bij een depressief of manisch syndroom;
 - c. het optreden van duidelijk bizar en onaangepast gedrag;
 - d. denk- of taalstoornissen anders dan een versnelling of vertraging.

Na de selectie introduceerde de behandelaar het onderzoek bij de patiënten, waarna om hun schriftelijke toestemming tot deelname werd gevraagd. Door deze procedure kwam het herhaaldelijk voor dat patiënten bij de eerste kennismaking alweer uit hun eerste psychotische episode waren en uit het ziekenhuis waren ontslagen (Wiersma e.a., 1981). Uiteindelijk werden 100 patiënten geselecteerd binnen een tijdsvak van ruim 1½ jaar. Zeventien van hen weigerden deelname aan het onderzoek vóór het eerste interview. Van 70 patiënten zijn totnutoe follow-up gegevens over een periode van 2 jaar na het begin van de eerste psychotische verschijnselen, beschikbaar. De follow-up van het tweede en derde jaar is nog gaande en wordt september 1982 afgesloten.

Vaststelling van en veranderingen in symptomatologie, beloopskennmerken, sociaal functioneren, levensgebeurtenissen, sociodemografische kenmerken, behandelingen en prognostische uitspraken vanaf het begin van de psychose vinden jaarlijks plaats door middel van semi-gestructureerde interviews bij patiënten, familieleden of sleutelfiguren. Daarnaast zijn gegevens van behandelaars beschikbaar via statussen, ontslagbrieven, verpleegrapporten en vragenlijsten, voorzover ieder jaar opnieuw toestemming van de betrokkene werd verkregen. We selecteerden patiënten uit het cohort die ten behoeve van deze validiteitsstudie van de classificatiesystemen moesten voldoen aan de volgende criteria:

(a) patiënten die in de maand voorafgaande aan het eerste interview psychotisch waren, vooral met het oog op de DSM-classificatie en de bestudering van de psychotische symptomatologie;

(b) tevens diende de follow-up periode van 24 maanden compleet te zijn;

(c) de eerste classificatie volgens de ICD, diende tenminste 6 maanden na het begin van de eerste psychotische episode te zijn toegepast om vergelijking met de DSM-III, die een duur van 6 maanden als criterium aangeeft mogelijk te maken. De ICD-klasse werd na elk interview in een overleg van het onderzoeksteam toegekend, in de vorm van een klasse voor de hoofddiagnose betreffende het beeld door de jaren heen en eventueel voor een alternatieve diagnose. Daarnaast was er de mogelijkheid om de premorbide persoonlijkheid en de lichamelijke toestand te classificeren. De classificatie volgens DSM werd geheel retrospectief door één persoon (C.S.) in augustus 1981 uitgevoerd;

(d) patiënten die op zwakbegaafd niveau functioneren werden niet bij deze selectie betrokken.

Aldus bleken 37 patiënten geschikt te zijn voor de beoogde analyse.

Methode

(a) Ten behoeve van de inhoudsvaliditeit van de classificaties werden over de volgende kenmerken gegevens verzameld:

1. de eventuele premorbide neurotische of persoonlijkheidsstoornissen, vastgelegd via de ICD-klassen 300 en 301 (met uitzondering van categorie 301.8, zie onder b.2.), op basis van de levensgeschiedenis tot aan het begin van de ziektegeschiedenis;

2. het ontstaan van de eerste psychotische episode. Acut wil zeggen binnen 1 week, subacut binnen één maand en sluipend langer dan één maand;

3. de duur van de eerste episode in het eerste jaar, uitgedrukt in weken;

4. de symptomatologie van een psychotische episode, vastgesteld met behulp van de PSE, aangevuld met de ziekteduur ervan. De PSE (Present State Examination, Wing et al, 1974) is een gestandaardiseerd psychiatrisch interview naar de aanwezigheid van een 100-tal klassieke psychiatrische symptomen, gedurende de maand voorafgaand aan het interview. Tevens is het gedrag van de patiënt tijdens het interview vastgelegd. We maakten verder gebruik van het CATEGO-computerprogramma dat bij de PSE behoort, om tot een CATEGO-classificatie van de psychotische episode te komen. Daarnaast werden de PSE-symptomen ingedeeld in een 20-tal secties van klinisch bij elkaar behorende symptomen zoals die betreffende een depressie of het kern-syndroom van Schneider. Bij deze indeling werden de gedragsitems weggelaten. Voor elke sectie werd een score berekend, waarbij rekening werd gehouden met de ernst en het aantal van alle tot de sectie behorende symptomen.* Voor elke groep patiënten kon op deze manier een gemiddelde score per sectie berekend worden.

(b) Voor de bestudering van de predictieve validiteit van de classi-

* Deze indeling en sectiescore-berekening is voor geïnteresseerden verkrijgbaar.

ficatiesystemen werd informatie over de volgende kenmerken verzameld:

1. de totale duur van de psychotische episoden in de eerste 24 maanden; uitgedrukt als een percentage van die 24 maanden.
2. de toestand van de patiënten 2 jaar na het begin van de eerste episode: al of niet psychotisch en, indien niet psychotisch, al of niet met een persoonlijkheidsverandering. Hierbij werd gebruik gemaakt van de PSE-resultaten van dat moment en de ICD-classificatie. Voor een persoonlijkheidsverandering gebruikten we in ons onderzoek ICD 301.8: volgens onze afspraak een defecttoestand zonder psychotische symptomatologie.

De resultaten met de ICD-9

Met de ICD werden 16 patiënten ingedeeld bij de schizofrene psychosen (ICD 295.0-9), 19 bij de reactieve psychosen (ICD 298.3-9) en 2 bij klasse 297.0-9. Deze 2 patiënten laten wij verder vanwege hun klein aantal maar buiten beschouwing.

(a) *De inhoudsvaliditeit van de schizofrene versus de reactieve psychosen* – De verschillen in symptomatologische kenmerken werden onderzocht met behulp van de gemiddelde sectie-scores op de PSE (zie figuur 1).

Het meest opvallend is de grote gelijkenis van de beide groepen. Er zijn weliswaar enkele statistisch significante verschillen tussen de secties voor symptomen van de eerste rang (11) en bij waanverklaringen (19), die bij schizofrene psychosen vaker in ernstige mate voorkomen. Doch deze symptomen blijken niet pathognomonisch voor de schizofrene psychose. De reactieve psychosen worden niet gekenmerkt door relatief veel affectieve symptomen. Patiënten met een schizofrene psychose werden overigens gemiddeld twee maanden later in hun ziekte geïnterviewd dan patiënten met een reactieve psychose (7e, resp. 5e maand).

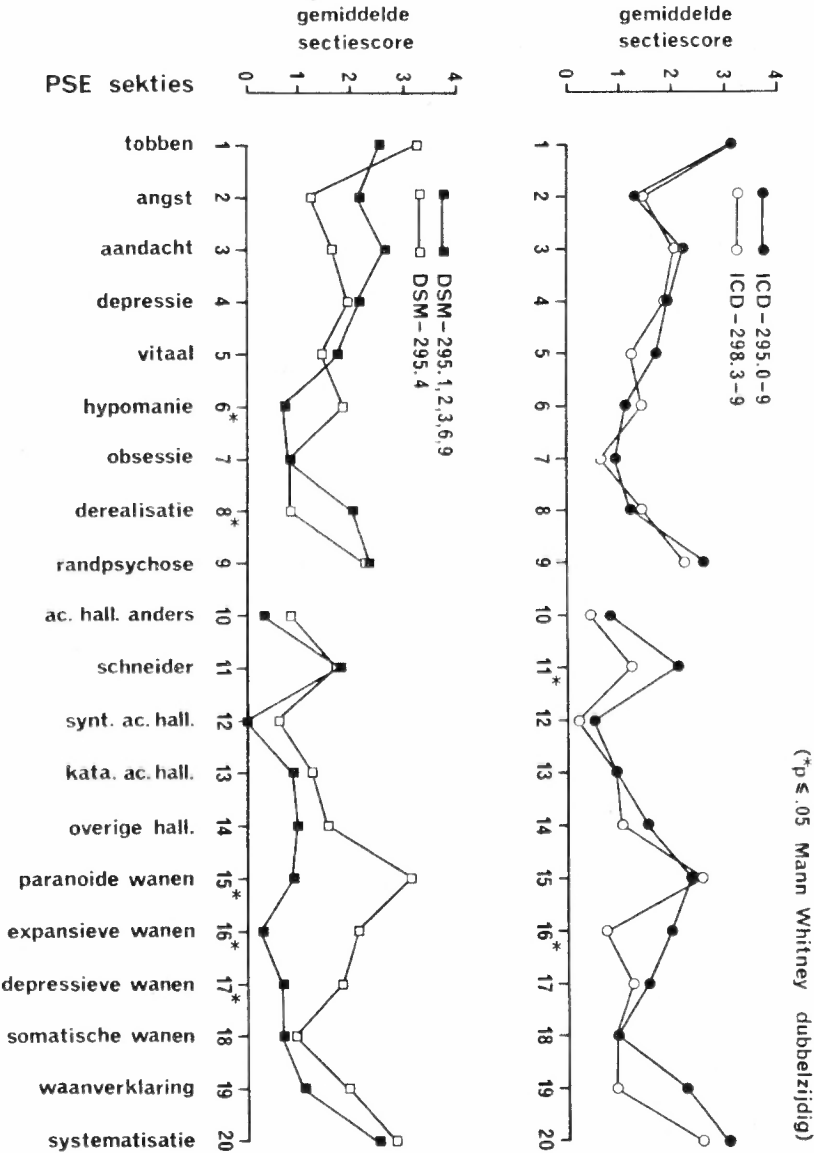
De verschillen zijn opvallender voor de premorbide persoonlijkheidskenmerken als weergave van een verhoogde kwetsbaarheid en voor het ontstaan van de psychose. Schizofrene psychosen ontstonden zelden (13%) acuut in tegenstelling tot de reactieve psychosen, die in ruim de helft van de gevallen binnen een week tot ontwikkeling kwamen. In vrijwel alle gevallen werd bij de reactieve psychose een premorbide persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Hiervan had 45% als klasse 301.5 (hysterische persoonlijkheidsstoornis), vergeleken met niemand bij de schizofrene psychosen. Hierbij werden vooral dwangmatige persoonlijkheden aangetroffen (tabel 1).

De duur van de eerste psychotische episode vertoont weliswaar een gemiddeld verschil van 2 maanden, maar de door ons als reactief getypeerde psychosen duurden gemiddeld tenminste 5 maanden!

(b) *De predictieve validiteit* (tabel 2) – Het verloop van de psychotische stoornis is weergegeven als het percentage weken in een psychose van het totale aantal weken follow-up. Patiënten met een

schizofrene psychose brachten gemiddeld 53% van de tijd, dat wil zeggen meer dan 1 jaar, in een psychose door. Patiënten met een reactieve psychose gemiddeld 36%. Wanneer wij de afloop na ongeveer 2 jaar na het begin van de ziektecarrière bestuderen, blijkt er een belangrijk verschil te bestaan. Van de patiënten met een schizofrene psychose (ICD) is 88% nog of opnieuw psycho-tisch, of lijdt aan een persoonlijkheidsverandering die gekenmerkt

Figuur 1: Gemiddelde PSE sectiescores van de 1e psychotische episode voor ICD-9 en DSM-III categorieën.



Tabel 1: Inhoudsvaliditeit van de classificaties

	N	wijze van ontstaan 1e episode (%)			voorkomen van premorbide persoonlijkheidsstoornis (kwetsbaarheid)	gemiddelde duur van 1e episode gedurende het eerste jaar, in weken
		acuut	sub acuut	sluipend		
ICD schizofren psychosen	16	13%	56%	31%	44%	29
ICD reactieve psychosen	19	53%	26%	21%	95%	21
DSM schizofren psychosen	12	17%	33%	50%	58%	47
DSM schizofreniforme psychosen	19	37%	37%	26%	74%	11
DSM paranoïde psychosen	5	40%	60%	0%	100%	24
Totaal	37	32%	38%	30%	73%	24

Tabel 2: Predictieve validiteit van de classificaties

	N	verloop van de psychose percentage tijd in episode, gedurende eerste 2 jaar.	perc. patiënten in psychose bij follow-up	perc. met ICD 301.8 bij follow-up	perc. patiënten in psychose of met ICD 301.8 bij follow-up
ICD schizofren psychosen	16	53%	63%	25%	88%
ICD reactieve psychosen	19	36%	28%	0%	28%
DSM schizofren psychosen	12	81%	83%	8%	91%
DSM schizofreniforme psychosen	19	20%	22%	17%	39%
DSM paranoïde psychosen	5	47%	40%	0%	40%
Totaal	37	43%	44%	11%	55%

is door gebrek aan initiatief, concentratieproblemen, of door een sociaal teruggetrokken, kleurloos bestaan.

Dit in tegenstelling tot de 28% van de patiënten met een reactieve psychose.

De resultaten met de DSM-III

De classificatie van de 37 patiënten met de DSM-III vond als volgt plaats. De aanwezige psychotische symptomen tijdens het eerste PSE interview vormden het eerste criterium voor de indeling. Daar het CATEGO-programma de criteria van DSM-III voor onze onderzoeksgroep volgt, werden de patiënten volgens CATEGO in klassen ingedeeld. CATEGO klasse P (paranoïde psychosen) werd ingedeeld bij de DSM-III-klasse paranoïde psychosen ($n=5$).

Bij deze groep psychosen komen geen symptomen van de eerste rang van Kurt Schneider voor en indien hallucinaties aanwezig zijn, domineren deze het klinische beeld niet.

De 32 overige patiënten werden ingedeeld volgens het tijds criterium van de DSM-III. Patiënten bij wie de eerste psychotische episode langer duurde dan 26 weken werden ingedeeld bij de schizofrene psychosen (295.1,2,3,6,9; $N=12$) en patiënten bij wie deze van 2 tot 26 weken duurde bij de schizofreniforme psychosen (295.4; $n=19$). Bij één patiënt duurde de episode korter dan 2 weken. Een psychotische episode wordt in ons onderzoek bepaald door het steeds aanwezig zijn van psychotische symptomen, zoals wanen en hallucinaties. Wij hebben bij deze indeling dus een strikter tijds criterium toegepast dan de DSM-III voorschrijft. De DSM-III rekent bij de episodeduur eveneens de prodromen en restverschijnselen. Mogelijk hebben wij een groep ernstiger gevallen ingedeeld bij de schizofrene psychosen.

(a) *De inhoudsvaliditeit van de schizofrene versus de schizofreniforme psychosen* (zie tabel 1) – Tussen beide klassen is geen belangrijk verschil aantoonbaar in de premorbide persoonlijkheidsstoornissen. De helft van de schizofrene psychosen ontstond sluipend. De schizofreniforme psychosen hadden een uiteenlopende wijze van ontstaan. De duur verschilde opvallend, nl. 47 weken bij de schizofrene psychosen en 11 weken bij de schizofreniforme psychosen. Het laatste verschil vloeit mede voort uit het selectie-criterium.

De schizofrene psychosen werden vaker gekenmerkt door angst en dwangverschijnselen. Verder waren deze armer aan psychotische symptomatologie zoals expansieve, paranoïde, betrekking- en depressieve wanen (zie figuur 1). Hierbij dient nog eens te worden vermeld dat het tijdstip waarop de symptomatologie werd vastgesteld voor beide groepen patiënten aanzienlijk verschilde. Patiënten met een schizofrene psychose werden gemiddeld in de 9e maand gezien en de anderen gemiddeld in de 5e maand. Van deze laatste groep waren vier patiënten toen aan een recidief bezig. De resultaten van het verschil in de symptomen laten geen conclusies toe, omdat het tijdsverloop en de ingestelde behandeling het klinische

Tabel 3: Concordantie tussen de classificaties met ICD-9 en DSM-III, met beloop (percentage tijd in psychose over 2 jaar) en afloop (percentage in psychose of met persoonlijkheidsverandering na 2 jaar)

ICD - 9	DSM-III schizofrene psychosen			DSM-III schizofreniforme psychosen			DSM-III overige psychosen		
	n	beloop	afloop	n	beloop	afloop	n	beloop	afloop
schizofrene psychosen	7	76%	86%	8	29%	88%	1	100%	100%
reactieve psychosen	4	99%	100%	10	15%	0%	5	30%	20%
overige psychosen	1	44%	100%	1	3%	0%	0	0%	0%
	12	81%	91%	19	20%	39%	6	42%	33%
							37	43%	45%

beeld kan hebben beïnvloed.

(b) *De predictieve validiteit van de DSM-klassen* (zie tabel 2) – Van de patiënten met een schizofrene psychose verkeerde 91% na 2 jaar opnieuw of nog steeds in een psychose of kampte met ernstige restverschijnselen in de vorm van een persoonlijkheidsverandering. Deze mensen vertoonden gemiddeld 81% van deze 2 jaar manifest psychotische verschijnselen. Van de patiënten met een schizofreniforme psychose verkeerde 22% na 24 maanden nog steeds of opnieuw in een psychose, had 17% van hen een persoonlijkheidsverandering, terwijl zij gemiddeld 20% van de tijd psychotische verschijnselen hadden.

De concordantie tussen beide classificaties

Het gaat hierbij om de vergelijking van de groepen patiënten die volgens de ICD-9 en de DSM-III als schizofrene en niet schizofrene psychosen werden geclassificeerd, dat wil zeggen de prognostisch veelal slecht en goed verlopende psychosen. Wij rekenden de reactieve psychosen (ICD) tot die met een goede prognose (Stephens, 1978). De DSM-III beschrijft de schizofreniforme psychose eveneens als prognostisch gunstig. In tabel 3 wordt de mate van concordantie weergegeven. Hierbij is eveneens het beloop en de afloop vermeld. Het beloop is weer uitgedrukt als het gemiddelde percentage van de tijd van 2 jaar doorgebracht in een psychose, de afloop na 2 jaar in een gemiddeld percentage recidieven, chronische gevallen en persoonlijkheidsveranderingen tezamen.

De concordantie is laag: 17 van 37 gevallen (48%).

Geen van beide systemen slaagt erin de gehele prognostisch ongunstige groep in het begin van de ziekte al te onderkennen. Dit geldt dus eveneens voor de prognostisch gunstige groep. De resultaten in deze tabel vormen een sterke aanwijzing voor de eigenschap van de DSM-III-klasse voor schizofrenie om een groot aantal chronische psychosen te selecteren.

Het onderscheidend vermogen van de DSM-III tussen in 2 jaar gunstig en ongunstig verlopende psychosen is groter dan dat van de ICD-9.

De voorspellende waarde van de inhoudelijke aspecten van de validiteit

Tot dusverre laten de resultaten ons in het ongewisse over de afzonderlijke voorspellende waarde van de premorbide persoonlijkheid, de symptomatologie, de duur van de eerste episode en de wijze van ontstaan van de eerste psychotische episode voor het beloop en de afloop van de ziekten.

De belangrijkste voorspeller blijkt de duur van de eerste episode te zijn. Psychosen met een eerste psychotische episode van meer dan een half jaar hadden een zeer ongunstige afloop: 93% van deze patiënten was na 24 maanden nog steeds of opnieuw psychotisch, terwijl ze gemiddeld 84% van de follow-up tijd psychotisch bleken

te zijn.

Psychosen die acuut ontstonden hadden een betere prognose en een kortere duur dan psychosen die subacuut of sluipend ontstonden.

Patiënten met een premorbide hysterische persoonlijkheidsstoornis hadden een relatief gunstiger prognose vergeleken met patiënten bij wie geen of een andere persoonlijkheidsstoornis was vastgesteld.

De symptomatologie bleek in dit onderzoek geen voorspellende waarde te hebben. Patiënten, die na 24 maanden nog steeds of opnieuw psychotisch waren of een persoonlijkheidsverandering hadden, verschilden niet van de andere in de gemiddelde sectiescores op de PSE van het eerste interview. De patiënten die na 24 maanden niet psychotisch waren werden gemiddeld in de 4e maand van hun ziektegeschiedenis voor het eerst geïnterviewd, de anderen gemiddeld in de 8e maand. Deze discrepantie in de ziekteduur laat geen conclusies met betrekking tot de voorspellende waarde in het algemeen toe.

De indeling volgens CATEGO gaf een ander beeld te zien. De CATEGO-klassen van het eerste PSE interview M (manie), en D (psychotisch depressief) hadden een betere prognose dan de klasse S (nucleaire schizofrenie), P (paranoïde psychosen) en O (andere psychosen). De hiërarchische ordening van de symptomen en het mee laten tellen van gedragskenmerken, geobserveerd tijdens het interview, in het CATEGO-programma kan wellicht mede verklaren dat de affectieve symptomatologie volgens onze indeling géén en volgens de CATEGO indelen wél van voorspellende waarde is voor een gunstiger verloop. Echter ook hier dient vermeld te worden dat de patiënten uit de CATEGO-klassen M en D eerder werden geïnterviewd dan de overigen.

De discrepantie tussen de definitie van de tijdsduur van een episode in DSM-III en de in dit onderzoek gehanteerde tijdsduur

Zoals eerder gezegd rekent de DSM-III tot de tijdsduur van een episode eveneens de tijd waarin prodromen en restverschijnselen voorkomen. In ons onderzoek werd de aanwezigheid van psychotische symptomen als criterium voor begin en einde van een episode gehanteerd. Het zou kunnen zijn dat schizofreniforme psychosen met een sluipend begin eigenlijk moeten worden ingedeeld bij de schizofrene psychosen. Bij 5 patiënten uit de groep schizofreniforme psychosen was hier sprake van. De episodeduur bij deze patiënten was gemiddeld 10 weken en geen van deze patiënten was na 24 maanden psychotisch of had een persoonlijkheidsverandering. De bewerking van het DSM-criterium van de tijdsduur van een episode heeft de resultaten dus niet beïnvloed.

Discussie en conclusies

Wat in dit onderzoek het meest opvalt is dat deze groep personen in

de eerste twee jaar geen uniform beloop had van hun psychose. Classificatie van de patiënten met behulp van de ICD-9 in mensen met een schizofrene en met een reactieve psychose levert geen categorieën op met elk een min of meer typisch beloop. In de beschrijvingen uit de ICD en in onze resultaten ermee, herkennen wij de opvattingen van Bleuler over schizofrenie. We treffen bij deze klasse zowel chronisch verlopende als kortdurende, recidiverende psychosen aan. Dit is eveneens het geval bij de reactieve psychosen, zij het in mindere mate. Een premorbide persoonlijkheidsstoornis werd bij vrijwel alle patiënten met een reactieve psychose volgens de ICD vastgesteld. Bij de bestudering van de voorspellende waarde van dit kenmerk bleek de aard van de persoonlijkheidsstoornis doorslaggevend te zijn.

In het DSM-III-classificatiesysteem herkennen wij de opvattingen van Kraepelin over schizofrenie. Hij hanteerde het ziektebeloop als criterium bij de diagnostiek van de schizofrene psychose. In ons onderzoek heeft de DSM-III-indeling een grotere voorspellende waarde dan de indeling volgens de ICD. Hij is uitsluitend toe te schrijven aan het criterium van een eerste ziekteduur van tenminste een half jaar (zie overeenkomstige bevindingen bij Astrup, 1966; Sartorius, 1978). De categorie van de reactieve psychosen vinden we weliswaar in de DSM-III terug, doch het tijds criterium van een maximale duur van de psychose van 2 weken maakte dat we slechts 1 patiënt bij deze categorie konden indelen. Van deze categorie zal in de praktijk dus weinig gebruik worden gemaakt. Belangrijk is te vermelden dat beide systemen lang niet steeds dezelfde patiënten uit onze groep bij de schizofrene psychosen indelen. Bij een eventuele invoering van het systeem dienen we ons ervan bewust te zijn dat we in vergelijking tot de ICD niet meer geheel over dezelfde patiënten spreken. De verschijningsvorm van de psychosen leverde in dit onderzoek geen symptomen op, die specifiek zijn voor een bepaalde klasse in de twee systemen.

Onderzoek door middel van een moment-opname van symptomen is afhankelijk van het tijdstip waarop de symptomatologie werd vastgesteld. Tegenstrijdige resultaten uit de literatuur (Bland, 1978; Silverstein, 1981; Strauss, 1974) zijn vermoedelijk toe te schrijven aan het ontbreken van een correctie hiervoor.

Ons beperkte aantal patiënten laat geen indeling in kleinere groepen toe voor een nadere bestudering van dit aspect. Tenslotte willen we nog enkele opmerkingen maken over het gebruik van de systemen. De ICD schiet tekort in een aantal voorwaarden die in beginsel aan elk classificatie-systeem moeten worden gesteld, zoals definiëring en weging van kenmerken. De DSM-III is in dit opzicht beter onderbouwd en duidelijker. Dit komt de betrouwbaarheid van de indeling ten goede. Het criterium van de ziekteduur heeft tot gevolg dat classificatie in de klasse van de schizofrene psychosen pas kan plaatsvinden nadat een half jaar is verstreken. Dit is een praktische beperking bij de toepassing van het systeem in het begin van de ziekte. Dit zal de meeste hulpverleners die het gebruik van

de diagnose schizofrenie bij de eerste episode vermijden, verheugen. Tenslotte kleeft er nog steeds een stigma aan deze diagnose.

Literatuur

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, Washington D.C.: APA.
- Bland R. C., J. H. Parker, H. Orn (1978), Prognosis of Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry.*, vol. 35, 72-77.
- Feighner, P., E. Robins, S. B. Guze, R. A. Woodruff, G. Winokur, R. Munoz (1972), Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26, 57-63.
- Giel, R., F. Bogaarts (1980), Diagnostische classificatie en codering in de psychiatrie. *T. v. Psychiatrie*, 22, 327-335.
- Giel, R., H. C. Sauër, C. J. Slooff, D. Wiersma (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *T. v. Psychiatrie*, 22, 710-722.
- Kendell, R. E. (1975), *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Silverstein, M. L., M. Harrow (1981), Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 288-293.
- Spitzer, R. L., J. Endicott, J. L. Fleiss, S. Cohen (1970), The Psychiatric Status Manual, a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Arch. Gen. Psychiatry*, 23, 41-55.
- Stengel, E. (1959), Classification of Mental Disorders. *WHO-bulletin*, 21, 601-663.
- Stephens, J. H. (1978), Long-term prognosis and follow-up in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, vol. 4, nr. 1, 25-47.
- Strauss, J. S., W. T. Carpenter (1974), Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 30, 429-434.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong, H. C. Sauër, C. J. Slooff (1982), Het sociale profiel en het verloop van functionele psychosen: een cohort-onderzoek. *T.vPsychiatrie*, 24, 183-200.
- Wing, J. K., J. L. T. Birley, J. E. Cooper, P. Graham, A. D. Isaacs (1967), Reliability of a procedure for measuring and classifying 'Present Psychiatric State'. *Brit. J. Psychiatry*, 113, 499-515.
- Wing, J. K., J. E. Cooper, N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge Univ. Press.
- World Health Organisation (1978), *Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*, Geneva.

The present paper is based on data and experience obtained by the authors in the course of their participation in the WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability. The study is a multicentre project sponsored jointly by the World Health Organisation and field research centres in Ankara (Turkey), Groningen (the Netherlands), Khartoum (Sudan), Mannheim (FRG), Sofia (Bulgaria), Zagreb (Yugoslavia) and Zurich (Switzerland). The goals of the project are twofold: (1) to develop standardized methods and instruments for the evaluation of impairments and disabilities in psychiatric patients; and (2) to further knowledge about the nature, course and susceptibility to interventions of impairments and disabilities occurring in association with mental disorders in various socio-economic and cultural settings. (see: Jablenksy, A., R. Schwarz, T. Tomov (1980), WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psychiatrica Scand.*, suppl., 285).