

Een transatlantische visie op diagnostiek van depressies volgens de DSM-III

I Controversen en misverstanden in de depressie diagnostiek

door H. M. van Praag

De status praesens

De classificatie van depressies is een wanordelijk terrein. Er worden verschillende indelingssystemen toegepast. Eenzelfde adjectief komt men tegen in verschillende betekenissen. Als voorbeeld: de term endogeen kan duiden op een bepaald syndroom; op het ontbreken van uitlokkende factoren; op het werkzaam zijn van erfelijke factoren. Verschillende adjectiva kunnen eenzelfde betekenis hebben. Met de termen vitaal, endogeen, psychotisch en primair kan één en hetzelfde depressieve syndroom bedoeld worden. Bovendien zijn allerlei in de depressie diagnostiek gangbare termen niet nauwkeurig gedefinieerd.

Onlangs (1980) is een nieuwe versie verschenen van het Amerikaanse classificatiesysteem van psychiatrische aandoeningen, de DSM-III (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 3rd edition). Zij is 5 maal omvangrijker dan haar voorganger, de DSM-II (1968) en het produkt van 6 jaar werk van een omvangrijke 'task force' bestaande uit 14 sub-commissies. Het is een magistraal werkstuk geworden waarvan de invloed op de psychiatrische professie in het komende decennium verwacht mag worden groot te zijn. Ook buiten de VS. In een (goed) classificatiesysteem wordt het denken over een bepaald onderwerp in een bepaald tijdvak niet alleen gebundeld, maar tevens op een hoger niveau van integratie gebracht. Zo krijgt het in de navolgende jaren op het denken over dat onderwerp een min of meer sturende invloed.

Is de DSM-III (voor depressies) een goed ordeningssysteem? Brengt zij orde in de chaos? Dit is het centrale thema van dit opstel. In het eerste deel ervan geef ik een overzicht van de bestaande classificatiesystemen voor depressies en hun tekortkomingen, alsmede een samenvatting van mijn eigen opvattingen. In het tweede deel zal ik de merites van de DSM-III in deze bespreken.

Schrijver is hoogleraar psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, Universiteitskliniek voor Psychiatrie, Postbus 16250, Utrecht. Dit artikel wordt opgedragen aan Herman Musaph, pionier op het gebied van de psycho-dermatologie, ter gelegenheid van zijn afscheid als Hoofd Afdeling Psychodermatologie van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam.

Indelingscriteria

Gedragstoornissen kunnen volgens drie criteria gerubriceerd worden: etiologie, verschijningsvorm (symptomen) en verloop. In principe bestaat er een vierde criterium: pathogenese, maar dit heeft praktisch nog maar weinig betekenis. De kansen op vooruitgang op dit terrein lijken echter gunstig, met name voor de groep van de depressies (Van Praag, 1982a). Onder pathogenese versta ik het complex van cerebrale functiestoornissen dat het ontstaan van gedragstoornissen instrumenteel mogelijk maakt. Het begrip etiologie gebruik ik als een verzamelterm voor alle factoren, materiële en immateriële, die tot het ontstaan van de cerebrale functiestoornissen en daarmee tot het ontstaan van het gestoorde gedrag hebben bijgedragen (Van Praag, 1971).

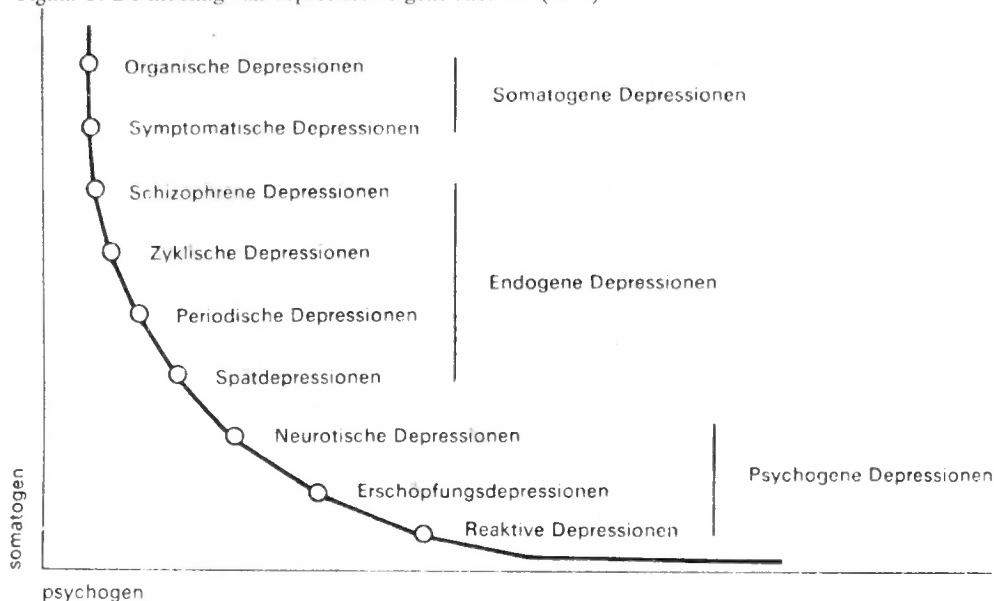
Indien tussen de factoren: etiologie/syndroom/verloop een voorstelbaar verband bestaat, kan het desbetreffende ziektebeeld een nosologische eenheid worden genoemd. Dit is dus een bepaald syndroom dat met grote mate van waarschijnlijkheid a) een bepaald verloop zal nemen; b) veroorzaakt wordt door een bepaalde etiologische constellatie. De nosologische eenheid, het ideaal van Kraepelin, is in de psychiatrie een zeldzaamheid, zo geen fictie. Voor zover thans bekend, zijn de meeste psychiatrische ziektebeelden etiologisch specifiek, niet gekoppeld aan een bepaalde etiologische constellatie; veeleer reactievormen die het resultaat kunnen zijn van ongelijksoortige stressors. Omgekeerd kan een bepaalde etiologische constellatie ongelijksoortige pathologische reactievormen oproepen. Het verloop van vele psychiatrische aandoeningen is bovendien berucht moeilijk te voorspellen.

Op grond van deze overwegingen zou men verwachten dat de psychiatrische classificatie consequent drie-dimensioneel zou zijn, opgetrokken op de onafhankelijke beoordeling van syndroom, etiologie en verloop. Zij is dat niet. Eén-woords typeringen (b.v. schizofrenie en melancholie) en mono- of di-dimensionele diagnoses (zoals neurotische depressie, schizo-affectieve psychose en vele anderen) zijn gangbaar. De depressiediagnostiek is in deze exemplarisch.

Classificatiesystemen

In de Duitse en de op het Duitse taalgebied georiënteerde psychiatrie werden depressies tot de 60-er jaren voornamelijk op grond van etiologische overwegingen geclassificeerd. Een voorbeeld is indeling van Kielholz (1972). Zoals uit figuur 1 blijkt is het systeem niet geheel consequent. Met de sub-categorieën cyclische en periodische depressies wordt in dit etiologische systeem een verloopscriterium ingevoerd. Rümke (1960) onderscheidde maar liefst 13 depressievormen: endogene, neurotische, psychogene, karakterologische depressies enz. Ook hier wordt de factor etiologie niet consequent als indelingsprincipe aangehouden. De categorie vegetatieve depressies is symptomatologisch, die der diëncefale depres-

Figuur 1: De indeling van depressies volgens Kielholz (1972)



sies pathogenetisch (?) gedefinieerd.

In de angelsaksische landen worden overwegend dichotome indelingen gebruikt, gebaseerd op verschillende criteria. Niettemin worden ze gewoonlijk afzonderlijk en niet tezamen toegepast. Deze dichotome classificatiesystemen kwamen ook in Europa in zwang. De voornaamste zal ik kritisch bespreken.

1. Primaire en secundaire depressies

Deze onderscheiding werd door Robins e.m. (1972) geïntroduceerd. Primair worden depressies genoemd indien de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt 'schoon' is, of alleen belast met depressieve of manische perioden. De depressie wordt als secundair gekwalificeerd indien in de voorgeschiedenis andere psychiatrische stoornissen voorkomen dan depressie en manie, zoals schizofrenie, verslaving, anti-sociaal gedrag, angstneurosen e.d. Depressies die lichamelijke ziekten begeleiden en farmacogeen veroorzaakte depressies (door b.v. reserpine of methyldopa) worden eveneens secundair genoemd. De diagnose primaire of secundaire depressie wordt gesteld ongeacht de symptomatologie van de depressie en ongeacht of er aan de depressie life events zijn voorafgegaan.

Commentaar: Het criterium 'schone' psychiatrische voorgeschiedenis (behoudens eventuele depressieve of manische perioden) is in de praktijk minder gemakkelijk te hanteren dan het lijkt. Moet b.v. een neurotische persoonlijkheidsstoornis die aanleiding geeft tot relationele spanningen als een positieve voorgeschiedenis worden beschouwd? Zo ja, dan is de overgrote meerderheid van de depressies secundair, nog afgezien van het feit dat de vraag of een persoonlijkheidsstructuur binnen of buiten de grenzen van de norm

valt, geen vraag is waar psychiaters het gemakkelijk over eens worden.

Bovendien is de vraag naar de relevantie van het criterium nog geheel open. Symptomatologische verschillen zijn niet aange-toond; de wijze waarop beide depressietypen worden behandeld is grosso modo gelijk, de uitkomsten van de behandeling eveneens. Verloopsstudies over langere termijn zijn er niet. Weliswaar is de suïcidefrequentie in de secundaire groep hoger dan in de primaire en verschillen beide ook qua familiale belasting (uiteraard, is men geneigd te zeggen) (Weissman e.m., 1977, Akiskal e.m., 1979, Reveley en Reveley, 1981), maar alles bijeen is de grondslag voor deze tweedeling toch wel een heel smalle.

Carroll e.m. (1980) noemen dit concept a-theoretisch. Ik ben het daar niet mee eens. Er ligt wel degelijk een theorie in besloten en wel deze, dat een syndroom pas 'echt' is wanneer het solitair optreedt. Dat het aan 'zuiverheid' inboet, van karakter verandert, wanneer het in samenhang met andersoortige verschijnselen voorkomt. Deze theorie is een rechtstreeks uitvloeisel van het Kraepeliniaanse denken. De nosologische eenheid als bouwsteen van een psychiatrische ziekteleer. 'Bouwsteen' is hier letterlijk te nemen: keurig afgegrensde pakketjes bevattende één syndroom, één verloop, één etiologische constellatie. De werkelijkheid is anders. Psychiatrische ziektebeelden zijn veelal multiconditioneel veroorzaakt, daarover bestaan geen verschillen van mening. Zij zijn echter óók, misschien wel daardoor, multisyndromaal van structuur. Bij een bepaalde patiënt worden b.v. symptomen geconstateerd van depressie én van dysfunctionele angst; van depressie én schizofrene desintegratie; van depressie én verslaving enz. enz. Er is geen reden aan te nemen dat een gegeven syndroom, in casu een bepaald depressie-type een ander ziektebeeld zou zijn naar gelang het solitair optreedt dan wel in combinatie met andere symptomen. Een pneumonie optredend in een gezonde dan wel een emphyse-mateuze long houdt het karakter van een pneumonie. Wel kan de ene ziekte natuurlijk de kans op het optreden van de tweede vergroten, of de prognose ervan verslechteren. Dit geldt voor psychiatrische ziektebeelden evenzeer.

2. *Unipolaire/bipolaire depressies*

Dit concept stamt van Leonhard (1959) en werd door Angst (1966) en Perris (1966) uitgewerkt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten die meerdere malen een depressieve periode hebben doorgemaakt en hen bij wie bovendien, één- of meermalig, een (hypo)mane fase is opgetreden.

Commentaar: Een bezwaar van deze indeling is dat zij bij patiënten die een eerste depressieve periode doormaken niet van toepassing is. Bovendien gaan bij 10-20% van de bipolaire patiënten aan de eerste (hypo)manische periode enkele depressieve fasen vooraf. In die periode zullen zij ten onrechte als unipolair worden gekenschetst.

Voorwaarden ten aanzien van symptomatologie en etiologie wer-

den aan dit diagnostische concept niet verbonden. Niettemin is de diagnose bipolaire depressie een relatief goed omschrevene. Dit komt omdat bij patiënten die zowel depressieve als manische fasen hebben doorgemaakt, de depressieve fase gewoonlijk het karakter draagt van een vitale ('endogene') depressie. Het manische syndroom biedt bovendien stevig diagnostisch houvast.

Classificatoire problemen kunnen zich voordoen als de manische en/of depressieve fasen gepaard gaan met psychotische verschijnselen. Is het begrip bipolaire depressie dan nog toepasselijk of moet de diagnose schizo-affectieve psychose of eventueel schizofrenie worden gesteld? Ik laat dit differentieel diagnostische probleem hier rusten maar kom er in een vervolgartikel op terug (Van Praag, 1982b).

Het unipolaire concept, niet aangevuld met symptomatologische criteria schept daarentegen verwarring. Vallen alle recidiverende depressieve syndromen onder deze noemer of alleen een bepaald syndromaal type (het vitale of 'endogene'). In het eerste geval zijn de meeste depressies unipolair, eenvoudig omdat de groep als zodanig tot recidives neigt.

Ter illustratie de volgende gegevens (Tabel 1). In een groep patiënten tussen de 55 en 65 jaar opgenomen in verband met verschillende typen depressieve syndromen gingen wij na hoe vaak zij eerder voor een depressief syndroom opgenomen waren geweest. Bij niet minder dan 75% was dit tenminste eenmaal eerder het geval geweest. De recidiveneiging was volgens verwachting het grootste in de bipolaire groep. Bij de overige syndromale depressietypen was zij lager en onderling van dezelfde orde van grootte. Met andere woorden, periodiciteit is geen exclusief kenmerk van de vitale depressie. Hetzelfde verschijnsel doet zich voor bij de personale

Tabel 1: Aantallen voorafgaande opnamen wegens depressies bij een groep patiënten tussen 55 en 65 jaar oud, opgenomen wegens verschillende typen depressieve syndromen

	N	Aantal eerdere opnamen wegens depressies		
		Geen	Eenmaal	Meermalen
Vitale depressie	24	4	8	12
Unipolair	14	3	7	4
Bipolair	10	1	1	8
Mengvormen	57	14	21	22
Overwegend vitale depressie	18	5	6	7
Overige mengvormen	39	9	15	15
Personale depressie	19	6	7	6
Totaal	100	24	36	40

('neurotische') depressie en bij de mengvormen. Ik voeg hieraan toe, dat het hier allerm minst een aselechte steekproef betrof, maar een groep depressieve patiënten opgenomen in een kliniek waarheen nog aleens 'moeilijke gevallen' worden verwezen. Toch geven deze getallen een indruk hoe groot de recidive kans binnen de groep van de depressies wel is. In veel publikaties ontbreekt een aanwijzing hoe het begrip unipolair wordt gehanteerd. Persoonlijk ben ik van mening dat deze term beperkt moet blijven tot de recidiverende *vitale* depressies.

3. *Psychotische neurotische depressies*

Een indeling naar symptoom. Psychotisch worden depressies genoemd die gepaard gaan met wat genoemd wordt: depressieve wanen (inhoud: armoede, zonde, verval van het lichaam e.d.) soms ook hallucinaties. Alle anderen worden neurotisch genoemd.

Commentaar: Neemt men haar naar de letter, een wel hoogst ongelukkige onderscheiding. Depressies met psychotische kenmerken hebben altijd een kleine minderheid gevormd. Thans zijn zij uitgesproken zeldzaam. De reden hiervan is overigens niet duidelijk. Mogelijk reduceert vroegtijdige c.q. meer adequate behandeling van depressies thans de kans op psychotische ontwikkelingen. Hoe dit ook zij, deze indeling maakt het begrip neurotische depressie tot vergaarbak van het overgrote deel van de depressies. Dit zou gerechtvaardigd zijn, indien alle depressies zonder psychotische verschijnselen qua verschijningsvorm equivalent waren. Er zijn echter sterke aanwijzingen dat dit niet het geval is (zie verder). Wordt het adjectief 'neurotisch' niet als syndroomaal maar als etiologisch criterium opgevat, dan geldt hetzelfde. Er is geen enkele aanleiding voor de veronderstelling dat alle depressies zonder psychotische verschijnselen van overwegend neurotische origine zouden zijn.

In de loop der jaren is dit begrippenpaar steeds meer verwaterd. De term 'psychotisch' wordt als synoniem gebruikt met ernstig, de term 'neurotisch' met relatief licht. Anderen betitelen het vitaal depressieve syndroom als psychotische depressie, ook als er van psychotische verschijnselen geen sprake is. Alle andere depressievormen zijn dan 'neurotisch'. Dit begrippenpaar heeft de diagnostiek van depressies niet gepreciseerd, maar vervaagd.

4. *Endogene/reactieve depressies*

Dit is in wezen een etiologisch gefundeerde indeling. Reactief wordt een depressie genoemd, die optreedt als reactie op problemen in de levenssituatie; endogeen indien zij is ontstaan zonder duidelijk aanwijsbare aanleiding ('van binnenuit'). Impliciet aan deze tweedeling is de veronderstelling dat het endogene depressie-type primair bepaald zou zijn door (neuro-)biologische factoren.

Commentaar I: 'Nosologisering' van de terminologie. – Dit indelingsprincipe lijkt eenvoudiger dan het is. Het vaststellen van een recent life event, levert in het algemeen weinig problemen op. Het vaststellen van de impact ervan op het desbetreffende individu des

te meer en het is deze laatste factor die de pathogene lading van het event bepaalt.

Een veel principiëler bezwaar is, dat ook dit concept onderhevig is geweest aan erosie; in nog veel sterkere mate dan het vorige. Het begrip 'endogeen' verwierf langzamerhand een veel ruimere strekking dan: 'ontstaan zonder uitwendige aanleiding'. Het kreeg er drie betekenissen bij: a) ernstige depressie, b) gekenmerkt door een bepaald syndroom (het vitaal-depressieve) en c) optredend bij een relatief evenwichtige weinig neurotische persoonlijkheid. Bij de reactieve depressie werd de persoonlijkheidsstructuur geacht labiel, neurotischer te zijn. In vergelijking met de endogene depressie zou dit depressie-type licht verlopen. Het bijbehorende klachtenpatroon werd eigenlijk nooit nauwkeurig beschreven, maar benadert het syndroom dat wij personaal hebben genoemd (Van Praag e.m., 1965; Van Praag, 1978).

In feite dijde de etiologische tweedeling dus uit tot een welhaast nosologische: twee depressie-typen, ieder met een bepaalde symptomatologie, een bepaalde etiologie en voorkomend bij een bepaalde persoonlijkheidsopbouw. Deze begripsuitbreiding zou gerechtvaardigd zijn indien aan de volgende voorwaarden zou zijn voldaan:

1. het endogeen (vitaal) depressieve syndroom staat in het algemeen niet in verband met life events;
2. het optreden van het reactief (personaal) depressieve syndroom is steeds gekoppeld aan life events;
3. de grondstructuur van de patiënt lijdende aan het endogene (vitale) depressie-type is een evenwichtige.

Uit de navolgende secties zal blijken dat geen van deze premissen in overeenstemming is met de feiten.

Commentaar II: Het endogeen (vitaal) depressieve syndroom en life events. – Aan het endogeen genoemde syndroom gaan dikwijls psychologische stresssituaties of lichamelijke ziekten (zoals virus infecties) vooraf. Werkelijke 'endogene' gevallen zijn relatief zeldzaam. Dit werd al in de 30-er jaren door zorgvuldige clinici als Lewis (1938) gesignaleerd, maar hun opvatting was niet de gangbare. Van Praags onderzoek (1962, 1965) bevestigde het eerste standpunt. In een groep van 92 patiënten met (overwegend) vitale depressies bleek dit syndroom in een meerderheid der gevallen te worden voorafgegaan door psycho-sociale (73%) en/of lichamelijke (18%) stressors. In niet meer dan 16% ontstond de depressie 'endogeen': zonder dat precipiterende factoren aantoonbaar waren.

Het syndroom dat onder het hoofd 'Endogeen' werd beschreven is kennelijk etiologisch specifiek. Vandaar mijn voorstel a) dit syndroom aan te duiden als vitale depressie, b) het begrip vitale depressie uitsluitend in syndromale zin te gebruiken, c) aan de diagnose vitale depressie steeds een typering van de voornaamste etiologische factoren toe te voegen, en d) de term endogeen zijn strikt etiologische connotatie te hergeven (Van Praag, 1962; Van Praag e.m., 1965).

De naam vitale depressie is ontleend aan Schneider (1959), die op

zijn beurt teruggreep op Schelers indeling van de gevoelens. Vitale gevoelens definieerde Scheler als sterk in de lichamelijke sfeer beleefde, niet nader te lokaliseren gevoelens van wel- of onbehagen. Bij de vitale depressie zouden de stoornissen met name in deze gevoels'laag' zijn gelokaliseerd.

Aankankelijk leken deze conclusies te worden weersproken door het werk van Rosenthal en Klerman (1966) die een verband aantoonde tussen het endogeen depressieve syndroom en het ontbreken van situatieve stressfactoren. Later, meer zorgvuldig opgezet onderzoek heeft onze conclusies echter bevestigd (Paykel, 1978; Brown en Harris, 1978; Hirschfeld, 1981; Brown e.m. 1979). Tussen de aard van de stressor en de aard van het depressieve syndroom bleek voorts geen verband te bestaan (Lloyd, 1980). Met dit alles wil overigens niet gezegd zijn dat de stressor voor het ontstaan van de depressie een voldoende factor is. In een meerderheid van de gevallen lokt een bepaalde stressor geen depressieve reactie uit (Paykel, 1978). Bepaalde personen zijn hiervoor kennelijk vulne-rabel. Naar de aard van die vulnerabiliteitsfactoren wordt thans veel onderzoek verricht (Van Praag, 1979).

Commentaar III: Het reactief (persoonlijk) depressieve syndroom en life events. – De gangbare opvatting wil dat dit syndroom, in tegenstelling tot het vitale, sterk gekoppeld zou zijn aan recent opgetreden life events. Deze opvatting bleek ons in z'n algemeenheid niet juist te zijn. Het persoonlijk ('reactief') depressieve syndroom is in sterke mate gelieerd aan neurotische persoonlijkheidstrekken (zie volgende paragraaf), in mindere mate aan actuele psychotraumata.

Vijftig depressieve patiënten werden geïnterviewd op het voorkomen van psychotraumatische gebeurtenissen in het jaar voorafgaande aan de depressie (tabel 2). Een gebeurtenis werd alleen dan als 'life event' gekwalificeerd indien door naasten bevestigd. De proefpersonen voldeden aan twee criteria: a) Door twee beoorde-

Tabel 2: Het voorkomen van psychotraumatische gebeurtenissen in de recente voorgeschiedenis, bij patiënten opgenomen wegens verschillende typen depressieve syndromen

	N	Patiënten bij wie psychotraumatische gebeurtenissen werden vastgesteld			
		In de 6 maanden voorafgaand aan de depressie		In de 12 maanden voorafgaand aan de depressie	
		Aantal	%	Aantal	%
(Overwegend) vitale depressies	50	27	54	35	70
Personale depressies en mengvormen	50	21	42	33	66

laars was de diagnose (overwegend) personale depressie gesteld; b) zij vertoonden kenmerken van neurotische labiliteit volgens het oordeel van twee psychiaters en volgens de uitkomsten van een persoonlijkheidsvragenlijst (Amsterdamse Biografische Vragenlijst, ABV, Wilde, 1963). In de 6 maanden voorafgaande aan het manifest worden van de depressie had zich bij 21 van hen een duidelijk life event voorgedaan, in de 12 maanden daarvoor bij 33. Bij ca. 35% van de steekproef werd aldus een personale depressie manifest zonder voorafgaand psychotrauma. Verbazing wekt dit niet. De neurotische mens bespeurt een basale onvrede met zichzelf en het eigen bestaan. Het contact met anderen ervaart hij als moeizaam en onveilig. Gelijk Tantalus ontgaat hem rakelings – zo meent hij – dat wat het leven anderen te bieden heeft. Deze ervaring kan leiden tot 'spontane' periodes van diepe neerslachtigheid.

Ter vergelijking onderzochten wij op dezelfde wijze 50 patiënten bij wie door twee psychiaters de diagnose (overwegend) vitale depressie was gesteld (tabel 2). In de 6 maanden voorafgaande aan de depressie was bij 27 van hen sprake geweest van een psychotraumatische gebeurtenis, in de 12 maanden daarvoor bij 35. Ergo, het al dan niet opgetreden zijn van life events, laat geen voorspelling toe over de aard van het depressieve syndroom.

Wij concludeerden het volgende. 1) Life events kunnen zowel het personale als het vitale type depressie uitlokken en alle beelden daartussen. 2) Alle genoemde syndromen kunnen optreden met en zonder psychosociale 'triggers'. Op deze gronden stelden wij ook ten aanzien van het reactief depressieve syndroom een naamsverandering voor, te weten vervanging van de term 'reactief' door de etiologisch neutrale term 'personaal'.

Het aantal patiënten met endogene vitale depressies was in het in de vorige paragraaf genoemde onderzoek kleiner dan in het onderhavige. De verklaring ligt vermoedelijk hierin, dat in het eerste onderzoek alle lichamelijke ziekten van enige importantie als life event werden opgevat, in het tweede alleen die welke de patiënt ernstig hadden verontrust. In de bovenstaande uiteenzetting ben ik ervan uitgegaan dat het gerechtvaardigd is om verschillende depressieve syndromen van elkaar te onderscheiden. Dat deze premisse juist is wordt hieronder ter sprake gebracht.

Commentaar IV: Het endogeen (vitaal) en het reactief (personaal) depressieve syndroom en premorbide persoonlijkheidskenmerken. – De opvatting dat de premorbide structuur van de patiënt met recidiverende vitale depressies een relatief stabiele is, gaat terug op Kretschmer (1921) en is door vele auteurs overgenomen. 'Die Menschen im Umkreis des manisch-depressiven Irreseins sind vorwiegend gesellige, gutmütige Menschen, Leute, mit denen man auskommen kann, die Spass verstehen, die das Leben nehmen, wie es ist. Sie geben sich natürlich und offen, man ist bald Freund mit ihnen; sie haben häufig etwas Weiches und Warmes in ihrem Temperament'. Rümke (1960) zegt: 'Ofschoon in de aanleg een afwijking is, valt aan de persoonlijkheid buiten de aanvallen om niets abnormaals te merken'. De feiten steunen deze opvatting echter

niet. In dezelfde periode waarin het mij opviel dat aan het vitaal depressieve syndroom dikwijls life events voorafgaan, stelde ik vast dat bij veel van deze patiënten allerminst sprake is van een evenwichtige 'syntone' persoonlijkheidsstructuur (Van Praag, 1962). Dit punt werd nader onderzocht in een groep van 50 patiënten opgenomen wegens depressieve klachten, bij wie door twee beoordelaars de diagnose (overwegend) vitale depressie was gesteld. Het onderzoek bestond uit een klinisch interview en het afnemen van een persoonlijkheidsvragenlijst (ABV). Volgens het onafhankelijke oordeel van twee psychiaters was bij 34 van hen sprake van een neurotische persoonlijkheidsstructuur; bij 28 was de ABV-score abnormaal. Vijfentwintig patiënten die door beide psychiaters als neurotisch werden gekwalificeerd, hadden op de ABV een score wijzende op neurotische labiliteit. Drieëntwintig van de 50 patiënten waren eerder behandeld voor psychologische problemen, anders dan een vitale depressie of een (hypo)manie. De primaire indicatie hiertoe was geweest: relatie problematiek (10), verslaving (7), dysfunctionele angst (4), psychose (2).

Een overeenkomstig onderzoek werd verricht bij 50 patiënten bij wie door twee beoordelaars de diagnose personale depressie, dan wel mengbeeld was gesteld. Bij 44 van hen concludeerden twee psychiaters, onafhankelijk van elkaar, dat er sprake was van een neurotische persoonlijkheidsstructuur; 33 van hen scoorden tevens abnormaal op de ABV. Het totale aantal patiënten met abnormale ABV-scores bedroeg 36. Veertig patiënten waren eerder onder psychiatrische behandeling geweest, op indicatie van overwegend depressieve klachten (26), lichamelijke bezwaren zonder lichamelijke oorzaak (9) en dysfunctionele angst (5).

Onze conclusie was tweeledig. 1) Het (overwegend) personaal depressieve syndroom is zeer sterk gekoppeld aan neurotische persoonlijkheidstrekken. 2) Anderzijds bezit de neurotische mens voor het optreden van vitale depressies bepaald geen immuniteit.

5. *Inter-syndromale verschillen*

Een kernpunt van het depressieonderzoek is sinds jaren de vraag of er tussen verschillende depressieve syndromen alleen verschillen in ernst bestaan, of tevens kwalitatieve verschillen. Lewis (1938) was een protagonist van de eerste opvatting en zijn invloed is vooral in de angelsaksische landen groot geweest, en is dat nog. Andere onderzoekers hebben op z'n minst twee depressieve syndromen onderscheiden, onderscheidelijk aangeduid als 'endogeen' of 'psychotisch' en als 'neurotisch' of 'reactief'. Ikzelf stelde de termen 'vitaal' en 'personaal' voor omdat a) het ongewenst is een syndroom aan te duiden met een adjectief met etiologische inhoud en b) de etiologie geen voorspelling toelaat over de aard van het syndroom. Binnen de groep der 'pluriformisten' bestaat verschil van mening over de vraag of het hier om 2 aparte ziektebeelden gaat of om een continuüm. Bestaat er tussen de samenstellende symptomen van deze syndromen weinig overlap, zijn deze met andere woorden dichotoom verdeeld, of gaan deze syndromen vloeiend in elkaar

over. Het tweede standpunt werd door mijzelf verdedigd (Van Praag, 1962). Ik beschreef een prototypisch vitaal en personaal depressief syndroom, maar kwam op grond van klinisch onderzoek tot de conclusie dat er bij veel patiënten sprake is van mengbeelden. Ten onrechte schaaft Kendell (1977) mij dan ook onder de 'dichotomisten'. Bovendien stelde ik vast dat de dimensie licht/ernstig niet met de dimensie vitaal/personaal samenvalt maar er dwars op staat.

Deze indruk werd als volgt bevestigd. Het onderzoek betrof 25 patiënten, opeenvolgend opgenomen, bij wie met behulp van een standaardinterview (Van Praag e.m., 1965) een typisch vitaal depressief syndroom was vastgesteld en 25 patiënten met een prototypisch personaal depressief syndroom. Aan een onafhankelijk psychiater, niet op de hoogte van de syndromale diagnostiek, werd gevraagd de ernst van de depressie te beoordelen en vast te leggen op een 5-puntsschaal lopend van licht tot zeer ernstig. De frequentieverdeling bleek in beide groepen vrijwel gelijk te zijn. De kwalificaties ernstig, matig, licht, werden in de vitale groep toegekend aan resp. 13, 6 en 6 patiënten, in de personale groep aan resp. 11, 7 en 7.

Deze uitkomsten rechtvaardigen de conclusie dat alle genoemde depressietypen zowel in lichte als in ernstige mate kunnen optreden. Hiermee werd stelling genomen tegen de opvatting, dat het 'endogene' (vitale) syndroom per definitie ernstig zou verlopen, het 'neurotische' (personale) licht.

Later werd dit vraagstuk onderzocht met multivariate statistische technieken. Deze lieten weinig twijfel bestaan over het voorkomen van tenminste twee kwalitatief verschillende vormen van depressiviteit (overzicht bij Matussek e.m., 1981). Wat betreft de vloeiende c.q. discontinue overgang tussen deze syndromen kwam de groep van Roth in Newcastle tot de conclusie dat het 'endogene' en het 'neurotische' syndroom 'distinct illnesses' zijn (Carney e.m., 1965). Ook de grens tussen de groep van de depressie en die van de angstneurotische syndromen zou volgens hen een scherp gemarkeerde zijn (Gurney e.m., 1972; Roth, 1977). Anderen hebben dit niet kunnen bevestigen en stelden, om de terminologie van Kendell (1977) te gebruiken, een 'psychotic/neurotic continuum' vast (overzicht bij Paykel, 1981).

De veronderstelling lijkt niet te boud, dat de psychiater-practicus zich het beste kan vinden in het dimensionele model. Bezieet men de researchliteratuur, met name de biologisch georiënteerde, dan krijgt men de indruk dat de psychiater-onderzoeker overwegend het dichotome standpunt aanhangt. Depressieve patiënten worden door hem gewoonlijk categoriaal, niet dimensioneel getypeerd. Dit kan verschillende redenen hebben. a) Wetenschappelijke overtuiging. b) Selectie van de onderzochte patiënten uit de extremen van de dimensie. c) Schroomvalligheid het nosologische uitgangspunt te laten vallen ten gunste van het dimensionele. Uit het oogpunt van doorzichtigheid van wetenschappelijke doelstelling is het nu eenmaal attractiever te zoeken naar de biologische grondslagen van de

vitale depressie dan naar het biologische correlaat van een reeks psychologische dysfuncties die als vitaal depressief syndroom worden aangemerkt, in wisselende mate uitgesproken kunnen zijn en in combinatie kunnen voorkomen met allerhand andersoortige symptomen.

De laatstgenoemde verklaring lijkt me de meest waarschijnlijke.

6. Conclusies ten aanzien van de gangbare dichotome classificaties
Op basis van de hierboven besproken gegevens en overwegingen trokken wij de volgende conclusies:

1) Het al dan niet opgetreden zijn van life events voorafgaande aan de depressie laat geen voorspelling toe over de symptomatologie van de depressie, noch over het al dan niet neurotisch zijn van de premorbide persoonlijkheid. Het indelingsprincipe endogeen/reactief verliest hiermee zijn zin.

2) Het voorkomen van psychiatrische verschijnselen van niet-depressieve en niet-manische aard in de voorgeschiedenis laat evenmin een voorspelling toe over de aard van het depressieve syndroom. Daarmee verliest het indelingsprincipe primair/secundair zijn zin.

3) Recidive tendens is geen monopolie van het vitaal depressieve syndroom. Andere depressieve syndromen vertonen dezelfde neiging. Daarom is een depressie met de aanduiding 'unipolair' niet genoegzaam gekenschetst.

4) Depressies met psychotische verschijnselen zijn zeldzaam. Er zijn geen aanwijzingen dat depressies zonder psychotische kenmerken in enigerlei opzicht een naar homogeniteit neigende groep zijn. Daarmee verliest de dichotomie psychotische/neurotische depressie iedere zin.

5) Depressies verschillen niet alleen in ernst, maar eveneens in kwalitatief opzicht. Symptomatologisch zijn er op z'n minst twee prototypen, die ik voorgesteld heb aan te duiden met de termen 'vitaal' en 'persoonlijk'. Termen die in tegenstelling tot de gangbare ('endogeen', 'reactief', 'neurotisch') vrij zijn van oorzakelijke connotaties. Er zijn sterke aanwijzingen dat het hier niet twee aparte ziektecategorieën betreft, maar de beide uitersten van een dimensie.

Drie- (of vier-?) dimensionele depressiediagnostiek (het classificatiesysteem volgens Van Praag)

Op grond van de overwegingen samengevat in de vorige paragraaf kwam ik tot de conclusie dat de classificatie van depressies een drie-dimensionele behoort te zijn, gefundeerd op onafhankelijke beoordeling van drie criteria: symptomatologie, etiologie en verloop. Ik vat de voornaamste elementen van dit classificatiesysteem hier kort samen (Tabel 3) en verwijs voor een uitvoeriger bespreking naar vroegere publikaties (Van Praag, 1962, 1978, Van Praag e.m., 1965).

Voorgesteld werd syndromaal de volgende depressietypen te on-

Tabel 3: Drie-(vier-?) dimensionele indeling van depressies volgens Van Praag

Syndroom	Syndromale subcategorieën	Etiologie	Verloop	Pathogenese (?)*
Vitale depressie	Geremd Geïteerd Zonder duidelijke motorische pathologie	Etiologisch specifiek Premorbide persoonlijkheid, normaal of afwijkend	Eenmalig Recidiverend zonder (hypo) manische fasen (unipolair verloop) Recidiverend met (hypo) manische fasen (bipolair verloop) Chronisch (zeldzaam)	Overwegend serotonerge stoornissen Overwegend catecholaminerge stoornissen Combinaties
Personale depressie	Angst-type (met uitgesproken angst) Hysterisch type (met hysterische symptomen)	Psychogeen Dikwijls, maar niet altijd voorafgegaan door life events Premorbide persoonlijkheid, veelal neurotisch; soms niet afwijkend; de stressor is dan veelal ernstig geweest	Eenmalig Recidiverend Soms neiging tot chronificering	Onbekend
Mengvormen	Overwegend vitale depressie Overige mengvormen	Geen definitieve gegevens beschikbaar Overwegend vitale depressie: vermoedelijk als vitale depressie Overigen: vermoedelijk veelal psychogeen	Eenmalig Recidiverend Soms neiging tot chronificering	Onbekend
Depressies niet volgens deze categorieën te classificeren				

* Bij (overwegend) vitale depressies zijn stoornissen vastgesteld in de centrale monoaminen huishouding.

* Bij (overwegend) vitale depressies zijn stoornissen vastgesteld in de centrale monoaminen huishouding. Er zijn nog andere indicaties dat dit indicatieve waarde hebben ten aanzien van het verloop van de depressie en de

derscheiden: het vitaal ('endogeen'; 'psychotisch') en het personaal ('neurotisch', 'reactief') depressieve syndroom en de mengvormen. Eén mengvorm wordt apart benoemd als depressief syndroom met vitale kenmerken (of: overwegend vitale depressie). Bij dit depressietype zijn vier met name genoemde symptomen van de vitale depressie aantoonbaar. Deze mengvorm werd daarom afgegrensd, omdat de therapeutische respons ervan op antidepressiva en elektroshocktherapie vergelijkbaar bleek te zijn met die van de vitale depressie. De symptomatologie van deze depressietypen werd gedetailleerd beschreven, zowel van de lichtere als van de meer uitgesproken vormen. Voor het vaststellen van het vitaal depressieve syndroom werd een gestructureerd standaardinterview ontwikkeld (Van Praag e.m., 1965). Voor zover mij bekend het eerste instrument van dien aard dat in de psychiatrie werd ingevoerd.

Het vitaal depressieve syndroom en de depressie met vitale kenmerken bleken etiologisch aspecifiek te zijn. Aan de syndromale diagnose moeten derhalve twee gegevens worden toegevoegd. Allereerst of de depressie overwegend door psychologische (c.q. psycho-sociale) factoren, door lichamelijke (verworven of erfelijke) factoren, door combinaties van beide werd geïnduceerd, of dat geen duidelijke etiologische factoren aantoonbaar waren (ideopathische of endogene vormen van vitale depressiviteit). Ten tweede moet de etiologische typering een aanwijzing bevatten of de structuur van de premorbide persoonlijkheid geacht wordt binnen of buiten de grenzen van de norm te vallen en in dit laatste geval in welk opzicht.

Het (overwegend) personaal depressieve syndroom is in sterke mate gekoppeld aan een afwijkende, veelal neurotische persoonlijkheidsstructuur en wordt soms 'spontaan', soms na omschreven life events manifest. Er zijn aanwijzingen dat hereditaire factoren ook bij het ontstaan van dit syndroom een rol kunnen spelen (Zerbin-Rubin, 1980). De voornaamste etiologische voorwaarden zullen in de diagnose moeten worden vermeld.

Wat betreft de factor verloop wordt in de diagnose aangegeven of het een eerste depressieve periode betreft, een recidive, een chronisch verloopende depressie en of de voorgeschiedenis (hypo)manische perioden vermeldt.

In een dergelijk meer-dimensioneel systeem wordt een depressief syndroom bij voorbeeld als volgt geclassificeerd: depressie met vitale kenmerken en recidiverend verloop zonder (hypo)manische fasen, uitgelokt door (bepaalde) psychosociale stressors bij een persoon met een niet afwijkende persoonlijkheidsstructuur en een met depressies belaste familieanamnese.

Er bestaat, zoals gezegd, in principe ook in de psychiatrie een 4e classificatiecriterium: pathogenese. Er mag goede hoop zijn, dat dit criterium in de nabije toekomst bij de diagnostiek van depressies praktische toepassing zal gaan vinden (Van Praag, 1982a).

Dimensionele versus categorale diagnostiek

Wanneer het juist is dat de verschillende depressievormen, in syndromaal opzicht, het best kunnen worden gekarakteriseerd met behulp van een dimensioneel model, dan is het onlogisch te veronderstellen dat de depressies als groep adequaat te bestuderen zijn als men ze als een zelfstandige categorie beschouwd, geïsoleerd van andere psychiatrische ziektebeelden. Ik ben dit met Kendell (1977) volkomen eens. Ga ik af op mijn klinische ervaring, dan lijkt het mij op de voorhand onaannemelijk dat de grens tussen b.v. depressie en angsttoestanden, depressie en schizo-affectieve psychosen, depressie en schizofrenie bij systematisch onderzoek een scherp gemarkeerde zal blijken te zijn.

Het zou overigens onjuist zijn, categorale en dimensionele classificatie als onverenigbaar tegenover elkaar te plaatsen. Aan de uiteinden van een bepaalde dimensie doen de gegeven ziektebeelden zich in praktisch zuivere vorm voor. In deze gevallen kan men van ziekte-categorieën spreken. Tussen de uitersten in liggen de 'onzuivere' gevallen, waarin een dimensionele typering veelzeggender is dan een categorale.

In het huidige psychiatrische spraakgebruik wordt de patiënt getypeerd als drager van een bepaalde ziekte of lijder aan een bepaald syndroom. Hij lijdt aan b.v. angstneurose, schizofrenie, een zus of zo depressie. In het dimensionele denken zou een diagnose bestaan uit een aantal scores op een reeks psychologische dimensies. Het lijdt weinig twijfel dat dimensionele psychiatrische diagnoses moeilijker overdraagbaar zullen zijn dan categorale. Zij staan echter vermoedelijk dichter bij de realiteit. Dit laatste punt is belangrijk genoeg om onderzoek naar de betekenis en de toepasbaarheid van de dimensionele diagnostiek in de psychiatrie met kracht ter hand te nemen.

Samenvatting

De diagnostiek van depressies is chaotisch. Doelstelling van dit artikel is een antwoord te geven op de vraag of de DSM-III orde schept in deze wanorde. Hiertoe wordt in dit eerste gedeelte ervan een overzicht gegeven over de bestaande classificatiesystemen en hun tekortkomingen. Als hoofdoorzaak van de wanorde wordt het feit gezien, dat de gangbare systemen gebaseerd zijn op één criterium: symptomatologie, etiologie of verloop. Typering van één van deze factoren, laat echter geen betrouwbare uitspraak toe over de aard van de beide anderen. Als voorbeeld: de uitspraak dat een depressie neurotisch van origine is impliceert niets over symptomatologie of verloop. Als enige mogelijkheid om aan de verwarring te ontsnappen wordt een classificatiesysteem gezien dat consequent drie-dimensioneel is, dat wil zeggen gebaseerd op gelijktijdige, maar onafhankelijke karakterisering van ieder van de drie genoemde criteria afzonderlijk. Het classificatiesysteem dat schrijver dezes ca. 20 jaar geleden in essentie introduceerde voldoet aan deze

voorwaarde. Het wordt beknopt besproken alsmede de empirische gegevens waarop het berust.

In deel II zal het classificatiesysteem van depressies dat de DSM-III aanbiedt, gespiegeld worden aan de desiderata die in deel I zijn geformuleerd.

Literatuur

- Akiskal, H. S., Rosenthal, R. H., Rosenthal, T. L., Kashgarian, M., Khani, M. K., Puzantian, V. R. (1979), Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic, and secondary depressions. *Arch. Gen. Psychiat.* 36, 635-643.
- Angst, J. (1966), *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Springer Verlag, Berlin.
- Brown, G. W., Ni Bhrolcháin, Harris, T. O. (1979), Psychotic and neurotic depression. Part 3. Aetiological and background factors. *J. Affect. Disord.* 1, 195-211.
- Brown, G. W., Harris, T. (1978), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock Publications Ltd., London.
- Carney, M. W. P., Roth, M., Garside, R. F. (1965), The diagnosis of depressive syndromes and prediction of ECT response. *Brit. J. Psychiat.* 111, 659-674.
- Carroll, B. J., Feinberg, M., Greden, J. F., Haskett, R. F., James, N. Mcl., Steiner, M., Tarika, J. (1980), Diagnosis of endogenous depression. Comparison of clinical, research and neuroendocrine criteria. *J. Affect. Disord.* 2, 177-194.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Am. Psychiat. Assoc., 1980.
- Gurney, C., Roth, M., Garside, R. F., Kerr, T. A., Schapira, K. (1972), Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness-II. *Brit. J. Psychiat.* 121, 162-166.
- Hirschfield, R. M. A. (1981), Situational depression: validity of the concept. *Brit. J. Psychiat.* 139, 297-305.
- Kendell, R. E. (1977), The classification of depressions: a review of contemporary confusion. In: G. D. Burrows (Ed): *Yearbook of studies in depression*. Excerpta Medica, Amsterdam, London, New York.
- Kielholz, P. (1972), Diagnostische Voraussetzungen der Depressionsbehandlung. In: *Depressive Zustände*. Herausgeber P. Kielholz. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.
- Kretschmer, E. (1977), *Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Springer Verlag, 26. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York.
- Leonhard, K. (1959), *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Academic Verlag, Berlin.
- Lewis, A. J. (1938), States of depression: their clinical and etiological differentiation. *Brit. Med. J.* 2, 875-878.
- Lloyd, C. (1980), Life events and depressive disorders reviewed. *Arch. Gen. Psychiat.* 37, 541-548.
- Matussek, P., Söldner, M., Nagel, D. (1981), Identification of the endogenous depressive syndrome. Based on the symptoms and the characteristics of the course. *Brit. J. Psychiat.* 138, 361-372.
- Paykel, E. S. (1978), Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol. Med.* 8, 245-253.
- Paykel, E. S. (1981), Have multivariate statistics contributed to classification? *Brit. J. Psychiat.* 139, 357-362.
- Perris, C. (1966), A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat. Scand.* 42, (suppl. 194), 1-189.

- Praag, H. M. van (1962), *Een kritisch onderzoek naar de betekenis van monoamineoxydaseremming als therapeutisch principe bij de behandeling van depressies*. Diss. Utrecht.
- Praag, H. M., Uleman, A. M., Spitz, J. C. (1965), The vital syndrome interview: a structured standard interview for the recognition and registration of the vital depressive symptom complex. *Psychiat. Neurol. Neurochir.* 68, 329-346.
- Praag, H. M. van (1971), The position of biological psychiatry among the psychiatric disciplines. *Comp. Psychiat.* 12, 1-7.
- Praag, H. M. van (1978), *Psychotropic drugs*. A guide for the practitioner. Brunner/Mazel, New York.
- Praag, H. M. van (1979), Psychopsychiatry: can psychosocial factors cause psychiatric disorders? *Comp. Psychiat.* 20, 215-225.
- Praag, H. M. van (1982a), De betekenis van biologische factoren bij de diagnostiek van depressies. I. Biochemische variabelen. II. Hormonale variabelen. *T. Psychiat.* 24, 201-227.
- Praag, H. M. van (1982b), De diagnostiek van schizofrene en schizo-affectieve psychosen: hoe bruikbaar is de DSM-III als standaard? In voorbereiding.
- Reveley, A. M., Reveley, M. A. (1981), The distinction of primary and secondary affective disorders. Clinical implications. *J. Affect. Dis.* 3, 273-279.
- Robins, E., Munoz, R. A., Martin, S., Gentry, K. A. (1972), Primary and secondary affective disorders. In: J. Zubin and F. A. Freyborn (Eds.) *Disorders of mood*. John Hopkins Press. Baltimore, pp 33-46.
- Rosenthal, S. H., Klerman, G. L. (1966), Content and consistency in the endogenous depressive pattern. *Brit. J. Psychiat.* 112, 471-484.
- Roth, M. (1978), The borderlands of anxiety and depressive states: their bearing on new and old models for the classification of depression. In: H. M. van Praag, J. Bruinvels (Eds.), *Neurotransmission and disturbed behavior*. S. P. Medical and Scientific Book, New York.
- Rümke, H. C. (1960), *Psychiatrie II. De psychosen*. Scheltema en Holkema NV. Amsterdam.
- Schneider, K. (1959), *Klinische psychopathologie*. G. Thieme-Verlag. Stuttgart.
- Weissman, M. M., Pottenger, M., Kleber, H., Ruben, H. L., Williams, D., Thompson, W. D. (1977), Symptom patterns in primary and secondary depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 34, 854-862.
- Wilde, G. J. S. (1963), *Neurotische labiliteit: gemeten volgens de vragenlijstmethode*. F. van Rossen, Amsterdam.
- Zerbin-Ruben, E. (1980), Genetic factors in neurosis, psychopathy and alcoholism. *Handbook of biological psychiatry*, vol. 3, H. M. van Praag, M. N. Lader, O. J. Rafaelsen, E. J. Sachar (Eds), Marcel Dekker Inc., New York.