

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

II Bracht de DSM-III het verlossende woord voor de depressiediagnostiek?

door H. M. van Praag

Depressie classificatie volgens de DSM-III

In het eerste deel van dit artikel werd een overzicht gegeven van de gangbare classificatiesystemen van depressies en hun tekortkomingen (Van Praag, 1982). Voorts besprak ik het door mij indertijd voorgestelde 3-dimensionele classificatiesysteem. Dit steunt in belangrijke mate op empirische gegevens en werd in staat geacht de bestaande verwarring te doorbreken. Thans ligt voor ons de DSM-III, en de vraag doet zich voor in hoeverre deze heeft gebroken met wat ik beschouw als verouderde overleveringen en de nieuwere ontwikkelingen (die echter nog geen psychiatrisch gemeengoed zijn) heeft geïncorporeerd. Hierover handelt dit tweede deel. Stoornissen in het gestemd zijn (affective disorders) worden in de DSM-III in drie groepen verdeeld (tabel 1):

- Major affective disorders,
- Cyclothymic disorders,
- Dysthymic disorders.

De eerste groep krijgt duidelijk het meeste gewicht.

De beide anderen worden als het ware aan haar afgemeten. Ik laat de Engelse termen onvertaald ter vermijding van (verdere) diagnostische verwarring.

Major affective disorders

Deze categorie omvat de groepen die volgens de non-DSM nomenclatuur als uni- en bipolaire vitale depressies worden aangemerkt. In de DSM nomenclatuur heet de eerste groep major depression, de tweede: bipolar disorder. Als enige verschil tussen beide groepen wordt ook in de DSM aangegeven het al dan niet voorkomen van (hypo)manische fasen in de voorgeschiedenis.

Binnen de bipolaire groep worden als vanouds drie manifestatievormen onderscheiden: de depressie, de manie en het mengbeeld. Voor de laatstgenoemde diagnose wordt de eis gesteld, dat manische en depressieve verschijnselen elkaar snel afwisselen, ofwel dat

Tabel 1: Classificatie van depressies volgens de DSM-III

<i>Categorie</i>	<i>Subcategorieën</i>	<i>'Best fitting' diagnose uit Van Praags classificatie</i>
Major affective disorder	Bipolar disorder	– Ernstige (overwegend) vitale depressie, al of niet met psychotische verschijnselen – Endogeen en/of psychogeen geïnduceerd* – Unipolair of bipolair verloop of 1e fase
	depressed	
	mixed	
	Major depression single episode	– Endogeen en/of psychogeen geïnduceerd* – Unipolair of bipolair verloop of 1e fase
	recurrent	
Cyclothymic disorder	--	– Lichte (overwegend) vitale depressie, zonder psychotische verschijnselen – Overwegend endogeen geïnduceerd – Bipolair verloop met hoge recidief frequentie
Dysthymic disorder	--	– Lichte (overwegend) personale depressie of mengbeeld – Optredend bij neurotische persoonlijkheid, al of niet voorafgegaan door life events – Chronisch of chronisch recidiverend verloop
Adjustment disorder with depressive mood**	--	– Acut optredende personale depressie of mengbeeld – Geïnduceerd door ernstige psychologische stressor, bij al of niet neurotische persoonlijkheid – I.h.a. incidenteel optredend
Atypical affective disorder	Atypical bipolar disorder	Niet te classificeren depressies
	Atypical depression	

* De exogeen geïnduceerde vormen worden in de DSM-III ondergebracht bij de Organic Mental Disorders

** Deze categorie wordt niet in het hoofdstuk Affective Disorders ondergebracht, maar in dat van de Adjustment Disorders

de patiënt gelijktijdig het *volledige* depressieve en manische syndroom vertoont. Er staat 'volledig', er had m.i. 'onvolledig' moeten staan. Een deur kan nu eenmaal niet tegelijk open zijn en dicht. Binnen de categorie major depression, worden 2 verloopsvormen onderscheiden: de recidiverende depressie en de eerste depressieve episode.

De depressieve perioden zoals die voorkomen binnen het raam van de major depression en de bipolar disorder, worden major depressive episode genoemd. Symptomatologisch wordt dit beeld beschreven als identiek aan dat wat wij klassieke vitale depressie hebben genoemd (Van Praag, 1962, 1978, Van Praag e.m. 1965). Om zich voor de diagnose major depressive episode te kwalificeren behoeft de patiënt echter niet alle, maar slechts 4 van 8 verschijnselen van dit syndroom te vertonen. Om het even welke. Een operationalisering die m.i. te vrijblijvend is. Is een half ei nog wel een ei, zo vraagt men zich af. En: bezitten de symptomen van het vitaal depressieve syndroom wel gelijk gewicht; zijn ze diagnostisch als het ware uitwisselbaar? Dit is, voorzichtig uitgedrukt, twijfelachtig. Op een andere plaats wordt in de DSM gesteld dat voor de diagnose major affective disorder sprake moet zijn van een 'full affective syndrome' (hetzij van depressieve, hetzij van manische aard). Beide uitspraken zijn met elkaar in tegenspraak.

In deel I van dit artikel (Van Praag, 1982) besprak ik een aantal opvattingen over de vitale depressie, die ik, uitgaande van empirisch onderzoek, als misverstanden kwalificeerde:

Misverstand 1: De vitale depressie ontstaat 'endogeen', zonder duidelijk uitwendige aanleiding. De empirie leert, dat dit syndroom veelvuldig wordt voorafgegaan door psychosociale en materiële stressors.

Misverstand 2: De vitale depressie treedt op bij basaal normale persoonlijkheden. De empirie leert dat de neurotische mens voor dit type depressie geenszins immuun is.

Misverstand 3: De vitale ('endogene', 'psychotische') depressie is per definitie een ernstige depressie, de personale ('neurotische', 'reactieve') depressie een licht verlopende. De empirie leert, dat beide typen depressie zich zowel in lichte als in ernstige mate kunnen manifesteren.

Misverstand 4: Het verschil tussen de vitale depressie en de personale, is kwantitatief van aard. De empirie leert dat het verschil tussen beide er een is van kwaliteit.

Welk standpunt neemt de DSM III in? Worden de genoemde misverstanden opgeruimd? In de volgende paragrafen ga ik op deze vraag in, waarbij ik er vanuit ga dat major depressive episode en vitale depressie congruente begrippen zijn.

De zogenaamde 'endogeniteit' van de major depressive episode

Veelvuldig, zo wordt in de DSM-III gesteld, volgt een major depressive episode op een psychosociale stressor. Dit empirische gegeven neemt de DSM over. Eindelijk wordt in een officieel classificatiesysteem afgedaan met het misverstand dat de vitale depressie per definitie een endogene depressie zou zijn.

Onbegrijpelijk is het anderzijds, waarom de psychosociaal geïnduceerde vitale depressie wél als 'echt' wordt erkend, de organisch geïnduceerde (b.v. door reserpine of door virus infecties) niet. Dit zijn volgens de DSM-III geen major depressive episodes. Ze wor-

den zelf niet opgenomen in de familie der Affective Disorders, maar ondergebracht in een ander hoofdstuk, dat der organische syndromen. Waarom is niet duidelijk. Er is geen enkele aanwijzing dat de exogeen geïnduceerde vitale depressie zich op wezenlijke punten onderscheidt van de endogeen of psychosociaal bepaalde. Ze moeten m.i. wel degelijk als een major depressive episode worden opgevat.

Major depressive episode en persoonlijkheidsstructuur

De DSM-III stelt, dat de major depressive episode kan optreden bij individuen met een 'chronic mental disorder', zoals alcoholverslaving en een neurotische persoonlijkheidsstoornis. In deze gevallen moeten twee diagnoses worden geregistreerd.

Dit is een tweede uitspraak waarmee de nieuwe DSM de depressiediagnostiek een grote dienst bewijst. De opvatting dat de vitale depressie vooral optreedt bij evenwichtige, goed aangepaste persoonlijkheden wordt nu 'officieel' als misvatting onderkend. Bovendien schuilt in deze uitspraak de erkenning van het feit dat talrijke psychiatrische patiënten verschijnselen vertonen behorend bij verschillende syndromale clusters. Psychiatrische ziektebeelden zijn multiconditioneel bepaald en (wellicht daardoor) multisyndroomaal qua symptomatologie.

Cyclothymic disorder: een lichtere variant van de major affective disorder

Uit de beschrijving van het klinische beeld van de major depressive episode rijst het beeld op van de diepe vitale depressie met uitgesproken motorische en belevingsstoornissen. (De ernst van de stemmingsdaling als zodanig is moeilijk te peilen en nog moeilijker vast te leggen). Erkend wordt dat dit depressieve syndroom ook in minder uitgesproken mate voorkomt. Dit blijkt uit de symptomatologische omschrijving van de 2e hoofdgroep van affective disorders: de cyclothyme stoornis. Diagnostische criteria voor deze diagnose zijn: het optreden gedurende tenminste twee jaar van talrijke vitaal depressieve en hypomanische fasen die niet voldoende uitgesproken zijn 'to meet the criteria for a major depressive or a manic syndrome'.

De manier waarop de factor: ernst van de depressie, in de DSM diagnostisch wordt verdisconteerd, acht ik onbevredigend. Verschillende, veel voorkomende depressietypen zijn in het DSM-systeem eenvoudig niet te plaatsen. De patiënt bij wie voor de eerste maal een lichte vitaal depressieve fase optreedt. De patiënt die dergelijke fasen eerder heeft doorgemaakt, maar niet veelvuldig in de voorafgaande 2 jaar. De patiënt die – al of niet frequent – uitsluitend lichte vitaal depressieve periodes vertoont. Daar komt nog dit bij. Het zou alleen dan zin hebben de lichtere vormen van de vitale depressie en manie af te zonderen van de vol ontwikkelde beelden, indien zij zich op wezenlijke punten, zoals suïcidaliteit en

herstelkansen, zouden onderscheiden. Dergelijke aanwijzingen zijn er niet.

M.i. was het beter geweest de diagnoses bipolar disorder en major depression te voorzien van een dimensie: ernst, en van een dimensie: frequentie. Dan had de categorie cyclothymic disorder, in de zeer beperkte betekenis die de DSM-III er nu aan geeft, kunnen vervallen.

Dysthymic disorder: het DSM-pendant van het personaal ('neurotisch') depressieve syndroom?

De DSM onderscheidt naast de major depressive episode, in z'n lichtere en zwaardere vormen, nog een ander syndromaal depressietype, genaamd: dysthymic disorder, of: depressive neurosis. Het standpunt dat er tussen depressieve syndromen naast kwantitatieve ook kwalitatieve verschillen bestaan, wordt hiermee naar het schijnt 'gesanctioneerd'. Bij nadere beschouwing blijkt het DSM-standpunt echter dubbelzinnig te zijn. In de algemene omschrijving wordt deze categorie aldus gekenschetst. Er bestaan gedurende tenminste 2 jaar, bij voortduring of regelmatig, depressieve verschijnselen 'but not of sufficient severity and duration to meet the criteria for a major depressive period'. Het enige verschil, tussen de cyclothyme en de dysthyme stoornis is, zo lijkt het, dat de tweede wat meer chronisch verloopt dan de eerste en dat hypomane perioden ontbreken. Conclusie: de DSM-III bevestigt het unitaire standpunt volgens welke depressieve syndromen slechts qua ernst verschillen.

De paragraaf Diagnostische Criteria voert echter tot een andere conclusie. Hierin wordt gesteld, dat voor de diagnose dysthymic disorder drie symptomen aanwezig moeten zijn van een met name genoemde reeks van 13; om het even welke. Deze reeks correspondeert slechts ten dele met de symptomen beschreven als typerend voor de major depressive episode. Conclusie: de mogelijkheid van kwalitatief verschillende depressieve syndromen wordt open gehouden, ofschoon een ondubbelzinnige uitspraak van die strekking ontbreekt. Samengesteld als zij is op basis van de opvattingen van een groot aantal adviseurs is hier, naar het schijnt, voor een compromisstandpunt gekozen.

Het hoofdstuk Dysthymic Disorder bevat een tweede orakeluitspraak. De empirie leert, zo besprak ik in deel I van deze studie (Van Praag, 1982), dat recidivetendens geen uniek kenmerk is van de vitale depressie, maar evenzeer van andere depressievormen. Ergo, de diagnose unipolaire depressie is zonder syndromale typering, een onvolledige. De DSM-III stelt, dat de dysthyme depressie intermitterend kan verlopen, maar voegt hieraan toe, dat deze diagnose alleen mag worden gesteld als de symptoom-vrije intervallen niet meer dan enkele maanden hebben geduurd. Een onbegrijpelijke restrictie, omdat a) niet wordt toegelicht waarom de duur van het interval geacht wordt zo'n doorslaggevende betekenis te hebben en b) niet wordt aangegeven hoe patiënten met dysthyme

kenmerken maar langere symptoom-vrije intervallen dan wél moeten worden geclassificeerd.

Elders in de DSM-III, in het hoofdstuk Adjustment Disorders, wordt nog een subcategorie depressies onderscheiden, de adjustment disorders with depressed mood. Er wordt een depressieve reactie onder verstaan op een psychosociale stressor bij een individu bij wie geen sprake is van een personality disorder. Patiënten met dysthyme kenmerken maar meer sporadisch terugkerende depressies horen dus ook in deze categorie niet thuis.

De categorie adjustment disorder with depressed mood is overigens een weinig overtuigende. Het klinische beeld wordt vanuit het negatieve en summier beschreven (ongewoon voor de DSM-III). Vanuit het negatieve: 'adjustment disorder with depressed mood is manifested by an incomplete depressive syndrome...' Summier: er wordt gesteld dat het maladaptieve karakter van de reactie moet blijken uit a) stoornissen in het sociale en beroepsmatige functioneren en b) symptomen die ernstiger zijn dan viel te verwachten, de ernst van de stressor in aanmerking genomen. Deze criteria gelden echter voor alle depressies en bezitten niets specifiek. Bovendien komt het me voor, dat adjustment disorders na doorsnee psychosociale stressors bij normale persoonlijkheden ongewoon zijn. Zo ongewoon, dat men zich afvraagt of een aparte diagnostische rubriek voor hen wel gerechtvaardigd is.

Het batig saldo van de DSM-classificatie

De depressieclassificatie zoals 'officieel' vastgelegd in de DSM-III betekent een belangrijke stap voorwaarts. In de eerste plaats omdat de gestelde diagnostische criteria nauwgezet en systematisch zijn beschreven. De diagnostische categorieën zijn in het algemeen herkenbaar en overdraagbaar. Met overdraagbaarheid van diagnoses zijn zowel de psychiatrische praktijk als de psychiatrische research gediend. Bovendien zijn enige belangrijke strijdpunten geslecht.

(1) Het vitaal depressieve syndroom ontstaat lang niet altijd 'endogeen', maar veelvuldig onder invloed van psychosociale stressors (net als het personaal depressieve syndroom en de mengvormen). (2) Vitale depressiviteit en neurotische persoonlijkheidsstructuur sluiten elkaar niet uit. (3) Recidivetendentie is geen exclusief kenmerk van de vitale depressie. Daarom is de diagnose unipolaire depressie onvolledig. Zij behoeft aanvulling met een syndromale typering. De DSM sluit op deze punten zonder voorbehoud aan op de uitkomsten van het empirische onderzoek.

Op andere (twist)punten is het standpunt neergelegd in de DSM-III dubbelzinnig. Dit geldt allereerst voor de vraag of depressieve syndromen alleen kwantitatief of ook in kwalitatief opzicht verschillen. Verschilt de dysthymic disorder qua aard van de symptomatologie nu wel of niet van de major depressive episode en van de depressieve fase van de cyclothymic disorder. Een duidelijk antwoord ontbreekt. Dit is een ongelukkige zaak uit een oogpunt van

behandeling. Er zijn immers sterke aanwijzingen dat de huidige antidepressiva te meer effect sorteren naarmate de symptomatologie van de patiënt op de dimensie vitaal/personaal dichter bij de vitale pool ligt. Dit ongeacht de ernst van de depressie. Licht of ernstig, de (overwegend) vitale depressie vormt de voorkeursindicatie van de antidepressiva. Kwalitatieve depressiediagnostiek is voor het doeltreffend voorschrijven van antidepressiva een eerste vereiste (Murphy, 1976; Van Praag, 1978).

Het is evenzeer een ongelukkige zaak voor het psychiatrische *onderzoek*. De stoornissen in biologische functies die tot nog toe bij depressieve patiënten gevonden zijn, zijn niet ubiquitair maar hopen zich op in de (overwegend) vitale groep. Biologisch depressieonderzoek vooronderstelt kwalitatieve depressiediagnostiek. Het ontbreken van een definitieve streep onder het concept van de 'eenheidsdepressie' wordt mede daarom node gemist.

In de tweede plaats heb ik bezwaar tegen de manier waarop de factor ernst in de DSM is verdisconteerd. De major depressive episode is congruent met de *ernstige* vitale depressie. Weliswaar wordt het bestaan van lichtere vormen erkend, maar deze worden (a) in een aparte categorie geplaatst (b) aan een bepaalde tijdsduur gebonden en (c) gekoppeld aan het tevens voorkomen van hypomane perioden. De lichte unipolaire vitale depressie (eerste fase of infrequent recidiverend) vindt in de DSM-III geen onderkomen. Voor de diagnose dysthymic disorder wordt uitdrukkelijk de eis gesteld dat de depressie licht verloopt. Voor de ernstige beelden wordt geen plaats ingeruimd, terwijl evenmin wordt beweerd dat deze niet zouden bestaan. Kortom de onafhankelijkheid van de assen vitaal/personaal en licht/ernstig komt in dit classificatiesysteem onvoldoende tot uitdrukking.

De laatste kritische opmerking betreft geen dubbelzinnigheid, maar een standpunt dat ik ronduit onjuist acht. De exogeen (door verworven lichamelijke factoren) geïnduceerde major depressive episode (vitale depressie), wordt niet als major depressive disorder erkend en ondergebracht bij de organische aandoeningen. Wanneer het principe van de etiologische aspecificiteit van de vitale depressie wordt aanvaard, wanneer erkend wordt dat de vitale depressie endogeen kan ontstaan maar ook onder invloed van psychosociale stressors, dan is het onlogisch de exogene vitale depressie te sequesteren. Bovendien ontbreekt enige argumentatie die deze visie zou kunnen rechtvaardigen.

De DSM-III is geen codex. Men mag er kritiek op hebben. Zij nodigt uit tot discussie en dat is bepaald niet haar geringste verdienste. Mijn waardering voor dit monumentale werkstuk overtreft trouwens verre mijn kritiek. De DSM-III vormt, zoals gezegd de grootste gemene deler van opvattingen zoals die leven onder spraakmakende psychiaters in de VS. Zoals overal elders divergeren deze meningen. Dat er desondanks zo'n cohaerent en in grote lijnen bruikbaar en helder geformuleerd classificatiesysteem kon worden samengesteld, is verbazingwekkend. De samenstellers ervan verdienen grote bewondering.

DSM- en ICD-classificatie van depressies

Ongelukkigerwijs zijn er al sinds jaren 2 psychiatrische classificatiesystemen in gebruik. Het DSM-systeem, voornamelijk in gebruik in de VS en het ICD-systeem (International Classification of Diseases; ICD-9) ontwikkeld door de Wereld Gezondheids Organisatie en gebruikt in grote delen van de 'rest van de wereld'. Een fusieprobleem dat dringend om een oplossing vraagt. De ICD-classificatie van depressies verschilt aanmerkelijk van die in de DSM (Tabel 2).

Globaal gesproken worden in de 9e en laatste editie van de ICD 4 (hoofd)groepen van depressies onderscheiden (Tabel 2); sommigen onderverdeeld in subcategorieën. Ten eerste depressies binnen het raam van de manisch depressieve psychose. Als kenmerken worden opgegeven ernstige depressiviteit en psychotische verschijnselen. Wanneer dit syndroom wordt voorafgegaan door psychotrauma wordt van psychogeen depressieve psychose gesproken.

De tweede groep is die der neurotische depressies, gekenmerkt

Tabel 2: Classificatie van depressies volgens de ICD-9

<i>Categorie</i>	<i>Subcategorieën</i>	<i>Hoofd waaronder de categorie wordt vermeld</i>	<i>'Best fitting' DSM-III-diagnose</i>
Manic-depressive psychosis	Depressed type Circular type, currently depressed Circular type, currently mixed Circular type, currently unspecified Other and unspecified Psychogenic psychosis	Affective psychoses Other nonorganic psychoses	Major affective disorder – bipolar disorder – major depression
Neurotic depression	Neurotic depression Affective personality disorder (cycloid personality)	Neurotic disorders Personality disorders	Dysthymic disorder Cyclothymic disorder
Depressive reactions	Brief type Prolonged type	Adjustment reaction	Adjustment disorder with depressed mood
Depressive disorder, not elsewhere classified	--	Depressive disorder not elsewhere classified	Atypical affective disorder

door een lichter verloop dan die van depressies uit de eerste groep en door neurotische kenmerken in de premorbide persoonlijkheidsstructuur.

De derde categorie is die der depressive adjustment reactions, symptomatologisch niet nader getypeerd, optredend na ernstige life events bij normale premorbide persoonlijkheidsstructuur.

Tenslotte een restcategorie genoemd 'depressive disorder, not elsewhere classified', bedoeld voor 'states of depression... which have no specifically manic depressive or other psychotic depressive features and which do not appear to be associated with stressful events or other features specified under neurotic depression'.

In het ICD-systeem is geen der in de tweede paragraaf opgesomde misverstanden, die het terrein van depressiediagnostiek zo ontogankelijk hebben gemaakt, opgelost. Het is in feite een nosologische classificatie geënt op de aloude dichotomie psychotische/neurotische depressie. Bepaalde veel voorkomende categorieën depressies zijn onplaatsbaar, b.v. het vitaal depressieve syndroom zonder psychotische verschijnselen. De derde categorie, die der 'adjustment depressions' ontbrak in vorige edities van de ICD, en is een ongevalideerd concept. Op de voorhand is het moeilijk hierin een zelfstandige categorie te zien. De karakterisering van de verschillende groepen is, zeker in vergelijking met de DSM-III, summier. De symptomatologische typering geschiedt nogal eens vanuit het negatieve: 'beeld A lijkt niet op beeld B', in plaats dat de karakteristiek geachte symptomen worden beschreven. Tenslotte zet de ICD de ongelukkige psychiatrische traditie voort binnen één classificatiesysteem verschillende criteria door elkaar te gebruiken. De depressie binnen manisch-depressief kader wordt symptomatologisch gekarakteriseerd, de tweede en derde categorie etiologisch, de vierde vanuit het negatieve.

Het is duidelijk, dat ik de DSM-classificatie van depressies verre verkies boven die volgens de ICD.

Samenvatting

De huidige depressiediagnostiek is onoverzichtelijk. In verschillende opzichten brengt de DSM-III orde in de wanorde. In de eerste plaats omdat de onderscheiden groeperingen scherp gedefinieerd zijn. In de tweede plaats omdat verschillende strijdpunten worden geslecht. (a) Het vitaal ('endogeen') depressieve syndroom is een etiologisch aspecifiek, niet een endogeen bepaald syndroom. (b) Vitale depressiviteit en neurotische persoonlijkheidsstructuur sluiten elkaar geenszins uit. (c) Recidive tendentie ('unipolariteit') is geen exclusief kenmerk van de vitale depressie.

Opeen ander zeer belangrijk punt schiet de DSM-III echter tekort. Er bestaan thans sterke aanwijzingen, dat depressies niet alleen kwantitatief, maar ook kwalitatief (syndroomaal) verschillen en dat de dimensies symptomatologie en ernst van elkaar onafhankelijk zijn. De DSM-III neemt hierin een halfslachtig standpunt in. Deze onduidelijkheid is ongelukkig, zowel uit een oogpunt van behande-

ling als van research.

De DSM-III is geen codex. Zij nodigt uit tot kritische beschouwing. Dit doet niets af aan de bewondering die men kan hebben voor dit magistrale werkstuk als geheel.

Literatuur

- DSM III* (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition. American Psychiatric Association.
- ICD 9* (1978), *Mental disorders*. Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. World Health Organization, Geneva.
- Murphy, D. L. (1976), Neuropharmacology of depression. In: L. L. Simpson (Ed.), *Drug treatment of mental disorder*. Raven Press, New York.
- 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. van, Uleman, A. M. and 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 (1978), *Psychotropic Drugs*. A guide for the Practitioner. Brunner/Mazel, New York.
- Praag, H. M. van (1982), Een transatlantische visie op de diagnostiek van depressies volgens de DSM III. I Controversen en misverstanden in de depressiediagnostiek. *T. Psychiat.*, 24, 470-486