

## Foulds' hiërarchische model van psychiatrische ziekte

Een empirische ondersteuning en validering met behulp van de Present State Examination

door A. de Jong

### Inleiding

De gedachte dat psychiatrische stoornissen niet als aparte ziekte-eenheden moeten worden beschreven, maar dat ze een continuüm vormen tussen ziek en gezond, heeft in de loop der tijden een niet erg succesvol maar wel tamelijk hardnekkig bestaan geleid. Zo verdedigden Duitse psychiaters in de vorige eeuw de opvatting dat er maar één ziekte bestond die zich echter op verschillende manieren kon uiten (Clare, 1980). De manifestatie ervan zou beginnen met een depressie, die kon omslaan in een opwindingsstoestand, waarna zich vervolgens wanen konden ontwikkelen. Eventueel zou de ziekte eindigen in een toestand van dementie.

In onze eeuw was er in de Amerikaanse psychiatrie de stroming, waarvan Adolf Meyer de eerste en wellicht belangrijkste exponent was (Van Dijk, 1964). Meer recent wees Wing (1978) op theoretici als bijvoorbeeld Laing en Lidz, voor wie psychosen, neurosen en normaal gedrag op een continue schaal liggen. Een groot bezwaar tegen een dergelijke eendimensionele aanpak, aldus Wing, is dat het bijzonder moeilijk is te bepalen wanneer de grens tussen normaal en abnormaal gedrag wordt overschreden. Deze beslissing vergt uitgebreide informatie, die alleen door een expert geïnterpreteerd kan worden. Het unieke van het individu, vaak een centrale rol spelend in dergelijke theorieën, zou anders in gevaar dreigen te komen. Dit plaatst grote macht in de handen van deze specialisten, zegt Wing, terwijl een wetenschappelijke toetsing van de ideeën schier onmogelijk wordt. Er is nog een tweede manier waarop het continuüm-denken zich in de psychiatrie manifesteert. In verschillende publikaties is erop gewezen dat in de alledaagse

---

Schrijver is psycholoog, werkzaam op de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, lid van de werkgroep 'Functionele Psychosen'. Dit artikel kwam tot stand dank zij de steun en het commentaar van de overige werkgroepleden: prof. dr. R. Giel, drs. C. J. Slooff en dr. D. Wiersma.

praktijk van de diagnostiek een hiërarchie wordt gehanteerd (Wing e. a., 1974; Wing, 1978; Sturt, 1981; vergelijk ook het diagnostisch beslissingsschema bij Giel, 1982). Volgens Sturt zouden bij het vaststellen van de juiste diagnose achtereenvolgens de organische psychose, de functionele psychose, de neurotische depressie, de angsttoestanden en de andere neurosen als mogelijkheid de revue passeren. De ernst van de toestand is daarbij het criterium dat de volgorde bepaalt. In tegenstelling tot de eerder besproken eendimensionele aanpak is de hiërarchie niet in tegenspraak met de nosologische classificatiesystemen, maar vormt het eerder een aanvulling daarop. Een mengeling van beide benaderingen is te vinden bij Foulds (1976). Diens ideeën omtrent het door hem geïntroduceerde begrip 'persoonlijke ziekte' (personal illness) kwamen ten dele voort uit de kritiek op het medische model en de diagnostische classificaties. In tegenstelling tot andere, meer radicaal ingestelde critici bleef Foulds echter overtuigd van de waarde van dit model en het nut van classificaties, terwijl hij bovendien pogingen deed zijn theorie empirisch te verifiëren. Omdat we van mening zijn dat de ideeën van Foulds meer aandacht verdienen dan ze tot nu toe hebben gekregen, willen we ze in dit artikel in het kort weergeven en bespreken. Daarbij zullen we tevens de resultaten presenteren van een toetsing en validering aan de hand van gegevens uit een longitudinaal onderzoek.

### **De hiërarchische aard van persoonlijke ziekte**

Persoonlijke ziekte is door Foulds omschreven als een toestand waarin de functies die elk van ons tot een unieke persoon maken tenminste gedeeltelijk verstoord zijn, waarbij die verstoringen door onszelf of door anderen in onze omgeving als belastend worden ervaren (Foulds, 1976).

De ziekte manifesteert zich als het onvermogen om persoonlijke relaties aan te gaan of te onderhouden. De mate waarin dit onvermogen bestaat en daarmee de ernst van de ziekte, kan mettertijd toe- of afnemen. Hoe ernstiger ziek iemand is, hoe minder hij in staat is zijn eigen levensloop te bepalen. Psychotici, vooral chronische schizofrenen, vertonen de ziekte in haar meest extreme vorm, terwijl neurotici veel minder ziek zijn. Foulds ontwikkelde het model van de persoonlijke ziekte mede als antwoord op de critici van het gebruik van het medische model binnen de psychiatrie. Voor zover deze kritiek zich richtte op de reducering van geestesziekte tot een ziekte van het organisme was Foulds het daarmee hartgrondig eens. Maar de vaak in aansluiting gestelde conclusie dat het medische model daarom niet langer gebruikt mag worden, werd door hem niet onderschreven. Integendeel, het model van persoonlijke ziekten is een uitbreiding van het medische. Dat blijkt uit zijn poging om het voor de ziekte kenmerkende verlies van het gevoel van eigenwaarde te vertalen in de volgende

vier hiërarchisch gestructureerde klassen van psychiatrische symptomen:

*Klasse 1* – dysthyme toestandsbeelden. De hierin opgenomen toestandsbeelden betreffen veranderingen in het affect. Iemand met symptomen uit deze klasse bevindt zich in een toestand van verwarring en emotionele opwinding. De beelden komen bij vrijwel alle psychiatrische patiënten voor en hebben om die reden weinig discriminerend vermogen. De symptomen zijn over het algemeen 'begrijpelijker' dan die uit andere klassen, omdat vrijwel iedereen er wel eens in meer of mindere mate last van heeft gehad. De klasse valt onder te verdelen in angsttoestanden, depressieve en opwindingstoestanden.

*Klasse 2* – neurotische symptomen. Deze klasse omvat conversiesymptomen, dissociatieve symptomen, fobische verschijnselen en symptomen behorend bij obsessies en de dwangneurosen. De toestand van de patiënt is als niet-harmonisch te omschrijven, omdat hij een deel van zijn gedrag en beleving als niet bij hemzelf behorend zal beschouwen.

*Klasse 3* – de geïntegreerde wanen. Hiertoe behoren vervolgings-, grootheids- en schuldwanen. Het zelfbeeld van de patiënten in deze klasse is verwrongen en het gedrag is vaak sterk afwijkend.

*Klasse 4* – de desintegratiewanen. Het zelfbeeld, het gevoel van identiteit, is nu verloren gegaan. Het meest kenmerkende voor de toestand is de desintegratie van de persoon. Deze klasse is door Foulds niet verder onderverdeeld.

Volgens Foulds is het bij het stellen van een diagnose gebruikelijk deze vier klassen in omgekeerde volgorde te doorlopen. Men begint bij het al dan niet vaststellen van de aanwezigheid van symptomen uit de vierde klasse en gaat vervolgens eventueel over naar de lagere klassen. Is de aanwezigheid van symptomen uit een bepaalde klasse eenmaal bevestigd, dan zal het diagnostische proces daarmee meestal worden beëindigd. Aan het vaststellen van het gelijktijdig bestaan van symptomen uit de lagere klassen komt men dan niet meer toe, wat naar de mening van Foulds valt te betreuren. Volgens hem bestaat er tussen de vier klassen een inclusieve, niet-reflexieve relatie. Hetgeen in meer alledaagse bewoordingen betekent dat symptomen uit de hogere klassen niet zullen voorkomen zonder de aanwezigheid van symptomen uit alle lagere klassen. Volgens deze theorie zal dus bijvoorbeeld iemand met een vervolgingswaan (klasse 3) tegelijkertijd ook symptomen uit de klassen 1 en 2 moeten vertonen.

Dat dit vaak niet opvalt is volgens Foulds niet uitsluitend door de bovengeschetste werkwijze te verklaren, maar ook vanuit het 'King Lear'-principe. Dit principe, waarvan de naam is gebaseerd op het Shakespeare-citaat: 'Where the greater malady is fix'd the lesser is scarce felt', houdt in dat de meer ernstige symptomatologie de minder ernstige kan overschaduwten of uit de aandacht kan verdrijven.

Het model van persoonlijke ziekte en de daaraan gekoppelde hiërarchische

chie in symptoomklassen heeft een aantal voordelen boven de huidige nosologische systemen. Foulds en Bedford (1975) noemen er vier.

1. Hoewel het model voor persoonlijke ziekte is gebaseerd op het medische model stijgt het daar bovenuit. Het idee bijvoorbeeld dat patiënten tijdens hun herstel van de ene naar de andere klasse zullen verschuiven past volledig binnen het hiërarchische systeem, maar is veel moeilijker in te passen in het ziektemodel-in-engere-zin.

2. Volgens critici is een psychiatrische diagnose niet betrouwbaar te stellen. Foulds en Bedford stellen dat dit mede het gevolg is van het grote aantal gedwongen keuzes dat tussen mogelijke diagnoses moet worden gemaakt. Bij het hiërarchisch systeem is dat minder het geval. Zo wordt bijvoorbeeld de keuze tussen dwangneurose en angsttoestand eenvoudiger. De eerste diagnose hoort namelijk in een hogere klasse thuis en zal daarom de juiste zijn, al zijn de symptomen voor de tweede diagnose eveneens geconstateerd. Het is te verwachten dat de toepassing van dergelijke regels de betrouwbaarheid zal verhogen.

3. Het stellen van een diagnose zou onvoldoende implicaties voor de behandeling hebben. Voor het hiërarchisch model is dat veel meer het geval, omdat er dan ook een hiërarchie in de behandeling kan worden toegepast. Immers, als een psychose is verbleekt zal daarachter een neurose te voorschijn komen, waarvoor een andere behandeling van toepassing is.

4. Een vierde en laatste punt van vaak gehoorde kritiek is dat een diagnose geen prognostische implicaties heeft. Binnen het hiërarchische model is echter in elk geval de verschuiving van de ene naar de andere symptoomklasse te voorspellen.

### **Toetsing van het model: enkele buitenlandse bevindingen**

Om het model te kunnen toetsen werd de Delusions-Symptoms-States-Inventory (DSSI) ontworpen (Bedford en Foulds, 1977). Dit is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst, bestaande uit 12 groepen van in totaal 84 items, corresponderend met symptoomgroepen in de vier klassen. Foulds en Bedford (1975) legden dit instrument voor aan 480 psychiatrische patiënten. Sommigen (53%) werden binnen een week na opname in een ziekenhuis benaderd, een tweede groep (23%) werd ambulantly behandeld en de overigen (24%) waren in dagbehandeling. Patiënten bij wie een organische ziekte werd vermoed werden van het onderzoek uitgesloten.

De inclusieve, niet reflexieve aard van het model is te vertalen in vijf patronen van aan- of afwezigheid van symptomen in de vier klassen (zie tabel 1). Elk ander voorkomend patroon is 'fout', omdat het strijdig is met de hiërarchie. In theorie moet de symptomatologie van elke patiënt onder te brengen zijn bij één van de vijf 'goede' patronen. In de praktijk zal dit nooit voor 100 procent opgaan, omdat er altijd sprake zal zijn van meet- of beoordelingsfouten. Niettemin moet het percentage

Tabel 1: Patronen in de aanwezigheid van symptoomklassen, zoals overeenkomend met het hiërarchische model van Foulds

Omschrijving ziektebeeld	klasse 4*	klasse 3	klasse 2	klasse 1
Psychosen met niet-geïntegreerde wanen	1	1	1	1
Psychosen met geïntegreerde wanen	0	1	1	1
Neurotische toestandsbeelden	0	0	1	1
Dysthyme toestandsbeelden	0	0	0	1
Geen psychiatrische ziekte	0	0	0	0

\* 1 = symptomen van de klasse aanwezig

0 = symptomen van de klasse niet aanwezig

goede patronen in een onderzoek groot zijn wil men het resultaat als een ondersteuning voor het model kunnen aanvaarden.

Voor de patiënten in het onderzoek van Foulds en Bedford was het percentage 93%. De groep werd vervolgens opgesplitst naar de behandelingssoort en daarbinnen naar het geslacht, zodat er zes subgroepen ontstonden. De resultaten voor deze subgroepen weken nauwelijks af van die voor de gehele groep. Het laagste percentage (intramuraal behandelde vrouwen) was 92%; het hoogste 98% (mannen in dagbehandeling). De vragenlijst werd bovendien voorgelegd aan een groep van 174 vrouwen, die een steekproef uit de normale populatie vormde. Binnen deze groep kwamen alleen symptomen uit de eerste twee klassen voor. Het percentage patronen dat overeenkwam met het model was 94%. Foulds en Bedford interpreteerden deze bevindingen als een empirische ondersteuning van het model.

Het onderzoek met de DSSI is daarna enkele malen gerepliceerd. Een overzicht is te vinden in tabel 2. Het blijkt dat de oorspronkelijke bevindingen van Foulds en Bedford over het algemeen werden bevestigd. Een duidelijk afwijkend resultaat werd gerapporteerd door Bagshaw en McPherson (1978). Deze auteurs geven twee mogelijke verklaringen voor het door hen gevonden lage percentage (73%) in een groep manische en hypomanische patiënten. De eerste luidde kortweg dat het model niet opgaat voor deze diagnostische categorie. De tweede verklaring was gebaseerd op het gebruik van de DSSI. Opvallend was namelijk dat vrijwel alle foute patronen eenzelfde beeld vertoonden; het ging bijna uitsluitend om patiënten met psychotische symptomen (klasse 3 en 4), die wel tegelijkertijd klasse 1 symptomen hadden, maar bij wie de neurotische symptomen (klasse 2) ontbraken. Bagshaw en McPherson veronderstelden dat dit mogelijk samenhangt met de opzet van het instrument. Manische patiënten zouden tijdens hun psychose onvoldoende ziekte-inzicht hebben om hun situatie goed te kunnen overzien.

Tabel 2: Overzicht van vijf replicatieonderzoekingen met behulp van de DSSI naar de validiteit van Foulds' hiërarchisch model

Auteurs	Onderzoeksgroep	N totaal	N subgroepen	perc. consis- tente patronen
Foulds, Bedford (1975)*	Intra-, extra- en semimuraal behandelde patiënten	480	–	93%
1. Bagshaw (1977)	Opgenomen, depressieve patiënten	78	–	92%
2. McPherson, Antrum, Bag- shaw, Carmi- chael (1977)	Opgenomen patiënten met psychotische diagnose met niet-psychotische diagnose	100 – –	– 37 46	96% 95% 98%
3. Bagshaw, Mc- Pherson (1978)	Opgenomen patiënten met als diagnose manie of hypomanie	30	–	73%
4. Bedford, Pres- ley (1978)	Langdurig opgenomen chronische niet-paranoïde schizofrenen	33	–	81%
5. Gilleard (1983)	Opgenomen en ambulante patiënten:	197	–	90%
	in Engeland	–	100	93%
	in Turkije	–	97	87%

\* Dit betreft de belangrijkste bevinding van het oorspronkelijke onderzoek.

Bij het invullen van een vragenlijst over hun symptomen zou dat kunnen betekenen dat ze de neurotische symptomen systematisch over het hoofd zien.

Deze tweede verklaring is minder van toepassing bij het onderzoek van Surtees en Kendell (1979). Ze gebruikten in plaats van de DSSI de Present State Examination (PSE). De PSE is een half-gestructureerd interviewprotocol aan de hand waarvan een interviewer de aanwezigheid van psychiatrische symptomen kan vaststellen (Wing, Cooper, Sartorius, 1974). Hoewel ook bij dit instrument de informatie van de patiënt zelf komt heeft de interviewer de gelegenheid bij twijfel expliciet navraag te doen. Bovendien neemt hij uiteindelijk de beslissing over de aan- of afwezigheid van het symptoom.

Surtees en Kendell vergeleken de PSE-symptomen met de DSSI-items en verdeelden op grond daarvan 44 symptomen over de vier klassen. Hun materiaal was afkomstig uit het US/UK diagnostische project en betrof 397 in Londen en Surrey opgenomen patiënten, die een paar dagen na hun opname werden geïnterviewd. Hun PSE's werden volgens twee methoden geanalyseerd, die van elkaar verschilden in de gekozen drempelwaarde. Bij methode 1 (lage drempel) werd een score 1 op een willekeurig PSE-symptoom in een bepaalde klasse voldoende geacht als bewijs voor de aanwezigheid van die klasse. Ook bij methode 2 (hoge drempel) was een score op één symptoom het

criterium, maar voor sommige symptomen gold dat ze in ernstige mate (score 2) aanwezig moesten zijn. De resultaten voor beide methoden (resp. 76% en 81%) lagen iets onder het gemiddelde DSSI-resultaat (vergelijk tabel 2). Belangrijker was de bevinding dat het model niet voor alle diagnosegroepen opging. Bij manische patiënten waren de percentages 55% en 70%. Schizofrenen kwamen nog slechter uit de bus: 48% en 55%. Evenals in het onderzoek van Bagshaw en McPherson bleek de oorzaak vooral het ontbreken van neurotische symptomen bij psychotische patiënten. De verklaring dat deze symptomen systematisch waren gemist leek Surtees en Kendell niet erg waarschijnlijk. Een interview met behulp van de PSE is immers gestructureerd en moet volledig worden doorlopen zodat de kans op het niet vaststellen van wel aanwezige symptomen gering is. Bovendien waren protocollen waarbij de interviewer niet geheel zeker was van de volledigheid van de informatie van tevoren van analyse uitgesloten.

Met deze negatieve bevindingen lijkt het doek over het model van Foulds te zijn gevallen, te meer daar ze bevestigd werden door Sturt (1981). Hoewel zij een totaal andere methode van analyse van de PSE gebruikte, gebaseerd op onder andere de indeling in syndromen met behulp van het CATEGO computerprogramma, signaleert zij een 'opmerkelijke overeenkomst' tussen haar resultaten en die van Surtees en Kendell.

Toch blijft er nog ruimte voor twijfel over. De mogelijkheid dat neurotische symptomen verdwijnen onder de preoccupatie met de psychotische verschijnselen is niet uit te sluiten, ondanks de structurerende aanwezigheid van de interviewer. Het is een probleem dat niet valt op te lossen in één enkel gesprek. Met meer interviews bestaat de gelegenheid om na te gaan of steeds dezelfde foute patronen optreden. We gaan dat na aan de hand van gegevens uit een longitudinaal onderzoek bij patiënten met een functionele niet-affectieve psychose. Tevens zullen we het model proberen te valideren door vergelijking met een maat voor 'caseness' en met de gestelde diagnoses, terwijl we bovendien beter dan tot nu toe gebeurde rekening willen houden met de invloed van toevalseffecten op de toetsing van het model.

### **Toetsing en validering van het model van Foulds aan een Nederlands cohort**

Het onderzoek maakt deel uit van de 'Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Psychiatric Disability' van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Opzet en doelstellingen zijn eerder beschreven door Giel e.a. (1980).

Het Nederlandse cohort bestond uit 82 patiënten, die voor het eerst in hun leven vanwege een psychotische episode van functionele niet-affectieve aard (de schizofrenieën, de paranoïde toestandsbeelden en de psychogene en reactieve psychosen) in contact kwamen met de geeste-

lijke gezondheidszorg. De patiënten werden gedurende drie jaren na het uitbreken van de ziekte gevolgd, in welke periode de meesten driemaal uitgebreid werden ondervraagd over hun symptomatologie en hun sociale functioneren (zie o.a. De Jong e.a., 1983; Slooff e.a., 1982; Wiersma e.a., 1982, 1983).

Voor de bepaling van de symptomatologie werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de PSE (Pen e.a., 1977; Sloof e.a., 1983a en b). In totaal werden 242 interviews afgenomen. Bij 65 daarvan twijfelden de interviewers aan de volledigheid van de verkregen informatie. Evenals Surtees en Kendell besloten we deze protocollen niet te gebruiken.

Voor de toekenning van PSE-symptomen aan de vier klassen werd gebruik gemaakt van de indeling van Surtees en Kendell, nadat deze was aangepast aan de negende editie van het instrument. Het aantal ingedeelde symptomen bedroeg 39.\*

We besloten de volgende drempel te hanteren. De scores op de PSE-symptomen binnen een klasse werden opgeteld. Bij een somscore van twee of hoger werd de symptoomklasse aanwezig geacht. Dat betekent dat een patiënt gezegd heeft last te hebben van tenminste één symptoom in ernstige mate of van twee symptomen in lichte mate. Deze methode wijkt iets af van die van Surtees en Kendell. Ze komt echter meer overeen met de oorspronkelijke methode van Foulds en Bedford die de scores op de DSSI-items (lopend van 0 naar 3) eveneens sommeerden en de grens legden bij een somscore van vier of hoger.\*\*

De 177 volgens deze drempelmethode geanalyseerde PSE-protocollen leverden 153 (86%) binnen het model passende patronen op (zie tabel 3), een uitkomst die niet ver afwijkt van de resultaten uit de eerder genoemde onderzoeken. Een belangrijke vraag is of dit percentage hoog genoeg is om als steun voor de juistheid van het model te kunnen dienen. Het antwoord is moeilijk te geven omdat een duidelijk criterium ontbreekt. Bovendien is erop gewezen (Gilleard, 1983; McPherson e.a., 1977) dat rekening moet worden gehouden met de zogenaamde 'base-rate'. Dat is het percentage goede patronen dat in een steekproef louter op basis van toevallige toekenning van patiënten aan de symptoomklassen kan ontstaan. Het zal duidelijk zijn dat het empirisch gevonden percentage hierboven moet liggen wil er enige betekenis aan worden gehecht. McPherson e.a. (1977) gebruikten een tamelijk ingewikkelde methode om de base-rate te berekenen en vervolgens te concluderen dat het door hen gevonden percentage daar voldoende boven lag. Uiteraard hadden we deze methode ook op ons materiaal

\* Informatie over de indeling van de symptomen alsmede over de gehanteerde drempelwaarde is te verkrijgen bij de auteur.

\*\* We hebben de PSE's overigens volgens alle drie methoden geanalyseerd. Het verschil in resultaten bleek gering, waarbij onze methode over het algemeen als iets beter naar voren kwam.



Tabel 3: Goede en foute hiërarchische patronen volgens het model van Foulds. Resultaten uit 177 interviews, afgenomen met behulp van de Present State Examination bij een cohort patiënten met een functionele, niet-affectieve psychose

	GOEDE PATRONEN				N	%
	klasse 4*	klasse 3	klasse 2	klasse 1		
niet-geïntegreerde wanen	1	1	1	1	9	6%
geïntegreerde wanen	0	1	1	1	9	6%
neurotische beelden	0	0	1	1	32	21%
dysthyme toestanden	0	0	0	1	43	28%
geen psychiatrische ziekte	0	0	0	0	60	39%
Totaal					153	100%

	FOUTE PATRONEN**				N	%
	klasse 4*	klasse 3	klasse 2	klasse 1		
	1	0	1	1	6	25%
	1	0	0	1	2	8%
	1	1	0	1	4	17%
	0	1	0	1	6	25%
	0	1	1	0	1	4%
	1	1	1	0	1	4%
	0	0	1	0	4	17%
Totaal					24	100%

\* 1 = symptomen van de klasse aanwezig, 0 = symptomen van de klasse niet aanwezig

\*\* Het betreft patronen van 21 (26%) van de 82 patiënten in het cohort. Ontbrekende symptoomklassen zijn omkaderd.

kunnen toepassen. We meenden echter een meer algemeen gebruikt en getoetst alternatief te hebben.

Het gaat bij deze studies om gedichotomiseerde gegevens (iemand past wel of niet in een klasse), waarbinnen onderling hiërarchisch gestructureerde relaties worden verondersteld.

Voor dat soort gegevens zijn statistische schaalmodellen beschikbaar, waarmee het bestaan van dergelijke relaties kan worden getoetst. We hebben onze gegevens met behulp van twee schaalmodellen geanalyseerd: het model van Guttman en dat van Mokken. In tabel 4 staan de uitkomsten vermeld voor de belangrijkste toetsingsgrootheden. Deze bleken alle boven de minimaal te bereiken waarde te liggen.

De belangrijkste uitkomst is die van de H-coëfficiënt van het Mokkenmodel. Meer nog dan bij de 'coefficient of scalability' van het Guttmanmodel wordt bij de berekening van de H-coëfficiënt gecorri-

Tabel 4: Toetsingsgrootheden volgens het Guttman- en het Mokkenschaalmodel

	Minimaal te bereiken waarde*	Berekende waarde voor 177 PSE's
Guttmanmodel		
Coefficient of reproducibility	.90	.93
Coefficient of scalability	.60	.73
Mokkenmodel		
H-coëfficiënt	.50**	.65
Betrouwbaarheids-coëfficiënt Rho	.70	.78

\* Zie Nee e.a. (1975) voor het Guttmanmodel en Niemöller e.a. (1980) voor het Mokkenmodel.

\*\* Dit is de minimumwaarde voor een sterke schaal. De minimumwaarde voor een zwakke schaal is .30.

geerd voor toevalseffecten. Het uitstekende resultaat (.65 bij een minimaal te bereiken waarde van .30 voor een schaal en .50 voor een als sterk te kwalificeren schaal) wijst uit dat het gevonden percentage goede patronen niet op toeval berust.

Een tweede conclusie uit de schaalanalyses is dat de vier symptoomklassen samen een eendimensionele schaal vormen, waarin de ernst van de psychopathologie (opgevat als het onvermogen om als goed geïntegreerde persoon te functioneren) tot uitdrukking komt. De score op de schaal is gelijk aan het nummer van de hoogste klasse waarin de patiënt thuishoort. Deze schaal, en daarmee de ideeën van Foulds, hebben we vervolgens gevalideerd door vergelijkingen te maken met twee criteria: de Index of Definition en de diagnose van de toestandsbeelden.

De Index of Definition (ID) is een maat voor 'caseness' gebaseerd op de PSE (Wing e.a., 1978; Wing en Sturt, 1978). De ID wordt toegekend als onderdeel van de verwerking van PSE-protocollen door middel van het CATEGO computerprogramma. Op een achtpuntsschaal wordt aangegeven in hoeverre er bij iemand van een 'psychiatrisch geval' kan worden gesproken. Op niveau 1 bevinden zich de patiënten bij wie geen PSE-symptomen zijn aangetroffen. De niveaus 2 tot en met 4 betreffen de toenemende aanwezigheid van niet-specifieke neurotische symptomen. Van personen op de niveaus 6 tot en met 8 is met groeiende zekerheid te stellen dat ze een psychiatrisch geval zijn, overigens zonder verdere implicaties voor de diagnose. Het tussenliggende ni-

veau 5 is een drempelniveau. Het is het laagste niveau dat in de computeruitvoer vergezeld wordt door een diagnose. De overeenkomst tussen de ID en de Fouldsschaal ligt niet zonder meer voor de hand. Er is enige discussie mogelijk over welke klassen en niveaus wél en welke niet overeenkomen. We zijn echter van mening dat de nu volgende door ons gebruikte regels te verdedigen zijn:

Symptoomklasse 0 kan voorkomen in combinatie met ID-niveau 1 t/m 3. Op ID-niveau 4 kan sprake zijn van één enkel belangrijk symptoom of van meer niet-specifiek neurotische symptomen. Volgens de beschrijving van Wing en Sturt (1978) is er nog juist onvoldoende informatie om een diagnose te rechtvaardigen. Een combinatie met symptoomklasse 0 (geen ziekte) is echter ons inziens een discrepantie.

Symptoomklasse 1 kan voorkomen in combinatie met ID-niveau 2 t/m 8. De symptoomklassen 1 t/m 4 mogen uiteraard niet samen voorkomen met ID-niveau 1 (geen symptomen). Een combinatie van symptoomklasse 1 met alle overige niveaus is mogelijk, omdat een enkel symptoom kan voorkomen (niveau 2), maar ook voldoende om een diagnose te kunnen geven (niveau 5 en hoger).

Symptoomklasse 2 kan voorkomen in combinatie met ID-niveau 5 t/m 8. Symptoomklasse 2 betreft neurotische beelden. De ID zal daarom tenminste het drempelniveau (5) moeten bereiken.

Symptoomklasse 3 kan voorkomen in combinatie met ID-niveau 6 t/m 8.

Symptoomklasse 4 kan voorkomen in combinatie met ID-niveau 6 t/m 8. De symptoomklassen 3 en 4 betreffen psychotische beelden. Daarbij moet ons inziens sprake zijn van een duidelijk psychiatrisch geval (tenminste niveau 6).

Toegepast op de gegevens van het cohortonderzoek leverde dat in 14 gevallen (8%) discrepante classificaties op (zie tabel 5). Dat is een heel acceptabel resultaat.

De volgende vergelijking was die tussen de Fouldsschaal en de diagnose van het toestandsbeeld, die in paneldiscussies tussen de leden van het onderzoeksteam werd gesteld (Giel e.a., 1980). In tabel 6 staan de resultaten vermeld. Hoewel de hoofddiagnose van alle patiënten uiteraard een functionele niet-affectieve psychose was, was er een veel grotere variatie bij de diagnose van de toestandsbeelden. Zo werden bijvoorbeeld ook affectieve neurotische beelden gediagnosticeerd. Voor de overzichtelijkheid is in de tabel enkel het onderscheid tussen psychose en neurose gemaakt. Twee ICD-codes staan apart vermeld: de code 301.8 (overige persoonlijkheidsstoornissen), die in het onderzoek was gereserveerd voor persoonlijkheidsveranderingen ten gevolge van de psychose, en de code 295.6 (residuele schizofrenie) die soms voor een groot deel op geobserveerde gedragsafwijkingen was gebaseerd.

Deze keer ging het om 19 discrepante gevallen (11%). Dat is geen hoogpercentage, waar bovendien nog op valt af te dingen. Zo kan bij vijf

Tabel 5: Relatie tussen de Index of Definition en de Foulds-index, N = 177\*

Index of Definition	Symptoomklassen volgens Foulds					
	0	1	2	3	4	
geensymptomen	1	19				
	2	26	3			
	3	8	2	1		
	4	4	13	5		
drempelniveau	5	3	16	15	1	
psychiatrisch geval	6		7	12	5	3
	7		2			2
	8			3	10	17

\* Twijfelgevallen zijn omkaderd.

Tabel 6: De relatie tussen de diagnoses van het toestandsbeeld en de Foulds-index, N = 177\*

Diagnose	symptoomklassen volgens Foulds				
	0	1	2	3	4
Geen diagnose	56	16	6		
neurose	2	17	19		
psychose		1	6	15	20
ICD = 301.8**	1	8	4		
ICD = 295.6	1	1	1	1	1

\* Discrepante gevallen zijn omkaderd

\*\* De diagnose 301.8 was binnen het onderzoek gereserveerd voor persoonlijkheidsverandering t.g.v. de psychose.

van de zes patiënten zonder diagnose, maar thuishorend in de tweede klasse, de aanwezigheid van neurotische symptomen verklaard worden door de aanvullend gestelde diagnose van een persoonlijkheidsstoornis (ICD-categorie 301). Verder is de diagnose persoonlijkheidsverandering ten gevolge van de psychose (ICD-code 301.8) in symptoomklasse 0 gesteld op basis van niet in het systeem van Foulds ondergebrachte fenomenen, zoals duidelijke gedragsstoornissen en cognitieve afwijkingen.

Op grond van de in deze paragraaf vermelde resultaten concluderen we dat onze analyses een empirische ondersteuning betekenen van het model van Foulds. Bovendien blijkt uit de vergelijkingen met de Index of Definition en de diagnose van het toestandsbeeld dat het model en de geconstrueerde schaal een goede validiteit bezitten. De volgende vraag is die naar de foute patronen in longitudinaal perspectief.

### **Foute patronen in longitudinaal perspectief**

In totaal kwamen er bij 177 PSE-protocollen 24 (14%) foute patronen voor (zie tabel 3). Het betrof 21 van de 82 patiënten in het cohort. In eerder onderzoek (Bagshaw en McPherson 1978; Sturt, 1981; Surtees en Kendell, 1979) was vooral het ontbreken van neurotische symptomen bij psychotische patiënten de oorzaak. Dat bleek ook in ons materiaal het geval. Bij precies de helft van de foute patronen (12) konden geen klasse 2-symptomen worden aangetroffen bij patiënten die op het moment van interview psychotisch waren.

We hebben vervolgens naar de patronen van de overige PSE's van deze 21 patiënten gekeken. Bij 19 werden op andere momenten goede patronen aangetroffen (symptomen in tenminste 1 klasse). De overige twee patiënten hadden hetzelfde foute patroon: hoewel het in klasse 4 thuishoorde ontbraken de geïntegreerde wanen (klasse 3). Eén van hen was tijdens de andere interviews symptoomvrij, zodat een controle in de tijd niets opleverde. De ander had bij het tweede en derde interview hetzelfde foute patroon. Beide keren twijfelde de interviewer echter aan de volledigheid van de informatie. Verder bleken patiënten met een patroon waarin neurotische symptomen ontbraken die vaak bij andere interviews wel te vertonen, soms zelfs tijdens een nieuwe psychotische episode.

De conclusie dat het model van Foulds bij psychotische patiënten niet zou opgaan is naar onze mening in het licht van deze bevindingen moeilijk staande te houden. Het aantreffen van goede patronen bij andere interviews is weliswaar geen volledig sluitend bewijs dat minder ernstige symptomen in de aanwezigheid van ernstige symptomen zijn gemist. Maar het grote aantal van deze goede patronen bij 19 van de 21 patiënten wijst wel sterk in die richting.

Er zijn redenen waarom wel aanwezige symptomen niet konden worden gescoord. In de eerste plaats is er het door Foulds gesignaleerde King Lear-principe, dat inhoudt dat psychotische belevenissen de minder ernstige symptomen kunnen overschaduwen. Dat er in ons onderzoek patiënten voorkwamen die tijdens de ene psychotische episode geen en tijdens de andere wel neurotische symptomen aangaven lijkt ons alleen maar een bevestiging van de geldingskracht van dit principe. De tweede reden is dat ook de PSE geen perfect betrouwbaar instrument is. De kans dat er meer pathologie is dan werd gescoord blijft altijd aanwezig, hoe goed en ervaren de interviewer ook is. Er is zelfs reden

om aan te nemen dat dit juist de tweede symptoomklasse betreft. Uit de betrouwbaarheidsstudie over de Nederlandse vertaling van de PSE blijkt namelijk dat de specifiek neurotische symptomen in vergelijking met de niet-specifiek neurotische en de psychotische symptomen minder betrouwbaar zijn vast te stellen (Slooff e.a., 1983<sup>a</sup>).

### **Samenvatting en discussie**

Foulds ontwikkelde zijn indeling van de symptomatologie in vier brede klassen van klassieke psychiatrische symptomen tegen de achtergrond van het begrip persoonlijke ziekte. Het belangrijkste aspect daarvan is het idee dat mensen met psychiatrische stoornissen, afhankelijk van de ernst van de ziekte, meer of minder in staat zijn hun greep op zichzelf en de wereld om hen heen te behouden.

In de eerste onderzoeken, waarin dit model werd getoetst, werd het aanvankelijk bevestigd. In latere studies rees twijfel over de geldigheid ervan bij bepaalde diagnostische categorieën en vooral bij psychotische patiënten. Het werd echter niet duidelijk in hoeverre de tegenvallende resultaten mede te verklaren waren op grond van Foulds' King Lear-principe. In dit artikel hebben we het model nogmaals getoetst waarbij we gebruik maakten van gegevens uit een longitudinaal onderzoek.

De toetsing met behulp van twee methoden voor de constructie van hiërarchische schalen resulteerde in een bevestiging van het model. Bovendien kon het worden gevalideerd in de vergelijking met de Index of Definition en de diagnose van het toestandsbeeld. Tenslotte wezen vergelijkingen van meer interviews van dezelfde patiënten uit dat de eerder geconstateerde foute patronen bij psychotische patiënten ten dele zijn te verklaren op grond van het King Lear-principe en ten dele door de voor een instrument als de PSE gebruikelijke meetfout.

De bevestiging van de hiërarchie heeft gevolgen, ook al reiken ze misschien minder ver dan Foulds had gedacht. Bestaande classificatiesystemen zullen er niet volledig door veranderen. Vaak is er al een hiërarchische structuur te herkennen, zoals bijvoorbeeld in de International Classification of Diseases. Maar die hiërarchie kan wel duidelijker en meer gestructureerd worden aangebracht langs de lijnen van de vier symptoomklassen. Wat dan ontstaat is een classificatiesysteem, opgezet als een taxonomische hiërarchie. Dit is een formeel model, gebruikt in de botanische en zoölogische wetenschappen. Eerder werd het gebruikt door Cooper (1980) bij zijn aanzet tot een classificatiesysteem voor sociaal gedrag (zie ook De Jong e.a., 1983).

De betrouwbaarheid van het diagnostiseren zou erdoor kunnen stijgen, zoals Foulds en Bedford veronderstelden. Dat zal echter alleen gelden voor ziektebeelden tussen, maar niet binnen de klassen. Dat laatste onderscheid blijft moeilijk, maar noodzakelijk zoals iedereen die de specifieke werking van lithium en neuroleptica bij psychosen

kent onmiddellijk zal beamen. Het is mede om deze reden dat we de gevolgen voor behandeling en prognose niet groot achten. Natuurlijk hebben Foulds en Bedford gelijk als ze stellen dat een verschuiving van een patiënt naar een andere klasse ook consequenties voor de behandeling dient te hebben. Het komt ons echter voor dat dit in de huidige klinische praktijk reeds gebeurt. Een verbetering in de prognosestelling lijkt ons niet reëel. Het is niet te verwachten dat met een hiërarchisch systeem het beloop en de afloop van een ziekte beter zullen zijn te voorspellen.

Strikt genomen is het model van Foulds maar gedeeltelijk getoetst. Hoewel de hiërarchie van symptoomklassen is bevestigd valt niets met zekerheid te zeggen over het veronderstelde verband met de toe- en afname in het vermogen om persoonlijke relaties te onderhouden. Daartoe zou de toetsing niet uitsluitend moeten zijn gebaseerd op observaties van symptomen maar ook op gedragsbeoordelingen.

Eerder rapporteerden we al over de constructie van een schaal voor het sociale functioneren (De Jong e.a., 1983; Wiersma e.a., 1983). In dit artikel is een schaal voor de pathologie geconstrueerd. We hopen nog te rapporteren over de manier waarop beide zich in de loop van de tijd tot elkaar verhouden, waarbij we ook rekening willen houden met iemands communicatieve vaardigheden.

## Literatuur

- Bagshaw, V. E. (1977). A replication of Foulds' and Bedford's hierarchical model of depression. *Brit. J. Psychiatry*, 131, 53-55.
- Bagshaw, V. E., F. M. McPherson (1978). The applicability of the Foulds and Bedford hierarchy model to mania and hypomania. *Brit. J. Psychiatry*, 132, 293-295.
- Bedford, A., G. A. Foulds (1977). Validation of the Delusions-Symptoms-States-Inventory. *Brit. J. Med. Psychol.*, 50, 163-171.
- Bedford, A., A. S. Presley (1978). Symptom patterns among chronic schizophrenic in-patients. *Brit. J. Psychiatry*, 133, 176-178.
- Clare, A. (1980). *Psychiatry in dissent*. Controversial issues in thought and practice, Tavistock publications, London.
- Cooper, J. E. (1980). The description and classification of social disability by means of a taxonomic hierarchy. *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl. 285, 140-146.
- Dijk, W. K. van (1964). Iets over diagnostiek en diagnosticeren in de psychiatrie. *Inaugurale rede*, Rijksuniversiteit Groningen.
- Foulds, G. A. (1976). *The hierarchical nature of personal illness*. Academic Press, London.
- Foulds, G. A., A. Bedford (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol. Med.*, 5, 181-192.
- Giel, R. (1982). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Giel, R., H. C. Sauër, C. J. Slooff en D. Wiersma (1980). Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *T. v. Psychiat.*, 22, 710-722.

- Gilleard, E. (1983). A cross-cultural investigation of Foulds' hierarchy model of psychiatric illness. *Brit. J. Psychiat.*, 142, 518-523.
- Jong, A. de, R. Giel, C. J. Slooff en D. Wiersma (1983). Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. I. een ontwerp voor een model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen. *T. v. Soc. Gezondheidsz.*, 60, 78-85.
- McPherson, F. M., M. C. Antrum, V. E. Bagshaw en D. H. Bent (1975) A test of the hierarchical model of personel illness. *Brit. J. Psychiatr.*, 131, 56-58.
- Mokken, R. J. (1971). *A theory and procedure of scale analysis*. Mouton, Parijs.
- Nie, N. H., C. H. Hull, J. G. Jenkins en F. N. Stokman (1980). *Stochastic Cumulative Scaling*. Statistical Appendix, user's manual. Part 1 of vol. 4. Technisch Centrum, FSW, Universiteit van Amsterdam.
- Pen, A., W. A. Arrindell, W. Lawant en J. Pols (1977). De betrouwbaarheid van de 'Present State Examination'. *T. v. Psychiatrie*, 19, 375-388.
- Slooff, C. J., R. Giel, A. de Jong en D. Wiersma (1982). De classificatie van de functionele niet-affectieve psychosen. *T. v. Psychiatrie*, 82 454-469.
- Slooff, C. J., W. R. E. H. Mulder-Hajonides v.d. Meulen en R. H. van den Hoofdakker (1983a). De Nederlandse vertaling van de Present State Examination, 9e editie. I. Betrouwbaarheidsaspecten. *T. v. Psychiatrie*, 25, 151-163.
- Slooff, C. J., W. R. E. H. Mulder-Hajonides v.d. Meulen, R. H. van den Hoofdakker (1983b). De Nederlandse vertaling van de Present State Examination, 9e editie. II. De relatie tussen CATEGO-klassen en categorieën van de 'International Classification of Diseases'. *T. v. Psychiatrie*, 25, 280-289.
- Sturt, E. (1981). Hierarchical patterns in the distribution of psychiatric symptoms. *Psychol. Med.*, 11, 783-794.
- Surtees, P. G., R. E. Kendell (1979). The hierarchy model of psychiatric symptomatology: an investigation based on Present State Examination ratings. *Brit. J. Psychiatry*, 135, 438-443.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong, H. C. Sauër, en C. J. Slooff (1982). Het sociale profiel en het verloop van functionele psychosen: een cohort-onderzoek. *T. v. Psychiatrie*, 24, 183-200.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C. J. Slooff (1983). Sociale beperkingen ten gevolge van functioneel psychosen. II. Enkele bevindingen betreffende het model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen. *T. v. Soc. Gezondheidsz.*, 61, 168-174.
- Wing, J. K. (1978). *Reasoning about madness*. Oxford University Press, Oxford.
- Wing, J. K., J. E. Cooper, N. Sartorius (1974). *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wing, J. K., S. A. Mann, J. P. Leff en J.M. Nixon (1978). The concept of a 'case' in psychiatric population surveys. *Psychol. Med.*, 8, 203-217.
- Wing, J. K., E. Sturt (1978). *The PSE-ID-CATEGO system*, supplementary manual. Intitute of Psychiatry, Londen (stencil).

## Acknowledgement

The present paper is based on data and experience obtained by the author in the course of his 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 (dr. A. Jablensky, Geneva, Switzerland) and field research centres in Turkey (prof. O. Oztürk, Ankara), the



Netherlands (prof. dr. R. Giel, Groningen), Sudan (dr. M. Suleiman, Khartoum), Federal Republic of Germany (Dr. G. Krüger, Mannheim), Bulgaria (prof. I. Temkov, Sofia), Yugoslavia (dr. Z. Kulcar, Zagreb) and Switzerland (dr. J. Angst, Zurich). 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 increase 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.

The study in the Netherlands is supported financially by the Praeventiefonds at the Hague.

A. de Jong

**Foulds' hierarchical model of personal illness; an empirical support and validation of the PSE.**

In the history of psychiatry the conception of a continuum between health and illness underlying all psychiatric illness has had several proponents. Most recently Foulds proposed his hierarchical model of personal illness, which consists of four broad classes of traditional psychiatric symptoms.

The present paper reviews some of the literature concerning this model. Next an empirical test of the model is described, using data from a follow-up study of 82 patients with a diagnosis of functional non-affective psychosis. The results were considered to be in support of the model. In conclusion some implications in the fields of psychiatric classification, diagnosis and research are discussed.