

Diagnostische classificaties en instrumenten op het terrein van de psychopathologie, sociaal functioneren en determinanten: ‘Dichtung oder Wahrheit?’

door W. van Tilburg

Gepubliceerd in 1994, Thema

Samenvatting

De betekenis van het werk van Giel moet primair worden gezocht in zijn bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie. Het mede door zijn afdeling ter beschikking gekomen onderzoeksinstrumentarium levert echter niet alleen winst op. De Poolse bacterioloog en wetenschapsfilosoof Fleck heeft laten zien, hoe sterk wetenschappelijke waarneming en interpretatie worden gestuurd door collectieve en cultuurgebonden concepten. In classificatiesystemen als DSM-III-R komen de psychopathologische basisfenomenen bij voorbeeld alleen aan de orde als hulpmiddelen voor het herkennen van stoornissen. Hun wetenschappelijke betekenis gaat daar echter boven uit. De winst van de recent verworven onderzoeksinstrumenten zou verloren gaan als men zich niet voortdurend rekenschap geeft van hun principiële beperkingen en eenzijdigheden.

Inleiding

Het afscheid van Robert Giel nodigt natuurlijk in de eerste plaats uit tot bespiegelingen over aard en toekomst van de sociale psychiatrie. Maar het is niet vanzelfsprekend om het daarbij te laten. Tenslotte heeft hij als geen ander ook bijgedragen tot het slechten van het antagonisme tussen sociale en klinische psychiatrie, zoals dat in de jaren zestig en zeventig was gegroeid. Hij heeft zich gedurende zijn Groningse loopbaan van meet af aan anders geprofileerd dan de toonaangevende sociaal-psychiater uit die dagen, Trimbos. Retrospectief beschrijft hij zijn ontwikkelingsgang sinds 1969 als volgt: ‘De Groningse sociale psychiatrie bleef binnen het specialisme psychiatrie en richtte zich steeds meer op het epidemiologisch onderzoek, op de verzameling van gegevens die de geestelijke gezondheidszorg in engere zin moesten onderbouwen’ (Giel 1990b). Dat hij voor klinische psychiaters een hooggeschatte gesprekspartner kon zijn, heeft te maken met de in dit citaat impliciet weergegeven principiële stellingname:

1. Psychiatrische morbiditeit bestaat, is een bron van ernstig individueel en sociaal lijden, en heeft een vorm van gezondheidszorg nodig.
2. Het behandelbeleid in de psychiatrie dient zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op wetenschappelijk onderzoek.

Deze uitgangspunten deelt hij namelijk met de klinische psychiatrie. Echter, Giel is ook een duidelijke sociaal-psychiater; dat komt naar voren in zijn grote belangstelling voor de relatie tussen patiënt en omgeving, de context van de psychopathologie. Zijn transculturele oriëntatie (Giel 1984) is daarvan het meest welsprekende, maar niet het enige bewijs: men denke aan zijn interesse voor de gevolgen van rampen (Giel 1989, 1990a), de mogelijkheden en beperkingen van extramuralisatie (Giel en

Gersons 1992) en de invloed van het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg op het wel en wee van patiënten (Giel e.a. 1989). Kenmerkend blijft echter dat hij over de relatie tussen morbiditeit en omgevingsfactoren altijd genuanceerd heeft gedacht. Hij heeft zich nooit primair laten leiden door maatschappijkritische bevlogenheid, maar steeds door de gegevens uit wetenschappelijk onderzoek. Terugblikkend over de afgelopen twintig jaar schrijft hij: 'Ook het belang daarbij van sociale factoren is aangetoond, zij het minder algemeen en wijds dan Trimbos indertijd vermoedde, waardoor therapeutische interventie nu minder het karakter kan hebben van algemene sociaal preventieve actie' (Giel 1990b). Wellicht kan daarom worden gesteld dat de betekenis van Giel vooral moet worden gezocht in zijn bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrie, met name van de sociale en psychische aspecten daarvan. Een bewijs hiervoor is zijn grote belangstelling voor de ontwikkeling van instrumenten ten behoeve van classificatie, diagnostiek en typering van patiëntvariabelen, die heeft geresulteerd in een indrukwekkende productie van desbetreffende artikelen, dissertaties en boeken van zijn afdeling. Als belangrijkste voorbeeld hiervan noem ik de 'Groningse Sociale Beperkingenschaal' (Wiersma e.a. 1990), waarmee een kritische toepassing van de concepten van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; World Health Organisation 1980) in de psychiatrie werd gerealiseerd. Terzijde: nergens komt de internationale oriëntatie van Giel zo duidelijk naar voren als in zijn voortdurende betrokkenheid bij het wetenschappelijk werk in het kader van de WHO.

Deze activiteiten pasten wonderwel in de nationale en internationale ontwikkelingen. Men kan zonder overdrijving stellen dat het onderzoek in de psychiatrie in 20 jaar onherkenbaar is veranderd. Het is veel instrumenteler, technischer geworden. Variabelen worden zoveel mogelijk gemeten. Classificatiesystemen bestaan niet meer uit een verzameling vaag omschreven beelden, maar zijn voorzien van operationele criteria, waarmee onderzoekspopulaties scherp kunnen worden getypeerd. De psychiatrie heeft een begin gemaakt met het uitvoeren van de opdracht haar beleid wetenschappelijk te onderbouwen. Dat is zonder meer als winst te beschouwen, een winst waarin ook een onderzoeker als Giel deelt. Het past bij een gelegenheid als deze (en ook bij iemand als Giel) om stil te staan bij de vraag, hoe groot deze winst nu precies is. Ik zal dat toespitsen op de vraag die in de titel van dit stuk verscholen ligt. Ik stel daarmee de kwestie van de validiteit van het moderne onderzoeksinstrumentarium van de psychiatrie aan de orde. Natuurlijk kan ik die niet uitgebreid bespreken; ik beperk mij tot enkele meer principiële overwegingen. Daartoe zal ik eerst een paar algemene wetenschapsfilosofische noties introduceren, die men in de moderne wetenschapsbeoefening in de psychiatrie nogal eens pleegt te vergeten. Ik heb deze ontleend aan het werk van de ten onrechte onbekend gebleven denker Ludwik Fleck. Daarna zal ik een en ander toelichten aan de hand van een bespreking van de relatie tussen psychopathologie en classificatiesysteem, waarvoor ik, als voorbeeld, DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) heb gekozen. In enkele slotopmerkingen zal ik proberen een paar algemene overwegingen te formuleren over de vraag in de titel.

Ludwik Fleck en het wetenschappelijk feit

Ludwik Fleck (1896-1961) was een Poolse bacterioloog, die, als jood, de concentratiekampen van de Tweede Wereldoorlog heeft overleefd. Hij werd door de Duitse bezetters gespaard, omdat hij er in slaagde een doeltreffend vaccin te ontwikkelen tegen de door hen zo gevreesde vlektyfus. Tevens ontdekte hij in diezelfde tijd de zogenaamde leukergie, een samenklontering van leukocyten als reactie op infecties. Dit verschijnsel heeft de laatste tijd opnieuw de aandacht getrokken, na jarenlang in vergetelheid te zijn geraakt. Het wordt nu weer bestudeerd, vaak zonder dat men op de hoogte is van de naam van de ontdekker (Weissmann 1990). Fleck hield zich, al voor de Tweede Wereldoorlog, ook bezig met wetenschapsfilosofie. In 1935 verscheen zijn belangrijkste werk op dit gebied: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Dat bleef toen onopgemerkt, maar jaren later werd het, in de Engelse vertaling, ontdekt door Thomas S. Kuhn, die wereldberoemd werd door zijn boek *The structure of scientific revolutions* (Kuhn 1962). Kuhn haalt Fleck in zijn boek aan en

beschouwt hem als voorloper en inspirator. Inderdaad blijkt het werk van Fleck bij lezing verrassend boeiend en actueel. Ik moet mij hier beperken tot het bespreken van twee noties, die voor ons onderwerp van direct belang zijn.

In de eerste plaats rekent Fleck - tegen de toen heersende opvattingen van het logisch empirisme van de zogenaamde Wiener Kreis in - af met de veronderstelling, dat het mogelijk zou zijn in de wetenschap op onbevooroordeelde wijze feiten vast te stellen. Hij laat zien hoe het ontstaan van feiten in de wetenschap begint met de waarneming van iets dat 'opvalt', maar hij laat tevens zien dat dit 'opvallen' niet vanzelfsprekend is. De data zijn er niet 'zomaar'. Aan de hand van een voorbeeld uit eigen werk, de studie van de variabiliteit van bacteriekolonies, demonstreert hij hoezeer de meest simpele observatie al wordt 'gestuurd'. Die sturing geschiedt door factoren als opleiding, training, ervaring en de actuele psychische toestand van de waarnemer, maar ook door de methode die hij voor zijn observatie gebruikt. Fleck constateert hier iets paradoxaals. Een geschoold observator werkt volgens de methoden die hem geleerd zijn; hij kan daardoor snel het kaf van het koren scheiden. Deze vaardigheid wordt echter vaak ontwikkeld ten koste van het vermogen om nog echt nieuwe dingen op te kunnen merken. Soortgelijke overwegingen gelden ook voor de interpretatie van data. Deze vindt ook niet plaats in een vacuüm, maar steeds in het kader van wat Fleck een 'Denkstil' noemt, een stijl van denken. Er is geen neutraal menselijk kenvermogen dat onafhankelijk van tijd en plaats opereert. Elke onderzoeker redeneert vanuit een beperkt, specifiek begrippenkader dat vraagstelling en interpretatie bepaalt. Fleck maakt dit aannemelijk door een nauwkeurige beschrijving van de ontwikkeling van een wetenschappelijk feit van de eerste orde in zijn tijd, namelijk de relatie tussen de Wassermann- reactie en syfilis. Hij schildert deze als een proces van vallen en opstaan, gestuurd door allerlei speculaties en toevallige omstandigheden, en met een uitkomst die niet zonder moeite in het bestaande conceptuele kader te plaatsen viel.

De tweede notie die ik naar voren wil halen, is de opvatting van Fleck dat de 'Denkstil' geen individuele, maar een collectieve aangelegenheid is. Daarmee wordt de verwantschap met het paradigma-begrip van Kuhn duidelijk. De 'Denkstil' wordt gedragen door een 'Denkkollektiv', een gemeenschap van wetenschappers. Maar dat niet alleen. De 'Denkstil' hangt ook nog samen met allerlei buitenwetenschappelijke, mede historisch bepaalde ideeën en opvattingen, die leven in de maatschappij waarvan de wetenschappers deel uitmaken. Een belangrijk kenmerk van de 'Denkstil' is de weerstand tegen verandering; zij wordt niet zomaar opgegeven door een 'Denkkollektiv'. Zij wordt gecodificeerd in hand- en leerboeken en in de publicatievoorschriften van de tijdschriften. Het is de moeite waard om de haast amusant te noemen beschrijving van dit gebeuren bij Fleck zelf na te lezen. Een ander kenmerk ervan is, dat men zich als wetenschapper er niet gemakkelijk aan onttrekt. Of, zoals Fleck (1980, p. 40) schrijft: 'Was in das System nicht hin- ein passt, bleibt unangesehen oder es wird verschwiegen, auch wenn es bekannt ist, oder es wird mittels grosser Kraftanstrengung dem System nicht widersprechend erklärt'. Moderner gezegd: het valt niet mee om je als wetenschapper buiten het vigerend paradigma op te stellen, als je de resultaten van onderzoek aan de mens wilt brengen. Fleck zelf is daar natuurlijk een schrijnend voorbeeld van, maar er zijn uit de geschiedenis van de psychiatrie ook genoeg voorbeelden van gemiste kansen op nieuwe inzichten, domweg omdat de tijd daarvoor niet rijp was; zie bij voorbeeld Rogers (1993) over katatonie en Cooper (1993) over dementia paralytica.

Ik zal nu proberen de twee noties van Fleck, die van de 'gestuurde' waarneming c.q. interpretatie en die van de macht van het 'Denkkollektiv', toe te passen op één van de door ons hedendaags psychiatrisch 'Denkkollektiv' hoogst gewaardeerde instrumenten, DSM-III-R.

DSM-III-R en psychopathologie

Met DSM-III (American Psychiatric Association 1980) is een fundamentele verandering geïntroduceerd in de opzet van de gangbare classificatiesystemen in de psychiatrie, die mede werd geïnspireerd door een voormalig lid van de door Fleck bestreden Wiener Kreis, Carl Hempel. Hoewel DSM-III en zijn opvolgers bij lange na niet beantwoorden aan het ideaal van het logisch-empirisme (Dillmann 1990), is de geest ervan gemakkelijk aantoonbaar in de uitgangspunten ervan. Dat komt vooral tot uiting in de 'Introduction' van DSM-III-R. Met een zekere nadruk worden daarin het 'a-theoretisch' karakter ervan en de methode der 'descriptieve benadering' gepresenteerd. De stoornissen worden, omdat er meestal geen onomstreden oorzakelijke factoren bekend zijn, gedefinieerd met behulp van 'easily identifiable signs or symptoms... which require a minimal amount of inference on the part of the observer'. In feite gaat het hier om de traditionele symptomen, zoals die al in principe in de eerste helft van deze eeuw beschreven zijn (Jaspers 1959). De bedoeling is duidelijk het vergroten van de 'objectiviteit' in de psychiatrie. Nu kan men de ontwerpers van DSM-III-R niet zonder meer beschuldigen van filosofische naïviteit, daarvoor wordt er in diezelfde introductie teveel gewaarschuwd voor een onoordeelkundig en te 'mechanisch' gebruik van het systeem; het klinisch oordeel houdt het primaat. Toch is het goed om stil te staan bij het principiële karakter van de beperkingen in de nagestreefde objectiviteit, omdat die berusten op de uit een bepaalde 'Denkstil' voortvloeiende keuze.

Uit de descriptieve opzet van DSM-III-R volgt dat het waarnemen van de traditionele psychopathologische basisfenomenen een heel centrale plaats inneemt. In de introductie wordt eigenlijk gesuggereerd dat het classificatieproces in twee onderscheiden stappen verloopt: een fase waarin de symptomen worden waargenomen, gevolgd door een fase waarin de classificatieregels worden toegepast. Berrios en Chen (1993) hebben er echter op gewezen dat deze voorstelling van zaken niet deugt. Immers, de psychiater wordt door het hedendaagse 'Denkkollektiv' vooral opgeleid in het snel classificeren van de patiënt, en dat betekent dat zijn symptoomwaarneming van meet af aan zal worden gestuurd door deze opdracht. Aanwijzingen hiervoor kan men al vinden in het klassieke experiment van Temerlin (zie Kendell 1975, p. 38). In feite zal hij voortdurend classificatiehypothesen vormen; van de waargenomen psychopathologie zal hij zich voortdurend afvragen of deze daarin past. Ook als hij een semi-gestructureerd interview afneemt, zal hij daarvan niet zijn gevrijwaard. De symptoomwaarneming is dus geen onafhankelijk proces, maar wordt gecontamineerd door de classificatiestrategie. Welnu, de DSM-III-systemen komen de diagnosticus in dit opzicht perfect tegemoet. Zij komen, om met Fleck te spreken, voort uit dezelfde 'Denkstil', gedragen door een machtig en wijd vertakt 'Denkkollektiv'. Berrios en Chen (1993) wijzen er op dat de psychopathologie er in de moderne classificaties bekaaid van af komt. De aandacht gaat primair uit naar de demarcatie van stoornissen; de psychopathologische basisfenomenen zijn alleen interessant voorzover ze daaraan een bijdrage leveren.

Het is niet moeilijk hiervan voorbeelden te geven. Men leze daartoe de omschrijving van het begrip hallucinatie in de glossary van DSM-III-R: 'A sensory perception without external stimulation of the relevant sensory organ'. In de verdere toelichting staat de vraag centraal wanneer de hallucinatie 'klinisch relevant', dat wil zeggen pathologisch is. Dat blijkt het geval, als zij wijst op het bestaan van een psychose. En wanneer is dat het geval? 'When they are associated with gross impairment in reality testing'. Dat betekent dat er reeds een oordeel over het behoren van de patiënt tot de groep der psychotici geveld moet zijn, voordat de hallucinatie zijn definitieve pathologische betekenis krijgt. Symptoomwaarneming en classificatie gaan hand in hand; vooral die hallucinaties zijn interessant, die vaak in een dergelijke context voorkomen. De andere zijn dat, vanuit de 'Denkstil' van DSM-III-R, niet. Een ander voorbeeld. In de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) is een opmerkelijke verandering opgetreden in de symptomen die figureren in de diagnostische criteria van het delier respectievelijk het dementie-syndroom. Bij beide bestaan ze nu geheel uit gemakkelijk waarneembare cognitieve symptomen. Minder gemakkelijk operationaliseerbare cognitieve symptomen en alle niet-cognitieve symptomen, zoals bij voorbeeld veranderingen in de

persoonlijkheid, komen er niet meer in voor. De reden: zij hebben een te lage specificiteit. Een niet onbegrijpelijke beslissing voor een wetenschapper met een speciale vraagstelling, maar de gemiddelde clinicus zal het toch als een verarming ervaren.

Dus: de waarneming van psychopathologie in het kader van een poging tot classificatie met de DSM-III-R wordt gestuurd door de classificatiestrategie: deze selecteert wat relevant is en beïnvloedt ook nog eens de waarneming van het aldus geselecteerde fenomeen. Hoe ziet, in het licht van de centrale vraag van dit artikel, de winst- en verliesrekening van dergelijke operaties er nu uit?

Er lijkt veel winst aan te wijzen, namelijk de winst van een redelijk betrouwbare classificatiemethode, die de internationale communicatie heeft verbeterd, en die nogal wat onderzoek heeft gestimuleerd. Classificatie is nu eenmaal onontbeerlijk in wetenschap en praxis (Giel 1982), hoeveel geweld men de werkelijkheid daar ook mee doet. Beslissend is of zij succes oplevert. Nu, dan geldt dat het denken in 'stoornissen' voorlopig nog voldoende successen behaalt om te worden geprolonged. Sterker nog, het denken in termen van 'ziekten' over gedragsstoornissen blijkt een de individuele cultuur overstijgend gegeven (Giel 1984). Dat neemt natuurlijk niet weg dat de validiteitsvraag voor de gekozen onderscheidingen vaak een groot probleem blijft dat men gemakkelijk vergeet. In het geval van DSM-III-R is dat niet anders en kan er zelfs toe leiden dat men de winst in twijfel trekt (Van Praag 1993). Natuurlijk kan men zijn toevlucht nemen tot classificatiesystemen, die vanuit een geheel ander gezichtspunt zijn opgezet (zie voor een overzicht Van den Brink 1989, p. 37 e.v.); dat laat echter de validiteitsvraag onverlet.

Is er verlies? Ik bedoel daarmee: is er meer verlies dan nu eenmaal inherent is aan de noodzakelijke classificatiestrategie? Ja, als men vergeet wat men tijdens de classificatie buiten haakjes heeft gezet. Is er in dit opzicht gevaar te duchten? Ja. Berrios en Chen (1993) klagen over het gebrek aan training in het waarnemen van psychopathologie bij de modern opgeleide psychiater. Inderdaad is dit geen prominent onderdeel van de meeste opleidingsprogramma's. Het gevaar dreigt dan dat men ongevoelig wordt voor datgene wat men voor het classificeren niet nodig heeft. Dat is jammer, want de psychopathologie heeft meer te bieden dan hulpmiddelen voor diagnostische rangeerarbeid. Een fenomeen als de hallucinatie kan dat demonstreren. Men moet dan wel inzien dat dit fenomeen veel gedifferentieerder is dan de 'pathologisch' genoemde vorm, waarop in DSM-III-R zo de nadruk valt; dat het bij allerlei stoornissen voorkomt maar ook daarbuiten; dat het een onderdeel kan zijn van het normale beleven; dat het ook bij de ernstigste vormen van pathologie nog heel verschillende functies kan hebben.

De belangstelling voor een ander dan 'nosologisch' gebruik van de psychopathologie is gelukkig weer aan het herleven. Het is mogelijk om daarvan een paar Nederlandse voorbeelden te geven. Zo verwijs ik naar het werk van Romme e.a. (1992) over 'stemmenhoorders', dat men een zekere emancipatorische functie niet kan ontzeggen. Maar ook het recente boek van Van den Bosch (1993), *Schizofrenie*, moet in dit verband worden genoemd. Daarin wordt een moderne psychopathologische analyse van het fenomeen hallucinatie bij schizofrenie gegeven; de door de auteur gepresenteerde conceptualisatie van hallucinaties als vormen van door een falende sturing door de context ontspoerde verbeelding opent nieuwe perspectieven, zowel voor onderzoek als voor de begeleiding van deze patiënten. Terecht pleit hij voor een dimensionele visie op het brede fenomeen der 'waarnemingsvervalsingen', die uitgaat van geleidelijke overgangen tussen normaliteit en de zwaarste vormen van pathologie. Een concept als 'pseudohallucinatie' past daarin niet goed; dit is een theoretisch slecht gefundeerd classificatieproduct, dat men dan ook niet terugvindt in DSM-III-R. Juist het bestuderen van de minder pathologische vormen van hallucinatoir beleven zou ons wellicht inzicht kunnen geven in de pathogenese ervan bij de psychotische syndromen. Ik zou in dit verband willen attenderen op de visuele hallucinaties zoals die voorkomen bij mensen met stoornissen in het visuele systeem, het zogenaamde syndroom van Charles Bonnet, dat in Nederland wordt bestudeerd door

Teunisse e.a. (1994). Het bestaan van dit syndroom, dat vermoedelijk veel frequenter voorkomt dan de onbekendheid ervan bij hulpverleners zou suggereren, maakt het zoeken naar structurele en functionele afwijkingen in de temporaalkwabben bij schizofrene patiënten met verbale hallucinaties tot een geloofwaardige strategie (McGuire e.a. 1993).

Slotopmerkingen

Wat voor de relatie tussen DSM-III-R en het psychopathologisch basismateriaal geldt, geldt ook voor de relatie tussen meetinstrumenten en dat wat men wil meten aan patiëntvariabelen in het algemeen: deze is altijd ingewikkeld en bij alle winst aan betrouwbaarheid en validiteit is er ook steeds een verlies. In de meetinstrumenten wordt de notie van Fleck over de sturing van de waarneming als het ware gematerialiseerd. Zij zijn in de wetenschap onze zintuigen geworden. Maar hoeveel sturende concepten zijn er in hun constructie verborgen? Dat is onvermijdelijk, maar men moet het wel weten om zich nodeloos verlies van validiteit en eenzijdigheid te besparen. De consequentie van dit inzicht heb ik elders als volgt geformuleerd: 'Bij elke nieuwe onderzoeksopzet moet men bereid zijn de geschiktheid van de meetinstrumenten, classificatiesystemen en dergelijke voor deze speciale vraagstelling opnieuw (fundamenteel) te doordenken. Men moet zich telkens vragen stellen als: Zijn voor dit onderzoek de DSM-III-R-criteria geschikt? Is deze rating scale valide voor wat ik aan depressiviteit wil meten? De unieke schaal voor een variabele bestaat niet. De keuze van een meetinstrument mag nooit een routinebeslissing zijn' (Van Tilburg 1994).

Om terug te komen op de titelvraag: het goed gebruik van een meetinstrument zal een stukje 'Wahrheit' opleveren. Het kan gemakkelijk een stukje 'Dichtung' voortbrengen als men de beperkingen ervan niet kent, de 'Denkstil' waaruit het voortkomt, het 'Denkkollektiv' dat het heeft gegenereerd. Bovenal echter moet men zijn eigen 'Denkstil' en het 'Denkkollektiv' waartoe men behoort leren kennen en relativiseren. Het levensverhaal van Fleck laat zien dat dit een heel pijnlijk en dramatisch proces kan zijn. Giel heeft dat op een andere, maar ook geheel eigen wijze mogen doen. Zijn transculturele studies krijgen vanuit dat perspectief een speciale betekenis, getuige de opmerking waarmee hij een verhandeling over transcultureel psychiatrisch onderzoek afsluit: 'De transculturele problemen helpen ons de nuances van onze eigen cultuur te ontdekken' (Giel 1982, p. 90).

Literatuur

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III*

). American Psychiatric Association, Washington D.C.

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised (DSM-III-R)*. American Psychiatric Association, Washington D.C.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington D.C.

Berrios, G.E., en E.Y. Chen (1993), Recognising psychiatric symptoms: Relevance to the diagnostic process. *British Journal of Psychiatry* 163, 308-314.

Bosch, R.J. van den (1993), *Schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.

Brink, W. van den (1989), *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie*. Drukkerij Van Denderen, Groningen.

- Cooper, B. (1993), Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. *Psychological Medicine* 23, 891-907.
- Dillmann, R. (1990), *Alzheimer's Disease*. Thesis Publishers, Amsterdam.
- Fleck, L. (1980), *Entstehung und Entwicklung einere Wissenschaftlichen Tatsache*. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Giel, R. (1984), *Vreemde zielen*. Boom, Meppel.
- Giel, R. (1989), De psychosociale kant van rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 223- 240.
- Giel, R., G.H.M.M. ten Horn, L.M. Ram en S. Sytema (1989), De rol van de psychiater in de extramuraal geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 296-305.
- Giel, R. (1990a), Psychosocial process in disasters. *International Journal of Mental Health* 19, 7-20.
- Giel, R. (1990b), Sociale evolutie en psychiatrie, bijna 20 jaar later. In: B.P.R. Gersons e.a. (red.), *In het spoor van Kees Trimbos*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 27-33.
- Giel, R., en B.P.R. Gersons (1992), Desinstitutionalisering en substitutie: moet het wel? In: D. Wiersma en A. Schene (red.), *Opname vervangende dagbehandeling in de psychiatrie*. NcGv, Utrecht.
- Jaspers, K. (1959), *Allgemeine Psychopathologie* (7. Auflage). Springer-Verlag, Heidelberg.
- Kendell, R.E. (1975), *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Kuhn, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press, Chicago.
- McGuire, P.K., G.M.S. Shah en R.M. Murray (1993), Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *The Lancet* 342, 703- 706.
- Praag, H.M. van (1993), *'Make-believes' in Psychiatry or the Perils of Progress*. Brunner/ Mazel, New York.
- Rogers, D. (1992), *Motor Disorder in Psychiatry*. John Wiley, Chichester.
- Romme, M.A.J., A. Honig, E.O. Noorthoorn en A.D.M.A.C. Escher (1992), Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *Britisch Journal of Psychiatry* 161, 99-103.
- Teunisse, R.J., F.G. Zitman en D.C.M. Raes (1994), Clinical evaluation of 14 patients with the Charles Bonnet Syndrome (isolated visual hallucinations). *Comprehensive Psychiatry* 35, 70-76.
- Tilburg, W. van (1994), Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36, 79-81.
- Weissmann, G. (1990), *De Newyorkse zwerfster*. Bert Bakker, Amsterdam.
- Wiersma, D., A. de Jong, H. Kraaykamp en J. Ormel (1990), *GSB-II. De Groningse Sociale Beperingenschaal, tweede versie*. Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie, Groningen.

World Health Organisation (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. World Health Organisation, Genève.

Summary: Diagnostic classifications and instruments in the field of psychopathology, social functioning and determinants

The importance of Giel's work should be found primarily in his contribution to the scientific underpinning of psychiatry. However, the research instruments now avail-

able in psychiatry, some of them developed at Giel's own department, don't only yield profit. Fleck, a Polish bacteriologist and philosopher of science, has demonstrated that scientific observation and interpretation are strongly influenced by collective and culture-bound concepts. For example, in classification systems like DSM-III-R, the only relevance of basic psychopathological phenomena is their potential usefulness for the recognition of disorders. However, their scientific significance shouldn't be confined to this. The advantage of the now available research instruments will be lost, if one doesn't realise continuously their principal limitations and one-sidedness.

De auteur is werkzaam als hoogleraar klinische psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Adres: Psychiatrisch Centrum Amsterdam, locatie Valeriuskliniek, Valeriusplein 9 1075 BG Amsterdam.