

Afwijkend sociaal gedrag van psychiatrische patiënten

Theoretische achtergronden, instrumenten en classificatie

door A. de Jong

Samenvatting

De aandacht voor afwijkend sociaal gedrag is binnen de psychiatrie van oudsher altijd secundair geweest aan het primaat van symptomatologie en diagnose. Sinds vlak na de Tweede Wereldoorlog is daar langzamerhand verandering in gekomen. De verschuiving van belangstelling naar behandeling in de gemeenschap heeft de behoefte aan meting van het afwijkende gedrag doen toenemen. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de geschiedenis, worden enige theoretische problemen besproken en wordt ingegaan op enkele aspecten ten aanzien van het gebruik van beoordelingsinstrumenten. Ten slotte wordt geconcludeerd dat classificatie van het sociaal afwijkende gedrag binnen de kaders van de bestaande diagnostische systemen niet erg succesvol is gebleken. Gepleit wordt voor de ontwikkeling van een aparte classificatie van de gevolgen van ziekte op basis van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.

Inleiding

Psychiatrie is van oudsher een medische wetenschap. Dat verklaart waarom er altijd aandacht heeft bestaan voor het vertalen van problemen van patiënten in termen van symptomatologie en diagnoses. Tot vlak na de Tweede Wereldoorlog was die benadering vrijwel exclusief. Sinds de jaren vijftig is er echter in toenemende mate belangstelling gekomen voor een ander aspect van de geestelijke gezondheid; dat van het afwijkende sociale gedrag.

De interesse was aanvankelijk vooral een uitvloeisel van de toenemende nadruk op behandeling in de gemeenschap in plaats van de tot dan toe meer gebruikelijke klinische zorg. In wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de klinische praktijk ontstond daarbij de behoefte aan evaluatie van deze andere vorm van zorg (Katschnig 1983; Willer en Biggin 1976). In dat kader paste de meting van de sociale aanpassing met behulp van vragenlijsten. De eerste voor dit doel ontwikkelde instrumenten werden gepubliceerd (zie bij voorbeeld Barrabee e.a. 1955; Katz en Lyerly 1963; Roen e.a. 1966). In

de jaren zeventig ging de systematische beoordeling van het afwijkende sociale gedrag deel uitmaken van de anamnese en van de evaluatie van behandelingen (John en Weissman 1987). Nog recenter werd deze ontwikkeling verder gestimuleerd door de groeiende aandacht voor het lot van chronische patiënten en de (on)mogelijkheden van hun revalidatie (Wallace 1986). In de loop van deze ontwikkeling werd het bovendien steeds belangrijker geacht de beoordeling van het afwijkende sociale gedrag zo veel als mogelijk onafhankelijk van de beoordeling van de psychiatrische symptomatologie te doen plaatsvinden.

Het voornaamste doel van dit artikel is om een overzicht te geven van de redenen voor het meten van het afwijkende sociale gedrag van psychiatrische patiënten en de theoretische overwegingen die daaraan ten grondslag liggen. Tevens zal worden ingegaan op de mogelijkheden van systematische beoordeling met behulp van vragenlijsten en interviews en op enkele conceptuele en methodologische problemen die daarbij een rol spelen. Ten slotte zal de mogelijkheid tot classificatie van het afwijkende sociale gedrag worden besproken.

Redenen voor de beoordeling van het afwijkende sociale gedrag van psychiatrische patiënten

In de inleiding is al gesteld dat de behoefte aan een (onafhankelijke) bepaling van het afwijkende sociale gedrag vooral een gevolg was van veranderingen in behandelingsvormen in de loop der tijd en de daarbij noodzakelijk geachte evaluatie. Meer toegespitst op de alledaagse praktijk worden in de literatuur de volgende redenen genoemd.

1. De kwaliteit van het (premorbid) sociale gedrag is een voorspeller voor de uitkomst na ontslag uit het ziekenhuis en voor de kans op reïntegratie in de maatschappij. Zigler en Phillips (1962) waren de eersten die deze uitspraak deden. Hun bevindingen zijn later door anderen gerepliceerd (zie voor overzichten Avison en Speechley 1987; Wallace 1984).
2. Voor sommige diagnoses is het afwijkende sociale gedrag welhaast kenmerkender dan de symptomatologie. Dat geldt in de eerste plaats voor schizofrenie (Morrison en Bellack 1987; Strauss en Carpenter 1974), maar ook voor de persoonlijkheidsstoornissen (Hill e.a. 1989).
3. Het onderscheid tussen symptomatologie en sociaal gedrag kan consequenties hebben voor de behandeling. Omdat de symptomatologie en het dysfunctioneren niet altijd parallel verlopen zal daarmee in het behandelingsplan rekening moeten worden gehouden (Faltermaier e.a. 1985; John en Weissman 1987;

Katschnig 1983; Remington en Tyrer 1979).

4. Revalidatieprogramma's van chronische patiënten zijn in de eerste plaats gericht op het sociale functioneren en niet op de symptomatologie. In feite is dit een verbijzondering van het onder het vorige punt genoemde. Omdat in de loop van de behandeling vaak blijkt dat bij psychiatrisch invalide patiënten de symptomatologie (voor zover nog aanwezig) anders dan met medicatie niet of nauwelijks te beïnvloeden is, zal de zorg op verbetering van de sociale vaardigheden moeten zijn gericht (Anthony e.a. 1986; Asselbergs 1989; De Jong 1986; Shepherd 1989; Sturt en Wykes 1987).

Uiteraard geldt bij dit alles de vooronderstelling dat het optreden van verstoord sociaal gedrag ten gevolge van een psychische ziekte tamelijk onafhankelijk is van de ernst van de symptomatologie. Verschillende auteurs hebben de redelijkheid van deze aanname onderschreven (Dohrenwend e.a. 1983; Hurry en Sturt 1981; Hurry e.a. 1987; John en Weissman 1987; De Jong 1984; De Jong e.a. 1986). In de literatuur worden twee verklaringen genoemd. In de eerste plaats zouden de relatief lage correlaties zijn terug te voeren op een verschil in beloop; de mate van het afwijkende sociale gedrag zou in de tijd minder snel afnemen dan de ernst van de symptomatologie (Hurry en Sturt 1981; Paykel en Weissman 1973; Waryszak 1982). Bij patiënten die niet langer in de acute fase van hun ziekte verkeren, is het verband dan veel minder sterk dan bij het ontstaan. De tweede verklaring is dat het dysfunctioneren samenhangt met bepaalde symptomen. Bij onderzoek in de gemeenschap (Hecht en Wittchen 1988; Hurry en Sturt 1981), maar ook bij schizofrene patiënten (Glazer e.a. 1980, 1981; Serban 1979; Serban en Gydinski 1979) bleek het slechte functioneren vooral samen te hangen met depressieve symptomen. De relatie met de primaire symptomen bij schizofrene patiënten zou echter veel minder groot zijn (Serban en Gydinski 1979). Angstsymptomen zouden evenmin met dysfunctioneren geassocieerd zijn (Hecht en Wittchen 1988) of er in elk geval niet rechtstreeks toe leiden (Serban en Gydinski 1979).

Uit het bovenstaande blijkt dat er nog veel onduidelijkheden bestaan betreffende de precieze samenhang tussen symptomatologie en afwijkend sociaal gedrag. Desondanks zijn er voldoende redenen om afzonderlijke beoordelingen te bepleiten. Omdat bovendien de mate van het afwijkende sociale gedrag een belangrijk uitkomstcriterium van behandeling voor althans sommige diagnostische groepen is gaan vormen is beoordeling ervan als regulier onderdeel van de anamnestiche procedure van groot belang. In het resterende deel van dit artikel zal getracht worden aan te geven op welke wijze dit zou kunnen gebeuren.

Sociale gevolgen van psychische ziekte; een korte voorgeschiedenis

Eén van de eerste auteurs die getracht hebben de sociale gevolgen van psychische ziektes systematisch te beschrijven, was Gruenberg. Hij beschreef het ontstaan van onangepast gedrag en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke uitstoting als een apart syndroom (Social Breakdown Syndrome; Gruenberg 1967, 1974). Het ontstaan van dit syndroom zou in zeven cumulatieve stappen verlopen. De eerste wordt gekenmerkt door het optreden van een discrepantie tussen wat iemand kan en wat van hem verwacht wordt. Via de tussenliggende stappen wordt het gedrag door de omgeving op den duur als afwijkend en als resultaat van een psychische ziekte gedefinieerd, waarna opname kan volgen. Uiteindelijk (in de zevende stap) zal de patiënt zich neerleggen bij de situatie in het hospitaal en zich gaan identificeren met zijn lotgenoten, resulterend in gedragingen als teruggetrokkenheid, zelfverwaarlozing, werkstoornissen, en dergelijke. Hij zal dan als chronische patiënt worden beschouwd. Volgens Gruenberg is het syndroom in de eerste plaats geassocieerd met de psychosen, maar kan het ook bij andere diagnoses optreden.

Het zal duidelijk zijn dat de discussie, die mede naar aanleiding van Goffmans befaamde publikaties over het psychiatrische ziekenhuis als totale institutie en Scheffs ideeën over etikettering in de jaren zestig ontstond, zijn stempel op Gruenbergs syndroom heeft gedrukt. Sindsdien is echter duidelijk geworden dat apathisch gedrag niet uitsluitend een gevolg van een langdurige opname is, maar ten dele ook een onderdeel uitmaakt van chronische ziektebeelden. Het maakt het syndroom, hoe waardevol het destijds ook is geweest, vandaag de dag enigszins gedateerd. Bovendien zijn het symptomatische en het sociale beloop in de beschrijving niet werkelijk van elkaar gescheiden.

Een tweede auteur, die in dit verband moet worden genoemd, is Wing. Hij onderscheidde bij zijn beschrijvingen van psychische ziekte en de sociale correlaten drie soorten beperkingen (impairments). Ook de ideeën van Wing zijn voornamelijk gebaseerd op ervaringen met psychotische (schizofrene) patiënten. Maar evenals Gruenberg is hij van mening dat zijn model een meer algemene geldigheid heeft. Verwarrend is dat Wing zijn model in verschillende publikaties op een aantal van elkaar afwijkende wijzen heeft geformuleerd. De onderstaande samenvatting is gebaseerd op Wing 1978 (zie ook Shepherd 1989).

1. *Intrinsieke beperkingen.* Hierbij gaat het om de (positieve en negatieve) symptomen, behorend bij de psychische ziekte.
2. *Secundaire beperkingen.* Dit zijn in de eerste plaats de persoonlijke en sociale reacties van de patiënt zelf op de ziekte. Ook de reacties van voor hem belangrijke personen spelen echter een rol.

Psychologisch gezien zullen de beperkingen zich bij de betrokkene uiten in de vorm van een verlies aan zelfvertrouwen en vermijding van als bedreigend ervaren situaties. In sociaal opzicht zal er sprake zijn van een onvermogen om adequaat te kunnen functioneren, vooral in interpersoonlijke contacten. Wing noemt het institutionalisme (hospitalisatie; Gruenberg's zevende stap) het meest duidelijke voorbeeld van een secundaire stoornis.

3. *Extrinsieke beperkingen*. Sociale belemmeringen, die zowel een gevolg als soms ook de oorzaak van de ziekte kunnen zijn. Te denken valt aan armoede, werkloosheid, slechte of ontbrekende relaties, enzovoorts. Ook stigmatisering valt in deze categorie.

Critici hebben erop gewezen dat de grenzen tussen de drie soorten beperkingen van Wing erg vaag zijn. Dat hangt onder andere samen met het onderscheid tussen de symptomatologie en het sociale gedrag in het model. Hoewel Wing er meer dan Gruenberg in is geslaagd om een scheiding aan te brengen lopen beide beoordelingsniveaus ook bij hem nog te veel in elkaar over. Ook dit model is daarom niet geschikt om er een onafhankelijke beoordeling van het afwijkende sociale gedrag op te baseren.

Sociale aanpassing, sociaal dysfunctioneren, alledaagse vaardigheden en sociaal gedrag; een nadere begripsbepaling

Het onderwerp van het onderzoek naar de gevolgen van psychiatrische ziektes op het sociale functioneren is op zeer verschillende wijzen betiteld (Katschnig 1983). De in de beginperiode meest gebruikte benaming is echter *sociale aanpassing* (social adjustment). Barrabee e.a. (1955) gaven als definitie van deze term 'de mate, waarin een persoon voldoet aan de normale sociale verwachtingen van gedrag, welke samen zijn rollen uitmaken'. Wat opvalt in deze omschrijving is dat de interactie tussen een persoon en zijn omgeving een centraal aspect is. Een goede aanpassing wordt gekenmerkt door het bereiken van het juiste evenwicht tussen het gestelde gedrag en de verwachtingen van anderen.

Typerend is verder het gebruik van het begrippenkader van de binnen de sociologie ontwikkelde roltheorie (zie het overzichtsartikel van Platt 1981). In deze theorie wordt ervan uitgegaan dat iemands positie in de maatschappij beschreven kan worden aan de hand van beoordelingen van het functioneren in een beperkt aantal sociale rollen. Deze beoordelingen vormen te zamen een profiel dat gebruikt kan worden ter bepaling van het algemene niveau van functioneren.

Het gebruik van dit theoretische kader is redelijk vruchtbaar gebleken. In verschillende onderzoeken naar het afwijkende sociale gedrag bij psychiatrische patiënten zijn instrumenten, ontwikkeld vanuit dit

kader, met succes toegepast (zie bij voorbeeld Clare en Cairns 1978; De Jong e.a. 1987; Remington en Tyrer 1979; Weissman en Paykel 1974; Wiersma e.a. 1990). In de loop der tijd is daarbij een verschuiving opgetreden in de uitleg van het centrale begrip. Aanvankelijk werd de term sociale aanpassing vooral geïnterpreteerd tegen de achtergrond van *algemeen* geldende maatschappelijke waarden en normen. In een latere fase verschoof dit steeds meer naar het functioneren binnen de kring van mensen met wie men dagelijks omgaat. Bij de bespreking van de conceptuele problemen bij het gebruik van de sociologische roltheorie zal hierop straks nog worden teruggekomen. Daarnaast kwam er (terecht) steeds meer nadruk te liggen op zo zuiver mogelijke observaties, los van allerlei waardegebonden connotaties, die aan het begrip sociale aanpassing kleven. Het is om die redenen wellicht beter om in het vervolg te spreken van beoordelingen van de mate van *sociaal dysfunctioneren*. Deze term zal dan ook in het vervolg van dit artikel worden gebruikt.

Beoordelingen van het afwijkende gedrag als boven omschreven vinden op een tamelijk globaal niveau plaats. Voor bepaalde patiëntenpopulaties kan dit onvoldoende discriminerende informatie opleveren. Zo zullen chronische patiënten welhaast per definitie slecht functioneren, terwijl bovendien sommige rollen niet of althans niet langer op hen van toepassing zijn (Sturt en Wykes 1987; Wallace 1986; Wing 1989). In die gevallen is het (klinisch) relevanter om op een meer basaal, in termen van sociaal-psychologische mechanismen minder complex niveau te meten. Voorbeelden zijn de vermogens om met succes gesprekken te voeren, geld en persoonlijke bezittingen te beheersen, maaltijden te bereiden, openbare instellingen te gebruiken, en dergelijke. Sturt en Wykes (1987) en Wing (1989) stellen dat er tussen deze vermogens en de (negatieve) symptomatologie een sterker verband zal bestaan dan tussen de vermogens en het functioneren in sociale rollen. Ze gebruiken voor het onderwerp van de metingen op dit niveau de term sociaal gedrag. In feite is dit maar ten dele juist; bij bijna alle genoemde voorbeelden gaat het om activiteiten, die weliswaar in een sociale context kunnen worden uitgevoerd, maar zeker niet per definitie. Correkter is het om van *alledaagse vaardigheden* (activities of daily living) te spreken. De training hierin lijkt voor met name chronische patiënten van groot belang te zijn.

Een uitzondering moet worden gemaakt voor het vermogen om gesprekken te voeren of, meer algemeen gezegd, om adequaat in interpersoonlijke contacten te kunnen functioneren. Dit vermogen ligt ten grondslag aan het functioneren in alle sociale rollen (zie vooral Shepherd 1983). Het ligt daarom meer voor de hand om de term *sociaal gedrag* te reserveren voor dit vermogen. De beoordeling ervan zal overigens meestal niet met behulp van vragenlijsten of interviews gebeuren, maar door middel van oefeningen, dikwijls in de vorm van rol-

lensspellen. Een nadere bespreking van deze methode en van de meting van alledaagse vaardigheden ligt overigens buiten het kader van dit overzicht. We zullen ons beperken tot de meting van de mate van sociaal dysfunctioneren; de beoordeling van het afwijkende sociale gedrag in afzonderlijke sociale rollen.

Conceptuele problemen bij het gebruik van de sociologische roltheorie

Er zijn bij het gebruik van de sociologische roltheorie een aantal conceptuele problemen.

1. Het is moeilijk te bepalen hoeveel en welke rollen beoordeeld moeten worden om valide uitspraken over de mate van sociaal dysfunctioneren mogelijk te kunnen maken. Over een aantal rollen lijkt overeenstemming te bestaan (Weissman 1975). In vrijwel alle onderzoeken worden in elk geval de werkrol, de huwelijksrol, de ouderrol en de rol in de gemeenschap beoordeeld. Minder overeenstemming bestaat over het overige gedrag binnen het gezin, dat ten opzichte van de overige familie, de seksuele relatie, de huishoudelijke werkzaamheden en de vrijetijdsbesteding, inclusief de sociale relaties met anderen buiten het gezin. Afhankelijk van het gekozen instrument zullen deze laatste rollen al dan niet deel uitmaken van de beoordeling. Wat zich hier wrekt is het ontbreken van een voldoende ontwikkelde, algemeen onderschreven theorie op grond waarvan beslissingen zouden kunnen worden genomen (Avison en Speechley 1987; Cooper 1980; Katschnig 1983; Platt 1981). Zolang deze niet voorhanden is, is een weloverwogen oplossing in feite niet mogelijk.

2. Meestal is bij de ontwikkeling van de concepten en van nieuwe meetinstrumenten de situatie in het traditionele (westerse) gezin als uitgangspunt genomen. In onderzoek bij psychiatrische patiënten zal dit problemen opleveren. Sommigen van hen zullen immers niet in een dergelijke situatie verblijven, waardoor op z'n minst de statistische verwerking en interpretatie van de gegevens wordt bemoeilijkt. Uiteraard gelden vergelijkbare overwegingen voor transcultureel onderzoek.

3. Van een algemeen geldend stelsel van waarden en normen tegen de achtergrond van welke alle beoordelingen kunnen plaatsvinden is geen sprake. Het is bij voorbeeld in ontwikkelde maatschappijen vrijwel onmogelijk om rollen op niet-ambigue wijze te definiëren (Platt 1981). Overeenstemming over het te stellen gedrag, behorend bij een bepaalde rol, is tot op zekere hoogte een kwestie van onderhandeling tussen de betrokkenen, waarbij ook de specifieke situatie van belang is. Dat heeft tot gevolg dat de definitie van te tolereren gedrag ten dele afhankelijk is van het resultaat van die onderhandelingen. Bovendien zullen de van toepassing zijnde waarden en normen variëren met het sociale milieu.

4. Ten slotte zullen waarden en normen in de tijd verschuiven als gevolg van veranderingen in de manier waarop daar op een meer algemeen maatschappelijk niveau over wordt gedacht. Te denken valt bij voorbeeld aan de in de loop der jaren gewijzigde opvattingen over het huwelijk en de rol van de vrouw.

In een aantal conceptualisering en instrumenten is getracht om de onder de punten 3 en 4 genoemde problemen op te lossen door uit te gaan van een ideale norm (niet het *daadwerkelijke*, noch het *verwachte*, maar het *gewenste* gedrag). Dit brengt echter het grote gevaar van een (meestal impliciete) ideologische benadering mee (Platt 1981). Anderen hebben voorgesteld de statistische of populatienorm als criterium te gebruiken, maar ook dit is geen goede keuze. Dit zal immers evenmin recht doen aan de bestaande verschillen tussen sociale milieus.

In een aantal tamelijk recent gepubliceerde instrumenten is een oplossing gevonden door de eis te stellen dat altijd rekening moet worden gehouden met de voor het individu specifieke context, waarin het te beoordelen gedrag wordt uitgevoerd en de bij die context betrokken tegenspelers in de interactie (Clare en Cairns 1978; Hill e.a. 1989; De Jong e.a. 1987; Katschnig 1983; Platt e.a. 1980; Remington en Tyrer 1979; Wiersma e.a. 1990). Beoordelingen van het gedrag dienen, met andere woorden, altijd plaats te vinden tegen de achtergrond van de vigerende waarden en normen in het sociale milieu, waarin de beoordeelde zich over het algemeen dagelijks beweegt. Deze aanpak komt het best tegemoet aan wat Platt (1981) het belangrijkste bepalende kenmerk in de definitie van Barrabee e.a. noemde; de actuele verwachtingen van het voor het uitvoeren van een rol relevante publiek.

Vragenlijsten en interviews; enkele overwegingen bij de keuze van een instrument

In de loop der jaren is een groot aantal instrumenten ontwikkeld voor het meten van afwijkend sociaal gedrag van psychiatrische patiënten. Weissman besprak er in 1975 vijftien, op kwaliteitsgronden geselecteerd uit een veel groter aanbod. Zes jaar later konden nog eens twaalf aan het totaal worden toegevoegd (Weissman e.a. 1981). Twee andere overzichten hadden betrekking op het gebruik bij chronische patiënten (Wallace 1986) en op toepassing in afdelingen voor langdurig verblijf in de psychiatrische ziekenhuizen (Hall 1980).

Bovenstaand zijn reeds enkele theoretische problemen en hun praktische consequenties besproken. Bij de selectie van een geschikt meetinstrument zullen daarnaast nog twee, overigens sterk met elkaar samenhangende methodologische vraagstukken van meer onderzoekstechnische aard moeten worden overwogen. Het betreft de bronnen van informatie, nodig voor het uitvoeren van beoordelingen, en de

keuze voor hetzij een (semi-gestructureerd) interviewschema, hetzij een zelfbeoordelvingsvragenlijst.

Bronnen van informatie – In de literatuur worden globaal gesproken drie bronnen van informatie voor de beoordeling van het afwijkende sociale gedrag genoemd. In de eerste plaats is dat de patiënt zelf. De tweede bron is een informant, waarbij meestal iemand uit de directe omgeving wordt bedoeld. Voor de hand liggen personen als de (huwelijks)partner, één van de ouders of een goede vriend. Indien dezen ontbreken kan ook aan een collega of (in het geval van een opgenomen patiënt) aan een persoonlijke begeleider of verpleegkundige worden gedacht. Ten slotte is er de expert (de behandelaar of de onderzoeker) als derde bron.

De keuze voor de patiënt zelf als bron van informatie is over het algemeen geen goede. In de eerste plaats is er het probleem van de neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven (Katschnig 1983; Weissman en Bothwell 1976; Von Zerssen 1983). Ten tweede zal de aanwezige symptomatologie de beoordeling van het eigen gedrag kunnen verstoren (Bell e.a. 1986; Gerst e.a. 1978; John en Weissman 1987; Platt 1981; Remington en Tyrer 1979).

Hoewel dit laatste argument niet voor informanten geldt kan ook hun informatie minder valide zijn (John en Weissman 1987), bij voorbeeld door een te grote mate van emotionele betrokkenheid (Katschnig 1983). Over het algemeen zal er bij hen echter een grotere distantie bestaan, waardoor hun keuze valt te prefereren (Bell e.a. 1986; Platt 1981).

Bij experts gaat het in feite om twee van elkaar te onderscheiden groepen. Katz en Lysterly (1963) noemen drie redenen, waarom geen gebruik van het oordeel van behandelende psychiaters of psychologen moet worden gemaakt. Door verschillen in opleiding en ervaring is er bij hen een te grote variatie in expertise, ze hebben meestal te weinig gelegenheid voor de noodzakelijke observatie van het gedrag buiten de zorgcontacten om, en ten slotte zal er ook in hun conceptualisaties van afwijkend gedrag grote variatie kunnen bestaan. Elk van deze redenen kan slechte gevolgen hebben voor de validiteit van de oordelen. De tweede groep experts wordt gevormd door de onderzoekers zelf. In principe gelden voor hen dezelfde bezwaren als voor de behandelaars. Het belangrijk verschil is dat er in hun geval meer ruimte is voor correctie. Onderzoekers kunnen immers geschoold worden in het geven van een oordeel binnen het gekozen theoretisch kader en trainingen krijgen in het gebruik van het gekozen instrument (Hill e.a. 1989; Wiersma e.a. 1990). Bovendien kunnen zij hun vaardigheden gebruiken om tijdens het interview meer informatie te verzamelen door navraag te doen en door te observeren (Remington en Tyrer 1979).

Zelfbeoordelvragenlijsten versus interviews – Een tweede keuze van onderzoekstechnische aard is die tussen het gebruik van zelfbeoordelvragenlijsten en interviews. Beide soorten instrumenten hebben hun voor- en nadelen.

De voordelen van zelfbeoordelvragenlijsten zijn dat de afname weinig tijd vergt en over het algemeen gemakkelijk verloopt. Omdat de scoring door de proefpersoon zelf wordt gedaan is het gevaar van beïnvloeding van de kant van de onderzoekers klein. De zelfbeoordelvragenlijst kent echter ook duidelijke nadelen. John en Weissman (1987; zie ook Katschnig 1983; Von Zerssen 1983) noemen er vier:

1. De afname gebeurt schriftelijk. Dat maakt de vragenlijsten ongeschikt voor proefpersonen die niet kunnen lezen of daar tenminste grote moeite mee hebben.
2. De aanwezige symptomatologie kan het realiteitsgehalte van zelfbeoordelingen ernstig vertekenen (zie de vorige paragraaf).
3. Ernstig zieke patiënten kunnen grote moeite hebben met het goed begrijpen en interpreteren van de scoringsinstructies.
4. Het is moeilijk te overzien in hoeverre de scoring vertekend is door de neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Een ander bezwaar is dat specifieke omstandigheden niet verdisconteerd kunnen worden. Afwijkend gedrag kan immers het gevolg zijn van belemmerende factoren in de situatie en niet van persoonlijk falen van de proefpersoon (Hill e.a. 1989). Het gebruik kan verder tamelijk veel 'missing data' (niet ingevulde vragen) meebrengen. Ten slotte zullen met zelfbeoordelvragenlijsten per definitie uitsluitend afwijkende gedragingen worden opgespoord die door de invuller zelf worden erkend. Andere vormen, die wel door omstanders kunnen worden geobserveerd, zullen niet worden opgegeven. In feite is dit vergelijkbaar met het verschil tussen 'symptoms' en 'signs' in symptoomlijsten als de Present State Examination (Von Zerssen 1983).

Interviews worden meestal gevoerd aan de hand van semi-gestructureerde vragenschema's. Hun belangrijkste nadeel is de grote tijdsinvestering, zowel wat betreft de afname als de noodzakelijke training van interviewers. Corney e.a. (1982) stellen verder dat interviewschema's vaak op specifieke populaties zijn gericht, onvoldoende uitputtend zijn, terwijl inhoudelijk regelmatig vermenging van sociale en psychologische problemen aanwezig is. De hierboven door John en Weissman genoemde nadelen van vragenlijsten hoeven echter geen rol te spelen. De afname door een interviewer maakt immers dat bij al deze problemen zo nodig navraag kan worden gedaan. Het gebruik van interviews levert daarom meer complete, maar ook meer gedetailleerde informatie op.

Van ten minste twee interviewschema's zijn zelfbeoordelingsversies ontwikkeld. Van de Social Adjustment Scale (SAS) van Weissman en Paykel (1974) bestaan twee versies: de SAS-Self-Report (SAS-SR;

Weissman en Bothwell 1976; Weissman e.a. 1978; zie ook McCreadie en Barron 1984) en een voor de Britse markt iets gewijzigde versie daarvan (SAS-M; Cooper e.a. 1982). Ook van de Social Maladjustment Schedule (SMS; oorspronkelijke benaming Social Interview Schedule) van Clare en Cairns (1978) is een zelfbeoordelingsversie ontwikkeld (Corney e.a. 1982). In beide gevallen is gepubliceerd over vergelijkingen tussen het oorspronkelijke schema en het daarvan afgeleide instrument. Voor de SAS wordt redelijke overeenstemming gerapporteerd (Cooper e.a. 1982; Weissman en Bothwell 1976). Corney e.a. (1982) melden voor de SMS echter discrepanties. Deze tegenstrijdige bevindingen zijn vooral terug te voeren op verschillen in de gehanteerde methodologie. Het zou in het kader van dit overzicht echter te ver voeren om hier in meer detail op in te gaan.

Wel kan gesteld worden dat er in het algemeen overeenstemming bestaat over de stelling dat zelfbeoordelingsvragenlijsten minder geschikt zijn voor het geven van een zo compleet mogelijk beeld. Sommige auteurs (Corney e.a. 1982; Weissman en Bothwell 1976) komen daarom tot de aanbeveling ze te gebruiken als screeningsinstrument. Op die manier gebruikt kan ook de patiënt zelf als bron van informatie gelden, zij het dat enige voorzichtigheid in de interpretatie op zijn plaats is. Indien meer gedetailleerde informatie noodzakelijk is, is het echter verstandiger interviewschema's te hanteren. Daarbij is het aan te bevelen de uiteindelijke beoordeling over te laten aan in het gebruik getrainde interviewers, die zich daarbij baseren op alle beschikbare informatie (Hill e.a. 1989; zie ook De Jong e.a. 1987; Wiersma e.a. 1990).

Classificatie van het afwijkende sociale gedrag

Indien (zoals in dit artikel bepleit) afzonderlijke beoordeling van het afwijkende sociale gedrag een regulier onderdeel van de anamnestiche procedure gaat vormen ligt het voor de hand om ook tot classificatie te komen. Eerder (WHO 1960; Williams e.a. 1980) heeft deze opvatting geleid tot pleidooien voor het opnemen van een aparte sociale as in multiaxiale diagnostische systemen.

Voor wat betreft de in brede kring geaccepteerde diagnostische classificaties is deze mogelijkheid voor het eerst gerealiseerd in de derde versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; American Psychiatric Association 1980). Op as V van dit systeem kan het hoogste niveau van sociaal functioneren in het afgelopen jaar worden geclassificeerd. Daarbij dient rekening te worden gehouden met zowel het functioneren in sociale relaties, als het beroepsmatige functioneren en de vrijetijdsbesteding. Scoring kan plaatsvinden op een schaal, lopend van 0 tot 7. De argumentatie voor opname van de as was dat de bedoelde informatie vaak voorspellende

waarde zou hebben, omdat de patiënt na de ziekte regelmatig terug zou keren naar het oude, premorbide niveau van functioneren. Aangekend werd verder dat as V bestemd is voor gebruik in speciale klinische en onderzoekssituaties.

Sinds de introductie is de as slechts in enkele onderzoeken onderzocht op de praktische bruikbaarheid. Mezzich e.a. (1984) toonden aan dat de scoring op de as samenhangt met de beslissing om al dan niet over te gaan tot opname. Gordon e.a. (1985) ontwikkelden de zogenaamde 'strain ratio' (gebaseerd op de scores op as V en as IV). Deze ratio bleek gecorreleerd met de lengte van opname en met de ernst van de psychiatrische diagnose (Gordon en Gordon 1987).

Op de eerste versie van de as is van verschillende kanten kritiek geleverd. Zo bleek de betrouwbaarheid van scoring in een aantal onderzoeken lager uit te vallen dan in de officiële 'field trials' (Fernando e.a. 1986; Rey e.a. 1987). Deze tegenvallende resultaten hangen nauw samen met inhoudelijke bezwaren. Genoemd werden het ontbreken van duidelijke criteria en de te kort schietende operationalisering (Fernando e.a. 1986; Kendell 1983; Rey e.a. 1987; Roth 1983). Dit laatste spitst zich vooral toe op de opdracht om tot een score op een eendimensionale schaal te komen, hoewel gebruik moet worden gemaakt van beoordelen van drie te onderscheiden, zeker niet altijd parallel verlopende vormen van dysfunctioneren. Er werd daarom door verschillende auteurs gepleit voor opsplitsing in twee of meer verschillende assen (Feder 1983; Fernando e.a. 1986; Skodol e.a. 1988b; Williams e.a. 1985). Verder bestond bezwaar tegen de beoordelingsperiode van een jaar en de daaraan gekoppelde veronderstelde voorspellende waarde. Zo het al mogelijk is om het hoogste niveau van functioneren retrospectief vast te stellen is het (zeker in het geval van chronische patiënten) nog maar de vraag of op die manier het premorbide niveau wordt geclassificeerd (Kendell 1983; Skodol 1988b). Anthony e.a. (1986) merkten verder op dat de informatie van as V verre van toereikend is (want veel te globaal) om bruikbaar te zijn in het kader van revalidatieprogramma's.

In de herziene versie van as V in de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) is aan al deze kritiek maar zeer ten dele tegemoet gekomen. De as kreeg nu de benaming 'Global Assessment of Functioning Scale' mee en is gebaseerd op de Global Assessment Scale van Endicott e.a. (1976) en de Children's Global Assessment Scale (Shaffer e.a. 1983). De schaalbreedte loopt nu van 1 tot 90, waarbij de omschrijvingen van de ankerpunten enigszins zijn aangepast. De suggestie om tot splitsing in twee of meer assen te komen is echter niet overgenomen. Wel bestaat nu de mogelijkheid om, naast de beoordeling van het hoogste niveau in het afgelopen jaar, ook een classificatie te geven van het huidige niveau van functioneren.

Een belangrijke en zeer te betreuren beslissing is de wijziging in

de algemene instructie. Bij het classificeren dient nu niet meer uitsluitend op het sociale (een samenvoeging van sociale relaties en vrijetijdsbesteding) en beroepsmatige functioneren te worden gelet, maar ook op het psychologische. Waar er in het geval van de DSM-III al sprake was van grote samenhang tussen beoordelingen op de assen I en V (Schrader e.a. 1986; Skodol 1988b) verwachten Skodol e.a. (1988a), dat deze samenhang in de DSM-III-R nog groter zal zijn. De auteurs pleiten vervolgens voor op onderzoek gebaseerde verbetering in de aangekondigde volgende versie van het diagnostische systeem, waarbij opnieuw ook de splitsing in twee afzonderlijke assen aan de orde wordt gesteld. De eerste uit Amerika overgewaaide geruchten over de in 1994 te verschijnen DSM-IV voorspellen dienaangaande echter weinig goeds.

Op grond van het bovenstaande moet geconcludeerd worden dat onafhankelijke beoordelingen van de symptomatologie en het sociale functioneren met behulp van as V op dit moment en waarschijnlijk ook in de toekomst niet mogelijk zijn. Misschien moet het bieden van deze mogelijkheid in het kader van diagnostische systemen ook niet verwacht worden. De DSM en de ICD zijn immers in de eerste plaats gericht op classificatie van ziektebeelden en niet op de sociaal-psychologische correlaten daarvan. Het probleem moet daarom wellicht worden opgelost door het onderscheid ook op classificatorisch niveau te hanteren.

Deze mogelijkheid wordt geboden in de vorm van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; WHO 1980). De ICIDH is ontwikkeld onder auspiciën van de WHO en is (in tegenstelling tot diagnostische systemen als de ICD en de DSM) niet gericht op classificatie van ziektebeelden, maar op de gevolgen daarvan. Beoordeling van het afwijkende sociale gedrag is daar een onderdeel van. Sinds enkele jaren wordt op de Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen gewerkt aan de aanpassing van de ICIDH voor het terrein van de GGZ (zie o.a. Wiersma 1986). In dit kader is onder andere de tweede versie van de Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB-II; Wiersma e.a. 1990) ontwikkeld. Met behulp van dit semi-gestructureerde interviewschema kunnen de sociale functiestoornissen van psychiatrische patiënten worden vastgesteld. Sinds kort wordt gewerkt aan een zelfbeoordelingsversie van dit instrument.

Tot slot

Er is sinds de eerste beschrijvingen van Gruenberg veel werk verricht op het terrein van het denken over en het onderzoek naar de gevolgen van psychiatrische ziektes op het sociale dysfunctioneren. Daarbij is zowel in onderzoek als in de dagelijkse praktijk van de geestelijke

gezondheidszorg steeds duidelijker geworden dat het beloop van het afwijkende sociale gedrag tamelijk onafhankelijk van de psychiatrische symptomatologie kan variëren. Op grond hiervan is er behoefte ontstaan aan procedures en instrumenten met behulp waarvan het gedrag systematisch kan worden beoordeeld (zie ook Williams e.a. 1989). Pogingen om dit in het kader van de bestaande diagnostische systemen te realiseren zijn tot nu toe echter niet erg succesvol gebleken.

Mogelijk kan het gebruik van een apart classificatiesysteem naast systemen als de ICD of de DSM verandering in deze situatie brengen (zie ook Hill e.a. 1989; Platt 1981). Dit nieuwe systeem (inclusief de relevante procedures voor beoordeling) zou niet in de eerste plaats op de ziekte zelf, maar op de *gevolgen* ervan moeten zijn gericht. De International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) van de WHO kan als uitgangspunt bij een dergelijke ontwikkeling worden gehanteerd.

Idealiter dient dit werk gebaseerd te zijn op een gedegen theoretisch model. Helaas ontbreekt dat nog steeds. Ook de ICIDH voorziet hierin niet; weliswaar wordt er in de classificatie een model gepresenteerd, maar dit is weinig doordacht en nauwelijks uitgewerkt. Toch lijkt er ook op dit terrein langzamerhand een kentering op gang te komen. Op verschillende plaatsen wordt getracht om het idee dat het afwijkende sociale gedrag vooral is gebaseerd op een onvermogen om adequaat te kunnen functioneren in interpersoonlijke contacten, verder uit te werken. Wellicht is het mogelijk om op basis van de bestudering van communicatieve en psychologische vaardigheden tot een goede theoretische onderbouwing van de ICIDH te komen. Zeker als daarbij recente ontwikkelingen op het terrein van het onderzoek naar cognitief-psychologische defecten kunnen worden geïntegreerd.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. APA, Washington.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third revised edition (DSM-III-R)*. APA, Washington.
- Anthony, W.A., W.A. Kennard, W.F. O'Brien en R. Forbess (1986), Psychiatric rehabilitation: past myths and current realities. *Community Mental Health Journal* 22, 249-264.
- Asselbergs, L.J. (1989), *Sociaal beperkt*. NcGv, Utrecht.
- Avison, W.R., en K.N. Speechley (1987), The discharged psychiatric patient: a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. *American Journal of Psychiatry* 144, 10-18.
- Barrabee, P., E.L. Barrabee en J. Finesinger (1955), A normative social adjustment scale. *American Journal of Psychiatry* 112, 252-259.

- Bell, V., S. Blumenthal, N.-U. Neumann, R. Schüttler en R. Vogel (1986), Predictors for social adjustment of first admitted psychiatric patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 236, 174-178.
- Clare, A.W., en V.E. Cairns (1978), Design, development and use of a standardised interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine* 21, 589-604.
- Cooper, J.E. (1980), The description and classification of social disability by means of a taxonomic hierarchy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 27, 140-146.
- Cooper, P., M. Osborn, D. Gath en G. Feggetter (1982), Evaluation of a modified self-report measure of social adjustment. *British Journal of Psychiatry* 141, 68-75.
- Corney, R.H., A.W. Clare en J. Fry (1982), The development of a self-report questionnaire to identify social problems. A pilot study. *Psychological Medicine* 12, 903-909.
- Dohrenwend, B.S., B.P. Dohrenwend, B.G. Link en I. Levav (1983), Social functioning of psychiatric patients in contrast with community cases in the general population. *Archives of General Psychiatry* 40, 1174-1182.
- Endicott, J., R. Spitzer, J. Fleiss en J. Cohen (1976), The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33, 766-771.
- Faltermaier, T., H.-U. Wittchen, R. Eelman en R. Lässle (1985), The Social Interview Schedule (SIS). Content, structure and reliability. *Social Psychiatry* 20, 115-124.
- Feder, R. (1983), Letter to the editor. *American Journal of Psychiatry* 140, 1384-1385.
- Fernando, T.S., G. Mellsop, K. Nelson, K. Peace en J. Wilson (1986), The reliability of axis V of DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 143, 752-755.
- Gerst, M.S., I. Grant, J. Yager en H. Sweetwood (1978), The reliability of the Social Readjustment Rating Scale: moderate and long-term stability. *Journal of Psychosomatic Research* 22, 519-623.
- Glazer, W.M., H.S. Aaronson, B.A. Prusoff en D.H. Williams (1980), Assessment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 168, 493-497.
- Glazer, W.M., B.A. Prusoff, K. John en D.H. Williams (1981), Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 169, 712-717.
- Gordon, R.E., en K.K. Gordon (1987), Relating axes IV and V of DSM-III to clinical severity of psychiatric disorders. *Canadian J. of Psychiatry* 32, 423-424.
- Gordon, R.E., R. Jardioli en K.K. Gordon (1985), Predicting length of stay of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 142, 235-237.
- Gruenberg, E.M. (1967), The social breakdown syndrome. Some origins. *American Journal of Psychiatry* 123, 1481-1489.
- Gruenberg, E.M. (1974), Social breakdown syndrome and its prevention. In: S. Arieti (red.), *American handbook of psychiatry, 2nd edition, vol II*. New York.
- Hall, J. (1980), Ward rating scales for long stay patients. A review. *Psychological Medicine* 10, 277-288.
- Hecht, H., en H.-U. Wittchen (1988), The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders. A comparison using the Social Interview Schedule (SIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 23, 17-29.
- Hill, J., R. Harrington, H. Fudge, M. Rutter en A. Pickles (1989), Adult Personality

- Function Assessment (APFA). An investigator-based standardized interview. *British Journal of Psychiatry* 155, 24-35.
- Hurry, J., P. Bebbington en C. Tennant (1987), Psychiatric symptoms, social disablement and illness behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 21, 68-73.
- Hurry, J., en E. Sturt (1981), Social performance in a population sample: relation to psychiatric symptoms. In: J.K. Wing, P. Bebbington en L.N. Robins (red.), *What is a case?* Grant McIntyre, Londen, 202-216.
- John, K., en M.M. Weissman (1987), The familial and psychosocial measurement of depression. In: A.J. Marsella, R.M.A. Hirschfeld en M.M. Katz (red.), *The measurement of depression*. John Wiley, Chichester, 344-376.
- Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische invaliditeit. Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag*. Rijksuniversiteit, Groningen.
- Jong, A. de (1986), Beschermende woonvormen en psychiatrische invaliditeit. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 41, 992-1004.
- Jong, A. de, R. Giel, C.J. Slooff en D. Wiersma (1986), Relationship between symptomatology and social disability. *Social Psychiatry* 21, 200-205.
- Jong, A. de, J. Ormel en D. Wiersma (1987), De Groningse Sociale Beperkingenschaal: ontwikkeling en beschrijving van het instrument, betrouwbaarheid en de hiërarchie in sociale rollen. *T. v. Sociale Gezondheidszorg* 65, 706-712.
- Katschnig, H. (1983), Methods for measuring social adjustment. In: T. Helgason (red.), *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge University Press, Cambridge, 205-218.
- Katz, M., en S.B. Lyerly (1963), Methods of measuring adjustment and social behavior in the community. I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. *Psychological Reports* 13, 503-535.
- Kendell, R.E. (1983), DSM-III: a major advantage in psychiatric nosology. In R.L. Spitzer, J.B.W. Williams en A.E. Skodol (red.), *International perspectives on DSM-III*. American Psychiatric Press, Washington.
- McCreadie, R.G., en E.T. Barron (1984), the Nithsdale schizophrenia survey. IV. Social adjustment by self-report. *Br. J. of Psychiatry* 144, 547-550.
- Mezzich, J.E., K.J. Evanchuk, R.J. Mathias en G.A. Coffman (1984), Admission decisions and multiaxial diagnosis. *Archives of General Psychiatry* 41, 1001-1004.
- Morrison, R.L., en A.S. Bellack (1987), Social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin* 13, 715-725.
- Paykel, E.S., en M.M. Weissman (1973), Social adjustment and depression. A longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 28, 659-663.
- Platt, S. (1981), Social adjustment as a criterion of treatment success: just what are we measuring? *Psychiatry* 44, 95-112.
- Platt, S., A. Weyman, S.R. Hirsch en S. Hewett (1980), The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry* 15, 43-55.
- Remington, M., en P.J. Tyrer (1979), The Social Functioning Schedule. A brief semi-structured interview. *Social Psychiatry* 14, 151-157.
- Rey, J.M., J.M. Plapp, G. Stewart, I. Richards en M. Bashir (1987), Reliability of the psychosocial axes of DSM-III in an adolescent population. *British Journal of Psychiatry* 150, 228-234.
- Roen, S.R., D. Ottenstein, S. Cooper en A.J. Burnes (1966), Community adap-

- tation as an evaluative concept in community mental health. *Archives of General Psychiatry* 15, 36-44.
- Roth, M. (1983), The achievements and limitations of DSM-III. In: R.L. Spitzer, J.B.W. Williams en A.E. Skodol (red.), *International perspectives on DSM-III*. American Psychiatric Press, Washington.
- Schrader, G., M. Gordon en R. Harcourt (1986), The usefulness of DSM-III axis IV and axis V assessments. *American Journal of Psychiatry* 143, 904-907.
- Serban, G. (1979), Mental status, functioning, and stress in chronic schizophrenic patients in community care. *American Journal of Psychiatry* 136, 948-952.
- Serban, G., en C.B. Gidynski (1979), Relationship between cognitive defect, affect response and community adjustment in chronic schizophrenics. *British Journal of Psychiatry* 134, 602-608.
- Shaffer, D., M.S. Gould, J. Brasic e.a. (1983), Children's Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry* 40, 1228-1231.
- Shepherd, G. (1983), Interpersonal relationships. In: F.N. Watts en D.H. Bennett (red.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester, 267-288.
- Shepherd, G. (1989), *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*. Utrecht.
- Skodol, A.E., B.G. Link, P.E. Shrout en E. Horwath (1988a), The revision of axis V in DSM-III-R: should symptoms have been included? *American Journal of Psychiatry* 145, 825-829.
- Skodol, A.E., B.G. Link, P.E. Shrout en E. Horwath (1988b), Towards construct validity for DSM-III axis V. *Psychiatry Research* 24, 13-23.
- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1974), The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables. *Archives of General Psychiatry* 31, 37-42.
- Sturt, E., en T. Wykes (1987), Assessment schedules for chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine* 17, 485-493.
- Wallace, C.J. (1984), Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 10, 233-257.
- Wallace, C.J. (1986), Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12, 604-630.
- Waryszak, Z. (1982), Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalization. *Social Psychiatry* 17, 149-154.
- Weissman, M.M. (1975), The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry* 32, 357-365.
- Weissman, M.M., en S. Bothwell (1976), The assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry* 33, 1111-1115.
- Weissman, M.M., en E.S. Paykel (1974), *The depressed woman*. Chicago.
- Weissman, M.M., B.A. Prusoff, W.E. Thompson, P.S. Harding en J.K. Myers (1978), Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 166, 317-326.
- Weissman, M.M., D. Shalomskas en K. John (1981), The assessment of social adjustment. An update. *Archives of General Psychiatry* 38, 1250-1258.
- WHO (1960), Epidemiology of mental disorders. WHO technical report series 185. World Health Organization, Genève.
- WHO (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. World Health Organization, Genève (Ned. vertaling: Werkgroep Coderingen en Classificaties van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1981).
- Willer, B., en P. Biggin (1976), Comparison of rehospitalized and non-hospitalized

- psychiatric patients on community adjustment: Self-Assessment Guide. *Psychiatry* 39, 239-244.
- Williams, J.B.W. (1985), The multi-axial system of DSM-III: where did it come from and where should it go? II. Empirical studies, innovations and recommendations. *Archives of General Psychiatry* 42, 181-186.
- Williams, J.B.W. (1987), Multi-axial diagnosis. In: A.E. Skodol en R.L. Spitzer (red.), *An annotated bibliography of DSM-III*. Washington, 31-36.
- Williams, J.B.W., J.M. Karls en K. Wandrei (1989), The Person-in-Environment (PIE) system for describing problems of social functioning. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 1125-1127.
- Williams, P., A. Tamopolsky en D. Hand (1980), Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychological Medicine* 10, 101-114.
- Wiersma, D., (1986), Psychological impairments and social disabilities: on the applicability of the ICDH to psychiatry. *Int. Rehabilitation Medicine* 8, 3-7.
- Wiersma, D., e.a. (1990), *GSB-II. De Groningse Sociale Beperkingenschaal, tweede versie*. Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Wing, J.K. (1978), *Reasoning about madness*. Oxford University Press, Oxford.
- Wing, J.K. (1989), The measurement of 'social disablement'. The MRC social behaviour and social role performance schedules. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24, 173-178.
- Zerssen, D. von (1983), Self-rating scales in the evaluation of psychiatric treatment. In: T. Helgason (red.), *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge University Press, Cambridge, 183-204.
- Zigler, E., en L. Phillips (1962), Social competence and the process-reactive dimension in distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 65, 215-222.

Summary: Deviant social behaviour of psychiatric patients. Theoretical backgrounds, instruments and classification

Within the field of psychiatry the attention for deviant social behaviour has always been secondary to the primacy of symptomatology and diagnosis. In the period just after the second world war a gradual change has taken place. The shift in attention to treatment in the community resulted in a growing need for measurement of deviant behaviour. In the present paper the history is briefly reviewed. Some theoretical problems and aspects of the use of assessments instruments are discussed. Finally, it is concluded that the classification of deviant social behaviour within the framework of existing diagnostic classifications has not been very successful. It is argued that a separate classification of the consequences of diseases (possibly based upon the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) should be developed.

De auteur is als psycholoog-universitair docent verbonden aan de afdeling sociale psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 20-11-1990.