

Voorspellende waarde van niet door klinici erkende positieve psychotische symptomen

Een prospectief onderzoek in de algemene bevolking¹

M. BAK, P. DELESPAUL, M. HANSSEN, R. DE GRAAF, W. VOLLEBERGH, J. VAN OS

ACHTERGROND Een paradox doet zich voor in de literatuur: zelfrapportage van psychose wordt als onbetrouwbaar beschouwd, maar dergelijke zelfrapportages hebben een hoge mate van prognostische validiteit in longitudinaal cohortonderzoek. Deze paradox werd aan een nader prospectief onderzoek onderworpen.

METHODE Een aantal van 4081 personen zonder psychotische stoornis in de voorgeschiedenis werd geïnterviewd met het Composite International Diagnostic Interview op het uitgangsmoment (To) en 3 jaar later (T2). Een 'niet-erkend symptoom' werd gedefinieerd als een door de persoon zelf op To tijdens het interview gerapporteerd psychotisch symptoom, dat echter werd verworpen door de clinicus na herevaluatie op To.

RESULTATEN Een niet-erkend symptoom bleek een relatief krachtige voorspeller van ontwikkeling van een nieuwe psychotische stoornis op T2 (Odds ratio 27,5; 95%-betrouwbaarheidsinterval 4,5 – 123,4). De positief voorspellende waarde voor een niet-erkend symptoom was 0,05 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,040–0,053). In de groep met niet-erkende symptomen was de voorspellende waarde slechts verhoogd bij respondenten met tevens subklinische psychotische ervaringen (0,10; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0,01–0,19).

CONCLUSIE Klinisch professionele evaluatie van psychotische symptomatologie alléén is niet voldoende voor maximale sensitiviteit voor predictie van toekomstige psychotische stoornissen. Een combinatie van zelfrapportage en klinische evaluatie geeft betere resultaten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)5, 285-293]

TREFWOORDEN CIDI, Composite International Diagnostic Interview, voorspellende waarde, psychose, zelfrapportage

Secundaire preventie van psychose is gericht op afname van de duur van onbehandelde psychose (Larsen e.a. 2001; McGorry 2000). Reductie van de duur van de onbehandelde psychosen is afhankelijk van vroege herkenning van psychotische symptomen en daarmee van een correcte interpretatie van subjectieve ervaringen in de algemene bevolking. Subklinische of kortdurende positieve

psychotische symptomen, en ook kenmerken van schizotypie zijn belangrijke voorlopers van latere (neiging tot) psychotische stoornissen (Carr e.a. 2000; Chapman e.a. 1994; Chapman e.a. 1980; Kwapil e.a. 1997; Phillips e.a. 2000). Recent bevolkingsonderzoek heeft laten zien dat zelfgerapporteerde positieve psychotische symptomen de ontwikkeling van een psychotische stoornis voorspellen,

zowel op korte als op lange termijn (Hanssen e.a. 2003; Poulton e.a. 2000). Dergelijke bevindingen weerspreken de algemene opvatting dat het gebruik van diagnostische instrumenten die berusten op zelfrapportage weinig aanbevelenswaardig zijn door de hoge frequentie van 'foute', niet door de clinicus erkende positieve symptomen en dus ook van foute klinische diagnoses. Het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) is een veelgebruikt instrument om symptomen en diagnoses in de algemene populatie te bepalen en is in principe gebaseerd op zelfrapportage (Eaton e.a. 2000). In het bijzonder waar het het CIDI-deel over psychose betreft, bestonden er in de literatuur twijfels over de waarde van zelfgerapporteerde psychotische ervaringen (Anthony e.a. 1985; Cooper & Collacott 1994; Helzer e.a. 1985). Recent onderzoek laat echter zien dat zelfgerapporteerde psychotische ervaringen bij kinderen een enorm hoge (tot 25%) voorspellende waarde hebben van het optreden van een psychotische stoornis meer dan 15 jaar later (Poulton e.a. 2000). Aangezien (1) er twijfels bestaan over de waarde van zelfgerapporteerde psychose wegens het hoge percentage dat bij klinische herevaluatie word afgewezen, en tevens (2) prospectief onderzoek laat zien dat zelfgerapporteerde psychose een hoge mate van prognostische validiteit bezit, werden (1) en (2) bij elkaar gebracht in een prospectief onderzoek van de prognostische waarde van zelfgerapporteerde, door een clinicus gecontroleerde psychotische symptomen.

METHODE

Personen

Dit onderzoek is een onderdeel van de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), een longitudinaal onderzoek naar prevalentie, incidentie, beloop en gevolgen van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. In het NEMESIS-onderzoek zijn de respondenten op 3 momenten geïnterviewd, namelijk in 1996 (T0), 1997 (T1) en 1999 (T2) (Bijl, Ravelli

e.a. 1998; Bijl, Van Zessen e.a. 1998). Een multifasische, gestratificeerde en gerandomiseerde procedure werd gebruikt om de onderzoekspopulatie te selecteren. Adressen van privé-huishoudens werden op basis van toeval geselecteerd. Elk individu met de meest recente verjaardag en in de leeftijd tussen 18 en 64 jaar werd gevraagd in het onderzoek te participeren. Personen die in psychiatrische instellingen verbleven en mensen die in residentiële woonvoorzieningen van psychiatrische ziekenhuizen woonden, werden niet geïnccludeerd. Bij het verzoek om deel te nemen kreeg men een informatiebrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In totaal werden op T0 7076 respondenten geïnccludeerd. Op T1 participeerden 5618 personen voor de tweede maal aan het onderzoek, en op T2 deden 4848 personen voor de derde keer mee.

Instrumenten

De onderzoekspopulatie werd op alle drie de meetmomenten thuis geïnterviewd met de CIDI, versie 1.1 (Smeets & Dingemans 1993). De CIDI is in principe een zelfrapportage-instrument, hoewel er uiteindelijk DSM-III-R-diagnosen gegeven worden (Eaton e.a. 2000). Getrainde lekeninterviewers ondervroegen de respondenten, waarbij ze hardop de vragen voorlezen. Dit gebeurde op een gestandaardiseerde manier; de antwoorden werden door de interviewers vrij van interpretatie genoteerd. Voor elk item werd eenzelfde format gebruikt en de interviewers gaven aan of een symptoom aanwezig of afwezig was. In eerder onderzoek was gebleken dat het psychosedeel gevoelig was voor misinterpretaties van de geïnterviewde, waarbij de lekeninterviewers vaker niet tot correctie in staat bleken (Cooper e.a. 1998; Wittchen 1994). Om deze reden werden klinische herinterviews afgenomen.

Zelfrapportage van hallucinatoire ervaringen en wanen op T0 en T1 De 17 kernsymptomen van het CIDI-psychosedeel die worden gebruikt voor de vaststelling van wanen (13 symptomen) en hallu-

cinatoire ervaringen (4 symptomen), werden gebruikt. Per symptoom zijn 6 verschillende scores mogelijk, waarbij: 1 = geen symptoom; 2 = subklinische psychotische ervaring; 3 = symptoom is het gevolg van middelengebruik; 4 = symptoom is het gevolg van een lichamelijke aandoening; 5 = een echt symptoom met lijdensdruk en/of het zoeken van hulp; en 6 = het symptoom heeft mogelijk een redelijke verklaring en betreft dus mogelijk een echte gebeurtenis (Van Os e.a. 2001). Een voorbeeld van een score 2 is iemand die stemmen hoort of ervan overtuigd is onder invloed te staan van hogere krachten of machten – zoals gedefinieerd door de betreffende CIDI-items – maar daar geen last van heeft of hulp voor zoekt bij professionals of anderen om het symptoom te verminderen. Een voorbeeld van een score 5 is dat men – gegeven het beschreven symptoom – juist wel hulp heeft gezocht of het wel bespreekt met arts, familie en/of anderen.

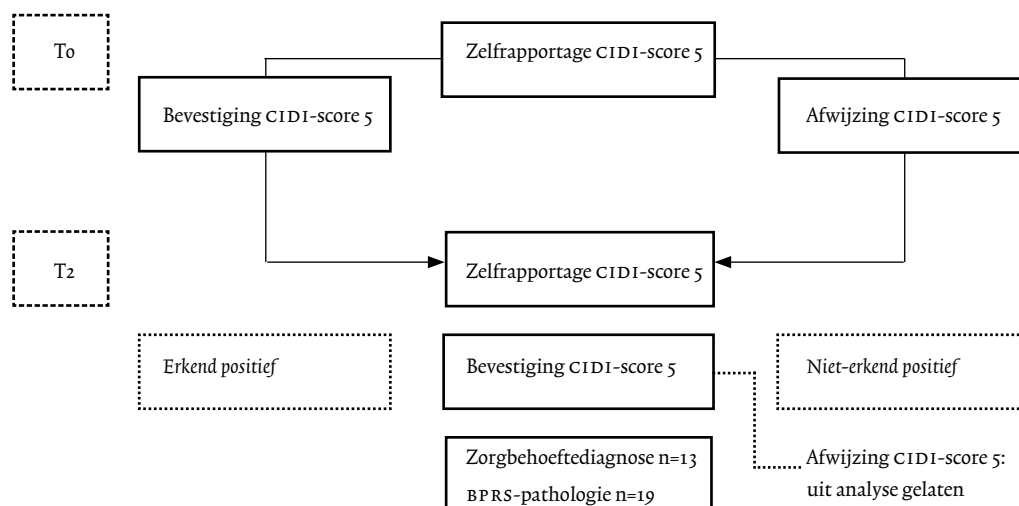
Omdat vaststelling van psychotische symptomen door lekeninterviewers beperkingen heeft, kwamen op To alle mensen die minstens 1 score van 5 of 6 hadden, in aanmerking voor een telefonisch herinterview, afgenomen door een arts-assistent in opleiding tot psychiater met enige jaren ervaring in de psychiatrie (hierna: clinicus). Hierbij werd het Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), een instrument met goede betrouwbaarheid en validiteit voor het diagnosticeren van schizofrenie (Spitzer e.a. 1992), als ondersteuning gebruikt tijdens de evaluatie van de psychotische symptomen die bij het CIDI waren vastgesteld. Telefonische afname van de SCID is voldoende betrouwbaar gebleken, vergeleken met de standaard SCID-afname (Kobak e.a. 1997). De CIDI-scores 5 of 6 werden indien nodig gecorrigeerd op basis van het herinterview door de clinicus. Zo was het bijvoorbeeld mogelijk om een CIDI-score 5 toe te kennen als de clinicus tijdens het herinterview vaststelde dat de onderzochte ook een ander psychotisch symptoom vertoonde dat tijdens het CIDI-interview niet naar voren was gekomen. Het was ook mogelijk dat de clinicus een ervaring die volgens het CIDI-interview een echt symptoom

was (score 5) beoordeelde als niet-psychotisch (score 1). Tijdens de To-meting werd de CIDI-score 2 (de subklinische psychotische ervaring) niet systematisch gecontroleerd door de clinicus op correctheid, ofschoon een CIDI-score 2 wel vervangen werd door een CIDI-score 5 als de SCID-evaluatie uitwees dat er sprake was van een echt psychotisch symptoom. Een CIDI-score 5 wordt hierna een 'psychotisch symptoom' genoemd en een CIDI-score 2 een 'subklinische psychotische ervaring'. Van de in totaal 479 personen die op To in aanmerking kwamen voor een herinterview door de clinicus, werden uiteindelijk 226 (47,2%) personen bereikt en geëvalueerd.

Bij de eerste follow-upmeting (T1) werd een andere procedure gevolgd. De lekeninterviewers werden getraind om klinisch door te vragen met behulp van additionele vragen ingeval van verdenking op psychose. De antwoorden werden genoteerd en na het interview beoordeeld door een clinicus, waarna zonodig correctie van de CIDI-score volgde. DSM-diagnosen van psychose zijn waar mogelijk gebaseerd op gecorrigeerde CIDI-scores.

Definitie van incidente psychose Het longitudinale karakter van NEMESIS maakte het mogelijk om nieuwe (incidente) gevallen van psychiatrische stoornissen te identificeren. Om de reeds bestaande (prevalente) psychotische stoornissen uit te sluiten, werden gegevens van zowel To als T1 gebruikt. Deze dubbele controle verhoogde de kans dat respondenten van wie prevalentie psychotische stoornissen werden gemist op To, op T1 alsnog werden geëxcludeerd. Hierdoor werd het mogelijk om op T2 mensen met een eerste psychotische stoornis binnen een tijdsperiode van 2 jaar te identificeren. Aldus werden mensen met een affectieve of niet-affectieve psychotische stoornis volgens de DSM-III-R *lifetime* en op To (107 van 7076), en tevens op T1 (20 van 5618) bij de analyses uitgesloten. Tevens werden alle mensen die een zelfgerapporteerde psychotische ervaring hadden op To (CIDI-scores 2, 3, 4, 5, 6), maar die niet waren geëvalueerd door een clinicus op

FIGUUR 1 Stroomschema van het onderzoek betreffende de differentiatie tussen erkende en niet-erkende positieve psychotische symptomen (N=4081)



CIDI = Composite International Diagnostic Interview

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

To ook geëxcludeerd (n=1053). Aldus werden de mensen met enigerlei psychotische ervaring op To, die niet waren geherinterviewd door de clinicus, geëxcludeerd. Dit werd gedaan om er zeker van te zijn dat in de analyses alle respondenten die op To psychotische ervaringen rapporteerden ook daadwerkelijk waren geïnterviewd door een clinicus. Het aantal niet-psychotische personen dat zowel op To als op T1 werd geïnterviewd, bedroeg 4765 individuen. Hiervan werden op T2 4081 personen geïnterviewd met betrekking tot de aanwezigheid van psychotische symptomen. Deze 4081 vormden de uiteindelijke onderzoeksgroep (zie figuur 1).

Psychose-uitkomsten op T2 Op T2 werden alle respondenten met een niet-organische psychotische ervaring (CIDI-scores 2, 5 en 6) op 1 of meer van de CIDI-psychose-items door een ervaren clinicus weer geïnterviewd volgens dezelfde procedure als op To. Tevens werden tijdens het herinterview de items 'bizarre gedachte-inhoud' en 'hallucinaties' van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham 1962) gescoord. De symptoomscore van de BPRS varieert van 1 (symptoom afwezig) tot 7 (zeer ernstig symp-

toom). De scores 2 en 3 verwijzen naar niet-pathologische intensiteit van symptomen, een score van 4-7 wijst op een pathologische intensiteit van symptomen op basis van frequentie en functionele beperkingen (Lukoff e.a. 1984). Een score van 4 of hoger op een van beide items werd door ons aangemerkt als 'BPRS-pathologiescore'. Van de 220 personen met op T2 een CIDI-score van 2, 5 of 6 kregen 163 (74%) een herinterview.

Twee uitkomstmaten werden gebruikt: één gebaseerd op symptoomfrequentie en functionele beperking, en één gebaseerd op de vorige twee, plus zorgbehoefte. De BPRS-pathologiescore van psychose werd gedefinieerd als een uitkomstmaat gebaseerd op symptoomfrequentie en functionele beperking, zoals hierboven beschreven. De zorgbehoefte diagnose werd gedefinieerd als aanwezigheid van niet alleen BPRS-pathologiescore, maar tevens aanwezigheid van zorgbehoeften met nadruk op zorgbehoefte voor psychotische symptomen en psychisch onwelbevinden, zoals vastgesteld tijdens een consensusbijeenkomst van twee psychologen en twee psychiaters. Hierbij werden de criteria van de Camberwell Assessment of Need gehanteerd (Slade e.a. 1996) en werd gebruikgemaakt van de informatie die tijdens het telefonische her-

interview verkregen was. Dit leidde tot een 0-score als er geen zorgbehoefte was in relatie tot psychotische symptomen, en tot een 1-score als er sprake was van mogelijke of zekere zorgbehoeften in relatie tot psychotische symptomen. De validiteit van deze zorgbehoefte-uitkomst werd elders beschreven (Bak e.a. 2003). De zorgbehoefte-uitkomstmaat werd bepaald omdat volgens de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) de diagnose wordt gesteld op basis van mate van ernst en functionele beperking, terwijl de mate van zorgbehoefte een betere maat is, die niet noodzakelijkerwijs geheel overlapt met ernst en functionele beperking (Regier e.a. 1998; Spitzer 1998).

Niet erkende positieve psychotische symptomen Een 'niet erkend symptoom' (NES) werd gedefinieerd als: aanwezigheid van minimaal 1 zelfgerapporteerd psychotisch symptoom (CIDI-score 5) op 1 van de CIDI-psychose-items op To, dat afgewezen of veranderd werd door de clinicus na het klinische herinterview op To.

Analysen

De analyses kwantificeerden de voorspellende waarde van NES op To in relatie tot de 2 psychose-uitkomstmaten op T2. Odds ratio's (OR) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) werden berekend met logistische regressieanalyse. De positief voorspellende waarde (PVW) werd berekend inclusief 95%-BI's.

RESULTATEN

Niet erkende symptomen In de onderzoeksgroep van 4081 respondenten was er op To bij 80 personen sprake van minstens 1 zelfgerapporteerd psychotisch symptoom (CIDI-score 5). Bij 15 personen (19%) werden deze symptomen door de clinicus bevestigd, terwijl bij 65 personen de symptomen werden afgewezen. Bij 2 personen was na herinterview een subklinisch symptoom (CIDI-score 2) aanwezig dat niet eerder door de persoon zelf was gerapporteerd. Van de 12 mensen met minstens 1 zelfgerapporteerd subklinisch symptoom op baseline (CIDI-score 2) en geen enkel zelfgerapporteerd symptoom met CIDI-score 5, werd geen enkele score door de clinicus veranderd. Drie mensen die voorheen geen zelfrapportage van CIDI-score 5 hadden, kregen een score 5 op 1 van de psychose-items na interview door de clinicus.

Van de 65 mensen bij wie de CIDI-score 5 niet was bevestigd door de clinicus, was bij 31 personen (48%) sprake van aanwezigheid van een subklinische psychotische ervaring (CIDI-score 2) bij minstens 1 van de andere CIDI-psychose-items, terwijl bij 34 personen (52%) ook bij alle andere CIDI-items geen sprake was van psychose (CIDI-score 1).

Odds ratio's en voorspellende waarden Op T2 waren er 13 respondenten met een eerste psychose op basis van de zorgbehoefte-uitkomst. Bij 19 respondenten was er sprake van een eerste psychose op basis van de BPRS-pathologie-uitkomst. NES

TABEL 1 De associatie van door de clinicus niet-erkende symptomen met de zorgbehoeftediagnose en de pathologie volgens de Brief Psychiatric Rating Scale, uitgedrukt in Odds ratio's en positief voorspellende waardes (N=4081)

	Odds ratio (95%-BI) met een niet-erkend symptoom	Positief voorspellende waarde (95%-BI) met een niet-erkend symptoom
Zorgbehoeftediagnose (n=13)	27,5 (4,5-123,4)	0,05 (0,040-0,053)
BPRS-pathologie (BPRS >3) (n=19)	19,2 (3,3-76,9)	0,05 (0,040-0,053)
BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale BI = betrouwbaarheidsinterval		

vertoonden een sterke associatie met zowel de zorgbehoefte-uitkomst op T2 (OR = 27,5; 95%-BI: 4,5-123,4) als de BPRS-pathologie-uitkomst (OR = 19,2; BI: 3,3-76,9; zie tabel 1). De PVW's werden berekend om de bijdrage van NES op To aan de ontwikkeling van de psychose-uitkomsten vast te stellen. NES op To hadden een voorspellende waarde voor beide uitkomsten (5% voor beide uitkomstmaten; zie tabel 1).

Van de 65 individuen met een NES bleken de 34 mensen die geen enkel ander psychotisch symptoom of subklinische psychotische ervaring hadden (CIDI-score 1 voor alle CIDI-psychose-items op To) ook geen psychotische stoornis op T2 te ontwikkelen: de positief voorspellende waarde voor deze groep was nul. Van de 31 mensen die weliswaar een NES hadden, maar tevens ten minste 1 subklinische psychotische ervaring hadden gehad (CIDI-score 2 score op To), bleken 3 personen een psychotische stoornis te hebben (PVW voor beide uitkomstmaten 10; 95%-BI: 1-19). Ook als de 2 personen bij wie na interview door de clinicus de score 5 was verdwenen en had plaatsgemaakt voor een score 2, werden uitgesloten van de analyse, bleef de PVW 10 (95%-BI 1-20).

DISCUSSIE

De 'niet-erkende symptomen' (NES) bleken een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van een psychotische uitkomst op T2. Overeenkomstige resultaten werden gevonden voor NES in relatie tot de BPRS-pathologie uitkomst op T2. De meest opmerkelijke bevinding was dat van de mensen van wie het zelfgerapporteerde psychotische symptoom (CIDI-score 5) door de clinicus/herinterviewer op To was afgewezen, alleen zij die geen additionele zelfgerapporteerde subklinische psychotische ervaring hadden op T2 (CIDI-score 2 op T2), geen verhoogd risico hadden op een toekomstige psychotische stoornis. Bij NES met aanwezigheid van een subklinische psychotische ervaring volgens de CIDI-zelfrapportage (CIDI-score 2) op T2, was de PVW 2 keer zo hoog (10%).

Meerdere verklaringen kunnen naar voren

worden gebracht. Het is waarschijnlijk dat de meeste van de 34 personen met NES, die volgens de CIDI geen enkele zelfgerapporteerde subklinische psychotische ervaring hadden, personen waren die de CIDI-vragen en/of-antwoorden niet goed hadden begrepen dan wel geformuleerd. Zo blijkt bijvoorbeeld in de praktijk dat vooral bij de CIDI-items die achterdocht en beïnvloedingswanen meten, vrij snel misverstanden kunnen optreden. Ook bleek bij herinterview soms dat respondenten de vragen niet geheel hadden begrepen. Een andere mogelijkheid is dat de hoeveelheid psychotische ervaringen bijdraagt aan de PVW: mensen met een NES plus een subklinische psychotische ervaring hebben 'meer' psychose dan mensen met alleen een NES.

De bevinding dat personen met NES met subklinische zelfgerapporteerde psychotische ervaringen een verhoogd risico hebben van het ontwikkelen van psychose, heeft implicaties voor de praktijk. Het is mogelijk dat het klassieke klinische vragen naar psychotische symptomatologie niet sensitief genoeg is om psychische ervaringen die een risico vormen voor het ontstaan van psychotische stoornissen te herkennen. Het huidige onderzoek suggereert dat de gevoeligheid kan worden verbeterd door gebruik te maken van een combinatie van zelfrapportage én klinisch psychiatrisch onderzoek, in plaats van van één van beide.

Beperkingen De resultaten moeten beoordeeld worden met inachtneming van een aantal methodologische beperkingen.

Ten eerste waren de herinterviews op To en T2 niet compleet. Het To-interview (en de eerste follow-up op T1) dienden echter primair om incidentie gevallen van psychotische stoornis te isoleren. Het is onwaarschijnlijk dat een significant aantal respondenten met prevalentie psychotische stoornis bij de herhaalde interviews op To en T1 niet geïdentificeerd zou zijn, ondanks de interviewtechnische beperkingen. Bovendien is het niet mogelijk dat in de NES-groep mensen zitten die op To reeds psychotisch waren, omdat alle

mensen met een door de clinicus erkend psycho-tisch symptoom op To per definitie waren uitgesloten van de analyses.

Ten tweede waren de psychose-uitkomsten onconventioneel – want niet gebaseerd op DSM-criteria. De auteurs zijn echter van mening dat deze definitie juist voordelen heeft, omdat de combinatie van ernst/functionele beperking én zorgbehoefte in de context van vroege interventies bij eerste psychoses een meer relevante parameter is dan DSM-classificatie alleen. De DSM-classificatie is immers niet gebaseerd op zorgbehoefte.

Ten derde zijn er geen gegevens om te onderzoeken of enkele respondenten een voorbijgaande psychose hadden ontwikkeld tussen T1 en T2. Echter zelfs al was dit gebeurd, dan is het onwaarschijnlijk dat het de bevindingen beïnvloed zou hebben in de gerapporteerde grootte en richting van de effecten.

Ten vierde is een ruime definitie van psycho-tische stoornis gebruikt, van zowel affectieve als niet-affectieve psychose. Beide zijn echter geschikte targets voor vroege detectie. En ten slotte, zoals in elk groot longitudinaal bevolkingsonderzoek, was er uitval van respondenten tussen To en T2. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de uitval van de populatie vooral niet-differentieel was en niet significant was gerelateerd aan parameters van geestelijke gezondheid (De Graaf e.a. 2000). Dat slechts de helft van de onderzoekspopulatie op To werd geïnterviewd, zou alleen dan tot bias hebben kunnen leiden, indien men een complex scenario veronderstelt. Zo'n scenario zou zijn dat bijvoorbeeld van de respondenten met NES en subklinische psychotische ervaringen alleen de personen die geen psychotische stoornis ontwikkelden op T2 uit het onderzoek wegvielen, terwijl het tegenovergestelde optrad bij degenen met NES en afwezigheid van subklinische psychotische ervaringen. Dit lijkt echter onwaarschijnlijk.

 Met dank aan mevrouw M. Drukker, epidemioloog, voor de waardevolle adviezen tijdens de analyses en voorbereiding van dit manuscript.

NOOT

1. Dit artikel is een bewerking van het artikel: Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2003). How false are 'false' positive psychotic symptoms? (Brief). *Schizophrenia Research*, 62, 187-189, en wordt met toestemming van Elsevier gepubliceerd.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anthony, J.C., Folstein, M., Romanoski, A.J., e.a. (1985). Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in eastern Baltimore. *Archives of General Psychiatry*, 42, 667-675.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2003). How false are 'false' positive psychotic symptoms (Brief). *Schizophrenia Research*, 62, 187-189.
- Bak, M., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., e.a. (2003). When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 349-358.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Carr, V., Halpin, S., Lau, N., e.a. (2000). A risk factor screening and assessment protocol for schizophrenia and related psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(Suppl.), S170-180.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P., Kwapil, T.R., e.a. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 171-183.
- Chapman, L.J., Edell, W.S., & Chapman, J.P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 639-653.
- Cooper, S.A., & Collacott, R.A. (1994). Clinical features and diagnostic criteria of depression in Down's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 165, 399-403.
- Cooper, L., Peters, L., & Andrews, G. (1998). Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in

- a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 361-368.
- Eaton, W.W., Neufeld, K., Chen, L.S., e.a. (2000). A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 57, 217-222.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Smit, F., e.a. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*, 152, 1039-1047.
- Hanssen, M.S., Bijl, R.V., Vollebergh, W., e.a. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 369-377.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L.T., e.a. (1985). A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses. Physician re-examination of lay-interviewed cases in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 42, 657-666.
- Kobak, K.A., Taylor, L.H., Dottl, S.L., e.a. (1997). A computer-administered telephone interview to identify mental disorders. *JAMA*, 278, 905-910.
- Kwapil, T.R., Miller, M.B., Zinser, M.C., e.a. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., e.a. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 323-334.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J., e.a. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- McGorry, P.D. (2000). The nature of schizophrenia: signposts to prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(Suppl.), S14-21.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., e.a. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- Overall, J.E., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Phillips, L.J., Yung, A.R., & McGorry, P.D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(Suppl.), S164-169.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., e.a. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Regier, D.A., Kaelber, C.T., Rae, D.S., e.a. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., e.a. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Smeets, R.M.W., & Dingemans, P.M.A.J. (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 1.1 (Nederlandse versie)*. Amsterdam/Geneva: World Health Organization.
- Spitzer, R.L. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry*, 55, 120.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., e.a. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

AUTEURS

M. BAK is als psychiater verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, sectie psychiatrische epidemiologie, van de Universiteit Maastricht en PMS Vijverdal te Maastricht

P. DELESPAUL is als psycholoog verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, sectie psychiatrische epidemiologie, van de Universiteit Maastricht en PMS Vijverdal te Maastricht

M. HANSSEN is als assistent in opleiding verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, sectie psychiatrische epidemiologie, van de Universiteit Maastricht.

R. DE GRAAF is verbonden aan Het Nederlands Instituut voor Geestelijke Volksgezondheid en Verslaving, Trimbos-Instituut te Utrecht.

W. VOLLEBERGH is verbonden aan het Nederlands Instituut voor Geestelijke Volksgezondheid en Verslaving, Trimbos-Instituut te Utrecht.

J. VAN OS is hoofd van de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en van de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie van de Universiteit Maastricht en Visiting Professor bij de Division Psychological Medicine, Insti-

tute of Psychiatry, te Londen, United Kingdom.
Correspondentieadres: prof. dr. J. van Os, vakgroep Psychiatrie,
Universiteit Maastricht, Postbus 616 (Par 45-47), 6200 MD

Maastricht. Tel. (043) 3299783. Fax (043) 3785444.
E-mail: j.vanos@sp.unimaas.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-12-2003.

SUMMARY

Predictive value of self-reported psychotic symptoms not recognised by clinicians – a prospective study in the general population – M. Bak, P. Delespaul, M. Hanssen, R. de Graaf, W. Vollebergh, J. van Os –

BACKGROUND Self-reports of psychotic symptoms are considered to be unreliable; nevertheless, in longitudinal cohort studies these self-reports turn out to have high prognostic validity. This apparent paradox is subjected to scrutiny in a prospective study.

METHOD 4081 persons without any previous history of psychotic disorders were interviewed by means of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) at baseline and 3 years later (T₂). 'An unrecognised symptom' was defined as a psychotic symptom self-reported at baseline but rejected by the clinician in a re-evaluation procedure at baseline.

RESULTS An 'unrecognised symptom' turned out to be a relatively powerful predictor for the development of a new psychotic disorder at T₂ (odds ratio 27.5; 95% confidence interval 4.5 – 123.4). The positive predictive value of an unrecognised symptom was 0.05; (95% confidence interval 0.040 – 0.053). However, in the group of unrecognised symptoms the positive predictive value was only higher in respondents who had also had sub-clinical psychotic experiences (0.10; 95% confidence interval 0.01-0.19).

CONCLUSIONS On its own, clinical evaluation of psychotic symptoms is no guarantee of the predictive value of psychotic disorders. A more accurate prediction can be made by continuing self-reported sub-clinical experiences with clinically assessed psychotic experiences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)5, 285-293]

KEY WORDS CIDI, Composite International Diagnostic Interview, predictive value, psychotic disorder, self-reported



MediConnect

Postbus 50075
1305 AB Almere
Ambachtsmark 1
1355 EA Almere
Telefoon 036 – 54 75 222
Telefax 036 – 53 82 101
Email: info@mediconnect.nl
Website: www.mediconnect.nl

Ten behoeve van **Mentrum**, GGZ-instelling voor Amsterdam Centrum, Oud-West en Noord, zijn wij op zoek naar een

Kinder- en jeugdpsychiater (24 – 36 uur)

Beschrijving eenheid

De locaties Strekkerweg in Noord en de Keizersgracht in C/OW van de sector Gespecialiseerde Ambulante Jeugdpsychiatrie bieden ambulante GGZ-hulp aan kinderen en jeugdigen van 0 tot 23 jaar in Amsterdam Noord, Centrum en Oud-West. De behandelvragen zijn afkomstig van cliënten met ernstige psychische problematiek. De behandelingen zijn grotendeels multidisciplinair en multimethodisch, specifieke zorgprogramma's zijn in ontwikkeling onder leiding van de beleidsprofessional van de sector. De voordeurfunctie wordt opnieuw vormgegeven in nauwe samenwerking met het Bureau Jeugdzorg Amsterdam. De sector Gespecialiseerde Ambulante Jeugdpsychiatrie werkt verder nauw samen met andere GGZ instellingen in de stad, waaronder de Bascule, het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam. Er zijn mogelijkheden voor gedeeltelijke detachering van medewerkers van de sector bij andere jeugdzorginstellingen.

Funcieomschrijving

Als kinder- en jeugdpsychiater functioneert u binnen een multidisciplinair samengestelde resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE) onder leiding van een coach. Elke RVE biedt zorg aan de gehele doelgroep van de sector. Binnen de sector en op de locatie heeft u functioneel contact met meerdere kinder- en jeugdpsychiaters. Uw taken betreffen zowel diagnostiek als behandeling. Naast direct cliëntencontact biedt u consultatie en dienstverlening aan verwijzers, u neemt deel aan intake- en behandelingsoverleg. De werkzaamheden kunnen in overleg met u op beide locaties worden uitgevoerd.

Funcie-eisen

Wij zoeken een enthousiaste kinder- en jeugdpsychiater die plezier heeft in het praktische werken met de multiculturele cliëntenpopulatie in Amsterdam. U bent geïnteresseerd in het mede ontwikkelen en uitvoeren van zorgprogrammering in nauwe samenwerking met de andere jeugd-GGZ instellingen in de regio. Ook kandidaten die de registratie tot kinder- en jeugdpsychiater bijna hebben of deze willen gaan halen kunnen solliciteren.

Arbeidsvoorwaarden

De salariering is naar zwaarte van de functie, ervaring van de kandidaat en conform de AMS. Mentrum beschikt over regelingen kinderopvang en woon- werkverkeer. U kunt deelnemen aan diverse collectieve verzekeringen, het PC-privé project, het meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden en de bedrijfsspaarregeling.

Informatie en solliciteren

Voor nadere informatie of voor het maken van een vrijblijvende afspraak kunt u contact opnemen met mevrouw E. van Geffen, coach, bereikbaar via telefoonnummer (020) 6318070 of de heer A. Kolman, plaatsvervangend 1e geneeskundige binnen de sector, (020) 5218218.

Schriftelijke sollicitaties kunnen, onder vermelding van vacaturenummer 445, gestuurd worden naar: Mentrum, cluster P&O, t.a.v. mevrouw J. v.d. Berg, postbus 75848, 1070 AV Amsterdam

E-mail: solliciteren@mentrum.nl

Informatie

Wanneer u vrijblijvend en vertrouwelijk nadere informatie over de genoemde mogelijkheid wenst, bent u welkom om contact op te nemen met Mr R.A. Spelbrink van MediConnect, telefoon 036 – 54 75 222 of direct mobiel 0655 – 535 535, email: rs@mediconnect.nl.