

Over keuzecriteria voor classificatie-, selectiesystemen en beoordelingsinstrumenten van psychiatrische stoornissen

door C.J. Slooff

Samenvatting

Bij de keuze van classificatie- en selectie-instrumenten dient men zich te vergewissen van de betrouwbaarheid, validiteit, representativiteit, dekking en omvattendheid van symptomen, syndromen en nosologische categorieën; voorts van de omgang in het systeem met heterogeniteit, zoals atypie en ordeningsprincipes, co-morbiditeit, life-time prevalentie, multiaxiale opzet, polydiagnostische benadering, timeframing, dataverwerkingsprocedure en drempelwaarden. De theorievorming die aan classificatie ten grondslag ligt, staat nog in de kinderschoenen en mogelijk verzoenend goed onderzoek hiernaar is onvoldoende beschikbaar. Louter computergewijze, atheoretisch verkregen indelingen zijn waarschijnlijk van even groot als even min belang als huidige klinische werkwijzen vanwege de vooringenomen standpunten bij beide procedures. De keuze van instrumentarium hangt samen met het doel en de vraagstelling. Vooralsnog is er geen ideaal instrument. Het is naïef te proberen stoornissen en deviante persoonlijkheden te classificeren in één categoriaal systeem.

Inleiding

Het onderwerp keuzecriteria voor classificatiesystemen van psychiatrische stoornissen vóóronderstelt dat we op dit moment kunnen kiezen uit een aantal systemen. In feite is het aantal beperkt tot twee, namelijk de ICD-9 (WHO 1978) en de DSM-III (APA 1980).

Tegengeworpen kan worden dat er nog wel andere systemen zijn, zoals de Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott en Robins 1978), het PSE-CATEGO-systeem (Wing, Cooper en Sartorius 1974), om er enkele te noemen. Het gaat hierbij echter om selectie-instrumenten. Verder zijn er diverse proposities voor cluster-analytische (Kendell 1975) en multidimensionele (Eysenck 1986), circumplexe (Benjamin, Kiesler 1986) indelingsprincipes en deze voldoen wellicht zelfs beter dan de bestaande categorale. Foulds en Bedford (1976), De Jong (1984) en Dingemans (1986) vonden voorts ondersteuning voor een hiërarchische ordening van de klassieke psychiatrische syndromen. Vooralsnog is dit alles een nog onopgeloste kwestie. Het geeft in ieder geval aan dat gaande discussies over classificatie van psychiatri-

sche stoornissen zich op principieel diverse niveaus afspelen (Skinner 1981).

In zijn algemeenheid leent een vergelijkend warenonderzoek zich wel tot een uitvoering, omdat diverse auteurs zich over relevante criteria hebben uitgelaten. Over de theorie die aan de classificatie in de psychiatrie ten grondslag ligt (taxonomie) is echter veel minder geschreven en dan nog lijkt het erop dat de auteurs zijn uitgegaan van een vooringenomen standpunt, meestal ingegeven door een al dan niet vermeende onscherpe grens tussen normaal en abnormaal gedrag en beleven of een afkeer van de tegenstelling gezond versus ziek, psychose versus neurose, syndroom versus persoonlijkheid. Andere classificatieproblemen doen zich voor vanwege de diversiteit aan beschikbare en bruikbare concepten voor behandelingen en over de etiologie van psychiatrische stoornissen. Er heerst dus ook geen eenstemmigheid over de te gebruiken uitgangspunten en de te gebruiken methoden bij classificaties. Een niet onaanzienlijk aantal hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg keert zich dan ook nog steeds af van welke wijze van classificatie dan ook, omdat aan de labels of etiketten eerder de nadelen van stigmatisering zijn verbonden dan de voordelen van meer kennis over de etiologie of van hulp bij de keuze van een behandeling, begeleiding en voorlichting van de betrokkene en zijn sleutelfiguren. Het afzien van classificatie betekent echter het afzien van het benoemen en verhindert empirische kennisverzameling en overdracht. Met classificatie bedoelen wij dan het beslissingsproces, waarbij psychiatrische stoornissen of psychiatrisch gestoorde individuen worden geordend in een bepaald systeem van klassen op grond van gemeenschappelijke kenmerken met als doel:

- a. onderlinge communicatie en kennisoverdracht;
- b. epidemiologisch onderzoek (etiologie);
- c. onderzoek naar de prognose;
- d. onderzoek naar het effect van behandelingen.

Kendell (1975) beschrijft drie soorten kenmerken van individuen:

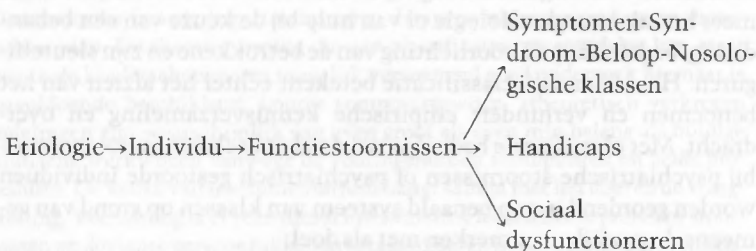
1. kenmerken die hij met iedereen deelt;
2. kenmerken die hij deelt met enige anderen, maar niet met allemaal;
3. kenmerken die hem uniek maken.

Het nut van classificatie hangt af van de grootte van de tweede (gedifferentieerde) categorie vergeleken met die van de eerste en de derde. Zijn uitgangspunt bij psychiatrische classificatie is dat het om tijdelijke, discrete en discontinue verschijnselen gaat, symptomen die te objectiveren, dat wil zeggen meetbaar zijn. Wanneer de verschijnselen vaak te zamen voorkomen in een bepaalde configuratie spreken we van een syndroom, hetgeen in combinatie met een kenmerkend beloop leidt tot de benoeming van ziekte. Ziekten of stoornissen worden opgevat als theorieën: 'man made abstractions to be tested for their usefulness'.

ness'. Het gebruik van het concept ziekte voor psychiatrische stoornissen neem ik als uitgangspunt bij het vervolg. In de meeste gevallen zijn de verschijnselen namelijk tijdelijk. Dat geldt echter niet altijd, bij voorbeeld bij stoornissen in de persoonlijkheid.

Voor de afbakening van een wetenschapsgebied is een ordening van het te bestuderen veld zinnig in de vorm van een classificatiesysteem waarin de ziekten zijn geordend volgens bepaalde procedurele en hiërarchische regels in klassen en volgens een bepaald model. Een model, laten we aannemen het ziektemodel, dient ervoor de diverse concepten, zoals de ziekten en hun onderlinge relaties, een plaats te geven naast begrippen als behandeling, de organisatie ervan en onze ideeën betreffende oorzaak en afloop. Een model biedt een mogelijke verklaring of uitleg van het hoe en waarom en vertelt ons iets over de assumpties van de samenhang tussen de begrippen (nomologisch netwerk). Een gedeelte van het ziektemodel ziet er vereenvoudigd als volgt uit:

SOCIALE CONTEXT



Binnen het ziektemodel zijn de volgende classificatiemogelijkheden:

- classificatie van de etiologische factoren;
- classificatie van de functioniestoornissen;
- classificatie van de eigenschappen van individuen (premorbidie en reactie);
- classificatie van de syndromen;
- classificatie van de handicaps;
- classificatie van het sociale (dys)functioneren;
- classificatie van het beloop (multidimensioneel);
- classificatie van de behandelingen;
- classificatie van het sociale netwerk (premorbidie en reactie);
- classificatie van de gezondheidszorginstellingen en organisatie.

We bepalen ons nu tot de classificatie van ziekten of stoornissen. Het zal duidelijk zijn dat elke andere classificatie eraan toegevoegd kan worden in een zogenaamd multiaxiaal systeem.

Een ideaal classificatiesysteem voldoet aan de volgende kenmerken:

1. Het gaat uit van een ondubbelzinnig classificatieprincipe; dat wil

zeggen de klassen zijn uniform gedefinieerd of anders gesteld: de aard van de definiërende kenmerken zijn voor alle klassen gelijk, maar inhoudelijk verschillend vanwege de aanwezigheid van pathognomonische kenmerken. De kenmerken zijn discreet, dat wil zeggen aan- of afwezig, te observeren of naar te informeren.

2. Het gaat hierbij om een eindig aantal volstrekt homogene elkaar uitsluitende categorieën, waarin elke stoornis of individu valt onder te brengen met behulp van taxonomische regels. Deze regels zijn een weerslag van de vermoede relaties tussen klassen en subtypen.

3. De indeling kan betrouwbaar geschieden.

4. De klassen zijn valide.

5. De klassen zijn bruikbaar en algemeen geldig.

6. Het ordeningsprincipe is beschreven en nodigt op zijn minst uit tot een theoretische verdieping, als een theoretische fundering van het nomologisch netwerk ontbreekt. De theorie moet operationaliseerbaar zijn, bij voorbeeld meetbaar. Ze genereert de onder 2 genoemde regels.

Een dergelijk monothetisch archetypisch systeem dekt de werkelijkheid niet en laat ook geen enkele ruimte over atypische ziektebeelden en de aanwezigheid van meer dan één ziekte tegelijkertijd (comorbiditeit) of de een in het verloop van de ander te signaleren (lifetime prevalentie) (Boyd, Burke, Gruenberg e.a. 1984). Vandaar dat men in navolging van de biologie in feite al lang geleden moest erkennen met een polythetische prototypische indeling van doen te hebben, waarbij geen van de gedefinieerde kenmerken pathognomisch, noodzakelijk, of discreet zijn en uiteenlopende gelijkwaardige subsets van kenmerken criteria zijn voor indeling in een categorie (Sokal en Sneath 1963). Verder bleek de etiologie van psychiatrische stoornissen, evenals van somatische, multicausaal en multiconditioneel te zijn bepaald zonder vooralsnog een duidelijke specificiteit en zonder dat van de individuele factoren bekend is of ze noodzakelijk, voldoende, bevorderend of begeleidend of een gevolg zijn (Wulff 1976). Psychiatrische stoornissen blijven dus, vooralsnog, gedefinieerd aan de hand van hun verschijningsvorm (toestandsbeeld, syndroom, states) en/of meer permanente stoornissen in de intelligentie, het zelfbeeld, impulscontrole en omgangsstrategieën (traits) bij de zwakzinnigheid, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen. Over de specificiteit, sensitiviteit, positieve predictieve en negatieve predictieve waarde van symptomen of symptomencombinaties voor categorieën verkeren we in een ongewis stadium, getuige b.v. de discussie rond de categorie schizoaffectieve psychosen (Slooff 1987, Widiger, Hurt, Frances e.a. 1984). De Jong en Van den Brink (1985) en ook Van den Bosch (1983) propageren de polythetische en prototypische benadering als zijnde iets nieuws, maar feitelijk is deze ontwikkeling er een die in ICD 8 al genoemd werd, zij het niet consequent doorgevoerd.

Ik volsta hier tenslotte op te merken dat fundamenteel onderzoek

naar de basis van psychiatrische classificatie op het niveau van symptomen ons vooralsnog geen conclusie toelaat over de geëigende methodiek de syndromen te ordenen. Het ontbreekt ons weliswaar niet aan criteria van symptomen, maar we weten niet welke valide zijn en daar waar het dimensies betreft van meer continue, kwantitatieve variabelen, ontbreekt ons kennis over de meest relevante dimensies voor etiologie, beloop en behandeling. Beloopsonderzoek in 'normale' populaties kan hier meer zicht op geven.

Onze huidige indeling is gebaseerd op uiterst slecht gedefinieerde en min of meer hiërarchisch georganiseerde indeling van al dan niet tijdelijk gestoorde psychologische functies en hun sequelae, n.l. bewustzijn, oriëntatie, aandacht, geheugen, formele en inhoudelijke denkstoornissen, stoornissen in de stemmings- en angstregulatie en lichamelijke dysfuncties bij de syndromen en grofweg stoornissen in de impulscontrole, handhaving van het zelfbeeld, de relatie subject – object, intelligentieniveau en zelfstandig op actieve adaptatie gericht handelen bij meer permanente stoornissen. Deze indeling is misschien weliswaar bruikbaar en pragmatisch, maar het ontbreekt ons nog aan een theorie, die bij voorbeeld het verschil tussen denkstoornissen (niet affectieve psychosen) en stemmingsstoornissen (affectieve stoornissen) uitlegt. Tot op heden doen wij het zonder.

Dit roept een tweetal vragen op. De persoonlijkheid wordt beschouwd zowel als een predisponerende voor als een mogelijke stoornis in zichzelf. De eerste vraag is of het wel mogelijk is zowel tijdelijke, inclusief chronisch verlopende, stoornissen als min of meer permanente in één systeem onder te brengen. De tweede vraag is een gevolg van de verwijzing naar de voorbeeldfunctie die uitgaan van classificatie in de biologie (Van den Bosch 1983, De Jong en Van den Brink 1985). De vraag is hier of die vergelijking wel gerechtvaardigd is, omdat biologische classificaties berusten op permanente eigenschappen van soorten en niet op een indeling van veranderingen in individuen, zoals bij ziekten. Overigens behelst dit geenszins dat aan de huidige indelingscriteria bij classificatie, observeerbaar afwijkend gedrag en informatie, niet veel verbeterd, veranderd of toegevoegd kan worden.

De huidige belangstelling voor een zuiver hiërarchische of polytheistische prototypische benadering en voor life time diagnostiek en het comorbiditeitsprincipe zijn een gevolg van de gesignaleerde heterogeniteit binnen klassen, zowel crosssectioneel als longitudinaal. De uitgangspunten en de daaraan gekoppelde methoden van onderzoek zijn echter totaal verschillend en kunnen leiden tot onverzoenbare onderzoeksbevindingen, bij voorbeeld bij onderzoek naar het familiair voorkomen en bij validiteitsstudies van categorieën. Verder houdt men bij dit laatste soort studies geen rekening met het stadium van de ziekte – beginnend, hoogtepunt, in remissie – en het beloop en sluit een zuiver hiërarchisch geordende indeling, bij voorbeeld door het voorschrijven van exclusieregels zoals in de DSM-III, comorbiditeit vaak uit en staat

een onderzoek naar prototypen en naar de relatie tussen klassen in de weg. Tot zover enige theoretische bespiegelingen over hedendaagse trends in de omgang met heterogeniteit, die men bij een keuze van een instrument op zijn merites zal moeten beoordelen.

Achtereenvolgens laat ik nu de belangrijkste algemeen geldende keuzecriteria voor huidige classificatie- en selectiesystemen de revue passeren, maar niet dan nadat ik het verschil benoemd heb. Bij selectiesystemen gaat het om de determinering van een homogene groep stoornissen ten behoeve van communicatie en onderzoek, terwijl het bij classificatiesystemen de indeling van alle mogelijke stoornissen betreft.

Betrouwbaarheid

Een belangrijk keuzecriterium is allereerst de betrouwbaarheid waarmee de diagnostici de categorieën kunnen vaststellen. Uit betrouwbaarheidsonderzoek is komen vast te staan dat deze afhankelijk is van een viertal factoren:

1. de eigenschappen van het systeem (criteriumvariantie);
2. de eigenschappen van de beoordelaar (ratervariantie);
3. de eigenschappen van de betrokkene en diens ziekte (informatievariantie);
4. het karakter van het onderzoeksdesign (designvariantie).

Over deze vier factoren zal men zich bij een keuze moeten oriënteren. Ad. 1. In het onderzoek van Ward, Beck, Mendelson e.a. (1962) bleken de eigenschappen van het classificatiesysteem de belangrijkste limiterende factoren voor acceptabele betrouwbaarheid. Was dit bij de ICD te wijten aan het ontbreken van operationele criteria voor categorieën, de aanwezigheid van elkaar niet uitsluitende categorieën en het gebruik van zowel descriptieve, beloops- als etiologische kenmerken voor klassen, dan moeten we erkennen dat dit probleem zich met DSM-III evenzeer voordoet met betrekking tot de laatste twee problemen (Slooff e.a. 1982, 1984). Een classificatiesysteem dient de consument te voorzien van aanwijzingen omtrent het gebruik. In de geneeskunde en ook in de biologie (Fenstein 1970 en Skinner 1986) neigt men naast een categorale indeling tot een hiërarchische. Ook in de psychiatrie is deze tendens bespeurbaar. Alle verschijnselen worden onder één noemer gebracht, waarbij het een prevaleert boven de ander. Organici-teit boven functioneel, niet-affectief-psychotisch boven affectief-psychotisch, affectief niet-psychotisch boven anderszins niet-psychotisch. Men komt hierop nu na 10 jaar weer terug.

Belangrijk is hier het vóórkomen van co-morbiditeit te signaleren. In diverse onderzoeken blijkt dit bij 25% van de patiënten voor te komen en niet alleen bij verslavingen, maar ook bij depressies en stoornissen in de angstregulatie en bij schizofrenieën en bipolaire stoornissen, zowel tegelijkertijd als achtereenvolgens. Met het oog op de be-

handeling is dit van belang (Boyd, Burke en Gruenberg 1984, Leckman, Merinkas, Pauls e.a. 1983, Barlow, Di Nardo, Vermilyea e.a. 1980). Overigens signaleerde Jablensky (1981) eenzelfde percentage atypische stoornissen bij deze categorieën en Slooff (1984) signaleert ook in de literatuur een dergelijk percentage initiële diagnosewijzigingen na verloop van tijd. Misschien dat louter onze manier om heterogeniteit en diagnostische onzekerheid aan te geven verandert. De DSM-III is in dit opzicht met zijn exclusiecriteria te bekritisieren omdat zij als zodanig verder onderzoek eerder in de weg staat dan bevordert.

Het hiërarchische classificatieprincipe dient te worden onderscheiden van het co-morbiditeitsprincipe, dat van lifetime prevalentie en dat van het impairment model van Wing (1978). Dit laatste model betreft zowel de premorbide aspecten, de reactie van het individu (secundair) en diens omgeving (tertiair) op de symptomatologie (primair) bij de totale verschijningsvorm. Het symptoom sociale terugtrekking is daarin een gevolg van de stoornis zelve, de schuld en schaamte dien-aangande, het resultaat van uitstoting en was premorbide mogelijk reeds aanwezig. Zijn bezinning op wat een symptoom van een ziekte is fundamenteel, maar impliceert etiologische en niet louter fenomenologische criteria.

Het classificatiesysteem dient definities te geven van symptomen en syndromen. Meestal wordt dit weergegeven in de duur, frequentie, intensiteit, onwenselijkheid of lijdensdruk, discontinuïteit voor de betrokkenen, controleverlies erover, contextonafhankelijkheid, relatief zelden voorkomend, niet in proporties staande tot een eventuele aanleiding, leidend tot een hulpvraag bij instanties of tot sociaal-dysfunctioneren. Classificatie- en selectie-instrumenten verschillen inhoudelijk en met betrekking tot hun operationalisatie onderling aanzienlijk. Als voorbeeld kan het begrip depressieve stemming en angst genoemd worden, die volgens RDC, PSE en DSM-III elkaar geenszins dekken. Met name is dit relevant voor studies in de eerste- en tweedelijnszorg en in onderzoek van 'normale' populaties (Dean, Surtees en Sashidharan 1984, Williams en Spitzer 1982). Bij de keuze van een instrument dient men zich dit bewust te zijn.

Ad 2. Beoordelaarsvariantie. Hierbij gaat het om de ervaring, vaardigheid en het humeur van de diagnost, zijn vooropleiding, kennis, vooringenomenheid, interviewtechniek en voor wat hij hanteert als ondergrenzen voor een geval, wat hij percipieert als psychotisch of niet, stemmingscongruent of -incongruent. Leken, die met de DIS (gestandaardiseerd interview ten behoeve van DSM-III-classificatie, Helzer e.a. 1981, Dingemans 1985) werken, zien schizofrenieën en verslavingen, paniekstoornissen en somatisatiestoornissen over het hoofd, terwijl ze depressieve verschijnselen overwaarden. De scores zijn gebaseerd op bevestigende antwoorden op vragen in plaats van de klinische significantie, zoals bij de PSE. De PSE valt dan ook te typeren als een hoogdrempelig systeem. Welk criterium valide is weten we

niet omdat beloopsonderzoek met name in de eerste en tweede lijn ontbreekt.

Ad 3. Eigenschappen van de patiënt en diens ziekte. De betrouwbaarheid van beoordeling is afhankelijk van het tijdstip in de ziektegeschiedenis en de aard van de stoornis. Zo zijn psychotische symptomen minder gemakkelijk betrouwbaar vast te stellen dan niet-psychotische en gedragsobservaties minder dan belevingen of ervaringen. De betrouwbaarheid waarmee symptomen worden vastgesteld is ook met gestandaardiseerde interviews lager dan die van een klasse. De huidige interviews zijn dan ook minder geschikt voor het vaststellen van veranderingen. Dit komt waarschijnlijk door de veelheid van symptomen, die moeten worden nagevraagd en de time-framing.

Ad 4. Designvariantie. De betrouwbaarheid is afhankelijk van de proefopstelling, de populatiekenmerken en de duur die verloopt tussen metingen. De tussenbeoordelaarsovereenkomst op één tijdstip is hoger dan die op twee opeenvolgende. In een heterogeen samengestelde populatie is de betrouwbaarheid wat lager dan in meer homogene, vooral als het louter pas opgenomen patiënten zijn. Overigens ontbreekt een onomstreden statistische maat voor betrouwbaarheid; men stelt zich tevreden met een Kappa-maat, die corrigeert voor de overeenkomst op basis van kans en, zij het gebrekkig, voor de prevalentie [Dingemans 1986, Slooff, Mulder en Van den Hoofdakker 1982 a + b, Shrout, Spitzer en Fleiss 1987]. Er zijn maar weinig betrouwbaarheidsstudies uitgevoerd met een adequaat design.

Over de betrouwbaarheid als keuzecriterium ten slotte een drietal opmerkingen.

Ten eerste zijn met de DSM-III weliswaar veel hogere betrouwbaarheidscijfers verkregen dan met de ICD-9, maar dit geldt in mindere mate voor persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen in de impulscontrole en somatisatiestoornissen en diverse belangrijke 4 digit-categorieën (subklassen) [Williams en Spitzer 1981]. Ten tweede: betrouwbaarheid is geen doel op zich. Verhoging van de betrouwbaarheid dient om validiteitsstudies mogelijk te maken en niet meer dan dat. Naarmate men categorieën strikter definieert, heeft men behoefte aan meer categorieën ten behoeve van grensgevallen en daalt mogelijk de validiteit [Blashfield 1984].

Ten slotte zijn, om de betrouwbaarheid te verhogen, diverse meetinstrumenten ontwikkeld, zoals zelfbeoordelingsschalen, de zogenaamde ratingscales en gestructureerde c.q. gestandaardiseerde interviews bij patiënten of sleutelfiguren af te nemen door leken of door experts. De bevindingen van deze interviews kunnen vaak ingevoerd worden in computers en leiden dan tot een syndromale diagnose of soms tot nosologische keuze. Met de diverse interviews wordt zeker niet altijd hetzelfde resultaat bereikt vanwege de uiteenlopende definities en drempelvoorwaarden voor de aanwezigheid en de duur van symptomen en syndromen (combinatie- en configuratieregels), en het gebruik

van exclusieregels (hiërarchische ordening) in het computerprogramma en de time framing van het instrument. De PSE legt uitsluitend informatie vast over de symptomatologie in de maand voorafgaande aan het interview en observaties tijdens het interview. Andere instrumenten, zoals de SADS en de DIS nemen de symptomatologie tijdens de gehele ziekte-episode in aanmerking en vrijwel géén gedragspathologie tijdens het interview. Geen van de instrumenten heeft echter items die het verloop in de tijd van diverse groepen symptomen adequaat weergeven, terwijl dat wel noodzakelijk is voor de classificatie. De PSE ordent de symptomatologie tot op het niveau van negen arbitraire klassen, de SADS tot 24 diverse elkaar niet uitsluitende nosologische klassen volgens de RDC en de DIS volgens de DSM-III tot 35 en niet meer (Dingemans 1985). Voorts is van belang wie er wie interviewt of beoordeelt. Brockington's publikatie (1982) is in dit opzicht nogal onthullend of liever gezegd onthutsend. Voor zover iemand te interviewen is (70%), dekt het resultaat van een gestandaardiseerd interview naar de symptomatologie 30-50% van de totaal beschikbare informatie hierover.

Validiteit

In termen van validiteit wordt meestal de bruikbaarheid en kwaliteit van een concept, bij voorbeeld een bepaalde psychiatrische stoornis, uitgedrukt. Dat komt omdat we voor de bepaling van de bruikbaarheid van diagnostische categorieën objective criteria op biochemisch en fysiologisch gebied missen. De benamingen van de validiteitsmetingen wisselen van auteur tot auteur, maar inhoudelijk zijn er geen grote problemen. De belangrijkste begrippen zijn de descriptieve, de construct en predictieve validiteitsmetingen. In feite geven deze metingen een indruk over de juistheid van onze vóóronderstellingen bij classificaties.

Tot descriptieve validiteitsmetingen rekenen we de content (inhoudelijk), concurrente (beide convergerende) en discriminerende of divergerende validiteitsmetingen. In het algemeen zijn dit soort metingen betrokken op de vaststelling van de homogeniteit van een categorie (syndroom) en het symptomatologische verschil met een er op gelijkende, de differentiaal diagnostische kracht van het systeem. Als statistische hulpmethodieken worden vooral factoranalyse, clusteranalyse en discriminantfunctieanalyse toegepast. Een algemeen aanvaarde methode om homogeniteit te meten, ontbreekt. Hetzelfde kan gezegd worden van clusteranalyse (Blashfield 1984).

De construct validiteitsmeting behelst de meting van genetische, leertheoretische, systeemtheoretische, neurologische, neurofysiologische, neurochemische, psychodynamische, predisponerende en precipiterende factoren. Hierbij is dus de etiologie of pathogenese als extern criterium bij het onderzoek betrokken. Het kan natuurlijk ook

om beloopbeïnvloedende factoren gaan (Strauss 1986). In ontwikkeling is in dit verband het begrip kwetsbaarheid (Zubin 1983, 1986), hetgeen echter geenszins een gedurende het leven constante factor blijkt te zijn (Slooff 1987). Life-time prevalentie is bijzonder van belang bij construct validiteit van functionele psychosen. Vooralsnog zijn de resultaten met betrekking tot de betrouwbaarheid teleurstellend (Pulver en Carpenter 1983). Wat betreft de relatie tussen stemmingsstoornissen en stoornissen in de angstregulatie hebben studies met betrekking tot familiair voorkomen, co-morbiditeit en life-time prevalentiestudies, geleid tot de conclusie dat de categorie gegeneraliseerde angststoornissen geen recht van bestaan heeft in tegenstelling tot paniek, als variant of voorstadium van depressies, en fobieën. De beschikbare literatuur in deze vraagt echter om een apart review (Leckman e.a. 1983, Barlow e.a. 1986, Breier 1985). De predictieve validiteitsmeting is betrokken op de voorspellende waarde voor de prognose en de reactie op behandelingen. We komen hierop terug.

In dit verband wordt ook nog wel eens het begrip klinische of facevaliditeit genoemd. Hierbij doelt men dan op de aanvaardbaarheid van een categorie door klinici in het veld. Zo is het de eerstkomende tien jaren niet te verwachten dat klinici het begrip schizofrenie overboord zullen gooien en dit zullen inruilen voor welke multidimensionele indeling van psychosen dan ook. Wat kunnen we nu zeggen over de validiteit van diagnostische categorieën in het algemeen, behalve dat deze teleurstellend is, omdat vrijwel geen enkel positief en negatief studieresultaat adequaat gerepliceerd is door anderen. Validiteitsstudies zijn overigens weinig gedaan met dit vooropgezette doel en waarbij voldaan werd aan alle daarbij benodigde methodologie.

Er is, denk ik, geen clinicus die zal ontkennen, dat hebefrenieën, vitale depressies en sociale fobieën vóórkomen. Het probleem echter is dat bij de differentiaal diagnose manie versus paranoïde-schizofrenie, niet vitale depressie en vitale depressie en persoonlijkheidsstoornis met sociaalfobische klachten en sociale fobie bij zo'n 25%-30% van de patiënten moeilijk een keuze is te maken. Mijns inziens is dit een kwantitatief en geen kwalitatief probleem en algemeen erkend in de geneeskunde. Het laatste is trouwens te attaqueren met een multiaxiale weergave.

Predictieve validiteit ten behoeve van beloop en afloop is in de praktijk ook niet een klinisch erg handzaam begrip. De prognose van de meeste ziekten is uiteenlopend en ook afloop is een multidimensioneel begrip, waarbij de onderlinge samenhang tussen de deelgebieden maar matig is (Strauss en Carpenter 1974, De Jong 1984, Slooff 1987). Anderzijds dient men zich bewust te zijn dat symptomen van de eerste rang volgens Kurt Schneider weliswaar niet discrimineren met betrekking tot de prognose van schizofrene psychosen, maar wel terdege in een heterogene populatie psychiatrische patiënten en dat is wat Schneider (1962) bedoelde. De predictieve validiteit onderzocht met

psychofarmaca en gedragstherapie, de enige soorten behandelingen die systematisch zijn onderzocht met betrekking tot syndromale specificiteit, strekt zich niet uit over de nosologische typering in de belangrijkste systemen (Slooff 1987). Constructvaliditeitsstudies kennen we van familieonderzoek en diverse biologisch-psychiatrische onderzoeken. Dit soort onderzoek lijdt aan het manco dat we eigenlijk niet goed weten wat de optimale in- en exclusieve criteria bij een studie moeten zijn (Fenton 1981). In feite zitten we in een vicieuze cirkel; omdat de diagnostiek niet adequaat is, kan er bij voorbeeld ook geen – in dit opzicht – produktief biologisch onderzoek verwacht worden. Mijns inziens is er een uitweg en die wordt duidelijk als we de syndromen nader in ogenschouw nemen. Neem bij voorbeeld de criteria voor schizofrenie volgens DSM-III en bedenk eens hoe heterogeen een patiëntengroep er uit kan zien. Patiënten met en zonder hallucinaties, patiënten met een gesystematiseerd waansysteem, patiënten met een hebefrenie, of een katatonie. Wellicht dat verdere theorievorming over de symptomen als uiting van onderliggende functiestoornissen ons wat verder kan helpen. Een atheoretisch classificatiesysteem, zoals de ICD en DSM of althans een die theorievorming niet bevordert, is van heuristische betekenis en slechts geschikt voor beperkte toepassing.

We besluiten deze paragraaf met de opmerking dat de categorieën van huidige classificatie- en selectiesystemen berusten op consensus, bereikt door een aantal – weliswaar zeer uitgelezen – experts, maar vrijwel niet op onderzoek. De criteria voor categorieën zijn wel meer toegespitst in de loop van de tijd. Dat is een verbetering, omdat de vooronderstellingen steeds meer geschikt worden voor onderzoek.

Generaliseerbaarheid en dekking

Het begrip generaliseerbaarheid wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Ten eerste wordt er de representativiteit mee aangegeven in hoeverre de classificatorische concepten, die ontleend zijn aan de inrichtingspsychiatrie, bruikbaar zijn in de eerste- en tweedelijnszorg en of ze ook transcultureel overdraagbaar zijn vanuit een maatschappij waarin een vaag onderscheid wordt gemaakt tussen gezondheids- en welzijnszorg. Een ontwikkeling die hieraan onder meer tegemoet kwam was die van V- en E-coderingen (probleemgebieden en suïcidaal gedrag met of zonder een psychiatrische stoornis i.e.z.).

Ten tweede wordt met dekking geduid op de mate waarin alle voorkomende stoornissen worden gevat door het systeem en dan uitgedrukt in het aantal specifieke en aspecifieke stoornissen. Het is juist op dit punt dat classificatiesystemen zoals de ICD en DSM zich onderscheiden van selectiesystemen zoals de PSE, de RDC, de Feighner-criteria en vele andere samengevat in het overzicht van Berner en Katschnig (1983).

Ten derde wordt het begrip gebruikt in de zin van 'coverage' of dekking. Hierbij stelt men zich de vraag in hoeverre dekt bijvoorbeeld het concept schizofrenie van een classificatiesysteem of selectie-instrument het totaal aantal patiënten met een schizofrenie. Men hanteert daarbij maten als sensitiviteit (true positives) en specificiteit (true negatives), positieve predictie en negatieve predictie (Widiger 1983). Per systeem en instrument loopt dit aanzienlijk uiteen (Kendell, Brockington en Leff 1978, 1979, Helzer, Brockington en Kendell 1981, Kendler, Gruenberg en Tsuang 1984, Zisook, Overall en Glick 1980, 1981).

In feite gaat het hier om een descriptief en predictief validiteitsprobleem. De researchcriteria voor schizofrenieën en affectieve stoornissen zijn vooraleerst ontwikkeld ter verhoging van betrouwbaarheidscijfers. Inhoudelijk blijken de essentiële verschillen in dekking van RDC, CATEGO, NHSI, FRS, Langfeldts, Feighner en Taylor en Abrams' criteria, DSM-III, het flexibele systeem van Carpenter toe te schrijven aan de noodzakelijk geachte duur van de psychose, de aanwezigheid van hallucinaties, katatone verschijnselen, formele denkstoornissen, familiair voorkomen en de mate waarin en het tijdstip waarop affectieve symptomen voorkomen. Geenszins geldt dat de bredere concepten de striktere concentrisch overlappen (Endicott, Nee en Fleiss 1982). Iets soortgelijks kan over de diverse criteria voor affectieve stoornissen gezegd worden (Bebbington, Stuart en Kumakura 1983). Geen van de selectie-instrumenten heeft een bewezen constructvaliditeit en daar waar een redelijke predictieve validiteit werd verkregen, bleek deze niet uit andere descriptieve validiteitsmetingen en omgekeerd, laat staan uit constructvaliditeitsmetingen. Op dit moment propageert men dan ook een zogenaamde polydiagnostische benadering (Berner en Katschnig 1983). Deze bewerkelijke procedurele kwestie komt tegemoet aan de wenselijkheid van vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten, maar vooralsnog niet meer dan dat. Overigens is de volledige procedure nog niet gepubliceerd, zijn maar gedeelten geïncorporeerd in de gestandaardiseerde interviews en weten we nog niet of dat telkens op dezelfde wijze gebeurt.

Overige keuzecriteria

De gebruiker dient zich af te vragen met welk doel hij classificeert. DSM-III en ICD-9 bieden hiertoe verschillende mogelijkheden zoals morbiditeitsmeting, het weergeven van behandelings- en evaluatiedoelinden door globale veranderingen op As I en As II en As III informatie, maar de mogelijkheden zijn beperkt. Voor het vaststellen van veranderingen zijn methodologisch betere instrumenten beschikbaar dan classificatiesystemen met hun gestandaardiseerde interviews, misschien met uitzondering van de PSE. Instrumenten die in aanmerking komen voor het meten van veranderingen dienen behalve aan be-

wezen betrouwbaarheid en validiteit te voldoen aan eisen betreffende de schaalconstructie, zoals schaalbaarheid en homogene sensitiviteit in hoge en lage intensiteitsregioenen.

Indien de onderzoeker het therapeutisch effect van een nieuw antidepressivum wil testen, zal hij door middel van een literatuuronderzoek zich moeten vergewissen van het discriminerend vermogen van het classificatiesysteem ten aanzien van de reactie op klassieke antidepressiva of zal hij zijn instrumentarium moeten aanvullen met andere noodzakelijke gegevens. Verder: als men het schizofrenieconcept wil bestuderen, ligt het niet voor de hand zich te beperken tot de schizofrene stoornissen uit de DSM-III. Onderzoek naar het familiäre voorkomen van stoornissen vraagt een ander instrumentarium dan het onderzoek naar therapeutische effecten en onderzoek naar biologische parameters, waar homogeniteit of juist conceptontwikkeling vereist is, weer een ander. Voortdurend speelt de oorspronkelijke onderzoeksvraag een rol, afgewogen tegen de klinische toepassing (Weissman e.a. 1986). Verder zijn bij de keuze van instrumenten en systemen de dataverwerkingsmogelijkheden van betekenis. Uitgebreide computerfaciliteiten zijn noodzakelijk en de computer moet ook bediend kunnen worden. Sommige instrumenten leiden tot uitsluitend criteriumscores en de oorspronkelijke informatie raakt verloren. Daar de huidige criteria van heuristische betekenis zijn, is een heranalyse in de toekomst onmogelijk. De factoren tijd en geld komen om de hoek kijken bij training, betrouwbaarheidsonderzoek en controle hiervan gedurende het onderzoek. Ten slotte: de te onderzoeken populatie bepaalt ook de instrumentkeuze; hoog- (PSE) of laagdrempelig (DIS), alsmede de beschikbaarheid van een vertaling. Een gedegen literatuuronderzoek over de instrumenten is dus noodzakelijk.

In het onderstaande overzicht heb ik enige globale kenmerken van de huidige beschikbare hulpinstrumenten bij een classificatie op een rij gezet die de noodzaak adstrueren. In de tekst is hier en daar reeds aan de instrumenten gerefereerd. Het overzicht geeft de ontwikkeling aan die gaande is op het gebied van de syndromale typering. Ook op het gebied van de indeling van persoonlijkheidskenmerken zijn gestandaardiseerde interviews beschikbaar, zoals de SIDP, PDE en de SCID-P. Het duizelt de nieuwelings op dit gebied aan afkortingen en de meer ervaren vraagt zich tijdens het onderzoek af of hij wel de juiste instrumentkeuze heeft gemaakt. Het belangrijkste is misschien om op te merken dat de betrouwbaarheid op itemniveau nog te wensen overlaat, hoewel we hoge eisen stellen. De validiteit en dekking zijn voorts wetenschappelijk gezien twijfelachtig. Van menig instrument is ons nog te weinig bekend. We hebben hier geen aandacht besteed aan ander gestandaardiseerd instrumentarium, zoals dat om het sociale functioneren vast te leggen over een circumscripste tijdsperiode en enkele globale psychologische functies en handicaps. In de ICD-10 zul-

Zeer globale karakteristieken van gestandaardiseerde diagnostische interviews en checklijsten (tentatief)

Karakteristieken

Int./ch.l.	C	AT	PT	H	CoM	L.P.	Poly	H I	Crit Sy	R	Val	D	M/CE	B	V
PSE	ICD**	++	-	++	-	-	-	H	Sy	+	-	9	M	+	+
SADS	RDC	-	+	+	-	+	-	+	Sy	+	+	24	CE/ VAR	-	-
DIS	RDC	+/-	+	-	+	+	+	L?	Sy	+	?	35	CE	+	-
SCID	DSM	+/-	-	+	-	+	-	H?	Crit	-	?	?	CE	±	-
CIDI	DSM	++/-	+	+	+	+	+	L	Sy	+	?	?	M/CE	-	?
AMD*	-	-	+	-	-	-	-	?	Sy	+	?	8	CE	+	+
DSM-III* checklist	DSM	+/-	±	+	±	-	-	L?	Crit	?	?	200	CE	-	-

C = Classificatie; AT = archetypisch; PT = polythetisch; H = hiërarchisch of exclusieregels; CoM = co-morbiditeitssignalering; LP = life-time prevalentie; Poly = polydiagnostische benadering; H/L = hoog- of laagdrempelig; Crit/Sy = criterium of symptoomscore; R = betrouwbaarheid op itemniveau; Val = validiteit; D = dekking; M/CE = timeframing (maand of huidige episode); B = Nederlandse vertaling beschikbaar; V = geschikt om veranderingen te meten; VAR = variabel, +/- = zowel het een als het ander, ± = matig; * = checklijsten, ** = voorwaardelijk met hulpinstrumenten.

len deze een belangrijke rol gaan spelen (Wiersma, Hoek en Rüphan 1986, De Jong 1984).

Beschouwing

Bij de keuze van classificatie- en selectie-instrumentarium dient men de betrouwbaarheid, validiteit, generaliseerbaarheid en dekking in aanmerking te nemen. Dit moet zowel geschieden op symptoom, syndroom en nosologisch niveau. Verder dient men zich een oordeel te vormen over de omgang met heterogeniteit in de vorm van atypische categorieën, hiërarchische ordening, co-morbiditeit, life-time prevalentie en voorts over een multiaxiale en polydiagnostische weergave, timeframing, dataverwerkingsprocedure en hoog- of laagdrempeligheid.

Ik ben niet ingegaan op de theorie die aan de huidige classificatie ten grondslag ligt. Uit het lezenswaardig boek van Millon en Klerman (1986) blijkt onder meer uit de publikaties van Blashfield en Skinner dat deze nog in de kinderschoenen staat. Misschien ligt het voor de hand op te merken dat ons zoeken naar aansluiting bij taxonomische procedures in de biologie naïef is en tevergeefs zal blijken. Het is ondoenlijk zowel ziekten als 'zieke' mensen in één classificatiesysteem onder te brengen omdat hun stoornissen in het ene geval meer tijdelijk, discontinu en kwalitatief anders zijn en in het andere geval meer permanent en een kwantitatieve variatie betreffen.

Voorts wordt bij de keuze tussen dimensies en categorieën te vaak de factor tijd (ziekteduur) uit het oog verloren. Cross-sectioneel verkregen bevindingen kunnen zo worden aangezien als steun voor een dimensionele aanpak; longitudinaal zouden het beginnende of in remissie verkerende toestandsbeelden kunnen zijn. Een multidimensionele wijze van classificeren moet verder uiteindelijk leiden tot een keuze van een behandeling, dat wil zeggen categoriaal. Een uitbreiding van de polythetische benadering leidt niet tot de voor veel onderzoek gewenste homogeniteit van een categorie. Het gaat ons immers niet om louter gerelateerde kenmerken, maar om relatief zelden voorkomende tamelijk unieke combinaties die wellicht op een gemeenschappelijke onderliggende functiestoornis duiden. De computer zal ons maar zijdelings van dienst zijn bij het genereren van categorieën. Voorlopig functioneert deze slechts op basis van onze vooringomenheid bij de informatieverzameling, input en interpretaties van factor- en clusteranalyse e.d. De multiaxiale aanpak, zoals die in de DSM-III wordt voorgesteld, biedt op zich uitgangspunten voor een verzoening en is als zodanig een verbetering die weer voor verbetering vatbaar is. Louter categoriaal classificeren zoals we nu doen, levert geen theorie omtrent de etiologie en pathogenese op. Per syndroom en concept ligt het nu voor de hand de heterogeniteit dimensioneel verder te onderzoeken met een multidisciplinaire aanpak van functieon-

derzoek in het verschiert. Het interactieve aspect van de ziekte, de pre-morbide toestand van betrokkene en diens omgeving maakt classificatie tot een zeer ingewikkeld gebied dat ons nog vele zorgen in de toekomst zal baren. De betekenis van de huidige classificatie- en selectie-instrumenten is hierdoor beperkt en heuristisch, maar ze zijn wel noodzakelijk. Op fundamenteel gebied, dat wil zeggen op het gebied van symptomen en persoonskenmerken, is nog veel onopgelost.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3e ed.) APA, Washington DC.
- Barlow, D.H., P.A. Di Nardo, B.B. Vermilyea, e.a. (1986), Comorbidity and depression among the Anxiety Disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 63-72.
- Bebbington, P., E. Stuart en N. Kumakura (1985), The study of depressive disorders using the PSE-ID-CATEGO system. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 310, 55-64.
- Benjamin, L.S. (1986), Adding social and intrapsychic descriptors to Axis I of DSM-III. In: Th. Millon en G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*, The Guilford Press, New York.
- Berner, P., E. Gabriel en H. Latschnig e.a. (1983), *Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychoses*. WPA American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- Blashfield, R.K., en J.G. Draguns (1976), Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 140-150.
- Blashfield, R.K. (1984), *The classification of psychopathology*. Plenum Press, New York.
- Blashfield, R.K. (1986), Structural approaches to classification. In: Th. Millon en G.L. Klerman (Red.), *Contemporary directions in psychopathology*. The Guilford Press, New York.
- Bosch, R.J. van den (1983), Naar een alternatief voor het schizofrenieconcept. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 453-468.
- Boyd, J.H., J.D. Burke en E. Gruenberg (1984), Exclusion criteria of DSM-III. *Archives General Psychiatry*, 41, 983-989.
- Breier, A., D.S. Charney en G.R. Heninger (1985), The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *American Journal of Psychiatry*, 142, 787-797.
- Brockington, I.F., R.E. Kendell en J.P. Leff (1978), Definitions of schizophrenia, concordance and prediction of outcome. *Psychological Medicine*, 8, 387-398.
- Brockington, I.F., en H.Y. Meltzer (1982), Documenting an episode of psychiatric illness: need for multiple information sources, multiple raters and narrative. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 485-492.
- Dean, C., P.G. Surtees en S.P. Sashidharan (1983), Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *British Journal of Psychiatry*, 142, 247-256.
- Dingemans, P., H. van Engeland, J.H. Dijkhuis en J. Bleeker (1985), De 'diagnostic interview schedule' (DIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 341-359.
- Dingemans, P. (1986), *Aspekten van Psychiatrische Klassifikatie*. Dissertatie, RU Utrecht.

- Endicott, J., J. Nee, J. Fleiss e.a. (1982), Diagnostic criteria for schizophrenia, reliability and agreement between systems. *Archives General Psychiatry*, 39, 884-889.
- Eysenck, H.J. (1986), A critique of contemporary classification and diagnosis. In: Th. Millon en G.L. Klerman (red.), *Contemporary Directions in Psychopathology*. The Guilford Press, New York.
- Fenstein, A.R. (1970), The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Fenton, W.S., L.R. Mosher, S.M. Matthews (1981), Diagnosis of schizophrenia: a critical review of current diagnostic systems. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 452-476.
- Foulds, G.A. (1976), *The hierarchical nature of personal illness*. Tavistock, Londen.
- Helzer, J.E., L.N. Robins, J.L. Groughan en K. Ratcliff (1981), The NIMH Diagnostic Interview Schedule; its history, characteristics and validity. In: J.K. Wing, P. Bebbington en L. Robins, *What is a case?* Grant McIntyre Ltd., Londen.
- Helzer, J.E., I.F. Brockington en R.E. Kendell (1981), Predictive validity of DSM III and Feighner definitions of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 38, 791-797.
- Jablensky, A. (1981), Symptoms, patterns of course and predictors in the functional psychoses. In: S. Togoni, C. Bellantuono en M. Lader (red.), *Epidemiological impact of psychotropic drugs*. Elsevier, Amsterdam.
- Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische validiteit*. Dissertatie, RU Groningen.
- Jong, A. de, en W. van den Brink (1986), Ontwikkelingen in de psychiatrische classificatie: voorstel voor een prototypische kernclassificatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 426-443.
- Kendell, R.E. (1975), *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Kendell, R.E., I.F. Brockington en J.P. Leff (1979), Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 36, 25-31.
- Kendler, K.S., A.M. Gruenberg en M.T. Tsuang (1984), Outcome of schizophrenic subtypes defined by four diagnostic systems. *Archives General Psychiatry*, 41, 149-154.
- Kiesler, D.J. (1986), The 1982 interpersonal circle: an analysis of DSM-III personality disorders. In: Th. Millon en G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*. The Guilford Press, New York.
- Leckman, J.F., K.R. Merinkas, D.L. Pauls e.a. (1983), Anxiety disorders and depression. Contradictions between family study data and DSM-III conventions. *American Journal of Psychiatry*, 140, 880-885.
- Pulver, A.E., en W.T. Carpenter (1983), Lifetime psychotic symptoms assessment with the DIS. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 377-382.
- Schneider, K. (1962), *Klinische Psychopathologie*. G. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Shrout, P.E., R.L. Spitzer en J.L. Fleiss (1987), Quantification of agreement revisited. *Archives General Psychiatry*, 44, 172-178.
- Skinner, H.A. (1981), Toward the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 68-87.
- Skinner, H.A. (1986), Construct validation approach to psychiatric classification. In: Th. Millon, G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*. The Guilford Press, New York.

- Slooff, C.J. (1982), De classificatie van niet affectieve functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-469.
- Slooff, C.J., W.R.E.H. Mulder-Hajonides van der Meulen en R.H. van den Hoofdakker (1983), De Nederlandse vertaling van de PSE 9e editie. II: De relatie tussen CATEGO-klassen en categorieën van de ICD. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 4, 280-289.
- Slooff, C.J., W.R.E.H. Mulder-Hajonides van der Meulen en R.H. van de Hoofdakker (1983), De Nederlandse vertaling van de PSE 9e editie. I: Betrouwbaarheidsaspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 3, 151-163.
- Slooff, C.J. (1984), *De klassifikatie en het beloop van schizofrene en reactieve psychosen*. Dissertatie, RU Groningen.
- Slooff, C.J. (1987), Terug naar af, een klinische blik op validiteitsstudies van schizo-affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 474-492.
- Sokal, R.R., en P.H.A. Sneath (1963), *Principles of numerical taxonomy*. C.A. Freeman, San Francisco.
- Spitzer, R.L., J. Endicott en E. Robins (1978), *Research Diagnostic Criteria for a selected group of functional disorders (3e ed.)*. New York State Psychiatric Institute.
- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1974), Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 30, 429-434.
- Strauss, J.S. (1986), Psychiatric diagnosis: a reconsideration based on longitudinal processes. In: Th. Millon en G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*. The Guilford Press.
- Ward, C.H., A.T. Beck en M. Mendelson e.a. (1962), The psychiatric nomenclature. Reasons for disagreements. *Archives General Psychiatry*, 7, 198-205.
- Weissman, M.M., K.R. Merikangas, K. John e.a. (1986), Family genetic studies of psychiatric disorders, developing technologies. *Archives General Psychiatry*, 43, 1104-1116.
- Widiger, Th.A., S.W. Hurt, A. Frances e.a. (1984), Diagnostic efficiency and DSM-III. *Archives General Psychiatry*, 41, 1005-1012.
- Wiersma, D., H.W. Hoek en M. Rüphan (1986), Psychologische stoornissen en sociale beperkingen, over de bruikbaarheid van de ICDH op het terrein van de GGZ. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 24, 109-112.
- Williams, J.B.W., en R.L. Spitzer (1981), The reliability of the diagnosis criteria of DSM-III. In: J.K. Wing, P. Bebbington en L.N. Robins, *What is a case?* Grant McIntyre Ltd. Londen.
- Williams, J.B.W., en R.L. Spitzer (1982), Research diagnostic criteria and DSM-III. *Archives General Psychiatry*, 39, 1283-1289.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press.
- Wing, J.K. (1978), *Reasoning about madness*. Oxford University Press, Oxford.
- World Health Organisation (1978), *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. WHO, Genève.
- Wulff, H.R. (1976), *Rational diagnosis and treatment*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Zisook, S., M. Click, K. Jaffe en J.E. Overall (1980), Research criteria for the diagnosis of depression. *Psychiatry Research*, 2, 13-23.
- Zisook, S., J.E. Overall en M. Click (1981), Treatment validity of different diagnostic concepts of depression. *Psychiatry Research*, 5, 77-85.

- Zubin, J., J. Magaziner en R. Steinhauer (1983), The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- Zubin, J. (1986), Implications of the vulnerability model for DSM-III with special reference to schizophrenia. In: Th. Millon en G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*. The Guilford Press.

Schrijver is als psychiater verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis Licht en Kracht, Assen.

Met dank aan mevrouw L.W. Nijenhuis

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 20-8-'87.