

Definitie en operationalisatie van psychoserecidief: het gebruik van de korte psychiatrische beoordelingsschaal (BPRS)

door P.M. Dingemans en D.H. Linszen

Samenvatting

In dit artikel wordt de onderzoeksliteratuur met betrekking tot definitie en operationalisatie van een psychoserecidief en de plaats van de BPRS daarin besproken. Op grond van de onderzoeksliteratuur is een zinvol onderscheid te maken tussen de zogeheten 'target symptom' en de 'specific clinical state' benaderingen. De eerste methode lijkt geschikt te zijn voor de management van de psychotische patiënt. De tweede methode lijkt voor onderzoek beter bruikbaar. Het gebruik van de BPRS, als algemene psychopathologische symptoomschaal, lijkt voor de tweede methode aan te bevelen voor bij voorbeeld longitudinaal onderzoek.

Inleiding

In een tweetal artikelen is ingegaan op de psychometrische eigenschappen van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Dingemans e.a., in druk) en het gebruik ervan in relatie tot positieve en negatieve symptomen (Linszen en Dingemans, in druk). In het eerste onderzoek werden de robuuste psychometrische eigenschappen van de BPRS ten behoeve van klinisch- en wetenschappelijk psychiatrisch onderzoek nog eens benadrukt. Uit het tweede onderzoek kwam naar voren dat het positieve en negatieve symptomen onderscheid bij acuut opgenomen en cross-sectioneel onderzochte psychiatrische patiënten waarschijnlijk weinig zinvol is. Een onderzoeksoptzet waarbij dit onderscheid in longitudinale zin wordt onderzocht werd daarbij aangeraden. In dit artikel wordt nader ingegaan op het gebruik van de BPRS in longitudinaal onderzoek naar het beloop van schizofrene psychosen en speciaal op de operationalisatie van een psychoserecidief daarin.

In de psychiatrie is, mede onder invloed van Kraepelin, lange tijd gedacht dat het beloop van schizofrene psychosen slecht was. Hoewel Kraepelin in zijn latere werk de belangrijke observatie deed dat symptoompatronen per patiënt verschillend zijn, doch binnen elke patiënt een consistent beeld te zien geven, bleef hij ervan overtuigd dat een volledig herstel uitzonderlijk was. In deze opvatting werd hij gesteund

door E. Bleuler. De toepassing van antipsychotica bij de behandeling van schizofrene stoornissen heeft een verschuiving teweeggebracht voor wat betreft de hospitalisatieduur en het sociaal functioneren van deze patiënten. Lehmann e.a. (1985) hebben het beloop van grote groepen behandelde patiënten van voor en na 1960 (het tijdstip waarop de behandeling met antipsychotica algemene ingang vond) met elkaar vergeleken. Voor 1960 bleek 40% van de schizofrene patiënten sociaal te kunnen functioneren, 45% bleef gehospitaliseerd en 15% was ontslagen of overleden (N=1544). Na 1960 kon 55% van de patiënten sociaal functioneren, 33% werd ontslagen met symptomen of was overleden en 12% bleef gehospitaliseerd (N=781). Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat er een duidelijk verbeterd perspectief in behandel mogelijkheden van schizofrene patiënten aantoonbaar is. Meer patiënten kunnen sociaal functioneren, meer patiënten worden ontslagen en een aanzienlijk kleiner aantal blijft gehospitaliseerd. In de bespreking van het schizofrenieconcept stelt Zubin e.a. (1983) dat dit een metamorfose heeft ondergaan. In vroegere concepten werd de chronische aard van het beloop, in moderne meer de kwetsbaarheid of vatbaarheid voor een psychose van de persoon benadrukt. Het kwetsbaarheidsmodel (Zubin en Spring 1977) gaat ervan uit dat bepaalde personen vatbaar zijn voor een psychose, c.q. een schizofrene psychose. Een psychoserecidief treedt bij deze persoon op als een belangrijke life event optreedt, op voorwaarde dat het effect daarvan niet wordt gematigd door andere variabelen (zg. 'moderating variables'). Dit model legt de nadruk op de interactie van biologische en sociale factoren in het ontstaan en beloop van schizofrene psychosen. Hiermede neemt het zogeheten kwetsbaarheidsmodel van Zubin en Spring een middenpositie in tussen de biologische en ecologische modellen met betrekking tot de pathogenese en beloop van schizofrenie (Zubin e.a. 1983). Mede door dit soort ontwikkelingen is er een grotere aandacht gekomen voor de beïnvloeding van het beloop van schizofrene psychosen.

Traditioneel heeft het 'recidief' concept betrekking op het weer optreden van een floride ziekteperiode bij iemand die daarvoor in een remissiefase verkeert. Het onderzoek van Bleuler (1972), Huber e.a. (1979) en Ciompi e.a. (1976) laat zien dat ongeveer 50% van de schizofrene patiënten geen stabiele remissiefase bereikt en derhalve voortdurend in gedeeltelijke of volledige recidief fase verkeert. Dit gegeven is een groot probleem gebleken voor de definitie en operationalisatie van een recidief (Lukoff e.a. 1986).

Met de komst van de nieuwe soorten neuroleptica en andere behandelvormen zoals psychosociale interventies e.d. worden patiënten eerder, al dan niet symptomvrij, uit het ziekenhuis ontslagen. Onderzoek naar het effect van de nieuwe behandelvormen, met name psychosociale interventies, laat zien dat een (schizofrenie) psychoserecidief minimaal vertraagd en mogelijk zelfs voorkomen wordt (b.v. Hog-

arty e.a. 1986). Lezing van de uitkomsten van dit soort onderzoek laat echter zien dat de criteria die gebruikt worden voor het definiëren van wat een psychose- c.q. schizofrenierecidief is, sterk verschillen en over het algemeen te breed gedefinieerd zijn.

Volgens Lukoff e.a. (1986) is een regelmatige assessment van de symptomen van de patiënt van groot belang voor het welslagen van een rehabilitatieprogramma:

1. type en intensiteit van de symptomen bepalen de keuze van het soort programma: 'The patient with schizophrenia ... is often walking a tightrope between exposure to understimulating or overstimulating environments; the means for balance can come from periodic monitoring of symptomatology – including prodromal symptoms' (p. 579);
2. het effect van een rehabilitatieprogramma kan op de voet gevolgd worden door verandering in ernst van symptomen;
3. de invloed van medicatie op de symptomatologie kan systematisch, ook door sociaal-psychiatrische verpleegkundigen, geëvalueerd worden;
4. patiënten kan geleerd worden attent te zijn op het optreden van bepaalde symptomen die een signaalfunctie hebben met betrekking tot een naderende psychose en als zodanig ook stress-reducerende, c.q. symptoomreducerende, maatregelen te treffen.

Onderzoek naar recidiefcriteria voor schizofrenie

Falloon (1983) heeft een literatuuronderzoek verricht naar de concepten en definities die aan het 'schizofrenierecidief' ten grondslag liggen en, in het verlengde daarvan, een aantal aanbevelingen gedaan (Falloon 1984). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat recidiefcriteria, voor zover gebruikt, als volgt werden geoperationaliseerd:

1. 40% van de onderzoeken gebruikte een heropname in een psychiatrisch ziekenhuis;
2. 50% hanteerde een ongespecificeerde 'klinische achteruitgang' (al dan niet gepaard gaande met heropname);
3. 33% nam als definitie een specifieke achteruitgang of verergering van floride schizofrene symptomen;
4. 53% hanteerde 'significante verergering' als criterium om een placebo-gecontroleerd resultatenonderzoek bij een patiënt te staken;
5. 20% gebruikte het psychosociale functioneren als het belangrijkste onderdeel van de operationalisatie van het psychoserecidief.

Ad. 1 Een psychiatrische heropname wordt in het merendeel van de onderzoeken als criterium voor een psychoserecidief gebruikt. Dit is een twijfelachtig criterium omdat aannemelijk is dat niet iedere psychotische episode tot een psychiatrische heropname leidt, en deze laatste ook niet steeds het gevolg is van een psychotische episode (Zubin e.a. 1983). Bovendien zal gewelddadig, suïcidaal gedrag of gedrag

dat bij voorbeeld verstoring van de openbare orde inhoudt, eerder tot een psychiatrische opname leiden dan bij voorbeeld autistisch of bizar gedrag (Leff 1973; Zubin e.a. 1983; Falloon 1983, 1984). Met betrekking tot het eerste percentage wordt tevens geconstateerd dat een 'dreigende opname' in twee onderzoeken als een recidief wordt gezien en dat geen van de betrokken onderzoeken die een ziekenhuisopname als criterium gebruikten de verergering van schizofrene symptomen zelfs maar noemde. In de bespreking van het criterium van ziekenhuisopname sluit Falloon zich aan bij de eerder genoemde bezwaren van Zubin e.a. (1983). Hij vervolgt met de opmerking dat als gevolg hiervan geoperationaliseerde recidieven verschillen in ernst (bij voorbeeld depressie-versus psychoserecidief) kunnen inhouden en leiden tot een begripsverwarring omtrent datgene wat onder 'recidief' verstaan wordt. Hij verbaast zich tevens over het gegeven dat slechts een onderzoek, dat een ziekenhuisopname als criterium hanteerde, de duur van de hospitalisatie in aanmerking nam.

Ad 2. Een tweede veel gebruikt criterium was dat van de 'klinische achteruitgang van mentaal functioneren' of 'dusdanige achteruitgang in mentaal functioneren dat een ziekenhuisopname dreigde'. Ook deze definitie bleek in zijn operationalisatie in de verschillende onderzoeken onduidelijk. In een aantal onderzoeken werd de beschrijving van welke symptomen dit betrof achterwege gelaten. Tevens werd niet aangegeven of de voor schizofrenie kenmerkende symptomen opnieuw optraden of verergerden. Uit een paar onderzoeken bleek bij voorbeeld dat de verergering van depressieve symptomen mede als criterium voor de definitie van schizofrenierecidief werden gebruikt. De overlap tussen affectieve en schizofrene symptomen in de recidiefoperationalisatie maakt het moeilijk uit te maken hoe het overwegende symptoompatroon eruit ziet bij schizofreen-psychotische patiënten die een recidief meemaken (Falloon 1983, p. 471). Lukoff e.a. (1986) vatten dit probleem als volgt samen. In het huidige schizofrenieonderzoek wordt een 'recidief' in: a) longitudinale en b.) specifiek klinische status praesens zin gebruikt. In het eerste gebruik zijn de symptomen zoals beoordeeld aan het begin van het onderzoek bepalend voor wat als exacerbatie beoordeeld wordt. Dit maakt het mogelijk dat een patiënt die bij aanvang van onderzoek weinig psychotische symptomen c.q. intensiteit van symptomen heeft, bij follow-up binnen nauwere grenzen van ernst kan recidiveren. Een voorbeeld hiervan uit de dagelijkse praktijk is de weinig coöperatieve paranoïde patiënt die na lang en veel trekken wel het bestaan van paranoïde ideeën wil toegeven, het bestaan van een paranoïde waan ronduit ontkent, doch naarmate de tijd verstrijkt en het meer vertrouwen in de behandelaar is toegewonnen wel wil toegeven dat hij een paranoïde waan heeft. Klinisch gezien is er feitelijk geen verandering, terwijl onderzoeksmatig de verandering als een recidief benoemd kan worden. Als zodanig kunnen vraagtekens gezet worden bij de type 1 en 2 psychoserecidiefoperatio-

nalisisatie van Wing e.a. (1972), welke later door Leff e.a. (1981) werden gebruikt. De eerste wordt gedefinieerd als een verandering van een symptoomvrije status praesens bij ontslag (gemeten met de PSE) naar een status praesens waarbij schizofrene symptomen weer aanwezig zijn.

De tweede wordt gedefinieerd als een opmerkelijke verergering van symptomen bij patiënten die bij ontslag niet symptoomvrij waren. In dit tweede, specifiek klinische, geval wordt gerefereerd aan een specifieke klinische status (b.v. de symptomen die kenmerkend zijn voor schizofrenie welke een bepaalde drempelwaarde bereikt hebben). Deze definitie benadert meer het traditionele concept van 'recidief'. De definitie van de ernst van de aanwezige symptomen (drempelwaarde voor beoordeling van aanwezigheid) kan dan alleen nog verschillen in recidiefpercentages opleveren. Het is deze laatste methode, recidief gedefinieerd als verwijzend naar een bepaalde status praesens, die Lukoff e.a. (1986, p. 582 e.v.) voorstaan.

Ad 3. Slechts enkele onderzoeken hebben de definitie van een schizofrenierecidief beperkt tot de verergering van voor schizofrenie kenmerkende symptomen. Hierbij bleek tevens dat deze van onderzoek tot onderzoek verschilden. In een geval werd het 'psychoserecidief' gelijk gesteld aan een 'schizofrenierecidief'. Falloon merkt hierover op dat beide niet identiek zijn en dat speculatie daarover daarom beter achterwege kan blijven.

Ad 4. Ook het gebruik van 'significante verergering van de status praesens', 'dreigend recidief', 'de clinicus die bezorgd is om de patiënt', of 'de therapeut die zich angstig maakt over...' ontraadt Falloon als recidiefcriterium te gebruiken. Hij baseert zich hierbij mede op onderzoeksresultaten van Herz & Melville (1980) die stellen dat veel van de prodromale symptomen van een dreigend recidief betrekking hebben op een niet-specifieke gespannenheid en somatische stoornissen, welke een uiting kunnen zijn van zowel een affectieve stoornis als een exacerbatie van schizofrenie.

Ad 5. Het gebruik van de 'achteruitgang in sociaal functioneren' als criterium voor een schizofrenierecidief is om verschillende redenen problematisch. Verslechterd sociaal functioneren gaat volgens Falloon gepaard met een toename van acute schizofrene symptomen, hoewel dit niet per definitie het geval hoeft te zijn. Door het een als een criterium voor het ander te nemen, worden beide criteria gecontamineerd. Zo vonden Strauss en Carpenter (1974, 1977) dat de beste voorspellers van het klinisch beloop van schizofrenie symptoomvariabelen en sociale variabelen (premorbide functioneren e.d.) voor het sociaal functioneren op langere termijn zijn. Hieruit concludeert Falloon dat een symptomatisch schizofrenierecidief concept derhalve geen sociale variabelen dient te omvatten, een gedachtengang die ook onderschreven wordt door Lukoff e.a. (1986).

Met betrekking tot de methodische aspecten van het besproken onderzoek merkt Falloon (1983) op dat:

- in alle besproken onderzoek het schizofrenierecidief geoperationaliseerd werd op grond van een klinisch oordeel, waarbij
- geen objectieve beoordelingsschalen werden gebruikt, die als zewel werden gebruikt,
- pas werden gebruikt nadat was vastgesteld dat het schizofrenierecidief was opgetreden, waarbij
- geen betrouwbaarheidsonderzoek werd uitgevoerd en waarbij
- de beoordelaars veelal bij de behandeling betrokken waren.

Falloon (1983) vond in drie onderzoeken (Chouinard e.a. 1978; Claghorn e.a. 1974; Donlon & Meyer 1978) dat geen recidiefcriteria werden gebruikt in het onderzoek naar het beloop van schizofrenie. In deze drie gevallen werden symptoomschalen gebruikt, door middel van herhaalde metingen, voor de beoordeling van de ernst van de symptomen.

Conclusies uit het literatuuronderzoek

De conclusies die Falloon trekt uit het besproken onderzoek zijn uitgebreid.

Op de eerste plaats zijn, door het gebrek aan consensus over het recidiefconcept met betrekking tot schizofrenie, de vergelijkingen tussen de uitkomstenonderzoeken niet valide.

Op de tweede plaats wordt het gebruik van het recidiefconcept beperkt tot patiënten met schizofrene psychosen die volledig herstellen. Het beloop en de uitkomsten van een grote groep patiënten met een schizofrene psychose die verbetert doch niet volledig herstelt, kan met het huidige recidiefconcept niet beschreven worden. Strikt genomen kan van een patiënt die aanhoudende psychotische symptomen heeft niet gezegd worden dat hij een recidief heeft als de bestaande psychotische symptomen verergeren. Uit eigen onderzoek kennen we het voorbeeld van de patiënt die ondanks farmacotherapie met verschillende soorten antipsychotica in adequate dosering toch ernstig bleef hallucineren (als geïsoleerd symptoom). Door werkhervatting namen de spanningen toe en ging de patiënt nog ernstiger hallucineren zonder andere tekenen van psychotische symptomen te vertonen. Strikt genomen geen psychoserecidief. Daarnaast kunnen de factoren die bijdragen aan het weer terugkeren van verdwenen psychotische symptomen andere zijn dan die welke verbonden zijn met de verergering van langer bestaande symptomen. Kortom, de externe validiteit van de huidige onderzoeksgegevens (met name met betrekking tot generaliseerbaarheid) is klein.

Op de derde plaats bemoeilijken gebrekkige definities, c.q. operationalisaties van het criterium van een recidief (-remissie e.d.) evenzeer de beloopstudies van andere psychiatrische stoornissen.

Vele vragen kunnen ten grondslag liggen aan het onderzoek van de behandeling van schizofrene patiënten:

- effect van behandeling op recidiveren van volledig herstelde patiënten ('remitted patients');
- vermindering van de ernst van toekomstige episoden;
- voorkomen van verergering van niet-herstelde patiënten;
- vermindering van aantal hospitalisaties en verblijfsduur;
- vermindering van handicaps en bevordering van sociaal functioneren;
- voorkomen van affectieve (en andere) episoden.

Volgens Falloon zijn in de verschillende operationalisaties van het schizofrenierecidief verschillende combinaties van de voorgaande criteria door elkaar gebruikt.

Op de vierde plaats spelen methodische zwakheden (te grote aandacht voor het klinische oordeel en te groot gebrek aan objectieve beoordelingsschalen, betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens e.d.) een grote rol in de uitkomsten tot nu toe. Als schizofrenie een ziekte is die een episodisch verloop heeft met meerdere en wisselende remissies en exacerbaties kent, dan zou een frequenter gebruik van beoordelingsschalen op zijn plaats zijn. Voor beloopsonderzoeken van schizofrenie zouden betrouwbare en valide symptomatische en sociale maten ontwikkeld en onafhankelijk van elkaar gebruikt dienen te worden.

Operationalisaties van een psychose of een recidief ervan

De onderzoeksliteratuur laat globaal een tweetal manieren zien waarop een psychose geoperationaliseerd wordt: 1) met behulp van een classificatiesysteem en 2) met behulp van een psychopathologieschaal. In het verleden werd voor de eerste onder ander PSE (Brown e.a. 1972) en voor de tweede bij voorbeeld de BPRS gebruikt (Beck e.a. 1986). In het verlenge daarvan kunnen aansluitend ook psychoserecidieven geoperationaliseerd worden. In het voorgaande werden de nadelen met betrekking tot de operationalisatie van een type I en II recidief met behulp van de PSE besproken. Voor de methode van Beck, waarbij de DSM-III-criteria gebruikt werden, geldt bovendien dat deze niet meer gehanteerd kan worden omdat de classificatiecriteria voor schizofrenie in de DSM-III-R veranderd zijn: er is een grotere nadruk komen liggen op de aanwezigheid van negatieve symptomen. Voor beide geldt bovendien dat het tijdsbestek waarover geïnterviewd wordt te kort is om gebruikt te kunnen worden voor een classificatiebenadering van schizofrenie, en een recidief ervan, binnen de DSM-III (R). Dit probleem kan alleen ondervangen worden door een herhaalde afname van de besproken instrumenten over een tijdsbestek waarin de prodromale en de actieve fase ten minste 6 maanden beslaan. We zullen op dit probleem hier niet verder ingaan, doch ons verder richten op het gebruik van psychopathologieschalen in de operationalisatie van een 'psychoserecidief'.

Falloon (1984) heeft twee mogelijkheden voor de operationalisatie

van een psychoserecidief aangegeven. Beide mogelijkheden gaan uit van een klinisch symptomatische definitie waarbij gestandaardiseerde beoordelingsschalen worden gebruikt. De eerste mogelijkheid noemde hij de 'target symptom approach'. Daar wordt hier slechts kort op ingegaan. De tweede bestaat uit een getrappt gebruik van verschillende gestandaardiseerde beoordelingsschalen, waaronder de Psychiatric Assessment Scale (PAS, Krawiecka e.a. 1977) en de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall en Gorham 1962). In het kader van dit artikel zal uitgebreider worden ingegaan op de laatste methode en daarvan zullen twee afzonderlijke voorbeelden worden uitgewerkt.

I. *'Target symptom'-definitie van een psychoserecidief* – De –'target symptom approach' (zie ook: Battle 1966; Falloon e.a. 1984) bestaat er uit, op grond van de voorgeschiedenis, per individuele patiënt te bepalen wat zijn (schizofrene) symptomen zijn en deze (longitudinaal) te beoordelen op (de ernst van) aanwezigheid. Deze benadering integreert de observaties van Kraepelin en E. Bleuler en Leff en Wing (1971) met betrekking tot de idiosyncratische symptoompatronen van patiënten. Ze omzeilt het alles-of-niets probleem met betrekking tot aanwezigheid van symptomen en maakt graduele beoordeling mogelijk, terwijl ook patiënten met persisterende symptomen beoordeeld kunnen worden. Een nadeel van deze methode is de moeilijkheid te kiezen welke symptomen de belangrijkste zijn voor beoordeling, vooral gebrek aan vergelijkbaarheid over patiëntengroepen (de oude controverse tussen de idiosyncratische versus nomothetische benadering) en de relatief grote invloed van datgene wat de patiënt zelf zegt over zijn symptomen. In het onderzoek van Falloon e.a. (1984) bleek de target symptom-schaal gevoelig voor het meten van naderende recidieven, ook onderscheidde de schaal de effecten van behandelingscondities beter dan de BPRS. Voor de target symptom-benadering geldt dat waarschijnlijk door zijn hoge specificiteit, de sensitiviteit voor individuele verschillen en veranderingen daarin groter is dan de meer algemene psychopathologieschalen zoals onder andere bij voorbeeld de BPRS.

II. *De specifieke symptoomdefinitie van psychoserecidief* – De tweede methode wordt momenteel in het beloopsonderzoek van schizofrenie in Los Angeles en Amsterdam gebruikt. Hier zijn twee methodieken gerapporteerd welke achtereenvolgens besproken zullen worden. De eerste maakt gebruik van een combinatie van de PAS en de BPRS, de tweede van de BPRS alleen. Omdat de PSE en de BPRS als genoegzaam bekend worden verondersteld (Dingemans e.a., in druk; Linszen en Dingemans, in druk) wordt in de volgende paragraaf eerst ingegaan op de Psychiatric Assessment Scale (PAS).

De Psychiatric Assessment Scale (PAS; Krawiecka etc. 1977) is een psychiatrische beoordelingsschaal welke werd geconstrueerd om de

symptomatologie van chronische patiënten te beoordelen. De PAS bestaat uit 8 items die op een 5-puntsschaal beoordeeld worden. De schaal kent geen gestandaardiseerde interviewvragen. Hiervoor kunnen de vragen uit de PSE-secties die daarop betrekking hebben gebruikt worden. Elk schaalpunt is operationeel gedefinieerd (heeft schaalankerpunten). In de definitie van 'recidief', worden alleen die items meegenomen die betrekking hebben op kernsymptomen van schizofrenie. Dat zijn: hallucinaties, wanen en incoherentie. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de PAS-beoordelingen (Liberman 1986) op de drie genoemde items leverde goede resultaten op: gemiddelde concordantie voor 5 psychiaters die 10 videotapes beoordeelden was $W = .75$; gemiddelde correlatie van 2 beoordelaars die 51 interviews beoordeelden was $r = .93$.

De recidiefcriteria maken gebruik van de PAS en de PSE (welke veelal samen worden afgenomen) en andere aanvullende informatiebronnen zoals verslagen van telefonische contacten met patiënten. Een recidief wordt in drie stappen geoperationaliseerd.

Eerst worden de PAS-gegevens gebruikt. Als de patiënt aan de beschreven PAS-recidiefcriteria voldoet, wordt hij als een recidief gedefinieerd.

Tabel 1: Psychoserecidiefcriteria gebaseerd op de PAS-items wanen, hallucinaties en incoherentie

Type 1 recidief:

Bij verandering in de beoordeling bij ontslag op alleen één van deze drie schalen, definieert men een tweepuntsverandering (toename) als een recidief, gegeven dat er maximaal een (ernst)score van 4 of meer op die schaal wordt gescoord. Zo wordt een toename van 0 naar 2 niet, en een toename van 2 tot 4 wel als een recidief gedefinieerd.

Type 2 recidief:

Een totale toename van 3 punten op één of meerdere van de drie schalen wordt als een recidief gedefinieerd met de aantekening dat eenpuntsveranderingen van 0 naar 1 niet worden geteld, (nul geeft een 'afwezig' aan van het symptoom, terwijl een '1' een niet-pathologische intensiteit aangeeft). Dus een 1-puntstoe name (van 0 naar 1) op de drie subschalen elk wordt niet als recidief gezien.

Als aanhoudende symptomen (score van drie of hoger op twee of meer van de drie psychoseschalen van de PAS) het gebruik ervan onmogelijk maken, wordt de PSE gebruikt. Een psychoscore wordt gebaseerd op alle psychose-items van de PSE, met uitzondering van de stemmingscongruente hallucinaties en wanen. Een globale recidiefscore wordt vervolgens gebaseerd op veranderingen sinds de ontslagdiagnose.

Als persisterende symptomen het dan nog steeds onmogelijk maken om een beslissing te nemen aangaande 'recidief', worden de maandelijkse 'globale klinische indrukken' gebruikt (verslagen van telefonische contacten). Een globale beslissing omtrent veranderingen van

de klinische status wordt gebaseerd op de maandelijks 'globale klinische indrukken'. Patiënten wier status dan nog niet aan de 'recidief-criteria voldoen, of aan wie 'geen recidief' diagnose kan worden toegekend, worden als 'ernstige aanhoudende symptomen' beoordeeld. Hiermede wordt een operationalisatie gegeven aan het door Falloon (1983, 1984) gesignaleerde probleem dat bij een aantal psychotische patiënten niet van een recidief gesproken kan worden omdat ze 'chronisch psychotisch' blijven na ontslag. Met betrekking tot patiënten die een eerste schizofrene psychose doormaken of patiënten met een langdurige schizofrene psychose worden de percentages door Liberman (1986) op 10 respectievelijk 22% geschat.

Operationele criteria die onderzoekers in staat stellen vooraf aankomende stadia van een psychose recidief te definiëren zijn gebaseerd op de BPRS van Overall & Gorham (1962). Deze beoordelingsschaal is in het LA-onderzoek als tweede operationalisatie van het schizofrenierecidief gekozen. Een literatuurstudie met betrekking tot factoren die aan een recidief en hospitalisatie van schizofrene patiënten voorafging, leidde er toe dat een aantal nieuwe items werden toegevoegd aan de standaard 18 van de BPRS. Deze versie kreeg de naam BPRS-E (extended). De items werden toegevoegd om de klinische status en gedragingen die kunnen duiden op een achteruitgang van de patiënt in ambulante behandeling (suïcidaliteit, zelfverwaarlozing, bizar gedrag, verhoogde stemming, motorische onrust, afleidbaarheid) te kunnen beoordelen. Onderzoek naar de betrouwbaarheid (correlatie binnen klassen voor 7 beoordelaars; Liberman 1986) van de BPRS-E is hoog: psychotisch recidiefcategorie $r = .88$ en ander recidiefcategorie: $r = .88$. Patiënten worden tweewekelijks geëvalueerd. Symptomen worden op een 1-7-puntsschaal van oplopende intensiteit beoordeeld. Schaalankerpunten zijn tevens voor de items ontwikkeld. Twee recidiefcategorieën zijn operationeel gedefinieerd:

Tabel 2: Psychoserecidiefcriteria gebaseerd op de BPRS-items

Twee recidiefcategorieën zijn operationeel gedefinieerd:

Psychoserecidief:	Een toename tot een 6 (ernstig) of 7 (zeer ernstig) op Hallucinaties, Inhoudelijke denkstoornissen (wanen), of Formele denkstoornissen (incoherentie).
Ander recidief:	Een toename naar een 6 of 7 op Depressie, Suïcidaliteit, Zelfverwaarlozing, Bizar gedrag of Vijandigheid.

N.B.: Bovenstaande definities omvatten insluitcriteria voor een recidief. Aanvankelijk werd een 'remissie' als een score van 3 of lager alle schalen gedefinieerd (Liberman 1986), doch later (Lukoff e.a. 1986) werd deze laatste definitie niet langer gehanteerd en vervangen door de term 'onveranderd' of 'niet-recidief'. De recidiefcriteria (ibid., p. 583) gelden voor de hele follow-up-periode van 1 jaar.

Deze methode wordt in een longitudinaal (follow-through-)onderzoek door Nuechterlein (Lukoff e.a. 1986, p. 583 e.v.) gehanteerd. Het gaat hier om de operationele definities van 'psychoserecidief' en 'ander recidief' met behulp van de BPRS alleen en op de manier zoals in het voorgaande werd besproken (zie ook: tabel 2).

Aanbevelingen

In de bespreking van algemene aanbevelingen is het volgens Falloon (1984, p. 296 e.v.) van belang dat onderzoekers tijd besteden aan een operationalisatie van een psychoserecidief bij schizofrene stoornissen waarin gedacht is aan kwalitatieve en kwantitatieve aspecten.

De kwalitatieve aspecten omvatten een beschrijving van datgene wat een psychoserecidief omvat, bij voorbeeld wanen en hallucinaties, conceptuele desorganisatie, gedachtenimplantatie, gedachten-uitzending, gedachtenonttrekking, catatonie en manierismen.

De kwantitatieve aspecten hebben betrekking op de ernst en de tijdsduur waar het symptoom zich mee presenteert. De aanwezigheid en de ernst van de symptomen dienen ook met een grote mate van betrouwbaarheid te kunnen worden vastgesteld. Een apart probleem vormt de vereiste tijdsduur dat een symptoom aanwezig moet zijn om te kunnen spreken van een recidief. Dit kan ondervangen worden door herhaalde, longitudinale meting over bij voorbeeld een periode van 6 maanden.

Als het recidiefcriterium enkel en alleen een maat is voor ziekte, dient dit criterium verschoond te blijven van contaminerende (sociale) variabelen. Maten voor het sociaal functioneren e.d. van ontslagen patiënten zijn onbelangrijk, doch gegevens hierover dienen in een beloopsonderzoek onafhankelijk van klinische symptomen verzameld en in de diagnose betrokken te worden.

Discussie

In het voorafgaande werd de operationalisatie van psychoserecidief besproken. Aangetoond werd (Falloon) dat de vergelijkbaarheid van de uitkomsten van de meeste huidige onderzoeken naar het beloop van schizofrene stoornissen sterk te wensen overlaat als gevolg van het hanteren van verschillende uitkomstencriteria. Falloon, Liberman, Lukoff e.a. hebben een aantal voorstellen geformuleerd voor de operationele definitie van een psychoserecidief: de target symptom, respectievelijk specifieke klinische status praesens benaderingen. Het onderscheid tussen 'target symptoms-' versus 'specific clinical state'-benadering valt samen met het onderscheid 'idiografisch' versus 'nomothetisch' en de discussies hierover hebben een voorkeur voor de nomothetische benadering te zien gegeven; een voorkeur die zich ook in de onderzoeksliteratuur met betrekking tot het recidiefconcept aftekent.

De laatste methode laat zich opsplitsen in een tweetal methodes die zich onderscheiden naar de mate waarin zij rekening proberen te houden met het gegeven dat schizofrene patiënten in een groot aantal gevallen geen remissiefase zullen meemaken en derhalve moeilijk volgens het traditionele recidiefconcept gemeten kunnen worden bij follow-up-onderzoek.

Opgemerkt dient te worden dat het werk van Falloon, Liberman, Lukoff en anderen met betrekking tot de symptomatische definitie en operationalisatie van wat een psychoserecidief is, een belangrijke poging inhoudt de uitkomsten van onderzoek met betrekking tot interventie en beloop, ook internationaal, vergelijkbaar te maken.

De target symptombenadering uit het onderzoek van Falloon doet recht aan het herhaald geconstateerde gegeven dat het ontstaan en beloop van psychotische symptomen over exacerbaties heen binnen een en dezelfde patiënt vaak eenvormig zijn. Deze benadering is daarom bij uitstek geschikt voor de behandeling van de individuele patiënt. Omdat de individuele symptomatische verschillen in presentatie en beloop zo verschillend kunnen zijn lijkt deze methode minder geschikt voor een eenvormige definitie van het recidiefconcept: lage base rates van symptomatologie bij aanvang van het onderzoek maken het mogelijk dat bij deze patiënten binnen nauwere grenzen al van een recidief gesproken kan worden dan bij patiënten met een hoger symptomatisch ingangsniveau.

De 'specific clinical state'-benadering in de definitie en operationalisatie van het psychoserecidief vergroot de repliceerbaarheid van onderzoeken en maakt vergelijkingen van effect van interventies op symptomatologie, c.q. de uitkomsten van onderzoeken vergelijkbaar. De meeste recidiefcriteria en de operationalisaties daarvan met behulp van psychopathologieschalen hebben zich bijna uitsluitend op de floride psychotische (positieve) symptomen gericht als gevolg van het grote gewicht dat classificatiesystemen (b.v. DSM-III 1980) aan psychotische (Schneider-positieve) symptomen hebben toegekend bij de diagnose van schizofrenie. Het zijn echter de negatieve symptomen die vaak een aankondiging (prodroom) zijn van een psychose, c.q. elementen vormen die de reactie van de buitenwereld (zoals kritiek, vijandigheid of overmatige bezorgdheid) op de patiënt bepalen en het daadwerkelijk optreden van een recidief medebepalen. Het is derhalve aanbevelenswaardig dat ook in de operationalisaties van een psychoserecidief negatieve symptomen betrokken worden. Gezien de inhoud en de psychometrische eigenschappen (Dingemans e.a., in druk; Linszen en Dingemans, in druk) kunnen symptoomschalen, zoals de BPRS, met expliciete symptoomdefinities, standaardvragen en schaalankerpunten, bij de operationalisatie van een psychoserecidief een prominente rol vervullen.

Literatuur

- Battle, C., S. Imber, R. Hoehn-Saric, A. Stone, E. Nash en J. Frank (1966), Target complaints as criteria of improvement. *Am. J. Psychoth.*, 20, 184-192.
- Bech, P., M. Kastrup en O.J. Rafaelsen (1986), Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania and schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiat. Scand.*, 73, no.:326.
- Bleuler, M. (1972), *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjährige Kranken- und Familiengeschichten*. Thieme, Stuttgart.
- Chouinard, G., L. Annable en M. Kropsky (1978), A double-blind controlled study of pipothiazine palmitate in the maintenance treatment of schizophrenic outpatients. *J. Clin. Pharmacol.* 18, 148-154.
- Ciampi, L., en Ch. Mueller (1976), *Lebenslauf und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Springer, Heidelberg.
- Claghorn, J.L., E.E. Johnstone en D. Hill (1974), Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31, 361-365.
- Dingemans, P., J.H. Dijkhuis en R. Brunt (in druk), De Korte Psychiatrische Beoordelingschaal (BPRS) en de Observatieschaal voor Verpleegkundigen (NOSIE) in psychiatrisch onderzoek. I: overeenstemmingsvaliditeit. *T. Psychol. en haargrensgebieden*.
- Donlon, P.T., en J.E. Meyer (1978), A twelve month comparison of penfluridol and trifluoperazine in chronic schizophrenic outpatients. *J. Clin. Psychiat.*, 39, 582-587.
- Falloon, I.R.H. (1983), Relapse in Schizophrenia: a review of the concept and its definitions. *Psychological Medicine*, 13, 469-477.
- Falloon, I.R.H. (1984), Relapse: A Reappraisal of Assessment of Outcome in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 2, 293-299.
- Falloon, I., J. Boyd en C. McGill (1984), *Family care of schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness*. Guilford Press, New York.
- Hogarty, G.E., C.M. Anderson, D.J. Reiss, S.J. Kornblith, D.P. Greenwald, C.D. Javna en M.J. Madonia (1986), Family Psycho-education, Social skills training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Huber G., G. Gross en R. Schuettler (1979), *Schizophrenie, eine verlaufs- und sozial-psychiatrische Langzeitstudie*. Springer, Heidelberg.
- Krawiecka, M., D. Goldberg en M.A. Vaughn (1977), A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299-308.
- Leff, J.P., en J. Wing (1971), Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *Brit. Med. J.*, 3, 599-604.
- Leff, J.P. (1973), Influence of selection of patients on results of clinical trials. *British Medical Journal*, VI, 156-158.
- Leff, J.P., en C. Vaughn (1981), The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion. *Brit. J. Psychiat.*, 139, 102-104.
- Lehmann, H.E., en R. Cancro (1985), Schizophrenia: Clinical features, p. 680-713. In: H. Kaplan en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. IV. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lieberman, R.P. (1986), Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia, p. 201-215. In: *Treatment of Schi-*

- zophrenia*. Family assessment and intervention. Eds.: Michael Goldstein, Iver Hand & Kurt Hahlweg. Springer Verlag, Berlijn.
- Linszen, D.H., en P. Dingemans (in druk), De Korte Psychiatrische Beoordelingsschaal (BPRS) en de Observatieschaal voor Verpleegkundigen (NOSIE) in Psychiatrisch onderzoek II: positieve en negatieve symptomen. *T. Psychol. en haar grensgebieden*.
- Linszen, D.H., en P. Dingemans (in druk), De Korte Psychiatrische Beoordelingsschaal (BPRS) en de Observatieschaal voor Verpleegkundigen (NOSIE) in Psychiatrisch onderzoek. II: positieve en negatieve symptomen. *T. Psychol. en haar grensgebieden*.
- Lukoff, D., R.P. Liberman en K.H. Nuechterlein (1986), Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schiz. Bull.*, 12, 4, 578-593.
- Overall, J., en D. Gorham (1962), The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Wing, J., J. Cooper, en N. Sartorius (1974), *The Description and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, Londen.
- Zubin, J., en B. Spring (1977), Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J., en S.R. Steinhauer (1981), How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.
- Zubin, J., J. Magaziner en S.R. Steinhauer (1983), The Metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.

Schrijvers zijn respectievelijk als universitair hoofddocent en chef van de adolescentenkliniek verbonden aan het psychiatrisch centrum AZUA bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 4-10-'88.