Het AMDP-systeem

door J. W. M. Pluymakers, G. de Cuypere, M. J. A. J. M. Hoes, C. Jannes en D. Theunis

Samenvatting

Het AMDP-systeem is een gestandaardiseerd documentatiesysteem dat in Europa is ontwikkeld door de 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie' en sinds 1971 in zes talen is gepubliceerd. Het AMDP-systeem bestaat uit drie anamnestische delen en twee beoordelingsschalen, één voor de psychische symptomen (100 punten en 15 reservepunten) en één voor de somatische toestand (40 punten en 7 reservepunten). Al deze punten zijn gegradeerd van 0-4.

De interbeoordelaar-betrouwbaarheid, de validiteit, de gevoeligheid en de factoriële reproduceerbaarheid van deze schalen zijn aangetoond.

Het AMDP-systeem bevat oorspronkelijk 9 syndromen (factoranalyse): apathie/retardatie, wanen/hallucinaties, depressie, hostiliteit (dysforie), manie/agitatie, obsessies, psycho-organisch syndroom, somatisch (hypochondrisch) syndroom en neurologisch (extrapiramidaal) syndroom, en 3 syndromen ontstaan door de (Franse) reservepunten: angst, dramatisatie en dissociatie.

Het AMDP-systeem is multifactorieel en vollediger dan de HDRS, BPRS, IMPS en CPRS. Het is in 't bijzonder bruikbaar voor de documentering, kwantificering en adminsitratie van de psychiatrische stoornissen, en voor het meten van veranderingen tijdens de therapie. Een ander voordeel is dat geen andere schalen voor het meten van bijwerkingen noodzakelijk zijn. Het AMDP-systeem is bovendien bij uitstek geschikt voor het onderwijs in de psychopathologie.

Inleiding

De noodzaak van een methodische en omvattende documentatie van de psychiatrische symptomatologie is reeds door Kraepelin (1919) benadrukt in zijn artikel 'Die Erforschung psychischer Krankheitsformen'. Hij stelt dat toekomstig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de psychiatrie alleen mogelijk zou zijn indien alle klinische observaties in bewerkbare vorm zouden worden vastgelegd. Zelf heeft hij diverse genummerde kaartsystemen gebruikt waarop hij algemene gegevens en de criteria voor een speciaal onderzoek noteerde. Zijn werk kan ook thans nog als richtinggevend voor het methodisch psy-

chiatrisch onderzoek worden beschouwd. Kraepelins roep om systematische documentering heeft echter weinig weerklank gevonden bij zijn tijdgenoten.

De toepassing van wetenschappelijke, kwantitatieve methoden in de psychiatrie is pas goed op gang gekomen door de ontwikkeling van de psychofarmacotherapie met de bijbehorende noodzaak van nauwkeurige controle van het therapeutische effect. Ook de moderne methoden van dataverwerking ten behoeve van de documentering van complexe psychiatrische diagnoses hebben hieraan bijgedragen. Deze ontwikkeling heeft ook organisatorische consequenties gehad zoals samenwerking van klinieken, het vormen van researchgroepen en het integreren van elkaars documentatiesystemen. Zo is ook de AMDP ontstaan (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie).

Geschiedenis van de AMDP

Beginfase – De AMDP is oorspronkelijk een samenwerkingsverband van 5 Duitse en 5 Zwitserse universiteitsklinieken. In 1960 hebben 5 Westduitse psychiaters een werkgroep gevormd om een schaal te ontwikkelen voor de kwantificering van de antipsychotische effecten van neuroleptica (Bente e.a., 1961), terwijl 5 Zwitserse universiteitsklinieken in 1962 een systeem hebben ontwikkeld voor de beoordeling van de effecten van antidepressiva (Angst e.a. 1964; Pöldinger e.a. 1967).

Na de fusie van beide groepen in 1965 op initiatief van Kielholz, heeft de groep zich in het begin 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie' genoemd (AMP). In 1967 heeft de universiteitskliniek van Wenen (Berner) zich erbij aangesloten.

Het eerste gemeenschappelijke project van de AMP-groep is geweest het ontwikkelen van een documentatiesysteem voor de bevindingen bij het psychiatrisch onderzoek. Het bevat zowel anamnestische gegevens als een lijst van psychische en somatische symptomen waarmee een gedetailleerde beschrijving van het toestandsbeeld van de patiënt mogelijk is. In 1967 was het documentatiesysteem klaar en sindsdien is het regelmatig gereviseerd, mede op grond van tal van empirische onderzoeken. De feitelijke verschijningsdatum van de computerverwerkbare AMP-formulieren is het jaar 1969 (Angst e.a. 1969).

De diverse afspraken, definities en commentaren met betrekking tot (het gebruik van) het AMP-systeem zijn uitgegeven in een handleiding (Scharfetter 1971, 1972). Deze bevat behalve de documentatieformulieren ook methodische richtlijnen voor de observatie en notering van de diverse symptomen.

Verder is een glossarium erin opgenomen met definities (meer descriptief dan operationeel) van de individuele punten (items), speciaal

voor psychische symptomen. In 1974 is tot revisie van het systeem besloten (Helmchen 1978). Deze heeft in 1979 geleid tot de derde editie van de Duitse handleiding (AMDP-3). De term AMP is toen vervangen door AMDP, niet alleen om het belang van de revisie te benadrukken, maar ook om verwarring te voorkomen met andere betekenissen van de afkorting AMP, bij voorbeeld cyclisch Adenosine Mono-Phosphaat of Association Mondiale de Psychiatrie.

Internationale ontwikkelingen – Spoedig na de oprichting van de AMP ontstonden plannen tot uitgave van het systeem in andere talen en werden de daarmee verbonden terminologische en conceptuele problemen bekend (Bobon 1983).

De eerste Franse vertaling van de psychopathologische en somatische beoordelingsschalen heeft plaatsgevonden in 1965/1966, echter zonder de bijbehorende handleiding. Bobon heeft op het CINP-congres te Parijs in 1974 een internationale werkgroep geformeerd om de Franse vertaling te voltooien. De schalen 4 en 5 en het bijbehorende deel van het glossarium zijn in 1977 verschenen (Bobon e.a. 1978). In 1981 is de volledige handleiding met de anamnestische delen in de Franse taal uitgegeven.

De eerste bewerking van de psychopathologieschaal in de Engelse taal is gepubliceerd in 1974 (Ban e.a. 1974). In 1980 is de Engelstalige AMDP-groep onder leiding van de Canadees Lapierre opgericht. De officiële Engelse vertaling van AMDP-III, een samenwerkingsproject van Ban met Amerikanen, Britten en Canadezen, is gepubliceerd in 1982. Verder bestaan er gedeeltelijke of volledige vertalingen in het Portugees (1985), Japans (1983), Russisch, Hongaars, Pools, Kroatisch (1978), Spaans (1980), Italiaans en Deens. Het toenemende aantal vertalingen en gebruikers van het AMDP-systeem heeft in oktober 1976 geleid tot de oprichting van een internationaal secretariaat in Luik onder leiding van Bobon. De taak van het internationale secretariaat is het ontwikkelen van een communicatienetwerk tussen de Duitse groep en de andere AMDP-groepen, erop toe te zien dat de vertalingen overeenkomen met de originele tekst, het bijhouden van een AMDP-bibliografie en het organiseren van trainingen en symposia voor de verschillende groepen.

Beschrijving van het AMDP-systeem

Algemeen – Het huidige AMDP-systeem (IV; 1981) bestaat uit twee delen, namelijk een kwalitatief, anamnestisch gedeelte en een kwantitatief deel over de status praesens (zie appendix I). De anamneseformulieren AMDP-1 en -3 komen overeen met de herziene en uitgebreide formulieren AMP-1 en AMP-2. Anamneseformulier 2 is een nieuw formulier, bestemd voor de studie van 'life-events' (levensgebeurte-

nissen). Deel 4 (psychopathologieschaal) en deel 5 (somatiekschaal) zijn een verbeterde en vereenvoudigde versie van de schalen AMP-3 en AMP-4. De factorstructuur van de AMDP-schalen is zeer stabiel in de verschillende onderzochte patiëntenpopulaties.

Het 'Franse' factorprofiel bevat:

a. alle 'Duitse' factoren: apathie/retardatie, wanen/hallucinaties, depressie, hostiliteit (dysforie) manie/agitatie, obsessies, psychoorganisch syndroom, somatisch (hypochrondrisch) syndroom en neurologisch (extrapiramidaal) syndroom;
b. drie additionele factoren door de (Franse) reservepunten: angst, dramatisatie en dissociatie.

Uitgaande van de factorstructuur van de AMDP-schalen is een syndromale schaal (AMDP-SY) ontwikkeld naar het BPRS-model (Brief Psychiatric Rating Scale). Deze schaal bevat in de huidige versie 17 syndromen (13 psychopathologische en 4 somatische) gegradeerd van 0 t/m 4 (zie appendix II). Daarnaast zijn er subschalen voor manie-depressie, angst en schizofrenie.

Anamneseformulieren – De huidige anamneseformulieren (AMDP 1 t/m 3) bevatten sociale en/of psychische gegevens, die grotendeels onveranderlijk en interpretatie-onafhankelijk zijn (b.v. gezinsstructuur, moedertaal, schoolopleiding, beroep etc.) en medische gegevens (psychiatrische voorgeschiedenis – met name betreffende suïcidaliteit –, aantal vroegere episodes, opnames, behandeling, familie-anamnese etc.).

Vroegere AMDP-versies hebben het medisch/biologisch model van psychische stoornissen benadrukt. De huidige versie bevat een groter aantal variabelen, inclusief sociale factoren, doordat in 1979 anamneseformulier-2 is toegevoegd. Dit bevat 2 punten, één over de actuele situatie van de patiënt (luxerende factoren) en één over zijn biografie:

- Punt 22: Life-events in sociaal-psychologische zin, dat wil zeggen vermoedelijke ziektebevorderende factoren (N=13). Dit punt heeft betrekking op het type en de duur van de belasting welke tot de ziektetoestand van de patiënt heeft geleid, naar het inzicht van zowel de patiënt als de arts.
- Punt 23: Life-events in ontwikkelingspsychologische zin. Dit betreft een lijst van 36 objectief verstelbare veranderingen in de levenssituatie van de patiënt, verdeeld over 6 levenstijdperken.

Dit nieuwe anamneseformulier levert de informatie welke noodzakelijk is voor correlatie-analysen tussen de sociale punten en de psychische en somatische symptomen (schalen 4 + 5) en kan zodoende de basis vormen voor verdere research op het gebied van de life-events.

Het anamneseformulier betreffende de psychiatrische voorgeschiedenis is door hergroepering van de rubrieken (b.v. eerst kenmerken van het huidige ziektebeeld en daarná familie-anamnese) overzichtelij-

ker geworden. De nieuwe versie sluit inhoudelijk goed aan op het huidige formulier-2. Om een graadmeter voor de validiteit van alle documentaties te verkrijgen is bij de revisie van 1979 de notering van de klinisch-psychiatrische ervaring van de onderzoeker ingevoerd.

Onderzoeksschalen – De psychopathologische en de somatische schaal (AMDP 4 + 5) zijn de oorsprong geweest van het AMDP-systeem en bevatten in de huidige versie 100 psychische symptomen en 40 somatische gegevens welke in 19 groepen zijn gerangschikt, overeenkomend met het klassieke klinisch-psychiatrische onderzoek (bewustzijn, orientatie, geheugen, denken, wanen, hallucinaties etc.).

De 100 punten van de psychopathologieschaal zijn gebaseerd op de klassieke Duitse descriptieve psychopathologie. Daarnaast zijn er 15 reservepunten die, afhankelijk van een bepaalde klinische vraagstelling, nader gespecificeerd kunnen worden. In de Franse en Engelse editie worden ze vooral gebruikt voor angstsymptomen. De somatische beoordelingsschaal (AMDP-5) bevat 40 punten die in alle vertalingen hetzelfde zijn, en 7 reservepunten. Deze schaal is oorspronkelijk opgezet voor het noteren van bijwerkingen bij psychofarmacotherapeutisch onderzoek, maar bevat voor een belangrijk deel ook lichamelijke klachten en verschijnselen die uitdrukking kunnen zijn van een psychiatrische stoornis (b.v. eetluststoornissen en andere stoornissen van de vitale gevoelens).

De schalen AMDP 4 en 5 worden gebruikt voor de kwantificering van de status praesens (diagnostiek) en de meting van veranderingen tijdens een behandeling (b.v. met psychofarmaca). De schalen 4 en 5 dienen als één geheel te worden beschouwd; de nummering loopt dan ook door. De punten zijn gegradeerd van 0 (afwezig) tot 3 (ernstig) in de Duitse versie en van 0 (afwezig) tot 4 (zeer ernstig) in alle vertalingen. De punten zijn gedefinieerd in een glossarium, maar de criteria voor de ernst zijn niet altijd gespecificeerd; een voordeel als het gaat om validiteit, maar een nadeel met betrekking tot de interbeoordelaar-betrouwbaarheid (en dus de gevoeligheid voor verandering) indien de onderzoeker niet voldoende getraind is in de klassieke Europese psychopathologie en in het AMDP-systeem zelf (Troisfontaines, Bobon, 1987). Het gebruik en de kennis van de handleiding compenseren het ontbreken van criteria voor de gradering.

Toepassingen van het AMDP-systeem

De belangrijkste toepassingen van het AMDP-systeem zijn:

1. Standaardisering van het klinische dossier.
   Het AMDP-systeem biedt de basis voor een omvattende gestandaardiseerde documentatie van de psychiatrische gegevens.
2. Onderwijs in de psychopathologie bij de opleiding tot psychiater.

Het voordeel van de AMDP-schaal 4 en de verklarende woordenlijst is, dat de psychopathologische concepten en termen, klassiek-Europees en beknopt zijn; voor onderwijsdoeleinden is de scheiding van schalen en de handleiding een extra voordeel (Mombour 1987).

3. Het meten van veranderingen bij (multicentrische) onderzoeken van de therapie met psychofarmaca.
De AMDP-beoordelingsschalen zijn hierbij op diverse manieren gevalideerd (Bobon, Angst e.a. 1983).
4. Als verdere mogelijke toepassingen kunnen worden genoemd:
   - de syndroomdiagnose, een noodzakelijke voorwaarde voor iedere nosologische diagnose;
   - multi-axiale diagnostiek: Stieglitz e.a. (1985) hebben drie assen geconstrueerd met behulp van het AMDP-systeem: syndroomdiagnostiek (as I), etiologie (as II) en evolutie, ziekteverloop (as III);
   - epidemiologisch onderzoek met behulp van de anamneseformulieren;
   - transcultureel onderzoek met betrekking tot de verschillen in perceptie en conceptualisering van de psychopathologie.

Bovendien vindt het AMDP-systeem toepassing in de gerontopsychiatrie en in de forensische psychiatrie als onderdeel van respectievelijk het AGP- en het FPDS-systeem.

Werkwijze, codering en (computer)verwerking

De duur van het klinische onderhoud en het invullen van de schalen 4 en 5 varieert van 45-60 min. Een semi-gestructureerd interview is ontwikkeld door de Franse AMDP-groep.

Voor de beoordeling van de afzonderlijke punten zijn volgens de AMDP-handleiding alle ter beschikking staande objectieve (d.w.z. bij onderzoek, gesprek en gedragsobservatie van arts, verpleegkundige en familieleden verkregen) en subjectieve (d.w.z. direct van de patiënt verkregen of gevraagde) informaties te gebruiken. Dit betekent dat men zich bij de coderingen baseert op zelfbeoordeling van de patiënt en/of beoordelingen door anderen. De evaluatieperiode waarop de noteringen betrekking hebben, kan, afhankelijk van de doelstelling van het onderzoek, variëren van de laatste 3 à 4 dagen tot de laatste maand.

Het besluitvormingsproces met betrekking tot de codering verloopt in vier stappen. (1) Als eerste moet de onderzoeker beslissen of een symptoom wel of niet te beoordelen is. (2) Als dit het geval is moet als volgende stap een besluit over de zekerheid van het oordeel worden gegeven (zeker versus onzeker). Zekerheid heeft betrekking op de betrouwbaarheid van de informatie. (3) Bij een zekere beoordeling moet

de onderzoeker vervolgens vaststellen of het symptoom aanwezig is of niet. (4) Indien een symptoom aanwezig is, moet de gradering van de ernst worden aangegeven (in licht, matig, ernstig of zeer ernstig) en daarna wordt de codering op het formulier aangebracht. De bepaling van de ernst wordt gebaseerd op een combinatie van intensiteit, duur en frequentie.

Indien de eerste twee stappen resulteren in de categorieën 'niet te beoordelen' en/of 'onzekerheid met betrekking tot de informatie', worden deze gecodeerd als niet vast te stellen ('N.V.'). Deze codering moet ook gebruikt worden als verzuimd is een punt te onderzoeken. De code 'N.V.' mag niet de persoonlijke onzekerheid van de onderzoeker uitdrukken.

De verwerking van de met behulp van het AMDP-systeem verkregen gegevens kan op symptoom- of syndroomniveau geschieden. Op symptoomniveau doen zich hierbij geen moeilijkheden voor.

De uitwerking van de gegevens tot syndromen, gebaseerd op factoranalyse, geschiedt met behulp van de computer of manueel. Bij de manuele verwerking moeten de waarden van de afzonderlijke symptomen (N = 5-12) die bij een bepaald syndroom behoren, opgeteld worden. Voor de computerverwerking zijn diverse programma's ontwikkeld.

In sommige centra worden hierbij de symptoomcoderingen van AMDP-4 en 5 en de daaruit berekende factorscores van elke patiënt door middel van een computerprogramma tot een syndroomprofiel verwerkt, dat de psychopathologische toestand van de patiënt weergeeft qua aard (profielvorm) en ernst (profielhoogte) (Troisfontaines e.a. 1987).

Bij de Nederlandse vertaling van het AMDP-systeem is een uniek computerverwerkingssysteem ontwikkeld (zie desbetreffende deel van het artikel).

Vergelijking van het AMDP-systeem met andere beoordelingsschalen

Het AMDP-systeem is in de loop van de jaren met de belangrijkste beoordelingsschalen vergeleken.

Hamilton Depression Rating Scale (*HDRS*; *Hamilton 1960, 1967*). Het AMDP-systeem is bij diverse open of dubbelblinde onderzoeken naar de werking van antidepressiva vergeleken met de Hamiltonschaal. Hierbij zijn met de Hamiltonschaal en met de AMP-syndromen van Baumann (1974, apatisch syndroom, somatisch-depressief syndroom en geremd depressief syndroom) vergelijkbare beloopsgegevens en statistische resultaten gevonden. Dit wijst op de vergelijkbaarheid van beide instrumenten met betrekking tot syndromen met depressieve symptomatologie.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall and Gorham 1962). De BPRS-dimensies en de AMDP-schalen 4 en 5 verschillen in abstractieniveau. In het AMDP-systeem worden de specifieke afzonderlijke punten (items) in een eerste stap gescoord en in een tweede stap worden deze punten omgerekend tot een syndroom dat bestaat uit 5-12 afzonderlijke punten. De BPRS-dimensies zijn vergelijkbaar met de syndromen van het AMDP en ze worden (globaal) gescoord in slechts één stap. De punten van het AMDP-systeem zijn méér specifiek en méér gedetailleerd wat betreft de psychopathologie, terwijl de dimensies van de BPRS gedeeltelijk algemeen-menselijke eigenschappen en houdingen beschrijven, veeleer dan duidelijke psychopathologische gegevens.

Bij onderzoek blijkt het AMDP-systeem psychotische patiënten beter te onderscheiden van neurotische patiënten dan de BPRS (Ban e.a. 1974). De BPRS bevat geen psycho-organische variabelen, met name geen stoornissen van de aandacht, het geheugen en/of oriëntatie. Er is geen BPRS-dimensie die lijkt op het psycho-organische syndroom van het AMDP (Freudenthal e.a. 1977).

Saarma en Morozov (1978) hebben een licht hogere sensitiviteit van de AMDP-schalen dan van de BPRS en HDRS vastgesteld wat betreft het meten van veranderingen tijdens de farmacotherapeutische behandeling van depressie en schizofrenie. Bobon e.a. (1982) hebben vastgesteld dat de 13-punts-syndroomschaal, afgeleid van AMDP-factoren, superieur is ten opzichte van de BPRS met betrekking tot de globale evaluatie van de psychopathologie. De conclusie is dat met het AMP-systeem een méér gedifferentieerde psychiatrische descriptie mogelijk is en een méér accurate en consistente classificatie van psychiatrische patiënten in vergelijking met de BPRS.

Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS; Lorr e.a. 1963, 1966). De IMPS bevat 90 items bestemd voor psychiatrische diagnostiek (symptomen) en is geformuleerd in de omgangstaal.

De punten van de AMDP-schaal zijn geformuleerd in psychiatrische vakterminologie. De IMPS kent een achtvoudige gradering van de items (van 'niet aanwezig' tot 'extreem ernstig') en de AMDP kent een gradering van 0-4.

Bij factoranalyse bevat het AMDP-systeem (Duitse versie), in vergelijking met de IMPS, drie factoren méér, namelijk organisch psychosyndroom en hypochondrisch en fobisch/obsessief syndroom.

De AMP-schaal omvat dus een groter deel van de psychopathologie (Mombour 1973). Door de aanwezigheid van het hypochondrische en het fobisch/obsessief syndroom is met behulp van het AMDP-systeem een betere differentiatie van neurosen ten opzichte van depressie mogelijk dan met de IMPS (Mombour 1974).

Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS; Asberg, Montgomery e.a. 1978). Woggon (1979) heeft een vergelijkend onderzoek verricht

van beide schalen bij 40 patiënten met depressieve en psychotische symptomatologie. Bij een inhoudelijke vergelijking op symptoomniveau komt zij tot de volgende resultaten: (a) enkele klinisch relevante symptomen komen in de CPRS niet voor (b.v. stoornis van de vitale gevoelens, gebrek aan ziekte-inzicht, gebrek aan coöperatie); (b) bij 50 van de 65 CPRS-symptomen bestaan significante correlaties met AMDP-symptomen, dat wil zeggen er bestaat een relatief sterke overeenstemming tussen beide schalen; (c) voor psychofarmacotherapeutisch onderzoek mist de CPRS een voldoende aantal punten betreffende mogelijke bijwerkingen van psychotrope geneesmiddelen, gedrag, circadiane fluctueringen van de symptomen en de houding van de patiënt ten opzichte van zijn ziekte.

De conclusie van Woggon is dat het AMDP-systeem een méér gedifferentieerd en omvattend beeld van de status praesens geeft dan de CPRS. Dit geldt echter voor goed getrainde onderzoekers met een gedetailleerde kennis van de psychopathologie.

Voor een gedifferentieerde beoordeling van de verhouding tussen beide methodes zijn verdere onderzoeken nodig (b.v. gemeenschappelijke factoranalyse, correlaties op schaalniveau).

De syndromen welke door het AMDP-systeem en door de andere systemen worden omvat, zijn te vinden in appendix III. De methodologie van de vergelijkingen is te vinden in het Test-Manual zum AMDP-System (Baumann en Stieglitz, Springer 1983).

Present State Examination (PSE; Wing e.a. 1974). De 140 punten (items) van zowel het AMDP-systeem als de PSE hebben dezelfde conceptuele basis (Duitse psychopathologie), maar verschillende doelstellingen (meting van verandering en syndroom diagnostiek bij het AMDP-systeem en nosologische diagnostiek bij de PSE). Ze hebben betrekking op de actuele toestand van de patiënt en op hetzelfde type psychiatrische stoornissen, namelijk vooral psychosen en depressies. Dank zij de Franse reservepunten (items) over angst en seksualiteit, is de Franse versie van het AMDP-systeem superieur ten opzichte van de originele AMP-versie wat betreft de diagnostiek van angsttoestanden. Het AMDP-systeem bevat méér somatische punten (N=40) en de PSE geeft meer aandacht aan wanen en hallucinaties. Bovendien heeft het AMDP-systeem een aantal reservepunten. Verder zijn er verschillen in de gradering: AMDP (N=5) en PSE (N=3), waardoor met behulp van het AMDP-systeem veranderingen tijdens de therapie beter geregistreerd kunnen worden. Daarentegen geeft het AMDP-systeem geen of weinig criteria voor de gradering, de PSE wél.

Het AMDP-systeem is vooral ontwikkeld voor klinisch gebruik, de PSE voor research doeleinden.

De AMDP-punten zijn gegroepeerd in 19 rubrieken (12 psychopathologische, 7 somatische) die overeenkomen met het klassieke klinische onderzoek. De PSE-items zijn gegroepeerd in 15 secties die min-

der direct aansluiten op het, in de praktijk gebruikelijke, klinische onderzoek. Het type interview bij het AMDP-systeem is vrij of semigestructureerd, bij de PSE gestructureerd.

Nederlandse vertaling*

De Nederlandse vertaling van het AMDP-systeem is tot stand gekomen door de samenwerking van twee Nederlandse (Hoes, Pluymakers) en twee Belgische (De Cuypere, Jannes) psychiaters, die uit een verschillende werksetting komen (klinisch versus poliklinisch, perifeer versus academisch). Als basistekst voor het glossarium is de Engelse versie gekozen daar deze beter gestructureerd is en aldus beter leesbaar. Bij discussies over bepaalde psychische ziekteverschijnselen bleek het herhaaldelijk nodig de Duitse versie te raadplegen wegens de gedetailleerde omschrijving van de begrippen.

Zowel de psychische als de somatische reservesymptomen zijn overgenomen uit de Franse versie. Deze reservesymptomen hebben in 't bijzonder betrekking op angst- en seksuele symptomen. Aldus wordt de AMDP-schaal meer bruikbaar voor onderzoek en diagnostiek van 'neurotische' patiënten. Dit is met name op de polikliniek van belang. De 5-puntsgradering van de ernst van de symptomen (statistisch significanter dan de 4-puntsgradering) is ontleend aan de Engelse en Franse versie.

Bij de Nederlandse uitgave van het AMDP-systeem is een computerdatasysteem uitgewerkt in samenwerking met ing. D. Theunis. Daartoe is een codeboek ontworpen met een numerieke scoring, wat de nauwkeurigheid van de registratie bevordert. Bij het ontwerpen van dit computerdatasysteem is ervan uitgegaan dat er behoefte bestaat aan zowel een centrale verwerking van bepaalde standaardgegevens als aan een gedecentraliseerde verwerking van specifieke gegevens. Dit betekent dat alle medewerkende centra een standaardversie invullen waardoor uitwisseling in multicentergebonden gebruik van data mogelijk is naast het gebruik van specifieke variabelen door elk centrum apart. Er is computercompatibiliteit bereikt, ongeacht de gehanteerde hardware.

De onderzoeker kan ook selectief gegevens ter beschikking stellen aan andere centra (of blokkeren). Het gebruik van een uitgebreide – aan verschillende centra verbonden – databank, stelt de onderzoekers uit de aangesloten centra in staat wetenschappelijk onderzoek uit te voeren op deze gezamenlijke populatie. Het bevorderen van een uniforme communicatie, of althans op gelijke terminologie en concepten gesteunde informatieverwerking en verspreiding, is een belangrijk bijkomend voordeel.

* De Nederlandse uitgave van het AMDP-systeem is op te vragen bij het onder dit artikel vermelde correspondentieadres.

Conclusie

Op grond van de voorgaande beschouwing blijkt dat met behulp van het AMDP-systeem een betere documentering en kwantificering van de psychische toestand van de patiënt volgens de klassieke Europese psychopathologische concepten mogelijk is dan bij gebruik van andere systemen. Het AMDP-systeem werkt al jaren als stimulans tot internationale standaardisering van de psychiatrische concepten en termen. Het kan beschouwd worden als het Europese Psychiatrische Dossier.

Literatuur

AMDP (1979), *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*, 3. Aufl. Springer, Berlijn, Heidelberg, New York.

AMDP (1982), *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*, 4. Aufl. Springer, Berlijn, Heidelberg, New York.

Guy, W., en T.A. Ban (red.) (1982), *The AMDP-System*. Springer, Berlijn, New York.

Angst, J., R. Battegay en W. Pöldinger (1964), Zur Methodik der statistischen Bearbeitung des Therapieverlaufs depressiver Krankheitsbilder. *Meth. Inform. Med.* 3, 54-56.

Angst, J., R. Battegay, D. Bente, P. Berner, W. Broeren, F. Cornu, P. Dick, M.P. Engelmeier, H. Heimann, K. Heinrichs, H. Helmchen, H. Hippius, W. Pöldinger, P. Schmidlin, W. Schmitt en P. Weis (1969), Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). *Arzneimittel-Forsch.* 19, 399-405.

Angst, J., B. Woggon en J. Schoepf (1977), The treatment of depression with L-5-Hydroxytryptophan versus Imipramine. Results of two open and one double-blind study. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 224, 175-186.

Angst, J., A. Dittrich en B. Woggon (1979), Reproduzierbarkeit der Faktorenstruktur des AMP-Systems. *Int. Pharmacopsychiat.* 14, 319-324.

Ban, T.A. (1978), The AMP System in English, 1575-1579. In: P. Deniker e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*. Pergamon Press, Oxford.

Ban, T.A., H.E. Lehmann, L. Galvan, J.-C. Pecknold en M. Climan (1974), A transcultural study with clomacran: comparison of two assessment methods. *Curr. Ther. Res.* 16, 971-989.

Baumann, U. (1974), Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219, 89-103.

Beckmann, H., D. Athen, M. Olteanu en R. Zimmer (1979), dl-phenylalanine versus imipramine: a double-blind controlled study. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 227, 49-58.

Bente, D., M.P. Engelmeier, K. Heinrich, H. Hippius en W. Schmitt (1961), Zur Dokumentation medikamentöser Wirkungen bei der psychiatrischen Pharmakotherapie. *Arzneimittel-Forsch.* 11, 886-890.

Bobon, D.P., (red.) (1978); *Le manuel AMDP*. Presses universitaires, Luik.

Bobon, D.P. (1978): Conceptual and semantic problems raised by the French translation of the AMP Psychopathology Scale, 1583-1588. In: P. Deniker e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*. Pergamon Press, Oxford.

Bobon, D.P., (red.) (1981), *Le système AMDP*, 2e ed. Coll. Psychol. Sci. hum., Mardaga, Brussel.

Bobon, D.P., P. Dick, H. Dufour, J. Fanielle, H. Heimann, J.P. Huber, H. Lucciono, J. Mirel, W. Mombour, C. Mormont, S. Pirée en D. Pringuey (1978), L'échelle AMP: un pas vers l'intégration européenne en psychopathologie quantitative 372-379. In: P. Warot (red.), *C.R. 75e Congr. Psychiat. Neurol. franc.* Masson, Parijs.

Bobon, D.P. (1978), Comparaison du système AMDP à d'autres dossiers psychiatriques standardisés et échelles multifactorielles d'évaluation de la psychopathologie. *Acta Psychiat. Belg.* 78, 559-572.

Bobon, D., C. Mormont, A. Doumont, J. Mirel, P. Bonhomme, M. Ansseau, J. Pellet, C. Pull, R. de Buck, P. Gerney, I. Mormont, F. Lang, J. Lejeune, C. Bronckart en R. von Frenckell (1982), Analyse factorielle de la révision française de l'échelle AMDP. *Acta Psychiatr. Belg.*

Bobon, D., U. Baumann, J. Angst, H. Helmchen en H. Hippius (red.) (1983a), *AMDP-System in pharmacopsychiatry*. Karger, Basel.

Bobon, D., en M. Timsit-Berthier (1984), Comparaison de l'AMDP et du PSE sur la base d'un entretien standardisé intégré. *Ann. méd.-psychol.* 142, 865-869.

Bobon, D., B. Troisfontaines, C. Digonnet, F. Lang, C. Mormont, J. Pellet en R. von Frenckell (1984), Structure factorielle de l'AMDP: analogie avec les études de langue allemande et originalité de l'adaptation française. *Ann. méd.-psychol.* 142, 870-880.

Dick, P., J. Angst, R. Battegay, F. Cornu, H. Heimann, W. Pöldinger, P. Schmidlin en P. Weis (1967), Problèmes des essais thérapeutiques pluricentriques. (A propos d'une tentative de collaboration des 5 cliniques psychiatriques universitaires suisses), 823-825. In: J.J. Lopez Ibor (red.), *Proc. IVth World Congr. Psychiat.*, 2. Excerpta Medica, Amsterdam.

Freudenthal, J., R. Gebhardt en A. Pietzcker (1977), AMP (PAS) and BPRS: a comparison of two assessment methods. *Pharmakopsychiat.* 10, 57-66.

Galvan, L., A. Torres en D. Nieto (1976), Clomacran in the treatment of schizophrenic patients. A comparison of two assessment methods. *Psychopharmacol. Bull.* 12, 30-31.

Helmchen, H. (1975), The AMP System as a method in clinical pharmacopsychiatry, 87-134. In: H. Hippius (red.), *Assessment of pharmacodynamic effects in human pharmacology*. Part I. Psychopharmacological screening tests/Symposia Medica Hoechst 10-I. Schattauer, Stuttgart.

Helmchen, H. (1978), Pregnancy and infancy of the German-Swiss AMP System, 1557-1559. In: P. Deniker e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*. Pergamon Press, Oxford.

Hentschel, U., W. Schubö en D. von Zerssen (1976), Diagnostische Klassifikationsversuche mit zwei standardisierten psychiatrischen Schätzskalen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 221, 283-301.

Kraepelin, E. (1919), Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. *Ges. Neurol. Psychiatr.* 51, 224-246.

Lapierre, Y.D. (1978), The implications of the AMP System in Canadian psychiatry, 1581-1582. In: P. Deniker e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*. Pergamon Press, Oxford.

Mombour, W. (1974), Symptomhäufigkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit zwei Schätzskalen für den psychopa-

thologischen Befund (IMPS und AMP-Skala). *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219, 133-152.

Mombour, W. (1974), Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen. Eine vergleichende Untersuchung mit Hilfe von zwei Schätzskalen für den psychopathologischen Befund (IMPS und AMP-Skala), *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219, 331-350.

Mombour, W., G. Gammel, D. von Zerssen en H. Heyse (1973), Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes, *Nervenarzt* 44, 352-358.

Mombour, W. (1987), L'enseignement de la psychopathologie à l'aide du Système AMDP au cours de la formation postgraduée, *Acta Psych. Belgica.*

Mormont, Chr. (1987), Systématisation de l'entretien clinique en fonction des échelles AMDP, *Acta Psych. Belgica.*

Papart, P., en M. Ansseau (1987), Echelle manie-dépression de l'AMDP et inversion maniaque, 214-218, *Psychiatrie & Psychobiologie.*

Pöldinger, W., J. Angst, R. Battegay, F. Cornu, P. Dick, H. Heimann, P. Schmidlin en P. Weis (1967), Methodik und Ergebnisse einer Zusammenarbeit zwischen fünf schweizer Kliniken, 34-38. In: H. Brill e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*, 5. Excerpta Medica, Amsterdam.

Saarma, J., en G.V. Morozov (1978), Experiences with the Russian and Esthonian translations of the AMP Psychopathology Scale in depression and schizophrenia, 1569-1570. In: P. Deniker e.a. (red.), *Neuro-psychopharmacology*. Pergamon Press, Oxford.

Scharfetter, C. (1971), *Das AMP-System*. Springer-Verlag, Berlijn.

Scharfetter, C. (1972), *Das AMP-System*, 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlijn.

Stieglitz, R.D., e.a. (1985), *AMDP in multiaxial classification*. WPA Montreal, Canada.

Stieglitz, R.D., E. Fähndrich en H. Helmchen (1987), Applications du Système AMDP dans le diagnostic et la prédiction, *Acta Psych. Belgica.*

Troisfontaines, B., D.P. Bobon, C. Digonnet, F. Lang, C. Mormont, J. Pellet en R. von Frenckell (1984), Structure factorielle de l'AMDP: analogie avec les études de langue allemande et originalité de l'adaptation française. *Ann. méd.-psychol.* 142, 870-880.

Troisfontaines, B., en D. Bobon (1987), Les échelles, analyses factorielles et sous-échelles de l'AMDP francophone, *Acta Psych. Belgica.*

Woggon, B. (1979), Untersuchung zur Validität der übergeordneten AMP-Skalen durch Vergleiche mit der Hamilton Depressions-Skala, BPRS und IMPS. *Int. Pharmacopsychiat.* 14, 338-349.

Woggon, B., en J. Angst (1976), Das Wirkungsprofil von Carpipramin. Ergebnisse einer offenen Prüfung und einer Doppelblindprüfung gegen Doxepin. *Arzneimittel-Forsch.* 26, 2226-2230.

Woggon, B., J. Angst, M. Gmür, K. Hess, E. Hurwitz, H. Martens, R. Rothweiler en A. Steiner (1976), Klinische Doppelblindstudie mit zwei verschiedenen Dosierungen von Maprotilin (150 und 225 mg pro die). *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 222, 13-25.

Woggon, B., en A. Dittrich (1979), Konstruktion übergeordneter AMP-Skalen: 'manisch-depressives' und 'schizophrenes Syndrom'. *Int. Pharmacopsychiat.* 14, 325-337.

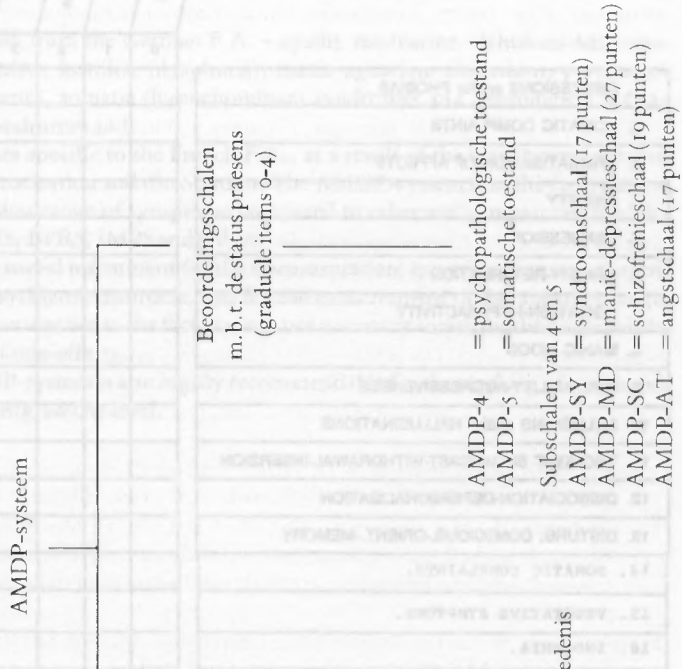
Woggon, B. (1979a), Comparison between Comprehensive Psychopathological

Rating Scale (CPRS) and Association for Methodology and Documentation in Psychiatry (AMP) system. *Prog. Neuro-Pharmacol.* 3, 423-427.

Woggon, B. (1979b), Untersuchung zur Validität der übergeordneten AMP-Skalen durch Vergleiche mit der Hamilton-Depression-Skala, BPRS and IMPS. *Int. Pharmacopsychiatry* 14, 338-349.

Woggon, B., A. Dittrich, N. von Luckner en W. Keller (1980), Untersuchung zur Stabilität der faktoriellen Struktur des AMP-Systems im Behandlungsverlauf. *Int. Pharmacopsychiatry* 15, 350-364.

Appendix I



Appendix II

SYNDROMIC GLOBAL EVALUATION OF PSYCHOPATHOLOGY
corresponding to AMDP factors

PATIENT'S NAME :	OBSERVER'S NAME :	STUDY : Date : Time :

	Absent	Mild	Moderate	Severe	Extremely severe	Not ascertained
	0	1	2	3	4	7
1. OBSESSIONS and/or PHOBIAS						
2. SOMATIC COMPLAINTS						
3. DRAMATISATION OF AFFECTS						
4. ANXIETY						
5. DEPRESSION						
6. APATHY-RETARDATION						
7. AGITATION-HYPERACTIVITY						
8. MANIC MOOD						
9. IRRITABILITY-AGGRESSIVENESS						
10. DELUSIONS and/or HALLUCINATIONS						
11. THOUGHT BROADCAST-WITHDRAWAL-INSERSION						
12. DISSOCIATION-DEPERSONALISATION						
13. DISTURB. CONSCIOUS.-ORIENT.-MEMORY						
14. SOMATIC COMPLAINTS.						
15. VEGETATIVE SYMPTOMS.						
16. INSOMNIA.						
17. EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS.						

Appendix III

Syndromen in beoordelingsschalen

Klin. syndromen	HDRS	BPRS	CPRS	IMPS	AMP/AMDP
Schizofrenie		+	+	+	+
Depressie	+	+	+	+	+
Manie			+	+	+
Organische psychosen				+	+
Neurosen					+
Bijwerkingen			+		+

+ = aanwezig in de betreffende schaal

Summary: The AMDP-system

The AMDP-system is a standardized documentation system that has been developed in Europe by the 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie' and which has been published in six different languages since 1971.

The AMDP-system consists of three anamnestic parts: (AMDP-form 1 to 3) and of two comprehensive rating scales, which cover present psychopathology (100 standard items + 15 additional write-in items) and present somatic symptoms (40 + 7 items), all being rated on a scale from 0 to 4. The scales' reliability, validity, sensitivity and factorial reproducibility have been proven.

Factoranalytical study has shown that the AMDP-scales contain the following syndromes:

– 9 syndromes from the German F.A. – apathy retardation, delusions-hallucinations, depression, hostility (dysphoria), mania-agitation, obsessions, psycho-organic syndromes, somatic (hypochondriac) syndromes and neurological (extrapiramidal) syndromes and

– 3 syndromes specific to the French F.A., as a result of the extra write-in items: anxiety, dramatization and dissociation. The AMDP-system is multi-factorial and has the broadest range of symptoms compared to other well-known rating scales such as HDRS, BPRS, IMPS and CPRS.

It is a very useful instrument for the documentation, quantification and administration of psychiatric disorders, and for the measurement of therapeutic change. Another advantage lies in the fact that it is not necessary to use another scale for the assessment of side-effects.

The AMDP-system is also highly recommendable for the teaching of psychopathology at postgraduate level.

J.W.M. Pluymakers, psychiater, is hoofd Polikliniek Psychiatrie Zuiderziekenhuis, Rotterdam (opleidingspolikliniek Deltaziekenhuis te Poortugaal); *G. de Cuypere*, psychiater, is verbonden aan de Psychiatrische Kliniek, Universitair Ziekenhuis Gent (België); *M.J.A.J.M. Hoes*, psychiater, is verbonden aan de PAAZ Ziekenhuis Rivierenland, Tiel; *C. Jannes* is hoogleraar psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent (België); *D. Theunis*, computerdeskundige, is verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent (België); correspondentieadres: J.W.M. Pluymakers, Polikliniek Psychiatrie Zuiderziekenhuis, Groene Hilledijk 315, 3075 EA Rotterdam.

Dankbetuiging: de auteurs zijn speciale dank verschuldigd aan mevr. C.M.W. Chantrel, afd. Interne Zaken Deltaziekenhuis (Poortugaal), voor de voortreffelijke secretariële assistentie.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 8-9-'89.