

Het dimensionele karakter van psychotische stoornissen

door R.J. van den Bosch en F. Luteyn

Samenvatting

Psychoticisme is het dimensionele alternatief voor het categoriebegrip psychose. In dit onderzoek werd deze dimensie onderzocht, en werd de validiteit beoordeeld. Daartoe zijn psychotische en niet-psychotische patiënten onderzocht met behulp van diverse zelfbeoordelingsschalen voor psychoticisme, extraversie en neuroticisme, gestructureerd interview en een beoordelingsschaal voor psychotische symptomen. Over de scores op de zelfbeoordelingsschalen werd een factoranalyse uitgevoerd. Psychoticisme kwam naar voren als een duidelijke factor, die significant correleerde met symptoomscores, en die de enige factor was waarop de verschillende diagnostische groepen zich significant van elkaar onderscheidden. De andere factoren lieten zich beschrijven als extraversie, neuroticisme en impulsiviteit-rigiditeit. Zij vertegenwoordigen weliswaar minder centrale, maar wel klinisch relevante, aspecten van psychotische stoornissen.

Inleiding

Een bekend probleem op het terrein van de psychiatrische diagnostiek wordt gevormd door de arbitraire afgrenzingen van de gangbare categorieën. De vele ontwikkelingen op classificatiegebied gedurende de laatste jaren hebben vooral betrekking op dit soort kwesties, en nauwelijks op het fundamentele probleem van de kunstmatige grenzen waar continua of dimensies de werkelijkheid meer recht doen. Het probleem is oud, en er is veel over geschreven (zie voor een overzicht: Blashfield 1984). Categorieën passen beter in ons dagelijks denken en handelen, en er valt veel voor te zeggen dat ze de meest pragmatische ordening bieden voor de praktijk. Onderzoekers zijn in principe meer geïnteresseerd in de mate waarin concepten door een deugdelijke theorie worden ondersteund dan in praktische hanteerbaarheid. Het is dus niet verwonderlijk dat de dimensionele benadering in het wetenschappelijk onderzoek een vaste plaats heeft ingenomen. Niet dat klinici daar geheel aan voorbijgaan. Men hoeft maar te denken aan het hier en daar

ingeburgerde gebruik van depressieschalen bij de behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen. In het domein van de neurotische en de persoonlijkheidsstoornissen heeft de dimensionele opvatting al veel meer ingang gevonden dan in dat van de grote psychiatrische ziektebeelden, de psychosen. Wanneer wij ons beperken tot dat gebied valt op dat het psychosebegrip in de klinische praktijk bijna altijd als een categoriebegrip wordt gebruikt, en dat hoogstens, op een niet altijd even zorgvuldige manier, gebruik gemaakt wordt van de termen 'randpsychotisch' en 'prepsychotisch'.

Toch zijn er al sinds de jaren vijftig (multi)dimensionele schalen voor psychotische stoornissen beschikbaar (Åsberg e.a. 1978; Krawiecka e.a. 1977; Lorr 1953; Lorr e.a. 1963; Magaro e.a. 1981; Overall en Gorham 1962; Venables 1957; Venables en O'Connor 1959; Wittenborn 1962). In het algemeen zijn dit beoordelingsschalen die door de onderzoeker worden ingevuld. In recenter jaren zijn er zelfbeoordelingsschalen ontwikkeld, die bovendien de dimensionele interpretatie van psychotische belevingen doortrekken tot in de normaliteit. Met andere woorden, er wordt een continuüm verondersteld dat loopt van normale, via licht afwijkende, tot zeer deviante belevingen. Dit continuüm wordt psychoticisme genoemd. De plaats op deze psychoticismedimensie geeft aan in welke mate sprake is van psychotiforme belevingen, of van de neiging tot dit soort belevingen. Het belang van het psychoticismebegrip is gelegen in de mogelijkheid op deze manier de werkelijkheid meer recht te doen dan bij arbitraire en rigide dichotomisering. Daar kan het onderzoek van profiteren, maar ook de klinische praktijk, bij voorbeeld bij het vervolgen van de ontwikkeling die patiënten doormaken tijdens een behandeling.

Een van de eersten die onderzoek deed naar een psychoticismedimensie was Eysenck (Eysenck 1952; Eysenck en Eysenck 1976). Hij heeft veel moeite gedaan een schaal te ontwikkelen, die psychoticisme meet als een persoonlijkheidsdimensie die onafhankelijk is van neuroticisme en die gedefinieerd wordt op basis van belevingen en gedragingen die zich niet beperken tot psychiatrische patiënten. In de opvatting van Eysenck (1977) is de relatie tussen psychoticisme en psychose vergelijkbaar met die tussen neuroticisme en neurose: de 'isme'-concepten hebben betrekking op de predispositie, die in interactie met stressvolle omgevingsfactoren kan leiden tot psychotische of neurotische reacties. Inhoudelijk verwijderd zijn psychoticismeschaal zich nogal van wat men gewend is psychotisch of psychotiform te noemen. Andere operationalisering van het psychoticismeconstruct blijven dichter bij de fenomenologie, en zijn gebaseerd op gradaties van belevingen, die milde varianten zijn van de klassieke psychotische ervaringen.

Eysenck veronderstelt met psychoticisme een tamelijk stabiele trek te meten, maar anderen gaan niet van deze aanname uit. De mate waarin psychoticismescores toestands(on)afhankelijk zijn is niet goed on-

derzocht. Psychoticismescales worden onder andere gebruikt om de tendens tot psychotische ervaringen te meten bij gezonde populaties, en bij voorbeeld vervolgens vergelijkend onderzoek te doen bij extreem laag respectievelijk hoog scorende subgroepen. Wanneer aldus blijkt dat, op erkende psychose 'markers', personen die hoog scoren zich tot laag scorende personen verhouden als psychotische patiënten tot een gezonde steekproef, dan ondersteunt dat de validiteit van een psychoticismeschaal. Dergelijk onderzoek is dan ook met betrekking tot diverse psychoticismescales verricht. Een probleem blijft voorts nog dat op inhoudsniveau er nogal grote verschillen bestaan tussen schalen die allemaal de pretentie hebben psychoticisme te meten. Dat maakt het niet gemakkelijk een keuze te maken, en het roept vragen op.

Een theoretisch interessante vraag is, in welke mate de verschillende operationalisering, dus de diverse bestaande psychoticismescales, niettemin eenzelfde psychoticismedimensie vertegenwoordigen, en daar als het ware verschillende aspecten van belichten. Dat zou betekenen dat er één onderliggende psychoticismetrek is, die in meer of mindere mate aanwezig kan zijn. Het zou ook betekenen dat het mogelijk moet zijn een psychoticismeschaal te construeren die de verschillende invalshoeken combineert.

Psychotische patiënten hebben vrijwel altijd ook neurotische symptomatologie, maar het omgekeerde is niet het geval. Psychoticisme zou dus verondersteld kunnen worden beter dan neuroticisme te discrimineren binnen een populatie van psychiatrische patiënten, en zou moeten samenhangen met klinische verschijnselen van psychose. Een tweede vraag is daarom of de psychoticismedimensie, wat betreft de relatie met klinisch-diagnostische gegevens, zich bij psychiatrische patiënten inderdaad onderscheidt van de neuroticismedimensie. Dit is dus de vraag naar de validiteit van de psychoticismedimensie.

Ter beantwoording van deze vragen wordt hier een onderzoek beschreven, dat werd uitgevoerd bij een steekproef van psychotische en niet-psychotische patiënten. Bij deze patiënten werd een aantal zelfbeoordelingsscales en een diagnostisch interview afgenomen. Op basis van de schaa scores werd onderzocht of psychoticisme als aparte onderliggende dimensie, onafhankelijk van neuroticisme, naar voren kwam. De validiteit van deze dimensie werd nader onderzocht door correlatie met klinisch-diagnostische gegevens, en door vergelijking van verschillende diagnostische groepen. Psychoticisme werd in dit opzicht tevens vergeleken met andere dimensies in het onderzochte domein, in het bijzonder neuroticisme.

Methode

a. *Patiënten.* Er werd een steekproef onderzocht van 105 psychiatrische

patiënten, die recent waren opgenomen danwel voor poliklinische behandeling waren aangemeld. De volgende uitsluitingscriteria werden gehanteerd: (1) leeftijd beneden 18 of boven 60 jaar, (2) te laag intelligentieniveau, voor zover blijkend uit twee of meer doublures op de lagere school, (3) organisch-cerebrale functiestoornissen blijkens neurologisch onderzoek of EEG, (4) ernstige agitatie of verwardheid. De steekproef omvatte 48 mannen en 57 vrouwen. De leeftijden varieerden tussen 19 en 58 jaar (gemiddelde leeftijd 35,9 jaar, SD 9,7). De totale duur van alle psychiatrische opnamen tot het moment van beoordeling varieerde tussen 0 en 7 jaar (gemiddelde totale opnameduur 5,2 maanden, SD 11,6). Het onderzoek betrof zowel psychotische als niet-psychotische patiënten.

(b) *Instrumenten.* De volgende diagnostische gegevens werden verzameld:

1. DSM-III-diagnose. De patiënten werden op basis van alle ter beschikking staande informatie geclassificeerd volgens het DSM-III-systeem (APA 1980). Over deze classificatie werd consensus bereikt tussen twee psychiaters.

2. PSE. Er werd een verkorte versie afgenomen van de Present State Examination (PSE, Wing e.a. 1974), die zich beperkte tot de psychotische symptomen. De PSE registreert het voorkomen van psychiatrische, in dit geval psychotische, symptomen gedurende de maand voorafgaand aan het interview. Het aantal aanwezige psychotische symptomen werd vastgesteld en als variabele in het onderzoek meegenomen.

3. PPE. In aansluiting op het PSE-interview werden de schalen voor 'Psychotic and Psychotic-like Experiences' (PPE, Chapman en Chapman 1980) gescoord. Deze schalen geven een kwantitatieve maat van de maximale ernst waarmee bepaalde psychotische symptomen ooit in het verleden aanwezig waren. Het PSE-interview werd daartoe aangevuld met vragen, gebaseerd op de omschrijvingen bij de ankerpunten van deze schalen. De zes PPE-schalen geven scores tussen 1 (normaal) en 11 (maximaal deviant) aan psychotische en psychotiforme gradaties van de volgende belevingen: gedachtenuitzending, beïnvloedingservaringen, gehoorshallucinaties, gedachtenonttrekking, andere deviante (waan)opvattingen, en visuele hallucinaties.

Daarna werd een aantal zelfbeoordelingsschalen ingevuld:

4. EPQ. De Eysenck Personality Questionnaire (EPQ, Eysenck en Eysenck 1975). Deze vragenlijst omvat schalen voor Psychoticisme (P), Extraversie (E), en Neuroticisme (N), en een Leugen (L-) schaal. De P-schaal beschrijft een deviante sensatiezucht, acting-out neiging en antisociale killeid.

5. DPQ. De Differential Personality Questionnaire (DPQ, Tellegen 1978). Uit deze vragenlijst participeerden in dit onderzoek de schalen

voor Psychoticisme ('Unfriendly World'), Extraversie (drie subschalen: 'Social Closeness', 'Social Potency' en 'Impulsiveness') en Neuroticisme ('Stress Reaction'). De Unfriendly World-schaal heeft betrekking op gevoelens door anderen oneerlijk behandeld en misbruikt te worden.

6. Perceptual Aberration-schaal (Chapman e.a. 1978). Deze schaal registreert een bepaald soort perceptiestoornissen: voorbijgaande afwijkende en bizarre gewaarwordingen, vooral betreffende het eigen lichaam.

7. Physical Anhedonia-schaal (PhA, Chapman e.a. 1976). Deze schaal meet anhedonie, dat is het onvermogen te genieten. Op grond hiervan wordt deze schaal verondersteld een centraal kenmerk van schizofrenie te vertegenwoordigen. De items van de diverse schalen werden onderling vermengd, om geen reeksen achtereenvolgende vragen met deviante inhoud aan te bieden.

Resultaten

Omdat, met uitzondering van de EPQ (Van Kampen 1976), over de diverse schalen geen gegevens uit ons taalgebied voorhanden waren, werd eerst de meest basale voorwaarde, de mate waarin de items uit een schaal één construct meten, onderzocht. De interne consistentie van de gebruikte zelfbeoordelingsschalen bleek over het algemeen goed. Eysenck's P-schaal was een uitzondering, met een Cronbach's alpha van .64 (wat als matig moet worden beschouwd). Alle andere schalen hadden alpha's boven de .80 (tabel 1).

De verdere analyse omvatte een factoranalyse om de structuur van het zelfrapportagedomein zichtbaar te maken. Op de gebruikte zelfbeoordelingsschalen werd een Principale Componenten Analyse uitgevoerd. Alle factoren met een eigenwaarde groter dan 1 zijn varimax gerooteerd. Tabel 1 vat de resultaten samen. De eerste factor, die bijna 30% van de variantie verklaart, omvat de beide Neuroticismeschalen. Deze factor vertegenwoordigt duidelijk neuroticisme. Op de tweede factor, met bijna 20% verklaarde variantie, laden het hoogst de Perceptual Aberration-, Unfriendly World- en Social Potency-schalen, en wat minder hoog de P-schaal. Dit is een psychoticismefactor. De derde factor omvat de E-schaal, de Social Closeness-schaal en, met negatieve lading, de Physical Anhedonia-schaal. Een goede interpretatie van deze factor is extraversie. De vierde factor wordt vertegenwoordigd door de L-schaal en, met een ander teken, de Impulsiveness-schaal en, wederom, de P-schaal. Deze factor omvat een combinatie van impulsiviteit en hardheid, en met tegengesteld teken de defensiviteit en het dogmatisme van Eysenck's L-schaal. Kortom, de dimensie impulsiviteit-rigiditeit.

De validiteit van de gevonden psychoticismedimensie werd vervol-

Tabel 1: Varimax geroteerde factormatrix van de zelfrapportage psychoticismeschalen (alleen factorloadingen >.40)

	Alpha	I	II	III	IV
Psychical Anhedonia	.81	—	—	-.79	—
Perceptual Aberration	.94	—	.64	—	—
Unfriendly World	.89	—	.69	—	—
Social Closeness	.81	—	—	.82	—
Social Potency	.82	—	.82	—	—
Impulsiveness	.86	—	—	—	.64
Stress Reaction	.93	.93	—	—	—
P	.64	—	.44	—	.67
E	.87	—	—	.72	—
N	.89	.92	—	—	—
L	.87	—	—	—	-.84

Factor	Eigenwaarde	% Variantie	Cumulatieve variantie
I	3.26	30.5	30.5
II	2.10	18.3	48.8
III	1.44	12.1	60.9
IV	1.25	10.7	71.6

gens onderzocht door analyse van de samenhang met door de onderzoeker vastgestelde symptoombeoordelingen. Voor alle patiënten werden daartoe factorscores berekend, die per patiënt aangeven hoe hoog de score op iedere factor is. Vervolgens zijn de Pearson-correlatiecoëfficiënten van deze factorscores met de symptoomscores berekend (tabel 2). De aandacht ging daarbij dus in het bijzonder uit naar de tweede (psychoticisme)factor. Tevens werd de samenhang met enkele demografische variabelen onderzocht.

De psychoticismefactor bleek niet significant te correleren met leef-

Tabel 2: Pearson-correlaties tussen factorscores en enkele demografische variabelen en symptoomscores (alleen $p < .05$)

	Factorscore			
	I	II	III	IV
Leeftijd	.27*	—	—	-.38*
Geslacht	.29**	—	—	—
Hospitalisatie	—	.18	—	—
PSE-somscore	.26*	.39**	—	.27*
PPE-somscore	—	.40**	-.16	.21

* = $p < .01$; ** = $p < .001$

tijd en geslacht. Er werd een lage maar net significante correlatie van .18 ($p < .05$) gevonden met de totale opnameduur. De correlatie met de somscore van de PPE-schalen was .40 en die met de psychotische symptoomscore van de PSE was .39 (beide $p < .001$). Factor IV correleerde eveneens significant, maar lager dan factor II, met de PSE- en PPE-scores en factor I deed dat met de PSE-score.

Vervolgens werd gekeken naar de samenhang tussen factorscores en classificatie volgens DSM-III als psychotisch of niet-psychotisch. Tabel 3 geeft deze resultaten, alsmede de PPE- en PSE-scores van de aldus onderscheiden subgroepen. Psychotische en niet-psychotische patiënten verschillen zeer significant qua factorscores op de tweede factor, maar niet op de andere factoren. Bij een verdere onderverdeling van de onderzochte groep patiënten in de diagnostische categorieën schizofrenie, andere psychotische stoornis, niet-psychotische affectieve stoornis en andere niet-psychotische stoornis blijken de factorscores op factor II in deze volgorde af te nemen. Parallel daaraan dalen in deze volgorde ook de PPE- en PSE-scores (tabel 4).

Discussie

Factoranalyse van een aantal zelfbeoordelingsschalen leverde enige goed interpreteerbare onafhankelijke dimensies op. Deze dimensies waren: neuroticisme, psychoticisme, extraversie en impulsiviteit-rigiditeit. Daarmee onderscheidt de gevonden factorstructuur zich niet van de factorstructuur die bij gezonde populaties in het persoonlijkheidsdomein wordt gevonden, en die ook de basis is van Eysenck's persoonlijkheidstheorie. De eerste vraag kan bevestigend worden beantwoord: de psychoticismeschalen concentreren zich in de tweede factor, waarbij alleen de P-schaal zich wat ambivalent gedraagt. Daar-

Tabel 3: Symptoomscores en factorscores bij dichotomie psychotisch versus niet-psychotisch volgens DSM-III

	Niet-psychotisch (n=63)		Psychotisch (n=42)		t	
	M	SD	M	SD		
PPE-schalen - somscore	8.8	(4.8)	24.1	(13.3)	7.2	($p < .001$)
PSE - psych. sympt. (n)	0.8	(1.6)	5.0	(4.7)	5.6	($p < .001$)
Factorscores						
I	.00	(1.0)	.00	(1.1)	.0	(ns)
II	-.32	(0.9)	.48	(1.0)	4.2	($p < .001$)
III	.08	(1.1)	-.12	(0.9)	1.0	(ns)
IV	-.11	(1.0)	.17	(1.0)	1.4	(ns)

Tabel 4: Symptoomscores en factorscores bij verdere onderverdeling van de diagnostische groepen

	Schizofrenie n=17	Andere psychose n=25	Niet- psychot. affect. stoornis n=22	Andere niet- psychot. stoornis n=41	F
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
PPE- somscore	35.3 (12.3)	16.3 (6.6)	9.2 (4.0)	8.6 (5.2)	66.5 (p<.001)
PSE- psychot. symptomen	6.9 (6.3)	3.7 (2.5)	1.4 (1.9)	0.5 (1.3)	20.0 (p<.001)
Factorscore					
I	-.20 (1.0)	.13 (1.1)	.30 (.7)	-.16 (1.0)	1.4 (ns)
II	.74 (.9)	.30 (1.0)	-.17 (1.1)	-.39 (.7)	7.3 (p<.001)
III	-.14 (.9)	-.10 (.9)	-.02 (1.1)	.13 (1.1)	.4 (ns)
IV	.32 (1.0)	.07 (1.0)	-.26 (.9)	-.03 (1.0)	1.1 (ns)

naast komt ook een extraversieschaal hier terecht, waarover dadelijk meer.

Eysenck's P-schaal doet het dus wat minder goed, zowel wat de inhoudelijke als wat de formele psychometrische eigenschappen betreft. De negatieve correlatie met L is bekend (Eysenck en Eysenck 1976), evenals de relatie met impulsiviteit (Rawlings 1984). De interne consistentie van deze schaal is echter onbevredigend, en de schaal laadt dan ook maar matig hoog op de psychoticismefactor en hoger op de impulsiviteitsfactor. Over de problematische status van de P-schaal is eerder in de Nederlandstalige literatuur gerapporteerd (Van Kampen 1976). In eerder eigen onderzoek bleken psychotische patiënten weliswaar significant hoger te scoren dan niet-psychotische patiënten, maar het verschil met 'normale' controles was niet significant (Van den Bosch

1982). Eysenck heeft inmiddels een revisie van zijn P-schaal gepubliceerd, die een aantal verbeteringen zou inhouden (Eysenck e.a. 1985). De interne consistentie van de andere psychoticismeschalen is heel bevredigend en vrijwel identiek aan die, welke door andere onderzoekers is gerapporteerd (Chapman e.a. 1982; Tellegen 1978).

De resultaten laten een goede overeenstemming zien tussen de psychoticismezelfbeoordelingsdimensie en de psychiatrische beoordeling door de interviewer, of dat nu actuele psychotische symptomatologie betreft of psychopathologie uit het verleden. Als enige van de vier factoren discrimineert de psychoticismefactor bovendien goed en in de gewenste richting tussen de diagnostische categorieën volgens het DSM-III-classificatiesysteem. Dat ondersteunt de validiteit, en wijst op een potentieel belang van deze dimensie voor nadere typering van psychopathologie volgens een continuüm model.

Die validiteit wordt verder bevestigd door het feit dat de neuroticismedimensie in dit laatste opzicht niets te bieden heeft: de factorscores zijn niet significant verschillend tussen de diagnostische groepen. Wel is er een samenhang met de mate waarin psychotische symptomen aanwezig zijn, maar in mindere mate dan voor psychoticisme en alleen met actuele symptomatologie. Misschien is hier vooral de toestandsafhankelijkheid van neuroticismebeoordelingen in het spel, en is die gevoeligheid voor psychoticismematen geringer. De correlatie met PSE- en PPE-scores wijst in die richting. De correlatie met psychotische belevingen in het verleden is alleen significant voor de psychoticismefactor. Hier moet echter meer onderzoek naar verricht worden. Psychoticisme kan waarschijnlijk bij toepassing binnen een populatie van psychiatrische patiënten het beste als ernstmaat worden beschouwd, waarbij vooralsnog in het midden moet worden gelaten in welke mate hiermee een 'trait'-dan wel een 'state'-kenmerk wordt beoordeeld.

Interessant is ook dat de anhedonieschaal van de Chapmans in de extraversiefactor terechtkomt. Die bevinding is ook gedaan bij een 'normale' populatie (Muntaner e.a. 1988). Eysenck heeft al veel eerder verdedigd dat de extraversiedimensie relevant is voor een onderverdeling van niet alleen neurotische, maar ook psychotische patiënten (Verma en Eysenck 1973). Dat wordt door deze bevindingen ondersteund. Anhedonie is een centraal kenmerk van veel depressies, en het is gerelateerd aan de affectieve vervlakking die kenmerkend is voor het negatieve syndroom in het kader van een schizofrenie, maar ook, in mildere mate, voor de schizothyme persoonlijkheidsstoornis.

De Physical Anhedonia-schaal is dus geen psychoticismeschaal, en de P-schaal is slechts in beperkte mate een psychoticismeschaal. De Perceptual Aberration- en Unfriendly World-schalen daarentegen meten onmiskenbaar aspecten van het psychoticismeconstruct en laden beide tamelijk hoog op de psychoticismefactor. Het is interessant daarbij op te merken dat dit niet ligt aan overlap op itemniveau. Bestude-

ring van beide schalen leert dat het om totaal verschillende operationalisering van psychoticisme gaat, die inhoudelijk niets met elkaar te maken lijken te hebben. Ze verwijzen dus kennelijk naar een gemeenschappelijke onderliggende trek of cognitieve organisatie. Opvallend is voorts dat de Social Potency-schaal hoog laadt op de psychoticismefactor. Tellegen (1978) beschrijft een typische hoog scorende persoon als iemand die assertief is, in sociale situaties het initiatief neemt, goed mensen kan overtuigen, en graag in de belangstelling staat. Hoewel de DPQ expliciet werd ontwikkeld om een ruim aantal onafhankelijke dimensies (in factoranalytische zin) te vertegenwoordigen, blijkt bij een psychiatrische populatie Social Potency dus te verwijzen naar psychoticisme. De verwantschap is niet onmiddellijk duidelijk, maar kan wellicht het beste worden begrepen door Social Potency bij psychiatrische patiënten te interpreteren als een tendens tot manifome ontremming.

Het zou onjuist zijn om alleen de psychoticismefactor van belang te achten voor een dimensionele interpretatie van psychotische stoornissen. Psychoticisme is onmiskenbaar de centrale dimensie in dit opzicht, maar ook de andere factoren vertegenwoordigen klinisch relevante aspecten van psychotische en psychotiforme stoornissen. Lage scores op de extraversiefactor verwijzen naar de sociale isolatie en anhedonie die bij het negatieve syndroom horen. Hoge scores op de impulsiviteitsfactor, die ook correleert met psychotische symptoomscores, passen onder andere bij het borderline-profiel en hoge neuroticiteitscores passen bij het schizothymieprofiel volgens DSM-III(-R) (Muntaner e.a. 1988).

Ook de andere factoren zijn dus essentieel voor een nauwgezette typering van psychotische stoornissen. Dat kan vanuit overwegingen van pragmatische eenvoud argumenten leveren voor handhaving van de traditionele categoriebegrippen. Voorstanders van de dimensionele benadering kunnen echter wijzen op de objectieve, empirisch steeds opnieuw bevestigde en niet tot het gebied van de psychopathologie beperkte factorstructuur van onze beleavings- en gedragswereld. Waar onze huidige psychiatrische classificaties nog altijd overwegend op consensusoverwegingen zijn gebaseerd, zou dit zowel onderzoekers als klinici toch te denken moeten geven.

Als de voortekenen niet bedriegen, is de toekomst van de wetenschappelijke psychiatrie aan een veel meer functiegeoriënteerde benadering, gericht op bij voorbeeld biochemische, neurofysiologische, psychologische en sociale beschrijvingsniveaus. Die benadering relateert de traditionele nosologische begrippen. DSM-III-R en ICD-10 ten spijt wordt langzamerhand de conclusie onontkoombaar dat we niet zo heel veel wijzer worden van het steeds maar weer aanscherpen van negentiende-eeuwse diagnostische afgrenzingen. Het blijven kunstmatige grenzen. Voor de indeling van het beleavings- en gedrags-

domein bij mensen met of zonder psychiatrische problematiek biedt de dimensionele beschrijving volgens zo objectief mogelijk vastgestelde patronen in principe de klinische onderzoeker het beste perspectief, ook al zijn er nog vele obstakels. Dat laat onverlet dat voor andere doeleinden, bij voorbeeld epidemiologisch onderzoek, of communicatie tussen beroepsbeoefenaren, een overzichtelijke indeling in categorieën het meest bruikbaar is en ook wel zal blijven. Of dat ook zo is ten aanzien van de indicatiestelling voor medicamenteuze of andere behandelingen valt nog te bezien.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition. APA, Washington.
- Åsberg, M., S.A. Montgomery, C. Perris, D. Schalling en G. Sedvall (1978), A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 271, 5-27.
- Blashfield, R. K. (1984), *The classification of psychopathology. Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. Plenum Press, New York.
- Bosch, R.J. van den (1982), *Attentional correlates of schizophrenia and related disorders*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Chapman, L.J., en J.P. Chapman (1980), Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 476-489.
- Chapman, L.J., J.P. Chapman en E.N. Miller (1982), Reliabilities and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 187-195.
- Chapman, L.J., J.P. Chapman en M.L. Raulin (1976), Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 374-382.
- Chapman, L.J., J.P. Chapman en M.L. Raulin (1978), Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Eysenck, H.J. (1952), *The scientific study of personality*. Routledge and Kegan Paul, Londen.
- Eysenck, H.J. (1977), Comments. Psychosis and psychoticism: a reply to Bishop. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 427-430.
- Eysenck, H.J., en S.B.G. Eysenck (1975), *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*, Hodder and Stoughton, Londen.
- Eysenck, H.J., en S.B.G. Eysenck (1976), *Psychoticism as a dimension of personality*. Hodder and Stoughton, Londen.
- Eysenck, S.B.G., H.J. Eysenck en P. Barrett (1985), A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Kampen, D. van (1976), De 'Personality Questionnaire' van Eysenck en Eysenck: een factoranalytisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 31, 23-34.
- Krawiecka, M., D. Goldberg en M. Vaughan (1977), A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299-308.
- Lorr, M. (1953), Multidimensional scale for rating psychiatric patients. *Veterans Administration Technical Bulletin*, 10, 507.

- Lorr, M., C.J. Klett, D.M. McNair en J.J. Lasky (1963), *Inpatient multidimensional psychiatric scale*, Manual. Consult. Psychol. Press, Palo Alto.
- Magaro, P.A., L. Abrams en P. Cantrell (1981), The Maine scale of paranoid and nonparanoid schizophrenia: reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 438-447.
- Muntaner, C., L. Garcia-Sevilla, A. Fernandez en R. Torrubia (1988), Personality dimensions, schizotypal and borderline personality traits and psychosis proneness. *Personality and Individual Differences*, 9, 257-268.
- Overall, J.E., en D.R. Gorham (1962), The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Rawlings, D. (1984), The correlation of EPQ psychoticism with two behavioural measures of impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 5, 591-594.
- Tellegen, A. (1978), *Manual of the Differential Personality Questionnaire*. University of Minnesota (ongepubliceerd).
- Venables, P.H. (1957), A short scale for rating 'activity-withdrawal' in schizophrenics. *Journal of Mental Science*, 103, 197-199.
- Venables, P.H., en N. O'Connor (1959), A short scale for rating paranoid schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 105, 815-818.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wittenborn, J.R. (1962), The dimensions of psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 134, 117-128.
- Verma, R.M., en H.J. Eysenck (1973), Severity and type of psychotic illness as a function of personality. *British Journal of Psychiatry*, 122, 573-585.

Summary: The dimensional nature of psychosis

Psychoticism is the dimensional alternative to the categorical concept of psychosis. In this study we examined this psychoticism dimension and its validity. Psychotic and nonpsychotic patients received various self-rating scales measuring psychoticism, extraversion and neuroticism, a structured interview, and were rated on a scale for psychotic(-like) experiences. Scores on the self-rating scales were factor analyzed. Psychoticism emerged as a clear factor. It correlated significantly with symptom scores and the various diagnostic groups were significantly different only on this factor. The other factors were extraversion, neuroticism and impulsivity-rigidity. These factors are less important in describing psychotic disorders, but nevertheless they tap clinically relevant aspects.

Prof. dr. R.J. van den Bosch is als hoogleraar psychiatrie en *F. Luteyn* als klinisch psycholoog, universitair hoofddocent verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 10-10-'89.