

## De validiteit van het Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R): een pilot-studie\*

Theo K. Bouman<sup>1</sup> en Corine de Ruiter<sup>2</sup>

In de laatste decennia is de classificatie van de angststoornissen (en van psychopathologie in het algemeen) steeds verder verfijnd. De huidige versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R; APA, 1987) bevat veel meer gespecificeerde subcategorieën van angststoornissen dan zijn voorgangers DSM-II en DSM-III, bijvoorbeeld 'paniekstoornis met agorafobie', 'sociale fobie' en 'gegeneraliseerde angststoornis' (ook wel algemene of diffuse angststoornis genoemd; Koster van der Groos, 1988). De angststoornissen worden gerangschikt onder de klinische syndromen op as-1, die de meest uitgewerkte is van de in totaal vijf assen. De opkomst van dit classificatieschema ging vergezeld van de ontwikkeling van semi-gestructureerde interviews om de stoornissen op een gestandaardiseerde wijze te diagnostiseren. Geheel conform de DSM-III-R gaat het daarbij om het stellen van een categorische diagnose, in de zin van de aan- of afwezigheid van een specifieke (angst)stoornis. Het gebruik van interviews zoals het Anxiety Disorders Interview Schedule (DiNardo et al., 1983) en de Initial Evaluation Form (Mezich et al., 1981) heeft de diagnostische betrouwbaarheid aanzienlijk vergroot.

In de huidige bijdrage staat de gereviseerde versie van het Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-R) centraal. DiNardo et al., (1983) hebben dit semi-gestructureerde interview destijds vooral ontwikkeld als een onderzoeksinstrument voor gebruik in hun onderzoekskliniek voor angststoornissen. Het doel van het interview is het stellen van categorische diagnoses binnen het domein van de angststoornissen volgens DSM-III (en later DSM-III-R die aanleiding gaf tot het ADIS-R). De mogelijke aanwezigheid van depressie, psychosen en middelenmisbruik kan men op grond van dit interview

<sup>1</sup> Sectie Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

<sup>2</sup> Vakgroep Algemene Pedagogiek, Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 9555, 2300 RB Leiden.

\* Met dank aan A. Scholing van de sectie Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, voor het beschikbaar stellen van de gegevens van de sociaal fobische patiënten.

eveneens nagaan. Vanwege de onderzoeksachtergrond, waarin men veelal uitgebreide informatie over proefgroepen wil verzamelen, is een groot aantal vragen opgenomen die feitelijk *niet* nodig zijn voor het stellen van de diagnose. Naast kennelijke voordelen kleven hieraan ook nadelen, waarvan het belangrijkste de grote tijdsinvestering is; de oorspronkelijke afnameduur is anderhalf tot twee uur. Dit laatste wordt ook in de hand gewerkt doordat de Hamilton Angst Schaal (Hamilton, 1959) en de Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1967), die bedoeld zijn om respectievelijk angst en depressie te kwantificeren, een onderdeel van het ADIS vormen. Ten slotte kan men naast een primaire (of hoofd-) diagnose in voorkomende gevallen een secundaire (of toegevoegde) As-I-diagnose stellen. Het onderscheid hiertussen is gebaseerd op het klinische oordeel over de ernst van de afzonderlijke As-I-diagnoses en op de mate waarin de klachten met de dagelijkse bezigheden van de patiënt interfereren. DiNardo et al. (1983) rapporteren in het eerste onderzoek met het ADIS-interview (waarin werd uitgegaan van DSM-III) de hoogste en tevens bevredigende coëfficiënten kappa ( $\kappa > 0,70$ ) voor de agorafobische en de sociaal fobische diagnoses. Kappa is een coëfficiënt die de voor kans gecorrigeerde overeenstemming uitdrukt tussen twee nominale variabelen, zoals de oordelen van twee clinici (Cohen, 1960). De kappa voor alle diagnoses te zamen was redelijk, namelijk 0,65.

Wat betreft de angststoornissen zijn er verscheidene onderzoeksrapporten verschenen waarin de validiteit van de DSM-III(-R) categorieën is onderzocht door het onderling vergelijken van symptoomprofielen van patiënten met angststoornissen (Barlow et al., 1986a; Cameron et al., 1986; Turner et al., 1986). De bevindingen uit deze onderzoeken ondersteunen het onderscheid tussen enerzijds de angsttoestanden (paniekstoornis met en zonder agorafobie, en gegeneraliseerde angststoornis) en anderzijds de fobische stoornissen (enkelvoudige en sociale fobie). De laatstgenoemde groep stoornissen werd steeds gekenmerkt door een minder ernstig symptoomprofiel in termen van toestandsangst, angstdispositie, sociale vermijding, depressie en de angst voor negatieve evaluatie. Er bestaan tevens aanwijzingen voor de concurrente validiteit van specifieke diagnoses; sociaal fobici scoren hoger op maten voor sociale vermijding, terwijl agorafobici hogere scores behalen op maten voor agorafobische vermijding. In de bovengenoemde Amerikaanse studies was het aantal patiënten in een aantal angstcategorieën slechts gering.

In Nederland onderzochten Knoppert-Van der Klein en Hiddema (1989) de relatie tussen enkele DSM-III (dus geen DSM-III-R) categorieën en de acht schalen van de Symptom Check List (SCL-90, zie verderop in dit artikel) bij 102 depressieven (in engere zin en dysthymen) en 106 angstpatiënten (paniekstoornis, agorafobie en algemene angststoornis). In dat artikel blijft onduidelijk op welke wijze de dia-



gnose tot stand is gekomen en of er een interviewschema is gebruikt. Wat betreft de resultaten blijkt dat de depressieve groep significant hoger scoort op de schalen 'Depressie', 'Insufficiëntie van denken en handelen', 'Interpersoonlijke sensitiviteit', 'Slaapproblemen', en 'Hostiliteit'; de angstgroep scoorde slechts hoger op de schaal 'Agorafobie', terwijl er op de schalen 'Angst' en 'Somatisatie' geen verschillen bestaan. De conclusie van de auteurs is dat er nogal wat overlap is tussen de groepen in termen van verdelingseigenschappen van schaalscores, ondanks het feit dat er geen patiënten in de proefgroep waren opgenomen die zowel depressieve als angstklachten hadden.

In het Nederlandse taalgebied is inmiddels de belangstelling voor het ADIS-R-interview toegenomen. De vertaling en bewerking door De Ruiter (1989) heeft inmiddels zijn weg gevonden in zowel klinische als onderzoekstoepassingen. Uit het oogpunt van de afnametijd zijn hieruit de Hamilton Angst Schaal en de Hamilton Depression Rating Scale achterwege gelaten. Met deze ADIS-R is tot op heden in Nederland geen uitgebreid betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek gedaan. Het huidige verslag betreft het eerste Nederlandse onderzoek naar de constructvaliditeit van een aantal met het ADIS-R-interview vastgestelde DSM-III-R-categorieën. In dit verkennende onderzoek ligt de nadruk vooral op de angststoornissen; voor het contrast zijn tevens enkele depressieve en hypochondere groepen opgenomen.

## Methodie

### Proefpersonen en procedure

De totale proefgroep bestaat uit 223 ambulante patiënten die zich voor behandeling hadden aangemeld bij ofwel de vakgroep Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, ofwel bij de sectie Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 35,0 jaar ( $sd = 10,5$  jaar) en 57,4% van de groep bestond uit vrouwen. Elke ADIS-R werd door één klinisch psycholoog afgenomen (ofwel door mw. drs. A. Scholing (klinische psychologie, RUG), ofwel door een van de auteurs). Het interview maakte deel uit van een intakeprocedure waarin patiënten werden geselecteerd voor deelname aan onderzoeken naar de behandeling van angststoornissen.

### Instrumenten

Het *Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised* werd in de Ne-

derlandse vertaling van De Ruiter (1989) bij alle patiënten afgenomen, teneinde de aanwezigheid van DSM-III-R-diagnoses te stellen van angststoornissen, stemmingsstoornissen en hypochondrie.

Op beide locaties vulden de patiënten een groot aantal vragenlijsten in, waaronder de *Symptom Check List-90* (SCL-90; gebruikt is de Nederlandse geautoriseerde bewerking van Arrindell en Ettema, 1986). Dit is een betrouwbare en valide multidimensionele indicator voor de ernst van psychopathologie. De SCL-90 bestaat uit acht subschalen: 'Agorafobie' (AGO), 'Angst' (ANG), 'Depressie' (DEP), 'Somatisatie' (SOM), 'Interpersoonlijke sensitiviteit' (SEN), 'Insufficiëntie van denken en handelen' (INS), 'Hostiliteit' (HOS) en 'Slaapproblemen' (SLA). In tegenstelling tot het ADIS-R, dat categorieën onderscheidt, geeft de SCL-90 een dimensionele score.

### Resultaten

Op grond van de intake-interviews werden de primaire diagnoses gesteld zoals zij zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. De diagnostische categorieën uitgesplitst naar geslacht en leeftijd.

	n	M/V	m <sub>ft</sub>
Paniekstoornis met agorafobie	118	38/80	33,9
Paniekstoornis zonder agorafobie	26	13/13	33,5
Gegeneraliseerde angststoornis	11	8/ 3	47,7
Sociale fobie	38	18/20	34,7
Hypochondrie	8	6/ 2	33,0
Depressie in engere zin	13	7/ 6	36,6
Dysthymie	9	5/ 4	39,7
Totale groep	223	95/128	35,0

M = aantal mannen; V = aantal vrouwen; m<sub>ft</sub> = gemiddelde leeftijd.

De diagnostische groepen verschillen significant van elkaar ten aanzien van geslacht [ $\chi^2(6, n = 223) = 14,96; p < 0,05$ ], hetgeen vooral wordt veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van vrouwen in de agorafobische groep. Ook vinden we een leeftijdsverschil [ $F_{(6,216)} = 3,61, p < 0,01$ ]; vooral de gegeneraliseerde-angstgroep blijkt beduidend ouder te zijn. Geslacht en leeftijd zijn slechts zwak gerelateerd aan de SCL-90-schalen.

Voor elk van de acht subschalen van de SCL-90 werd een univariate variantieanalyse (ONEWAY) uitgevoerd om vast te stellen of er



Tabel 2. Gemiddelden en standaarddeviaties van de schalen van de Symptom Check List (SCL-90) per diagnostische groep.

SCL-90-schaal	ADIS-R >		PS + A		PS		GAS		Sociale fobie		Hypo-chondrie		Depressie i.e.z.		Dysthymie		F <sub>(6,217)</sub>
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	
Agorafobie	25,31	6,90	14,38	5,42	12,64	3,32	12,82	5,25	14,38	4,34	21,92	7,89	17,11	7,24	29,24***		
Angst	32,37	8,52	28,73	8,38	26,91	8,01	22,79	8,11	36,63	7,82	37,31	7,02	25,78	7,58	9,81***		
Depressie	42,20	12,61	34,23	11,09	36,45	10,49	37,87	14,56	49,13	5,91	54,15	15,83	44,11	12,10	4,95***		
Somatisatie	32,85	10,55	27,27	11,16	31,91	8,44	22,56	8,41	36,75	6,98	36,23	10,71	28,33	9,68	6,87***		
Interpers. sens.	39,28	14,34	30,88	9,83	34,00	13,14	41,03	11,10	39,38	10,78	47,75	11,58	36,22	15,40	3,03**		
Insufficiëntie	22,15	6,97	18,58	4,97	20,73	7,16	19,85	7,14	23,00	5,45	25,69	3,57	19,33	4,87	2,61*		
Slaapproblemen	6,86	3,38	6,92	3,67	8,09	3,78	5,41	2,22	9,63	2,67	11,54	4,14	7,33	2,35	6,85***		
Hostiliteit	10,67	4,36	8,50	1,56	9,73	3,66	9,67	3,19	13,25	4,10	12,62	3,97	10,11	3,18	2,92**		

PS + A: Paniekstoornis met agorafobie; PS: Paniekstoornis; GAS: Generaliseerde angststoornis; i.e.z.: in engere zin.

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001.

Tabel 3. Post-hoc verschillen op de Symptom Check List (SCL-90) voor paren 'diagnostische groepen' getoetst door middel van Scheffé's Multiple Range toets ( $p < 0,05$ ).

	PS+A (n = 118)	PS (n = 26)	GAS (n = 11)	Sociale fobie (n = 38)	Hypo- chondrie (n = 8)	Depressie i.e.z. (n = 13)	Dysthymie (n = 9)
PS+A	-						
PS	AGO	-					
GAS	AGO	geen	-				
Sociale fobie	AGO, ANG SOM	geen	geen	-			
Hypochoondrie	AGO	geen	geen	ANG, SOM	-		
Depressie i.e.z.	SLA	DEP, SEN SLA	geen	AGO, ANG DEP, SOM, SLA	geen	-	
Dysthymie	AGO	geen	geen	geen	geen	geen	-

De afkortingen verwijzen naar de schaalnamen van de SCL-90. De weergave van een schaalnaam betekent dat de twee groepen significant van elkaar verschillen op die schaal; zie tabel 2 voor de richting van het verschil. De term 'geen' houdt in dat de twee groepen op geen van de SCL-90-schalen verschillen.



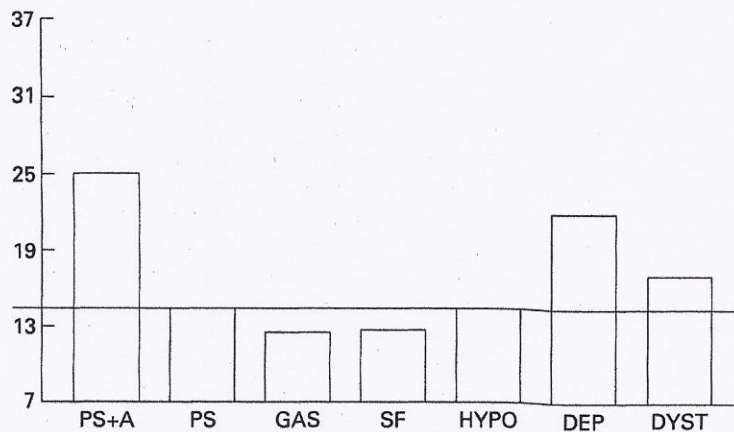
significante verschillen tussen groepen bestaan. Zoals uit tabel 2 is af te lezen, wordt voor alle schalen een significant overall-groepseffect gevonden.

Wanneer we de gevonden schaalscores vergelijken met de poliklinisch psychiatrische groepen die staan vermeld in de SCL-90-handleiding (Arrindell & Ettema, 1986), valt op dat de meeste scores liggen tussen  $m - s_e$  en  $m + s_e$  (waarin  $m$  staat voor het gemiddelde en  $s_e$  voor de standaardmeetfout). Hogere of lagere waarden worden aangetroffen bij groepen die significant van elkaar verschillen. Op alle schalen, behalve op 'Hostiliteit' en 'Interpersoonlijke sensitiviteit', draagt het verschil tussen de hoogst-scorende en laagst-scorende diagnostische categorie tussen de 1 en 2 standaarddeviaties (eveneens volgens Arrindell & Ettema, 1986).

Vervolgens hebben we nagegaan tussen welke diagnostische groepen de verschillen zich vooral manifesteren. Daartoe zijn *post-hoc* multipele vergelijkingen uitgevoerd met behulp van de Scheffé-methode, die minder gevoelig is voor Type-I-fouten dan andere methoden. Hierbij is  $p < 0,05$  aangehouden in verband met het exploratieve karakter van dit onderzoek. Tabel 3 laat voor alle paarsgewijze vergelijkingen zien welke schaal een significant verschil oplevert. Op de schalen 'Insufficiëntie van denken en handelen' en 'Hostiliteit' doen zich geen significante groepsverschillen voor.

Er zijn 21 paarsgewijze vergelijkingen tussen diagnostische groepen gemaakt, waarvan een negental significante resultaten oplevert. Vijf paren groepen verschillen slechts op één SCL-schaal en vier paren groepen verschillen op meer dan één schaal. In zijn totaliteit is dit geen spectaculair resultaat; het onderscheid tussen de diagnostische groepen is beperkt. De scherpste verschillen betreffen volgens tabel 3 ten eerste de schalen die de Depressieve en de Sociaal fobische groep van elkaar onderscheiden (namelijk 5 schalen) en ten tweede de verschillen tussen de groep Paniekstoornis-met-agorafobie (PS + A) en de Sociaal fobische groep (namelijk 3 schalen). De laatstgenoemde groep scoort blijkens tabel 2 doorgaans het laagste.

Een markant punt is het onderscheid dat de agorafobieschaal maakt tussen de PS + A-groep en (afgezien van de Depressieve groep) alle overige categorieën. Figuur 1 is een illustratie van de groepsverschillen op de agorafobieschaal. De hoge agorafobiescore van de Depressieve groep komt enigszins onverwacht, maar is wellicht toe te schrijven aan de mogelijkheid dat veel van deze depressieve patiënten eveneens aan een angststoornis lijden. Verder kan depressie op zichzelf aanleiding geven tot een sterke inperking van dagelijkse activiteiten, waaronder ook wordt begrepen het zich buitenshuis begeven. Ten slotte blijkt de PS + A-groep op deze agorafobieschaal significant hoger te scoren dan de groep Paniekstoornis zonder vermijding (PS).



*Figuur 1.* Gemiddelde scores op de schaal Agorafobie per diagnostische groep.

De horizontale lijn geeft de herberekende gemiddelde score (= 14) aan voor de poliklinisch psychiatrische normgroep gebaseerd op de SCL-90-handleiding (Arrindell & Ettema, 1986).

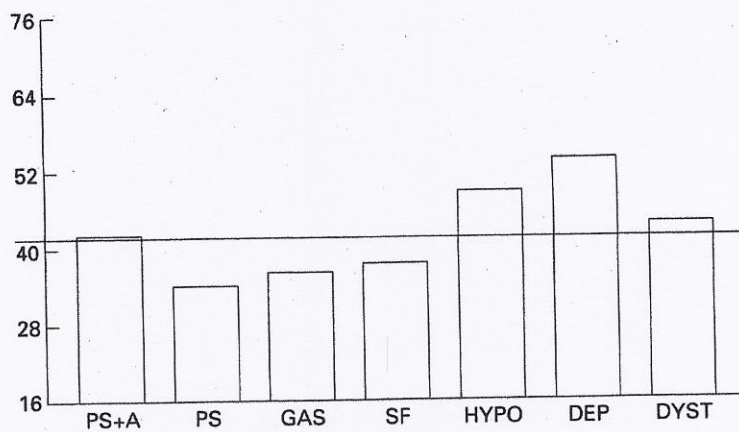
PS + A: Paniekstoornis met agorafobie; PS: Paniekstoornis; GAS: Gegeneraliseerde angststoornis; SF: Sociale fobie; HYPO: Hypochondrie; DEP: Depressie i.e.z.; DYST: Dysthymie.

Een ander opvallend resultaat is dat de groep Gegeneraliseerde angststoornis en de Dysthyme groep, behalve op de agorafobieschaal, geen verschillen vertonen ten opzichte van andere groepen (zie tabel 3). We kunnen dit wellicht begrijpen vanuit het gegeven dat het hierbij gaat om twee relatief diffuse categorieën met veelsoortige symptomen die ook vaak bij andere stoornissen worden aangetroffen.

De groep met Depressie in engere zin had weliswaar de hoogst depressiescore, maar verschilde hierop alleen significant van de groepen Paniekstoornis en Sociale fobie. Figuur 2 geeft dit grafisch weer.

Hypochondere patiënten scoorden het hoogst op de somatisatieschaal, hoewel ze hierop alleen van de Sociaal fobische groep significant verschilden. De Depressieve groep rapporteerde de meeste slaapproblemen, waarin zij significant verschilde van de groepen Sociale fobie, PS en PS + A.





Figuur 2. Gemiddelde scores op de Depressie-schaal per diagnostische groep.

Zie het onderschrift bij figuur 1. De herberekende gemiddelde depressiescore = 42.

### Discussie

De resultaten wijzen in de richting van een matige concurrente validiteit van een aantal angst- en depressieve categorieën zoals vastgesteld met het ADIS-R vis à vis een zelfbeoordelingsschaal voor psychopathologie. Een redelijk aantal schalen vertoont inhoudelijk zinvolle en ook significante relaties met de relevante diagnostische categorieën. Aan de andere kant moet worden opgemerkt dat er een niet te verwaarlozen overlap is. De twee duidelijkst te onderscheiden groepen zijn de groepen Paniek-met-agorafobie en Depressie; het minste onderscheid treffen we aan bij de groepen Gegeneraliseerde angst en Dysthymie. Depressieve patiënten kunnen globaal van de angststoornissen worden onderscheiden door hun hogere score op de schalen 'Depressie' en 'Slaap'. De schaalwaarden komen grosso modo overeen met die welke Knoppert-Van der Klein en Hiddema (1989) rapporteren in een Nederlandse proefgroep van ambulante angstige en depressieve patiënten. Het ligt voor de hand dat, wanneer men een *opgenomen depressieve groep in het onderzoek* zou betrekken, de schaalwaarden hoger zouden liggen zodat de contrasten scherper uitkomen, zoals ook de laatstgenoemde auteurs opmerken.

De huidige resultaten bevestigen eerdere bevindingen dat de Sociaal fobische groep wordt gekenmerkt door minder ernstige sympto-

men dan de groepen Paniekstoornissen (met en zonder agorafobie) en de Gegeneraliseerde angststoornis (GAS) (Cameron et al., 1986; Turner et al., 1986). Op hun beurt konden de Paniekstoornis en de Gegeneraliseerde angststoornis in dit onderzoek niet van elkaar worden onderscheiden op grond van SCL-90-scores. Voor een deel zou dit kunnen worden verklaard door de onduidelijke status van GAS als diagnostische categorie. Sommigen hebben de neiging om GAS als restcategorie te beschouwen, hoewel DSM-III-R (in tegenstelling tot DSM-III) duidelijk de centrale rol aangeeft die het overmatig-zorgenmaken over ten minste twee levensgebieden bij deze stoornis moet spelen. De algemene gespannenheid behorende bij GAS wordt echter ook vaak aangetroffen bij andere angststoornissen, hetgeen het bestaan van GAS als separate categorie naast andere angststoornissen vertroebelt (Barlow et al., 1986b). Een beter onderscheid tussen GAS en de andere angststoornissen kan wellicht worden gemaakt met een zelfbeoordelingsinstrument dat meer ingaat op de cognitieve aspecten van angst, vooral op het zich-zorgen-maken.

In het onderzoek van Barlow et al. (1986b) hadden de patiënten met Depressie in engere zin de hoogste angstscore, wat ook bij onze groep het geval was. Cameron et al. (1986) vergeleken agorafobici, sociaal fobici en patiënten met enkelvoudige fobie op de Amerikaanse versie van de SCL-90, welke een schaalstructuur heeft die enigszins verschilt van de Nederlandse versie. Overeenkomstig onze resultaten vonden laatstgenoemde auteurs significant hogere scores op de schalen 'Fobie', 'Angst', 'Depressie', 'Somatisatie', en 'Hostiliteit' in de groep PS + A in vergelijking met de Sociaal fobische groep. Op de schaal 'Interpersoonlijke sensitiviteit' bestond geen verschil; de overige schalen van de Nederlandse en Amerikaanse versies van de SCL-90 zijn inhoudelijk niet aan elkaar gelijk.

Vanuit de optiek van de SCL-90 bekeken, blijkt uit onze resultaten dat een dimensioneel instrument in staat is om (relatief) duidelijk omschreven en ernstige syndromen (zoals agorafobie en depressie i.e.z.) te detecteren. Wanneer er veel syndromale overlap is (en de pathologie minder ernstig, zoals bij GAS en dysthymie), ontbreken significante verschillen tussen groepen. Een alternatieve verklaring voor het beperkte onderscheid tussen veel groepen kan echter zijn gelegen in de (door ons niet geregistreerde) aanwezigheid van secundaire diagnoses. De vraag is in hoeverre door onze aandacht voor *primaire* As-I-diagnoses, groepsverschillen minder pregnant tot uiting zijn gekomen, aangezien er doorgaans specifieke patronen van comorbiditeit worden gevonden. Barlow et al. (1986a) vonden bijvoorbeeld vaak dat patiënten met paniekstoornis met agorafobie ook sociale- en enkelvoudige fobie hadden. De Ruiter et al. (1989) vonden in Nederland vergelijkbare resultaten, alsmede additionele stemmingsstoornissen bij paniepatiënten (met en zonder agorafobie). Methodisch is



het verder opdelen van groepen op aan- of afwezigheid van secundaire AS-I-diagnoses echter lastig, omdat daardoor een groot aantal en meestal (te) kleine subgroepen ontstaan.

Vervolgonderzoek zou vanwege bovengenoemde redenen mede gericht moeten zijn op het analyseren van de invloed van *secundaire* AS-I-diagnoses. Alleen een grootschalige opzet kan zodanig 'zuivere' groepen opleveren dat de secundaire diagnose als alternatieve verklaring kan worden uitgesloten. De totale proefgroep dient voorts patiënten met obsessief-compulsieve stoornis, post-traumatische stressstoornis en enkelvoudige fobie te bevatten. Betrouwbaarheidsonderzoek hoort in zo'n opzet opgenomen te zijn, waarbij idealiter twee clinici de interviews onafhankelijk van elkaar afnemen.

Ondanks de genoemde beperkingen kunnen we op dit moment stellen dat de concurrente validiteit van het ADIS-R-interview redelijk is te noemen, aangezien we informatie uit twee soorten bronnen hebben vergeleken, namelijk het interview (beoordeling door een clinicus) en vragenlijsten (zelfbeoordeling). Een verkorte versie van dit interview en gunstige resultaten uit grootscheeps betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek kan een uiterst nuttig instrument voor de klinische en de onderzoekspraktijk opleveren.

---

#### Summary

The validity of the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R): A pilot study.

This study examines the concurrent validity between DSM-III-R anxiety and depressive disorders diagnosed using the Anxiety Disorders Interview Schedule and the eight subscales of the Symptom Checklist-90. The subjects were 223 psychiatric outpatients (57.4% female, mean age 35.0 yrs.) seeking treatment for either anxiety, depressive or hypochondriacal disorders. On the whole, results show moderate conformity between the interview and the self-report check list.

Key words: Anxiety Disorders Interview Schedule, Symptom Check List-90, Validity.

---

#### Literatuur

APA (American Psychiatric Association) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third Edition - Revised*. Washington, D.C.: APA.

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multi-dimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Barlow, D.H., DiNardo, P.A., Vermilyea, B.B. Vermilyea, J.A. & Blanchard, E.B. (1986a). Co-morbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilyea, J.A., Vermilyea, B.B. & DiNardo, P.A. (1986b). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.
- Cameron, O.G., Thyer, B.A., Nesse, R.M. & Curtis, G.C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1132-1137.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 1, 37-46.
- DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T. & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Knoppert-Van der Klein, E.A.M. & Hiddema, T.S.O.M. (1989). Angst- en stemmingsstoornissen bekeken met behulp van de SCL-90, een zelfbeoordelingsklachtenlijst, in het licht van de revisie van de DSM-III-classificatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 392-398.
- Koster van der Groos, G.A.S. (1988). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mezzich, J.E., Dow, J.T., Rich, C.L., Costello, A.J. & Himmelhoch, J.M. (1981). Developing an efficient system for a comprehensive psychiatric institute. II. Initial evaluation form. *Behavioral Research Methods and Instrumentation*, 13, 464-478.
- Ruiter, C. de, Rijken, H., Garssen, B., Schaik, A. & Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Ruiter, C. de (1989). Nederlandse bewerking van het Anxiety Disorder Interview Schedule - revised (ADIS-R). Utrecht: Vakgroep Psychiatrie RUU.
- Turner, S.M., McCann, B.S., Beidel, D.C. & Mezzich, J.E. (1986). DSM-III classification of the anxiety disorders: A psychometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 168-172.