

## Les critères de diagnostic pour la recherche en psychiatrie (RDC) et le guide pour le diagnostic des troubles affectifs et de la schizophrénie (SADS) \*

Gérard CHARLES \*\*, Marc ANSSEAU \*\*\*

### ABSTRACT

#### The Research Diagnostic Criteria (RDC) and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)

*The Research Diagnostic Criteria (RDC) and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) were developed in the mid-1970s by researchers at the New York State Psychiatric Institute and at Columbia University. This article shows their clinical and research interests. The authors of the french translations, compare them to the recent DSM-III.*

*These criteria represent a widely used nosologic system for clinical research in psychiatry. The SADS was developed in an effort to provide research investigators with a clinical procedure which reduce information variance in both diagnostic and descriptive evaluations of subjects.*

*Key words:* RDC, SADS, Diagnostic, Methodology, DSM-III.

### Introduction

Le diagnostic psychiatrique traditionnel a été et est toujours vigoureusement contesté pour de multiples raisons : absence de pertinence du modèle médical appliqué aux affections psychiatriques, utilisation de fondements théoriques multiples, souvent mal délimités, pour la classification et valeur limitée du diagnostic pour les choix thérapeutiques.

Mais, sans nul doute, la critique la plus fondée s'adresse à la médiocrité du diagnostic (Spitzer *et al.*, 1975a). Deux exemples : dans une étude de Kendell *et al.* (1971), le même patient (enregistré en vidéo)

\* Présenté lors de la réunion conjointe de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique et du Groupe de Contact FNRS/FGWO, sur les techniques d'évaluation standardisées en Psychopathologie, Liège, le 10 décembre 1988.

\*\* Hôpital Vincent Van Gogh, Marchienne-au-Pont.

\*\*\* Unité de Psychiatrie Biologique et de Psychopharmacologie, Centre Hospitalier Universitaire — Sart-Tilman, Liège.

(Suite tableau I).

Trouble de Briquet (trouble des somatisations) \*

Personnalité anti-sociale \*

Alcoolisme

Trouble toxicomaniacque (en dehors de l'alcoolisme)

Trouble obsessionnel compulsif

Trouble phobique

Agoraphobie

Phobie sociale

Phobie simple

Phobie complexe

Psychose fonctionnelle non déterminée

Autres troubles psychiatriques

Traits schizotypiques \*

Absence de maladie mentale actuelle \*

Jamais de maladie mentale.

\* Ces conditions sont évaluées sur une base longitudinale. Toutes les autres conditions sont diagnostiquées sur la base de l'épisode actuel ou d'épisodes psychopathologiques précédents.

Chaque diagnostic à l'intérieur des RDC contient à la fois des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères réfèrent spécifiquement à des symptômes, des signes, une durée de la maladie ou le niveau de sévérité de la pathologie. Pour quelques diagnostics, certains symptômes ou ensembles de symptômes acquièrent une signification clinique uniquement s'ils persistent plus d'un certain temps, préalablement défini. Les termes diagnostiques sont fréquemment définis au sein des critères eux-mêmes, afin d'éviter toute ambiguïté. Il faut noter qu'il existe cependant une section spéciale qui permet de définir de manière plus extensive certains termes plus spécifiques, tels, par exemple, les troubles formels de la pensée.

En sélectionnant les critères spécifiques d'une catégorie diagnostique donnée, les auteurs ont voulu tenter de définir de manière opérationnelle la catégorie diagnostique qui satisfasse le mieux à la fois aux chercheurs et cliniciens.

Très souvent, les critères sont basés sur des évidences de recherches qui indiquent que ces critères choisis ont une utilité importante pour le diagnostic, en prédisant, par exemple, le devenir, la réponse aux traitements ou l'existence de pathologie dans la famille. Mais, en même temps,

plusieurs de ces critères représentent la tentative de rendre opérationnels des critères utilisés par les cliniciens, plus que le résultat de recherches cliniques formelles.

Tous les diagnostics RDC sont jugés comme étant absents, probables ou certains. Dans la plupart des cas, des critères précis sont proposés comme probables ou certains. Le diagnostic probable peut également être utilisé, même quand le patient semble remplir tous les critères pour un épisode certain, mais que le cotateur manque de certitude quant à l'existence d'un des critères ou à un quelconque doute à propos du diagnostic global. Par exemple, les critères du syndrome dépressif majeur présentés dans le tableau II.

TABLEAU II

**Critères pour l'épisode dépressif majeur.**

Les critères de A à F sont requis pour l'épisode de maladie envisagé.

A. Une ou plusieurs périodes distinctes avec une humeur dysphorique ou une perte d'intérêt ou de plaisir étendue. Ce trouble de l'humeur est qualifié par des termes tels que : déprimé, triste, mélancolique, désespéré, abattu, broyant du noir, « tout m'est égal » ou irritable. Le trouble doit être prononcé et relativement persistant mais ne doit pas nécessairement constituer le syndrome prédominant. Il n'inclut pas les changements momentanés d'une humeur dysphorique à une autre humeur dysphorique, par exemple de l'anxiété à la dépression, à la colère, tels qu'on les retrouve dans les états d'agitation psychotique aiguë.

B. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être apparus au cours de l'épisode pour un diagnostic certain et 4 pour un diagnostic probable (pour des épisodes antérieurs, à cause des difficultés mnésiques, un symptôme de moins est requis).

1. Appétit médiocre — perte de poids, ou appétit augmenté — gain de poids (perte de 1/2 kg par semaine pendant plusieurs semaines ou de 5 kg par an, en l'absence de régime).
2. Insomnie ou hypersomnie.
3. Perte d'énergie, fatigabilité, fatigue.
4. Agitation ou ralentissement psychomoteur (mais pas un simple sentiment subjectif d'être agité ou ralenti).
5. Perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles, y compris les relations sociales ou sexuelles (ne pas inclure si elle est limitée à une période délirante ou hallucinatoire) (la perte peut être étendue ou non).
6. Sentiment d'auto-accusation ou de culpabilité excessif ou inadapté (qui peut être délirant).

(Suite tableau II)

7. Plainte ou mise en évidence de difficultés d'idéation ou de concentration, telles qu'un ralentissement de la pensée ou de l'indécision (ne pas inclure si elles sont associées à des troubles formels de la pensée marquées).
8. Idées persistantes de mort ou de suicide, ou tout comportement suicidaire.
- C. Durée des symptômes dysphoriques : au moins une semaine depuis le premier changement perceptible dans l'état habituel du sujet (certain si la durée est supérieure à deux semaines, probable si elle est entre une et deux semaines).
- D. Pendant la période dysphorique, a demandé une consultation ou a été envoyé en consultation, a pris des médicaments ou a présenté des problèmes d'adaptation familiale, scolaire, professionnelle ou sociale.
- E. Aucun des points suivants qui suggèrent la schizophrénie n'est présent.
  1. Idées délirantes d'être contrôlé (ou influencé) ou d'émission de la pensée, de pensées imposées ou de vol de la pensée (selon les définitions de ce manuel).
  2. Hallucinations de n'importe quel type sans tonalité affective (selon la définition de ce manuel) durant toute la journée pendant plusieurs jours ou de façon intermittente pendant une semaine.
  3. Hallucinations auditives où, soit une voix commente de façon continue les comportements ou les pensées du sujet, soit deux voix ou plus tiennent une conversation.
  4. Pendant plus d'un mois au cours de la période de maladie, le sujet n'a présenté aucun symptôme dépressif prononcé, mais des idées délirantes ou des hallucinations (bien que les idées délirantes dépressives typiques comme celles de culpabilité, de ruine, de négation ou d'auto-dépréciation, ou les hallucinations au contenu similaire ne soient pas incluses).
  5. Le sujet est préoccupé par une idée délirante ou une hallucination, à l'exclusion d'autres symptômes ou soucis (en dehors des idées délirantes dépressives typiques de culpabilité, de ruine, de négation ou d'auto-dépréciation, ou des hallucinations au contenu similaire).
  6. Exemples nets de troubles formels de la pensée marqués (selon la définition de ce manuel) accompagnés par des affectis émoussés ou inadaptes, des idées délirantes ou des hallucinations de n'importe quel type ou un comportement fortement désadapté.
  - F. Le sujet ne remplit pas les critères de schizophrénie résiduelle.

Le cotateur doit utiliser toute les sources d'information pour remplir sa cotation. La source la plus importante est habituellement l'examen direct du patient, mais on peut également utiliser des dossiers particulièrement détaillés pour une étude de cas.

Quelques diagnostics sont mutuellement exclusifs pour le même épisode de maladie, par exemple, la schizophrénie et le trouble schizo-affectif de

type maniaque. Sans quoi, plus d'un diagnostic peut être donné pour le même sujet, durant le même épisode de la maladie ou pour différents épisodes de la même affection, par exemple de la schizophrénie et l'alcoolisme.

La plupart des diagnostics sont évalués pour l'épisode actuel et/ou pour un épisode précédent de la maladie, suivi par une rémission complète ou partielle de minimum 2 mois. Un épisode de maladie est défini comme une période présentant un début relativement précis et une fin également bien marquée, pendant laquelle le patient a présenté un trouble marqué de son niveau de fonctionnement habituel. Quelques diagnostics ne sont pas évalués de cette façon pour l'épisode actuel ou un épisode précédent, mais sont cotés pour leur survenue durant la vie du sujet, comme par exemple les personnalités anti-sociales, les troubles bipolaires ou certains pour leur présence au cours des deux années précédentes, par exemple les troubles dépressifs intermittents.

Les RDC étaient essentiellement focalisés au départ sur les troubles dépressifs. Ils avaient défini le syndrome dépressif majeur, qui, de manière intéressante, peut être subdivisé en 10 catégories non exclusives, ainsi que par le type d'humeur prédominant durant l'épisode (cf. Tabl. 1). Cinq sous-types se rapportent à la symptomatologie actuelle (psychothique, incapacitant, endogène, agité et ralenti), tandis que les cinq sous-types restants se rapportent eux à l'histoire personnelle du patient et ce sont les aspects primaires, secondaires, récurrents, situationnels et simples.

La fiabilité des RDC a été évaluée dans de nombreuses études. La fidélité inter-cotateurs, c'est-à-dire l'établissement du même diagnostic réalisé à partir d'un même interview par différents investigateurs, de même que la fidélité d'une épreuve test — retest qui elle évalue la fidélité du diagnostic fait par différents cotateurs interrogeant le sujet à différentes occasions, ont été démontrées comme étant très hautes et nettement supérieures aux évaluations réalisées à l'aide du DSM-II ou des critères de Feighner (Spitzer *et al.*, 1975b, 1978). Rikkin et ses collaborateurs (1981) ont démontré qu'un entraînement adéquat, incluant spécialement la discussion du diagnostic à partir d'interviews sur bande vidéo ou de cas décrits, augmentait de manière étonnante la fidélité des diagnostics.

Il est important de réaliser que l'utilisation de critères précis n'élimine pas le jugement clinique. L'utilisation correcte de critères de ce type implique une somme considérable d'expériences cliniques et la connaissance de la psychopathologie, parce que ces critères utilisent des concepts cliniques, plutôt qu'une énumération de symptômes ou de plaintes ou de comportements ponctuels.



Les RDC, à l'heure actuelle, représentent le meilleur système nosologique pour la recherche clinique en psychiatrie, au moins pour une raison : ils sont actuellement les plus utilisés à un niveau international. De ce fait, le but essentiel de ces critères est de permettre une comparaison de résultats et de faciliter la replication par différents centres de recherche de ces mêmes résultats.

### Le Guide pour le diagnostic des troubles affectifs et de la Schizophrénie

Le SADS, tel que nous le présentons (Charles et Anseau, 1987), est un moyen d'augmenter la fidélité du diagnostic RDC. Il existe trois formes de cet entretien standardisé : le Guide pour le Diagnostic des Troubles Affectifs et de Schizophrénie (SADS) (Spitzer and Endicott, 1975a), le SADS version longitudinale (SADS-L), similaire à la deuxième partie du SADS, en fait, (Spitzer and Endicott, 1975b) et le SADS-C ou SADS évaluation du changement (Spitzer and Endicott, 1978). A la fois le SADS et le SADS-L ont une série de dispositions que l'on ne trouvait pas dans d'autres procédures d'évaluation. Le SADS est organisé en deux parties : la première partie est en fait prévue pour donner une description extrêmement détaillée de l'épisode actuel du sujet, des conditions de vie et du fonctionnement du sujet dans la semaine qui précède l'interview. La deuxième partie, identique au SADS-L, était initialement dessinée pour évaluer les pathologies psychiatriques antérieures à l'épisode actuel. Il existe une différence cependant entre le SADS-L et la deuxième partie du SADS en ce sens que, dans le SADS-L, la période de temps n'est pas limitée au seul passé, mais inclut également n'importe quel trouble actuel. C'est ainsi que le SADS-L convient mieux dans des études où on ne note pas d'épisode actuel de maladie : par exemple, l'étude de familles de patients psychiatriques, de patients ambulatoires en follow-up, c'est-à-dire toutes conditions où des informations sur la phénoménologie de l'épisode actuel ne sont pas nécessaires.

La première partie du SADS est assez spécifique parmi les procédures d'évaluation en ce sens que les items sont utilisés pour décrire non seulement les symptômes de l'épisode actuel de la maladie, mais également de manière à fournir une description détaillée des symptômes au moment où ils étaient au maximum durant la maladie. Cela est assez différent quant on compare avec la plupart des échelles d'évaluation psychiatrique qui couvrent une période de temps fixée, indépendamment de l'évolution de la maladie, sans tenir compte, par exemple, de son début et de son acmé. En plus d'une description détaillée du passé psychopathologique, de la sévérité globale du trouble et des facteurs de fonctionnement

antérieurs importants pour l'évaluation du pronostic et du diagnostic, la première partie du SADS a également été conçue pour rendre possible une mesure du changement. La plupart des items sont prévus pour recevoir une cote quant au niveau de sévérité, durant la semaine qui précède l'évaluation, ainsi que pour chaque symptôme, au moment où il était le plus sévère pendant l'épisode actuel.

Ce sous-ensemble d'items peut évidemment être utilisé pour des évaluations ultérieures qui peuvent ainsi mesurer le changement relativement rapidement. Ils ont été rassemblés dans la version étude du changement du SADS (SADS-C).

L'organisation du SADS et du SADS-L est semblable à la plupart des interviews cliniques qui se focalisent sur le diagnostic différentiel. Le guide fournit une progression de questions, d'items et de critères qui passent en revue systématiquement et retiennent ou éliminent les diagnostics RDC spécifiques. La partie 2 du SADS et du SADS-L qui évalue les critères du syndrome dépressif majeur est présentée dans le tableau III.

TABLEAU III

#### Le guide pour le trouble affectif et la schizophrénie (SADS).

##### *Critère du syndrome dépressif majeur.*

Il y a trois critères catalogués consécutivement de telle sorte que le fait de ne pas remplir l'un deux, permet au cotateur de passer la section entière.

Cependant, avec les sujets qui peuvent minimiser la perturbation de l'humeur pendant un épisode dépressif, il peut être utile d'explorer les trois critères avant de faire un jugement final sur le premier. Un épisode qui remplit les deux premiers critères, mais non le troisième, peut être enregistré ultérieurement.

- |  |  |
|--|--|
| 1. A eu une ou plusieurs périodes distinctes d'au moins une semaine pendant laquelle il était perturbé par une humeur déprimée ou irritable ou avait une perte étendue d'intérêt ou de plaisir         | 0 Pas d'information ou pas sûr ou faisant partie d'une simple réaction de deuil. |
| « Avez-vous déjà eu une période d'au moins une semaine où vous vous sentiez déprimé, triste, mélancolique, désespéré, abattu ou « tout vous était bien égal » ou où vous n'aviez plus aucun plaisir ». | 1 Non.   |
| Vous sentiez-vous irritable ou facilement dérangé ?  | 2 Oui.   |

## (Suite tableau III)

2. Pendant la (les) période(s) dysphoriques, a demandé une consultation ou a été envoyé en consultation, a pris des médicaments ou a présenté des problèmes d'adaptation sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.
- 0 Pas d'information.  
1 Non.  
2 Oui.
- Passer aux psychoses non affectives, non organiques, page 463.

« Durant cette période, avez-vous cherché de l'aide auprès de quelqu'un : un docteur, un prêtre ou même un ami ou quelqu'un vous a-t-il suggéré de rechercher une aide ? »

« Avez-vous pris des médicaments ? »

« Vous comportiez-vous différemment avec les gens, avec votre famille, au travail ou à l'école ? »

3. A eu au moins trois symptômes associés à la période la plus sévère d'humeur déprimée ou irritable ou de perte d'intérêt ou de plaisir envahissante. (Enquêtez sur tous les symptômes).

« Pendant la période la plus sévère, étiez-vous dérangé par...

... un appétit médiocre ou une perte de poids ou une augmentation de l'appétit ou un gain de poids ?

... des troubles du sommeil ou dormir trop ?

... une perte d'énergie, facilement fatigué ou un sentiment de fatigue ?

... une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles ou sexuelles ? (Peut ou non être étendue).

... un sentiment de culpabilité ou une perte d'estime de soi ?

... des difficultés de concentration, de pensée ou pour prendre des décisions ?

... des idées de mort ou de suicide ? (Avez-vous tenté de vous suicider ?)

... une incapacité à rester calmement assis avec l'obligation de bouger ou au contraire vous sentiez-vous ralenti et aviez-vous des difficultés à bouger ?

Nombre de symptômes certains :

	Pendant 1 période la plus sévère.	Pas d'information	Non	Oui
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2
...	X		1	2

Critère = 3 symptômes pour probable, 4 symptômes pour certain.

Une formation à ces méthodes d'entretiens structurés permet d'augmenter notablement la fidélité diagnostique (Gibbon *et al.*, 1981). En sus, le SADS permet de conduire de manière directe à la cotation de certaines échelles, telles que l'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton, 1960) (Endicott *et al.*, 1981). Cette procédure permet ainsi en fait d'obtenir une cotation de l'échelle de dépression de Hamilton pour la semaine précédant l'évaluation, ainsi que pour la semaine où l'épisode évalué était à son maximum d'intensité.

Un autre interview standardisé le « Diagnostic Interview Schedule » (DIS) a été développé par l'Institut National de la Santé Mentale (Washington University, St Louis), afin de donner un diagnostic basé sur un programme ordinateur en suivant le DSM-III, les critères de Feighner et les RDC (Robins *et al.*, 1980). Cependant, Endicott (1980) contestait la possibilité d'obtenir avec le DIS un diagnostic RDC équivalent à ceux réalisés en utilisant un interview clinique ou le SADS. En effet, il faut noter que des études préalables visant à traiter par ordinateur les informations données par le SADS (The Diagno-System) se sont avérées être infructueuses (Spitzer *et al.*, 1974).

#### Comparaison entre les RDC et le DSM-III.

Le DSM-III a été développé avec la même philosophie que les RDC, c'est-à-dire donner un outil de diagnostic opérationnel. Cependant, les buts de ces deux systèmes nosologiques sont un peu différents. Alors que les RDC sont spécifiquement un outil de recherche, le DSM-III est d'abord voué à l'évaluation en clinique psychiatrique. C'est ainsi qu'il existe de nombreuses différences entre les deux systèmes. Les RDC donnent des critères diagnostiques pour un nombre limité d'affections psychiatriques qui représentent essentiellement les intérêts principaux de la recherche en psychiatrie actuelle. C'est ainsi qu'un nombre important de patients présentant d'évidence des symptômes psychiatriques ne peuvent pas être classifiés dans les RDC, si ce n'est en utilisant la catégorie « autres troubles psychiatriques ». A l'inverse, le DSM-III donne des critères diagnostiques pour la plupart des maladies mentales et diminue de ce fait de manière considérable le nombre de patients inclassifiables. Les chercheurs ont la plupart du temps besoin d'identifier des sous-groupes relativement homogènes.

Les RDC essaient d'éviter au maximum les diagnostics positifs, c'est-à-dire les cas recevant de manière erronée un diagnostic, précis, plus qu'ils ne cherchent à éviter les faux négatifs, c'est-à-dire les cas qui, pour un manque d'information, seraient classés dans les autres troubles psychia-

triques. Souvent, les RDC comportent des critères beaucoup plus rigoureux que les DSM-III.

Une autre différence entre les RDC et les DSM-III est la possibilité que donnent les RDC de préciser si le diagnostic est sûr ou probable, possibilité que n'offre pas le DSM-III.

Dans le même ordre d'idées, les catégories du RDC de trouble schizo-affectif, de syndrome dépressif surimposé sur un trouble schizophrénique, aident à « purifier » les échantillons de patients schizophréniques et de patients déprimés. Le DSM-III ne contient pas de catégories identiques.

Comme ils ont été initialement développés pour étudier des troubles dépressifs ou des maladies « affectives », les RDC ont un nombre de sous-types diagnostiques pour des syndromes dépressifs majeurs, ainsi que six catégories diagnostiques hiérarchisées, afin de donner le profil des patients présentant un trouble de l'humeur, mais n'ayant pas suffisamment de symptômes que pour rencontrer les critères de l'épisode dépressif majeur ou du syndrome maniaque. C'est ainsi que nous pouvons citer les troubles somatiques (Briquet's disorders), la personnalité cyclothymique, le trouble dépressif intermittent, la personnalité labile, le trouble dépressif mineur et l'anxiété généralisée avec dépression. Le DSM-III n'offre pas un choix aussi large de catégories diagnostiques pour ces troubles affectifs.

Le DSM-III, par contre, est un système multi-axial. L'axe 1 inclut les troubles psychiatriques. L'axe 2, lui, par contre, est réservé à l'étude de la personnalité et des troubles spécifiques du développement. L'axe 3 évalue, lui, les troubles et la condition physique. Les axes 4 et 5 essaient d'évaluer la sévérité des stress psychologiques et le meilleur niveau d'adaptation au cours de l'année précédente.

A l'inverse, les RDC n'ont qu'un système uniaxial qui correspond partiellement à l'axe 1 et à l'axe 2 du DSM-III. Neuf des troubles du RDC ont leur équivalent sur l'axe 1 du DSM-III : il s'agit de la schizophrénie, du trouble maniaque, de l'épisode dépressif majeur, du trouble de panique, de l'anxiété généralisée, de l'alcoolisme, de la dépendance médicamenteuse, du trouble obsessionnel-compulsif et du trouble phobique.

Trois diagnostics RDC correspondent aux troubles classifiés sous l'axe 2 du DSM-III : la personnalité cyclothymique, la personnalité antisociale et les comportements schizotypaux. Ce dernier diagnostic dans le RDC ne peut être utilisé que pour qualifier un autre diagnostic. Très récemment, il faut le signaler, un outil d'interview systématiquement développé pour recueillir les informations nécessaires au diagnostic du DSM-III : le Guide pour le Diagnostic par l'Interview Clinique (Schedule for Clinical Interview Diagnosis - SCID). Cet outil correspond au SADS développé antérieurement pour les RDC.

### Conclusion.

Les RDC ont été très largement utilisés par les investigateurs, afin d'étudier un nombre impressionnant de questions et de recherches, particulièrement celles en relation avec l'épidémiologie, la génétique, les comorbidités biologiques et les issues post-traitement. Comme le DSM-III actuellement, les RDC apparaissent comme un outil intéressant, ayant fourni aux psychiatres du monde un langage commun et fiable pour présenter leurs cas.

### RESUME

Cet article illustre l'intérêt, pour le clinicien et le chercheur, des Critères de Recherche Diagnostique (RDC) et du Guide pour le Diagnostic des Troubles Affectifs et de la Schizophrénie (SADS), développé au New York State Psychiatric Institute et à la Columbia University, vers le milieu des années 70 et dont les auteurs ont assuré la traduction française. Il les compare au récent DSM-III.

Ces critères représentent un des systèmes nosologiques mondialement utilisés pour les applications de recherche clinique en psychiatrie. Le guide donne aux chercheurs une procédure qui réduit les différences d'évaluations et d'information diagnostique.

### SAMENVATTING

Dit artikel toont het belang aan van de diagnostische onderzoekscriteria (RDC) en van de Handleiding voor de Diagnose van Affectieve Stoornissen en van Schizofrenie (SADS), ontwikkeld in het New York State Psychiatric Institute en aan de Columbia University in het midden van de jaren '70, en dit zowel voor de clinici als voor de onderzoeker. De auteurs van de Franstalige vertaling vergelijken deze systemen met de recente DSM-III.

Deze criteria vertegenwoordigen een wijd verspreid nosologisch systeem gebruikt bij klinisch onderzoek in de psychiatrie. De SADS werd ontwikkeld om onderzoekers een klinische handleiding ter beschikking te stellen om de betrouwbaarheid van de informatie met betrekking tot de diagnostische en beschrijvende evaluatie van subjecten te verhogen.

### BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), 3rd Ed. Washington DC, APA (1980).  
 ANSSEAU M. : Critères de diagnostic pour la recherche en psychiatrie (RDC). *Acta Psychiatr. Belg.*, 85, 253-324 (1985).  
 CHARLES G., ANSSEAU M. : Guide pour le Diagnostic des Troubles Affectifs et de la Schizophrénie (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS - Spitzer, R. and Endicott J.) — Traduction et adaptation française. *Acta Psychiatr. Belg.*, 87, 361-516 (1987).



- ENDICOTT J., COHEN J., NEE J., FLEISS J., SARANTAKOS S. : Hamilton depression rating scale : extracted from regular and change versions of the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 98-103 (1981)
- HEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUR G., MUNOZ R. : Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26, 57-63 (1972).
- GIBBON M., Mc DONALD-SCOTT P., ENDICOTT J. : Mastering the art of research interviewing. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1259-1262 (1981).
- HAMILTON M. : A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62 (1960).
- KENDELL R.E., COOPER J.E., GOURLAY A.J., COPELAND J.R.M., SHARPE L., GURLAND B.J. : The diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25, 123-130 (1971).
- KIERMAN G.L., ENDICOTT J., SPITZER R.L., HIRSCHFIELD R.M.A. : Neurotic depression : a systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Am. J. Psychiatry*, 136, 57-61 (1979).
- PICHOT P. (Ed.) : DSM-III : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Paris, Masson (1983).
- RIFKIN A., BEARDON G., SIRIS S., ENDICOTT J. : Evaluation of training program in using the Research Diagnostic Criteria. *Psychopharmacol. Bull.*, 17, 135-136 (1981).
- ROBINS I.N., HELZER J.E., CROUGHAN J., RATCLIFF S. : National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : its history, characteristics and validity. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 381-389 (1981).
- SPITZER R.L., FLEISS J.L. : A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br. J. Psychiatry*, 125, 341-347 (1974).
- SPITZER R.L., ENDICOTT J. : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS), 2nd Ed., New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research (1975a).
- SPITZER R.L., ENDICOTT J. : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Lifetime version (SADS-L), New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research (1975b).
- SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E. : Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am. J. Psychiatry*, 132, 1187-1192 (1975).
- SPITZER R.L., ENDICOTT J. : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Change version (SADS-C), 3rd Ed., New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research (1978).
- SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E. : Research Diagnostic Criteria : rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 733-782 (1978).

Gérard CHARLES,

C.G.T.R. Oasis

Route de Goz e, 706

6110 Montigny-le-Tilleul.