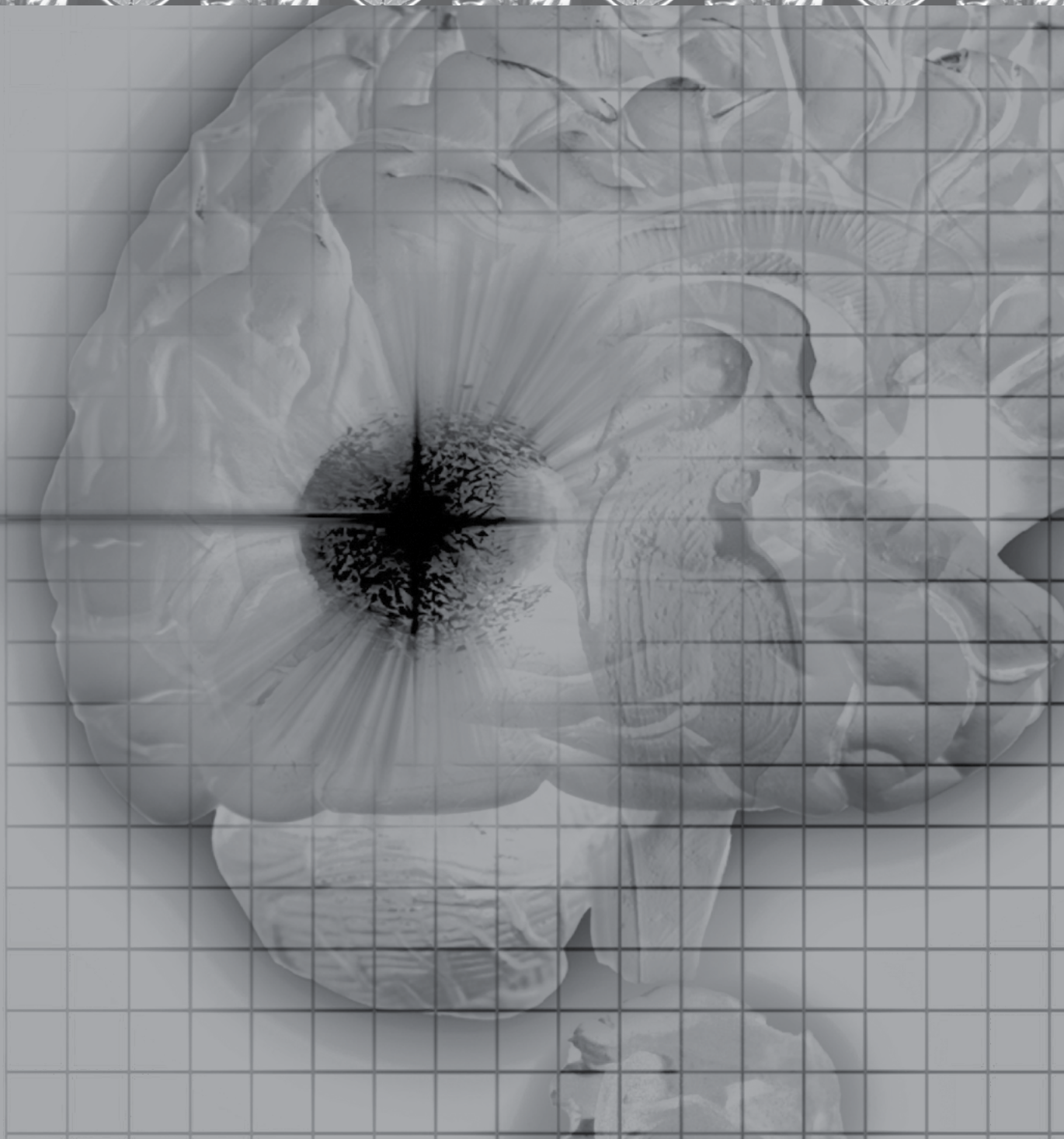
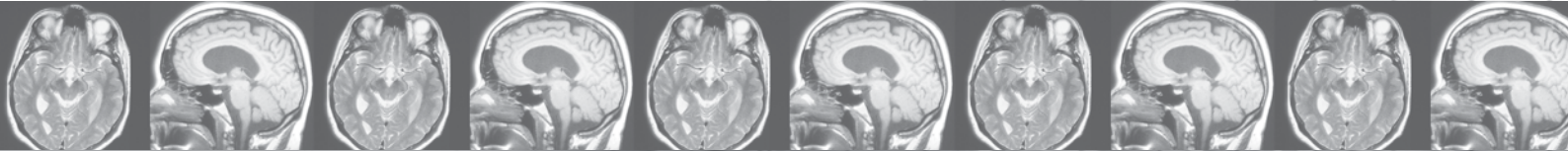


# Diagnose van schizofrenie: categoriële en dimensionele benadering, welke complementariteit?

Marc-André Domken, André Masson, Martin Deseilles, Olivier Pirson, André De Nayer, Benoît Gillain,  
Laurent Mallet, Benoît Delatte, Vincent Dubois, Edith Stillemans, Johan Detraux



## Inhoudstafel

1. Inleiding	3
2. Historische aspecten	3
3. Definities	4
3.1. Ziekte	4
3.2. Symptoom	4
3.3. Syndroom	4
3.4. Ziekte volgens de somatische geneeskunde en de psychiatrie	4
3.5. Categoriële en dimensionele benadering	5
4. Een wetenschappelijke nosografische classificatie opstellen: enkele bedenkingen	5
4.1. Betrouwbaarheid, validiteit en utiliteit	5
4.2. <i>Bottom-up</i> - (fenomenologische) en <i>top-down</i> - (theoretische) benaderingen	5
5. Voor- en nadelen van de categoriële en de dimensionele benadering	6
5.1. De utiliteit van categoriën	6
5.2. Een excessieve comorbiditeit	6
5.3. Bestaan van transdiagnostische elementen	6
5.4. Het probleem van de 'niet-gespecificeerde' stoornissen	6
5.5. De stigmatisering	7
5.6. Sterke heterogeniteit binnen een categorie	7
5.7. Continuüm tussen normaal en pathologisch	7
5.8. Risico op overdiagnose en overmedicalisatie	7
6. Mogelijke gevolgen van een categoriële of dimensionele benadering	8
6.1. Ziekteverzekering	8
6.2. Onderzoek en opleiding	8
6.2.1. De RDoC	10
6.2.2. PsyMate en de temporaliteit van de diagnose	10
6.2.3. EASE	11
6.2.4. De opleiding van psychiaters	11
7. Veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR, voor wat betreft schizofrenie	11
7.1. Categoriële veranderingen	11
7.1.1. Schizofrenie	11
7.1.2. Schizo-affectieve stoornis	13
7.2. Dimensionele evaluatie van de symptomen en psychotische tekens in de DSM-5	13
7.2.1. <i>Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity</i>	14
7.2.2. DSM-5 transversale symptomatische zelfevaluatie niveau 1	14
8. Conclusies	14

## 1. Inleiding

“De theoretische en methodologische tegenstelling tussen twee benaderingen van psychische aandoeningen, ‘de categoriële of discrete benadering’ en ‘de dimensionele of continue benadering’, lijkt een steeds centralere rol te spelen als het gaat om de reorganisatie van de psychiatrische wetenschap en de vernieuwing van de nosologische classificatie” (1). De categoriële benadering berust op precieze categorieën met duidelijk gedefinieerde kenmerken en is gericht op het vaststellen van de aan- of afwezigheid van een bepaald aantal symptomen. De dimensionele benadering probeert deze symptomen te karakteriseren op basis van hun graad van intensiteit (1-3).

Als gevolg van de trage vooruitgang in het onderzoek in de psychiatrie lijkt de categoriële benadering opnieuw in vraag te worden gesteld. Sommige onderzoekers stellen bijvoorbeeld een ontmanteling van de classificatie van psychosen voor. Ze willen met andere woorden onze nosografie die gebaseerd is op de twee, door Kraepelin gedefinieerde, strikt gescheiden, grote entiteiten opnieuw in vraag stellen. Schizofrenie en bipolaire stoornissen overlappen elkaar namelijk gedeeltelijk op genetisch vlak en op het vlak van de geneesmiddelenbehandeling (4). Meerdere andere argumenten werden aangehaald om de diagnostische categorieën te vervangen door dimensies, waaronder deze van de ‘schizoaffectieve stoornissen’, die een continuum suggereert dat deze twee diagnostische entiteiten omvat.

Momenteel worden twee grote classificatiesystemen gebruikt om de diagnose ‘schizofrenie’ te stellen: het Diagnostisch en Statistisch handboek van Psychische Stoornissen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) en de Internationale Classificatie van Ziekten, de ICD (*International Classification of Diseases*) die ook somatische aandoeningen bevat. De DSM is echter geleidelijk uitgegroeid tot de wereldwijde referentie voor het stellen van een psychiatrische diagnose. In mei 2013, bijna 20 jaar na de publicatie van de DSM-IV, kwam de vijfde editie van de DSM uit, de DSM-5 (5). Er was sprake van de introductie van radicaal nieuwe benaderingen in de DSM om de dichotomie psychosestemmingsstoornis uit de weg te ruimen en de klinische bruikbaarheid ervan te verbeteren. Het bleek uiteindelijk niet mogelijk om de zo verwachte revolutie door te voeren, dit door verschillende redenen (6). Zo bestond er het risico op een weigering van de Noord-Amerikaanse verzekeringen om

bepaalde vormen van psychotherapie binnen het kader van psychosen (inclusief bipolaire stoornis) terug te betalen. Toch kan men enkele nieuwigheden opmerken. De belangrijkste is de introductie van een dimensionele evaluatie. Daarom is er in het handboek nu sprake van ‘stoornissen van het schizofreniespectrum (of -continuüm)’. Deze dimensionele evaluatie is een aanvulling op de categoriële benadering van de vorige versies, die ontoereikend bleek om de complexiteit van psychische stoornissen in kaart te brengen.

**De DSM-5 vult de neo-Kraepeliniaanse categorieën aan met een voorzichtige dimensionele benadering.**

In dit artikel willen we de verdiensten en beperkingen van deze twee benaderingen in de nosografische constructie van schizofrenie verkennen, met als doel hun complementariteit te benadrukken. Wij stellen voor categorieën en dimensies samen te gebruiken. In de praktijk moet de arts namelijk een wel/niet-keuze kunnen maken, maar ook nuances kunnen evalueren.

**Het zowel dimensioneel als categorieel uitdrukken van de symptomen van de patiënten, zou het nuttigst kunnen zijn op klinisch vlak.**

## 2. Historische aspecten

De in 1980 gepubliceerde DSM-III betekende een radicale breuk met de traditionele psychiatrie en de vorige edities van de DSM (I-1952, II-1968). Voor het eerst werden lijsten gegeven met observeerbare diagnostische criteria die een betere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (dat wil zeggen een hogere mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars) hadden. Dit was een reactie op de ontsporing van de Amerikaanse psychiatrie in de jaren zeventig, toen de diagnosestelling toch vooral een subjectieve zaak was (3, 7, 8). Volgens Demazeux (2013), “varieerden de frequenties van de verschillende vormen van psychose naargelang de Amerikaanse staat van 1 tot 7. Bovendien hadden de Amerikaanse psychiaters de neiging om schizofrenie tweemaal zo vaak te diagnosticeren als hun Engelse collega’s” (7).

De opstelling van de DSM-III was een strategische keuze en een reactie op de steeds kwetsbaardere positie van de psychiatrie in de Verenigde Staten. De Amerikaanse psychiatrische nosografie bekleedde een zwakke positie binnen een geneeskunde die zich steeds meer was gaan richten op fundamenteel onderzoek (9). De DSM-III was een ‘atheoretisch’ hulpmiddel, dat voornamelijk was gebaseerd op criteria (*‘bottom-up’*), die door elke psychiater of psycholoog en ongeacht zijn/haar theoretische oriëntatie op dezelfde manier konden worden geobjectiveerd. De DSM-III onderscheidde zich dus van de DSM-I en II, die sterk waren doordrongen van de psychoanalytische denkbeelden als leidraad voor het klinische onderzoek (*‘top-down’*) (3, 7, 10). De DSM-III was ook een antwoord op de kritiek van de antipsychiatrische stroming, die de psychiatrie ervan beschuldigde de psychopathologie te verwarren met morele en sociale problemen (7, 10).

**Met de DSM-III drong het neo-Kraepeliniaanse paradigma zich op, dat bevestigde dat de psychiatrie tot de geneeskunde behoorde. Tegelijk was het de bedoeling om het objectieerbare en wetenschappelijke karakter van de categorieën van psychische stoornissen te versterken om de biologische wortels ervan beter in kaart te brengen.**

De ambities tijdens het opstellen van de DSM-5 waren veel groter dan bij de vorige DSM's. Het was de bedoeling om een nog ‘wetenschappelijker’ classificatie, gebaseerd op verbanden met neurobiologische elementen, op te stellen. Er was ook sprake de DSM te sturen in de richting van een preventieve psychiatrie (bijvoorbeeld door er het concept ‘*Ultra High risk*’ of ‘personen met een verhoogd risico op psychose’ in op te nemen) en er een veel complexere classificatie op basis van dimensies in te introduceren (bepaalde ontwikkelaars van de DSM-5 moesten hun ambities echter intomen wegens een gebrek aan doorslaggevende neurowetenschappelijke gegevens en onderdruk van de verzekeringsmaatschappijen).

**De classificatie van de DSM-5 wilde psychiatrische diagnoses wetenschappelijker maken (bijdrage van de neurobiologie) en categorieën identificeren van patiënten met een hoog risico op bepaalde diagnoses, inclusief schizofrenie.**

### 3. Definities

Binnen de somatische geneeskunde en de klassieke geneeskunde overweegt de categoriële benadering. De frequentste diagnostische categorieën zijn de syndromen en de ziekten. In de psychiatrie, in afwezigheid van een geïdentificeerde etiologie, wordt de term 'ziekte' niet gebruikt, maar wel de term 'stoornis' of 'syndroom'. Wij stellen enkele definities voor alvorens over te gaan tot een vergelijking van de dimensies en categorieën van psychose.

#### 3.1. Ziekte

Artsen zoeken al sinds oudsher naar een definitie van 'ziekte'. Als men een medisch woordenboek ter hand neemt, moet men vaststellen dat het nog steeds moeilijk is om een bevredigende definitie te vinden (11,12). Volgens de medische Larousse wordt het woord 'ziekte' gedefinieerd als: "aantasting van de gezondheid, die een geheel van specifieke kenmerken omvat, met name een oorzaak, tekens en symptomen, een evolutie en nauwkeurige therapeutische en prognostische modaliteiten" (13).

De definitie van gezondheid en ziekte van de WGO (de meest verspreide definitie) is interessant omdat ze de nadruk legt op de verschillende dimensies van gezondheid/ziekte. Ze houdt rekening met het fysieke, het psychische en het sociale aspect en heeft dus niet enkel oog voor het zuiver somatische aspect waartoe de medische benadering vaak beperkt blijft. Volgens deze definitie is 'gezondheid' "een volledige toestand van fysiek, geestelijk en sociaal welzijn"; ziekte wordt gedefinieerd als "een disfunctie van psychologische, fysieke en/of sociale oorsprong, die zich onder verschillende vormen manifesteert" (14-16).

#### 3.2. Symptoom

Het woord 'symptoom' komt uit het Oudgrieks en betekent 'toeval', 'coïncidentie'. Symptoom betekent dus in essentie 'wat samen voorkomt', wat 'samenvalt' of 'coïncideert' met de ziekte, de stoornis of de oorzaak ervan. Een symptoom is een klinisch teken, dat een gedeeltelijke manifestatie van een ziekte of een psychische stoornis weergeeft, zoals die wordt ervaren en uitgedrukt door een patiënt en/of waargenomen door de arts. In de somatische geneeskunde kunnen de symptomen gepaard gaan met objectieve tekens (bijvoorbeeld de temperatuur, resultaten van het laboratoriumonderzoek of anatomische afwijkingen) (17). Hetzelfde symptoom kan vaak worden toegeschreven aan verschil-

lende ziekten of psychische stoornissen: we kunnen dus niet concluderen dat een symptoom (bijvoorbeeld koorts of een hallucinatie) te wijten is aan een welbepaalde ziekte of stoornis (bijvoorbeeld griep of schizofrenie, respectievelijk). In de psychiatrie bestaat er geen pathognomonisch symptoom.

#### 3.3. Syndroom

Ook de term 'syndroom' komt uit het Oudgrieks en betekent letterlijk 'samen lopen'. Een syndroom is dus een geheel van symptomen of klinische tekens die, samen, een stoornis kenmerken (17). Een voorbeeld: we spreken van een majeure depressieve stoornis als een persoon minstens 5 symptomen (van in totaal 9) vertoont gedurende minstens twee weken en die het grootste deel van de tijd aanleiding geven tot een verandering in het gewone functioneren. De depressieve stemming en/of de anhedonie moeten verplicht aanwezig zijn.

Hoe slaagt men erin dit syndroom te definiëren? Een diagnostische categorie moet een verband hebben met een in de natuur waarneembaar fenotype, maar in de psychiatrische nosografie "is de kaart niet (hetzelfde als) het gebied" (18). Met andere woorden, de diagnostische categorieën zijn benaderende representaties van de psychopathologische realiteit, geproduceerd door statistische analyses van de klinische gegevens. Op dezelfde manier werden statistische technieken van de factoranalyse gebruikt om de correlaties te bestuderen tussen de verschillende symptomen bij patiënten met een diagnose van schizofrenie, om de verschillende dimensies van dit syndroom te identificeren. Talrijke studies pleiten voor een groepering van de symptomen in vijf factoren of dimensies: positieve, negatieve, cognitieve/desorganisatie (incoherentie), depressie/angst en opwindning (of impulsiviteit). Dit toont de verwevenheid van de categoriële en dimensionale benaderingen in het schizofreen syndroom aan.

**Volgens de wetenschap moet een classificatiesysteem de inherente structuur van de reële wereld optimaal weerspiegelen. Wetenschappelijke classificaties (bijvoorbeeld de periodieke tabel) moeten de 'structurele organisatie van de wereld' weergeven. Momenteel zijn in de geneeskunde de meeste classificaties (categoriële of dimensionale) modellen die zijn opgebouwd op basis van zowel kwantitatieve als kwalitatieve klinische observaties.**

Elke versie van de DSM is de vrucht van het werk van zeer veel deskundigen, die samenzitten in meerdere groepen. De diagnostische criteria voor psychische stoornissen zijn gebaseerd op het klinische oordeel van de deskundigen van het comité van de DSM. Deze beoordelingen zijn het resultaat van de groepering van een aanzienlijke hoeveelheid empirische gegevens (literatuuronderzoeken, analyses van klinische gegevens, resultaten van studies op het terrein gericht op omstreden punten van de classificatie). De DSM blijft dus gericht op de statistiek en de overeenstemming tussen de meningen van specialisten.

#### 3.4. Ziekte volgens de somatische geneeskunde en de psychiatrie

De Engelstalige wereld bezit uiteenlopende termen voor ziekte. In de klassieke geneeskunde verwijst de term 'disease' naar de objectieve kennis van de fysieke (anatomische, fysiologische of biochemische) afwijkingen van de patiënten. De woorden 'illness' of 'sickness', die vaak worden gebruikt als synoniem voor 'disease', verwijzen naar de ziekte zoals ze wordt ervaren en gevoeld door de patiënten zelf (*subjective feeling of 'being ill'*) (3). In het Frans en Vlaams bestaat er slechts één term, 'la maladie' of 'ziekte', om die uiteenlopende aspecten weer te geven.

In de psychiatrie worden vaak de termen 'psychische ziekten' of 'psychische stoornissen' gebruikt. Die laatste is een concept dat specifiek is voor de psychiatrie. Voor schizofrenie bestaat tot op vandaag nog geen gevalideerde, globale wetenschappelijke verklaring. Er bestaat geen enkele 'biologische marker' (genetische, biochemische of elektrofyysiologische tests, beeldvorming van de hersenen, enz.) voor schizofrenie (3). De diagnose in de psychiatrie is hoofdzakelijk een klinische diagnose. Ze berust dus op gestructureerde of semigestructureerde gesprekken. Aanvullende radiologische of biologische onderzoeken dienen meestal enkel om somatische oorzaken voor de vastgestelde symptomen uit te sluiten (3). De diagnose 'geestesziekte' of 'psychische ziekte' moet worden beschouwd als een syndroom na uitsluiting van mogelijke somatische oorzaken van de symptomen (3).

**Een psychiatrische diagnose is in de eerste plaats een klinische diagnose, aangezien het onderzoek naar de etiologie van psychische ziekten nog**

steeds aan de gang is. Tot op vandaag is er geen enkele biologische marker beschikbaar. De term 'psychische ziekte' (of 'psychische stoornis') is dus geen synoniem voor 'ziekte' volgens de in de geneeskunde gehanteerde definitie.

De DSM-5 definieert een psychische stoornis "als een syndroom dat wordt gekenmerkt door klinisch significante stoornissen in de cognitie, de regeling van de emoties of van het gedrag, die een weerspiegeling zijn van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die betrokken zijn bij het geestelijke functioneren". Volgens de DSM-5 zijn psychische stoornissen meestal geassocieerd met zwaar lijden of een handicap in sociale, professionele of vrijetijdsactiviteiten. Bovendien mag de psychische stoornis niet gewoon de verwachte en cultureel aanvaarde reactie zijn op een specifieke gebeurtenis (bijvoorbeeld het overlijden van een geliefde), noch sociaal afwijkend gedrag (bijv. politiek, religieus of seksueel), noch het resultaat van een conflict met de maatschappij (19).

### 3.5. Categoriële en dimensionele benadering

Onder 'categoriële' verstaan we dat een psychopathologische toestand wordt beschouwd als aanwezig bij een persoon wanneer de combinatie van en het aantal specifieke criteria zijn vervuld. Een categoriële diagnose heeft slechts twee mogelijke waarden: aanwezig of afwezig. Hoewel elke persoon een symptomatisch profiel vertoont met verschillende kwantitatieve variaties (het aantal aanwezige criteria) en een verschillende gradatie – gaande van normaal tot pathologisch (de ernst van de symptomen) – worden kunstmatige *cut-offs* gebruikt, met andere woorden een binaire of **kwantitatieve** methode. Als dusdanig zijn de meeste symptomen dimensioneel. Maar uiteindelijk kan elke dimensionele benadering categoriële worden als gevolg van het bepalen van een specifieke *cut-off*. De categoriële benadering veronderstelt dat alle leden van een categorie homogeen zijn, dat de grenzen tussen klassen precies zijn en dat een individu niet kan behoren tot twee verschillende categorieën (wederzijds exclusief).

De 'dimensionele' benadering impliceert het bestaan van **kwantitatieve** verschillen

binnen een continuüm. Ze karakteriseert symptomen op basis van hun graad van intensiteit (bijvoorbeeld de psychotische of depressieve dimensie) (3).

**De categoriële benadering is een binaire of kwalitatieve benadering: de bedoeling is het vaststellen of een individu al dan niet behoort tot een diagnostische categorie. De dimensionele benadering is een kwantitatieve benadering in termen van meer of minder: het gaat erom de intensiteit van verschillende symptomen bij een individu te evalueren.**

## **4. Een wetenschappelijke nosografische classificatie opstellen: enkele bedenkingen**

### 4.1. Betrouwbaarheid, validiteit en utiliteit

Een classificatie van psychische stoornissen moet voldoen aan drie criteria: betrouwbaarheid, validiteit en utiliteit. 'Betrouwbaarheid' verwijst naar de waarschijnlijkheid dat verschillende klinici het eens kunnen worden over dezelfde nosografische categorie. Dit vereist dat bij eenzelfde patiënt, eenzelfde klinische casus, twee klinici de meeste kans hebben om dezelfde diagnose te stellen. 'Validiteit' betreft de werkelijke overeenstemming tussen de diagnose en de stoornis (pathologisch proces) en vereist dat de clinicus dankzij deze classificatie vlot de ene stoornis kan onderscheiden van de andere en dus ook de ene casus van de andere. Hoewel de betrouwbaarheid van de diagnoses is verbeterd met de opeenvolgende edities van de DSM (10), blijft de validiteit ontoereikend. Tot slot is er de 'utiliteit' of bruikbaarheid van diagnoses, zodat klinische praktici of onderzoekers, evenals actoren van de geestelijke gezondheid (ziekteverzekering, ziekenfondsen, gezondheidsautoriteiten) en de gebruikers ze kunnen beschouwen als een relevant instrument in hun respectievelijke domein. Dus, in tegenstelling tot de validiteit, hetgeen een universeel criterium is, is de graad van utiliteit afhankelijk van de gebruiker (3). Volgens van Os voldoen de huidige diagnostische criteria van psychotische stoornissen niet aan de klassieke validatiecriteria, meer specifiek op het vlak van specificiteit. Volgens hem bestaat er geen enkel consistent bewijs voor de specificiteit – in termen van symptomatologie, etiologie, behandeling en prognose – van de verschillende diagnostische criteria (20, 21).

### 4.2. Bottom-up- (fenomenologische) en top-down- (theoretische) benaderingen

Een nosologische classificatie berust op een *bottom-up*-benadering, een benadering op basis van ervaringen en symptomen van de patiënten, en/of op een *top-down*-benadering, waarbij de classificatie wordt opgesteld op basis van explicatieve of postulerende modellen.

In de *bottom-up*-benadering suggereren factoranalytische studies dat op statistisch vlak specifieke groepen van symptomen de neiging hebben om samen te klitten of gelijktijdig aanwezig te zijn bij de patiënten (2).

De factoranalyse is een methode waarbij een groot aantal variabelen (symptomen) wordt gereduceerd tot een klein aantal onderliggende 'factoren'. De keuze van de factoren wordt beïnvloed door de gebruikte methodologie (bijvoorbeeld het gebruikte instrument voor de evaluatie van de symptomen van schizofrenie), door de selectie van specifieke populaties en door het vermogen zich te bevrijden van zijn eigen overtuigingen over de etiopathogenie van de stoornis. Om deze factoren te vinden, kunnen verschillende methodes voor 'rotatie' worden gebruikt. Elke methode omvat verschillende hypothesen over de gegevens. Orthogonale rotatie identificeert factoren die niet gecorreleerd zijn (en dus onafhankelijk zijn van elkaar), waardoor de factoren die de methode produceert, gemakkelijker te interpreteren zijn. Deze methode werd in de meeste studies gebruikt. De onafhankelijkheid van de symptomen van de verschillende 'factoren' is echter relatief, wat de representatie van de klinische realiteit beperkt. Obliëke rotatie, die de analyse van de mate van correlatie tussen de diverse factoren mogelijk maakt, is conceptueel geschikter omdat ze beter overeenstemt met deze realiteit. Ze maakt een betere analyse van de fluctuatie in de onderlinge relaties tussen de verschillende dimensies in de loop van de tijd mogelijk. Naast het rotatieprobleem bestaat er geen consensuele methode om het optimale aantal te extraheren factoren te bepalen (eigenwaarden > 1, percentage verklaarde variantie, a-priorische determinatie, enz.). Een keuze gebaseerd op het percentage verklaarde variantie bevordert bijvoorbeeld de keuze van dimensies bestaande uit talrijke symptomen ten koste van minder gerepresenteerde, maar toch klinisch relevante dimensies, zoals een gebrekkig ziekte-inzicht. Bovendien zijn modellen die meer dimensies bevatten meestal beter aangepast aan de klinische gegevens (2).

Factoranalyses hebben aangetoond dat de symptomen van schizofrenie konden worden gegroepeerd in vijf dimensies: positieve, negatieve, cognitieve/desorganisatie, depressie/angst en opwinding (of impulsiviteit) (22). Hoewel meerdere studies deze factoriële structuur hebben bevestigd (22-28), zijn andere modellen [de modellen met twee (29), drie (30-32), zes (22), acht (2) of negen (19) dimensies] voorgesteld om de symptomen te groeperen en een beeld te geven van de klinische heterogeniteit van de stoornis. Bovendien lijkt het erop dat de factoriële structuur kan variëren in functie van de ziektefase, de ernst van de ziekte en het type psychotische stoornis dat in aanmerking wordt genomen (28, 33).

## 5. Voor- en nadelen van de categoriële en de dimensionele benadering

### 5.1. De utiliteit van categorieën

De categorieën van de DSM zijn gemakkelijk te identificeren dankzij de beschrijvende operationele criteria waardoor ze worden gekenmerkt. Door criteriologische regels en regels voor exclusie na te leven en de aanwezigheid van een significante functionele impact van de symptomen te bekijken, wordt elke patiënt geïdentificeerd als een individu dat de betreffende diagnose al dan niet vertoont (1, 3). Deze binaire benadering is goed bekend bij artsen (3). De graad van overeenstemming tussen beoordelaars is groot, waardoor het een betrouwbare classificatie is. We zullen echter zien dat de validiteit van de categorieën ter discussie staat. Bepaalde auteurs hebben dan ook voorgesteld om de structuur van de pathologie te beschrijven als een netwerk van componenten met een dynamische en niet-lineaire interactie. Als gevolg van een verhoogde connectiviteit kan het individu een agglomeraat van klinische symptomen ontwikkelen, die behoren tot verschillende diagnostische categorieën (34-39).

**Een categoriële benadering heeft veel voordelen. Als klinici zijn we vertrouwd met de categoriële concepten. Ze brengen veel informatie samen in weinig woorden en hebben een prognostische waarde. Het zijn overigens gemakkelijk communiceerbare concepten, die het mogelijk maken om snel therapeutische beslissingen te nemen (18).**

### 5.2. Een excessieve comorbiditeit

Eén van de grote problemen met de categoriële benadering is het feit dat diagnostische categorieën in de psychiatrie vaak gelijktijdig aanwezig zijn. Niet zelden kan dezelfde patiënt worden ingedeeld in meerdere diagnostische categorieën, wat twijfel creëert over de validiteit van deze categorieën en de klinische bruikbaarheid ervan beperkt. De DSM is met de tijd steeds complexer geworden. Onophoudelijk zijn nieuwe mogelijke diagnoses toegevoegd. Desondanks tonen talrijke gegevens aan dat comorbiditeit in de psychopathologie eerder regel is dan uitzondering. Die comorbiditeit kan betekenen dat de conceptuele instrumentatie van de klinische symptomen niet specifiek en discriminerend genoeg is, of – integendeel – dat bepaalde diagnoses zouden moeten worden gegroepeerd in een grotere entiteit. De sterke comorbiditeit die voor psychiatrische stoornissen wordt waargenomen, lijkt nog steeds een aanwijzing voor een tekort dat inherent is aan de huidige taxonomie.

**In de psychiatrie is het gelijktijdig voorkomen van meerdere stoornissen bij één individu eerder regel dan uitzondering. Dit kan één van de gevolgen zijn van een categoriële benadering, zoals die van de DSM.**

### 5.3. Bestaan van transdiagnostische elementen

Recente studies (40-44) hebben het bestaan van transdiagnostische elementen bewezen. Deze omvatten onder andere klinische kenmerken (bijv.: hallucinaties, delirium, depressieve symptomen, impulsiviteit, cognitieve stoornissen, een gebrek aan ziekte-inzicht enz.) of mogelijke etiologieën (bijv.: neurobiologisch, genetisch, traumatisch, omgevingsgebonden, enz.). Het blijkt dat een groot aantal diagnoses die worden beschouwd als verschillend, gemeenschappelijke onderliggende etiologische factoren hebben (bijvoorbeeld stress, trauma, drugs) en dus dat de psychopathologische manifestaties niet adequaat worden weerspiegeld door de verschillende categorieën. Deze transdiagnostische elementen zijn potentiële doelwitten voor therapeutische interventies, die doeltreffend kunnen zijn binnen de verschillende diagnoses waarin ze aanwezig zijn (45). Een dimensionele benadering gericht op

deze klinische tekens of psychologische verschijnselen in plaats van op de psychiatrische categorieën heeft veel voordelen, waaronder de verregaande bestudering van verschijnselen die worden waargenomen in uiteenlopende graden van intensiteit bij de algemene bevolking en klinische populaties. Volgens van Os zijn de subklinische psychotische symptomen van prognostisch belang gebleken, ongeacht de psychiatrische diagnostische entiteiten waarmee ze zijn geassocieerd (50).

Zo worden hallucinaties, die weinig specifiek zijn voor een bepaalde diagnose, momenteel eerder beschouwd als een transnosografische klinische dimensie. Hallucinaties kunnen namelijk binnen een veelheid van psychiatrische pathologieën (stemmingsstoornissen, post-traumatische stressstoornis, stoornissen van het schizofreniespectrum, persoonlijkheidsstoornissen), alsmede binnen de algemene of niet-klinische populatie (d.w.z. zonder zorgvraag/zonder klachten) vastgesteld worden (46-49). Daarom worden hallucinaties dan ook steeds meer gezien in een dimensioneel en transnosografisch perspectief.

Nog steeds volgens van Os zouden de grote classificatiesystemen in de psychiatrie baat hebben bij een systeem van transnosografische klinische dimensies, inclusief een transnosografische dimensie van psychose (50).

### 5.4. Het probleem van de 'niet-gespecificeerde' stoornissen

De NOS-categorieën (*Not Otherwise Specified*) werden in het leven geroepen om de enkele gevallen te groeperen, die niet voldeden aan alle criteria voor bepaalde specifieke stoornissen. Voor uiteenlopende categorieën van de DSM zijn de NOS-categorieën echter de frequentst gebruikte. Een frequent gebruik van deze categorieën wijst op een inadequate afstemming van de classificatie op de klinische realiteit. Ten gevolge hiervan is het aantal diagnostische etiketten doorheen de verschillende, opeenvolgende edities van de DSM alleen maar toegenomen, zonder dat men erin geslaagd is stabiele, homogene, coherente klinische groepen te identificeren, die in aanmerking kwamen om te worden weergegeven in duidelijk afgebakende, specifieke categorieën. In de DSM-5 werden deze categorieën geschrapt en vervangen door de subcategorieën 'anders gespecificeerde stoornissen' en 'niet-gespecificeerde stoornissen' (omvat enkel de verschijnselen waarvoor

informatie ontbreekt om een nauwkeurigere diagnose te stellen).

### 5.5. De stigmatisering

Bepaalde auteurs waarschuwen dat de categoriële benadering stigmatisering in de hand zou werken. De diagnose in de vorm van een label dat op een individu wordt geplakt, beïnvloedt vaak de blik en de houding van anderen ten opzichte van dit individu. Bovendien bepaalt het de manier waarop hij/zij zichzelf ziet en reageert. Men dient zeer goed op te letten wanneer men een diagnose stelt bij een jonge persoon, omdat – ook al blijkt die fout – de kans bestaat dat hij/zij dit label levenslang met zich meedraagt. Een gestelde diagnose kan ook de latere behandeling beïnvloeden, inclusief de algemene toegang tot medische zorgen. Een persoon die door zijn omgeving of arts het label ‘schizofreen’ krijgt opgeplakt, kan dus niet gemakkelijk aan deze identificatie ontsnappen. Het volstaat om de inleiding van de DSM te lezen om vast te stellen dat de auteurs hebben gewaarschuwd tegen het ‘opsluiten’ van personen in categorieën. Daarom spreken de auteurs van de DSM bijvoorbeeld over ‘een individu met een stoornis van het schizofrene type’ in plaats van ‘een schizofreen’. Om die reden vermijden bepaalde klinici om een te nauwkeurige diagnose te stellen door gebruik te maken van de categorie ‘niet gespecificeerd’, wat dan weer andere moeilijkheden veroorzaakt.

Jim van Os stelde voor de diagnose schizofrenie te vervangen door de diagnose *Salience Dysregulation Syndrome* (SDS). Hij beweert dat een diagnose SDS minder stigmatiserend zal zijn dan een diagnose schizofrenie en klinisch meer validiteit zal hebben (d.w.z. ze zal beter aansluiten bij de beleving van de patiënten). Het SDS wordt gevormd door zes dimensies die de neiging hebben samen voor te komen (positieve, negatieve, depressieve en manische symptomen, cognitieve ontwikkelingsstoornissen en desorganisatie), waarlangs de patiënten kunnen evolueren van het risico op transitie naar de noodzaak van een behandeling als ze de drempel overschrijden voor één of meerdere dimensies. Dit geeft aanleiding tot een subcategorisatie: met affectieve expressie, met ontwikkelingsexpressie en niet-gespecificeerd (20, 21).

In Japan is de benaming van schizofrenie in 2002 gewijzigd om stigmatisering te verminderen. In plaats van *Seishin Bunretsu Byo* (‘gespleten geest’) zegt men nu

dat een persoon lijdt aan *Togo-shitcho sho* (‘integratiestoornis’). Na 7 maanden gaf deze wijziging al aanleiding tot de opname van de nieuwe benaming in 78% van de dossiers (n = 17.108). Volgens een andere studie, uitgevoerd 11 maanden na de wijziging, vond 86% van de psychiaters de nieuwe term beter geschikt om de patiënt te informeren over zijn diagnose en om de moderne opvatting van deze stoornis uit te leggen (51).

**De psychiatrische diagnose kan een stigmatiserend effect hebben, vooral bij jongeren. De diagnose kan zowel de manier waarop het individu zichzelf ziet als de manier waarop de samenleving hem ziet, veranderen (3).**

### 5.6. Sterke heterogeniteit binnen een categorie

Er bestaat een enorme heterogeniteit tussen patiënten die dezelfde diagnose krijgen. De categoriële benadering houdt geen rekening met die heterogeniteit en maakt het niet mogelijk de ernst van de aanwezige symptomen te kwantificeren. De categoriële benadering in de psychopathologie botst ook op het zogenaamde probleem van de sub-syndromische symptomatologieën (of symptomatologieën ‘onder de drempel’), dit wil zeggen, de gevallen waarin een diagnose niet kan worden gesteld omdat de noodzakelijke criteria niet aanwezig zijn. Dit verschijnsel is des te problematischer omdat de ‘partiële’ (subliminale, subsyndromische) syndromen vaak zijn geassocieerd met een concrete klacht, significant psychologisch lijden en een objectieerbare verstoring van het functioneren, en omdat ze soms een belangrijke prognostische waarde hebben. De dimensionele benadering heeft een betere beschrijvende kracht, in die zin dat ze het mogelijk maakt de heterogeniteit van het verstoord functioneren beter weer te geven en het continuüm van de verschijnselen/psychopathologie beter te beschrijven. Ze maakt het mogelijk verfijndere analyses te maken van de eigenschappen van elk individu en de clinicus te oriënteren naar specifiekere interventies. Het is echter noodzakelijk om vooraf te bepalen welke pathologische dimensie de grootste klinische impact heeft.

### 5.7. Continuüm tussen normaal en pathologisch

De categoriële benadering gaat uit van een kwalitatieve drempel tussen ‘normaal’

en ‘pathologisch’. De dimensionele benadering daarentegen, is kwantitatief en veronderstelt het bestaan van een continuüm tussen ‘normaal’ en ‘pathologisch’ (52). De dimensionele benadering maakt het dus gemakkelijker om de drempel waarop ‘normaal’ overgaat in ‘pathologisch’ te verschuiven en zich op die manier aan te passen aan de variaties verbonden aan contextuele, culturele of individuele specificiteiten (53), in aanwezigheid van andere mogelijke symptomen (52). Dimensionele systemen impliceren echter een ingewikkeldere vorm van communicatie omdat alle dimensies die bij een persoon aanwezig zijn, moeten worden vermeld, evenals de intensiteit ervan, die kan variëren in de tijd. Er bestaat ook minder onderzoek, onder andere omtrent de dynamische interacties van de dimensies onderling en artsen zijn minder vertrouwd met het gebruik ervan.

### 5.8. Risico op overdiagnose en overmedicalisatie

Het aantal geïnventariseerde psychische stoornissen is enorm toegenomen. Op vijftig jaar is het aantal psychische stoornissen verviervoudigd. We zijn geëvolueerd van een honderdtal stoornissen in de DSM-I (de DSM-I, uitgegeven in 1952, bevatte 106 verschillende diagnoses, voornamelijk afgeleid uit de psychoanalytische literatuur, waaraan hij ook zijn validiteit ontleende) naar meer dan vijfhonderd in de DSM-5 (de DSM IV-TR bevatte 294 verschillende diagnoses, uitsluitend georganiseerd in categorieën). Bovendien verlagen de nieuwe criteria van de DSM-5 de drempels die noodzakelijk zijn voor de diagnose van een psychische stoornis. De Amerikaanse psychiater Allen Frances waarschuwt daarvoor in zijn recente publicatie (54).

Wat de stoornissen van het schizofrenie-spectrum betreft, verschijnt in de bijlagen van de DSM-5 het ‘verzwakte-psychose-syndroom’, hetgeen frequente ervaringen bij de algemene bevolking beschrijft. Het werd als diagnose voorgesteld onder de naam ‘psychoserisicosyndroom’ (‘*attenuated psychosis syndrome*’ of ‘*ultra-high risk individuals*’) (55). Volgens dr. Frances, “beschikken we in werkelijkheid over geen enkel middel om echt te voorspellen wie een psychose zal krijgen en de kans bestaat dus zeker dat acht op de tien jonge mensen die dit label opgeplakt krijgen, nooit een psychose zullen ontwikkelen. Het resultaat zou een schrikwekkende toename van het aantal diagnoses zijn, en onterechte behandelingen van jonge mensen, met ernstige bijwerkingen.” Na een verhit debat binnen

de *American Psychiatric Association* werd het psychoserisicosyndroom ('verzwakte-psychosesyndroom') uiteindelijk uit de DSM-5 gehaald en opgenomen in een lijst van syndromen "die aanvullend onderzoek vereisen" (56).

Volgens Paris zou overbehandeling ook kunnen voortvloeien uit een dimensionele benadering omdat de continuïteit tussen normaal en pathologisch de clinicus berooft van een referentiepunt waarbij een behandeling aangewezen is. In deze benadering is het klinisch teken of de dimensie kwalitatief niet verschillend van de normale toestand, maar een kwantitatieve variatie van een normaal proces (3).

**We zijn de voorbije 33 jaar getuige geweest van een explosie van het aantal categorieën: van 228 (in de DSM-III) naar 541 (DSM-5) (8). De dimensionele benadering biedt echter geen oplossing voor het risico op diagnostische inflatie, noch voor het risico op overmedicalisering.**

## 6. Mogelijke gevolgen van een categoriële of dimensionele benadering

### 6.1. Ziekteverzekering

Het gebruik van de DSM is in de Verenigde Staten wijdverspreid. Sinds de derde publicatie deed de DSM er dienst als referentiedocument voor heel de psychiatrische praktijk, zowel voor onderzoek, gebruik in de klinische praktijk (zie verder) als in het medicolegale domein (10). Eén van de belangrijkste gevolgen van deze evolutie houdt verband met de gezondheidsverzekering: het werk dient als referentie voor verzekeringsmaatschappijen om psychiatrische zorgen terug te betalen.

Verzekeringsmaatschappijen hebben een nomenclatuur nodig met duidelijk gedefinieerde grenzen, meer in het bijzonder om eventuele juridische geschillen af te handelen. Het Amerikaanse systeem is heel strikt. De arts moet een diagnose stellen (10) vanaf het eerste bezoek als de patiënt de verzekering wil laten tussenkomen. Dit is een bron van fouten en inflatie van diagnoses. Een enquête uitgevoerd bij Amerikaanse psychiaters bracht aan het licht dat de vereisten van uiteenlopende privéziekteverzekeringen

een aanzienlijke invloed hebben op hun diagnostische beslissingen (10).

In België dienen de geregistreerde medische gegevens als basis voor de berekening van een deel van de financiering van de ziekenhuizen. Dit zijn, voor elke hospitalisatie, de gegevens met betrekking tot de pathologie en de aan de patiënt verstrekte behandelingen: de hoofddiagnose, eventuele secundaire diagnoses en de uitgevoerde onderzoeken en interventies. Wij gebruiken het classificatiesysteem ICD 9, om alle diagnoses en behandelingen te groeperen in ongeveer 350 verschillende diagnosegroepen of APR-DRG (*All Patients Refined Diagnose Related Groups*) en in 4 ernstniveaus.

In 2013 plande de minister van Volksgezondheid de uitwerking van een stappenplan met het oog op de overschakeling naar een prospectief forfaitair systeem voor de financiering van de ziekenhuizen, gebaseerd op de pathologieën. Er worden met andere woorden stappen gezet met het oog op de overschakeling naar een 'financiering op basis van pathologieën', ook 'all-in-financiering' genoemd. Deze 'all-in-financiering' is een financieringssysteem dat een vast bedrag per type pathologie voorziet. In dit systeem wordt geen rekening meer gehouden met de handelingen die worden gesteld in het kader van een ziekte-episode, maar wordt een schatting van de (gerechtvaardigde) gemiddelde inspanning gehanteerd. Enkele risico's van een (exclusieve) all-in-financiering zijn: kwaliteitsverlies als gevolg van een afname van de geleverde prestaties of het voortijdig terug naar huis sturen van de patiënten in een poging om de kosten te drukken. Bovendien riskeert een selectie van patiënten met het laagste ernstniveau binnen elke diagnostische groep te verschijnen (57).

**In de Verenigde Staten zijn de terugbetalingen en sociale voordelen gebaseerd op de DSM-diagnoses. Dit zou aanleiding kunnen geven tot diagnostische inflatie opdat de patiënten zouden kunnen genieten van tussenkomst van hun verzekering. In België evolueert het gezondheidssysteem naar het Amerikaanse systeem. Er is steeds meer sprake van een financiering van de ziekenhuizen op basis van de diagnose, volgens een gemiddeld tarief en niet langer volgens de reële kost van de geleverde prestaties.**

### 6.2. Onderzoek en opleiding

De farmaceutische industrie moet de richtlijnen van de *Food and Drug Administration* (FDA) volgen en daarom studies uitvoeren, voornamelijk aan de hand van de categorieën van de DSM. Doordat een groot deel van het klinisch onderzoek wordt gefinancierd door de farmaceutische industrie, dienen de categorieën van de DSM als basis voor een belangrijk deel van de klinische kennis (3). Wetenschappelijke tijdschriften hebben de neiging de diagnoses van de DSM voorrang te verlenen. Ze vermijden de publicatie van artikels met andere diagnostische benaderingen (3). Bijgevolg hebben de definities van de DSM een beperkende invloed op het onderzoek dat wordt uitgevoerd in de biologie, de etiopathogenie en de behandeling van psychische stoornissen.

De DSM-III werd deels ontwikkeld om het onderzoek naar biologische markers te vergemakkelijken. Vijfendertig jaar later is het resultaat vrij negatief. Het *National Institute of Mental Health* (NIMH), dat in de Verenigde Staten het grootste deel van het openbare onderzoek in de neurowetenschappen financiert, heeft aangekondigd dat het de DSM-5 niet langer zou ondersteunen (8). Enkele weken voor de publicatie van de DSM-5 verklaarde de directeur van het NIMH dat het handboek leed "aan een gebrek aan wetenschappelijke validiteit" (58, 59). De hoofddoelstelling van de instelling is de reorganisatie van het onderzoek in de psychiatrie. Dit onderzoek moet gericht zijn op de biologie, de genetica en de neurowetenschap, zodat wetenschappers psychische stoornissen kunnen definiëren op basis van de oorzaken ervan en niet langer op basis van de diagnostische categorieën. "Zolang de gemeenschap van onderzoekers de DSM beschouwt als een bijbel, zullen we geen enkele vooruitgang boeken", zei de directeur, en hij voegde eraan toe: "De mensen denken dat alles moet overeenstemmen met de criteria van de DSM, maar weet u, de biologie heeft dit handboek nooit gelezen..." (59). Volgens dr. Hyman, ex-directeur van het NIMH, "hebben de uitvinders van de DSM een model gekozen waarin alle psychische stoornissen werden ingedeeld in categorieën die verschillen van wat normaal is, wat volledig fout is". Volgens hem weerspiegelt de DSM niet de complexiteit van de meeste stoornissen en zou de manier waarop psychische ziekten worden gecategoriseerd het onderzoek niet langer mogen sturen. Voor hem en andere deskundigen moet het onderzoek worden georiënteerd



**Tabel 1: Matrix van het *Research Domain Criteria*-project (2015) (61)\*\***

Analyse-eenheden								
DOMEINEN/CONSTRUCTS	GENEN	MOLECULEN	CELLEN	CIRCUITS	FYSIOLOGIE	GEDRAG	SUBJECTIEVE BELEVING	PARADIGMA'S
<p><i>NEGATIEVE VALENTIESYSTEMEN</i></p> <p>Acute dreiging ('vrees')</p> <p>Mogelijke dreiging ('angst')</p> <p>Langdurige dreiging</p> <p>Verlies</p> <p>Frustratie als gevolg van de niet-beloning</p>								
<p><i>POSITIEVE VALENTIESYSTEMEN</i></p> <p>Motivatie tot toenadering</p> <p>Valorisatie van de beloning</p> <p>Valorisatie van de inspanning</p> <p>Afwachten en foute voorspelling van de beloning</p> <p>Keuze van actie en beslissing gebaseerd op de voorkeur</p> <p>Initiële reactie op de beloning</p> <p>Aangehouden reactie op de beloning</p> <p>Aanleren van de beloning</p> <p>Gewoonte</p>								
<p><i>COGNITIEVE SYSTEMEN</i></p> <p>Aandacht</p> <p>Perceptie</p> <p>Visuele perceptie</p> <p>Auditieve perceptie</p> <p>Olfactieve, somato-sensoriële of multimodale perceptie</p> <p>Declaratief geheugen</p> <p>Taalgedrag</p> <p>Cognitieve controle (met inspanning)</p> <p>Keuze van het doel; aanpassing, voorstelling en behoud</p> <p>Keuze van de reactie; onderdrukking, inhibitie</p> <p>Monitoring van de prestaties</p> <p>Werkgeheugen</p> <p>Actief onderhoud</p> <p>Flexibele bijwerking</p> <p>Beperkt vermogen</p> <p>Interferentiecontrole</p>								
<p><i>SYSTEMEN DIE VERBAND HOUDEN MET SOCIALE PROCESSEN</i></p> <p>Verbondenheid/hechting</p> <p>Sociale communicatie</p> <p>Ontvangst van de faciale communicatie</p> <p>Productie van de faciale communicatie</p> <p>Ontvangst van de niet-faciale communicatie</p> <p>Productie van de niet-faciale communicatie</p> <p>Perceptie en zelfinzicht</p> <p>Bewustzijn van het actorschap (<i>agency</i>)</p> <p>Zelfkennis</p> <p>Perceptie en inzicht in de anderen</p> <p>Perceptie van de ziel</p> <p>Perceptie van de actie</p> <p>Begrip van psychische toestanden</p>								
<p><i>WAAK- EN REGULATIESYSTEMEN</i></p> <p>Opwinding</p> <p>Biologische (circadiaanse) ritmes</p> <p>Wak-slaap</p>								

\*\*door de auteur gemaakte, niet-gevalideerde vertaling

op dezelfde manier als dat voor kanker, dat is geëvolueerd van een classificatie van de tumoren in functie van hun locatie in het lichaam naar een karakterisatie van hun genetische en moleculaire signatuur.

### 6.2.1. De RDoC

Daarom lanceerde het NIMH al in 2010 het project *Research Domain Criteria* (RDoC) (60-62). Het NIMH vermeldt dat haar motivatie niet was om de DSM af te breken als klinisch hulpmiddel, maar onderzoekers in deze richting aan te moedigen (59, 63). Volgens de website van het NIMH "bestond er tot op vandaag een algemene consensus over het feit dat de wetenschappelijke gegevens niet genoeg zouden zijn ontwikkeld om een classificatie op basis van de neurowetenschappen toe te laten. Maar op een bepaald moment moeten we beslissen om dergelijke benaderingen in te voeren als we willen dat de psychiatrie op een dag in staat is het punt te bereiken waarop de vooruitgang die wordt geboekt in de genomica, de pathofysiologie en de gedragswetenschappen significant kan bijdragen aan de diagnose. Het RDoC-programma is het begin van een dergelijk project op lange termijn" (61).

De RDoC's zullen 3 sturende principes volgen, die allemaal afwijken van de huidige diagnostische benaderingen:

1. De RDoC's zijn opgevat als een dimensioneel systeem (dat bijvoorbeeld metingen weerspiegelt op het niveau van de neuronale circuits, de gedragsactiviteit, enz.), dat zich uitstrekt van het normale tot het abnormale.
2. De RDoC's zijn 'agnostisch' wat de huidige categorieën van psychische stoornissen betreft, een beetje zoals de DSM-III 'atheoretisch' moest zijn wat de heersende psychodynamische opvattingen vóór zijn publicatie betreft. In plaats van te beginnen met een definitie van de ziekte en vervolgens de neurobiologische substraten ervan te zoeken, beginnen de RDoC's met het proberen de relaties tussen de hersenen, de neurobiologie en het gedrag te begrijpen. Die bevindingen worden vervolgens gekoppeld aan de klinische verschijnselen.
3. De RDoC's zullen meerdere, verschillende analyse-eenheden gebruiken om de te bestuderen entiteiten te definiëren (bijvoorbeeld beeldvorming, fysiologische activiteit, gedrag, subjectieve beschrijving van symptomen, enz.).

Concreet wordt het voorgestelde onderzoekskader georganiseerd rond een matrix waarin 5 domeinen of 'constructs', die afkomstig zijn

van positieve (bijvoorbeeld plezier, beloning) en negatieve (bijvoorbeeld angst, aversieve reactie) valentiesystemen, cognitieve systemen, systemen die verband houden met sociale processen, waak- en regulatiesystemen, worden gekruist met 7 analyse-eenheden (genen, moleculen, cellen, neuronale circuits, fysiologie, gedrag, subjectieve beleving). Daar aan wordt een achtste kolom toegevoegd die probeert rekening te houden met het feit dat al deze domeinen worden bestudeerd in het kader van specifieke wetenschappelijke paradigma's die in het systeem moeten worden geïntegreerd (Tabel 1).

**De ambitie van het RDoC-project is het ontwikkelen van nieuwe manieren om psychische stoornissen te classificeren, gebaseerd op dimensies die de gegevens van de basiswetenschappen van het gedrag en de menselijke beleving weerspiegelen. In plaats van te vertrekken van de fenomenologische definitie van een ziekte om de neurobiologische oorzaken ervan op te sporen, zijn de RDoC's gebaseerd op de huidige kennis op het vlak van neurowetenschappelijke gegevens, die vervolgens aan klinische verschijnselen worden gekoppeld.**

### 6.2.2. PsyMate en de temporaliteit van de diagnose

In een categoriële benadering worden de symptomen van schizofrenie vaak geïnterpreteerd als 'traits'. Schizofrenie is echter geen versterde stoornis. De patiënten hebben fasen van exacerbatie en stabilisatie. De resultaten die uit onderzoek worden verkregen, kunnen dus variëren naargelang de periode waarin de patiënten worden geëvalueerd. In het geval van akoestisch-verbale hallucinaties leveren studies van 'traits' bijvoorbeeld informatie over de neuronale basis van de vatbaarheid voor hallucinaties, door de hersenrespons van de patiënten met en zonder hallucinaties te vergelijken. Op het moment van de tests vertoonden deze proefpersonen niet noodzakelijk het symptoom. Het gaat dus om een factor of marker voor het risico op het vertonen van dit symptoom. 'State'-studies zijn daarentegen studies naar de hersenactiviteit/niet-activiteit tijdens de hallucinatie bij dezelfde patiënt (64, 64). Op basis van een meta-analyse (64) kon worden aangetoond dat de vatbaarheid voor hallucinaties ('trait') lijkt te zijn geassocieerd met een verhoogde activiteit van de verbale perceptiezones. 'State'-studies identificeren

de verbale productiezones. Een ander voorbeeld is depressie bij een schizofreniepatiënt. Wanneer de depressie vaak wordt waargenomen tijdens zijn volwassen leven, spreken we van *trait*-marker. Als de depressie zich enkel voordoet tijdens de observatieperiode, spreken we van *state*-marker bij schizofrenie. Chiappelli et al. ontdekten dat het verband tussen *trait*-depressie en cognitie bij schizofrenie verschilt van het verband tussen die twee variabelen bij majeure depressie: een ernstigere *trait*-depressie bij schizofrenie was niet geassocieerd met ernstigere cognitieve deficiëntie; bij majeure depressie is dat wel het geval (66, 67).

Om de schommelingen in de klinische gegevens doorheen de tijd beter te begrijpen, ontwikkelden de wetenschappers van het EU-GEL (*European network of national schizophrenia networks studying Gene-Environment Interactions*) het PsyMate-systeem. PsyMate is een applicatie om de gevoelens en het gedrag van de patiënt in het dagelijkse leven te identificeren. Na het downloaden van de applicatie op een telefoon (iPhone en Android) geeft de telefoon op verschillende momenten van de dag een signaal, met het verzoek aan de patiënt om een aantal vragen te beantwoorden. Deze applicatie maakt het dus mogelijk om een variabele meerdere keren per dag te meten gedurende een bepaalde observatieperiode. Op die manier wordt eerder een 'film' gecreëerd in plaats van 'momentopnames' van het leven van de patiënten. Dit zou artsen kunnen helpen bij het stellen van de diagnose en het beter evalueren van de interventies in de geestelijke gezondheidszorg (68, 69).

Dankzij de meting op verschillende tijdstippen over een langere periode geven de resultaten een betrouwbaar en duidelijk beeld van een persoon.

**Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe conceptualisering van psychische stoornissen op basis van dimensionele modellen met het project *Research Domain Criteria* (RDoC) van het NIMH, en met het PsyMate-systeem van het EU-GEL. De nieuwe conceptualisatie keert zich radicaal af van de neo-Kraepeliniaanse beginselen die sinds de DSM-III de boventoon voeren (4). Het doel is om "nieuwe manieren te ontwikkelen om psychische stoornissen in te delen op basis van de dimensies van in de tijd observeerbare gedragingen en de neurobiologische correlaties hiervan" (61).**

### 6.2.3. EASE

Om de subjectieve beleving van de patiënten te verduidelijken en preciseren (de 7e analyse-eenheid volgens de RDoC's), kunnen we ook gebruikmaken van de EASE-schaal (*Examination of Anomalous Self-Experience* of evaluatie van afwijkende zelfbeleving) (zie **Bijlage I**). Deze fenomenologische oriëntatie-evaluatie is gebaseerd op een gedetailleerd, semigestructureerd gesprek. Ze werd ontwikkeld op basis van zelfbeschrijvingen door patiënten die een eerste schizofrene episode doormaakten en is dus vooral gericht op de klinische verschijnselen geassocieerd met het schizofreniespectrum en psychosen. Het duurt gemiddeld ongeveer 90 minuten om de EASE-schaal af te nemen (70-72). Ze bevat 40 items onderverdeeld in 5 domeinen. De bevroegde domeinen zijn:

- **cognitie en bewustzijnsbeleving** (bijv. interferentie van het denken, blokkering van het denken, ruminaties-obsessies, aandachtsstoornissen, stoornissen van het korte termijngeheugen);
- **stoornissen van het zelfbewustzijn en de aanwezigheid van het zelf** (bijv. verminderde basiszelfbeleving, vervorming van het perspectief in de eerste persoon, de-realiserende dissociatieve depersonalisatie (uit het lichaam treden, identiteitsverwarring);
- **lichamelijke gewaarwordingen** (bijv. morfologische veranderingen, somatische depersonalisatie, motorische stoornissen);

- **transitivisme/stoornissen van de afbakening van het ik** (bijv. verwarring met de ander, verwarring met het eigen spiegelbeeld, bedreigend lichamelijke contact);
- **existentiële heroriëntatie** (bijv. gevoel van centraliteit, het gevoel 'alsof' de belevingswereld van de persoon de enige realiteit is die er nog bestaat, magische ideeën).

### 6.2.4. De opleiding van psychiaters

In veel universiteiten staat de validiteit van de DSM niet ter discussie. Bijgevolg gaan studenten denken dat de pathologieën die worden beschreven in de DSM ook echt aparte entiteiten vertegenwoordigen. De slaagkansen op examens hangen vaak af van het kunnen reproduceren van de categorieën van de DSM. De letterlijke kennis ervan staat vaak gelijk met essentiële kennis van de psychiatrie (73). De studenten van vandaag zijn de toekomst van de psychiatrie. Het valt dan ook zeer te betreuren dat hen een dergelijke 'conceptuele handicap' wordt opgelegd (73). Volgens Gonon gaat dit discutabele leerproces ten koste van nuttigere kennis, zoals kennis over de fenomenologie van de dimensionele symptomen of de psychofarmacologie in zowel het therapeutische als het iatrogene kader (58). Als medisch directeur van de APA tussen 1974 en 1997 leverde Sabshin een grote bijdrage aan de

DSM-III en DSM-IV. In 1997 formuleerde hij een belangrijke waarschuwing: *"Één van de grote gevaren van deze periode is de atrofie van psychotherapeutische competenties bij psychiaters. Het gevaar zit in het feit dat van de DSM een mechanistische benadering wordt gemaakt, waarin de clinicus zijn klinisch denkvermogen en zijn menselijkheid verliest. Ik heb een hekel aan het beoordelen van kandidaten voor een verantwoordelijke functie die hun DSM netjes kunnen opzeggen. We moeten doorgaan met het doceren van de klinische praktijk, zodat de verschillen tussen patiënten worden (h)erkend en we in alles wat we doen oog blijven hebben voor menselijkheid"* (74).

## 7. Veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR voor wat betreft schizofrenie

### 7.1. Categoriële veranderingen

#### 7.1.1. Schizofrenie

In het domein van de psychotische stoornissen zijn de categoriële veranderingen in de DSM-5 gering vergeleken met de DSM-IV-TR. **Bijlage II** geeft een kort overzicht van de diagnostische criteria voor schizofrenie volgens de DSM-5. In **tabel 2** worden de veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR voor schizofrenie weergegeven (3, 42, 75-78).

**Tabel 2: Veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR, voor wat betreft schizofrenie.**

DSM-IV-TR	DSM-5
A. Kenmerkende symptomen	- verdwijning van de eersterangscriteria van Schneider - minstens één van de twee waargenomen symptomen zou waanideeën, hallucinaties of gedesorganiseerde spraak moeten zijn
B. Functioneren	Geen veranderingen
C. Duur	Geen veranderingen
D. Stemmings- of schizo-affectieve stoornis	Geen veranderingen, maar de schizo-affectieve stoornis wordt over het hele leven geherdefinieerd (79)
E. Middelenmisbruik/somatische stoornis	Geen veranderingen
F. Pervasieve ontwikkelingsstoornis	Geen veranderingen
Specificatie van het subtype	-verdwijning van alle subtypes

**Tabel 3: Ernst van de symptomen van de psychotische dimensies, geëvalueerd door de clinicus ('Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity') (volgens 87).**

## Het hoogste ernstniveau van de voorbije 7 dagen registreren

### **1. HALLUCINATIES**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om te worden beschouwd als psychotisch).
2. Aanwezig, maar licht (weinig geneigd om de bevelen op te volgen, weinig hinder van de stemmen).
3. Aanwezig, maar matig (geneigd om te antwoorden op de stemmen, erdoor gehinderd).
4. Aanwezig en ernstig (zeer geneigd om te antwoorden op de stemmen, er sterk door gehinderd).

### **2. WANEN**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om te worden beschouwd als psychotisch).
2. Aanwezig, maar licht (weinig geneigd om te handelen naar de waanideeën, weinig hinder van de wanen).
3. Aanwezig, maar matig (geneigd om te handelen volgens de waanideeën, erdoor gehinderd).
4. Aanwezig en ernstig (zeer geneigd om te handelen volgens de waanideeën, er sterk door gehinderd).

### **3. GEDESORGANISEERDE SPRAAK**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om te worden beschouwd als pathologisch).
2. Aanwezig, maar licht (wat moeilijkheden om de uitspraken te volgen).
3. Aanwezig, maar matig (moeilijk te volgen uitspraken).
4. Aanwezig en ernstig (vrijwel onmogelijk te begrijpen uitspraken).

### **4. VERSTORING VAN HET PSYCHOMOTORISCHE GEDRAG**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om te worden beschouwd als pathologisch).
2. Aanwezig, maar licht (occasionele gedragsstoornissen of bizar psychomotorisch gedrag of katatonie).
3. Aanwezig, maar matig (frequente gedragsstoornissen of bizar psychomotorisch gedrag of katatonie).
4. Aanwezig en ernstig (vrijwel constant verstoord of bizar psychomotorisch gedrag of katatonie).

### **5. NEGATIEVE SYMPTOMEN (VERMINDERDE EMOTIONELE EXPRESSIE OF ABULIA)**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtige afname van de expressiviteit van het gezicht, de intonatie, de gebaren of het zelfgeïnitieerde gedrag.
2. Aanwezig, maar lichte afname van de expressiviteit van het gezicht, de intonatie, de gebaren of het zelfgeïnitieerde gedrag.
3. Aanwezig, en matige afname van de expressiviteit van het gezicht, de intonatie, de gebaren of het zelfgeïnitieerde gedrag.
4. Aanwezig, en ernstige afname van de expressiviteit van het gezicht, de intonatie, de gebaren of het zelfgeïnitieerde gedrag.

### **6. COGNITIEVE STOORNISSEN**

0. Afwezig.
  1. Twijfelachtig (cognitieve functies niet buiten de verwachte grenzen voor leeftijd en SEN, d.w.z. < 0,5 TA van het gemiddelde).
  2. Aanwezig, maar licht (enkele cognitieve problemen; onder de verwachte grenzen voor leeftijd en SEN, d.w.z. 0,5 - 1 TA van het gemiddelde).
  3. Aanwezig maar matig (duidelijke cognitieve stoornissen; onder de verwachte grenzen voor leeftijd en SEN, d.w.z. 1 - 2 TA van het gemiddelde).
  4. Aanwezig en ernstig (ernstige cognitieve stoornissen; onder de verwachte grenzen voor leeftijd en SEN, d.w.z. > 2 TA van het gemiddelde).
- TA = typeafwijking, SEN = sociaaleconomisch niveau.

### **7. DEPRESSIE**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (voelt zich soms droevig, verslagen, gedeprimeerd of wanhopig; het gevoel te falen zonder daardoor verontrust te zijn).
2. Aanwezig, maar licht (frequente periodes van droefheid, verslagenheid, matig gedeprimeerd of wanhopig; het gevoel te falen en daar toch wat door verontrust zijn).
3. Aanwezig, maar matig (frequente episodes van diepe depressie of wanhoop; een schuldgevoel iets verkeerd te hebben gedaan).
4. Aanwezig en ernstig (dagelijks diepe depressie of wanhoop; schuldgevoel dat grenst aan wanen of zich onredelijke verwijten maken, niet in verhouding tot de omstandigheden).

### **8. MANIE**

0. Afwezig.
1. Twijfelachtig (occasionele opgewektheid, expansieve stemming, prikkelbaarheid of agitatie).
2. Aanwezig, maar licht (frequente periodes van opgewektheid, expansieve stemming, prikkelbaarheid of matige agitatie).
3. Aanwezig, maar matig (frequente periodes van opgewektheid, expansieve stemming, prikkelbaarheid of agitatie).
4. Aanwezig en ernstig (dagelijkse en intense opgewektheid, expansieve stemming, prikkelbaarheid of agitatie).

### Criterion A (kenmerkende symptomen)

+ De eerste verandering is de verdwijning van de invloed van de school van Heidelberg (Kurt Schneider): hallucinaties in de vorm van een stem die voortdurend commentaar geeft op het gedrag of de gedachten van de patiënt, of meerdere stemmen die met elkaar in gesprek zijn (na bizarre waanideeën) volstaan als dusdanig niet meer om te voldoen aan criterium A. Volgens Schneider waren deze twee eersterangsymptomen pathognomonisch voor schizofrenie.

+ De tweede verandering is **dat minstens één van de volgende 3 symptomen aanwezig moeten zijn:**

- wanen;
- een hallucinatie, of
- gedesorganiseerde spraak.

Gedesorganiseerd gedrag en de aanwezigheid van negatieve symptomen volstaan dus niet langer om de diagnose te stellen. Merk op dat de noodzakelijke aanwezigheid van positieve psychotische symptomen (wanen en hallucinaties) de differentiële diagnose met een schizotypische stoornis vergemakkelijkt.

+ Er werd een wijziging aangebracht in de definitie van negatieve symptomen: 'affectieve afstomping' is vervangen door 'verminderde emotionele expressie' ('*restricted affect*'). De term 'alogie' werd geschrapt.

### Criterion D (stemmingsstoornis of schizoaffectieve stoornis)

+ Verdwijning van de gemengde episodes als definitie van een affectieve episode, die volgens deskundigen uiterst zeldzaam zijn.

### Subtypes van schizofrenie

De opvallendste wijziging in de DSM-5 is het schrappen van alle subtypes (paranoïde, gedesorganiseerd, katatoon, ongedifferentieerd, residueel) wegens het gebrek aan stabiliteit en de zwakke betrouwbaarheid en validiteit ervan (75, 78). Merk op dat de katatone stoornis nog steeds wordt vermeld in het hoofdstuk over schizofreniespectrum (293.89), maar dat ze voortaan transdiagnostisch is en kan verschijnen in het kader van schizofrene, stemmings-, ontwikkelingsstoornissen of medische en zelfs niet-gespecificeerde medische aandoeningen.

### Ernstscore

Voor alle stoornissen van het schizofreniespectrum stelt de DSM een meetinstrument voor waarop de ernst van de symptomen aangegeven wordt op een schaal van 5 punten (0-4), de *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity* of CRDPSS (zie hoofdstuk 7.2.1.)

### 7.1.2. Schizoaffectieve stoornis

In de DSM-5 is de schizoaffectieve stoornis (zie **Bijlage III**) diegene waarvoor de wijziging relatief gezien het opvallendst is in het schizofreniespectrum. Opdat de diagnose kan worden gesteld, moet de patiënt eenmaal in zijn leven gedurende minstens 2 weken psychotische symptomen vertonen buiten een stemmingsstoornis, en die laatste moet aanwezig zijn gedurende het grootste deel van de actieve en residuele stoornis. De evaluatie van de aanwezigheid van een ernstige stemmingsstoornis moet dus gebeuren over de volledige duur van de stoornis (d.w.z. de actieve en residuele periodes) en niet enkel over de lopende episode. Deze wijziging wordt gemotiveerd door het feit dat de diagnose de slechtste stabiliteit had in test-hertest betrouwbaarheid.

Hoewel de schizoaffectieve stoornis een nosografische entiteit blijft en klinici schizofrenie en bipolaire stoornis traditioneel beschouwden als afzonderlijke stoornissen, lijken de recente wetenschappelijke gegevens schizofrenie, bipolaire stoornis en schizoaffectieve stoornis samen te brengen in één dimensioneel model (3, 80). Epidemiologische studies wijzen uit dat de entiteiten schizofrenie, bipolaire stoornis en schizoaffectieve stoornis, zoals in de DSM gedefinieerd, bepaalde risicofactoren gemeenschappelijk hebben. Laursen et al. (81) toonden een verhoogd aantal gevallen van bipolaire stoornissen en schizofrenie aan bij familieleden van patiënten met schizoaffectieve stoornissen. Genetische gegevens lijken een andere diagnostische onderverdeling te suggereren. Schizofrenie en bipolaire stoornis delen gemeenschappelijke genetische factoren, maar voor elk van beide stoornissen is een aanzienlijk deel van de genetische factoren niet gemeenschappelijk. De neurocognitieve tests voor de twee diagnoses verschillen kwalitatief niet. Neurologische beeldvorming brengt niet-specifieke verschillen tussen de twee diagnoses aan het licht op het niveau van de hippocampus en de superieure prefrontale cortex. Tot slot blijken antidepressiva en antipsychotica relatief doeltreffend te zijn in beide diagnoses (4). Stemningsregelaars, zoals lithium, daarentegen, lijken een specifieke activiteit te hebben bij bipolaire stoornissen (voor recidiverende episodes van manie en depressie) (28, 82, 83).

Telkens de neurobiologie, de genetica of de farmacologie twijfel zaait over de relevantie van een strikte scheiding tussen categoriële entiteiten omdat er bewijzen worden gevonden voor bepaalde verschijnselen die niets specifiek hebben voor de gebruikte catego-

**Tabel 4: Domeinen van de transversale symptomatische zelfevaluatie niveau 1 voor volwassenen van de DSM-5 (45, 88).**

Domeinen (aantal items)
I. Depressie (2)
II. Woede (1)
III. Manie (2)
IV. Angst (3)
V. Somatisch lijden (2)
VI. Zelfmoord (1)
VII. Psychose (2)
VIII. Slaapstoornissen (1)
IX. Geheugenproblemen (1)
X. Repetitieve gedachten en gedragingen (2)
XI. Dissociatie (1)
XII. Persoonlijkheid (2)
XIII. Alcohol- en drugsmisbruik (3)
Totaal aantal items = 23

rieën, spreken we van een transnosografisch effect of verschijnsel (zoals eerder vermeld). Categorieel denken, zou hier kunnen worden beschouwd als een echt epistemologisch obstakel. Vandaar dat bepaalde klinici een zogenaamd dimensionele benadering willen promoten. Een benadering die over de grenzen van de categorieën heen, de rol verduidelijkt van bepaalde biochemische of pathofysiologische factoren in de verschijning van bepaalde soorten symptomatische manifestaties (zoals hallucinaties) (1).

### 7.2. Dimensionele evaluatie van de symptomen en psychotische tekens in de DSM-5

We hebben vastgesteld dat de diagnostische categorieën van de DSM-IV-TR beperkend, specifiek en exclusief waren en dat de definitie ervan geen goed beeld gaf van de werkelijkheid die ze probeerden te beschrijven. Elke clinicus weet dat voor elke diagnose, inclusief psychosen, individuele patiënten heel erg kunnen afwijken van het voor deze ziekte typisch geachte beeld. Om dit te verhelpen, introduceert de DSM-5 het dimensionele aspect (84-86) en worden de volgende schalen voorgesteld om iets te doen aan deze interindividuele variabiliteit: de '*Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity*', voor schizofrenie, en de '*DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure*' voor elke psychiatrische diagnose (DSM-5, Franse versie, pagina 873).

### 7.2.1. Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity

De acht dimensies van de 'Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity' (zie **Tabel 3** en **Bijlage IV**), die elk een score krijgen van 0 (afwezig) tot 4 (ernstig), omvatten de vijf symptomen van het criterium A van schizofrenie (kernsymptomen), evenals manie, depressie, verstoring van de cognitieve functies (cognitieve deficiëntie werd niet geselecteerd bij de kernsymptomen van schizofrenie) (84, 86). De schaal evalueert de toestand van de patiënt tijdens de voorbije week en kan dus worden gebruikt om de evolutie van de ernst van de stoornis en de respons van de patiënt op de behandeling te meten. Deze dimensies gelden enkel voor schizofrenie, en niet voor psychosen als geheel (aanvankelijk moesten de dimensies ook gelden voor bipolaire stoornissen). In de DSM-5 is de dimensionele evaluatie van de psychotische symptomen en tekens op basis van specifieke evaluatieschalen dus enkel ontwikkeld voor schizofrenie en niet voor psychosen als geheel.

### 7.2.2. DSM-5 transversale symptomatische zelfevaluatie niveau 1

Deze schaal – voor volwassenen – evalueert de aanwezigheid en ernst van 13 domeinen of psychiatrische symptomen (zie **Tabel 4** en **Bijlage IV**), in de loop van de voorbije twee weken. De items van de schaal overschrijden de diagnostische grenzen: ze verwijzen niet naar een specifieke stoornis en zijn als dusdanig niet bestemd om diagnostisch te zijn. In plaats daarvan is deze schaal ontwikkeld om te worden gebruikt als bijkomend hulpmiddel, dat klinici kwantitatieve evaluaties verschaft, die de patiënten in kaart brengen op een manier die eenvoudig, nuttig en klinisch significant is (19, 45), al dan niet met de hulp van een familielid.

Dit is een bijzonder belangrijk punt, aangezien het samen voorkomen en de ernst van deze symptomen een significante invloed heeft op de prognose en de behandeling van talrijke psychische stoornissen (45).

De vragenlijst bestaat uit 23 vragen. De items worden beoordeeld op een schaal van 5 punten [0 = geen/helemaal niet (*none/not at all*); 1 = licht/zeldzaam (*slight/rare, less than a day or two*); 2 = zwak/meerdere dagen (*mild/several days*); 3 = matig/meer dan de helft van de dagen (*moderate/more than half the days*); en 4 = ernstig/vrijwel dagelijks (*severe/nearly every day*)]. Hogere scores wijzen op een grotere frequentie en/of een hogere graad

van ernst. De items met een score van twee of meer vereisen een verregaandere evaluatie van dit domein met behulp van de 'DSM-5 Level 2 Cross-Cutting Symptom Measures' (19, 45).

## 8. Conclusies

Doordat de psychiatrie een specialiteit is die sterk is verankerd in het medische model zijn we vertrouwd met de categoriële diagnostiek. Het zijn gemakkelijk communiceerbare entiteiten, die het mogelijk maken om snel therapeutische beslissingen te nemen, die berusten op talrijke wetenschappelijke studies. Het zijn ook referentietools voor de financiering van de medische zorgen door de verzekeringsinstellingen (openbaar en privé). Toch hebben de diagnostische categorieën, zoals die van de DSM-5 of de ICD-9, gebaseerd op een consensus van deskundigen, niet geleid tot curatieve behandelingen gebaseerd op concrete gegevens uit de neurowetenschappen of de genetica. Tegelijk zijn deze categoriële diagnoses beperkend: het zijn statistische kwalitatieve constructies die van toepassing zijn op min of meer homogene groepen van patiënten. Ze missen dus nuance in de beschrijving van de psychopathologie van één individu. Hoewel de inspanningen van de voorbije 35 jaar hebben geleid tot een gevoelige verbetering van de betrouwbaarheid, blijft de validiteit van de diagnostische categorieën een heikele zaak. De RDoC van het NIMH vertegenwoordigt een evolutie naar dimensionele classificaties. De RDoC's rechtvaardigen de formulering van nieuwe etiologische hypothesen dankzij een verfijnder inzicht in de psychopathologische verschijnselen, wat op zijn beurt de identificatie van biomarkers (biologische correlaten) zou moeten vergemakkelijken, of ze nu diagnostisch dan wel etiologisch zijn. De dimensionele benadering is al interessant gebleken, omdat ze de prognostische waarde van bepaalde combinaties van symptomen aantoonde, die behoren tot verschillende diagnostische categorieën. Ze heeft ook het belang aangetoond van subsyndromische symptomen in de vroege detectie van populaties met een hoger risico op de ontwikkeling van ernstige psychiatrische aandoeningen. De categoriële en dimensionele classificaties hebben dus verschillende en complementaire functies en zullen in de toekomst dus naast elkaar bestaan.

## Referenties

1. Demazeux S. Les catégories psychiatriques, sont-elles dépassées? *Philosophie* 2008;2:67-88.
2. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res* 2001;49(3):269-85.
3. Paris J (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. Oxford University Press.
4. Domken MA, Masson A, De Nayer A, Floris M, Mallet L, Pirson O, Delatte B, Dubois V, Stillemans E, Gillain B, Detraux J. La dichotomie kraepelinienne. *Neurone* 2011;16(3) (Suppl).
5. Stetka BS, Correll CU. A guide to DSM-5. *Medscape* May 21, 2013.
6. Keshavan MS. Nosology of psychoses in DSM-5: inches ahead but miles to go. *Schizophr Res* 2013;150:40-1.
7. Demazeux S (2013). Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. D'ithaque Eds.
8. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 25-51.
9. Chapireau F. Le DSM et comment s'en libérer. *Topique* 2013/2 (123):71-84.
10. Whooley O. Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Sociol Health Illn* 2010;32(3):452-69.
11. Scully JL. What is a disease? *EMBO Rep* 2004; 5(7):650-3.
12. Tikkinen KA, Leinonen JS, Guyatt GH, Ebrahim S, Järvinen TL. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open* 2012; 2(6).
13. Le Larousse medical. Larousse, 2012.
14. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In: Grad FP (2002). The preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(12):981-4.
15. World Health Organization. 2006. Constitution of the World Health Organization –Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
16. Thouvenin C. Apport de l'hypnose médicale dans la gestion des patients au cabinet dentaire par le biais d'une formation spécialisée. *Surgery* 2014 <dumas-00935433>.
17. <http://dictionary.reference.com/browse/symptom>.
18. Widakowich C, Van Wettere L, Jurysta F, Linkowski P, Hubain P. L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique: aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2013;171:300-5.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5TM.
20. van Os J. A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry* 2009;194(2):101-3.
21. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120(5):363-72.
22. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2009;110(1-3):1-23.
23. Marques TR, Levine SZ, Reichenberg A, et al. How antipsychotics impact the different dimensions of Schizophrenia: a test of competing hypotheses. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24(8):1279-88.
24. Woodward TS, Jung K, Smith GN, et al. Symptom changes in five dimensions of the Positive and Negative Syndrome Scale in refractory psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin*

- Neurosci 2014;264(8):673-82.
25. White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer JP. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. A multisite, multimodel evaluation of the factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale. The PANSS Study Group. *Psychopathology* 1997;30(5):263-74.
  26. Lançon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(5):369-76.
  27. Serretti A, Olgiati P. Dimensions of major psychoses: a confirmatory factor analysis of six competing models. *Psychiatry Res* 2004;127(1-2):101-9.
  28. Reininghaus U, Priebe S, Bental RP. Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a general psychosis dimension. *Schizophr Bull* 2013;39(4):884-95.
  29. Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985;11(3):471-86.
  30. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(5):341-51.
  31. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1987;151:145-51.
  32. Bilder RM, Mukherjee S, Rieder RO, Pandurangi AK. Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophr Bull* 1985;11(3):409-19.
  33. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2014;59(1):13-7.
  34. van Rossum I, Dominguez MD, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Affective dysregulation and reality distortion: a 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophr Bull* 2011;37(3):561-71.
  35. Perlis RH, Uher R, Ostacher M, et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(4):351-60.
  36. Wigman JT, van Os J, Borsboom D, et al. Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychol Med* 2015 Mar 25:1-13.
  37. Wigman JT, van Os J, Abidi L, et al. Subclinical psychotic experiences and bipolar spectrum features in depression: association with outcome of psychotherapy. *Psychol Med* 2014;44(2):325-36.
  38. van Os J, Murray RM. Can we identify and treat "schizophrenia light" to prevent true psychotic illness? *BMJ* 2013;346:f304.
  39. Regeer EJ, Krabbendam L, de Graaf R, ten Have M, Nolen WA, van Os J. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. *Psychol Med* 2006;36(5):619-27.
  40. Etkin A, Cuthbert B. Beyond the DSM: development of a transdiagnostic psychiatric neuroscience course. *Acad Psychiatry* 2014;38(2):145-50.
  41. Bottesi G, Ghisi M, Oumet AJ, Tira MD, Sanavio E. Compulsivity and Impulsivity in Pathological Gambling: Does a Dimensional-Transdiagnostic Approach Add Clinical Utility to DSM-5 Classification? *J Gambl Stud* 2015;31(3):825-47.
  42. Tan N, Van Os J. Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2014;56(3):167-72.
  43. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198(1):8-10.
  44. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 2009;21(3):256-71.
  45. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014;13(3):314-6.
  46. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000; 45(1-2):11-20.
  47. Wiles NJ, Zammit S, Bebbington P, Singleton N, Meltzer H, Lewis G. Self-reported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:519-26.
  48. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21(8):1125-41.
  49. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013; 43(6):1133-49.
  50. Van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. *Shanghai Arch Psychiatry* 2015;27(2):82-6.
  51. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5(1):53-5.
  52. Marsili M, Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Vasseur Bacle S. Classifier sans stigmatiser: le cas de la Schizophrénie. *L'Information psychiatrique* 2011;87:191-8.
  53. Hardy P, Septier M. Modèles descriptifs et classifications des troubles de la personnalité en psychiatrie (pp 47-57). Dans : Gueffi J-D, Hardy P (2013). *Les personnalités pathologiques*. Médecine Science Publications, Lavoisier, Paris.
  54. Frances A (2013). "Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life". William Morrow.
  55. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150(1):31-5.
  56. Entretien avec Frances A, Grandeur et décadence du DSM. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* 2012;2:21-8.
  57. Crommelynck A, Degraeve K, Lefebvre D. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info, Septembre 2013, Supplément à MC-Informations n° 253.
  58. Gonon F. Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'Information psychiatrique* 2013;X:1-10.
  59. Belluck P, Carey B. Psychiatry's Guide Is Out of Touch With Science, Experts Say. *New York Times* 2013, May 6.
  60. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 748-51.
  61. NIMH Research Domain Criteria (RDoC). <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>.
  62. Carpenter WT. RDoC and DSM-5: what's the fuss? *Schizophr Bull* 2013;39:945-6.
  63. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. May 13, 2013, Press release.
  64. Kühn S, Gallinat J. Quantitative meta-analysis on state and trait aspects of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012;38(4):779-86.
  65. Ford JM, Dierks T, Fisher DJ, et al. Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38(4):715-23.
  66. Chiappelli J, Kochunov P, DeRiso K, et al. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014;159(1):243-8.
  67. Chiappelli J, Nugent KL, Thangavelu K, Searcy K, Hong LE. Assessment of trait and state aspects of depression in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014;40(1):132-42.
  68. <http://www.psymate.eu/>
  69. Boyce N. Mobile mood monitoring. *The Lancet* 2011;378:475.
  70. Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38(5):236-58.
  71. Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. [EASE: Examination of Anomalous Self-Experience]. *Encephale* 2012; 38 Suppl 3:S121-45.
  72. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull* 2014;40(6):1300-7.
  73. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a plurilogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012 Jul 5;7:8.
  74. Sabshin M. Melvin Sabshin reflects on two decades at the helm of the APA. Interview by John A. Talbott and Howard H. Goldman. *Psychiatr Serv* 1997;48:1164-7.
  75. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:3-10.
  76. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
  77. Tandon R, Carpenter WT Jr. DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication. *Schizophr Bull* 2012;38:369-70.
  78. Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Perona-Garcelán S. From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014;14(3):221-31.
  79. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, et al. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:21-5.
  80. Laursen TM, Labouliere R, Licht RW, Bertelsen A, Munk-Olsen T, Mortensen PB. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder: a Danish register-based cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):841-8.
  81. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry* 2009;70(10):1432-8.
  82. Cosgrove VE, Suppes T. Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *BMC Med* 2013;11:127.
  83. Curran G, Ravindran A. Lithium for bipolar disorder: a review of the recent literature. *Expert Rev Neurother* 2014;14(9):1079-98.
  84. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:15-20.
  85. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders: is it possible to overcome the 'inherent conservative bias'? *Schizophr Res* 2013;150:38-9.
  86. Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150(1):11-4.
  87. [http://www.cerclle-d-excellence-psy.org/fileadmin/cep\\_files/Echelles/CRDPSS.pdf](http://www.cerclle-d-excellence-psy.org/fileadmin/cep_files/Echelles/CRDPSS.pdf)
  88. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170(1):71-82.

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is performed in scientific collaboration with the Janssen Academy.

## BIJLAGE I: OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE DOMEINEN EN ITEMS VAN DE EASE-SCHAAL.

### 1. Cognitie en bewustzijnsbeleving

- 1.1. Gedachte-interferentie
- 1.2. Gedachteonteigening
- 1.3. Gedachtedruk
- 1.4. Gedachteblok
  - 1.4.1. Subtype 1: gedachteblok
  - 1.4.2. Subtype 2: gedachtevervaging
  - 1.4.3. Subtype 3: gedachtevervaging in combinatie met gelijktijdige of opeenvolgende gedachte-interferentie
- 1.5. Stille Gedachte-echo
- 1.6. Ruminaties en obsessies
  - 1.6.1. Subtype 1: primaire ruminaties
  - 1.6.2. Subtype 2: secundaire ruminaties
  - 1.6.3. Subtype 3: werkelijke obsessies
  - 1.6.4. Subtype 4: pseudo-obsessies
  - 1.6.5. Subtype 5: ruminaties/obsessies met rituelen/dwanghandelingen
- 1.7. Perceptualisatie van innerlijke spraak en gedachten ('Gedankenlautwerden')
  - 1.7.1. Subtype 1: innerlijk gegeneerd en innerlijk begrensd
  - 1.7.2. Subtype 2: equivalent van subtype 1
  - 1.7.3. Subtype 3: innerlijk gegeneerd, niet innerlijk begrensd
  - 1.7.4. Subtype 4: extern gegeneerd
- 1.8. Spatialisatie van ervaring
- 1.9. Ambivalentie
- 1.10. Onvermogen verschillende mentale toestanden van elkaar te onderscheiden
- 1.11. Stoornissen van het gedachte-initiatief of de gedachte-intentionaliteit
- 1.12. Stoornissen van de aandacht
  - 1.12.1. Subtype 1: onwillekeurige focus van de aandacht op een bepaald detail binnen het gehele perceptieveld
  - 1.12.2. Subtype 2: onvermogen de aandacht te splitsen
- 1.13. Stoornis van het korte termijngeheugen
- 1.14. Stoornis in de subjectieve ervaring van de tijd
  - 1.14.1. Subtype 1: verstoring van de subjectieve ervaring van het verloop van de tijd
  - 1.14.2. Subtype 2: verstoring van de existentiële/historische betekenis van de tijd
- 1.15. Discontinuïteit van het bewustzijn van het eigen handelen
- 1.16. Discordantie tussen de beoogde expressie en de werkelijke expressie
- 1.17. Verstoring van de expressieve taal functie

### 2. 'Zelf'-bewustzijn en de aanwezigheid van het 'Zelf'

- 2.1. Aantasting van de fundamentele beleving van het 'zelf'
  - 2.1.1. Subtype 1: aanvang tijdens de kindertijd
  - 2.1.2. Subtype 2: aanvang tijdens de adolescentie
- 2.2. Verstoord eerste persoonsperspectief
  - 2.2.1. Subtype 1: eigen gedachten, gevoelens en handelingen verkrijgen een onpersoonlijk, anoniem, en mechanisch karakter
  - 2.2.2. Subtype 2: er wordt een sterk gevoel van afstand ervaren (fenomenologische afstand) tussen de eigenlijke ervaring (denken, actie, perceptie, emotie) en de zelfbeleving
  - 2.2.3. Subtype 3: de beleving van het zelf, als het absolute centrum (dat iets dat niet van zichzelf een precieze locatie heeft maar ten opzichte waarvan al de rest ruimtelijk is gerelateerd) van waaruit elke beleving of handeling (zelfbewustzijn) zich voltrekt, krijgt een specifieke ruimtelijke kwaliteit of kenmerken van ruimtelijke uitbreiding, of lijkt een dislocatie te ondergaan
- 2.3. Andere toestanden van depersonalisatie (Zelfvervreemding)
  - 2.3.1. Subtype 1: melancholische depersonalisatie
  - 2.3.2. Subtype 2: ongespecificeerde depersonalisatie
- 2.4. Verstoord aanwezigheid in de wereld
  - 2.4.1. Subtype 1: gespecificeerd
  - 2.4.2. Subtype 2: niet gespecificeerd
  - 2.4.3. Subtype 3: inclusief derealisatie of perceptuele verandering
- 2.5. Derealisatie
  - 2.5.1. Subtype 1: gegeneraliseerde derealisatie
  - 2.5.2. Subtype 2: intrusieve derealisatie
- 2.6. Hyperreflectiviteit
- 2.7. Identiteitssplitsing ('Ich-Spaltung')
  - 2.7.1. Subtype 1: vermoeden
  - 2.7.2. Subtype 2: de beoordeling van identiteitssplitsing is gebaseerd op rapportering van 'alsof'-ervaringen
  - 2.7.3. Subtype 3: de identiteitssplitsing gaat gepaard met een werkelijke ervaring van spatialisatie, zonder dat deze een waanachtige intensiteit verkrijgt
  - 2.7.4. Subtype 4: de identiteitssplitsing verkrijgt de intensiteit van een waan

- 2.8. Dissociatieve depersonalisatie (*out-of-body-experience*)
- 2.9. Identiteitsverwarring
- 2.10. Leefstijdsverwarring
- 2.11. Verwarring van sekse of seksuele geaardheid
  - 2.11.1. Subtype 1: occasionele angst homoseksueel te zijn of dat anderen dit zouden vermoeden
  - 2.11.2. Subtype 2: een gevoel van het andere geslacht te zijn; een verwarring betreffende de eigen seksuele geaardheid
- 2.12. Verlies van natuurlijke evidentie/'Common Sense'; verbijstering
- 2.13. Angst
  - 2.13.1. Subtype 1: paniekaanvallen met autonome symptomen
  - 2.13.2. Subtype 2: angst zonder autonome symptomen
  - 2.13.3. Subtype 3: fobie
  - 2.13.4. Subtype 4: sociale angst
  - 2.13.5. Subtype 5: diffuse en alomtegenwoordige angst
  - 2.13.6. Subtype 6: paranoïde angst
- 2.14. Ontologische angst
- 2.15. Verminderde transparantie van het bewustzijn
- 2.16. Verminderd initiatief
- 2.17. Hypohedonia
- 2.18. Verminderde vitaliteit
  - 2.18.1. Subtype 1: 'state-like'
  - 2.18.2. Subtype 2: 'trait-like'

### 3. Lichamelijke gewaarwordingen

- 3.1. Morfologische verandering
  - 3.1.1. Subtype 1: kortdurende gewaarwordingen in het hele lichaam of in een deel ervan
  - 3.1.2. Subtype 2: de patiënt ervaart een specifieke morfologische verandering van zijn lichaam
- 3.2. 'Spiegel' fenomenen
  - 3.2.1. Subtype 1: de patiënt zoekt naar verandering of kijkt vaak in de spiegel voor een of andere niet specifieke reden, maar er is geen duidelijke verandering van de perceptie van het eigen gezicht
  - 3.2.2. Subtype 2: de patiënt kan een of andere verandering of vervorming van zijn gezicht echt waarnemen
  - 3.2.3. Subtype 3: andere verschijnselen die tot deze categorie kunnen behoren
- 3.3. Somatische depersonalisatie (vervreemding van het eigen lichaam)
- 3.4. Psychofysische 'misfit' en psychofysische split
- 3.5. Lichamelijke desintegratie
- 3.6. Spatialisatie van lichamelijke ervaringen
- 3.7. Synesthesieën
- 3.8. Motorische stoornissen
  - 3.8.1. Subtype 1: lichamelijke pseudobewegingen
  - 3.8.2. Subtype 2: motorische interferentie
  - 3.8.3. Subtype 3: motorische blokkering
  - 3.8.4. Subtype 4: motorische parese
  - 3.8.5. Subtype 5: desautomatisatie van de beweging
- 3.9. Mimetische ervaring (resonantie tussen de eigen beweging en die van anderen)

### 4. Begrenzing/Transitivisme

- 4.1. Verwarring met de ander
- 4.2. Verwarring met het eigen spiegelbeeld
- 4.3. Bedreigend lichamen contact
  - 4.3.1. Subtype 1: de patiënt ervaart een gevoel van extreme angst of ongemak wanneer iemand anders dichtbij staat of hem aanraakt of omhelst (zelfs door een nauw verwant iemand)
  - 4.3.2. Subtype 2: een gevoel in het niets te verdwijnen, vernietigd te worden of op houden te bestaan bij nauw contact met iemand anders (bv tijdens geslachtsgemeenschap)
- 4.4. Toestand van genade/passiviteit of beïnvloedingstoestand
- 4.5. Andere transitivistische fenomenen

### 5. Existentiële heroriëntatie

- 5.1. Primaire betrekkingsideeën
- 5.2. Gevoel van centraliteit
- 5.3. Gevoel alsof de belevingswereld de enige echte realiteit is
- 5.4. 'Alsof' gevoelens van buitengewone creativiteit of van een bijzonder inzicht in verborgen dimensies van de werkelijkheid of in de eigen geest of de geest van anderen
- 5.5. Een 'alsof'-gevoel dat de beleefde wereld niet werkelijk bestaat en slechts een verschijning, illusie of misleiding is.
- 5.6. Magische ideeën (dwz ideeën die niet gebaseerd zijn op fysieke causaliteitsbeginselen), gekoppeld aan de subjectieve belevingswijze
- 5.7. Existentiële of intellectuele verandering
- 5.8. Solipsistische grandiositeit



## BIJLAGE II: DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR SCHIZOFRENIE VOLGENS DE DSM-5 (295.90) (19, 87)

- A. Twee of meer van de volgende symptomen zijn aanwezig gedurende een significant deel van de tijd over een periode van een maand (of minder wanneer ze gunstig reageren op de behandeling). Minstens één van de symptomen moet 1, 2 of 3 zijn:
1. Wanen
  2. Hallucinaties
  3. Onsamenvangende spraak (bijv. frequent van de hak op de tak springen of incoherentie)
  4. Ernstig chaotisch of katatoon gedrag
  5. Negatieve symptomen (d.w.z. verminderde emotionele expressie, willoosheid)
- B. Gedurende een significant deel van de tijd sinds het begin van de stoornis, zijn één of meerdere belangrijke domeinen van het functioneren, zoals het werk, relaties met anderen of persoonlijke verzorging, duidelijk onder het niveau dat werd bereikt vóór de verschijning van de stoornis (of in geval van verschijning in de kindertijd of de adolescentie, onvermogen om het niveau te bereiken op het vlak van relaties, school of andere activiteiten dan men zou kunnen verwachten).
- C. Permanente tekens van de stoornis blijven minstens 6 maanden aanwezig. Deze periode van 6 maanden moet minstens 1 maand van symptomen omvatten (of minder als ze gunstig reageren op de behandeling), die beantwoorden aan criterium A (d.w.z. symptomen van de actieve fase) en kan periodes van prodromale of residuele symptomen bevatten. Tijdens deze prodromale en residuele periodes kunnen de tekens van de stoornis zich enkel manifesteren in negatieve symptomen of in twee of meer van de symptomen onder criterium A, in verzwakte vorm (bijv. bizarre overtuigingen, ongewone percepties).
- D. Een schizoaffectieve stoornis en een depressieve of bipolaire stoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten: 1) doordat er geen enkel majeure depressieve of manische episode aanwezig was tegelijk met de symptomen van de actieve fase, of 2) doordat als er thymische episodes aanwezig waren tijdens de symptomen van de actieve fase, die episodes enkel aanwezig waren voor een klein deel van de duur van de actieve en residuele periodes.
- E. De stoornis is niet te wijten aan de directe fysiologische effecten van een substantie (d.w.z. een drug die aanleiding geeft tot misbruik, een geneesmiddel) of van een medische aandoening.
- F. In geval van antecedenten van een autismespectrumstoornis of een communicatiestoornis die begint in de kindertijd, wordt de bijkomende diagnose schizofrenie enkel gesteld als de wanen of hallucinaties uitgesproken zijn en aanwezig zijn samen met de andere, voor de diagnose vereiste symptomen gedurende minstens 1 maand (of minder als ze gunstig reageren op de behandeling).

Specificatie van de evolutie:

De specificatie van de evolutie vindt pas plaats minstens 1 jaar na de eerste symptomen en als die niet in tegenspraak zijn met het evolutieve criterium.

**Eerste episode, momenteel in acute fase:** eerste manifestatie van de stoornis, die voldoet aan de symptomatische en duurcriteria voor de diagnose. Een acute episode stemt overeen met de tijd gedurende dewelke is voldaan aan de symptomatische criteria.

**Eerste episode, momenteel in gedeeltelijke remissie:** een gedeeltelijke remissie is een periode waarin een verbetering aanwezig blijft na een eerste episode en waarin slechts gedeeltelijk is voldaan aan de symptomatische diagnostische criteria.

**Eerste episode, momenteel in volledige remissie:** een volledige remissie is een periode na een eerste episode waarin geen enkel specifiek symptoom van de stoornis aanwezig is.

**Meerdere episodes, momenteel in acute fase:** er is sprake van meerdere episodes na minstens 2 episodes (d.w.z. na een eerste episode, een remissie en minstens één recidief).

**Meerdere episodes, momenteel in gedeeltelijke remissie**

**Meerdere episodes, momenteel in volledige remissie**

**Continu:** De symptomatische criteria voor de diagnose zijn aanwezig gedurende de volledige of bijna volledige ziekte-evolutie, met periodes waarin de symptomen onder de diagnostische drempel kunnen duiken.

**Niet-gespecificeerd**

Specificatie

**Met katatonie**

## BIJLAGE III: DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR SCHIZOAFFECTIEVE STOORNISSEN VOLGENS DE DSM-5 (CODE F25) (19,87)

- A. Ononderbroken ziekteperiode gekenmerkt door de gelijktijdige aanwezigheid, op een bepaald moment, hetzij van een majeure depressieve episode, hetzij van een manische episode, en symptomen die voldoen aan criterium A voor schizofrenie
- N.B.: De majeure depressieve episode moet criterium A1 bevatten: depressieve stemming (anhedonie is een negatief symptoom van schizofrenie).
- B. Wanen of hallucinaties waren aanwezig gedurende minstens 2 weken, in afwezigheid van bevestigde stemmingssymptomen (depressief of manisch) gedurende de volledige duur van de ziekte.
- C. De symptomen die voldoen aan de criteria voor een ernstige stemmingstoornis zijn aanwezig gedurende een aanzienlijk deel van de totale duur van de actieve en residuele periodes van de ziekte.
- D. De stoornis is niet te wijten aan de directe fysiologische effecten van een substantie (d.w.z. een drug die aanleiding geeft tot misbruik, een geneesmiddel) of van een medische aandoening.

Criteria voor het subtype:

Bipolaire type: als de stoornis een manische episode omvat. Een depressieve episode kan ook voorkomen.

Depressieve type: als de stoornis enkel majeure depressieve episodes omvat.

**BIJLAGE IV: DIMENSIONELE EVALUATIE VAN DE ERNST VAN DE PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN DOOR DE CLINICUS**

**Dimensionele evaluatie van de ernst van de psychotische symptomen door de clinicus**

Naam:                      Leeftijd:                      Geslacht:                       Mannelijk                       Vrouwelijk                      Datum:

Instructies: Baseer u op alle informatie over de patiënt waarover u beschikt en op uw klinisch oordeel en beoordeel (door aan te vinken) de aanwezigheid en ernst van de volgende symptomen als die zich hebben gemanifesteerd gedurende de voorbije zeven (7) dagen.

Domein	0	1	2	3	4	Nota
I. Hallucinaties	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om een psychose te kunnen overwegen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (weinig druk om te handelen volgens de stemmen, de persoon heeft weinig last van de stemmen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (enige druk om te luisteren naar de stemmen of de persoon heeft een beetje last van de stemmen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (zware druk om te luisteren naar de stemmen of de persoon heeft veel last van de stemmen)	
II. Wanen	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om een psychose te kunnen overwegen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (weinig druk om te handelen volgens wanen, de persoon heeft weinig last van de waanideeën)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (enige druk om te handelen volgens de wanen; de persoon heeft een beetje last van de waanideeën)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (zware druk om te handelen volgens de wanen of de persoon heeft veel last van de waanideeën)	
III. Gedesorganiseerde spraak	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (ontoereikende ernst of duur om te worden beschouwd als desorganisatie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (wat moeilijkheden om de uitspraken van de persoon te volgen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (de uitspraken van de persoon zijn vaak moeilijk te volgen)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (de uitspraken van de persoon zijn vrijwel onmogelijk te volgen)	
IV. Afwijkend psychomotorisch gedrag	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (ernst of duur niet significant om te kunnen worden beschouwd als afwijkend psychomotorisch gedrag)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (bizar of occasioneel abnormaal motorisch gedrag of katatonie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (frequent abnormaal of bizar motorisch gedrag of katatonie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (frequent abnormaal of bizar motorisch gedrag of bijna constante katatonie)	
V. Negatieve symptomen (beperkte emotionele expressie of willoosheid)	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig: twijfel over een verminderde faciale expressiviteit, intonatie, mimiek of het zelfgeïnitieerde gedrag	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht: matige afname van de faciale expressiviteit, intonatie, mimiek of het zelfgeïnitieerde gedrag	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld: gemiddelde afname van de faciale expressiviteit, de intonatie, de mimiek of het zelfgeïnitieerde gedrag	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig: ernstige afname van de faciale expressiviteit, de intonatie, de mimiek of het zelfgeïnitieerde gedrag	
VI. Cognitieve deficiëntie	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (de cognitieve functies vallen niet duidelijk buiten de grenzen die worden verwacht voor de leeftijd of het SEN, d.w.z. < 0,5 TA van het gemiddelde)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (enige afname van de cognitieve functies, meer dan wat wordt verwacht voor de leeftijd en het SEN; > 0,5-1 TA van het gemiddelde)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (duidelijke afname van de cognitieve functies, meer dan wat wordt verwacht voor de leeftijd en het SEN; > 1-2 TA van het gemiddelde)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (ernstige afname van de cognitieve functies, meer dan wat wordt verwacht voor de leeftijd en het SEN; > 2 TA van het gemiddelde)	
VII. Depressie	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (voelt zich nu en dan triest, down, gedeprimeerd of hopeloos; ongerust fouten te hebben gemaakt met iemand of iets maar zonder er echt hinder van te ondervinden)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (voelt zich vaak heel triest, down, gemiddeld gedeprimeerd of hopeloos; ongerust fouten te hebben gemaakt met iemand of iets, en ondervindt daar enige hinder van)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (frequente periodes van diepe depressie of wanhoop; bezig met schuldgevoelens of het idee iets verkeerd te hebben gedaan)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (dagelijks diepe depressie of wanhoop; irreële schuldgevoelens of zelfverwijten die totaal niet in verhouding staan tot de omstandigheden)	
VIII. Manie	<input type="checkbox"/> Niet aanwezig	<input type="checkbox"/> Twijfelachtig (af en toe een energieke, expansieve of prikkelbare stemming of enige agitatie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig maar licht (frequente periodes van een energieke, expansieve of prikkelbare stemming of relatieve agitatie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en gemiddeld (frequente en significante periodes van een energieke, expansieve, prikkelbare stemming of agitatie)	<input type="checkbox"/> Aanwezig en ernstig (dagelijks een energieke, euforische, expansieve, prikkelbare stemming of agitatie)	

TA: typeafwijking; SEN: sociaaleconomisch niveau.

### Transversale symptomatische zelfevaluatie niveau 1 – DSM 5- Volwassenen

Naam: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_ Geslacht:  Mannelijk  Vrouwelijk Datum: \_\_\_\_\_

Als de evaluatie plaatsvindt met de hulp van een bronpersoon, wat is uw band met de patiënt?

Hoeveel tijd brengt u tijdens een gewone week ongeveer door met de patiënt? \_\_\_\_\_ Uren/week

Instructies: De vragen hieronder zijn vragen over zaken die u mogelijk hebben gestoord. Voor elke vraag omcirkelt u het cijfer dat het best weergeeft hoezeer (of hoe vaak) u last had van elk van deze problemen gedurende de TWEE (2) voorbije WEKEN.

		Hoeveel (of hoe vaak) hebt u de voorbije TWEE (2) WEKEN last gehad van de volgende problemen?	Geen Helemaal niet	Minim Zelden, minder dan één of twee dagen	Licht Meerdere dagen	Gemiddeld Meer dan de helft van de dagen	Zwaar Vrijwel dagelijks	Noteer het hoogste in het domein (clinicus)
I.	1.	Weinig interesse in zaken of plezier om ze uit te voeren?	0	1	2	3	4	
	2.	Zich droevig, gedeprimeerd, wanhopig voelen?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Zich meer geïrriteerd, chagrijnig, kwaad voelen dan gewoonlijk?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Minder dan gewoonlijk slapen, maar toch veel energie hebben?	0	1	2	3	4	
	5.	Meer ondernemen dan gewoonlijk of meer risico's nemen dan gewoonlijk?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Zich nerveus voelen, angstig, geschrokken, bezorgd, of het op zijn zenuwen krijgen?	0	1	2	3	4	
	7.	Zich in paniek of geschrokken voelen	0	1	2	3	4	
	8.	Situaties die u angstig maken vermijden?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Lijden en onverklaarde pijn (bijv. hoofd, rug, gewrichten, buik, benen)?	0	1	2	3	4	
	10.	Het gevoel hebben dat uw ziektes niet ernstig genoeg worden genomen?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Denkt u er echt over na zichzelf pijn te doen?	0	1	2	3	4	
VII.	12.	Dingen horen die anderen niet kunnen horen, zoals stemmen, zelfs als er niemand in uw buurt is?	0	1	2	3	4	
	13.	Het gevoel hebben dat iemand uw gedachten kan horen, of u kunt horen wat iemand anders denkt?	0	1	2	3	4	

