

CAMPUS HANDBOEK

PASCAL SIENAERT

Psychopathologie

Volledig herziene derde druk: september 2019

D/2017/45/27 – ISBN 978 94 014 4108 7 – NUR 770

Vormgeving omslag: Keppie & Keppie

Vormgeving binnenwerk: Crius

© Pascal Sienaert & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2019.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van
Lannoo Uitgeverij, de boeken- en multimediativisie
van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of
openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie,
microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

Vaartkom 41 bus 01.02

3000 Leuven

België

www.lannoocampus.be

Postbus 23202

1100 DS Amsterdam

Nederland

www.lannoocampus.nl

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	13
HOOFDSTUK 1 DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE	15
1.1 Van zot naar ziek	15
1.2 Morele behandeling	16
1.3 Diagnostiek	21
1.4 Classificatie	24
1.5 Het medische model bekritiseerd	26
1.6 Diagnostiek verbeteren	30
1.6.1 Subtypering?	30
1.6.2 Precisiediagnostiek?	31
1.7 DSM-5 goed gebruiken	32
HOOFDSTUK 2 HET KWETSBAARHEID-STRESSMODEL	37
2.1 Erfelijkheid	37
2.2 Heritabiliteit	38
2.3 Polygenetische overerving	40
2.4 Kwetsbaarheid-stressmodel	40
2.4.1 Kwetsbaarheid	41
2.4.2 Stress	42
2.5 Gen-omgevingsinteractie	47
2.6 ‘Kindling’ en sensitisatie	48
2.7 Persoonlijkheidsfactoren	50
HOOFDSTUK 3 PSYCHOSE	53
3.1 Wat is een psychose ?	53
3.1.1 Wanen	54
3.1.2 Hallucinaties	57
3.1.3 Gedesorganiseerde spraak	61
3.1.4 Gedesorganiseerd gedrag of abnormaal motorisch gedrag	61
3.1.5 Negatieve symptomen	64
3.2 Psychosespectrum	65
3.3 Schizofrenie	66
3.3.1 Symptomen	68
3.3.1.1 Positieve symptomen	68

3.3.1.2	Negatieve symptomen	69
3.3.1.3	Cognitieve symptomen	69
3.3.1.4	Affectieve symptomen	70
3.3.1.5	Gedragssymptomen (en motorische stoornissen)	70
3.3.2	Subtypes	71
3.3.3	Verloop	72
3.4	Schizofreniforme stoornis	73
3.5	De vroege stadia van psychose	74
3.6	Schizoaffectieve stoornis	76
3.7	Waanstoornis	78
3.8	Epidemiologie	79
HOOFDSTUK 4 DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN		83
4.1	Depressieve episode	85
4.2	Depressieve stoornissen	88
4.2.1	Depressie(ve stoornis) – ‘Major depressive disorder’	89
4.2.2	Depressieve stoornis: subtypen	90
4.2.2.1	Depressie met angstige spanning	91
4.2.2.2	Depressie met melancholische kenmerken	91
4.2.2.3	Depressie met psychotische kenmerken	93
4.2.2.4	Depressie met atypische kenmerken	95
4.2.2.5	Depressie met catatone kenmerken	96
4.2.2.6	Depressie met peripartaal begin	98
4.2.2.7	Depressie met seizoenspatroon	99
4.2.2.8	Ouderdomsdepressie	99
4.2.2.9	Vasculaire depressie	100
4.3	Differentiaaldiagnose	101
4.3.1	Lichamelijke aandoeningen	101
4.3.2	Persoonlijke stoornissen	101
4.3.3	Beginnende dementie	102
4.3.4	Burn-out	102
4.3.5	Rouw	103
4.4	Verloop	104
4.5	Persisterende depressieve stoornis – dysthymie	107
4.6	Premenstruele stemmingsstoornis	107
4.7	Epidemiologie	110
HOOFDSTUK 5 BIPOLAIRE STOORNISSEN		113
5.1	Historische schets	113
5.2	Stemmingsepisoden	114
5.2.1	Manische episode	114

5.2.2	Hypomane of hypomanische episode	118
5.2.3	Gemengde episode	121
5.3	Bipolaire I en II stoornis	123
5.4	Bipolaire-spectrumstoornis	125
5.5	'Rapid cycling'	128
5.6	Epidemiologie	129
5.7	Differentiaaldiagnose en comorbiditeit	129
5.8	Verloop	130
5.9	Postpartumpsychose	133
HOOFDSTUK 6 ANGSTSTOORNISSEN		137
6.1	Inleiding	137
6.2	Specifieke fobie	138
6.2.1	Kenmerken	138
6.2.2	Verloop	141
6.3	Sociale-angststoornis	142
6.3.1	Kenmerken	142
6.3.2	Plankenkoorts	143
6.3.3	Verloop	145
6.3.4	Differentiaaldiagnose	147
6.4	Paniekstoornis	147
6.4.1	Kenmerken	147
6.4.2	Differentiaaldiagnose, comorbiditeit en verloop	150
6.4.3	Is een paniekaanval een hyperventilatieaanval?	152
6.5	Agorafobie	153
6.6	Gegeneraliseerde-angststoornis	154
6.6.1	Kenmerken	154
6.6.2	Differentiaaldiagnose, comorbiditeit en verloop	155
6.7	Epidemiologie	156
6.8	Verloop	157
HOOFDSTUK 7 DWANGSTOORNISSEN		159
7.1	Obsessief-compulsieve stoornis	159
7.1.1	Kenmerken en diagnostische criteria	159
7.1.2	Heeft een patiënt met dwangstoornis ziekte-inzicht?	165
7.1.3	Differentiaaldiagnose	166
7.1.4	Comorbiditeit	170
7.2	Morfodysfore stoornis	170
7.3	Verzamelstoornis	172
7.4	'Body-focused repetitive behavior'	173
7.4.1	Haaruittrekstoornis	174

7.4.2	Excoriatiestoornis – Huidpulkstoornis	175
7.5	Epidemiologie	175
HOOFDSTUK 8 TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN		177
8.1	Trauma	177
8.1.1	DSM	177
8.1.2	Trauma	177
8.1.3	'Fight and flight'	178
8.2	Acute stressstoornis	180
8.3	Posttraumatische stressstoornis	182
8.3.1	Herbelevingen	183
8.3.2	Vermijding	183
8.3.3	Negatieve veranderingen in cognitie en stemming	183
8.3.4	'Arousal'	184
8.4	Complexe ptss	187
HOOFDSTUK 9 DISSOCIATIEVE STOORNISSEN		191
9.1	Dissociatie	191
9.2	Dissociatieve identiteitsstoornis	193
9.3	Dissociatieve amnesie of psychogene amnesie	198
9.4	Depersonalisatie- en derealisatiestoornis	198
HOOFDSTUK 10 PSYCHOLOGISCHE EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN BIJ LICHAAMELIJKE SYMPTOMEN		201
10.1	Inleiding	201
10.2	Somatisch-symptoomstoornis	202
10.3	Chronische-vermoeidheidssyndroom	204
10.4	Ziekteangststoornis	208
10.5	Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis)	210
10.6	Nagebootste stoornis (pathomimie of 'factitious disorder')	214
10.7	Epidemiologie	219
HOOFDSTUK 11 EETSTOORNISSEN		221
11.1	Anorexia nervosa	222
11.1.1	Kenmerken	222
11.1.1.1	Gewicht	224
11.1.1.2	Angst	225
11.1.1.3	Lichaamsbeleving en cognitieve distorsies	226
11.1.1.4	Amenorroe	227
11.1.1.5	Hyperactiviteit of drang om te bewegen	227
11.1.1.6	Lichamelijke gevolgen	228

11.1.2	Verloop	229
11.1.3	Differentiaaldiagnose en comorbiditeit	230
11.2	Boulimia nervosa	231
11.2.1	Kenmerken	232
11.2.2	Verloop	233
11.2.3	Differentiaaldiagnose	233
11.3	Eetbuistoornis	234
11.4	Epidemiologie	235

HOOFDSTUK 12 MIDDELENGERELATEERDE EN VERSLAVINGSSTOORNISSEN 237

12.1	Inleiding	237
12.2	Verslaafd worden	239
12.3	Stoornissen in het gebruik	241
12.3.1	Craving	242
12.3.2	Comorbiditeit	244
12.4	Stoornissen door een middel	245
12.5	Alcohol	246
12.5.1	Stoornis in het gebruik van alcohol	246
12.5.2	Alcoholintoxicatie	249
12.5.3	Alcoholgeïnduceerde psychose of delirium tremens	250
12.5.4	Alcoholische hallucinose	250
12.5.5	Alcoholgeïnduceerde stemmingsstoornis	251
12.5.6	Syndroom van Wernicke-Korsakov	251
12.6	Cannabis	253
12.7	Andere middelen	256
12.8	Gokstoornis	259

HOOFDSTUK 13 NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN 263

13.1	Inleiding	263
13.1.1	Gezond ouder worden	265
13.1.2	Geheugenklachten	266
13.2	Delier	267
13.2.1	Klinisch beeld	267
13.2.2	Differentiaaldiagnose	271
13.2.3	Epidemiologie	272
13.3	Bepaalde en uitgebreide neurocognitieve stoornis	273
13.3.1	Mild cognitive impairment	273
13.3.2	Dementieel syndroom	275
13.3.2.1	BPSD – ‘behavioral and psychological symptoms in dementia’	275

13.3.2.2	Epidemiologie	278
13.4	Oorzaken van beperkte of uitgebreide neurocognitieve stoornis	279
13.4.1	Ziekte van Alzheimer	279
13.4.2	Neurocognitieve stoornis met Lewy-lichaampjes	284
13.4.3	Frontotemporale neurocognitieve stoornis	285
13.4.4	Vasculaire neurocognitieve stoornis	287
HOOFDSTUK 14 PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN		291
14.1	Persoonlijkheid	291
14.2	Pathologie	296
14.3	Diagnostiek	299
14.4	Verloop	301
14.5	Etiologie	303
14.6	Drie clusters	303
14.6.1	Het zonderlinge, bizarre of excentrieke cluster	303
14.6.1.1	Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	304
14.6.1.2	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	305
14.6.1.3	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	305
14.6.2	Het impulsieve, dramatische of emotionele cluster	307
14.6.2.1	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	307
14.6.2.2	Borderline persoonlijkheidsstoornis	309
14.6.2.3	Histrionische persoonlijkheidsstoornis	313
14.6.2.4	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	315
14.6.3	Het angstige cluster	317
14.6.3.1	Vermijdende persoonlijkheidsstoornis	317
14.6.3.2	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	318
14.6.3.3	Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis	319
14.7	Prevalentie	320
14.8	Hoogsensitiviteit	321
HOOFDSTUK 15 SUÏCIDE EN SUÏCIDAAL GEDRAG		325
15.1	Inleiding	325
15.2	Wat is suïcide?	326
15.3	Waarom suïcide?	327
15.4	Verklaringsmodellen	328
15.4.1	Cry for help of cry of pain	328
15.4.2	Entrapment	329
15.4.3	Het 'integrated motivational-volitional'-model	330
15.4.4	De 'Three-Steps'-theorie	331
15.5	Het suïcidale proces	332

15.6	Het Werther-effect of copycat-suicide	335
15.7	Kun je suicide voorspellen?	336
15.7.1	Een psychiatrische aandoening	337
15.7.2	Sociodemografische risicofactoren	339
15.8	Word je suïcidaal van antidepressiva?	340
15.9	Is suicide erfelijk?	341
15.10	Hoe plegen mensen suicide?	344
15.11	Het moeilijkste moment: 'post-discharge suicide'	346
HOOFDSTUK 16 BEHANDELASPECTEN		349
16.1	Historische schets	349
16.2	Het beste van veel werelden	351
16.3	Psychotherapie	352
16.3.1	Wat is psychotherapie?	352
16.3.2	'Everybody has won, and all must have prizes'	354
16.4	Behandelingen met geneesmiddelen	356
16.4.1	De monoaminehypothese	356
16.4.2	Klassen psychofarmaca	358
16.4.2.1	Antipsychotica	358
16.4.2.2	Antidepressiva	359
16.4.2.3	Antidepressant discontinuation syndrome	360
16.4.2.4	Werken antidepressiva?	361
16.4.2.5	Stemmingsstabilisatoren	363
16.4.2.6	Slaap- en kalmeringsmiddelen	364
16.5	Technische behandelingen	365
16.5.1	Elektroconvulsietherapie	365
16.5.2	Bijwerkingen	366
16.5.3	Transcraniële magnetische stimulatie	368
16.5.4	Andere neurostimulatietechnieken	369
16.5.5	Chronotherapie	370
16.5.6	Bewegen	371
16.5.7	Een virtuele toekomst?	372
16.6	Richtlijnen	373
BIBLIOGRAFIE		377
EINDNOTEN		397

*The care of the human mind
is the most noble branch of medicine.*



Hugo Grotius
Rechtsgeleerde
1583 – 1645

VOORWOORD

Dit handboek psychopathologie biedt een beknopt en erg klinisch georiënteerd overzicht van de belangrijkste psychopathologische categorieën. Het beoogt niet volledig te zijn. Het is een inleiding die de student moet helpen om psychiatrische toestandsbeelden te herkennen en van elkaar te onderscheiden. Er worden kritische vragen gesteld over zin en onzin van ‘moderne’ categoriale diagnostiek. Op specifieke aspecten van de behandeling van de diverse stoornissen wordt niet ingegaan. In één hoofdstuk worden wel enkele principes van psychologische, medicamenteuze en technische behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg belicht. Ook etiopathogenese en pathofysiologie worden slechts zijdelings aangeraakt.

In dit handboek wordt consequent de term patiënt gebruikt. Niet het steeds vaker gebruikte cliënt. Psychiatrie is een medisch vak – *the most noble branch of medicine*, volgens Grotius – dat zich toelegt op de zorg voor mensen die vaak ondraaglijk lijden. Dit lijden zit vervat in het begrip patiënt, dat afkomstig is van het Latijnse *patientia*, dat lijden, dulden en volharding betekent.

Het ligt niet voor de hand om een handboek psychopathologie met klinische casuïstiek te illustreren. De toegang tot de kliniek ontbreekt. Maar tegelijk staan literatuur en film bol van goed uitgewerkte en erg relevante klinische voorbeelden. De hedendaagse film biedt een gemakkelijke en bovendien vaak aangename inkijk in de psychopathologie.¹ Het bekijken van films en het lezen van boeken, ook graphic novels,² is een aanvullende en aangename manier om zich klinisch te bekwamen.

Pascal Sienaert

**HOOFDSTUK 1
DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE**

**HOOFDSTUK 2
HET KWETSBAARHEID-STRESSMODEL**

**HOOFDSTUK 3
PSYCHOSE**

**HOOFDSTUK 4
DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 5
BIPOLAIRE STOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 6
ANGSTSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 7
DWANGSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 8
TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE
STOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 9
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 10
PSYCHOLOGISCHE EN PSYCHIATRISCHE
PROBLEMEN BIJ LICHAMELIJKE SYMPTOMEN**

**HOOFDSTUK 11
EETSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 12
MIDDELENGERELATEERDE EN
VERSLAVINGSSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 13
NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 14
PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN**

**HOOFDSTUK 15
SUÏCIDE EN SUÏCIDAAL GEDRAG**

**HOOFDSTUK 16
BEHANDELASPECTEN**

1.1 Van zot naar ziek

1.2 Morele behandeling

1.3 Diagnostiek

1.4 Classificatie

1.5 Het medische model bekritiseerd

1.6 Diagnostiek verbeteren

1.7 DSM-5 goed gebruiken

HOOFDSTUK 1

DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE

*The moment you label something, you take a step
– I mean you can never go back again to seeing it unlabeled.*
Andy Warhol, 1980

1.1 VAN ZOT NAAR ZIEK

Madness, insanity, gek zijn... In de loop van de geschiedenis heeft men afwijkend gedrag bestempeld als 'gek' wanneer het onvoorspelbaar, irrationeel of gevaarlijk was of simpelweg afweek van de norm.

Begrippen zoals *madness of insanity* zijn beschrijvend. Ze impliceren geen oorzaak. Ze beschrijven gedrag dat 'anders' is. Meestal refereert dat afwijkende gedrag aan veranderingen in de persoonlijkheid van degene die 'gek' is. De persoon is niet langer zichzelf. Van daar is het maar een kleine stap naar de overtuiging dat iemand 'bezeten' is: bezeten door externe boze geesten. In verschillende oude beschavingen was de *demonologie* de heersende verklaring voor afwijkend gedrag en psychopathologie, en het bleef een van de dominante verklaringsmodellen tot in de achttiende eeuw.

Naarmate steeds meer kennis werd vergaard over het ontstaan van lichamelijke ziekten, evolueerde het *madness*-concept van een breed beschrijvend begrip naar een enger ziektebegrip: *madness* werd *mental illness*.

De Grieken, onder meer Hippocrates, beschreven al afzonderlijke ziekten. Toch is het moderne westerse ziekteconcept nog niet zo oud. Het werd het meest duidelijk geïntroduceerd door Thomas Sydenham (1624-1689), de vader van de medische nosologie (*de wetenschappelijke classificatie van ziekten of classificatieleer*). Sydenham beschreef onder meer de Chorea van Sydenham, een zeldzaam neurologisch ziektebeeld. Het werd vroeger Sint-Vitusdans genoemd, naar de eigenaardige motorische bewegingen die de getroffen patiënten maken. De ziekte komt vooral bij kinderen voor na een streptokokken-

infectie. Het was een voorbeeld van een welomlijnd ziektebeeld met specifieke symptomen, een specifiek verloop en een specifieke prognose.

Het ziektebegrip werd verder sterk beïnvloed door twee belangrijke ontdekkingen. Ten eerste: het verband dat werd gezien tussen bepaalde klinische ziektebeelden en postmortemafwijkingen (*een verlamming aan één lichaamshelft door een hersenbloeding of een bloedklonter in de contralaterale hersenhelft bijvoorbeeld*). Ten tweede: de ontdekking van ziektekiemen als ziekteverwekkers door Louis Pasteur in 1862 (microbe-theorie).

Een voorbeeld is het vroeger vaak voorkomende en gevreesde syfilis. Syfilis is een seksueel overdraagbare aandoening, die in verschillende stadia evolueert naar een ernstig beeld waarin ook psychiatrische symptomen, zoals apathie en dementie, kunnen voorkomen. De ontdekking, in 1905 door Schaudinn en Hoffman, dat deze ziekte door de spirocheet *Treponema pallidum* werd veroorzaakt, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de overtuiging dat ook psychiatrische toestandsbeelden, naar medisch model, een biologische oorzaak kunnen hebben (somatogene hypothese).

1.2 MORELE BEHANDELING

Figuur 1.1 Het Parijse Salpêtrière-ziekenhuis, 2012 (Foto P. Sienaert).



Tot het midden van de negentiende eeuw werden mensen met afwijkend gedrag opgesloten in grote 'gekkenuizen', kerkers vaak. Daar werden ze geketend en weggestopt voor de maatschappij. Een gedetailleerde diagnostische beschrijving was daarbij niet aan de orde.

Al vanaf het einde van de achttiende eeuw probeerde onder meer de Franse psychiater Philippe Pinel (1745-1826) deze praktijk te veranderen. In 1795 werd hij arts in het beroemde Salpêtrière-ziekenhuis in Parijs, waar duizenden vrouwen zaten opgesloten. Pinel maakte (letterlijk) hun ketenen los. Hij maakte een einde aan praktijken zoals aderlaten en installeerde een 'morele behandeling', die contact met en observatie van patiënten centraal stelde. Pinel bezocht dagelijks zijn patiënten en praatte met hen. Hij maakte zorgvuldig aantekeningen om hun aandoening en ziekteverloop beter te begrijpen. Op die manier kwam hij tot een eigen classificatie. In zijn *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* uit 1798 onderscheidde hij vijf categorieën: melancholie, manie met delier, manie zonder delier, dementie en idiotie (Weissmann 2016).

Figuur 1.2 Pinel beveelt de ketenen weg te nemen in de Salpêtrière – Robert-Fleury (1876).

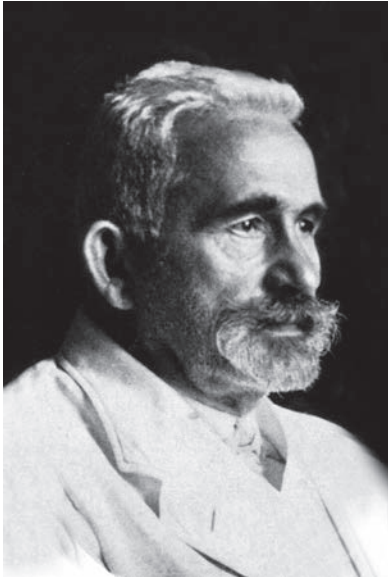


Zijn Vlaamse evenknie is de Gentse psychiater Jozef Guislain (1797-1860). Hij ijvert voor een humane behandeling van geesteszieken. Samen met de congregatie van de Broeders van Liefde bouwt hij in 1857 het eerste 'gesticht'. Het Guislain-ziekenhuis is vandaag nog steeds een actief psychiatrisch ziekenhuis, dat ook een belangrijk museum van de geschiedenis van de psychiatrie huisvest.

Figuur 1.3 Dr. Jozef Guislain (1797-1860) (Foto P. Sienaert).



In de asielen die vanaf het einde van de achttiende eeuw en vooral in de negentiende eeuw werden opgericht, verbleven patiënten die aanvankelijk grotendeels een en dezelfde beschrijvende diagnose hadden: *insanity*. Een vlag die diverse ladingen dekte en beelden zoals psychose, manie en ernstige depressies, maar ook mentale retardatie omvatte. Er ontstond behoefte aan ordening. Men wilde weten wat voor soort mensen in de grote asielen verbleef. In de Verenigde Staten werd in 1844 voor het eerst een classificatie opgesteld van patiënten die in de asielen verbleven, een soort inventaris: '*statistical classification of institutionalized mental patients*'. De daarin ondergebrachte categorieën bleven echter nog beperkt tot 'mania, dementia, melancholia, partial insanity, moral insanity'.

Figuur 1.4 Emil Kraepelin (1856-1926).

Het eerste meer omvattende classificatiesysteem voor psychopathologie is van de hand van de Duitse Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin geloofde sterk in een exclusief biologische etiopathogenese. In zijn *Compendium der Psychiatrie* (1883) suggereert hij dat psychiatrische aandoeningen, net zoals lichamelijke aandoeningen, afzonderlijke ziekte-entiteiten zijn. Elk met een eigen oorzaak. En met een set van symptomen, wat hij een syndroom noemde, en een karakteristiek verloop. De invloed van het kraepeliniaanse denken op de hedendaagse psychiatrie is niet te overschatten.

Aan het begin van de twintigste eeuw neemt de behoefte aan classificatie verder toe. Psychiatrische en psychologische problemen worden niet meer alleen in het ziekenhuis behandeld, maar steeds meer ook in ambulante praktijken.

De psychotherapie viert hoogtij (denk aan de ontwikkeling van de psychoanalytische psychotherapie met figuren als Freud en Jung). Ook minder ernstige, niet-psychotische toestandsbeelden worden behandeld en dienen geclassificeerd te worden. De interesse in diagnostiek groeit (met name ook door de regulerende overheden) wanneer medicamenteuze behandelingen zich in het midden van de twintigste eeuw een weg banen in het therapeutische arsenaal. De noodzaak om een behandeling te kunnen koppelen aan een duidelijk diagnostisch label wordt groter.

Het duurt echter tot 1948 vooraleer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aan de zesde editie van haar classificatiesysteem, de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) – vanaf 1853 een lijst met doodsoorzaken, de International List of Causes of Death – een aanzienlijke lijst met psychiatrische stoornissen toevoegt. De American Psychiatric Association kan zich niet helemaal vinden in deze lijst en publiceert, als tegenwicht, in 1952 de eerste editie van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I).

De DSM-I was gebaseerd op etiologische theorieën. Zonder dat er een stevige wetenschappelijke basis voor was, werden ziekten verondersteld ofwel psychogeen te zijn, ofwel het gevolg van een ‘*impairment of brain tissue function*’. Hersenonderzoek beleefde een enorme bloei in de tweede helft van de

twintigste eeuw, maar de bevindingen uit de neurowetenschappen en de vele honderden onderzoeken die (de werking van) de hersenen in beeld hebben gebracht, zijn er niet in geslaagd psychopathologie beter te omschrijven en te herkennen (Frances 2013a). Op enkele uitzonderingen na, is er tot vandaag geen wetenschappelijke basis voor een op etiologie gebaseerde classificatie. Psychiatrische diagnostiek is beschrijvend (descriptief), en dat zal in de nabije toekomst ook zo blijven.

De basis van de DSM-II, die in 1968 verscheen en 180 stoornissen opsomde, was de psychoanalyse enerzijds, en de psychobiologie van Adolf Meyer (1866-1950) anderzijds (Ghaemi 2003). Meyer was het niet eens met de kraepeliniaanse visie, die psychiatrische aandoeningen reduceerde tot hersenziekten. Hij vond dat hierdoor de invloed van sociale en psychologische factoren werd verwaarloosd. En dat een biologisch reductionisme leidde tot een therapeutisch nihilisme (*'een psychiatrische ziekte is een hersenaandoening die genetisch bepaald is, en daar is dus niks aan te doen'*). Hij propageerde de visie dat psychiatrische stoornissen reacties zijn op gebeurtenissen in de omgeving: een angstreactie, een depressieve reactie. Ook de psychoanalyse legde grote nadruk op de context waarin de klachten ontstonden, en ook op ervaringen in de jeugd. Het nadeel was ook hier dat de psychoanalyse niet gestoeld was op wetenschappelijke kennis. Zoals Van Os stelt, *'het was een kwestie van geloven'* (Van Os 2014).

Ondertussen was in 1965 een grootschalig onderzoek gestart om de diagnostische praktijken in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten met elkaar te vergelijken: het US-UK Diagnostic Project. De resultaten van dit project waren ontvondend. In de Verenigde Staten werd dubbel zo vaak de diagnose schizofrenie gesteld als in het Verenigd Koninkrijk. En *'results showed that the high frequency of schizophrenia and the low frequency of affective disorder among mental hospital admissions in New York compared to those in London were due largely to the diagnostic practices of the psychiatrists, the American concept of schizophrenia being more all-embracing than the British'* (Kendell e.a. 1971; Cooper e.a. 1972). De diagnose schizofrenie werd door sommigen al langer beschouwd als een hoogst specifieke diagnose, die, zoals Meduna al in 1946 aankwartte *'doesn't mean anything more than "crazy" or "cracked"'*. De diagnose verwees in de Verenigde Staten veel meer naar de ernst van functionele beperking dan wel naar een specifiek symptomencomplex (Shorter & Fink 2018). Diagnosestelling bleek dus een subjectieve zaak te zijn. Het was duidelijk dat er behoefte was aan internationale afspraken voor diagnostiek, en aan meer eenduidige diagnostische criteria. Het pad voor een volgende DSM-generatie was hiermee geëffend.

De in 1980 gepubliceerde DSM-III betekende een radicale breuk met de traditionele psychiatrie en met de vorige edities. *‘Weg met het psychoanalytisch geloof, weg met het uitgangspunt van een stoornis als reactie op de omgeving, weg met de aandacht voor onderliggende oorzaken’* (Van Os 2014). Voor het eerst werden lijsten opgemaakt met observeerbare diagnostische criteria. De diagnostische categorieën waren beschrijvend, en ‘atheoretisch’ (er was geen theorie over de etiologie). Het diagnostisch proces werd benaderd vanuit een empirische, op onderzoek georiënteerde basis. De nieuwe DSM-III zou gebaseerd zijn op criteria die door elke psychiater of psycholoog, ongeacht zijn theoretische oriëntatie, op dezelfde manier konden worden vastgesteld (Domken e.a. 2016). Toch was het geenszins de bedoeling afbreuk te doen aan het belang van klinische inschatting en ervaring. In teksten over de voorbereiding van de DSM-III werd bijvoorbeeld gesteld dat *‘the use of specified criteria does not exclude clinical judgment’*. En dat *‘the proper use of such criteria requires a considerable amount of clinical experience and knowledge of psychopathology’* (Maj 2013). Belangrijke kanttekening: ook al was de DSM-III in principe atheoretisch, toch vond de aloude visie dat psychiatrische stoornissen hersenziekten zijn, geleidelijk aan opnieuw meer ingang (Van Os 2014).

Verschillende edities van de DSM volgen: in 1987 verschijnt een gereviseerde versie (DSM-III-Revised); in 1994 de vierde editie en zes jaar later een tekstrevisie ervan (DSM-IV-Text Revision). De vijfde editie verscheen in 2013.

Tot vandaag worden de twee vermelde grote classificatiesystemen gebruikt: de DSM en de ICD, die ook somatische aandoeningen bevat. De DSM is echter uitgegroeid tot de wereldwijde referentie voor het classificeren en diagnostiseren van psychiatrische ziektebeelden. Het boek is echter geen handboek. En het is al helemaal niet *‘de bijbel van de psychiatrie’* zoals het zo vaak wordt genoemd. Het is een boek met diagnostische criteria ten behoeve van communicatie en onderzoek.

1.3 DIAGNOSTIEK

Bij diagnostiek, vanuit het medische model, gaat het erom aan de hand van een reeks symptomen vast te stellen wat de aard van een aandoening is. Een psychiatrische diagnose heeft als doel het verklaren en begrijpen van de toestand van de patiënt en het instellen van een doeltreffende behandeling. De diagnose omvat daarom een groot aantal aspecten. Het gaat niet alleen om een beschrij-

ving van symptomen in hun samenhang en hun ontwikkeling, zoals de DSM suggereert. Terwijl de DSM atheoretisch is, zal in de dagelijkse praktijk bij een psychiatrische diagnose natuurlijk ook geprobeerd worden om na te gaan wat mogelijke lichamelijke en psychische oorzaken van de aandoening zijn. De invloed van persoonlijkheidsfactoren op het klinische beeld wordt ingeschat, evenals de invloed die gedrag kan hebben bij het instandhouden van de symptomen, maar ook bij het oplossen van de problemen (Vandereycken e.a. 2008).

De hedendaagse psychopathologie blijft symptomen ordenen in homogene **syndromen**. Een syndroom is een groep van (dikwijls) samen voorkomende symptomen. Hiermee is dus niets gezegd over de aard van de samenhang tussen de symptomen, noch over de reden waarom ze samen voorkomen (Vandereycken e.a. 2008).

Het woord symptoom komt uit het Grieks en betekent ‘toeval’ of ‘coïncidentie’, en betekent dus in essentie ‘wat samenvalt of coïncideert’ met de ziekte (Domken e.a. 2016). Een symptoom is een ‘ziekteteken’, een teken dat verwijst naar een pathologisch proces.

Kernsymptomen (hoofdsymptomen, basissymptomen of sleutelsymptomen) zijn met enige zekerheid gekoppeld aan een specifieke stoornis; **facultatieve symptomen** (bijsymptomen) maken het beeld van een stoornis volledig, maar zijn niet bepalend voor een gegeven diagnose. Een depressieve stemming en het onvermogen om plezier te beleven (anhedonie) zijn kernsymptomen van een depressie. Facultatieve symptomen zijn bijvoorbeeld moeheid en slaapstoornissen. Die zijn niet noodzakelijk aanwezig om van een depressie te kunnen spreken. De allesoverheersende wens om mager te zijn is een hoofdsymptoom van anorexia nervosa. Het uitblijven van de menstruatie is een bijsymptoom.

Er worden twee typen diagnoses onderscheiden.

- De **syndroomdiagnose** of descriptieve diagnose is alleen beschrijvend en geeft geen informatie over de redenen en de manier van ontstaan. In een syndroomdiagnose worden symptomen geordend tot homogene syndromen, groepen van (dikwijls) samen optredende symptomen. Een voorbeeld van een syndroomdiagnose is: een matig ernstig depressief syndroom met melancholische kenmerken.
- Een **structuurdiagnose** kijkt net iets verder dan de criteria en geeft niet alleen een beschrijving van de symptomatologie maar ook waardoor en op welke wijze het syndroom ontstaan is (etiopathogenese). In deze beschrij-