CAMPUS HANDBOEK

PASCAL SIENAERT

Psychopathologie

LANNOO CAMPUS

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

Vormgeving omslag: Keppie & Keppie
Vormgeving binnenwerk: Karakters, Gent

© Pascal Sienaert & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2017.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van
Lannoo Uitgeverij, de boeken- en multimediadivisie
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
Erasme Ruelensvest 179 bus 101
3001 Leuven
België
www.lannoocampus.be

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD 13

HOOFDSTUK 1 **DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE** 15
1.1 Van zot naar ziek 15
1.2 Morele behandeling 16
1.3 Diagnostiek 20
1.4 Classificatie 22
1.5 Het medische model bekritiseerd 24
1.6 Diagnostiek verbeteren 29
1.6.1 Subtypering? 29
1.6.2 Precisiediagnostiek? 30
1.7 DSM-5 goed gebruiken 31

HOOFDSTUK 2 **HET KWETSBAARHEID-STRESSMODEL** 35
2.1 Erfelijkheid 35
2.2 Heritabiliteit 36
2.3 Polygenetische overerving 38
2.4 Kwetsbaarheid-stressmodel 38
2.4.1 Kwetsbaarheid 40
2.4.2 Stress 41
2.5 Gen-omgevingsinteractie 45
2.6 'Kindling' en sensitisatie 47
2.7 Persoonlijkheidsfactoren 49

HOOFDSTUK 3 **PSYCHOSE** 51
3.1 Wat is een psychose? 51
3.1.1 Wanen 52
3.1.2 Hallucinaties 55
3.1.3 Gedesorganiseerde spraak 59
3.1.4 Gedesorganiseerd gedrag of abnormaal motorisch gedrag 59
3.1.5 Negatieve symptomen 59
3.2 Psychosespectrum 62

3.3 Schizofrenie 63
3.3.1 Symptomen 65
3.3.1.1 Positieve symptomen 65
3.3.1.2 Negatieve symptomen 66
3.3.1.3 Cognitieve symptomen 67
3.3.1.4 Affectieve symptomen 68
3.3.1.5 Gedragssymptomen (en motorische stoornissen) 68
3.3.2 Subtypes 69
3.3.3 Verloop 69
3.4 Schizofreniforme stoornis 72
3.5 De vroege stadia van psychose 72
3.6 Schizoaffectieve stoornis 75
3.7 Waanstoornis 77
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' 88
4.2.2 Depressieve stoornis: subtypen 90
4.2.2.1 Depressie met melancholische kenmerken 91
4.2.2.2 Depressie met psychotische kenmerken 92
4.2.2.3 Depressie met atypische kenmerken 93
4.2.2.4 Depressie met catatone kenmerken 94
4.2.2.5 Depressie met peripartaal begin 95
4.2.2.6 Depressie met seizoenspatroon 97
4.2.2.7 Vasculaire depressie 97
4.3 Differentiaaldiagnose 98
4.4 Verloop 100
4.5 Persisterende depressieve stoornis – Dysthymie 103
4.6 Premenstruele stemmingsstoornis 104
4.7 Epidemiologie 105

HOOFDSTUK 5 **BIPOLAIRE STOORNISSEN** **109**
5.1 Historische schets 109
5.2 Stemmingsepisoden 110
5.2.1 Manische episode 110
5.2.2 Hypomane of hypomanische episode 114
5.2.3 Gemengde episode 116
5.3 Bipolaire I en II stoornis 118

5.4 Bipolaire-spectrumstoornis 121
5.5 'Rapid cycling' 123
5.6 Epidemiologie 124
5.7 Differentiaaldiagnose en comorbiditeit 124
5.8 Verloop 125
5.9 Postpartumpsychose 129

HOOFDSTUK 6 **ANGSTSTOORNISSEN** **131**
6.1 Inleiding 131
6.2 Specifieke fobie 132
6.2.1 Kenmerken 132
6.2.2 Verloop 135
6.3 Sociale-angststoornis 135
6.3.1 Kenmerken 135
6.3.2 Plankenkoorts 136
6.3.3 Verloop 137
6.3.4 Differentiaaldiagnose 139
6.4 Paniekstoornis 139
6.4.1 Kenmerken 139
6.4.2 Differentiaaldiagnose, comorbiditeit en verloop 142
6.4.3 Is een paniekaanval een hyperventilatieaanval? 144
6.5 Agorafobie 145
6.6 Gegeneraliseerde-angststoornis 146
6.6.1 Kenmerken 146
6.6.2 Differentiaaldiagnose, comorbiditeit en beloop 147
6.7 Epidemiologie 148

HOOFDSTUK 7 **DWANGSTOORNISSEN** **151**
7.1 Obsessief-compulsieve stoornis 151
7.1.1 Kenmerken en diagnostische criteria 152
7.1.2 Heeft een patiënt met dwangstoornis ziekte-inzicht? 157
7.1.3 Differentiaaldiagnose 158
7.1.4 Comorbiditeit 161
7.2 Morfodysfore stoornis 162
7.3 Verzamelstoornis 163
7.4 'Body-focused repetitive behavior' 164
7.4.1 Haaruittrekstoornis 165
7.4.2 Excoriatiestoornis – Huidpulkstoornis 166
7.5 Epidemiologie 166

HOOFDSTUK 8 **TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN** **169**
8.1 Trauma 169
8.1.1 DSM 169
8.1.2 Trauma 169
8.1.3 'Fight and flight' 170
8.2 Acute stressstoornis 171
8.3 Posttraumatische stressstoornis 173
8.3.1 Herbelevingen 173
8.3.2 Vermijding 174
8.3.3 Negatieve veranderingen in cognitie en stemming 174
8.3.4 'Arousal' 175
8.4 Complexe PTSS 177

HOOFDSTUK 9 **DISSOCIATIEVE STOORNISSEN** **181**
9.1 Dissociatie 181
9.2 Dissociatieve identiteitsstoornis 184
9.3 Dissociatieve amnesie of psychogene amnesie 188
9.4 Depersonalisatie- en derealisatiestoornis 188

HOOFDSTUK 10 **PSYCHOLOGISCHE EN PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN BIJ LICHAMELIJKE SYMPTOMEN** **191**
10.1 Inleiding 191
10.2 Somatisch-symptoomstoornis 192
10.3 Chronischevermoeidheidssyndroom 194
10.4 Ziekteangststoornis 198
10.5 Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) 200
10.6 Nagebootste stoornis (pathomimie of 'factitious disorder') 202
10.7 Epidemiologie 206

HOOFDSTUK 11 **EETSTOORNISSEN** **209**
11.1 Anorexia nervosa 210
11.1.1 Kenmerken 210
11.1.1.1 Gewicht 212
11.1.1.2 Angst 213
11.1.1.3 Lichaamsbeleving en cognitieve distorsies 214
11.1.1.4 Amenorroe 215
11.1.1.5 Hyperactiviteit of bewegingsdrang 215
11.1.1.6 Lichamelijke gevolgen 216

11.1.2 Verloop 217
11.1.3 Differentiaaldiagnose en comorbiditeit 218
11.2 Boulimia nervosa 218
11.2.1 Kenmerken 218
11.2.2 Verloop 219
11.2.3 Differentiaaldiagnose 219
11.3 Eetbuistoornis 220
11.4 Epidemiologie 221

HOOFDSTUK 12 **MIDDELENGERELATEERDE EN VERSLAVINGSSTOORNISSEN** **223**
12.1 Inleiding 223
12.2 Verslaafd worden 225
12.3 Stoornissen in het gebruik 229
12.3.1 Alcohol 230
12.3.2 Cannabis 232
12.3.3 Craving 232
12.3.4 Comorbiditeit 233
12.4 Gokstoornis 234
12.5 Stoornissen door een middel 236
12.5.1 Alcoholintoxicatie 237
12.5.2 Alcoholgeïnduceerde psychose of delirium tremens 238
12.5.3 Alcoholische hallucinose 238
12.5.4 Alcoholgeïnduceerde stemmingsstoornis 238
12.5.5 Syndroom van Wernicke-Korsakov 239
12.5.6 Cannabis 240

HOOFDSTUK 13 **NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN** **243**
13.1 Inleiding 243
13.1.1 Gezond ouder worden 245
13.1.2 Geheugenklachten 245
13.2 Delier 247
13.2.1 Klinisch beeld 247
13.2.2 Differentiaaldiagnose 249
13.2.3 Epidemiologie 250
13.3 Beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornis 251
13.3.1 Mild cognitive impairment 251
13.3.2 Dementieel syndroom 252
13.3.2.1 BPSD – 'behavioral and psychological symptoms in dementia' 252

13.3.2.2 Epidemiologie 254
13.4 Oorzaken van beperkte of uitgebreide neurocognitieve stoornis 255
13.4.1 Ziekte van Alzheimer 256
13.4.2 Neurocognitieve stoornis met Lewy-lichaampjes 258
13.4.3 Frontotemporale neurocognitieve stoornis 259
13.4.4 Vasculaire neurocognitieve stoornis 261

HOOFDSTUK 14 **PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN** **265**
14.1 Persoonlijkheid 265
14.2 Pathologie 270
14.3 Diagnostiek 273
14.4 Beloop 275
14.5 Etiologie 276
14.6 Drie clusters 277
14.6.1 Het zonderlinge, bizarre of excentrieke cluster 277
14.6.1.1 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis 277
14.6.1.2 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis 278
14.6.1.3 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis 279
14.6.2 Het impulsieve, dramatische of emotionele cluster 281
14.6.2.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis 281
14.6.2.2 Borderline persoonlijkheidsstoornis 282
14.6.2.3 Histrionische persoonlijkheidsstoornis 286
14.6.2.4 Narcistische persoonlijkheidsstoornis 287
14.6.3 Het angstige cluster 289
14.6.3.1 Vermijdende persoonlijkheidsstoornis 289
14.6.3.2 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis 291
14.6.3.3 Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis 291
14.7 Prevalentie 293

HOOFDSTUK 15 **BEHANDELASPECTEN** **295**
15.1 Historische schets 295
15.2 Het beste van veel werelden 297
15.3 Psychotherapie 298
15.3.1 Wat is psychotherapie? 298
15.3.2 ‘Everybody has won, and all must have prizes’ 300
15.4 Behandelingen met geneesmiddelen 302
15.4.1 De monoaminehypothese 302
15.4.2 Klassen psychofarmaca 303
15.4.2.1 Antipsychotica 303
15.4.2.2 Antidepressiva 304

15.4.2.3 Werken antidepressiva? 305
15.4.2.4 Stemmingsstabilisatoren 306
15.4.2.5 Slaap- en kalmeringsmiddelen 307
15.5 Technische behandelingen 307
15.5.1 Elektroconvulsietherapie 308
15.5.2 Bijwerkingen 309
15.5.3 Transcraniële magnetische stimulatie 310
15.5.4 Andere neurostimulatietechnieken 310
15.5.5 Chronotherapie 311
15.6 Richtlijnen 312

BIBLIOGRAFIE 315

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



Hugo Grotius
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, en alleen wat de stemmingsstoornissen betreft wordt hierop ingegaan.

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 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 de literatuur en de 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 is een aanvullende manier om zich klinisch te bekwamen.

Pascal Sienaert

HOOFDSTUK 1
DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE

- 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 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
PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

HOOFDSTUK 15
BEHANDELASPECTEN

HOOFDSTUK 1

DIAGNOSTIEK EN CLASSIFICATIE

Diagnosticeren is een film, geen foto.
Allen Frances

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 streptokokkeninfectie. 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. Enerzijds het verband dat werd gezien tussen bepaalde klinische ziektebeelden en postmortemafwijkingen *(een verlamming aan één lichaamshelft door een hersenbloeding of een bloedklonter in de hersenen bijvoorbeeld)*, anderzijds de ontdekking van ziektekiemen als ziekteverwekkers.

Een voorbeeld is het veelvoorkomende 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 'gekkenhuizen', 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 1793 werd hij arts in het Bicêtre-gasthuis met vierduizend opgesloten mannen. Twee jaar later verhuisde hij naar het beroemde Salpêtrière-ziekenhuis in Parijs, waar duizenden vrouwen zaten opgesloten. Pinel maakte hun ketenen los. Hij maakte een einde aan praktijken zoals aderlaten en installeerde een 'morele behandeling', die contact 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).

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



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'*.

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. 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 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, 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 *('een psychiatrische ziekte is een hersenaandoening die genetisch bepaald is')* leidde tot een therapeutisch nihilisme. Hij propageerde de visie dat psychiatrische stoornissen reacties zijn op gebeurtenissen in de omgeving: een angstreactie, een depressieve reactie (Ghaemi 2003). 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 in de methode'* (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 ontnuchterend. 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). 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 kon 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, of course, 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 (2000 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 diagnosticeren 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.

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 slaapstoomissen. 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 diagnosen 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 beschrijving wordt ingegaan op zowel de neurobiologische als de psychologische aspec-

ten. Hierbij wordt aandacht geschonken aan factoren die iemand kwetsbaar maken (predisponerende factoren), factoren die de stoornis uitlokken (luxerende factoren) en factoren die de stoornis onderhouden of versterken (onderhoudende factoren).

Een syndroomdiagnose ('label') zal vaker aanleiding zijn voor een 'eenvoudiger' behandeling, met weinig op maat gesneden modaliteiten. Een depressie wordt behandeld met antidepressiva. Dat die depressie het resultaat is van jarenlang partnergeweld doet bij een syndroomdiagnose niet ter zake. Een structuurdiagnose laat meer ruimte voor het aanpassen van de behandeling aan de behoeften die de persoon, met zijn problematiek, in zijn specifieke context nodig heeft (antidepressiva, jobcoaching, individuele en relatietherapie).

Die context is ten slotte ook niet los te zien van culturele normen en waarden, die een invloed hebben op de diagnostiek. Een diagnose zoals sociale fobie is in de jaren zeventig van de vorige eeuw sterk opgekomen, maar voldoet volgens sommigen 'gewoon' aan de fatsoensnormen uit de jaren vijftig. Het feit dat in onze maatschappij veel belang wordt gehecht aan de autonomie van het individu heeft ongetwijfeld een invloed op het 'labelen' van afhankelijke en vermijdende karaktertrekken als persoonlijkheidsstoornis (Van 2016).

Het is belangrijk om voor ogen te houden dat een psychiatrische diagnose stellen een subjectief gebeuren is, hoe strikt de diagnostische criteria ook lijken. Er zijn geen biologische tests. Diagnoses zijn volledig afhankelijk van subjectieve oordelen die feilbaar zijn, altijd een hypothetisch karakter hebben en voortdurend opnieuw getoetst moeten worden. Bovendien is de belangrijkste bron van informatie over de patiënt de patiënt zelf en zijn familie. Ook zij hebben per definitie een subjectieve kijk op wat zich voordoet.

1.4 CLASSIFICATIE

Een classificatie is een indeling, een ordening van verschijnselen in een systeem van klassen. In de geneeskunde is classificeren het benoemen van een ziektebeeld met een vooraf afgesproken term, aan de hand van vooraf gemaakte afspraken. Dat gebeurt op basis van een gestelde diagnose en reduceert de uitgebreide diagnostische bevindingen bij een individuele patiënt tot een algemene categorie. Aan deze categorie geeft men een afgesproken naam en een code. Hierdoor kan de communicatie tussen artsen, hulpverleners en onderzoe-