

Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen in de DSM-5

N. TAN, J. VAN OS

- ACHTERGROND** In de sectie 'psychotische stoornissen' werden verschillende wijzigingen aangebracht bij de overgang van DSM-IV naar DSM-5.
- DOEL** Bespreken en evalueren van de wijzigingen in de DSM-5-criteria voor psychotische stoornissen.
- METHODE** Review mede op basis van persoonlijke ervaring in de betreffende APA-werkgroep.
- RESULTATEN** Het hoofdstuk 'schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen' van de DSM-5 introduceert in opzet een conceptueel continuüm van psychose, maar behelst verder slechts een aantal marginale aanpassingen, gericht op eenvoud van gebruik en measurement-based behandeling. Verder werd afstemming gezocht met de ICD. De commissie was vóór naamswijziging van 'schizofrenie', maar verwees deze kwestie door naar de WHO. 'Attenuated psychosis syndrome' bleek te weinig empirisch ondersteund om als diagnose opgenomen te kunnen worden. De belangrijkste veranderingen betreffen afschaffing van de klassieke subtypen van schizofrenie, verheldering van beloop-specifiers, het opheffen van de uitzonderingspositie van schneideriaanse 'eersterangssymptomen', en verheldering van (a) het onderscheid tussen schizofrenie en schizoaffectieve stoornis, en (b) de relatie tussen schizofrenie en katatonie. Bij de schizoaffectieve stoornis verschuift het perspectief van een episodische naar een lifetimedialyse.
- CONCLUSIE** Ondanks de breed erkende ontoereikendheid van de klassieke categoriale benadering, en serieuze overwegingen deze te vervangen door of ten minste aan te vullen met een dimensioneel concept, bleek fundamentele vernieuwing een *bridge too far*.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 167-172

TREFWOORDEN categorieën, diagnose, dimensies, psychose



Hoewel de definitie van psychotische stoornissen licht evolueert over de verschillende DSM-versies, berust deze stabiel op de volgende uitgangspunten:

- de bleuleriaanse visie dat dissociatieve symptomen primair en fundamenteel zijn voor de ziekte, in combinatie met een accent op negatieve symptomen;
- de schneideriaanse focus op vervorming van de realiteit;
- de kraepeliniaanse nadruk op avolentie, chroniciteit en een ongunstig beloop.

Samen vormen deze uitgangspunten de klassieke categoriale benadering van schizofrenie en aanverwante stoornissen, met 6 criteria en 5 kenmerkende symptomen

(Tandon e.a. 2013). Inmiddels is duidelijk dat deze benadering de lading van het syndroom niet goed dekt en zelfs ondermijnd is voor etiologisch en therapeutisch onderzoek (Heckers e.a. 2013). De klinische waarde is beperkt, omdat het DSM-concept de variabiliteit in symptoomprofielen, ernst, behandelrespons en sociaal functioneren niet dekt. Diverse maten die ontbreken in het diagnostisch concept, zoals de mate van cognitieve beperking, hebben wel voorspellende waarde (Barch e.a. 2013). De klinische heterogeniteit bij schizofrenie wordt traditioneel gereduceerd tot zogenaamde klinische subtypen (gedesorganiseerd, katatonisch, paranoïde, ongedifferentieerd, rest-

type), echter zonder valide bewijs (Linscott e.a. 2010).

De kernkwestie voor het hoofdstuk psychotische stoornissen was dan ook de eventuele vervanging van de klassieke benadering door een nieuw, beter dekkend paradigma. Zover is het niet gekomen.

Classificatiestructuur van de psychotische stoornissen in de DSM-5

Anders dan in de DSM-IV beschouwt men in de DSM-5 schizofrenie niet als de 'kernstoornis'. De opzet van het hoofdstuk beoogt te bevorderen dat de praktijk bij psychotische stoornissen steeds uitgaat van een gedetailleerde exploratie van de verschillende *symptomen*. Hiertoe begint het hoofdstuk niet met schizofrenie, maar met een beschrijving van de symptomatologische domeinen. Deze hebben betrekking op de psychiatrische symptomen die de diverse vormen van psychotische stoornis definiëren: hallucinaties, wanen, gedesorganiseerde spraak/denken, gedesorganiseerd gedrag en negatieve symptomen.

In afwachting van een nieuw systeem met criteria die de mechanismen van psychose recht doen, poogt men in de DSM-5 door gebruik van *gradiënten* te benadrukken dat symptomen van psychose op een continuüm liggen met normaal psychisch functioneren, waarbij geen absolute scheidslijn bestaat tussen psychotisch en 'normaal', of tussen de verschillende psychotische stoornissen. De gradiënten dienen om de ernst van een stoornis te kunnen bepalen en worden onderscheiden in ernst, aantal en duur van psychotische symptomen. De DSM-5 laat de ernstiger vormen van psychotische stoornis (schizofrenie en schizo-affectieve stoornis) uitsluitend diagnosticeren als condities van beperkte duur (korte psychotische stoornis of schizofreniforme stoornis) of minder ernstige condities (schizotypische persoonlijkheidsstoornis, waanstoornis) uitgesloten zijn.

Continuümbenadering

Een continuümbenadering, met aandacht voor diversiteit in frequentie, duur, ernst en samenhang met omgevingsfactoren, kan de heterogeniteit waarmee schizofrenie zich in de praktijk manifesteert, beter verklaren dan de categoriale benadering. Mede hierom is besloten tot een van de belangrijkste wijzigingen in dit hoofdstuk: afschaffing van de klinische subtypen. Voor deze subtypen is geen empirisch bewijs gevonden en 2 van de 4 subtypen (katatonisch en gedesorganiseerd) werden in de praktijk nauwelijks gediagnosticeerd, ondanks het bij de DSM-IV geïntroduceerde hiërarchische indelingssysteem. Het weglaten van de subtypen hield tevens verband met de intentie om psychopathologische dimensies te introduceren, om zo de diagnostiek van klinische heterogeniteit te verbeteren.

AUTEURS

NOORTJE TAN, psycholoog en jurist, vakgroep Psychiatrie en Psychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum.

JIM VAN OS, voorzitter vakgroep Psychiatrie en Psychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, en Visiting Professor Psychiatric Epidemiology, King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Londen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. Jim van Os, Vakgroep Psychiatrie en Psychologie, Maastricht UMC, Postbus 616 (DRT 12), 6200 MD Maastricht.

E-mail: jvanos@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-10-2013.

Helaas viel het algemene beleid om dwars door de DSM zogenaamde *cross-cutting* of transdiagnostische dimensies (bijvoorbeeld eenzelfde dimensie van depressie die dwars door de verschillende stoornissen wordt gebruikt) aan te brengen halverwege in duigen. De subtypen vervielen dus, maar werden niet aangevuld met dimensies, hoewel de verschillende stoornissen dus wel, zoals eerder beschreven, vanuit een conceptuele continuümbenadering worden gepresenteerd. De dimensies die de werkgroep had geïdentificeerd, kwamen, net als bij de DSM-IV, in de appendix van de DSM-5 terecht. Een *persoonlijke diagnose*, in de vorm van een combinatie van categorieën en *cross-cutting* dimensies, kan de DSM-5 derhalve nog niet bieden (van Os & Kapur 2009). Deze kardinale ommissie kan wellicht bij de updates van DSM-5 alsnog worden rechtgezet.

Schizofrenie in de DSM-5

De DSM-5 behoudt de 6 criteria (A t/m F) voor de diagnose schizofrenie uit de DSM-IV, met slechts enige mineure wijzigingen in de criteria A (zie **TABEL 1**):

- De bepaling dat bij aanwezigheid van bizarre wanen of speciale ('eersterangs') hallucinaties geen tweede kenmerkend symptoom nodig zou zijn, is geschrapt, vanwege gebrek aan diagnostische specificiteit van deze symptomen. Deze vereenvoudiging versterkt dus de criteriumvaliditeit en de klinische bruikbaarheid.
- De definitie van 'negatieve symptomen' is in beperkte mate aangepast: de term '*affective flattening*' (afgevlakt affect) is vervangen door het beter dekkende '*restricted affect*' (verminderde emotionele expressie), '*alogia*' is

verwijderd vanwege onvoldoende onderscheidend vermogen.

- Toegevoegd is de conceptueel logische eis dat ten minste één van de twee aanwezige kenmerkende symptomen wanen, hallucinaties of gedesorganiseerde spraak betreft.

Schizoaffectieve stoornis

In de DSM-5 introduceert men voor de schizoaffectieve stoornis een aantal relatief vergaande maatregelen om de gebrekkige psychometrische kwaliteiten en lage diagnostische stabiliteit te verbeteren. De criteria zijn specifiek gemaakt en de benadering is conceptueel verschoven van

TABEL 1 Schizofreniecriteria: DSM-5 in vergelijking met DSM-IV

DSM-IV-criteria	DSM-5-criteria
<p>A Kenmerkende symptomen: Twee of meer van de onderstaande symptomen die ieder optreden gedurende een significante tijdsduur in een periode van een maand (of minder bij succesvolle behandeling): Wanen Hallucinaties Gedesorganiseerde spraak (bijvoorbeeld ontsprekend of onsamenhangend) Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag Negatieve symptomen, bijvoorbeeld afgevlakt affect, alergie of avolitie</p> <p>NB: Er is slechts één symptoom uit categorie A vereist als de wanen bizar zijn, als de hallucinaties doorlopend commentaar geven op het gedrag of de gedachten van de persoon of als twee of meer stemmen met elkaar spreken.</p>	<p>A Kenmerkende symptomen: kleine wijziging Twee of meer van de onderstaande symptomen die ieder optreden gedurende een significante tijdsduur in een periode van een maand (of minder bij succesvolle behandeling): Wanen Hallucinaties Gedesorganiseerde spraak (bijvoorbeeld ontsprekend of onsamenhangend) Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag Negatieve symptomen, bijvoorbeeld <i>verminderde emotionele expressie</i> of avolitie</p> <p>NB = verwijderd Toegevoegd: ten minste één van de twee aanwezige kenmerkende symptomen betreft wanen, hallucinaties of gedesorganiseerde spraak.</p>
<p>B Sociale/beroepsmatige disfunctie: Gedurende een significant deel van de tijd sinds het begin van de stoornis staan een of meer terreinen van functioneren (zoals werk, persoonlijke relaties of zelfverzorging) duidelijk op een lager niveau dan voor het begin. (Als het begin in de kindertijd of adolescentie valt, is het functioneren van een lager niveau dan verwacht kan worden).</p>	<p>B Sociale/beroepsmatige disfunctie: Geen wijziging</p>
<p>C Duur: Doorlopende tekenen van de stoornis gedurende minimaal zes maanden. Deze periode van zes maanden moet minimaal één maand met symptomen bevatten (of minder bij succesvolle behandeling) die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen actiefefasesymptomen) en kan perioden bevatten met prodromale symptomen of restsymptomen. Tijdens deze prodromale perioden of restperioden kunnen de tekenen van de stoornis uitsluitend bestaan uit negatieve symptomen of twee of meer symptomen uit categorie A in lichtere vorm (bijvoorbeeld vreemde opvattingen, ongebruikelijke perceptuele waarnemingen).</p>	<p>C Duur: 6 maanden Geen wijziging</p>

TABEL 1 Vervolg

DSM-IV-criteria	DSM-5-criteria
<p>D Uitsluiting van schizoaffectieve stoornis en stemmingsstoornis: Schizoaffectieve stoornis en stemmingsstoornissen zijn uitgesloten omdat (1) er geen depressieve, manische of gemengde episode tegelijk met de actiefasesymptomen is opgetreden of (2) als er wel stemmingsepisoden tegelijkertijd met de actiefasesymptomen zijn opgetreden, de totale duur kort is ten opzichte van de actieve periode en restperiode.</p>	<p>D Uitsluiting van schizoaffectieve stoornis en stemmingsstoornis: Geen wijziging (NB wel wijziging criteria schizoaffectieve stoornis)</p>
<p>E Uitsluiting van middelengebruik/somatische aandoening: De stoornis is geen gevolg van de directe fysiologische gevolgen van middelengebruik (bijvoorbeeld drugs, geneesmiddelen) of een somatische aandoening.</p>	<p>E Uitsluiting van middelengebruik/somatische aandoening: Geen wijziging</p>
<p>F Relatie met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: Als er een historie bestaat van autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis, wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld als er gedurende een periode van minimaal een maand ook op de voorgrond tredende wanen of hallucinaties zijn (of minder bij succesvolle behandeling)</p> <p>Subtypen: gedesorganiseerd, katatonisch, paranoïde, ongedifferentieerd, resttype</p>	<p>F Relatie met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: Geen wijziging</p> <p>Subtypen verwijderd</p>

episodisch naar longitudinaal. Voorheen was de grens met schizofrenie slechts kwalitatief gedefinieerd. De DSM-5 stelt daarenboven dat slechts sprake kan zijn van een schizoaffectieve stoornis als gedurende het gehele beloop van de (psychotische) stoornis (inclusief prodromale en residuele fasen) het *grootste gedeelte van de tijd* sprake was van een combinatie van stemmingsstoornis en psychotische symptomen. Als psychotische symptomen uitsluitend optreden tijdens perioden van affectieve ontregeling, wordt de diagnose stemmingsstoornis met psychotische aspecten. Bij ten minste één periode van ten minste 2 weken met uitsluitend psychotische symptomen betreft het een schizoaffectieve stoornis of schizofrenie.

‘Attenuated psychosis syndrome’

Er was een krachtige klinische lobby, maar onvoldoende wetenschappelijk draagvlak, voor opname in de DSM van de ‘diagnose’ *attenuated psychosis syndrome*, gericht op pre-

ventieve onderscheiding van personen met een verhoogd risico op een psychose. Bij *attenuated psychosis syndrome* gaat het in de praktijk meestal om mensen met een angst- of stemmingsstoornis, in combinatie met een zekere mate van comorbide (lichte) psychose, die een relatief ongunstig beloop voorspelt. Dit conceptueel verheffen tot een pre-schizofreniesyndroom is verwarrend en wetenschappelijk niet valide (Van Os & Murray 2013). Tot nader order staat *attenuated psychosis syndrome* daarom in de appendix.

Katatonie

De benadering van katatonie in de DSM-IV was problematisch, vooral omdat deze, door onderscheiding als subtype, te veel was opgehangen aan schizofrenie en te weinig aan bijvoorbeeld affectieve en somatische stoornissen. In de DSM-5 probeert men daar met 4 veranderingen verbetering in te brengen:

- Voor de diagnose van katatonie gelden dwars door de hele DSM-5 dezelfde criteria.

- Met het verdwijnen van de subtypen van schizofrenie, wordt ook katatonie niet meer als subtype van schizofrenie beschouwd. Katatonie wordt in de DSM-5, (analoog aan de benadering bij stemmingsstoornissen) opgevoerd als een *specifier*.
- In de DSM-5 kan katatonie ook als *specifier* voor 4 toegevoegde *andere* psychotische stoornissen dienen (korte psychotische stoornis, schizofreniforme stoornis, schizo-affectieve stoornis en *substance-induced* psychotische stoornis).
- Om een diagnose van katatonie mogelijk te maken in andere omstandigheden, en indien de onderliggende oorzaak van katatonie niet onmiddellijk geïdentificeerd kan worden, is een nieuwe diagnostische restcategorie toegevoegd: katatonie nos.

Waanstoornis

Bij de waanstoornis werd het criterium ‘*non-bizarre delusions*’ vervangen door ‘*delusions*’, consistent met de beschreven ‘downgrading’ van schneideriaanse ‘eersterangssymptomen’ van psychose in criterium A van schizofrenie. Verder werd bij de beschrijving van het somatische subtype de tekst ‘*delusions that the person has some physical defect or general medical condition*’ vervangen door ‘*delusions that the person has some general medical condition*’. De verwijdering van ‘*physical defect*’ uit de definitie houdt verband met de opname van een psychotische subvariant van ‘*body dysmorphic disorder*’ (stoornis in de lichaamsbeleving) bij de nieuwe sectie ‘*obsessive-compulsive and related disorders*’ elders in DSM-5.

LITERATUUR

- Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, e.a. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150: 15-20.
- Borsboom D, Cramer AO, Schmittmann VD, Epskamp S, Waldorp LJ. The small world of psychopathology. *PLoS One* 2011; 6: e27407.
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012; 17: 1174-9.
- Linscott RJ, Allardyce J, Os J van. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonomic. *Schizophr Bull* 2010; 36: 811-29.
- McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet* 2013; 381: 343-5.
- Os J van. The dynamics of subthreshold psychopathology: implications for diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 695-8.
- Os J van, Delepaule P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Beyond DSM and ICD: introducing ‘precision diagnosis’ for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013; 12: 113-7.
- Os J van, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-45.
- Os J van, Murray RM. Can we identify and treat ‘schizophrenia light’ to prevent true psychotic illness? *BMJ* 2013; 346: f304.
- Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, e.a. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150: 3-10.
- Wichers M. The dynamic nature of depression: A novel micro-level perspective of mental disorder that meets current challenges. *Psychol Med* 2013; <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713001979>.
- Wigman JT, van Os J, Thiery E, Derom C, Collip D, Jacobs N, e.a. Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental States. *PLoS One* 2013; 8: e59559.

Conclusie

Met de DSM-5 introduceren de opstellers bij de sectie psychotische stoornissen enkele behoudende verbeteringen, gericht op eenvoudiger klinisch gebruik en ter versterking van een betrouwbare toepassing. Het blijft ver van de benodigde fundamentele revisie van het diagnostisch systeem in de psychiatrie. Gezien de beperkingen van *consensus committees* (McGorry & Van Os 2013), zal de ontwikkeling van een valide en functionele diagnostiek buiten de politieke kanalen van DSM en ICD moeten verlopen, vanuit een strikt wetenschappelijk kader.

Op korte termijn zou een reductie van de meer dan 350 diagnostische categorieën in de DSM-5 tot twintig brede syndromen (op het niveau van de hoofdstukken van de DSM-5), in combinatie met een aantal transsyndromale psychopathologische dimensies, goede mogelijkheden bieden om tot een meer functionele en persoonlijke diagnostiek te komen.

Op middellange termijn bieden een nieuw relationeel model van psychiatrische ziekte, en diagnostiek van het ervaringsnetwerk, wellicht mogelijkheden (Borsboom e.a. 2011; Van Os 2013; Van Os e.a. 2013; Wichers 2013; Wigman e.a. 2013).

Hoewel de wetenschappelijke bevindingen rond biologische diagnostische markers voorsnog weinig reden bieden tot optimisme, zal het op de (veel) langere termijn misschien mogelijk worden om aspecten van psychiatrische stoornissen aan dergelijke markers te verbinden (Kapur e.a. 2012).

SUMMARY

The schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in the DSM-5

N. TAN, J. VAN OS

BACKGROUND This article discusses changes made in the diagnostic criteria for psychotic disorders in the transition from DSM-IV to DSM-5.

AIM To review and evaluate the changes incorporated in the DSM-5 criteria for psychotic disorders.

METHOD Relevant documents and proceedings were reviewed on the basis of personal experience in the APA working group on psychotic disorders.

RESULTS The chapter on the 'schizophrenia spectrum and other psychotic disorders' in DSM-5 introduces a conceptual psychosis continuum, in which the level, number and duration of psychotic signs and symptoms are used to differentiate between various forms of psychotic disorders. The chapter includes only a few marginal adjustments, aimed at simplifying usage and measurement-based treatment. The DSM-5 Committee also aspired for harmonization with the ICD. The Committee was in favor of a new name for schizophrenia, but referred the matter to the WHO. The empirical basis for 'attenuated psychosis syndrome' was found to be insufficient for the syndrome to be included as a diagnosis. The most important changes in the criteria for schizophrenia are the elimination of the classic subtypes, the clarification of cross-sectional and longitudinal course specifiers, the elimination of special status of Schneiderian first-rank symptoms, and the clarification and better delineation of schizophrenia in terms of: a) the relationship between schizophrenia and schizoaffective disorders and b) the relationship between schizophrenia and catatonia. In schizoaffective disorder, the perspective shifts from an episode diagnosis in DSM-IV to a life course for the illness in DSM-5. Although the committee gave serious consideration to the inclusion of trans-diagnostic dimensions, these have not been included; a factor that precludes more personalised diagnoses, at least for the time being.

CONCLUSION The limitations of the classic system of categorical diagnosis are widely acknowledged and serious consideration has been given to the abolition of this type of diagnosis or at least to the possibility of enriching it with a trans-diagnostic focus on dimensions of psychopathology. These steps have not been taken in DSM-5 – for the consensus committees this is evidently still a bridge too far.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 167-172

KEY WORDS categories, diagnosis, dimensions, psychosis