

De transdiagnostische benadering van psychisch lijden in de praktijk

M. Marcelis

- Achtergrond** Er is een verschuiving gaande in de ggz van traditionele stoornisgerichte diagnostiek naar een transdiagnostische benadering van psychisch lijden. Deze benadering nodigt uit om onderliggende processen over de grenzen van diagnostische classificaties in samenhang te begrijpen.
- Doel** Een voor de praktijk hanteerbare wijze van transdiagnostisch klinisch redeneren belichten en inzichtelijk maken welke meerwaarde dit heeft en welke verschillen er zijn met traditionele diagnostiek.
- Methode** In een narratieve synthese van de literatuur combineren van inzichten om tot een praktische klinische toepassing van de transdiagnostische werkwijze te komen.
- Resultaten** Psychische presentaties komen vaak samen voor vanwege gedeelde onderliggende mechanismen. Die mechanismen kunnen biologisch, psychologisch én contextueel van aard zijn. Ik beschrijf een set van functionele procesdomeinen om de meerwaarde van een holistische benadering bij meervoudige psychische problematiek te illustreren. De transdiagnostische werkwijze laat tevens zien dat relationeel cocreëren, als samenwerkingsvorm tussen zorgvrager, naaste betrokkenen en zorgprofessionals, centraal staat.
- Conclusie** Het is goed mogelijk om transdiagnostisch klinisch redeneren in de praktijk vorm te geven. Door de focus te leggen op onderliggende processen vanuit een diagnoseoverstijgend perspectief kan psychisch lijden op meer integratieve, mechanismegeoriënteerde en persoonlijke wijze benaderd worden, waarmee recht wordt gedaan aan de complexiteit en diversiteit ervan.

Een patiënt met 6, 7 of meer diagnostische classificaties volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* versie 5 (DSM-5) is geen uitzondering in de psychiatrie.¹ Dit houdt verband met de overlappende criteria voor een psychische aandoening binnen dit classificatiesysteem, waardoor bij 80% van de patiënten in de ggz sprake is van comorbiditeit (dezelfde symptomen leiden naar verschillende syndromen). Deze hoge en gedeeltelijk 'valse' comorbiditeit ontstaat wanneer men een categoriaal systeem gebruikt voor dimensionele fenomenen; dit vraagt om herdefiniëring van de grenzen.² Daarnaast kunnen patiënten met verschillende symptomen dezelfde DSM-classificatie krijgen, waardoor een hoge mate van heterogeniteit ontstaat. Het DSM-systeem is descriptief en beschrijft geen oorzaken of mechanismen. Er staan inmiddels honderden stoornissen in de recentste versie van de DSM. Hoewel dit standaardisatie met zich mee heeft gebracht, heeft het in de praktijk ook geleid tot fragmentatie en verlies van context.³ In verband met de toenemende aantallen van stoornisspecifieke behandelprotocollen, knelt ook het opleiden van professionals daarin. Daarbij biedt het

systeem geen goede basis voor het personaliseren van de behandeling: DSM-classificaties zijn geen goede voorspelers van klinisch relevante uitkomstmaten, zoals zorgbehoefte of het type behandeling dat iemand nodig heeft.⁴ Historisch gezien verwijzen theorieën zoals die van George Kelly, een Amerikaans psycholoog, al naar deze thematiek. Hij sprak over 'transitive diagnoses' vanuit de door hem beschreven 'personal construct theory'.⁵ Vanuit die theorie is het doel van diagnostiek het creëren van betekenisvolle constructen, die informatief zijn voor dit moment. Het zijn geen onveranderbare 'dingen' (reïficatie). Echter, de praktijk laat zien dat er over de jaren een enorme batterij aan symptoomgerichte standaardprotocollen is ontwikkeld voor een toenemend aantal DSM-classificaties. Het denken in mechanismen in de klinische praktijk is mede hierdoor achtergebleven. De nadruk kwam te liggen op 'de behandeling van depressieve symptomen' en minder op 'wat deze persoon met depressieve klachten nodig heeft', waarbij de klachten worden begrepen vanuit de onderliggende procesmechanismen binnen het narratief van de unieke persoonlijke context.

Ook in beschrijvende diagnostiek blijft het vaak bij een stoornisgerichte statische, lineaire onderbouwing, waar het bij transdiagnostiek in de kern gaat over gedeelde, diagnoseoverstijgende, dynamische processen, het ont-rakelen van de werkingsmechanismen bij deze persoon op dit moment. Dit is van belang omdat de patiënt altijd 'in proces' is en statische diagnoses en classificaties daar vaak geen recht aan doen.

Om tot een voor de praktijk hanteerbare wijze van transdiagnostisch klinisch redeneren te komen, belicht ik in dit artikel hoe we het theoretisch kader van de transdiagnostiek kunnen toepassen binnen de patiëntenzorg. De waarde van de transdiagnostische benadering wordt inzichtelijk aan de hand van verschillen met de traditionele benadering. Via een narratieve synthese van de literatuur combineer ik inzichten om tot een praktisch-klinische toepassing van de transdiagnostische werkwijze te komen.

Ik beschrijf eerst twee veelvoorkomende misvattingen over de transdiagnostische benadering en beschrijf daarna hoe u deze benadering in de praktijk kan brengen.

Misvatting 1: Transdiagnostiek komt overeen met de beschrijvende diagnose

De transdiagnostische benadering wordt soms verward met beschrijvende diagnostiek. Ondanks overlap tussen de twee wat betreft het afstand nemen van statische, categorale classificaties, zijn er duidelijke verschillen in doel, focus en diepgang. In de beschrijvende diagnostiek benoemt men vaak al pre-existente (kwetsbaarheids-) factoren, luxerende gebeurtenissen en onderhoudende mechanismen. Deze factoren worden doorgaans gekoppeld aan een specifieke stoornis of symptoomdimensie, met als doel om het ontstaan en beloop van de klachten binnen dat diagnostische kader te verklaren. Hoewel dit een meer verhalende vorm van diagnostiek is waarin men de context meeneemt, blijft deze stoornisgebonden en lineair van aard.

Bij een transdiagnostische benadering daarentegen zoekt men naar gedeelde mechanismen die de grenzen van verschillende klachtbeelden overstijgen, bijvoorbeeld vermijdingsgedrag, veranderingen in cognitieve flexibiliteit of emotieregulatie.^{6,7} Daarbij gaat men uit van niet-lineaire, complexe verbanden. Er wordt minder gedacht in *categorieën* en meer in *processen* die een rol kunnen spelen bij het tegelijk voorkomen van verschillende uitingvormen van psychisch lijden. Waar men bij beschrijvende diagnostiek *uitgaat van de stoornis* (een depressie met disfunctionele cognitieve schema's), gaat men bij transdiagnostiek *uit van de samenhang* (negatieve cognitieve schema's krijgen betekenis als transdiagnostisch proces dat van invloed is op het psychisch functioneren bij verschillende klachtbeelden). Dit faciliteert de weg naar effectieve, geïntegreerde en persoonsgerichte behandelstrategieën.⁸

Misvatting 2: Transdiagnostisch is hetzelfde als generalistisch

De integratie van transdiagnostisch denken met de continuümtheorie en dimensionele psychiatrie biedt ruimte voor normalisatie en sterkt de betekenisverlening in de diagnostiek en behandeling. De focus ligt immers op het begrijpen van de achtergronden en complexiteit van psychische gezondheidsproblemen bij een breed spectrum van symptoompresentaties en ernstgraden. Deze brede, diepgaande analyse is in de basis specialistisch: het is een functioneel-analytisch proces om tot begrip van de samenhang te komen bij verschillende psychische klachtbeelden. Het risico op over- en onderdiagnose is daardoor lager en aangrijpingspunten voor behandeling worden sneller inzichtelijk. Een parallel met generalistisch werken kunnen we vinden in het brede karakter. Bij generalistisch werken ligt de focus echter meer op individuele verschillen binnen de context van het geheel, zonder noodzakelijkerwijs te focussen op gemeenschappelijke factoren bij verschillende psychische klachtbeelden.

Transdiagnostisch klinisch redeneren: van theorie naar praktijk

De meerwaarde van transdiagnostisch redeneren in de klinische praktijk wil ik duidelijk maken aan de hand van een (complexe) casus waarin meerdere klachtgebieden een rol spelen. Patiënten passen meestal niet binnen één DSM-classificatie, en daarnaast zijn er vaak somatische klachten die van invloed zijn op het psychisch lijden (en vice versa). Juist in die situaties biedt een transdiagnostische benadering een analytisch en behandelinhoudelijk kader dat verdiepend is voor samenhang en betekenis.

Voorbeeldcasus (gefingerd)

Een 22-jarige studente meldt zich met somberheid, paniekaanvallen (vooral in sociale context) en buikklachten. Ze slaapt slecht, is moe, trekt zich steeds meer terug en is vaak 'in gedachten'. Ze heeft haar studie tijdelijk onderbroken; het lukte niet meer zoals zij het wilde. Tevens heeft ze een prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Hiervoor heeft zij recent medicatie gekregen via de huisarts. Een tijdje terug is haar opa overleden; dit heeft haar diep aangegrepen. Hij was er altijd voor haar, ze voelde zich gezien en gehoord bij hem; iets wat ze van huis uit altijd gemist heeft.

Beschrijvende benadering

Bij een traditioneel diagnostisch traject worden pre-existente factoren in kaart gebracht (bijv. perfectionisme en emotionele terughoudendheid), luxerende gebeurtenissen (bijv. overlijden van opa), evenals onderhoudende mechanismen (bijv. piekeren en vermijding). Er wordt een depressieve stoornis vastgesteld, met comorbide sociale angst en paniekstoornis. De lichamelijke klachten worden beschreven als somatische comorbiditeit. De focus van de behandeling richt zich op symptoomreductie en eventuele andere doelen (bijv. inzichtvergroting)

per stoorniscategorie, via farmacotherapeutische en cognitief-gedragsmatige interventies.

Hoewel dit voor sommige patiënten een passende benadering kan zijn, worden de psychische klachten niet in samenhang begrepen en geduid en blijven ze verspreid over drie afzonderlijke psychiatrische diagnoses plus een somatische diagnose. De betekenis van de somatische klachten (zoals buikpijn bij verhoogde spanning) blijft ook onderbelicht. In deze traditionele benadering is er in het algemeen beperkt ruimte voor cocreëren, waarin patiënten actief, vanuit verbinding met de zorgverlener en naasten, kunnen exploreren wat hun manier is om grip te krijgen op de onderliggende processen en waar daarin de persoonlijke zorgbehoefte ligt.

Transdiagnostische benadering

Bij transdiagnostisch klinisch redeneren beogen we om psychisch lijden diagnoseoverstijgend te begrijpen vanuit de (dynamische) samenhang van gedeelde onderliggende processen, waarbij we gebruik kunnen maken van verschillende klinische karakteristieken en functionele domeinen.⁹

Bij verschillende initiatieven op dit gebied zoals klinische karakterisering, stadiërings- of netwerkmodellen beoogt men bij te dragen aan meer verfijnde, fasegerichte, gepersonaliseerde diagnostiek en behandeling, met oog voor de unieke mens achter de verschillende klachtbeelden.¹⁰⁻¹² Hierbij aansluitend belicht ik in de hierna beschreven werkwijze/methode, toegepast op de beschreven casus, een aantal diagnoseoverstijgende procesdomeinen om het psychisch lijden vanuit holistisch perspectief te begrijpen. Zowel het narratief van de patiënt, als de ervaringskennis en de professionele expertise krijgen via deze functionele domeinen een plaats. Dit is tevens de basis voor cocreatie in de zoektocht naar individuele aangrijpingspunten voor behandeling en het pad naar herstel. Deze werkwijze is niet bedoeld als nieuw model of vaststaand format, maar kunt u naar eigen inzicht bewerken.

Een uitwerking van de krachten en kwetsbaarheden binnen deze *functionele procesdomeinen* op basis van de casus van de beschreven studente kan er als volgt (kort) uitzien:

Emotieregulatie: Patiënte onderdrukt emoties, met name negatieve. De buikpijn verergert in sociale situaties waarin ze zich moet uitspreken of zich kwetsbaar voelt. Er is erkenning van het probleem, bereidheid om te leren via zelfmonitoring en er is ervaring met het bijhouden van een dagboek.

Zelfbeeld en identiteit: Ze voelt zich alleen waardevol als ze presteert. Het overlijden van haar opa activeerde diepgewortelde gevoelens van eenzaamheid en verlies van verbondenheid. Er is een sterk verantwoordelijkheidsgevoel, inzet voor studie en openheid in gesprekken.

Coping en motivatie: Ze gebruikt piekeren, vermijden en controle als strategieën om pijn te vermijden, wat op korte termijn werkt, maar haar functioneren op lange termijn ondermijnt. Ze toont actieve betrokkenheid in de zoektocht bij wat haar kan helpen.

Somatische integratie: Chronische spanning uit zich lichamelijk in buikklachten, slaapstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid. Ze begrijpt de relatie tussen stress en de klachten en heeft ervaring met ontspanningstechnieken zoals yoga en ademhalingsoefeningen.

Cognitieve controle: Er zijn sterke concentratieproblemen bij toenemende spanning en verminderde mentale flexibiliteit. Ze bezit academisch denkvermogen en taalvaardigheid en ervaart gestructureerd denken bij rust.

Relationele verbondenheid (binnenwereld): Patiënte voelt zich eenzaam en sociaal vervreemd sinds ze zich terugtrekt, maar durft ook geen nabijheid toe te laten. Er is een intrinsieke wens tot verbinding en er was een positieve band met haar overleden opa.

Context en systeem (omgeving): Qua gezinsachtergrond en cultuur is sprake van emotionele afstandelijkheid en is er weinig openheid en uitingruimte. Na verlies van opa is er nog steun van één vriendin. Er is herkenning van het probleem en een veilige behandelrelatie ontstaat snel.

Functioneren en participatie: Patiënte heeft haar studie onderbroken met verlies van structuur en sociaal contact. Ze heeft de wens om terug te keren naar haar studie; eerdere stages en opdrachten zijn goed verlopen.

Procesdomeinen

Zoals uit het voorbeeld blijkt, kijken we binnen elk functioneel domein naar kracht- en kwetsbaarheidsfactoren. Voor multidisciplinaire overleggen (MDO's) bieden deze procesdomeinen een goede structuur om tot de benodigde verdieping te komen vanuit het gezamenlijk perspectief van de patiënt, naasten en zorgverleners. Dit is essentieel voor begrip van de samenhang: diagnoseoverstijgende klachten zijn het gevolg van één of meer samenhangende processen waarin een aantal elementen elkaar kunnen versterken. Door domeingericht redeneren, voorbij de categorale indeling van stoornissen en lineaire verbanden, ontstaan meer mogelijkheden voor cocreatie en maatwerk bij het vinden van persoonlijke aangrijpingspunten voor behandeling.

Domeingericht klinisch redeneren is in alle zorgfasen mogelijk. Zowel in het stadium van vroege herkenning, waarbij vaak meerdere subklinische (micro)fenotypen aanwezig zijn, zonder uitgekristalliseerd macrofenotype,¹² alsook aan de kant van persisterende, hoog-complexe, klinische uitdagingen. Aangrijpingspunten voor behandeling worden niet zozeer per domein vastgesteld, maar beslaan vaak één of meer processen die doorwerken naar meerdere domeinen (domeinoverstijgende processen). Hier kunt u vervolgens een flexibel, modulair behandel aanbod op samenstellen.

Samenhang en voorstel behandeling vanuit cocreatie

Wens van onze patiënte: *'Ik wil beter leren voelen en verdragen. Niet meer weglopen of vastlopen. Mijn verhaal leren begrijpen, positiever naar mezelf kunnen kijken, weer in contact komen met anderen zodat ik vriendschappen kan opbouwen.'*

De vermijdende coping en gebrekkige zelfwaardering (afhankelijk van haar prestaties) kunnen worden gezien als domeinoverstijgende processen (van invloed op meerdere domeinen) die een gedeelde, onderliggende rol spelen bij in het ontstaan en beloop van de verschillende psychische klachtbeelden (angst en depressie). Deze processen zijn terug te voeren op vroege interactiepatronen en verlieservaringen. De verstoorde stressregulatie interfereert hiermee en verergert de klachten van PDS.

Op basis van deze samenhang en cocreatie zou een gepersonaliseerde behandelinstek zich kunnen richten op:

- Leren toelaten en doorvoelen van emoties (via experimentiële *exposure* en *mentalization-based* technieken)
- Toewerken naar verstevigen van zelfbeeld vanuit mildheid (bijv. zelfcompassiegerichte interventies en *acceptance and commitment therapy*).
- Herstel van interpersoonlijke relaties (met ervaringsdeskundigheid en groepspsychotherapie).

Discussie

Transdiagnostisch werken binnen DSM-kader

Transdiagnostisch werken wordt inhoudelijk steeds breder omarmd binnen de ggz. Tegelijkertijd is de hantering van het DSM-5-classificatiesysteem een vereiste voor toegang tot verzekerde zorg en het kunnen declareren van behandelingen. Dit roept de vraag op hoe we inhoudelijk afstand kunnen nemen van categoriaal stoornisdenken als het zorgfinancieringssysteem om op DSM-5 gebaseerde diagnostische classificaties vraagt aan zorgaanbieders en -verleners. Het antwoord op die vraag ligt in het gegeven dat we de DSM niet hoeven te gebruiken als organiserend principe voor ons denken en handelen in de klinische praktijk. Systeemtaal kan onderscheiden worden van de taal tussen patiënten, naasten en zorgverleners.

Het transdiagnostisch denken omvat een ander organiserend principe voor ons denken en handelen. Het brengt eveneens een andere taal met zich mee waarin het denken in (gedeelde) onderliggende processen, samenhang, kracht en kwetsbaarheid centraal staat in relatie tot meervoudige psychische klachten. Dit kunnen we toepassen binnen het huidige DSM-kader, maar het laat onverlet dat voor (groepen) patiënten een genuanceerde en gecontextualiseerde diagnose aan kracht verliest bij een categoriaal-classificerend administratief systeem.

In de toekomst zal wellicht een nieuw, op empirie gebaseerd, classificatiesysteem ontstaan dat (mede) verband houdt met factoren die verschil kunnen maken in het wel of niet tot uiting komen en/of persisteren van

psychiatrische fenotypen. Van belang is dat continuüm- en procesdenken door een potentieel nieuw classificatiesysteem ondersteund wordt, waarbij de systeemtaal en de zorgtaal meer op elkaar aan gaan sluiten. Binnen beleidsontwikkeling wordt al langere tijd een verschuiving ingezet naar functionele, contextgerichte signalering en benaderingen van mentale gezondheid, waarbij herstel, veerkracht en participatie centraal staan.¹³

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Om het transdiagnostisch klinisch redeneren in de praktijk verder uit te bouwen is diagnoseoverstijgend onderzoek naar individuele en groepsgebonden (gedeelde) factoren en processen van symptoomontwikkeling nodig. Ook is meer onderzoek naar de werkingsmechanismen van transdiagnostische interventies nodig. Daarnaast is het waardevol om de effectiviteit van transdiagnostische werkwijzen te onderzoeken op klinisch relevante uitkomstmaten zoals zorgbehoefte, veerkracht en herstel in vergelijking met meer diagnosegebonden werkwijzen. Bij herstel gaat het om klinisch (psychisch-lichamelijk klachtenniveau), functioneel (rollen, vaardigheden), maatschappelijk (participatie) en persoonlijk (inclusief spiritueel/existentieel) herstel. Tot slot is het relevant om de kwalitatieve ervaringen van patiënten, naasten en zorgverleners wat betreft de verschillen in werkwijze mee te nemen.

Praktische aanbevelingen

- Betrek patiënten en naaste betrokkenen actief bij het samen begrijpen van het psychisch lijden.
- Gebruik functionele domeinen om ruimte te maken voor de integratie van narratief, ervaringskennis en professionele expertise in het duiden van de (gedeelde) mechanismen onder meervoudige psychische klachten.
- Structureer MDO's rondom diagnoseoverstijgende processen en identificeer in cocreatie met de patiënt en naaste betrokkenen persoonsgerichte aangrijpingspunten voor behandeling.

Conclusie

We moeten de kans benutten om de ggz meer vorm te geven vanuit het doorgronden van samenhangende processen over de grenzen van symptoomdimensies en diagnostische categorieën. Daarbij moeten we maatwerk bieden vanuit cocreatie tussen zorgvrager, naaste betrokkenen en zorgverleners. Dit is ook mogelijk binnen een classificatiesysteem dat (nog) op andere wijze is ingericht.

LITERATUUR

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). Washington: APA; 2022.
- 2 Kotov R, Krueger RF, Watson DI. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry* 2018; 17: 24-5.
- 3 Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psych* 2012; 17: 377-88.
- 4 van Os J, Pries LK, ten Have M, e.a. Context v. algorithm: evidence that a transdiagnostic framework of contextual clinical characterization is of more clinical value than categorical diagnosis. *Psychol Med* 2021; 53: 1825-33.
- 5 Winter D. Still radical after all these years: George Kelly's The psychology of personal constructs. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012; 18: 276-83.
- 6 Nolen-Hoeksema S, Watkins ER. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspect Psychol Sci* 2011; 6: 589-609.
- 7 Harvey AG, Watkins E, Mansell W, e.a. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 8 Dalgleish T, Black M, Johnston D, e.a. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2020; 88: 179-95.
- 9 van Os J, Guloksuz S, Vijn TW. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 2019; 18: 88-96.
- 10 Shah JL, Scott J, McGorry PD, e.a. International Working Group on Transdiagnostic Clinical Staging in Youth Mental Health. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry* 2020; 19: 233-42.
- 11 Roefs A, Fried EI, Kindt M, e.a. A new science of mental disorders: using personalised, transdiagnostic, dynamical systems to understand, model, diagnose and treat psychopathology. *Beh Res Ther* 2022; 153: 1-10.
- 12 McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, e.a. Beyond the 'at risk mental state' concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry* 2018; 17: 133-142.
- 13 Shields-Zeeman L, van Bon-Martens M, Smit F. Scoping studie: Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving. Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021.

AUTEUR

Machteld Marcelis, psychiater, afd. Psychiatrie & Psychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), hoogle-raar Transdiagnostiek in de psychiatrie, vakgroep Psychiatrie & Neuropsychologie, Universiteit Maastricht.

Correspondentie

Prof. dr. Machteld Marcelis (m.marcelis@maastrichtuniversity.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-8-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):445-449