

Dimensies in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Nederlof, E.; Oei, T.I.

Published in:

Forensische psychiatrie onderweg

Publication date:

2008

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Nederlof, E., & Oei, T. I. (2008). Dimensies in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In T. I. Oei, & L. H. W. M. Kaiser (Eds.), *Forensische psychiatrie onderweg* (pp. 83-95). Wolf Legal Publishers (WLP).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Verschenen in: T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (Eds.), *Forensische psychiatrie onderweg*, 2008, Nijmegen: Wolf Legal Publishers, p. 83-95.

Dimensies in de kinder - en jeugdpsychiatrie

Dimensionele versus categoriale diagnostiek bij kinderen en adolescenten: zijn ze complementair, additioneel of bieden beide onvoldoende aangrijpingspunten voor behandeling?

E. Nederlof en T.I. Oei***

Inleiding

De laatste jaren is er veel discussie over de voor- en nadelen van categoriale versus dimensionele diagnostiek op zowel As-I als As-II van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).¹ Comorbiditeit wordt gezien als een groot probleem, maar het ontbreken van een bevredigende samenhang tussen etiologie en diagnostiek wordt eveneens vaak aangevoerd als belangrijk kritiekpunt.^{2 3} Onder andere deze kritiek op de huidige standaard voor psychiatrische diagnostiek van de American Psychiatric Association zal de ontwikkeling van de DSM-V in de nabije toekomst zeer waarschijnlijk beïnvloeden. In de kinderpsychiatrie is er nog een extra probleem, doordat de meeste diagnoses weinig voorspellende waarde hebben voor toekomstige diagnoses. Vaak zijn emotionele - of gedragsproblemen de eerste tekenen van een psychiatrische stoornis onder andere persoonlijkheidsstoornis, maar ook van depressies en psychotische stoornissen.⁴ Symptomen kunnen soms evident zijn en duidelijk leiden tot beperkingen in het functioneren en nog onvoldoende zijn voor het stellen van een categoriale diagnose. Aan de andere kant zijn er soms wel voldoende symptomen om een categoriale diagnose te stellen, maar biedt deze vaak geen toereikende of onbevredigende aangrijpingspunten voor behandeling, mogelijk omdat ze niet gebaseerd zijn op onderliggende problematiek.

¹ American Psychiatric Association; The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, 1994.

² Widiger & Clark, 2000, p. 946-963.

³ Clark, 2007, p. 227-257.

⁴ Bernstein e.a., 1996 p. 907-913.

Onderliggende problemen kunnen verwacht worden op verschillende niveaus: het functioneren van de neuronale netwerken, de neurofysiologie, de neurotransmittersystemen en het cognitief functioneren.⁵ Onderzoek naar de onderliggende oorzaken en daaropvolgend, fysiologische voorspellers, is alleen mogelijk wanneer de diagnostiek is gebaseerd op een taxonomie die deze verschillende niveaus reflecteert. Wanneer men aanneemt dat er continua bestaan van gezondheid en psychiatrische ziekte en van psychiatrische diagnose van jong tot oud, wordt het evident dat de diagnostiek kenmerken of symptomen waarin genetica of fysiologie zich manifesteren zo goed mogelijk zou moeten representeren en onderscheiden van kenmerken veroorzaakt door tijdelijke of situationele invloeden.⁶ Validatie van psychiatrische categorieën door genetica is echter problematisch, omdat er geen afzonderlijke genen verantwoordelijk lijken te kunnen worden gesteld voor een psychiatrische diagnose.⁷ Het dimensioneel beoordelen van symptomen zou kunnen bijdragen aan het identificeren van onderliggende problemen en, daaropvolgend, het onderscheiden van specifieke genen die betrokken zijn, beide nodig voor een beter begrip van etiologie en omgevingsinvloeden.⁸ Deze kennis is belangrijk omdat het gerichte aangrijpingspunten zou kunnen bieden voor behandeling. De vraag is of het toepassen van dimensies de genoemde problemen zal oplossen, of dat het andere beperkingen met zich mee zal brengen die mogelijk niet zo makkelijk terug te dringen zijn – wat de dichotomie tussen categoriaal en dimensioneel teniet zou doen. In dat geval is de vraag of er belangrijke andere factoren zijn dan dimensies en categorieën. Factoren die psychiatrische condities beschrijven, bruikbaar zijn voor onderzoeks- en behandelingsdoeleinden alsook geschikt zijn voor diagnostiek op elke leeftijd.

Comorbiditeit

Comorbiditeit is één van de grootste problemen in de huidige psychiatrische diagnostiek. Het samen optreden van psychiatrische ziektes, zoals bijvoorbeeld persoonlijkheidspathologie en As-I stoornissen, heeft een hoger gebruik van de gezondheidszorg tot gevolg.^{9 10 11} Comorbiditeit treedt op zowel binnen als tussen de assen van de DSM-IV.^{12 13} Er zijn verschillende verklaringen genoemd voor comorbiditeit: de ene stoornis zou de andere kunnen

⁵ First, 2005 p. 560-564.

⁶ Clark, 2007.

⁷ Kendler, 2006 p. 1138-1146.

⁸ Kendler & Baker, 2007 p. 615-626.

⁹ Fountoulakis & Kaprinis, 2006 p. 90-99.

¹⁰ Kasen e.a., 2007 p. 56-65.

¹¹ Morey e.a., 2006 p. 1-12.

¹² Oldham e.a., 1995 p.571-578.

¹³ Skodol e.a., 2002 p. 936-950.

versterken of veroorzaken; stoornissen delen dezelfde onderliggende, etiologische of genetische factoren ('shared factor model'), of er zou een continuüm kunnen bestaan van gezond naar milde tot ernstige psychopathologie ('spectrum model').¹⁴ Daarnaast zou de taxonomie zelf het optreden van comorbiditeit kunnen verklaren.¹⁵ Van dimensionele diagnostiek wordt verondersteld dat hierdoor het probleem verkleind wordt, met name op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, omdat dimensies zich duidelijker zouden onderscheiden dan categorieën, en betrouwbaardere diagnoses lijken te geven.^{16 17} Verder zouden onderliggende oorzaken en de etiologie van psychopathologie beter uit de verf komen. Er is de laatste jaren veel onderzoek geweest, waarin psychiatrische symptomen zijn beschreven en gegroepeerd met behulp van factoranalyses. Daaruit kan worden geconcludeerd dat er veel convergentie is tussen symptomen en een beperkte hoeveelheid dimensies, zowel op As-I als As-II.

Dimensionele diagnostiek op As-I

Diagnoses van de verschillende As-I stoornissen zijn, naast de symptoombeschrijvingen, grotendeels gebaseerd op de ernst en duur van de ziekte. Het cruciale probleem is de vraag of de psychiatrische stoornissen zoals ze momenteel worden gedefinieerd in de DSM-IV en ICD-10 duidelijk van elkaar zijn te onderscheiden, en van de gezonde populatie.¹⁸ Het ontberen van een theoretische achtergrond, alsmede een biologische verklaring voor alle symptomen van de verschillende As-I stoornissen, vormt een ander punt van kritiek. Daarnaast lijkt de genetica multifactorieel te zijn bepaald.¹⁹ Zo wordt het belang van het aannemen van een ander gezichtspunt, - waarbij de genexpressie mogelijk kan worden herkend en kan worden onderscheiden van omgevingsfactoren, - alleen maar benadrukt. De onvrede met de categoriale diagnostiek heeft een grote stroom onderzoek teweeggebracht met het doel As-I symptomen zo te definiëren dat ze beter geschikt zouden worden voor het stellen van een diagnose en het indiceren van een behandeling. Een bepaald aantal dimensies is uit de onderzoeken herhaaldelijk naar voren gekomen.

Er is consensus over de onafhankelijke dimensies van psychose, te weten positieve symptomen (wanen en hallucinaties), negatieve symptomen (apathie, verminderde sociale belangstelling, verminderd affect en communicatie) en desorganisatie (veroorzaakt door

¹⁴ Clark, 2005 p. 505-552.

¹⁵ Ormel e.a., 1995 p. 521-530.

¹⁶ Trull e.a., 2001 p. 175-198.

¹⁷ Widiger & Chaynes, 2003 p. 28-35.

¹⁸ Jablensky, 2005 p. 201-205.

¹⁹ Kendler, 2006 p. 1138-1146.

denkproblemen).^{20 21 22} Deze dimensies zijn verspreid over de normale populatie, wat doet vermoeden dat er een continuüm is tussen normaal en psychotisch.^{23 24}

Bipolaire stoornis en schizofrenie delen bepaalde dimensies.²⁵ Er zijn suggesties om stemmings- en angststoornissen samen ‘emotionele stoornissen’ te noemen, bestaande uit drie subklassen: de bipolaire stoornissen (bipolair I, bipolair II, cyclothymie), de ‘distress’ stoornissen (depressie, dysthymie, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis) en de angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie). Waaronder de andere syndromen (bijvoorbeeld obsessieve compulsieve stoornis) het beste geschaard zouden kunnen worden moet verder worden onderzocht.²⁶ Verslaving wordt vaak gezien als afzonderlijke dimensie.²⁷ Regelmatig gebruikte dimensies in de As-I diagnostiek blijken te zijn: positieve symptomen, negatieve symptomen, desorganisatie problemen, stemming, angst en verslaving. Psychomotorische stoornissen, slaap- en eetproblemen zijn somatische symptomen die regelmatig samengaan met een As-I stoornis en vaak een indicatie geven van de ernst van de stoornis.

Dimensionele diagnostiek op As-II

Categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen brengt vaak moeilijkheden met zich mee, omdat er veel overlap is tussen stoornissen en clusters van stoornissen. Een ander probleem is dat er veel verschillende manieren zijn waarop persoonlijkheidsstoornissen zich kunnen presenteren, doordat ze erg breed gedefinieerd zijn. Er is uitgebreid onderzoek geweest naar de dimensionele diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen vanuit verschillende gezichtspunten en theorieën. In het meest gebruikte model worden dimensies van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen gezien als een constellatie van stabiele kenmerken met individuele verschillen, die kunnen veranderen in expressie en ernst in de loop van de tijd.²⁸ Persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden gezien als bepaald stabiel over tijd.²⁹

²⁰ De Fruyt e.a., 2006 p. 479-510.

²¹ McGorry e.a., 1998 p. 935-947.

²² Cuesta e.a., 2003 p. 73-79.

²³ Crow, 1998 p. 502-504.

²⁴ Maziade e.a., 1996 p. 371-378.

²⁵ Scully e.a., 2002 p. 43-44.

²⁶ Watson, 2005 p. 522-536.

²⁷ Ormel e.a., 1995 p. 521-530.

²⁸ Skodol e.a., 2005 p. 487-504.

²⁹ Widiger, 2005 p. 586-593.

De persoonlijkheidskenmerken neuroticisme en extraversie, die lang geleden geïntroduceerd zijn, worden nog steeds door de meeste onderzoekers gezien als belangrijke eigenschappen.³⁰ De Big Five Inventory (BFI) en de Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic-Questionnaire (DAPP-BQ) zijn voorbeelden van dimensionele vragenlijsten waarmee respectievelijk persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidspathologie kunnen worden vastgesteld. De BFI meet de ‘Big Five’ persoonlijkheidskenmerken, waarbij naast neuroticisme en extraversie ook consciëntieusheid, ‘openness to experience’ en ‘agreeability’ worden genoemd als dimensies.³¹ De DAPP-BQ maakt onderscheid tussen emotiedysregulatie, dissociaal gedrag, geïnhibeerdheid en compulsiviteit.^{32 33}

De Temperament Character Inventory (TCI), geïntroduceerd door Cloninger, was ontwikkeld om een beter begrip te verkrijgen van de neurobiologie van de menselijke persoonlijkheid en bestaat uit vier karakterdimensies en drie temperamentdimensies.³⁴ De karakterdimensies zijn zelf-gerichtheid, mate van coöperatie, stabiliteit van affect en zelftranscendentie. De temperamentdimensies zijn beloningsafhankelijkheid (‘reward dependence’), het zoeken naar nieuwe stimuli (‘stimulus seeking’) en het vermijden van kwetsing (‘harm avoidance’). De validiteit van Cloninger’s psychobiologische model en het Five-Factor Model van persoonlijkheid in het voorspellen van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen is onderzocht en geen van de persoonlijkheidsbeschrijvende modellen blijkt superieur te zijn in het verklaren van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen op het hogere orde niveau.^{35 36}

Millon heeft zes fundamentele dimensies van algemeen persoonlijkheidsfunctioneren voorgesteld die de onderliggende structuur van persoonlijkheidsstoornissen zouden weerspiegelen.^{37 38} Vergeleken met het vijf factor model is echter maar weinig ondersteuning gevonden voor het theoretische model van Millon.³⁹

Bij vergelijking van de dimensies van de BFI, DAPP-BQ, TCI en Millon valt op dat ze sterk corresponderen, hoewel ze voortkomen uit diverse perspectieven. De TCI dimensies ‘harm avoidance’ en ‘self-directedness’ lijken bijvoorbeeld tegenovergesteld aan neuroticisme, en ‘reward dependence’ en ‘cooperativity’ lijken aspecten van ‘agreeableness’. De verschillende

³⁰ Eysenck, 1951 p. 101-117.

³¹ Widiger & Costa, 1994 p. 78-91.

³² Livesley, 2001p. 277-286.

³³ Livesley, 2001 p. 277-286.

³⁴ Cloninger, 2000 p. 99-108.

³⁵ De Clercq, De Fruyt, 2003 p. 269-292.

³⁶ De Fruyt e.a., 2006 p. 479-510.

³⁷ Millon, 1985 p. 379-391.

³⁸ Millon, 1991 p. 245-261.

³⁹ Mullins-Sweatt, Widiger, 2007 p. 42-57.

dimensies waarvan gevonden is dat ze belangrijk zijn, en die ook een genetische basis hebben, komen overeen met de dimensies van de DAPP-BQ. De vergelijking van de modellen maakt het belang duidelijk van een dimensionele representatie van persoonlijkheidsstoornissen die zowel stabiele kenmerken als dynamische psychopathologische invloeden vaststelt, zodat op basis daarvan externe criteria over tijd kunnen worden voorspeld.

Om tot een etiologisch gebaseerde classificatie van de DSM-V te komen is het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan gedrags- en moleculair-genetische bijdragen,⁴⁰ met mogelijk een fundamentele verschuiving in de conceptualisatie en diagnostiek van psychopathologie tot gevolg, misschien ook met een verschuiving naar een dimensionele classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.^{41 42} Het vaststellen van een combinatie van persoonlijkheidskenmerken zou een categorische en dimensionele diagnose kunnen genereren, die een meer etiologisch aspect zouden kunnen introduceren.⁴³ Het is ook gesuggereerd dat er juist gefocust zou moeten worden op aspecten van maladaptief functioneren, zoals impulsiviteit, gevoelloosheid en emotionele kwetsbaarheid.⁴⁴ Naast dimensies en persoonlijkheidskenmerken moet er ook aandacht worden besteed aan de organiserende en integrerende functies van persoonlijkheid.⁴⁵

Dimensies van As-I en As-II vergeleken

Hoewel As-I stoornissen kunnen worden onderscheiden van As-II stoornissen op basis van het feit dat ze meer episodisch zijn,⁴⁶ kunnen overeenkomstige dimensies worden gezien wanneer we de genetische basis en de mogelijkheid om in een spectrummodel te passen wordt meegenomen. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat emotiedysregulatie en stemming, neuroticisme en angst, cognitieve dysregulatie en denkproblemen, geïnhibeerdheid en sociale problemen en negatieve symptomen in een zelfde continuüm liggen.⁴⁷ Andere symptomen, zoals positieve symptomen, motorische problemen, eetproblemen en verslaving lijken geen onderliggende dimensies te hebben. Hoewel niet alle stoornissen op As-I en As-II dimensies lijken te delen, lijkt er een aanzienlijke overlap te zijn die het rechtvaardigt om gemeenschappelijke dimensies, die waarschijnlijk alleen variëren in ernst, te gebruiken. Het zou nuttig zijn

⁴⁰ Livesley, 2005 p. 131-155.

⁴¹ Widiger & Trull, 2003 p. 1997:228-250.

⁴² Verheul, 2005 p. 581-585.

⁴³ Livesley, 2007 p. 199-224.

⁴⁴ McGlashan e.a., 2005 p. 883-889.

⁴⁵ Livesley, 1998 p. 137-147.

⁴⁶ Widiger, p. 90-108.

⁴⁷ Helzer, Kraemer & Krueger, 2006 p.1671-1680.

wanneer dimensies konden worden bepaald op basis van hun oorsprong in neuronale circuits of fysiologische systemen, zoals bijvoorbeeld de amygdala, de prefrontale cortex of het autonome zenuwstelsel. In neuropsychologische, neurobiologische en genetische studies wordt er bij voorbeeld de voorkeur aan gegeven uit te gaan van de aanwezigheid van cognitieve stoornissen en een niet-specifieke manier van erfelijkheid met betrekking tot alle externaliserende stoornissen. Zij ondersteunen niet het bestaan van een aparte as voor persoonlijkheidsstoornissen.⁴⁸

Psychiatrische diagnostiek bij kinderen

Een andere vraag is of dimensies geschikt zijn voor het opstellen van een taxonomie die kan worden gebruikt voor psychiatrische diagnostiek bij kinderen, waarbij ontwikkeling in acht wordt genomen. Er is wat dat betreft minder aandacht geweest voor dimensies in de kinderen jeugdpsychiatrie dan bij volwassenen. Onderzoek in het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie is lastig omdat er verschillende taxonomieën worden gebruikt, die het moeilijk maken resultaten te vergelijken.⁴⁹ Naast symptomen of tekortkomingen worden risicofactoren, premorbide functioneren, omgeving en etiologie gebruikt om psychiatrische problemen te beschrijven.

De factoren die van belang lijken te zijn in de jeugdpsychiatrie kunnen worden geïllustreerd aan de hand van de ontwikkeling van de diagnostiek en de verandering van de taxonomie over tijd. De term 'borderline' werd vroeger bijvoorbeeld gebruikt om een conditie te beschrijven die het midden hield tussen psychose en neurose. Symptomen die met een borderline conditie geassocieerd werden waren sociale incompetentie, aanpassingsproblemen en lichte neurologische problematiek.⁵⁰ De hypothese was dat constitutionele neurologische problemen zouden kunnen leiden tot leerproblemen, problemen met sociale interactie en het omgaan met stressoren. Gecombineerd met trauma zou dit resulteren in een verstoorde ontwikkeling.⁵¹ Er werd een hoge frequentie van organische tekortkomingen, fysiek misbruik en gezinsproblemen gevonden. Vijf gebieden zijn genoemd waarop problemen zich vanaf een jonge leeftijd zouden presenteren op een pervasieve manier: cognitieve processen, relaties met anderen, aard en mate van angst, neuromaturatie en regulatie van activiteit/aandacht.⁵² Later

⁴⁸ Fountoulakis & Kaprinis, 2006 p. 90-94.

⁴⁹ Lahey e.a., p. 358-385.

⁵⁰ Bemporad e.a 1982 p. 596-602.

⁵¹ Pine, 1986 p. 450-457.

⁵² Cohen, Paul & Volkmar, 1986 p.213-220.

werd de borderline diagnose voornamelijk gebruikt om persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen te beschrijven.

Ondanks veranderingen van de taxonomie lijken de zelfde factoren van belang te blijven. Het kind dat nu ‘antisociaal’ wordt genoemd deelt bijvoorbeeld kenmerken met het kind dat voorheen als ‘borderline’ werd beschreven. Een moeilijk temperament, negatieve emoties, een lage frustratietolerantie, lage kwaliteit van opvoeding en lichte neurologische problemen worden nog steeds geacht voorspellend te zijn.⁵³ Aangenomen wordt dat naast interpersoonlijke en sociale beperkingen, die vaak worden geassocieerd met omgevingsfactoren zoals een vijandige opvoeding, ook individuele factoren, zoals beperkte verbale vaardigheden, tekortkomingen in executieve functies en het ontbreken van een evenwicht tussen gedragsactiviteit- en inhibitiesystemen bijdragen.⁵⁴ Beter begrip van subgroepen binnen de brede categorie van antisociale kinderen en volwassenen is belangrijk om interventies gericht te kunnen sturen.⁵⁵

Dimensies gerelateerd aan jeugdpsychiatrie

De kinder- en jeugdpsychiatrie is op dit moment gescheiden van de psychiatrie van volwassenen, hoewel het evident is dat psychiatrische symptomen bij kinderen niet verdwijnen wanneer ze opgroeien en dat psychiatrische problemen bij volwassenen vaak precursors hebben in de jeugd. Bijvoorbeeld ongevoeligheid of het ontbreken van emoties blijkt unieke predictieve validiteit te hebben in de jeugd,⁵⁶ en externaliserende dimensies worden verwacht aan de basis te liggen van een spectrum van stoornissen (zoals antisociale persoonlijkheid en verslaving).⁵⁷ Descriptieve systemen van adaptieve en maladaptieve kenmerken van adolescenten en volwassenen blijken aan elkaar te zijn gerelateerd.⁵⁸

Bij het zoeken naar een taxonomie die geschikt is voor de psychiatrie van zowel kinderen als volwassenen is het belangrijk te kijken naar dimensies die herkend kunnen worden op jonge leeftijd, en onafhankelijk zijn van ontwikkeling en omgeving. Deze dimensies worden geacht genetisch en fysiologisch bepaald te zijn, wat het makkelijker zou moeten maken om de relatie met omgevingsfactoren en etiologie te ontdekken.

⁵³ Rettew & McKee, 2005 p. 14-27.

⁵⁴ Henry e.a., 2001 p. 307-312.

⁵⁵ Hill, 2002 p. 133-164.

⁵⁶ da Fontoura & Diambra, 2005 p. 021901.

⁵⁷ Krueger e.a., 2005 p. 537-550.

⁵⁸ Dadds e.a 2005 p. 400-410.

Er is onderzoek geweest dat het probleem van de taxonomie wilde verhelpen door te kijken naar angst, depressie, ADHD en gedragsproblemen.⁵⁹ Sommige symptomen lijken bijvoorbeeld deel uit te maken van hetzelfde syndroom als depressie, terwijl separatieangst en compulsies een aparte dimensie zouden kunnen vormen. Wanneer men de dimensies die een rol spelen in de psychiatrie van jeugd en volwassenen vergelijkt, lijken ze overeen te komen, maar worden de factoren die belangrijk zijn in de jeugd toch als minder betekenisvol gezien in de volwassenenpsychiatrie. In de jeugdpsychiatrie zijn neurocognitieve problemen en neuromaturatie wezenlijk, want ze zijn gerelateerd aan de ernstigste stoornissen. In de volwassenenpsychiatrie daarentegen wordt er weinig aandacht aan besteed, en lijken alleen de denkproblemen over te blijven.

Dimensies die te meten zijn in de jeugd en predictieve waarde zouden kunnen hebben voor toekomstige problemen zijn emotie (ervaren, herkenning, regulatie), sociale cognitie (theory of mind, sociale competentie) en angst. Belangrijke domeinen van neurocognitief functioneren zijn aandacht, geheugen, impulsiviteit, perceptie en informatieverwerking, alsmede uitvoerende functies.⁶⁰

Hiërarchische dimensies

Misschien zou de discussie over dimensionele versus categoriale diagnostiek vanuit een ander gezichtspunt moeten worden bekeken, omdat de interactie en overlap tussen categorieën en dimensies te ingewikkeld is om tot een simpele oplossing te komen die betere aangrijpingspunten zou geven voor behandeling. Vanuit een neuropsychologisch gezichtspunt, noodzakelijk voor een beter begrip van de biologie, werken de hersenen op een hiërarchische wijze, waarbij elke functie, zoals perceptie, aandacht, geheugen, emotie, cognitie en taal, ondersteund wordt door neuronale netwerken, die op verschillende niveaus met elkaar samenwerken.⁶¹ Wanneer alleen gekeken wordt naar de dimensies en categorieën is het goed om te beseffen, dat neuronale circuits, zoals cognitief functioneren, fysiologieondersteunend, en zélf voorwaardenscheppend zijn voor andere circuits om tot uiting te komen of niet. Een model dat verschillende dimensies, neuropsychologie en fysiologie, includeert, zou de huidige moeilijkheden in de diagnostiek kunnen beperken.⁶²

⁵⁹ Lahey e.a., 2004 p. 358-385.

⁶⁰ Krueger e.a., 2005 p. 537-550.

⁶¹ da Fontoura & Diambra, 2005 p. 021901.

⁶² Kok, 2004.

Conclusie

Het ontwikkelen van een nieuwe taxonomie op basis van dimensies kan misschien betere aanwijzingen geven voor behandeling, zeker wanneer dimensies onderliggende genetica en fysiologie zouden weerspiegelen. Wanneer de definities van de dimensies verfijnd worden, zal dit, vrezend wij, echter weer samengaan met meer overlap. Hoewel dimensionele diagnostiek mogelijk geschikter zou kunnen zijn om behandeling op te baseren dan categoriale diagnostiek, zal een omschakeling naar dimensionele diagnostiek moeilijk zijn vanwege de economische nadelen die daarmee gepaard gaan vanwege het vele gebruik van de DSM-IV.⁶³

In verband met een mogelijk evengrote mate van overlap en het genoemde economische belang wordt wel voorgesteld om een combinatie van categoriale en dimensionele diagnostiek te gebruiken als basis voor interventies.^{64 65 66}

⁶³ Dudgeon e.a., 2001 p. 94-96.

⁶⁴ Clark, 2007 p. 227-257.

⁶⁵ Gunderson e.a., 2006 p. 1173-1178.

⁶⁶ Livesley, 2007 p. 199-224.

Daarnaast is het belangrijk te kijken naar de hiërarchie van psychiatrische symptomen, waarin sommige symptomen basaal zijn, zoals fysiologische factoren en neurocognitieve functies. Andere symptomen zouden daar bovenop komen, dan wel een uiting zijn van het disfunctioneren. Of, andersom bezien: sommige dimensies kunnen alleen tot uiting komen, wanneer er geen problemen zijn op het gebied van de fysiologie en het neurocognitief functioneren, terwijl andere er juist een uiting van kunnen zijn.

Mogelijk dat een hiërarchische taxonomie, die uitgaat van richtinggevende categoriale, aangevuld met dimensionele, diagnostiek voor verdere analyse van symptomen, na meer uitgesproken identificatie (en zo mogelijk uitsluiting) van basale fysiologische factoren dan in de huidige taxonomie, het meest optimaal is om aangrijpingspunten voor behandeling te kunnen formuleren.

Grondige kennis van onderliggende neuronale netwerken, neuronaal functioneren en fysiologie is daarbij noodzakelijk, en daagt klinici uit biologischer te denken.

* Psychiater NIFP, Rotterdam and Dordrecht, Noordsingel 185, 3035 ER Rotterdam Email: nederlof50@hotmail.com

** Hoogleraar Forensische Psychiatrie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Tilburg, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg

Aangehaalde literatuur

American Psychiatric Association 1994

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.

Bemporad e.a. 1982

J.R. Bemporad, H.F. Smith, G. Hanson & D. Cicchetti, Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis, 1982, *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139, p. 596-602.

Bernstein e.a. 1996

D.P. Berstein, P. Cohen, A. Skodol, S. Bezirgianian & J.S. Brook, Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 15, p. 907-913.

Clark 2005

L.A. Clark, Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 11, p. 505-52.

Clark 2007

L.A. Clark, Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 2007,58, p. 227-257.

De Clercq & De Fruyt 2003

B. de Clercq & F. de Fruyt, Personality disorder symptoms in adolescence: a five-factor model perspective, *Journal of Personality Disorder*, 2003, 17, p. 269-292.

Cloninger 2000

C.R. Cloninger, A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal, *Journal of Personality Disorder*, 2000, 14, p. 99-108.

Cohen, Paul & Volkmar 1986

D.J. Cohen, R. Paul & F.R. Volkmar, Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV, *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 1986, 25, p. 213-220.

Crow 1998

T.J. Crow, From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider: the transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to homo sapiens, *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, p. 502-504.

Cuesta e.a. 2003

M.J. Cuesta, V. Peralta, P. Gil & M. Artamendi, Psychopathological dimensions in first-episode psychoses. From the trunk to the branches and leaves, *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 2003, 253, p. 73-79.

Dadds e.a. 2005

M.R. Dadds, J. Fraser, A. Frost & D.J. Hawes, Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: a community study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, 73, p. 400-410.

Dudgeon e.a. 2001

P. Dudgeon, A.J. Mackinnon, R.C. Bell & P.D. McGorry, Failure to confirm the 3 domains model of psychosis, *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58, p. 94-96.

Eysenck 1951

H.J. Eysenck, The organization of personality, *Journal of Personality*, 1951, 20, p. 101-117.

First 2005

M.B. First, Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 11, p. 560-564.

Fountoulakis & Kaprinis 2006

K.N. Fountoulakis & G.S. Kaprinis, Personality disorders: new data versus old concepts, 2006, *Current Opinion in Psychiatry*, 19, p. 90-94.

da Fontoura & Diambra 2005

C.L. da Fontoura & L. Diambra, Topographical maps as complex networks, *Physiological Review E State of Nonlinear Soft Matter Physics*, 71, p. 021901.

De Fruyt e.a. 2006

F. de Fruyt, B.J. De Clercq, L. van de Wiele & K. van Heeringen, The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions, *Journal of Personality*, 2006, 74, p. 479-510.

McGlashan e.a. 2005

T.H. McGlashan, C.M. Grilo, C.A. Sanislow, E. Ralevski, C. Morey, J.G. Gunderson, A.E. Skodol, M.T. Shea, M.C. Zanarini, D. Bender, R.L. Stout, S. Yen & M. Pagano, Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders, *American Journal of Psychiatry*, 2005, 16, p. 883-889.

McGorry e.a. 1998

P.D. McGorry, R.C. Bell, P.L. Dudgeon & H.J. Jackson, The dimensional structure of first episode psychosis: an exploratory factor analysis, *Psychological Medicine*, 28, p. 935-947.

Gunderson e.a. 2006

J.G. Gunderson, I. Weinberg, M.T. Daversa, K.D. Kueppenbender, M.C. Zanarini, M.T. Shea, A.E. Skodol, C.A. Sanislow, S. Yen, L.C. Morey, C.M. Grilo, T.H. McGlashan, R.L. Stout & I. Dyck, Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, p. 1173-1178.

Helzer, Kraemer & Krueger 2006

J.E. Helzer, H.C. Kraemer & R.F. Krueger, The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses, 2006, *Psychological Medicine*, 2006, 36, p. 1671-1680.

Henry e.a. 2001

C. Henry, V. Mitropoulou, A.S. New, H.W. Koenigsberg, J. Silverman & L.J. Siever, Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences, *Journal of Psychiatric Research*, 2001, 35, p. 307-312.

Hill 2002

J. Hill, Biological, psychological and social processes in the conduct disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43, p. 133-164.

Jablensky 2005

A. Jablensky, Categories, dimensions and prototypes: critical issues for psychiatric classification, *Journal of Psychopathology*, 2005, 38, p. 201-205.

Kasen e.a. 2007

S. Kasen, P. Cohen, A.E. Skodol, M.B. First, J.G. Johnson, J.S. Brook & J.M. Oldham, Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow-up, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, p. 56-65.

Kendler 2006

K.S. Kendler, Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology, *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, p. 1138-1146.

Kendler & Baker 2007

K.S. Kendler & J.H. Baker, Genetic influences on measures of the environment: a systematic review, *Psychological Medicine*, 37, p. 615-626.

Kok 2004

A. Kok, *Het hiërarchisch brein. Inleiding tot de cognitieve neurowetenschap*, Van Gorcum, Assen, ISBN 90-232-3977-6.

Krueger e.a. 2005

R.F. Krueger, K.E. Markon, C.J. Patrick & W.G. Iacono, Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114, p. 537-550.

Lahey e.a. 2004

B.B. Lahey, B. Applegate, I.D. Waldman, J.D. Loft, B.L. Hankin & J. Rick, The structure of child and adolescent psychopathology: generating new hypotheses, *Journal of Abnormal Psychology*, 2004, 113, p. 358-385.

Livesley 1998

W.J. Livesley, Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43, p. 137-147.

Livesley 2001

W.J. Livesley, Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions, *Journal of Personality*, 2001, 69, p. 277-286.

Livesley 2005

W.J. Livesley, Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder, *Journal of Personality Disorder*, 2005, 19, p. 131-155.

Livesley 2007

W.J. Livesley, A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 2007, 21, p. 199-224.

Maziade e.a. 1996

M. Maziade, S. Bouchard, N. Gingras, L. Charron, A. Cardinal, M.A. Roy, B. Gauthier, G. Tremblay, S. Cote, C. Fournier, P. Boutin, M. Hamel, C. Merette & M. Martinez, Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. II: Postnegative distinction and childhood predictors of adult outcome, *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, p. 371-378.

Millon 1985

T. Millon, The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: the MCMI-II will prove even better, *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, p. 379-391.

Millon 1991

T. Millon, Classification in psychopathology: rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology* 100, p. 245-261.

Morey e.a. 2006

L.C. Morey, C.J. Hopwood, J.G. Gunderson, A.E. Skodol, M.T. Shea, S. Yen, R.L. Stout, M.C. Zanarini, C.M. Grilo, C.A. Sanislow & T.H. McGlashan, Comparison of alternative models for personality disorders, *Psychological Medicine*, 2006, p. 1-12.

Mullins-Sweatt & Widiger 2007

S.N. Mullins-Sweatt & T.A. Widiger, Millon's dimensional model of personality disorders: a comparative study, *Journal of Personality Disorders*, 2007, 21, p. 42-57.

Oldham e.a. 1995

J.M. Oldham, A.E. Skodol, H.D. Kellman, S.E. Hyler, N. Doidge, L. Rosnick & P.E. Gallaher, Comorbidity of axis I and axis II disorders, *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, p. 571-578.

Ormel e.a. 1995

J.Ormel, A.J.Oldehinkel, D.P.Goldberg, P.P.Hodiamont, F.W.Wilmink & K.Bridges, The structure of common psychiatric symptoms: how many dimensions of neurosis? *Psychological Medicine*, 1995, 25, p. 521-530.

Pine 1986

F. Pine, On the development of the "borderline-child-to-be", *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, p. 450-457.

Rettew & McKee 2005

D.C. Rettew & L. McKee, Temperament and its role in developmental psychopathology, *Harvard Review of Psychiatry*, 2005, 13, p. 14-27.

Scully 2002

P.J. Scully, J.M. Owens, A. Kinsella & J.L. Waddington, Dimensions of psychopathology in bipolar disorder versus other affective and non-affective psychoses among an epidemiologically complete population, *Journal of Bipolar Disorder*, 2002, 4 Supplement 1, p. 43-44.

Skodol e.a. 2002

A.E. Skodol, J.G. Gunderson, B. Pfohl, T.A. Widiger, W.J. Livesley & L.J. Siever, The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure, *Biological Psychiatry*, 2002, 51, p. 936-950.

Skodol e.a. 2005

A.E.Skodol, J.G.Gunderson, M.T.Shea, T.H.McGlashan, L.C.Morey, C.A.Sanislow, D.S.Bender, C.M.Grilo, M.C.Zanarini, S.Yen, M.E.Pagano & R.L.Stout, The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 487-504.

Trull, Widiger & Burr 2001

T.J.Trull, T.A.Widiger & R.Burr, A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders, *Journal of Personality*, 69, p. 175-198.

Verheul 2005

R. Verheul, Taxonomic implications of three prospective studies on the course and outcome of personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 581-585.

Watson 2005

D. Watson, Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V, *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114, p.522-536.

Widiger & Costa 1994

T.A. Widiger & P.T. Costa Jr, Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103, p. 78-91.

Widiger & Trull 1997

T.A. Widiger & T.J. Trull, Assessment of the five-factor model of personality, *Journal of Personality Assessment*, 1997, 68, p. 228-250.

Widiger & Clark 2000

T.A. Widiger & L.A. Clark, Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 2000, 126, p. 946-963.

Widiger & Chaynes 2003

T.A. Widiger & K. Chaynes, Current issues in the assessment of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2003, 5, p. 28-35.

Widiger 2003

T.A. Widiger, Personality disorder and Axis I psychopathology: the problematic boundary of Axis I and Axis II, *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17, p. 90-108.

Widiger 2005

T.A. Widiger, CIC, CLPS, and MSAD, *Journal of Personality Disorders*, 2005, 19, p. 586-593.