



HiTOP als alternatief voor de DSM, de nieuwe gouden standaard?

Maart 2023

Andrea Stam, product consultant

Pearsonclinical.nl

PEARSON BENELUX B.V.

Inhoudsopgave

Beperkingen van de DSM	3
Belangrijkste beperking	3
Negatieve gevolgen van categorale indeling	3
Hoe dan wel? Het HiTOP model	4
1. Componenten	4
2. Syndromen	4
3. Subfactoren	5
4. Spectra	5
5. Superspectra	5
Voordelen van het HiTOP model	6
Hoe gebruik je HiTOP in de praktijk	7
HiTOP en meetinstrumenten	7
Beperkingen en aanbevelingen voor de toekomst	7
Samenvatting	8
Referenties	8

In hoeverre heeft de DSM nog diagnostische waarde? Een vraag die steeds meer klinici stellen. Want hoewel de DSM al jarenlang geldt als de gouden standaard voor het classificeren van psychische stoornissen, heeft het meerdere beperkingen. Er komt dan ook steeds meer kritiek op categorale classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD. Een alternatief is het *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)* model, een dimensioneel en wetenschappelijk onderbouwd model voor het beschrijven van psychopathologie en persoonlijkheid. De aandacht lijkt steeds meer te verschuiven naar dit model. In dit artikel wordt de kritiek op de huidige classificatiesystemen besproken en wordt het HiTOP model als alternatief geïntroduceerd.

Beperkingen van de DSM

De DSM beschrijft psychische stoornissen als onafhankelijke categorieën. De introductie van de DSM heeft enkele voordelen met zich meegebracht, waaronder het vergemakkelijken van de communicatie over stoornissen. Daarnaast worden de best beschikbare behandelingen gebaseerd op DSM-categorieën. Inmiddels is het echter duidelijk dat er ook beperkingen kleven aan deze categorale indeling van de DSM-5.

Belangrijkste beperking

Een eerste, fundamentele beperking van de DSM is de categorale indeling van stoornissen: een patiënt heeft een stoornis wel of niet. Onderzoek toont namelijk aan dat psychopathologie dimensioneel is en beter past op een continuüm. Sociale angst varieert bijvoorbeeld van het comfortabel voelen in sociale situaties tot het ervaren van stress in bijna alle sociale situaties. Wanneer psychopathologie in categorieën wordt geplaatst, leidt dat tot verlies van diagnostische informatie. Bovendien zijn deze categorieën vaak arbitrair. Ze zijn namelijk ontwikkeld op basis van consensus tussen professionals en niet op basis van empirisch onderzoek. In de DSM-5 is inmiddels wel een alternatief dimensioneel model voor persoonlijkheid opgenomen, maar de meeste diagnoses blijven categoriaal.

Negatieve gevolgen van categorale indeling

Een categorale indeling verlaagt de betrouwbaarheid van de diagnose. De meeste classificaties hebben een lage stabiliteit over tijd en een lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Sterker nog, veel DSM-classificaties voldoen helemaal niet aan de minimale vereiste criteria van betrouwbaarheid zoals gesteld door bijvoorbeeld COTAN. Dit geldt voor stoornissen zoals depressie en gegeneraliseerde angststoornis (GAD). Deze stoornissen hebben een goede betrouwbaarheid wanneer ze op een dimensionele wijze beschreven worden.

Een tweede gevolg is de hoge mate van heterogeniteit. Er zijn bijvoorbeeld 636.000 combinaties van symptomen mogelijk waarmee je aan de DSM-5 criteria voor post-traumatische stressstoornis (PTSS) kunt voldoen. Hierdoor kunnen twee patiënten met dezelfde diagnose verschillende symptomen ervaren, wat het diagnostische proces ingewikkelder maakt.

Een derde gevolg is de hoge mate van comorbiditeit. Een hoge comorbiditeit suggereert dat er sprake is van een gezamenlijke aandoening tussen twee diagnoses die vaak samen voorkomen of dat er veel overlap zit tussen de criteria voor verschillende diagnoses. Comorbiditeit maakt daarnaast de indicatiestelling lastig omdat het onduidelijk is wat de beste behandeling is wanneer een patiënt voldoet aan meerdere classificaties.

Dan is er nog het probleem met de 'Niet Anders Omschreven' (NAO) diagnoses. De meeste patiënten voldoen niet aan de criteria voor een DSM-diagnose, ook al gaan zij wel gebukt onder hun klachten en vertonen ze significante beperkingen in hun dagelijks leven. Zorg is hier dus wel gepast, waardoor zij een NAO-diagnose krijgen. NAO-classificaties geven echter weinig diagnostisch relevante informatie voor de behandeling.

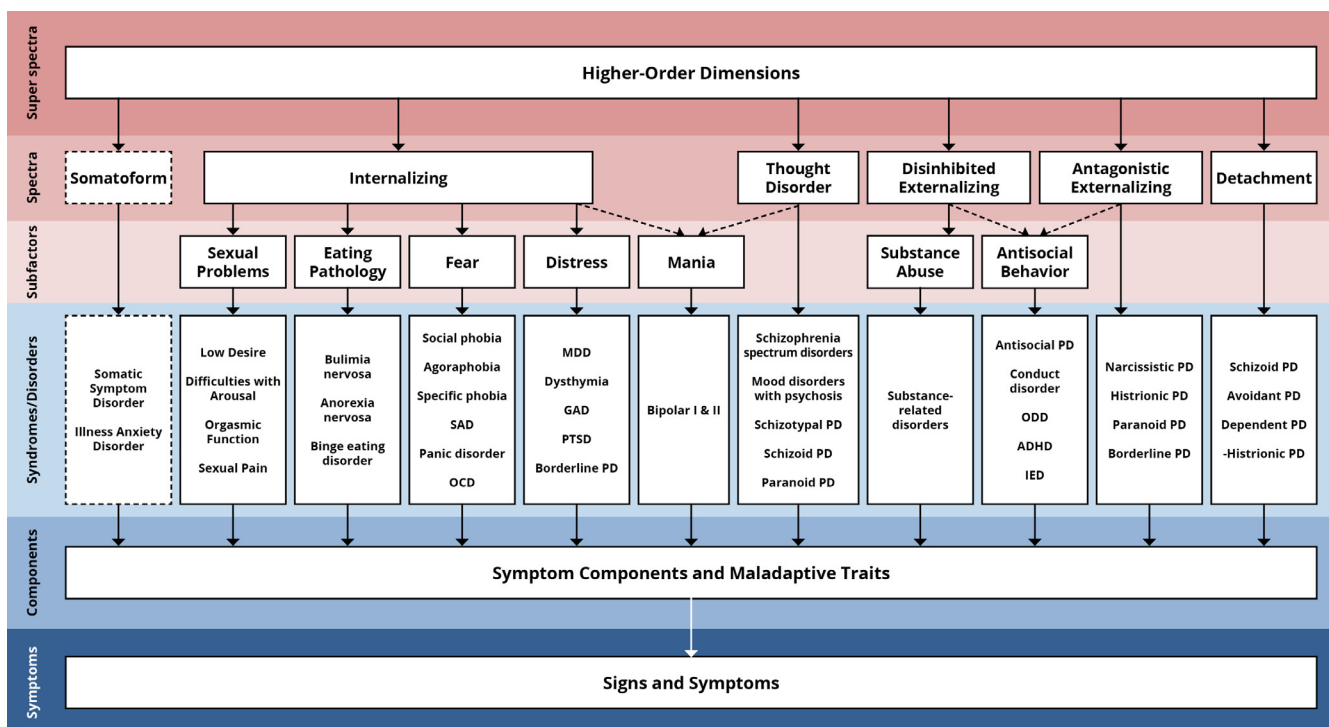
Ten slotte leidt een categorale indeling tot meer stigmatisering. Het wel of niet hebben van een stoornis suggereert dat er een kwalitatief verschil bestaat tussen mensen die boven en onder de diagnostische drempel voor die stoornis zitten. Voor het laatstgenoemde zijn echter geen wetenschappelijke aanwijzingen gevonden.



Hoe dan wel? Het HiTOP model

Een alternatief, dimensioneel en wetenschappelijk onderbouwd model voor het beschrijven van psychische stoornissen is het HiTOP model. Het doel van het HiTOP model is om het hoofd te bieden aan de beperkingen van de categorale DSM-classificaties. Het model is in 2017 geïntroduceerd door een consortium van vooraanstaande wetenschappers (Kotov et al., 2017). Dimensionele modellen voor psychopathologie en persoonlijkheid zijn niet nieuw, maar het HiTOP model is op dit moment het eerste model waar een hoge mate van consensus over is en waar een grote mate van aandacht voor is.

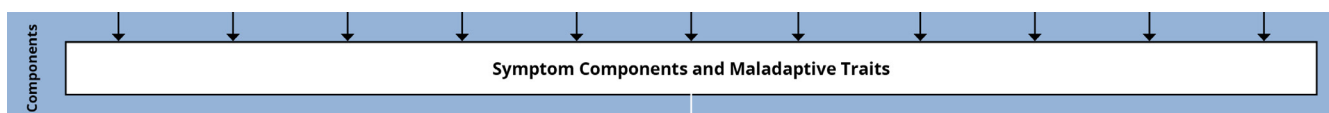
Het HiTOP model is gebaseerd op honderden recente empirische onderzoeken naar de structuur van psychopathologie. Er is uiteindelijk een gelaagd model ontwikkeld bestaande uit vijf niveaus (Figuur 1). Deze structuur is deels empirisch bepaald op basis van de data uit de onderzoeken en deels op basis van consensus. Voor uitgebreide achtergrondinformatie over het onderzoek naar de structuur van het HiTOP model, zie Kotov en collega's (2017).



Figuur 1: Het HiTOP model.

1. Componenten

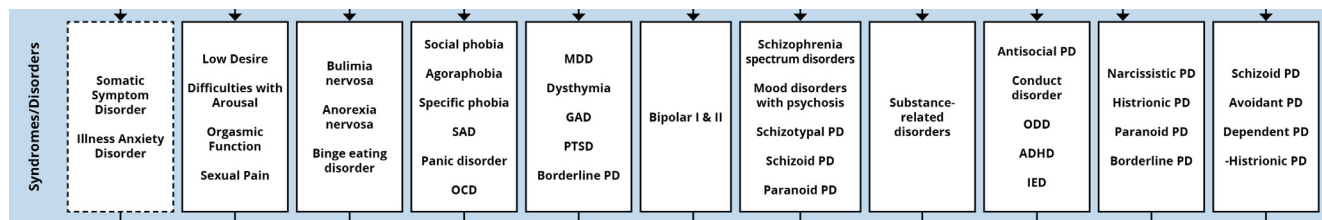
Onderaan de hiërarchie bevinden zich de componenten. Dit zijn combinaties van aan elkaar gerelateerde symptoomcomponenten en maladaptieve trekken. Maladaptieve trekken zijn de pathologische tegenhangers van de BIG-5 persoonlijkheidseigenschappen. De componenten bevatten een minimum aan heterogeniteit. Voorbeelden van componenten zijn: slapeloosheid en hoofdpijn (symptoom-componenten) en emotionele instabiliteit en vijandigheid (maladaptieve trekken).



2. Syndromen

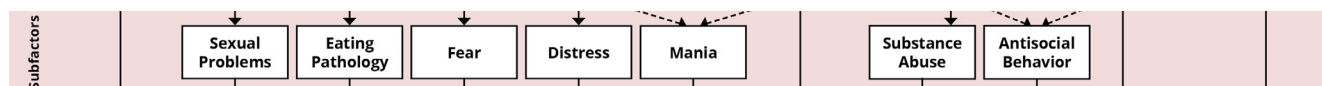
Componenten die sterk met elkaar samenhangen worden gecombineerd tot dimensionele syndromen. Voorbeelden van syndromen zijn: vegetatieve depressie en sociale angst. Vegetatieve depressie bestaat weer uit symptoomcomponenten: slapeloosheid, psychomotorische vertraging, vermoeidheid en verminderde eetlust.

In het HiTOP model zijn de symptomen van bijvoorbeeld DSM-stoornissen gereorganiseerd in hogere orde syndromen. Deze syndromen zijn dimensioneel en daarom niet exact hetzelfde als de DSM-diagnoses. De DSM-diagnoses kunnen wel als schattingen van de HiTOP syndromen worden beschouwd (zie Figuur 1). Al met al is een groot deel van alle psychopathologie opgenomen in het HiTOP model; van alle 19 stoornisgroepen uit de DSM-5 zijn er acht volledig opgenomen, zes deels en vijf helemaal niet. Ontwikkelingsstoornissen en neurocognitieve stoornissen ontbreken bijvoorbeeld nog.



3. Subfactoren

Subfactoren zijn kleine clusters, opgebouwd uit dimensionele syndromen die functioneel aan elkaar gerelateerd zijn. Voorbeelden zijn: Angst (*Fear*) en '*Distress*'. De subfactor Angst bestaat uit bijvoorbeeld agorafobie, paniekstoornis, sociale fobie en specifieke fobie. De subfactor *Distress* bestaat uit bijvoorbeeld depressie, PTSS en GAD en sommige symptomen van borderline persoonlijkheidsstoornis.



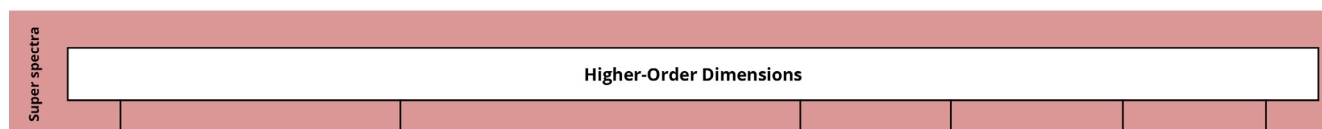
4. Spectra

De brede spectra bevatten gerelateerde subfactoren die wel van elkaar te onderscheiden zijn. Er zijn uiteindelijk zes spectra opgenomen in het HiTOP model: het somatoforme spectrum, het internaliserende spectrum, het denkstoornissenspectrum, het impulsieve externaliserende spectrum, het antagonistische externaliserende spectrum en afstandelijkheid. Het bewijs voor het somatoforme spectrum is gebaseerd op een klein aantal studies. Dit spectrum is daarom op voorlopige basis opgenomen in het model, wat wordt weergegeven door de stippe lijn (Figuur 1). Voor een uitgebreide verantwoording voor de keuze van deze spectra, zie het artikel van Kotov en collega's (2017).



5. Superspectra

De hierboven genoemde spectra correleren met elkaar, wat duidt op de aanwezigheid van overkoepelende superspectra. Deze superspectra of hogere ordedimensies vertegenwoordigen een algemene psychopathologiefactor, de *p*-factor. De *p*-factor is een algemene gevoeligheid of ernstmaat voor psychopathologie en bestaat uit kenmerken die alle mensen met mentale stoornissen gemeenschappelijk hebben. Hoe hoger de *p*-score, hoe ernstiger de psychopathologie in termen van duur van de stoornis, mate van comorbiditeit en invloed op het sociaal-maatschappelijk functioneren. Daarnaast hangt een hoge *p*-factor samen met gebrek aan regulatie van emoties, cognitie en gedrag. Verder correleert de *p*-factor met uitkomsten zoals zelfmoordpogingen en opnametijd en ook met persoonlijkheidstrekken uit de BIG-5 en IQ. Desondanks is het niet duidelijk wat de *p*-factor precies is. Mogelijk is het een dispositionele negatieve emotionaliteit, impulsieve reactiviteit op emoties of gaat het over een laag cognitief functioneren of disfunctioneren in het denken. Een andere mogelijkheid is dat het een statistisch artefact is dat in werkelijkheid niet bestaat.



Voordelen van het HiTOP model

Het mag duidelijk zijn dat een dimensioneel classificatiesysteem zoals het HiTOP model een alternatief biedt voor de DSM. Maar wat zijn nu de voordelen van het HiTOP model ten opzichte van een categoriaal model? En hoe worden de beperkingen van de DSM ondervangen door het HiTOP model?

1. Allereerst sluit het hiërarchische HiTOP model beter aan bij het inzicht dat psychopathologie dimensioneel is. Een positief gevolg van een dimensioneel model is dat het geen arbitraire diagnostische drempels meer heeft.
2. De HiTOP dimensies zijn betrouwbaarder, meer valide en stabiel over tijd dan categoriale DSM-classificaties. Zo blijkt dat bijvoorbeeld de dimensionele psychopathologie constructen uit het HiTOP model een hoge test-hertestbetrouwbaarheid hebben.
3. Er is geen of minder sprake van heterogeniteit binnen de dimensies in het HiTOP model. De dimensies zijn namelijk opgebouwd uit symptomen die aan elkaar gerelateerd zijn of vaak samen voorkomen. Alle andere, niet-gerelateerde symptomen worden aan andere dimensies toegevoegd. Hierdoor ontstaan eenduidige dimensies.
4. Bij een hiërarchisch en dimensioneel model is er minder sprake van comorbiditeit, omdat de overlap tussen stoornissen gevangen wordt in de hogere orde dimensies. In plaats van het geven van meerdere DSM-classificaties, volstaat het om de hogere orde spectra te beschrijven. De behandeling kan dan gericht worden op deze hogere orde spectra, in plaats van verschillende stoornissen te behandelen. Hierdoor worden alle onderliggende overeenkomsten tussen verschillende stoornissen in één keer aangepakt. Dit maakt het HiTOP model spaarzaam.
5. Binnen een dimensioneel classificatiesysteem vallen patiënten niet meer 'tussen twee hokjes'. Elk probleem is te beschrijven als een combinatie van scores op bepaalde dimensies en ook patiënten met milde psychopathologie passen op een dimensie. Hierdoor worden subklinische diagnoses en NAO-diagnoses vermeden.
6. Een dimensioneel classificatiesysteem is minder stigmatiserend omdat het psychische stoornissen niet als kwalitatief anders beschouwt. Bij een dimensionele indeling kan elk persoon op het continuüm worden geplaatst.
7. Een dimensioneel en hiërarchisch model maakt de aanwezigheid van onderliggende en gedeelde risicofactoren tussen stoornissen beter zichtbaar door middel van de spectra en superspectra. Dit levert belangrijke klinische informatie op over pathologische processen en het ziektebeloop.
8. Het beloop en de mate van verbetering van stoornissen kunnen duidelijker in kaart worden gebracht met dimensionele classificaties. Ernstige psychopathologie, subklinische symptomen en volledig herstel volgen elkaar op in het spectrum. De grenzen tussen subklinisch en volledig herstel bij categoriale classificaties zijn daarentegen onduidelijk en arbitrair.
9. Dimensionele constructen hebben een betere predictieve validiteit dan categoriale classificaties als het gaat om klinische uitkomsten zoals: behandeluitkomst, duur, functionele beperkingen, suïcidaliteit en bijkomende fysieke problemen.
10. Ten slotte kan er met het HiTOP model makkelijker een verband worden gelegd tussen psychopathologie en persoonlijkheid.





Hoe gebruik je HiTOP in de praktijk?

Het HiTOP model biedt een eenvoudige, stapsgewijze methode voor de diagnostiek:

1. Je begint met het screenen van de hogere orde spectra om bredere probleemgebieden te identificeren. Denk aan verhogingen op het impulsieve-externaliserende spectrum, wat zou kunnen wijzen op gebrek aan planning of roekeloos gedrag.
2. Daarna kijk je gericht naar de smallere en specifiekere subfactoren, syndromen en/of componenten die onder de verhoogde spectra vallen en je onderzoekt welke dimensies verhoogd zijn. Denk aan verhoogde scores op middelenmisbruik. Dit maakt het diagnostische proces (tijds)efficiënter.

Binnen de casusconceptualisatie kan het HiTOP model worden ingezet voor de beschrijving van klachten en trekken. Het is belangrijk om deze informatie te integreren met de informatie uit de anamnese om ook de context te betrekken en om ook de mentale functies uit te vragen.

Het is nog niet duidelijk op welk niveau van het model de behandeling het beste gericht kan worden, maar mogelijk is de behandeling het meest effectief wanneer deze gericht is op de brede spectra. Zo worden fundamentele, onderliggende problemen in één keer aangepakt. Er kunnen aanvullend nog behandelingen ingezet worden gericht op de aanpak van smallere syndromen, componenten of symptomen waar de patiënt verhoogde scores op heeft. Denk bijvoorbeeld aan slaaprestrictie als behandeling voor insomnie.

Het HiTOP consortium heeft de DSM- en ICD-codes geïntegreerd in het systeem zodat klinici die kunnen gebruiken bij het aanvragen van vergoedingen bij verzekeraars.

HiTOP en meetinstrumenten

Op dit moment zijn er verschillende meetinstrumenten beschikbaar die de componenten, syndromen en spectra van het HiTOP (deels) in kaart brengen. Van de beschikbare instrumenten lijken vooral de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form ([MMPI-2-RF](#)) en de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3) één van de meest geschikte instrumenten om psychopathologie volgens de HiTOP benadering te meten. Andere voorbeelden van instrumenten (in het Nederlandse taalgebied) zijn: de Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP), de Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), de Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) en de NEO Personality Inventory (NEO-PI-3). Voor kinderen en adolescenten zijn de Child Behavior Checklist (CBCL), de [MMPI-A](#) en de DAPP-A goede opties.

Voorbeelden van instrumenten buiten het Nederlandse taalgebied zijn de Personality Assessment Inventory (PAI) en de Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Verder is het HiTOP consortium bezig met het ontwikkelen van aanvullende instrumenten. Voor een uitgebreid overzicht van alle beschikbare meetinstrumenten die verschillende componenten, syndromen, subfactoren en/of spectra van het HiTOP model in kaart brengen, zie Tabel 1 in het artikel van Kotov en collega's (2017). Meer informatie over de samenhang tussen de MMPI-2-RF/MMPI-3 en het HiTOP model vind je op de website van [Pearson Clinical](#).

Beperkingen en aanbevelingen voor de toekomst

Het HiTOP model heeft, net als elk ander classificatiesysteem voor psychische stoornissen, enkele beperkingen.

- Sommige stoornissen en symptomen hebben nog geen of geen duidelijke plaats in het HiTOP model: somatoforme stoornissen, ontwikkelingsstoornissen zoals autismespectrumstoornis, hechtingsstoornissen en verstandelijke ontwikkelingsstoornissen en neurocognitieve stoornissen, zoals dementie. Ook onbewuste processen zoals intimiteit en lichaamsbeleving zitten nog niet in het model. De reden hiervoor is gebrek aan onderzoek. Er is daarom verder onderzoek nodig om de nog missende stoornissen op te nemen in het model en om de plaats van bijvoorbeeld somatoforme stoornissen te bevestigen. Er wordt momenteel wel onderzoek gedaan naar de plaats van neurocognitieve ontwikkelingsstoornissen. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend.
- HiTOP beschrijft alleen de huidige symptomen, syndromen en persoonlijkheidstrekken maar een ontwikkelingsperspectief ontbreekt nog en ook zijn de dimensies slechts beschrijvend, niet verklarend. Ook wordt er geen rekening gehouden met de context

waarin problemen kunnen ontstaan. Bij toekomstig onderzoek moet rekening worden gehouden met ontstaansleeftijd, duur van de ziekte, aantal episodes, chroniciteit, remissie en de samenhang tussen stoornissen over tijd en de stabiliteit van de spectra over tijd moet verduidelijkt worden. Deze data moeten vervolgens concreet worden opgenomen in het HiTOP model. Het HiTOP model kan in de tussentijd worden gebruikt in combinatie met RDoC, een ander dimensioneel model voor psychopathologie. Binnen RDoC worden de context en het ontwikkelingsperspectief wel betrokken. Lees meer over het verband tussen RDoC en HiTOP in het artikel van Michelini en collega's (2021).

- Het HiTOP model is voornamelijk gebaseerd op onderzoek met volwassenen. De generaliseerbaarheid van de dimensies voor kinderen en ouderen is nog minder zeker. Veel hogere orde dimensies worden ook gevonden in onderzoeken bij kinderen (*p*-factor, internaliserende, externaliserende en denkstoornis-senspectrum). De lagere niveaus in het model lijken er echter anders uit te zien voor de verschillende leeftijden, omdat de uiting van psychopathologie bij bijvoorbeeld jongeren verschilt van de uiting van psychopathologie bij ouderen. Om het HiTOP model vanuit een ontwikkelingsperspectief relevanter te maken, moet de structuur van het model nog goed onderzocht worden binnen alle leeftijdsgroepen.
- Het HiTOP model beschrijft psychologisch disfunctioneren, maar de mate waarin iemands klachten het sociaalmaatschappelijk functioneren belemmeren is niet opgenomen in het model. Dit is wel van klinisch belang. De invloed van de ernst en aard van symptomen kan aanvullend worden vastgesteld met de WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS).
- Clinici moeten vaak categorale beslissingen maken en denken daarom meer in categorieën dan in dimensies. Voor de klinische bruikbaarheid van het HiTOP model is het belangrijk dat er duidelijke afkapscores komen in het model, zodat het duidelijk is bij welke mate van ernst een bepaalde actie ondernomen moet worden. Deze afkapscores moeten op empirische wijze worden vastgesteld, net zoals is gedaan bij dimensionele medische metingen zoals bloeddruk en gewicht. Een dimensie wordt bijvoorbeeld gecategoriseerd in normaal, mild, matig en ernstig, zoals bij de diagnose van een verstandelijke beperking. Aan deze categorieën kunnen vervolgens acties gekoppeld worden: bij 'milde' problematiek zijn bijvoorbeeld preventieve interventies geïndiceerd, bij 'matige' problematiek is ambulante zorg of antidepressiva geïndiceerd en bij 'ernstige' problematiek is opname geïndiceerd.
- Het HiTOP model is niet heel inclusief. De informatie uit het model is namelijk gebaseerd op de Westerse cultuur.

Samenvatting

Het HiTOP model is een dimensioneel en hiërarchisch model voor het beschrijven van psychopathologie en persoonlijkheid. Het model is gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten in de structuur van psychopathologie. Het HiTOP model kan worden gezien als een alternatief voor huidige categorale classificatiesystemen zoals de DSM. Het biedt namelijk het hoofd aan de verschillende beperkingen die deze systemen vertonen, zoals heterogeniteit, comorbiditeit, arbitraire diagnostische drempels en lage betrouwbaarheid. Hoewel het model ook enkele beperkingen heeft, waaronder het beschrijvende karakter van de HiTOP dimensies, zijn de dimensies wel betrouwbaarder dan de DSM-classificaties. Verder is er meer onderzoek nodig om de bruikbaarheid van het model te vergroten. Het HiTOP model is daarom (nog) niet zaligmakend, maar het is wel veelbelovend en bewijst van toegevoegde waarde te zijn voor zowel de klinische praktijk als voor wetenschappelijk onderzoek. Kortom: het HiTOP model heeft de potentie om de toekomstige (gouden) standaard te worden voor de diagnostiek van en het onderzoek naar psychopathologie en persoonlijkheid.

Referenties

Van der Heijden, P., Hendriks, M., Witteman, C., & Egger, J. (2020). Transdiagnostische modellen voor diagnostiek van psychische stoornissen. *De Psycholoog*, 55(9), 10-22.

HiTOP: Een op data gebaseerd dimensioneel classificatiesysteem (2020). Tijdschrift voor Gedragstherapie, 53(2), 123-127. Samenvatting van: Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1069-1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Babgy, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Litzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83-108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>

Michelini G., Palumbo, I. M., DeYoung, C. G., Litzman, R. D., & Kotov, R. (2021). Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clinical Psychology Review*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102025>

Sellbom, M., Kremyar, A. J., & Wygant, D. B. (2021). Mapping MMPI-3 Scales onto the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Psychological Assessment*, 33(12), 1153-1168. <https://doi.org/10.1037/pas0001049>

