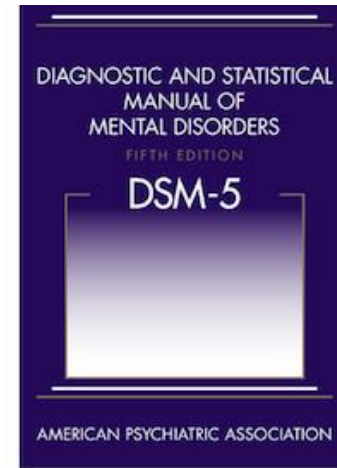
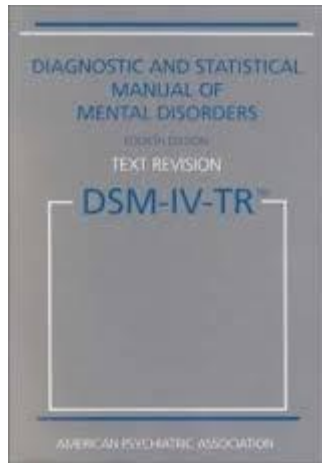


De verschillen tussen DSM IV en 5



Of dienen we beter 5.0 te zeggen?

Michael Portzky

PC Gent-Sleidinge

Gent 4 april 2014



Enkele bedenkingen vooraf

- Onvermijdelijk een ‘overgangperiode’, doch in meerdere betekenissen:
 - Nieuw, dus nog onbekend (vgl WAIS-III en IV)
 - ‘grace period’ van 2 jaar! **Dus in 2015 (!) komt reeds een herwerkte 5.1 uit!**
 - (toch reeds noteren in rapportage welke versie gebruikt werd?)
- ‘noodgedwongen’ gebruik Engelstalige termen in deze slides...
- Onmogelijkheid alle clusters te overlopen, doch...
- De beperkingen van het werken met de ‘pocket’!
(zeker voor wie diagnostiek moet doen!)

Is er uiteindelijk veel veranderd?

- Mogelijks even veel verwondering om wat wel veranderde als om wat niet veranderde?
 - Veel veranderingen die al lang gefluisterd werd zijn niet doorgevoerd. Bv. verwijdering Borderline uit PS, naar subklasse Bipolaire stoornis...
 - Sommige zaken zijn niet echt weggevallen, maar sterk verminderd aan belang, bv. IQ! (ook hier reeds duidelijk het toegenomen belang van neuropsychologisch onderzoek!)
 - Andere zaken die daadwerkelijk verdwenen zijn zullen sommigen verbazen (en mogelijks lang duren om af te leren?).

Wat waren de doelstellingen voor DSM-5?

- Kritieken op DSM (IV) wegwerken (te categoriaal, 'symptoompjes tellen', symptoomoverlap binnen clusters, weinig oog voor (niet VS-)context,...)
- Beter definitie van stoornissen, met meer validiteit en meer gebaseerd op wetenschappelijke inzichten
- Meer hybride systeem dat meer updates mogelijk maakt
- Terugdringen NAO-diagnoses (in sommige settings tot bijna 30%!)
- Belang (noodzaak?) diagnostiek verhogen

- Beter stagering/fasering beschrijven
- Meer in lijn met ICD-10 (WHO)
- Meer focus op risicofactoren die tot verdere ontwikkeling kunnen leiden
- Verminderen van stigma door sommige diagnoses/bewoordingen

Zijn deze doelstellingen behaald?

- Kritieken op DSM (IV) wegwerken: ? Bv. Dimensionele diagnostiek vs. Categoriele nog niet geheel gelukt/mogelijk (wel meer ruimte voor comorbiditeit, ook meer gebruik van 'clusters' in de benaming!), oordeel wat afwijkend is nog steeds arbitrair en bij specialist gelegd (cfr. probleem van de 'subthreshold-stoornissen' in appendix), nog steeds 'enkel' categorisatie en geen guideline voor behandeling (al was dit ook geen doelstelling!),...
- Betere definitie van stoornissen, met meer validiteit en meer gebaseerd op wetenschappelijke inzichten: ja, o.a. door 227 veldstudies meer empirisch bewijs gezocht, ook meer in lijn met de praktijk
- Meer hybride systeem dat meer updates mogelijk maakt: ja. Onder meer door updates via internet, zoals de 'white papers' (zie illustratie)
- Terugdringen NAO-diagnoses: ja, zie verder
- Belang diagnostiek verhogen: ja

- Betere staging/fasering beschrijven: vermoedelijk ja (altijd volgens stand van 'huidige' kennis); hierdoor meer aandacht voor opvolgen van personen 'at risk', zie ook verder bij Neurocognitieve stoornissen en "MCD"
- Meer in lijn met ICD-10 (WHO): ja: ook nieuwe codes
- Meer focus op risicofactoren die tot verdere ontwikkeling kunnen leiden: ja, voor zover 'huidige stand van kennis toelaat', ook door toevoeging van 'specifier' "*provisional*" (= nog/niet langer alle kenmerken, maar het vermoeden...)
- Verminderen van stigma door sommige diagnoses/bewoordingen: ja, deels... Enerzijds zien we bv. wegvallen termen/diagnoses zoals 'zwakbegaafdheid', 'Hypochondrie',..., maar anderzijds is de 'nagebootste stoornis' toch weer ondergebracht onder de cluster somatoforme stoornissen, dus?

Wat zijn de grote veranderingen?

- **Wegvallen Assen!**

- Waarom? Vanwege “te kunstmatige splitsing lichamelijke en geestelijke/psychische klachten”
- Nieuwe indeling:
 - Deel 1: uitleg over veranderingen en guidelines voor gebruik
 - Deel 2: de 20 categorieën zonder assen-verdeling, **ook geen As 5 GAF-schaal meer!** (advies om in plaats daarvan ‘betere’ World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) te gebruiken, staat in deel 3!)
 - Deel 3: aandoeningen die verder onderzocht dienen te worden, zoals ‘Internet Gaming verslaving’, ‘non suicidal self-injury’ (automutilatie),..., alsook alternatieve manier om Persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren, en **vragenlijsten** (met scoringsregels en drempelwaarden!).

- **GEEN 'NAO-diagnoses' meer, ook geen 'uitgestelde diagnoses' meer!**
 - Krijgt veel kritiek! Zal dit tot overdiagnostisering leiden? Worden we onder druk gezet om toch een diagnose te zetten (cfr. zorgverzekeraars NI)
 - Een alternatief is de 'unspecified' en/of 'other specified' diagnose (waarbij de clinicus kan aangeven waarom aan welke criteria niet voldaan werd)! Of zoals eerder gesteld soms de 'provisional' specificer toevoegen indien het vermoeden sterk naar bepaalde tentatieve diagnose gaat, en men denkt dat of in het verleden of in de toekomst wel aan alle vereiste criteria voldaan werd/zal worden.

- **Dus de MPG-cijfers zullen zeker veranderen; sommige gekende als “PDD-NOS” verdwijnen! Maar ook de Eetstoornis NAO bleek (zelfs in gespecialiseerde centra!) de meest gediagnosticeerde eetstoornis te zijn (Smink et al, 2013). Verfijning en uitbreiding van de categorieën zou dit moeten tegengaan...**

- **Meer belang gehecht aan de ‘subtypes’, ‘specifiers’, aan specifieke ‘invloeden’ als cultuur en dergelijke, actuele status (‘course’),...als *‘instandhoudende factoren’***
- ‘subtypes’ (zoals bv. Asperger binnen de ASS-groep *was*) zijn onderverdelingen met herkenbare kenmerken die specifiek voor die groep zijn, doch vaker geclusterd binnen ‘**spectrum**stoornissen’ vanwege verwantschap op basis van wetenschappelijke evidentie
- ‘(essential) specifiers’ (soms codenummer, soms gewoon voluit geschreven na de diagnose) zijn kenmerken die bij meerdere stoornissen kunnen voorkomen, zoals bv. suïcidale planning/dreiging en comorbiditeit, is het egosyntoon of dystoon (met ‘goed’, ‘ambivalent’ of ‘geen inzicht’),...

- De ‘severity-index (of impairment)’ van 1 tot 3 als ‘ernstmaat’ en ‘inschatting van lijdensdruk’ krijgt groter belang, doch ENKEL als aan de criteria voldaan wordt! (opm.: “niet elke stoornis is aanleiding voor zorg, maar ook als volgens ons niet voldaan wordt aan stoornis kan de lijdensdruk reden tot zorg zijn”! APA)
- De ‘course’ is niet hetzelfde als de ‘fase’ waarin men zit (zie bv. verder bij de neurocognitieve stoornissen zoals dementie), maar beschrijft eerder de status van het moment, zoals ‘gedeeltelijk in remissie’, ‘geheel in remissie’ of ‘recidief’.
- Meer rekening houden met cultuur, leeftijd en geslachtsgebonden invloeden

- **Meer 'continuïteit' doorheen het leven**
- Waarom? Omdat veel stoornissen later vastgesteld vaak al eerder signalen lieten zien in de jeugd, en omdat veel van de jeugdige diagnoses uiteindelijk persisteren in de volwassenheid
- **Concreet gevolg hiervan: de “diagnoses die meestal op zuigelingenleeftijd, adolescentie en kindertijd vastgesteld worden” bestaan NIET meer!**
- Deze zijn allen ondergebracht binnen andere clusters waaraan ze gelijkend zijn!
 - Cave: hoe lang nog kunnen leeftijds grenzen op afdelingen streng gehanteerd worden?

- **((soms) Nieuwe codes)**
- Reden? Meer in lijn met ICD-10!

- Dit alles bepaalde de nieuwe **volgorde** van de 20 gevalideerde categorieën in Sectie 2:
 - Meer volgens het moment op het leven waarop men het krijgt
 - Meer geplaatst bij stoornissen waar wetenschappelijke evidentie voor overlap is, door bv. verwante onderliggende neuropsychologische/neurobiologische verklaringen
 - Meer ‘spectrumstoornissen’

De nieuwe rangschikking:

- 1: Neurodevelopmental Disorders (ontwikkelingsstoornissen)
- 2: Schizophrenia SPECTRUM and Other Psychotic Disorders
- 3: Bipolar en Related Disorders
- 4: Depressive Disorders
- 5: Anxiety Disorders
- 6: Obsessive-Compulsive and Related Disorders
- 7: Trauma en Stress Related Disorders (omvat nu ook PTSS, ook hechtingsproblemen bij kinderen)
- 8: Dissociative Disorders

- 9: Somatic Symptoms Disorders
- 10: Feeding and Eating Disorders
- 11: Elimination Disorders ('inappropriate elimination of urine of feces')
- 12: Sleep-Wake Disorders
- 13: Sexual *Dysfunctions*
- 14: Gender Dysphoria
- 15: Disruptive, Impuls Control, and Conduct Disorders
- 16: Substance Use and Addiction Disorders
- 17: Neurocognitive Disorders (vooral neurodegeneratief)
- 18: Personality Traits that Effect Threatment/Personality Disorders
- 19: Paraphilias (voyeurisme, froteurisme, exhibitionisme, pedofilie,...)
- 20: Other Disorders (omvat 'other mental disorders' (waaronder de ' other specified' en 'unspecified mental disorder', wel zelfde codenummer 300,9?), 'medication-induced movement disorders and other adverse effects', en 'other conditions that may be focus of a clinical attention'= de oudere 'As 4 stoornissen' eigenlijk)

- Ter illustratie 3 stoornissen nader bekeken, met niet enkel de vraag wat veranderd is, maar ook of het een verbetering lijkt tegenover DSM IV of niet?

Voorbeeld 1: Autisme (Spectrum)

- Remember: de ‘ontwikkelingsstoornissen’ zoals bij DSM-IV bestaan niet meer!
- De nieuwe DSM-5-cluster “299.00 ASS” omvat het vroegere 299.00(F84.0) Autistische stoornis, 299.80(F84.2) Stoornis van Rett, 299.10(F84.3) Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, 299.80(F84.5) Stoornis van Asperger en de 299.80(F84.9) ‘PDD NOS’, doch zonder onderscheidertussen binnen die nieuwe cluster
 - (zal dit blijven? Veel reactie vanuit Asperger-organisaties!)
- ! Zowel ASS als ADHD mag nu samen (wel apart vermelden)!

- **Voortaan 2 (i.p.v. 3) 'domeinen' met samen 7 (i.p.v. 12) 'criteria', waarvan men er minstens 5 (i.p.v. 6) moet vertonen**
- Domeinen: 'sociale interactie en communicatie' enerzijds, en 'repetitieve stereotiepe gedragingen en interesses' anderzijds (zogenaamde RRB's: Restricted Repetitive Behaviors)
- Eerste 3 criteria van domein 1 zijn 'afwijkende sociale wederkerigheid', 'afwijkende nonverbale communicatie' en 'moeilijkheden met relaties'
- De 4 criteria van domein 2 zijn 'stereotiepe bewegingen of spraak', 'moeite met veranderingen/rigiditeit', 'stereotiepe interesses', en (nieuw) 'sensorische overgevoeligheid of ongevoeligheid'
- Indien aan criteria voldaan, voor beide domeinen ook de ernstmaat inschatten, alsook voor de eventuele bijkomende taal-spraakstoornis specifiek

MAAR...

- **Indien men niet voldoet aan de criteria van het tweede domein krijgt men niet langer de diagnose ASS, maar ‘sociale communicatiestoornis’, dat ook effectief in de categorie ‘communicatiestoornissen’ staat!**
- **Verwachte effect: veel voormalige PDD-NOS’ers zullen nu plots de diagnose autisme NIET meer krijgen!**
- **Welke gevolgen op vlak van doorverwijsmogelijkheden? Vlaams Fonds erkenning,...?**

Dus, is er veel veranderd en is dit een verbetering?

- Ja, er is veel veranderd! Komt ook tegemoet aan de praktijk waar men al lang van ASS spreekt...
- Maar ook een verbetering? Nog zeer onduidelijk wat de gevolgen qua prevalentie gaan zijn. Sommige auteurs stellen dat hun aantal DSM-IV-autisme-diagnoses herbekeken met deze richtlijnen met een derde daalde!
- **“Specificiteit omhoog, maar sensitiviteit omlaag”?**
- En, zal men voor de 5.1 toegeven aan de druk van de (Asperger)organisaties? Of wordt het een ‘specificier’?

Voorbeeld 2: een dementerende patiënt = categorie Neurocognitieve stoornissen

- Eerst delier uitsluiten! Indien toch aanwezig blijft dit een diagnose op zich, dan ook de soort, ernstmaat en status specificeren
- Grootste verandering (vooruitgang?) is de komst van Mild Neurocognitive Disorder, zeer verwant aan MCI!
 - Kritiek: verschil Mild vs major NCD te arbitrair?
 - Niet indien men de ‘aloude’ neuropsychologische en/of neurologische criteria hanteert van 1 tot max. 2 Sd’s onder LEEFTIJDgemiddelde (is ook hun advies!)

- Nadien verder specificeren om welke van de 10 subtypes (qua etiologie) het gaat, Lewy Body is een nieuwe toevoeging
- Ten slotte nog specificeren of er gedragsstoornissen zijn, ook belangrijk voor adequate zorg en doorverwijzing
- Bij NCD van oorsprong AD, FTD, Lewy Body en Vasculaire NCD wordt dan tevens een onderscheid gemaakt tussen 'probable' en 'possible' (bij AD mogelijks verwarrend: betekende vroeger atypische onset, en verwijst nu naar de vroege fase!)

Dus, is er veel veranderd en is dit een verbetering?

- Ja, en zeker in lijn met veel nieuwe wetenschappelijke inzichten en bewijzen! Latere veldstudies hebben dit ook bewezen! Ook betere communicatie tussen psychiatrie en neurologie / psychogeriatric / gerontologie
- Zeker ook verbetering omdat er meer aandacht is om de vroege fases niet te ‘vergeten’, en ook de fasering zelf meer aandacht te geven
- Toch blijft de schrik dat onvoldoende kennis inzake de vroege tekenen een overdiagnosticering van de nieuwe Mild ND’s zou kunnen vergroten omdat men leeftijdsgeboden achteruitgang (AAMI) niet (h)erkent!?! (gesteld dat ‘onderpresteren’ uitgesloten is!)
- Verrast omdat ‘biomarkers’ niet meer opgenomen werden in criteria (“slechts voor derdelijnszorg beschikbaar”!?!)

Tenslotte vb 3 (kunnen we er omheen?): de depressie

- Grootste wijziging: uit elkaar halen van de bipolaire cluster en de depressieve cluster! **Specifieer 'mixed episodes'** kan wel nog!
- Dysthyme stoornis is weg, is nu '**persistent depressive disorder**' ←
- Enkele nieuwe: '**disruptive mood regulation disorder**' (tot max 18 jaar!), '**premenstrual dysphoric disorder**' en _____
- 'post partum' wordt 'peri partum' gezien evidentie
- Voor de rest eerder weinig spectaculaire veranderingen; meeste criteria voor majeure depressie blijven gelijk!
- nieuwe specificers zijn (naast eerder vermelde 'mixed episodes') '**suïcidale planning of gedrag**' en/of '**with anxious distress**' (= want prognostisch ongunstig!)

- Exclusiecriteria van rouw is verdwenen. Suggereerde te veel dat rouw 2 maanden duurt, plus men geeft toe dat (cfr mentale veerkrachtresultaten!) mensen met een 'kwetsbaarheid' hierdoor ook meer kans krijgen om in een depressie te belanden! Dus ofwel evolueert het tot een 'gewoon' majeur depressief beeld, of een 'other specified mental disorder'? Ofwel zal het ooit een 'persistent complex bereavement disorder' worden, nu nog in deel 3
- 'met psychotische kenmerken' als aanduiding mag nu ook bij mildere vormen gegeven worden

Dus, is er veel veranderd en is dit een verbetering?

- Eerder weinig veranderd
- Maar vermoedelijk wel een verbetering, zeker wat aandacht voor suïcidaliteit betreft. Hopelijk later ook (nu nog in deel 3) automutilatie?
- Ook meer in lijn met recentere wetenschappelijke inzichten

Ten slotte nog even meegeven...

- Een geaccrediteerde online navormingsmodule rondom DSM-5, beschikbaar via www.psylearning.nl, met behulp van videomodules.
- Met oprechte dank aan psychiater Dr. Yoeri Tijdink
- (**PSYLEARNING** is een initiatief van Van Der Hoef & Partners en De Jonge Psychiater)

En wat de overige wijzigingen betreft
in een



verwijzen we naar deel 2 van de
handouts. Ik zeg u nu geen vaarwel,
maar tot volgend jaar; voor de 5.1!

De one and only PCGS/VVGG
“Beknopt overzicht van de
belangrijkste wijzigingen per
categorie in een notedop”-gids

Neurodevelopmental disorders (ontwikkelingsstoornissen)

- Bevat 'Intellectual Disability' (het voormalige zwakbegaafdheid of mentale retardatie), 'Communicatie Stoornissen', 'Autisme Spectrum Stoornissen', 'ADHD', 'Specifieke Leerstoornissen' en 'Motor Disorders' (Bewegingsstoornissen)
- Bij 'Intellectual Disability' minder nadruk op IQ, meer nadruk op 'adaptatiemogelijkheden', waarbij gekeken wordt naar verwerven van kennis, sociale omgang, en zelfredzaamheid

- De 'communicatiestoornissen' omvatten het voormalige DSM-IV 'expressieve' en 'gemengd receptieve-expressieve taalstoornis', 'speech sound disorder' (een nieuwe benaming voor de 'fonologische stoornis'), en 'childhood-onset fluency disorder' (een nieuwe naam voor stotteren). Belangrijkste wijziging is de komst van de 'sociale (pragmatische) communicatiestoornis'; wanneer niet aan de vereisten van de RRB's voldaan wordt bij autismevermoeden!
- Voor ASS zie eerdere slides!

- ADHD: weinig veranderingen. Dezelfde 18 symptomen worden gebruikt als in DSM-IV. Onset moet nu voor de leeftijd van 12 zijn i.p.v. 7. De subtypes zijn nu eerder 'presentatiewijze-specifiers' geworden. De comorbiditeit met ASS is nu wel toegelaten! De cutoff voor volwassenen is verlaagd naar 5 criteria i.p.v. 6 bij kindertijd.
- 'specifieke leerstoornissen' omvat de DSM-IV diagnoses van Leesstoornis, Rekenstoornis, Stoornis in de schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid en Leerstoornis NAO. Specifiers zijn beschikbaar om deze subtypes te onderscheiden.

- De 'motor disorders' omvatten de Coördinatieontwikkelingsstoornis, de Stereotiepe Bewegingsstoornis, Stoornis van Gilles de la Tourette, Chronische motorische of vocale Tic-stoornis, Provisional Tic disorder, other specified tic disorder en unspecified tic disorder.

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders

- Schizofrenie: de subtypes (zoals paranoïde,...) zijn weggevallen. Meer nadruk op continuüm bij de 'ernstigere' vormen als Schizofrenie en schizo-affectieve stoornis, kunnen enkel nog gediagnosticeerd worden als kortdurende varianten uitgesloten kunnen worden. De bepaling dat bij aanwezigheid van bizarre wanen of speciale 'eersterangs' hallucinaties (bv. stemmen horen) geen tweede kenmerkend symptoom nodig is, is weggevallen. De term 'afgevlakt affect' is

vervangen door 'restricted affect' (verminderde emotionele expressie). Toegevoegd is de eis dat minstens 1 van de 2 aanwezige kenmerken spraak betreft. Voor de rest blijven alle domeinen A tot F gelijk.

- Bij de Schizo-affectieve stoornis ook meer shift naar lifetime-diagnose, minder episodisch. Nu MOET de hele tijd (ook tijdens prodromale en residuele fase) een depressieve/gestoorde stemmingscomponent aanwezig zijn, SAMEN met psychotische kenmerken! Indien psychotische kenmerken enkel aanwezig tijdens affectieve ontregeling, wordt het 'stemmingsstoornis met psychotische kenmerken' als specificier!

- Bij Delusional Disorder (Waanstoornis) is uit criterium A de vereiste verdwenen dat het om een 'non-bizarre' waan moet gaan. Ook de vermelding dat 'de persoon denkt een handicap' te hebben is verdwenen, een gevolg van de nieuwe categorie 'body dysmorphic disorder' bij de Obsessief-Compulsieve stoornissen. Er wordt ook geen onderscheid meer gemaakt of deze waan gedeeld wordt (Folie à Deux), als niet aan alle criteria voldaan wordt, en er zijn toch gedeelde wanen kan men de diagnose 'other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder' gebruiken.

- Katatonie is nu geen subtype van Schizofrenie meer, en kan dus nu als specifiek gebruikt worden bij meerdere stoornissen, zoals bij affectieve, ASS of somatische stoornissen! In al deze contexten zijn nu steeds 3 van de 12 mogelijke kenmerken vereist.

Bipolar and Related Disorders

- Bij Bipolaire stoornissen nu meer focus op veranderingen in activiteiten en energiegevoel, en niet enkel stemming. (“komt vroegere diagnose ten goede”). Nieuwe specificier ‘with mixed features’ vervang de vroegere eis dat beide criteria voor manische alsook depressieve episode moeten aanwezig zijn. Ook ‘with anxious distress’ is nieuwe specificier.

- ‘another specified Bipolar and Related disorder’ is bv. voor personen die alle vereisten vertonen behalve de duratie (minstens 4 dagen) van de hypomane fase, ofwel wel de duratie maar niet alle criteria om aan manie/hypomanie te voldoen.

Depressive Disorders

- Zie eerdere slides

Anxiety Disorders (angststoornissen)

- In DSM-5 omvat dit NIET langer de groepen OCD (aparte klasse geworden), PTSS en Acute Stressstoornis; die nu de categorie Trauma and Stressor Related Disorders geworden zijn.
- Agoraphobia, Specifiek Phobia, and Social Anxiety Disorder vertonen als belangrijkste wijzigingen het wegvallen van de vereiste dat de patiënt de angst zelf onredelijk en buitenproportioneel moet vinden, alsook de nieuwe vereiste dat het 6 maand moet duren voor alle leeftijden.

- De Paniekstoornis en Agorafobie zijn uit elkaar getrokken, dus bv. eerdere diagnoses als ‘paniekstoornis met agorafobie’ zijn nu twee separate diagnoses geworden! De criteria voor Agorafobie zijn dezelfde gebleven, doch nu moet men aan minstens twee voldoen, om meer onderscheid te maken met de Specifieke Fobie.
- De criteria voor Specifieke Fobieën zijn dezelfde, maar worden nu een specifiek (maar moeten het ook hier dus ook niet langer zelf onredelijk vinden en duur minstens 6 maanden).
- Criteria voor de Sociale Fobie zijn grotendeels dezelfde, maar de oudere specifiek ‘gegeneraliseerd’.

waarbij de angst in de 'meeste' situaties voorkomt is weggevallen en vervangen door een 'performance only' specifiek indien deze angst enkel voorkomt als men bv. dient te spreken voor een groep of bij examens.

- 'Separatieangst stoornis' en 'Selectief Mutisme' zijn beide overgenomen uit de eerdere 'kindertijd'stoornissen, en nu hier ondergebracht. Criteria zijn gelijk gebleven, enkel aangepast om ook meer te passen bij volwassenen, en moeten uiteraard niet 'enkel meer voor de leeftijd van 18' voorkomen.

- De 'Gegeneraliseerde angststoornis', 'Angststoornissen door een middel of medicatie' en 'Angststoornissen door een andere medische aandoening' blijven vrij onveranderd.
- De restcategorieën 'other specified' en 'unspecified anxiety disorder' blijven uiteraard ook mogelijk.

De Obsessief Compulsieve en gerelateerde stoornissen (OCGS)

(nu vlak na stemmings- en angststoornissen vanwege 70%
comorbiditeit!)

- Dit omvat nu OCD, Stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder), Hoarding (verzamelwoede?), Trichotillomanie (voordien bij Impulscontrolestoornissen!), Excoriation Disorder (Skin Picking), OCGS door een middel of medicatie, OCSG door een andere medische aandoening, Other specified en Unspecified OCGS.

- ‘with poor insight’ en ‘absent insight/delusional’ zijn specifiers bij OCD, Body Dysmorphic Disorder en Hoarding.
- Bij OCD/OCS zijn criteria amper veranderd. Er is nu mogelijkheid van ‘tic-related’ specifier (vaker mannen, vaak gerelateerd aan ASS/ADHD).
- Bij Stoornissen in lichaamsbeleving is een ‘with muscle dysmorphia’ specifier toegevoegd voor personen die vinden dat ze te smal zijn qua spierbouw. (mogelijks net zoals eetstoornissen een misschien vaak verdoken stoornis bij sporters/bodybuilders)

- ‘hoarding’ /verzamelwoede is nieuwe categorie voor personen die persisterend problemen hebben om afstand te nemen van voorwerpen.
- Trichotillomanie is overgenomen uit de DSM-IV groep van Impulscontrolestoornissen.
- Excoriation (skin-picking) is een nieuwe categorie, waarbij huidleesies gevormd worden, en desondanks dit gedrag niet gestopt kan worden.
- Bij ‘other specified OCGS’ kunnen zaken voorkomen als nagelbijten, lipbijten, obsessieve jaloezie naar de partner toe, enz...

Trauma and Stressor-Related Disorder

- Omvat de eerdere DSM-IV groepen PTSS, Acute stressstoornis en de groep aanpassingsstoornissen.
- Bij de Acute stressstoornis wordt nu meer bij A1 gespecificeerd of men het zowel zelf meegemaakt heeft 'of van horen zeggen' (eventueel herhaaldelijk) weet. Ook het oudere A2-criterium (the person's response involved intense fear, helplessness or horror) vervalt, omdat dit zeer individueel verschillend is. Indien nu aan 9 van de 14 criteria uit de categorieën Intrusieve gedachten,

Negatieve stemming, Dissociatieve gedachten, Vermijding en Gestoorde Arousal voldaan wordt kan men de diagnose stellen.

- De Aanpassingsstoornis omvat nu een heterogene groep van stress-response syndromen na blootstelling aan een stresserend traumatisch of niet-traumatische gebeurtenis. De eerdere subtypes op basis van gestoorde stemming, angstsymptomen of gestoord gedrag blijven behouden.

- Ook bij PTSS is zoals bij acute stressstoornis meer aandacht voor 'eerstehand experience' of 'via via' aanwezig, net als vervallen van oudere A2-criteria inzake de reactie. De voormalige 3 clusters van DSM-IV; zijnde herbeleving, vermijding/afstomping van de algemene reactiviteit en arousal/verhoogde prikkelbaarheid zijn er nu 4 geworden, aangezien vermijding en afstomping separate criteria geworden zijn.
- Sensitiviteit bij jongeren is verhoogd door de drempelwaarde te verlagen voor kinderen en adolescenten, en specifieke criteria zijn toegevoegd voor kinderen van 6 of jonger.

- Reactive Attachment Disorder, een voormalige kinderpsychiatrische aandoening uit DSM-IV die toen twee subtypes kende zijn nu twee separate groepen: de 'reactive attachment disorder' en 'disinhibited social engagement disorder'. Beide zijn het gevolg van neglectie tijdens de kindertijd waardoor het kind een gestoorde hechting vertoont. Bij de eerste is er nagenoeg vaak geen hechting (het vroegere 'geïnhibeerde emotioneel teruggerokken type'), bij het tweede type zien we meer 'ADHD-verwant' gedrag waarbij het kind wel hechting vertoont (het vroegere 'gedisinhibeerde sociale engagementstype').

Dissociative Disorders

- Het vroegere 'Depersonalisatie' is nu 'Depersonalisatie/derealisatie' geworden. De dissociatieve fugue is nu een specifiek geworden bij de dissociatieve amnesie, en geen separate diagnose meer. De criteria voor de Dissociatieve Identiteitsstoornis zijn aangepast in de zin dat ze zowel gerapporteerd als geobserveerd mogen zijn, en dat geheugenproblemen niet enkel voor traumatische gebeurtenissen maar ook voor alledaagse gebeurtenissen aanwezig kunnen zijn.

- Voor sommige culturen zijn gevoelens van 'bezeten zijn' (door geesten, entiteiten,...) opgenomen als een mogelijk criterium.

Somatic Symptom and Related Disorders

- Daar waar bij het oudere 'somatoforme stoornissen' het steeds om 'lichamelijk onverklaarde klachten' moest gaan, kunnen bij deze nieuwe categorie de klachten WEL OF NIET SAMENHANGEN MET EEN BEKENDE LICHAMELIJKE ZIEKTE! De focus verschuift meer naar de maladaptieve wijze waarop de patiënt er mee omgaat! (zou volgens sommige auteurs discussies rondom bv. CVS/fibromyalgie en aanverwanten ten goede komen)

- Dus bij Somatic Symptom Disorder zijn zowel somatische klachten ALSOOK abnormale gedachten, gevoelens of gedrag aanwezig die al of niet samenhangen met gekende somatische ziekte. Geen specifiek aantal somatische symptomen is vereist.
- ‘Hypochondrie’ bestaat niet langer als term. Indien duidelijke angst voor (een) ziekte zonder duidelijke somatische klachten aanwezig is, wordt de nieuwe diagnose ‘Illness Anxiety Disorder’ gesteld (tenzij uiteraard de Gegeneraliseerde Angststoornis opportuener is).

- ‘(Chronic) Pain Disorder’ is geen aparte categorie meer, ook deze patiënten met chronische pijn, ongeacht of ze deze meer attribuëren aan psychologische of somatische oorzaken, vallen nu onder de noemer van de SSRD.
- Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions’ is een nieuwe categorie. Omvat onder meer slechte therapietrouw!
- De Factitious Disorder (Nagebootste stoornis) staat nu ook hier, omdat doorgaans ook somatische klachten voorgewend worden. Het gaat om ONBEWUST gedrag, zonder financieel gewin!

- De criteria voor de Conversiestoornis hechten nu meer belang aan de bevindingen van het neurologische onderzoek, en laten meer toe dat 'relevante psychologische factoren niet aantoonbaar kunnen zijn op moment van diagnose'. Ook de 'schijnzwangerschap' blijft behouden.

Feeding and Eating Disorders

- Hierbij zijn meerdere voormalige DSM-IV 'kindertijd'-diagnoses overgenomen, zoals Pica (niet eetbare dingen eten), de Ruminatiestoornis (regurgiteren en herkauwen) en het herbenaemde 'Avoidant/Restricted Food Intake Disorder (= geen gestoord lichaamsbeeld hierbij!). Criteria zijn aangepast om ook bij latere leeftijden gesteld te kunnen worden.
- Voor Anorexia Nervosa zijn de criteria hetzelfde, uitgenomen het wegblijven van de maandstonden (bij mannen of vrouwen die de pil nemen vaak onbruikbaar). Ook geen BMI-getal/richtlijn meer als criterium ('beneden 85% van gewicht' werd te rigide gehanteerd), wel voor ernstmaat te bepalen.

- Criterium B is uitgebreid, zodat niet enkel buitenproportioneel gerapporteerde angst voor gewichtstoename maar ook persisterend gedrag ter vermijding van gewichtstoename geldt.
- Bij Bulimia Nervosa is de enige wijziging het minimaal vereist aantal binge eating episodes met compensatoir gedrag van 2 naar 1 maal per week.
- Bij de Binge Eating Disorder is de vereiste frequentie van vreetbuien (zonder compensatoir gedrag) analoog aan de Bulimiestoornis aangepast: nog slechts 1 maal per week tijdens de laatste 3 maanden.

- 'purging disorder' en 'night eating disorder' vallen ook onder de 'other specified eating disorders', net als de subklinische vormen waar niet voldaan wordt aan alle criteria zoals frequentie.

Sleep-Wake Disorders

- Titelverandering tegenover vroegere 'slaapstoornissen' duidt op grotere belang van samenhang met kwaliteit en kwantiteit van het waken.
- Ook nieuw is meer aandacht voor de leeftijds- en geslachtsgebonden presentatie alsook voor het beloop.
- 'Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder' en 'Restless Legs Syndrome' zijn nieuwe categorieën uit de vroegere NAO-groep.

- Meer belang aan goede gestandaardiseerde diagnostiek! (Voor een recente Nederlandstalige vragenlijst zie Kerkhof et al, 2013) Ook observatiemethodes, slaapwaakdagboekjes en monitoring van klachten wordt benadrukt.
- Voor de slaapspecialist worden 80 gedefinieerde slaapstoornissen onderscheiden in de ICSD-2. De DSM-5 bevat er 10 van: Insomnia, Hypersomnolence disorder, Narcolepsy, Breathing-related sleep disorders, Circadian rhythm sleep-wake disorders, Non-rapid eye movement sleep arousal disorders, Nightmare disorders, Rapid eye movement sleep behavior disorders, Restless Legs syndroom, and Substance/medication induced sleep disorder.

- De term 'primaire' insomnie is vervallen.
- De verdere onderverdelingen in verschillende subtypes is compatibel met recentere inzichten in de pathogenese van deze aandoeningen, zoals een hypocretine-deficiëntie enz.
- 'jet lag' is verwijderd uit de groep van circadiane verstoringen.

Sexual Dysfunctions

- Genderspecifieke stoornissen zijn toegevoegd, en voor vrouwen zijn 'stoornissen in het seksueel verlangen' en 'stoornissen in de opwinding bij de vrouw' gecombineerd in het 'Female interest/arousal disorder'.
- Om overdiagnostisering tegen te gaan moeten bij al deze stoornissen (uitgezonderd medicatiegeïnduceerd) de criteria ten minste 6 maanden aanwezig zijn.
- 'Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder' is een nieuwe klassen en verenigt het vroegere DSM-IV Vaginisme en Dyspareunie.

- De 'seksuele aversiestoornis' is verwijderd.
- In DSM-5 enkel nog 'lifelong' vs 'aquired' als subtypes. Als specifier kan men nu 'partner factors', 'relationship factors', 'individual vulnerability factors', 'cultural of religious factors' en 'medical factors' bijvoegen.

Gender Dysphoria

- Nieuwe aparte categorie in DSM-5 met meer nadruk op de 'gender-incongruentie'. Dit beklemtoont ook meer het feit dat dit noch een seksuele dysfunctie, noch een parafilie is! Afzonderlijke criteria voor volwassenen en kinderen. Criterium A (cross-gender identificatie) en B (aversie tegenover eigen gender) zijn samengesmolten. De term 'de andere sexe' is systematisch vervangen door 'gender'.
- De subtypes op basis van seksuele voorkeur vervallen.

- De specificatie 'posttransition' is toegevoegd, omdat veel patiënten na chirurgische ingreep anders niet meer voldoen aan de criteria!

Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders

- Nieuwe DSM-5 categorie, met vooral eerdere ‘kindertijd’-diagnoses uit DSM-IV, met focus op problemen met beheersing van emoties en gedrag.
- De antisociale persoonlijkheidsstoornis kan nu twee maal gebruikt worden; zowel hier als bij de Persoonlijkheidsstoornissen!
- Oppositional Defiant Disorder toont 4 wijzigingen: 3 groepen symptomen (angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior en vindictiveness), het exclusie criterium voor

exclusie criterium voor gedragsstoornis valt weg, meer guidelines voor de vereiste frequentie om van een stoornis te kunnen spreken i.p.v. een leeftijdtypische periode, en tenslotte en ernstmaat gebaseerd op de pervasiviteit binnen meerdere settings/situaties.

- Conduct disorder (Gedragsstoornis) blijft zo goed als ongewijzigd. Een extra specificier is toegevoegd voor diegene die ook weinig sociale emoties vertonen= vaak gekoppeld aan ernstiger vormen.

- De Intermittent Explosive Disorder is grotendeels hetzelfde, alleen telt verbale agressie en 'niet destructief gedrag' nu ook reeds als voldoende vereiste, en niet enkel meer fysiek geweld. Moet wederom om beter te onderscheiden van leeftijdsgeboden typische fases, minstens vanaf de leeftijd van 6 jaar voorkomen.

Substance-Related and Addictive Disorders

- De Gokverslaving is nu hier ondergebracht, een gevolg van recente wetenschappelijke inzichten in bv. het gelijkaardige beloningseffect in de hersenen. Nu moet aan 4 van de 9 criteria voldaan worden binnen 1 jaar i.p.v. 5 van de 10, omdat het criterium van illegale activiteiten weggevallen is.
- Bij stoornis in gebruik van middelen wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen misbruik en afhankelijkheid. Ook niet meer tussen 'stoornissen in het gebruik' en 'door het gebruik van...'.


- Er worden 3 ernstmaten voorzien: 'beperkt' = ≥ 2 criteria in het laatste jaar, 'matig' = 4-5 criteria in het laatste jaar, en 'ernstig' = ≤ 6 criteria het laatste jaar.
- Er zijn nog steeds 11 criteria ondanks wegvallen van de 'terugkerende juridische problemen', en dit door de toevoeging van 'craving or strong desire or urge to use'. Bij minimaal 2 criteria gelijktijdig aanwezig binnen 1 jaar kan diagnose gesteld worden.
- Term 'partiële remissie' verdween; nu 'vroeg remissie' (=3 tot 12 maanden geen symptomen meer) en 'langdurige remissie' (= meer dan 12 maanden).

- De specificiers 'remissie tijdens onderhoudsbehandeling' en 'remissie in een gecontroleerde omgeving' (bv. gevangenis) blijven gehandhaafd.
- Cannabis withdrawal (ontwenning) en Cafeïne withdrawal zijn nieuw voor DSM-5, alsook Nicotineverslaving.
- Politoxicomanie is verdwenen.

Neurocognitieve stoornissen

- Zie eerdere slides

Persoonlijkheidsstoornissen

- De criteria voor de (6 overgebleven!) stoornissen zijn gelijk gebleven!

- De Antisociale, de Vermijdende, de Borderline, de Narcistische, de Obsessief-Compulsieve, en de schizotypische!
- De 'weggevallen' stoornissen zoals de Depressieve PS en Passief-Agressieve PS kunnen nu wel nog als 'another Unspecified PS' gediagnosticeerd worden!

- Nieuw is de 'Personality Change Due to Another Medical Condition'. Er zijn specificers als 'labiel type' en 'ontremd type'. Aanpassingstoornissen door een lichamelijke stoornis vallen hier niet onder.
- (Eerdere testen als de SCID-II kunnen dus nog gebruikt worden, al is het nut van de 'II-toevoeging' nu uiteraard obsoleet geworden aangezien er geen As-II meer bestaat)

Paraphilic Disorders

- Meer klemtoon dat niet elke parafilie een stoornis is, zeker niet wanneer aan criterium B (de schade aan anderen) niet voldaan wordt! Het wordt pas een stoornis indien ook aan dat criterium voldaan wordt. Opgelet: indien bv. een pedofiel criterium A (bv. de aangetrokkenheid tot het kind) formeel ontkent, maar er is voldoende bewijs voor feiten (dus criterium B), wordt de diagnose WEL gesteld!

- Belangrijke nieuwe specificiers zijn ‘in een gecontroleerde omgeving’ (zoals gevangenis, waardoor het gedrag niet kan gesteld worden) als toevoeging bij ‘in remissie’, wat beklemtoont dat veel experts twijfelen of men wel geheel kan genezen van een dergelijke parafilie. Twee specificiers die zeker ook voor juridische dossiers een belang kunnen hebben!
- ‘Hyperseksualiteit’ is nog steeds niet opgenomen als categorie, volgens velen een gemiste kans, maar kan echter wel als comorbiditeit gesteld worden bij andere parafilieën zoals voyeurisme, frotteurisme, enz?!