

Impulscontrole-, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5: geen leeftijds- en categorische afgrenzing meer

H.J.C. VAN MARLE

- ACHTERGROND** In de laatste editie van de DSM hebben de criteria voor externaliserende stoornissen principiële wijzigingen ondergaan.
- DOEL** De voornaamste veranderingen onder de loep nemen.
- METHODE** Vergelijken van de oude en de nieuwe criteria en toetsen aan het uitgangspunt van de nieuwe DSM-5, namelijk klinische bruikbaarheid.
- RESULTATEN** De DSM-5 doet meer recht aan de geleidelijke overgang tussen symptoom- en persoonlijkheidsstoornis door de plaatsing in de rubriek 'grensoverschrijdend gedrag' en het weglaten van de 18-jaargrens voordat er sprake mag zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Bij de persoonlijkheidsstoornissen is de oude indeling blijven bestaan en wordt een nieuwe voorgesteld.
- CONCLUSIE** Bij de classificatie van de gedragsstoornissen is er zeker winst geboekt met deze vijfde editie. Er is tevens oog geweest voor het vastleggen van de mate van ernst als belangrijk onderdeel van de diagnostiek. De classificering van de persoonlijkheidsstoornissen blijft een discussiepunt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 201-205

TREFWOORDEN DSM-5, externaliserende stoornissen, gedragsstoornissen, klinische bruikbaarheid, persoonlijkheidsdiagnostiek



De gedragsstoornissen, waaronder de persoonlijkheidsstoornissen, behoren pas vanaf het begin van de 19de eeuw tot het domein van de psychiatrie, toen de Franse artsen Pinel en later Esquirol maatschappelijk slecht aangepaste patiënten beschreven zonder psychotische kenmerken of intelligentiedefecten. Persoonlijkheidstypen werden pas aan het eind van de 19de eeuw door Janet en Freud ontwikkeld, hetgeen zich voortzette in de daaropvolgende eeuw. Pas in 1915 benoemde de zenuwarts Kraepelin gedragsstoornissen van kinderen, bij wie hij morele defecten waarnam zoals agressiviteit en ongevoeligheid (Kaplan & Sadock 1995). Antisociaal gedrag werd hierdoor eveneens een medische stoornis, hetgeen leidde tot verdere diagnostiek en (pogingen tot) behandelingen.

Tot op heden hebben allerlei maatschappelijke stromingen zich daartegen gekeerd omdat daardoor de wetsovertreder zijn terechte straf zou ontlopen. Pas in de DSM-III van 1980 werden de persoonlijkheidsstoornissen als een aparte specifieke categorie beschouwd, hetgeen leidde tot diagnostiek op een aparte as (as II). Ook pas in de DSM-III werden gedragsstoornissen voor kinderen als een aparte entiteit beschouwd, stabiel door de tijd heen, moeilijk behandelbaar, met een slechte prognose en verschillende subtypes. In de daaropvolgende DSM-IV (APA 1994) werd deze categorisering gehandhaafd. De huidige editie, de DSM-5 (APA 2013), heeft echter deze strakke afgrenzing tussen gedragsbepalende ('externaliserende') en affectieve ('internaliserende') stoornissen weer laten varen.

Klinische bruikbaarheid voorop bij de gedragsstoornissen

Voor deze externaliserende stoornissen, waarbij de psychische problematiek van het individu primair tot uitdrukking komt in een verstoorde relatie met diens omgeving, is er in de DSM-5 een nieuwe indeling gebruikt. De klinische bruikbaarheid van de classificering moet nu voorop staan, waarmee ook gezegd wordt dat bepaalde ziektebeelden moeilijk van elkaar blijven af te grenzen. De DSM-IV-classificatie 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' is op grond van deze nieuwe indeling opgeheven en gesplitst in twee nieuwe categorieën: 'disruptive, impuls-control and conduct disorders' voor de gedragsstoornissen en voor de overige stoornissen de 'neurodevelopmental disorders', de ontwikkelingsneurologische stoornissen.

In de eerste staan de problemen met de zelfbeheersing van emoties en gedrag centraal, meer specifiek gaat het om gedrag dat rechten van anderen schendt door agressiviteit of materiële schade en/of dat de patiënt zelf in conflict brengt met de sociale normen of autoriteiten. Onder meer de aandachtstekort- en hyperactiviteitsstoornissen en de autistische stoornissen vallen nu onder de neurologische ontwikkelingsstoornissen en worden niet meer in één categorie geplaatst met de gedragsstoornissen, hetgeen theoretisch, en hopelijk praktisch ook, een destigmatiserend effect heeft.

Verder is aan dit hoofdstuk de DSM-IV-classificatie 'stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd' toegevoegd, met uitzondering van de trichotillomanie, die nu is ondergebracht bij de obsessieve-compulsieve en aanverwante stoornissen. Het pathologisch gokken is, geheel conform de wetenschappelijk evidentie, nu ondergebracht bij de verslavingsziekten ('substance-related and addictive disorders'). Blijven over de periodieke explosieve stoornis, de pyromanie en de kleptomanie. Het is nu mogelijk bij de periodieke explosieve stoornis ook verbaal geweld als een symptoom ervan te vermelden en blijft deze stoornis niet alleen meer beperkt tot fysiek geweld. Voor de laatste twee stoornissen blijven de criteria gelijk. Zoals bij alle categorieën eindigt dit hoofdstuk met de twee nieuwe classificaties 'other specified' en 'unspecified' disruptive, impulse-control, and conduct disorder.

In dit hoofdstuk is daarnaast nog apart de antisociale persoonlijkheidsstoornis opgenomen in het verlengde van de gedragsstoornis ('conduct disorder'), omdat die (vroegere as II-)stoornis eveneens duidelijk de kenmerken heeft van een externaliserende stoornis. Dit is een erkenning van de empirisch bevestigde geleidelijke overgang van psychiatrische stoornissen tijdens de jeugd naar die in de volwassenheid (Hofstra 2000), waardoor er moeilijk op

AUTEUR

HJALMAR VAN MARLE, hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum en Erasmus School of Law, Erasmus Universiteit, Rotterdam; supervisor gedragskundige rapportages, opleiding tot psychiater, ErasmusMC en LUMC; psychiater, forensische polikliniek Het Dok, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Hjalmar van Marle, Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Kamer DP-0424, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.
E-mail: h.j.c.vanmarle@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-11-2013.

grond van leeftijd een grens kan worden getrokken. De antisociale persoonlijkheidsstoornis is ook in het betreffende hoofdstuk onder de persoonlijkheidsstoornissen ondergebracht. Als hoofddiagnose is in deze editie van de DSM 'de antisociale persoonlijkheidsstoornis' blijven bestaan.

De persoonlijkheidsstoornissen

De indeling van de categorie 'persoonlijkheidsstoornissen' in de DSM-5 is identiek gebleven aan die in de DSM-IV, zij het dat deze stoornissen niet meer zijn ondergebracht in een aparte as, maar als één van de overige classificaties in sectie II ('diagnostic criteria and codes') tussen de neurocognitieve en de parafiele stoornissen. In de DSM-5 is het assenstelsel immers afgeschaft omdat naar het gevoel van de redactie dit stelsel te veel uitging van goed van elkaar te onderscheiden psychische stoornissen op symptoomniveau (as I: egodystoon) en persoonlijkheidsniveau (as II: egosyntoon), terwijl uit de klinische praktijk veeleer een geleidelijke overgang was gebleken.

Er is aanvankelijk getracht een meer dimensioneel systeem (dat wil zeggen, een verzameling van bepaalde psychometrisch vast te stellen persoonlijkheidseigenschappen die in meer of mindere mate aanwezig en disfunctioneel kunnen zijn) in te voeren voor de indeling van de persoonlijkheidsstoornissen. Daarmee wilde men de tekortkomingen van de huidige indeling ondervangen, zoals de overlap in symptomen tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen, waardoor de diagnostiek van een specifieke persoonlijkheidsstoornis weinig extra informatie gaf.

Dat nieuwe model heeft het echter niet gehaald in de definitieve DSM-5 omdat, zoals vermeld op pagina 761, de redactie de continuïteit met de huidige praktijk wilde bewaren. De tegenwoordig veelgebruikte DSM-IV-indeling

volgens cluster A, B en C is overigens naar mijn mening ook al een dimensionele benadering volgens de dimensies vreemd/eigenaardig, dramatisch/emotioneel en angstig/vreesachtig, waarbinnen de desbetreffende persoonlijkheidsstoornissen en de (sub)criteria ervan de maat van de dimensie weergeven.

De beoogde alternatieve opzet is nu in de sectie III terecht gekomen voor verder wetenschappelijk onderzoek. In het alternatieve model worden de persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt door beperkingen in het persoonlijk functioneren en door pathologische persoonlijkheidstrekken. Een aantal DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen is verdwenen omdat daarvoor geen specifiek empirisch bewijs kon worden aangetoond. Overbleven de antisociale, de vermijdende, de borderline-, de narcistische, de obsessieve-compulsieve en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Bij dit model behoort natuurlijk ook een nieuwe definitie van de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, die nu niet kan worden toegepast.

De 'persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven' is in de huidige DSM-5 verdwenen. In de verder onveranderde classificatie in sectie II is namelijk de rubriek '*other personality disorders*' toegevoegd. Daaronder vallen de '*personality change due to another medical condition*', de '*other specified personality disorder*' en de '*unspecified personality disorder*'.

De eerste, de '*personality change due to another medical condition*', is een nieuwe categorie met als criterium dat de verandering in de persoonlijkheid een direct pathofysiologisch gevolg moet zijn van een andere medische stoornis, zoals moet blijken uit de ziektegeschiedenis, het lichamelijke onderzoek of laboratoriumgegevens. Een aantal verdere specificaties is genoemd, zoals het labiele type of het ontremde type. Aanpassingsreacties aan een bepaalde lichamelijke stoornis, zoals afhankelijkheid, vallen hier dus niet onder.

De '*other specified personality disorder*' classificeert dat er wel sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, maar dat die niet voldoet aan de criteria van een specifieke persoonlijkheidsstoornis (de oude NAO dus). Nieuw is dus dat hierbij de reden van die aparte classificatie nu moet worden aangegeven.

De '*unspecified personality disorder*' is bedoeld voor de classificatie van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis die niet in de DSM-5 staat vermeld, maar daar eventueel aanleiding toe zou kunnen geven (zoals die van Appendix B uit de DSM-IV-TR, de depressieve en de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis), en dus in de DSM-5 niet te classificeren valt. Verder kan men deze categorie gebruiken wanneer er weliswaar sprake is van (de definitie van) een persoonlijkheidsstoornis, maar er te weinig informatie aanwezig is om een meer specifieke stoornis vast te stellen.

Beschouwing

De DSM-systematiek is reductionistisch omdat het toestandsbeeld tot een simpel rubriceerbare stoornis wordt teruggebracht zonder inachtneming van de rol van het subject. Het zegt dus niets over iemands beweegredenen of intenties (Van Marle e.a. 2008), terwijl bij afwijkingen in het gedrag of in de sociale interacties juist de individuele motieven daartoe van doorslaggevend belang zijn voor de beoordeling ervan. Net als in de DSM-IV wordt terecht benadrukt dat de DSM-5 niet geschikt is voor het gebruik in de rechtszaal ('forensisch gebruik') omdat die zich beperkt tot het vaststellen van klassen stoornissen en niet tot de individuele beperkingen die daaruit voortvloeien en die vervolgens wel of niet van toepassing zijn binnen de specifieke zaak.

Een probleem bij verder onderzoek en evaluatie van de gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV was het ontbreken van een code voor een bepaalde mate van ernst en consequenties van het gestoorde, zelfs agressieve gedrag. De mate van disfunctioneren op symptoomniveau viel niet af te leiden tenzij op grond van de aan- of afwezigheid van comorbiditeit. De *Global Assessment of Functioning* (GAF)-schaal bood enig soelaas over het algemene niveau van functioneren, maar die is in de DSM-5 verdwenen (blz. 16). De nieuwe '*severity specifiers*' zijn hiervoor geen vervanging, want die geven alleen een frequentie, intensiteit of een symptomenaantal e.d. weer (blz. 22: '*include disorder-specific definitions*') en geen evaluatie van de beperkingen. De enige mogelijkheid bij agressie is om een periodieke explosieve stoornis te vermelden, maar dat is een vrij specifieke benaming wanneer het ging om huiselijk geweld of situatief bepaalde vechtpartijen zoals bij pesten en provoceren. Echter, toen en nu ook weer, blijven er problemen met de afgrenzing van andere stoornissen, zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis. 'Niet eerder zijn toe te schrijven (DSM-IV)/not better explained (DSM-5)' impliceert een dichotomie, terwijl juist de persoonlijkheidsstoornis de basis is voor de explosies van emoties en agressie. De aan- of afwezigheid van die explosies moet altijd apart vermeld kunnen worden.

Voor de '*oppositional defiant disorder*' en de '*conduct disorder*' is de nieuw geïntroduceerde systematiek van de '*severity specifiers*' gebruikt, zodat nu de beide stoornissen met een milde, matige en grote ernst gecodeerd kunnen worden. Ook worden er specifieke frequenties vermeld voordat er sprake is van gestoord gedrag, en wordt er niet meer volstaan met de opmerking dat het gestoorde gedrag vaker moet voorkomen dan bij vergelijkbare personen. Terecht wordt bij de '*conduct disorder*' verder gespecificeerd of er sprake is van '*limited prosocial emotions*' (om het woord 'antisociaal' of 'psychopatisch' niet te gebruiken). Deze kunnen worden aangemerkt als '*lack of remorse or guilt*', '*callous-lack of empathy*', '*unconcerned about performance*' en

'shallow or deficient affect'. We zien hier al de aanzet tot een meer dimensionele benadering van een kenmerkende emotionele stoornis bij gedragsgestoorde kinderen en jeugdigen.

Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis kan, net als in de DSM-IV, niet apart gespecificeerd worden wanneer er sprake is van 'with psychopathic features', hetgeen wel wordt voorgesteld bij de dimensionele classificatie in sectie III. Naar mijn mening blijft hier ook de DSM-5 in gebreke, want daardoor is de veel onderzochte stoornis 'psychopathy' nog steeds buiten de psychiatrische diagnostiek geplaatst en alleen toegankelijk via de *Psychopathy Checklist-Revised* waarvoor men speciaal opgeleid moet zijn.

In de DSM-5-sectie III wordt een nieuwe wijze van persoonlijkheidsdiagnostiek voorgesteld, inclusief een 'Scoring Algorithm' en een apart 'Rating Level of Personality Functioning'. In criterium A is nu vastgelegd als maatstaf (!) dat er minstens matige of ernstige beperkingen moeten zijn in het persoonlijk functioneren voor dat er sprake kan zijn van een persoonlijkheidsstoornis, en dan met name in twee of meer van de volgende vier domeinen: identiteit, autonomie (mijn vertaling van 'self-direction'; HvM), empathie en intimiteit. In criterium B worden de vijf domeinen van pathologische persoonlijkheidstrekken genoemd die bij het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis moeten worden betrokken: negatieve affectiviteit, onthechting, antagonisme, ontremming en psychotisme. In daaropvolgende tabellen worden vervolgens de verschillende facetten van deze domeinen verder uitgewerkt (blz. 775-781). Met het oog op de praktiserend psychiater (en de overige gebruikers van de DSM-IV) lijkt het een hele klus om daar enige behendigheid én betrouwbaarheid in te ontwikkelen.

Op het eerste gezicht lijkt het voorgestelde dimensionele persoonlijkheidsonderzoek een vrij omslachtige manier om een persoonlijkheidsstoornis vast te leggen. Een eenvoudiger systematiek (bijvoorbeeld alleen criterium A en B) lijkt klinisch praktischer en niet per se onnauwkeuriger, maar dat moet nog onderzocht worden. Echter, de basale vraag is: wat wil de psychiatrie nu doen aan persoonlijkheidsdiagnostiek in relatie tot het psychologisch persoonlijkheidsonderzoek? In ons vak gaat het altijd om de zieke die op zijn of haar persoonlijke manier gestalte geeft aan een bepaalde ziekte. De manifestatie (aard, ernst, symptomencomplex, beperkingen; zie verder: Hengeveld en Schudel 2005) van het ziektebeeld wordt mede bepaald door de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt en daardoor blijft de psychiatrie noodzakelijkerwijze een eigen diagnostiek nodig hebben.

Tot slot

Bij de classificatie van de gedragsstoornissen is er zeker winst geboekt met deze vijfde editie. Er wordt meer recht gedaan aan de geleidelijke overgang tussen symptoom- en persoonlijkheidsstoornis door de rubricering en het weglaten van de 18-jaargrens. Bij de gedragsstoornissen is er oog geweest voor het vastleggen van de mate van ernst als belangrijk onderdeel van de diagnostiek. De classificering van de persoonlijkheidsstoornissen blijft een discussiepunt. Wellicht moet de psychiatrie eerst met zichzelf de discussie aangaan over wat nu in psychiatrische zin een functionele persoonlijkheidsdiagnose is, waarbij zij zich dan niet moet willen spiegelen aan wat de psychologie in dezen te bieden heeft.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie). Arlington: American Psychiatric Association; 1994.
- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek (3de druk). Utrecht: de Tijdstroom; 2005.
- Hofstra MB. Psychopathology from childhood into adulthood: follow-up of an epidemiological sample. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2000.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry (6de druk). Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
- Marle HJC van, van der Wolf MJF. Forensisch psychiatrische ziektenleer: een inleiding, een handleiding, een handreiking. In: Van Marle HJC, Mevis PAM, van der Wolf MJF, red. Gedragskundige rapportage in het strafrecht. Deventer: Kluwer; 2008. pp. 63-105.

SUMMARY

Impulse-control disorders and behavioural and personality disorders in DSM-5: no more age-limits or rigid category boundaries

H.J.C. VAN MARLE

BACKGROUND In the last edition of the DSM the externalising disorders have been fundamentally changed and have been separated from the neurodevelopmental disorders.

AIM To make a detailed study of the principal changes.

METHOD The old and new criteria for the behavioral disorders are compared and tested on the basis of their clinical utility, which is the underlying principle of the new DSM-5.

RESULTS More justice had been done to the gradual transition from symptoms of personality disorders to the illness itself. This has been done by placing the transition under the heading 'boundary-crossing behaviour' and by removing the rule that no-one under the age of 18 can be diagnosed as having a personality disorder. For personality disorders, the old category has been retained but a new one is proposed.

CONCLUSION In the 5th edition of the DSM the classification of behavioral disorders is much better and clearer than in the 4th edition. Careful attention has been given to the need to ensure that the severity of a patient's illness play a major role in the diagnosis. The classification of the personality disorders still needs further discussion.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 201-205

KEY WORDS clinical utility, DSM-5, externalising disorders, disruptive, impuls-control and conduct disorders, personality disorders