

Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5

W. VAN DEN BRINK

- ACHTERGROND** In mei 2013 werd de 5de editie van de DSM gepresenteerd met belangrijke veranderingen in de classificatie van verslaving.
- DOEL** Bespreken van de veranderingen in de classificatie van verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5.
- METHODE** Eerst wordt een historische schets gegeven waarin de ontwikkeling van het concept verslaving en de classificatie van verslavingsgedrag tot DSM-IV wordt samengevat. Daarna volgt een beschrijving van de veranderingen tussen DSM-IV en DSM-5.
- RESULTATEN** De belangrijkste veranderingen zijn: 1. samenvoeging van DSM-IV-stoornissen in en door het gebruik van middelen en de DSM-IV-stoornis pathologisch gokken in één nieuwe DSM-5-categorie 'Verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen'; 2. samenvoeging van DSM-IV-diagnosen misbruik en afhankelijkheid tot één nieuwe DSM-5-diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie ernstniveaus; 2a. verwijdering van DSM-IV-misbruikcriterium 'terugkerende juridische problemen door het gebruik van middelen' en introductie van het DSM-5-criterium 'craving'; en 2b. aanscherping van criteria voor (partiële) remissie.
- CONCLUSIE** DSM-5 vertoont verbeteringen ten opzichte van DSM-IV, maar voor het stellen van een psychiatrische diagnose en het behandelen van een psychiatrische patiënt dient classificatie aangevuld te worden met staging en profilering.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 206-210

TREFWOORDEN classificatie, diagnostiek, DSM-5, gokverslaving, verslaving



Het denken over verslaving heeft in de in de laatste twee eeuwen een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt (van den Brink 2006): van verslaving als morele zwakte in het begin van de 19de eeuw (moreel model met heropvoedingskampen) en verslaving als direct gevolg van de verslavende eigenschappen van de stof aan het eind van de 19de en begin van de 20ste eeuw (farmacologisch model met drankbestrijding), via een psychoanalytisch geïnspireerd model met verslaving als uiting van een onderliggende karakterneurose (symptomatisch model met therapeutisch gemeenschap), tot een biopsychosociaal bepaalde aandoening in de tweede helft van de 20ste eeuw (met een combinatie van behandelingen). De laatste 25 jaar wordt verslaving – binnen de psychiatrie, maar ook daarbuiten

– vooral gezien als een hersenziekte waarin biologische kwetsbaarheid en persistente veranderingen van het brein door herhaaldelijk middelengebruik centraal staan (hersenziektemodel: Leshner 1997).

Van immoreel gedrag naar afhankelijkheidsyndroom

Deze ontwikkeling is ook terug te vinden in de Amerikaanse classificatie van psychiatrische stoornissen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. In de DSM-I (1952) en de DSM-II (1968) werden alcoholisme en drugsverslaving (net als seksuele afwijkingen, waaronder ook homoseksualiteit) nog opgenomen als subcategorie van de sociopathische persoonlijkheidsstoornis, waarmee

verslaving toch vooral werd gezien als immoreel gedrag op basis van een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Met de komst van de DSM-III (1980) werd afstand gedaan van deze nogal moralistische benadering en werd verslaving voor het eerst een aparte categorie. Er werd daarbij een onderscheid gemaakt tussen misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve middelen, waarbij 'misbruik' losjes werd gedefinieerd als 'een patroon van onaangepast gebruik van een middel leidend tot beperkingen in het sociale en beroepsmatig functioneren', terwijl 'afhankelijkheid' losjes werd gedefinieerd als 'misbruik in combinatie met lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie en onthoudingsverschijnselen)'.

In de DSM-III-R (1987) werd het roer opnieuw drastisch omgegooid en werd aansluiting gezocht bij het in Europa door Edwards en Gross (1976) ontwikkelde alcoholafhankelijkheidssyndroom, een multidimensioneel syndroom met sociale, gedragsmatige en biologische componenten waarin verlies van controle over het gebruik centraal stond (Li e.a. 2006). De diagnostische categorie 'afhankelijkheid' werd sterk verbreed en er werden exacte criteria geformuleerd, waarbij er ten minste aan 3 van de 9 criteria voldaan moest zijn om de diagnose te kunnen stellen. Aanwezigheid van tolerantie en/of onthoudingsverschijnselen waren niet langer een vereiste.

In de DSM-III-R werd bovendien een globaal onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige afhankelijkheid en er werden definities gegeven voor partiële en volledige remissie. Aanvankelijk stelden de ontwikkelaars van de DSM-III-R voor de diagnose misbruik te laten vervallen, maar op het laatste moment werd deze diagnostische categorie toch behouden als restcategorie voor mensen met een stoornis in het gebruik van middelen die niet voldoet aan de criteria voor afhankelijkheid. Misbruik werd gedefinieerd aan de hand van twee criteria, die deels overlapten met die van de diagnose afhankelijkheid, waarvan aan ten minste één voldaan moest zijn.

De DSM-IV werd gekenmerkt door consolidatie; het onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid bleef ongeveer gelijk, de criteria van afhankelijkheid bleven ongeveer gelijk, maar werden wat ingedikt (minimaal voldoen aan 3 van 7 criteria in een periode van 12 maanden) en het aantal criteria voor misbruik werd wat uitgebreid (minimaal voldoen aan 1 van 4 criteria in een periode van 12 maanden). Het onderscheid tussen lichte, matige en ernstige afhankelijkheid verdween weer en er werd een onderscheid tussen vroege en langdurige (partiële) remissie geïntroduceerd.

Pathologisch gokken

Vanaf de DSM-III was er ook sprake van een diagnostische categorie '*pathologisch gokken*' (Petry 2006); een categorie die

AUTEUR

WIM VAN DEN BRINK, arts, epidemioloog en hoogleraar Verslavingszorg, afd. Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA), en directeur Amsterdams Instituut voor Verslavingsonderzoek (AIAR).

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Wim van den Brink, Academisch Medisch Centrum (AMC), afd. Psychiatrie, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam.
E-mail: wvandenbrink@amc.uva.nl

Strijdige belangen: Wim van de Brink ontving honoraria van Elli Lilly, Merck-Serano, Lundbeck en Reckitt Benckiser en subsidie van Alkermes/Neuroseach.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-9-2013.

in de volksmond vaak als 'gokverslaving' werd bestempeld, maar in het classificatiesysteem was opgenomen in de categorie 'stoornissen in de impulscontrole (NAO)'. Aanvankelijk ging om een nogal willekeurige set van 8 criteria, waarvan aan ten minste 4 voldaan moest zijn. Het ging daarbij voornamelijk om de onmogelijkheid om de impuls om te gokken ter weerstaan en om de financiële en juridische gevolgen. De diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis werd als uitsluitingscriterium opgenomen. In de DSM-III-R werd er een vrijwel volledig nieuwe set van 9 criteria gepresenteerd die, met uitzondering van het criterium 'teruggaan om je verlies goed te maken', een bijna directe vertaling was van de criteria voor de diagnose afhankelijkheid van een middel in de DSM-III-R. In de DSM-IV werden de criteria van de DSM-III en de DSM-III-R vervolgens gecombineerd tot een nieuwe set van 10 criteria, waarvan er aan ten minste 5 voldaan moest zijn. Bovendien mocht de diagnose pathologisch gokken niet meer gesteld worden als de symptomen beter verklaard konden worden door een gelijktijdig aanwezige manische episode.

VAN DSM-IV NAAR DSM-5

De belangrijkste veranderingen die in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV zijn aangebracht, kunnen kort als volgt worden samengevat:

1. samenvoeging van de DSM-IV-stoornissen in en door het gebruik van middelen en de DSM-IV-diagnose pathologisch gokken in één nieuwe DSM-5-categorie 'verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen';
2. samenvoeging van DSM-IV-diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' tot één nieuwe DSM-5-diagnose 'stoornis in de impulscontrole'.

nis in het gebruik van middelen' met drie te onderscheiden ernstniveaus: beperkt, matig en ernstig;

2a. verwijdering van het DSM-IV-misbruikcriterium 'terugkerende juridische problemen door het gebruik van middelen' en introductie van het DSM-5-criterium 'craving';

2b. aanscherping van de bestaande DSM-IV-criteria voor (partiële) remissie.

Ik licht de details, de redenen en mogelijke gevolgen van deze veranderingen kort toe.

Samenvoeging stoornissen in het gebruik van middelen en pathologisch gokken

De belangrijkste verandering in DSM-5 is waarschijnlijk de verhuizing van de DSM-IV-diagnose pathologisch gokken (nieuwe naam 'gokstoornis' of 'gokverslaving') van de categorie 'stoornissen in de impulscontrole (NAO)' naar de gecombineerde categorie 'verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen'. Deze verschuiving werd ingegeven doordat deze stoornissen fenomenologisch grote overlap vertonen, veel samen voorkomen, er sprake is van een gedeelde genetische kwetsbaarheid en doordat beide stoornissen gekenmerkt worden door vergelijkbare hersenfunctiestoornissen (Petry 2006; van Holst e.a. 2010). Bovendien blijkt pathologisch gokken in veel opzichten meer op een stoornis in het gebruik van middelen dan op bepaalde stoornissen in de impulscontrole (Goudriaan e.a. 2006). Ten slotte blijken interventies die effectief zijn bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen in veel gevallen ook effectief bij de behandeling van pathologisch gokken (Van den Brink 2012).

Naast deze herplaatsing van gokverslaving in het classificatiesysteem werden er ook nog enkele veranderingen aangebracht in de criteria. Net als bij de stoornissen in het gebruik van middelen werd ook bij de nieuwe diagnose gokverslaving het (weinig frequente) criterium 'illegale activiteiten' verwijderd en werd de drempel voor het stellen van de diagnose verlaagd van 5/10 naar 4/9 criteria waaraan tegelijkertijd binnen een periode van 1 jaar voldaan moet zijn. Het vermoeden is dat deze veranderingen slechts een beperkte toename van de prevalentie tot gevolg zullen hebben (Petry e.a. 2013).

De samenvoeging van chemische verslavingen en gedragsverslavingen riep direct de vraag op of ook andere gedragsverslavingen zouden moeten worden opgenomen in de nieuwe categorie. Op basis van een verkenning van de literatuur werd besloten alleen gameverslaving in de DSM-5 op te nemen in de bijlage met stoornissen die nader onderzocht moeten worden; eetverslaving, seksverslaving, koopverslaving, werkverslaving en sportverslaving kwamen daarvoor (voorlopig) niet in aanmerking.

Samenvoeging van DSM-IV-stoornissen misbruik en afhankelijkheid tot nieuwe DSM-5-stoornis in het gebruik van middelen

Een tweede opvallende verandering is de samenvoeging van de DSM-IV-stoornissen misbruik en afhankelijkheid van middelen tot één nieuwe DSM-5-diagnose stoornis in het gebruik van middelen. De belangrijkste redenen voor deze verandering kunnen als volgt worden samengevat:

- De betrouwbaarheid en validiteit van de DSM-IV-diagnose misbruik werd algemeen als onvoldoende beoordeeld en voor een deel toegeschreven aan de hiërarchische relatie tussen misbruik en afhankelijkheid, waarbij de diagnose misbruik alleen gesteld mocht worden als er geen sprake was van afhankelijkheid van hetzelfde middel.
- De definitie van een syndroom waarbij in principe slechts aan één criterium hoefde te worden voldaan, werd als ongewenst beschouwd.
- Uit psychometrisch onderzoek was naar voren gekomen dat de diagnostische criteria voor misbruik en afhankelijkheid waarschijnlijk deel uitmaken van één onderliggende verslavingsdimensie, waarbij sommige criteria van de (minder ernstige) stoornis misbruik een ernstiger deel van de dimensie vertegenwoordigden dan sommige criteria van de (ernstiger) stoornis afhankelijkheid.
- De aanwezigheid van 'diagnostische wezen' ten gevolge van de eerder genoemde hiërarchie tussen misbruik en afhankelijkheid: mensen die wel aan twee afhankelijkheidscriteria, maar aan geen enkel misbruikcriterium voldeden (Hasin e.a. 2013).

Bij de samenstelling van de criteria voor de nieuwe DSM-5-stoornis in het gebruik van middelen werd – mede gezien de goede psychometrische eigenschappen – uitgegaan van de bestaande criteria voor misbruik (4 criteria) en afhankelijkheid (7 criteria), waarna het weinig frequent voorkomende criterium 'terugkerende juridische problemen door het gebruik van middelen' werd verwijderd en het theoretisch en klinisch relevante criterium 'craving' werd toegevoegd, zodat opnieuw een set van 11 criteria ontstond.

In de keuze van een drempelwaarde voor de aanwezigheid van de nieuwe DSM-5-stoornis in het gebruik van middelen werd gekozen voor minimaal 2 criteria waaraan gelijktijdig voldaan moet worden in het laatste jaar, omdat dit afkappunt zowel in de algemene bevolking als in klinische groepen tot prevalenties voor de verschillende middelen lijkt te leiden die het meeste vergelijkbaar zijn met die voor misbruik of afhankelijkheid volgens DSM-IV (Hasin e.a. 2013). Of dat in vervolgonderzoek ook (voor alle middelen) daadwerkelijk het geval zal zijn, moet nog blijken. In de DSM-IV bestond er geen diagnose nicotinemisbruik en was

de prevalentie gebaseerd op de diagnose nicotineafhankelijkheid. De DSM-5 zal daarom vrijwel zeker leiden tot een (aanzienlijke) toename van de prevalentie.

In de DSM-5 worden drie ernstniveaus voor de stoornis in het gebruik van middelen onderscheiden: beperkt (≥ 2 criteria in het laatste jaar); matig (4-5 criteria in het laatste jaar); ernstig (≥ 6 criteria in het laatste jaar).

Ten slotte zijn in de DSM-5 de criteria voor remissie vereenvoudigd en verhelderd. Het concept partiële remissie uit de DSM-IV werd verwijderd en in de DSM-5 worden in plaats van vier nog maar twee vormen van remissie onderscheiden:

- vroege remissie, indien gedurende 3-12 maanden (behalve craving) geen symptomen meer aanwezig zijn;
- langdurige remissie, indien gedurende meer dan 12 maanden (behalve craving) geen symptomen meer aanwezig zijn geweest.

De nadere specificaties 'remissie tijdens onderhoudsbehandeling' en 'remissie in een gecontroleerde omgeving' zijn gehandhaafd.

Evaluatie

De samenvoeging van de stoornissen in het gebruik van middelen en pathologisch gokken is zowel vanuit een fenomenologisch als neurobiologisch perspectief goed te rechtvaardigen en komt tegemoet aan de groeiende wens om zowel bij de psychiatrische classificatie en diagnostiek als bij de behandeling van psychiatrische patiënten meer rekening te houden met onderliggende psychopathologische processen (Cuthbert & Insel 2013). Bovendien komen de samenvoeging van de DSM-IV-diagnoses misbruik en afhankelijkheid en de introductie van drie ernstniveaus voor de nieuwe DSM-5-stoornis in het gebruik van middelen enigszins tegemoet aan de wens om meer aandacht te

besteden aan het dimensionele karakter van veel psychiatrische stoornissen en aan de wens tot staging.

Dat betekent natuurlijk niet dat met deze nieuwe classificatie alle problemen zijn opgelost en dat we nu een ideaal systeem hebben. De definitie van een stoornis aan de hand van een groot aantal – sterk overlappende – criteria (9 voor gokverslaving en 11 voor de stoornis in het gebruik van middelen) is klinisch onhandig en zal leiden tot weerstand bij behandelaars. Bovendien zal het gebruik van nieuwe afkappunten (4/9 bij DSM-5-diagnose gokverslaving; 2/11 bij DSM-5-diagnose stoornis in het gebruik van middelen) leiden tot vragen over de registratie van geneesmiddelen die zijn goedgekeurd voor de DSM-IV-diagnose afhankelijkheid. Wat is het DSM-5-equivalent voor de DSM-IV-diagnose afhankelijkheid? Is dat elke DSM-5-stoornis in het gebruik van middelen of moet daaraan nog een extra criterium worden toegevoegd in de vorm van een minimum aantal criteria of een aanvullende klinisch beoordeling? Belangrijke vragen die opvallend weinig aandacht hebben gekregen.

Ten slotte moeten we ons realiseren dat het hier gaat om een classificatie van psychiatrische stoornissen en dat voor de diagnostiek en behandeling van individuele patiënten veel meer nodig is. De classificatie van de fenotypische kenmerken van de patiënt behoort te worden aangevuld met informatie over endofenotypische en genetische kenmerken van de patiënt en met kenmerken van diens omgeving. Alleen zo kunnen we komen tot een diagnostische formulering die rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens omgeving: van een classificatie via staging en profilering naar een diagnostische formulering en pas dan behandeling (Van den Brink & Schippers 2012).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association; 1952.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2de versie). Washington: American Psychiatric Association; 1968.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3de versie). Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3de, herz. versie). Washington: American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de, herz. versie). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Brink W van den. Verslaving, een chronisch, recidiverende hersenziekte. *Justitiële Verkenningen* 2006; 32: 59-75.
- Brink W van den. Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current Drug Abuse Reviews* 2012; 5: 3-31.

- Brink W van den, Schippers GM Stagering en profilering bij verslaving. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 941-8.
- Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC Med 2013; 11: 126.
- Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. BMJ 1976; 1: 1058-61.
- Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. Addiction 2006; 101: 534-47.
- Holst RJ van, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Brain imaging studies in pathological gambling. Curr Psychiatry Report 2010; 12: 418-25.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. Science 1997; 278: 45-7.
- Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. Addiction 2007; 102: 1522-30.
- Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? Addiction 2006; 101 (Suppl. 1): 152-60.

SUMMARY

Addictive behaviours from DSM-IV to DSM-5

W. VAN DEN BRINK

- BACKGROUND** The 5th edition of the DSM was published in May, 2013. The new edition incorporates important changes in the classification of addiction.
- AIM** To compare the classification of addictive behaviours presented in DSM-IV with the classification presented in DSM-5 and to comment on the changes introduced into the new version.
- METHOD** First of all, the historical developments of the concept of addiction and the classification of addictive behaviours up to DSM-IV are summarised. Then the changes that have been incorporated into DSM-5 are described.
- RESULTS** The main changes are: (1) DSM-IV substance related disorders and DSM-IV pathological gambling have been combined into one new DSM-5 category, namely 'Substance Related and Addictive Disorders'; (2) DSM-IV abuse and dependence have been combined into one new DSM-5 diagnosis, namely 'Substance Use Disorder'; (2a) the DSM-IV abuse criterion 'recurrent substance-related legal problems' and the DSM-5 criterion 'craving' has been introduced; and (2b) the criteria for (partial) remission have been sharpened.
- CONCLUSION** DSM-5 is an improvement on DSM-IV, but for the diagnosis of a psychiatric disorder and the treatment of a psychiatric patient, classification needs to be complemented with staging and profiling.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 206-210

KEY WORDS addiction, classification, diagnosis, DSM-5, pathological gambling