

Stemmingsstoornissen in de DSM-5

J. SPIJKER, S. CLAES

- ACHTERGROND** De DSM-5 is uitgekomen.
- DOEL** De belangrijkste wijzigingen in de DSM-5 wat betreft de stemmingsstoornissen bespreken en van commentaar voorzien.
- METHODE** Een beschouwing van de desbetreffende hoofdstukken van de DSM-5.
- RESULTATEN** De bipolaire stoornissen en de depressieve stoornissen worden nu als aparte categorieën beschreven. Bij de depressieve stoornissen zijn enkele nieuwe diagnoses toegevoegd, te weten: 'disruptive mood dysregulation disorder', 'premenstrual dysphoric disorder' en 'persistent depressive disorder'. Bij depressie zijn enkele kenmerken gewijzigd of toegevoegd, zoals 'with anxious distress'. Bij de bipolaire stoornis zijn de veranderingen beperkt gebleven tot wijzigingen die voortkomen uit de veranderingen bij depressie.
- CONCLUSIE** De veranderingen zullen waarschijnlijk niet tot grote verschuivingen in de behandelpraktijk leiden. Het wordt aangeraden zeer terughoudend te zijn met het stellen van de nieuwe diagnoses 'disruptive mood dysregulation disorder' en 'premenstrual dysphoric disorder'.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 173-176

TREFWOORDEN bipolaire stoornissen, depressieve stoornissen, DSM



Bij de herziening van de DSM-IV-TR (APA 2000) is wat betreft de stemmingsstoornissen een radicale verandering vrij ongemerkt gepasseerd. In de DSM-5 is namelijk de categorie stemmingsstoornissen opgeheven en de depressieve stoornissen en de bipolaire stoornissen worden nu afzonderlijk ondergebracht. De inherente verbintenis tussen deze aandoeningen, die al sinds Kraepelin wordt gehanteerd, wordt hiermee losgelaten, als teken van de schakelpositie die de bipolaire stoornis inneemt tussen enerzijds de psychotische stoornissen en anderzijds depressieve stoornissen als het gaat om symptomen, familiair voorkomen en genetica.

Wel heeft men getracht de opzet en de beschrijving van deze categorieën zoveel als mogelijk overeenkomstig te houden, waardoor er veel samenhang is tussen de hoofdstukken.

We zullen in deze korte bijdrage voor de depressieve stoornissen en de bipolaire stoornissen apart beschrijven wat de belangrijkste veranderingen zijn en we sluiten af met een korte beschouwing. Voor de achterliggende litera-

tuur verwijzen we naar het handboek DSM-5 (APA 2013). In de tekst wordt regelmatig de Engelse benaming van de stoornis gebruikt omdat op het moment van schrijven nog niet bekend is hoe de Nederlandse vertaling van de betreffende benaming zal luiden.

Depressieve stoornissen

NIEUWE CATEGORIEËN

Binnen de groep depressieve stoornissen zijn enkele nieuwe varianten opgenomen. De 'premenstrual dysphoric disorder' was in de DSM-IV-TR (APA 2000) nog een onderzoekscategorie, maar is nu opgewaardeerd tot hoofdcategorie omdat onderzoek het bestaan van dit syndroom heeft bevestigd. De criteria gaan uit van de aanwezigheid van minimaal 5 depressieve symptomen, die bij de meeste menstruele cycli aanwezig zijn, beginnen in de week voor de menstruatie en weer verdwijnen bij de start van de menstruatie. Van de vijf symptomen moet er minstens één van de volgende aanwezig zijn: affectabiliteit, geïrriteerd

zijn, depressief gevoel en angstig zijn en ook één van de volgende: afgenomen interesse, moeite met concentratie, veranderingen in eetlust, slaapproblemen, controleverlies en lichamelijke klachten.

Een tweede nieuwkomer is de '*disruptive mood dysregulation disorder*'. Dit is een classificatie die gesteld kan worden bij kinderen die meer dan drie keer per week een forse woede-uitbarsting (*temper outburst*) kennen in combinatie met een chronisch geïrriteerde stemming gedurende meer dan 1 jaar. De klachten dienen tussen het 6de en het 10de levensjaar ontstaan te zijn en de classificatie mag alleen gebruikt worden tot het 18de jaar, omdat het waarschijnlijk is dat de klachten daarna van aard veranderen.

De derde nieuwkomer was onder een andere naam bekend. De '*persistent depressive disorder*' is een samenvoeging van de dysthyme stoornis en de chronische depressieve stoornis. De criteria voor deze '*persistent depressive disorder*' zijn dan ook dezelfde als die voorheen golden voor de dysthymie, maar er kunnen nu weer verschillende kenmerken aangegeven worden: dysthymie, persisterende depressieve stoornis en intermitterende depressieve stoornis. Daarnaast kunnen ook ernstvarianten aangegeven worden: licht, matig, ernstig.

VERFIJNING

De belangrijkste variant van de groep depressieve stoornissen, de depressie, heeft geen grote veranderingen ondergaan. De meeste aandacht is uitgegaan naar een verdere verfijning van de kenmerken die aangegeven kunnen worden. Zo is bij de ernstkenmerken gewijzigd dat de aanduiding 'met psychotische kenmerken' niet alleen gesteld kan worden bij ernstige, maar ook bij lichte en matige ernst van de klachten. In de klinische praktijk bleken ook bij patiënten met een lichte tot matige ernst van depressie psychotische kenmerken aanwezig te kunnen zijn.

Een nieuw kenmerk is '*with anxious distress*'. Voorheen kon de aanwezigheid van angstsymptomen bij een depressie niet weergegeven worden, tenzij er een comorbide angststoornis was. Uit onderzoek is echter gebleken dat ook angstsymptomen prognostisch ongunstig zijn wat betreft therapieresultaten en herstel. Aan het kenmerk wordt voldaan als er twee of meer angstsymptomen zijn ten tijde van de depressie. De symptomen zijn gespannenheid, onrust, moeite met concentratie of piekeren, angstige verwachtingen en angst voor controleverlies.

Ook nieuw is het kenmerk '*with mixed features*'. Door de scheiding tussen de depressieve stoornissen en de bipolaire stoornissen, is bij beide nu dit kenmerk toegevoegd, wat, indien aanwezig bij een depressie, als een aanwijzing kan worden beschouwd dat er mogelijk toch sprake is van een bipolaire diathesis. Er moeten dan minstens drie (hypo-)

AUTEURS

JAN SPIJKER is psychiater, Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Nijmegen, bijzonder hoogleraar Chronische Depressie aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen en hoofdredacteur Tijdschrift voor Psychiatrie.

STEPHAN CLAES, hoogleraar Psychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Jan Spijker, Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Reinier Postlaan 6, 6525 GC Nijmegen.
E-mail: j.spijker@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-12-2013.

mane symptomen aanwezig zijn tijdens de meeste dagen van de depressie, te weten: euforie, verhoogd zelfgevoel, toegenomen spreekbehoefte, gedachtevlucht, toegenomen energie, aangaan van risicovolle activiteiten en afgenomen slaapbehoefte.

Het kenmerk dat wees op een ontstaan van depressie post partum is gewijzigd in peri partum, omdat gebleken is dat depressies evenzeer kunnen voorkomen tijdens de zwangerschap.

Bij de overige depressieve stoornissen kunnen recidiverende kortdurende depressie, depressie van korte duur (4-13 dagen) en depressieve episode met onvoldoende symptomen worden aangegeven. Rest nog een categorie 'ongespecificeerde depressieve stoornis' als er niet voldaan wordt aan de volledige criteria voor een depressie, maar er onvoldoende informatie is om vast te stellen aan welke criteria de stoornis dan wel voldoet.

ROUWCRIERIUM

Er is nog een belangrijke verandering te benoemen. Vanaf de DSM-III kon het rouwcriterium als exclusie gelden om een depressie te classificeren. De gedachte was dat een normale reactie op een ernstig verlies niet als ziekte gelabeld dient te worden en dus geen reden tot behandeling dient te vormen. In de DSM-IV (APA 1994) werd aan dit rouwcriterium nog een tijdslimiet van 2 maanden gekoppeld. Duurden de depressieve klachten voortkomende uit rouw langer dan deze 2 maanden, dan diende alsnog een depressie geassocieerd te worden als tenminste aan de criteria werd voldaan.

Nieuw onderzoek heeft echter laten zien dat het onderscheid tussen rouwsymptomen en depressie erg lastig te

maken is en dat er ook geen essentiële verschillen zijn tussen rouw en depressie als het gaat om genetische kwetsbaarheid, comorbiditeit en beloop. Daarom is in de DSM-5 het rouwcriterium vervallen en wordt aan de clinicus overgelaten of klachten die ontstaan na verlies en die voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis, uiteindelijk toch beter als rouw geïdentificeerd kunnen worden. Daarbij wordt de clinicus geadviseerd toch eerder aan rouw te denken als: er meer gevoelens van leegte zijn dan van somberheid of anhedonie, er een geleidelijke afname in intensiteit van de klachten is, er vooral gedachten aan de overledene zijn, er ook positieve emoties zijn, het zelfgevoel intact gebleven is, de suïcidaliteit vooral voortkomt uit een behoefte om de overledene te volgen.

Bipolaire stoornissen

De wijzigingen bij de bipolaire stoornissen zijn relatief beperkt gebleven. De criteria voor de bipolaire I-stoornis, bipolaire II-stoornis en cyclothymie zijn niet gewijzigd, maar de criteria voor een hypomane episode werden iets strenger. Naast de stemmingsverandering gedurende minstens 4 dagen, moet er nu ook sprake zijn van een duidelijke stijging in activiteiten of energieniveau. Daarmee zal wellicht de diagnose van bipolaire II-stoornis toch iets zuiniger gesteld worden.

De DSM-IV-diagnose 'bipolaire I-stoornis, gemengde episode' veronderstelde dat de volledige criteria voor manie én depressie gelijktijdig vervuld waren, wat niet zo vaak het geval is. Deze diagnose is dan ook verdwenen uit DSM-5; in de plaats daarvan, wordt het kenmerk 'with mixed features' ingevoerd, dat zowel bij episodes van manie als hypomanie kan worden toegevoegd, maar ook bij episodes van depressie, zoals we reeds meldden. Het beschrijven van gemengde episodes is daarmee flexibeler geworden en wellicht ook klinisch nuttiger.

Ook nieuw bij de bipolaire stoornis is het kenmerk 'with anxious distress', dat eerder bij depressieve stoornissen wordt beschreven.

BESCHOUWING

Kleine verbeteringen

De veranderingen bij zowel de depressieve als de bipolaire stoornissen zijn bescheiden gebleven omdat er vooralsnog te weinig evidentie is voor een andere ordening en indeling. Vooral bij de depressie wordt vaak op de noodzaak daartoe gewezen omdat de depressieve stoornis in de huidige beschrijving een veel te heterogene verzameling van symptomen is die verder onderzoek naar zowel etiologie als behandelstrategieën in de weg begint te staan. De hoop blijft dat toekomstige edities van de DSM hierin verder zullen komen.

De veranderingen die in de DSM-5 zijn aangebracht, geven daarmee niet blijk van een nieuwe visie op stemmingsstoornissen, maar zijn slechts kleine verbeteringen van de bestaande DSM-systematiek. Op zich zijn ze wel doordacht en sluiten goed aan bij de praktijk. De verfijning van de kenmerken zoals die van 'with anxious distress' is een goed voorbeeld hiervan. Ook de samenvoeging van de dysthyme stoornis en de chronische depressieve stoornis tot één categorie doet recht aan bevindingen uit onderzoek en praktijk en lijkt het belang van beloopkenmerken bij de depressieve stoornis nog meer te benadrukken. De balans van de vernieuwing slaat hiermee wel positief uit, maar grote invloed op de psychiatrische praktijk zullen deze wijzigingen naar verwachting niet hebben.

Nieuwe categorieën

Dat ligt waarschijnlijk anders bij de nieuwe categorieën die zijn toegevoegd: de 'disruptive mood dysregulation disorder' en de 'premenstrual dysphoric disorder'. Beide zijn voorbeelden van gedragsafwijkingen en klachten die door de DSM-5 tot een stoornis worden verheven.

De belangrijkste reden om de 'disruptive mood dysregulation disorder' als nieuwe categorie op te nemen is erin gelegen dat in de VS bij kinderen met deze klachten ten onrechte de diagnose bipolaire stoornis werd gesteld. Follow-uponderzoek heeft echter uitgewezen dat kinderen met deze klachten in de loop van hun leven veel vaker depressieve episoden en angststoornissen kregen, maar geen bipolaire stoornis. Met deze nieuwe categorie wordt daarom gepoogd het stellen van de diagnose bipolaire stoornis bij kinderen terug te dringen. Het is echter zeer de vraag of daarvoor een nieuwe diagnose in het leven geroepen moet worden. En het zal niet gaan om zeer beperkte aantallen want de geschatte jaarprevalentie van de 'disruptive mood dysregulation disorder' is 2-5% van de kinderen en adolescenten.

Ook voor de andere nieuwe diagnose, de 'premenstrual dysphoric disorder', wordt een aanzienlijke jaarprevalentie van 1,3-1,8% van alle vrouwen in de vruchtbare levensfase aangehouden. Met deze twee nieuwe diagnoses kunnen dus opnieuw aanzienlijke groepen mensen als potentiële patiënten aangemerkt worden, zij het dat er bij 'disruptive mood dysregulation disorder' sprake is van een verschuiving in de diagnose. De vraag rijst of dit wenselijk is en het lijkt ons verstandig om met deze nieuwe diagnoses in onze behandelpraktijken zeer terughoudend te zijn.

Rouwcriterium

De controverse rondom het loslaten van het rouwcriterium concentreert zich rondom hetzelfde thema. Op zich is het standpunt van de werkgroep, dat rouw en depressie onvoldoende van elkaar gescheiden kunnen worden waardoor het rouwcriterium zinloos wordt, goed te verde-

digen. Maar het loslaten ervan zou ertoe kunnen leiden dat bij veel mensen die een zeer moeilijke fase van hun leven meemaken na een belangrijk verlies, vaker een diagnose depressieve stoornis wordt gesteld, wat bijdraagt tot een medicalisering van levensproblemen.

Daarmee lijkt de DSM-5-werkgroep onvoldoende het signaal begrepen te hebben dat er momenteel zowel bij onderzoekers, behandelaars en publiek meer behoefte is om de depressieve stoornis in te perken tot een klinisch relevante aandoening dan op zoek te gaan naar verdere uitbreiding van dit toch al zo heterogene begrip.

LITERATUUR

- 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.

SUMMARY

Mood disorders in the DSM-5

J. SPIJKER, S. CLAES

BACKGROUND The DSM-5 was published in May, 2013.

AIM To discuss and comment on the important changes that appear in the sections of DSM-5 dealing with mood disorders.

METHOD The DSM-5 chapters on mood disorders are reviewed.

RESULTS Bipolar disorders and depressive disorders are now dealt with in separate categories. Some new diagnoses have been added to depressive disorders, namely 'disruptive mood dysregulation disorder', 'premenstrual dysphoric disorder' and 'persistent depressive disorder'. With regard to depression, some changes have been made in the specifiers, and new specifiers such as 'with anxious distress' have been added. There were only minor changes in the section on bipolar disorder; these stem from changes made in the section on depressive disorders.

CONCLUSION The alterations in the section on mood disorders are unlikely to lead to major changes in clinical practice. Psychiatrists are advised to be very wary about using the new DSM-5 terms 'disruptive mood dysregulation disorder' and 'premenstrual dysphoric disorder' as diagnoses for their patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 173-176

KEY WORDS bipolar disorders, depressive disorders, DSM