

Structurele wijzigingen in de DSM-5: begin van een hervorming?

T.A.M.J. VAN AMELSVOORT, F. VAN DEN EEDE, K. GOETHALS, H.J.C. VAN MARLE, A.-J. BEEKMAN

- ACHTERGROND** De aanloop naar de verschijning van de DSM-5 ging gepaard met veel kritiek: het DSM-classificatiesysteem kreeg van sommigen de schuld van de onbevredigende diagnostiek in ons vakgebied. De afgelopen decennia zijn er geen grote wetenschappelijke doorbraken geweest op ons vakgebied, terwijl de cijfers geen vermindering van het aantal psychische problemen laten zien in onze westerse maatschappij. Men vond het tijd voor hervormingen, en de vraag is of de DSM-5 deze gaat bieden.
- DOEL** Een update en beschouwing geven over structurele, diagnoseoverstijgende wijzigingen die zijn doorgevoerd in de DSM-5.
- METHODE** Bespreken van de doorgevoerde wijzigingen.
- RESULTATEN** De belangrijkste diagnoseoverstijgende structurele wijzigingen in de DSM-5 zijn: het weglaten van het onderscheid tussen kinder- en jeugdstoornissen enerzijds en stoornissen bij volwassenen anderzijds; het verdwijnen van het meerassensysteem; een meer dimensionele benadering met de mogelijkheid om de mate van ernst van een stoornis aan te geven.
- CONCLUSIE** De beginnende hervorming die lijkt plaats te vinden in ons psychiatrisch classificatiesysteem is zichtbaar in de DSM-5 en dit is een positieve ontwikkeling. Waarschijnlijk is dit slechts een voorbode van toekomstige hervormingen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 152-156

TREFWOORDEN classificatie, DSM-5



De nieuwe versie van DSM heeft bijna 20 jaar op zich laten wachten (APA 1994; 2013). De verwachtingen waren dan ook zeer hoog gespannen na 2 decennia van psychiatrisch en vooral neurobiologisch wetenschappelijk onderzoek. Het was echter meteen duidelijk dat de nieuwe DSM-5 deze hoge verwachtingen niet kon inlossen. De diagnostiek in de psychiatrie blijft voor veel psychiaters onbevredigend en er is een gebrek aan grote doorbraken op het gebied van diagnostiek en behandeling. De wetenschappelijke inzichten vertalen zich tot op heden namelijk onvoldoende in een gedegen nosologisch systeem.

Sterkte en zwakte

De critici geven de DSM de schuld van deze teleurstellende situatie want onze diagnostiek is gebaseerd op consensus in plaats van wetenschappelijke evidentie. De beperkte diagnostische validiteit is een zwakte en patiënten met psychische problemen verdienen beter. Ook de voorstanders van de DSM zijn langzaam tot het besef gekomen dat ons classificatiesysteem niet meer helemaal aansluit bij de huidige kennis over psychische stoornissen. Thomas Insel (2013), de directeur van het Amerikaanse onderzoeksinstituut National Institute of Mental Health, zegt dan ook: 'Het doel van de DSM is net zoals met zijn voorgangers, het scheppen van een gemeenschappelijke taal om psychopathologie te beschrijven. Terwijl de DSM door sommigen de 'bijbel van de psychiatrie'

is genoemd, wordt deze door anderen toch vooral als een 'woordenboek met een aantal labels en etiketten' gezien. Echter, de DSM-5 geeft op dit moment de best beschikbare informatie voor het klinisch classificeren van psychische stoornissen.' Kort gezegd: het moet beter, maar op dit moment kunnen we niet beter. De DSM-5 is een classificatiesysteem en geen diagnostisch systeem. De onvrede over onze psychiatrische diagnostiek heeft inmiddels wel een proces van hervormingen in gang gezet. Een van deze hervormingen vormt het stageringsmodel, dat reeds uitgebreid belicht werd in het themanummer over stagering en profilering (*Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012: 54: nummer 11).

De DSM-5 lijkt ook een uiting van deze in gang gezette hervorming binnen ons vakgebied. Hoewel de makers van de DSM-5 hebben gekozen voor een vrij conservatieve benadering waarbij geen grote inhoudelijke wijzigingen zijn doorgevoerd, hebben zij een aantal grote, structurele, diagnoseoverstijgende hervormingen aangebracht in deze DSM-5 ten opzichte van zijn voorganger. Allereerst wordt het onderscheid tussen stoornissen in zuigelingen- tot adolescentieleeftijd en die bij volwassenen niet meer als apart hoofdstuk beschouwd. Ten tweede is de meerassige beoordeling verdwenen. Ten slotte is een meer dimensionale benadering geïntroduceerd door meer ruimte te maken voor comorbiditeit en de ernst van de symptomen apart te laten vastleggen.

Psychiatrie gedurende de levensloop

In de DSM-5 zijn de hoofdstukken zo ingedeeld dat alle psychiatrische stoornissen in principe op verschillende stadia gedurende de levensloop gediagnosticeerd kunnen worden. Hier is zelfs bij de volgorde van de hoofdstukken in het boek rekening mee gehouden. Er wordt gestart met de stoornissen waarbij een verstoorde ontwikkeling op jonge leeftijd al een rol speelt, en men eindigt met de stoornissen die zich vooral op latere leeftijd manifesteren. De wijziging die apart onderscheid tussen stoornissen in zuigelingen- tot adolescentieleeftijd opheft, sluit aan bij het toegenomen besef dat stoornissen die op jonge leeftijd optreden, óf een chronisch beloop hebben en niet ophouden met het bereiken van de volwassen leeftijd, óf na een periode van remissie weer terugkeren op volwassen leeftijd. Zo is het enerzijds, ondanks de nodige criticasters, inmiddels algemeen aanvaard dat ADHD ook op volwassen leeftijd gediagnosticeerd kan worden (Asherson e.a. 2010). Anderzijds realiseren we ons ook dat van de stoornissen waarvan men vroeger dacht dat deze zich pas voor het eerst op volwassen leeftijd manifesteren, zoals psychose, de voortekenen zich rond 14-jarige leeftijd al kunnen presenteren.

Hoewel het lastig is om precies vast te stellen wat het moment van ontstaan is van psychiatrische ziektebeelden,

AUTEURS

THERESE VAN AMELSVOORT, hoogleraar Transitie-psychiatrie, Universiteit van Maastricht; tevens psychiater, Mondriaan, Virenze, de Koraalgroep en het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

FILIP VAN DEN EEDE, medisch coördinator van de dienst psychiatrie in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); deeltijds docent Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

KRIS GOETHALS, A-opleider psychiatrie GGZ Westelijk Noord-Brabant; directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

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

AART-JAN BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie en hoofd afd. Psychiatrie VUmc, Amsterdam; tevens lid van de raad van bestuur van GGZ inGeest.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Therese van Amelsvoort, afd. Psychiatrie en Psychologie, Universiteit Maastricht, Vijverdalseweg 1, 6226 NB Maastricht.

E-mail: t.vanamelsvoort@maastrichtuniversity.nl

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-11-2013.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

wijzen vele studies, gebruikmakend van een diversiteit aan epidemiologische benaderingen, allemaal naar één conclusie: namelijk dat psychische stoornissen op volwassen leeftijd niet alleen vaak voorkomen, maar dat de meeste hun oorsprong vinden op jeugdige leeftijd (Jones 2013). Aangezien in de meeste psychiatrische instellingen er een vrij strikte scheiding is tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie, wat in de praktijk goed zichtbaar is door de twee compleet verschillende werkwijzen zowel inhoudelijk als procesmatig, zal het interessant zijn om te zien of de introductie van de levensloopvisie in de DSM-5 zich ook in de dagelijkse praktijk zal gaan doorontwikkelen, waardoor de strikte scheiding bij 18 jaar flexibeler wordt of misschien zelfs opgeheven wordt.

De volwassenenpsychiatrie doet er goed aan de zorg in te richten voor de diagnostiek en behandeling van stoornissen zoals ADHD en autismespectrumstoornissen, terwijl het verstandig is als de kinder- en jeugdpsychiatrie haar jeugdigen screent op psychotische symptomen. De langetermijngevolgen van de psychische stoornissen worden verergerd door te laat of geen hulp zoeken en vroegdetectie is dus cruciaal (De Giralomo e.a. 2012). De ziektelast en de prevalentie van psychische stoornissen zijn bij jongeren van 15-24 jaar het hoogst (WHO 2009), maar het blijkt dat vooral schaamte en verlegenheid een belemmering vormen voor deze doelgroep om hulp te vragen (Yap e.a. 2012). Dit vraagt dus om een andere aanpak (McGorry e.a. 2013). De door de Nederlandse overheid voorgenomen overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de gemeente is vanuit deze levensloopvisie en vanuit wetenschappelijk oogpunt bezien gecontra-indiceerd en staat haaks op de nieuwe, wenselijke (internationale) hervormingen binnen ons vakgebied en de in oktober 2013 gelanceerde International Declaration of Youth Mental Health (IAYMH 2013).

Het verdwijnen van de meerassige beoordeling

Hoewel het in ons zorgstelsel een vereiste is (bijvoorbeeld van zorgverzekeraars) volgens alle assen van de DSM-IV te classificeren, zijn in de praktijk niet alle vijf assen nodig om bij iemand een diagnose te stellen en deze te behandelen. Het lijkt dan ook een logische beslissing om de DSM-5 te ontdoen van dit categorische model. De DSM-5 integreert de voormalige assen I, II en III om kunstmatig onderscheid tussen stoornissen weg te nemen, waarbij ook het belang van het noemen van de relevante somatische ziektebeelden gehandhaafd blijft.

Persoonlijkheidsstoornissen krijgt een apart hoofdstuk, net als de andere stoornissen. De term 'zwakzinnigheid' is, gelukkig, verdwenen en vervangen door 'intellectual disability', in de DSM-5 opgenomen in het hoofdstuk 'neurodevelopmental disorders'.

Verder vond men het coderen van *Global Assessment of Functioning* op as V van de DSM-IV overbodig en men raadt aan om voor het functioneren aparte schalen te gebruiken, zoals *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), die door de DSM-5 Disability Study Group op dit moment beschouwd wordt als het beste instrument voor het meten van beperkingen in de dagelijkse praktijk. WHODAS 2.0 is gebaseerd op de *International Classification of Functioning, Disability, and Health* (ICF) en is te gebruiken voor alle patiënten ongeacht type aandoening. Dit instrument, alsmede informatie over het scoren, is toegevoegd in sectie III van de DSM-5.

Dimensionele benadering

Resultaten van studies naar zowel genetische factoren als omgevingsfactoren vormen aanleiding om de validiteit van het huidige categorische stelsel sterk in twijfel te trekken. Er is veel overlap in symptomen tussen de huidige categorische classificaties. In de DSM-5 wordt meer ruimte voor comorbiditeit geboden ten opzichte van de DSM-IV. Er is tevens ruimte om de mate van ernst van een stoornis en andere psychosociale en contextuele kenmerken aan te geven door middel van *specifiers*.

Overige structurele veranderingen

In dit themanummer zullen de auteurs van de verschillende bijdragen dieper ingaan op de wijzigingen binnen de verschillende diagnostische categorieën. Er zijn echter ook belangrijke wijzigingen in de indeling tussen de categorieën van stoornissen onderling, waarvan de meeste gebaseerd zijn op nieuwe wetenschappelijke inzichten. Deze brengen dan ook een aanzienlijke verbetering met zich mee. Zo vormen de 'bipolar and related disorders' voortaan een aparte categorie. De angststoornissen in DSM-IV werden in DSM-5 opgesplitst in: 'anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders' en 'trauma- and stressor-related disorders'. 'Gender dysphoria' werd in DSM-5 een aparte categorie, evenals 'paraphilic disorders'.

Andere wijzigingen zijn dan weer controversieel en voor discussie vatbaar, zoals het onderbrengen van 'factitious disorder' (de nagebootste stoornis in DSM-IV) in de categorie 'somatic symptom and related disorders' (de somatoforme stoornissen in DSM-IV).

Ten slotte zijn de 'niet anderszins omschreven (NAO)'-categorieën ook van het toneel verdwenen en vervangen door 2 opties: 'other specified disorder', waarbij de clinicus de reden kan aangeven waarom niet aan alle criteria van een specifieke stoornis wordt voldaan; en 'unspecified disorder', waarbij de clinicus specificatie achterwege kan laten.

Slotbeschouwingen

De diagnoseoverstijgende wijzigingen die in de DSM-5 zijn aangebracht, zijn het resultaat van voortschrijdend inzicht op basis van wetenschappelijk onderzoek. Ook zijn de wijzigingen het resultaat van een poging om de DSM-5 meer te harmoniseren met het ICD-classificatiesysteem. Het introduceren van nieuwe namen of definities van veel afzonderlijke stoornissen wordt nu nog wetenschappelijk te prematuur geacht, en deze zijn dus grotendeels ongewijzigd ten opzichte van zijn voorganger. Wel zijn in sectie III stoornissen opgenomen die nog nader onderzocht dienen te worden.

Beweringen dat er veel meer nieuwe diagnoses zijn bijgekomen in de DSM-5, moeten we tegenspreken: er zijn ook diagnoses verdwenen of samengevoegd met andere diagnoses, zodat er in totaal in de DSM-5 ongeveer evenveel diagnoses zijn als voorheen. Sommige 'nieuwe' stoornissen kunnen mogelijkwel tot overdiagnostiek leiden, zoals: 'disruptive mood dysregulation disorder' en 'psychological factors affecting other medical conditions'. Het is nu nog moeilijk te zeggen wat precies de gevolgen van de introductie van DSM-5 zullen zijn voor de patiënt en de clinicus in Nederland en België.

De conclusie is gerechtvaardigd dat de beginnende hervorming die lijkt plaats te vinden in ons psychiatrisch classificatiesysteem al zichtbaar is in de DSM-5; dit is een positieve ontwikkeling. Waarschijnlijk is dit slechts de voorbode van de vele hervormingen die nog zullen volgen, zoals het Research Domain Criteria (RDoC)-project waarbij 'precisiediagnostiek' nagestreefd wordt via integratie van neurobiologische en klinische variabelen.

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.
- Asherson P, Adamou M, Bolea B, Muller U, Morua SD, Pitts M, e.a. Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ* 2010; 340: c549.
- De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012; 21: 47-57.
- Insel T. 'Transforming Diagnosis'. Bethesda: National Institute of Mental Health, 29 April 2013.
- Insel T, Lieberman J. DSM-5 and RDoC: Shared interests. National Institute of Mental Health and American Psychiatric Association. Press Release, 13 mei 2013.
- Jones PB. Adult mental health disorders and their age of onset. *Br J Psychiatry* 2013; 202: s5-s10.
- McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* 2013; 202: s30-5.
- WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Yap MB, Reavley N, Jorm AF. Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord* 2012; Dec 7.

SUMMARY

Structural changes in DSM-5: the beginning of a transformation?

T.A.M.J. VAN AMELSVOORT, F. VAN DEN EEDE, K. GOETHALS, H.J.C. VAN MARLE, A.-J. BEEKMAN

BACKGROUND The DSM-5 received both praise and criticism following its publication in May 2013. Some blamed the DSM classification system for the unsatisfactory diagnostic system within psychiatry. Over the last 30 years or so there have been no major breakthroughs in our field and there has been no reduction in the number of mental health problems in Western society. It is time for a change; the question is whether DSM-5 will succeed in bringing about this change.

AIM To update and analyse the structural, diagnosis-independent changes that have been incorporated in DSM-5.

METHOD We discuss the changes.

RESULTS The most important structural, diagnosis-independent changes include: 1. the separate classification of disorders that begin in childhood from those that begin in adolescence has been abolished; 2. the multi-axial system has disappeared; 3. the approach has become more dimensional, which allows for the assessment of the severity of a disorder.

CONCLUSION In the DSM-5 there are clear signs that a transformation of our psychiatric assessment system has begun; this can only be seen as a positive development, but is probably just the tip of the iceberg. Further changes are likely to occur, some in the near future, others in the long term.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 152-156

KEY WORDS classification, DSM-5