

# Neurocognitieve stoornissen in de DSM-5: een kritische bespreking

L. VAN ASSCHE, P. PERSOONS, M. VANDENBULCKE

- ACHTERGROND** De APA publiceerde in mei 2013 de DSM-5. Deze editie vertoont diverse veranderingen ten opzichte van de vorige op het vlak van neurocognitieve stoornissen.
- DOEL** Kritisch bespreken van de aanpassingen.
- METHODE** Vergelijken van de relevante hoofdstukken uit DSM-IV-TR en DSM-5; een literatuuronderzoek naar publicaties over de bespreking van cognitieve stoornissen in DSM-5.
- RESULTATEN** In vergelijking met de vorige editie toont DSM-5 meer overeenkomsten met de klinische praktijk wat betreft differentiaaldiagnostiek van neurocognitieve stoornissen. Zo worden 10 etiologische subtypes benoemd, met diagnostische criteria gebaseerd op recent wetenschappelijk onderzoek. Toch is er wantrouwen merkbaar in het werkveld wat betreft het gebruik van de term 'major neurocognitive disorder' in plaats van 'dementie', en over het onderscheid tussen beperkte ('mild') en uitgebreide ('major') cognitieve stoornissen.
- CONCLUSIE** De aanpassingen in DSM-5 op het vlak van neurocognitieve stoornissen betekenen zowel een vooruitgang als een extra investering voor klinici en onderzoekers.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 211-216

**TREFWOORDEN** DSM-5, neurocognitieve stoornissen



Het onderdeel van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5de editie (DSM-5) dat handelt over neurocognitieve stoornissen onderging grondige veranderingen. Dit domein kende in de afgelopen decennium immers een grote vooruitgang wat betreft diagnostisch onderzoek en kennis omtrent ziektebeelden die ten grondslag kunnen liggen aan cognitieve uitval (Geda & Nedelska 2012). Wat in de DSM-IV-TR 'delirium, dementie, en amnestische en andere cognitieve stoornissen' heette, wordt nu gevat onder 'neurocognitive disorders' (NCD's).

Rabins en Lyketsos (2011) beschouwen deze evolutie in naamgeving van een nosologische opsomming naar een descriptieve algemene noemer positief. Met NCD's worden stoornissen bedoeld die in de eerste plaats een cognitieve problematiek inhouden die een verandering betekent ten opzichte van het vroegere functioneren. Zo wil men aan-

geboren stoornissen uitsluiten, of stoornissen die samen gaan met cognitieve moeilijkheden, maar waarbij andere – bijvoorbeeld stemmingsgerelateerde – symptomen op de voorgrond staan (APA 2013; Blazer 2013).

Ondanks eerdere kritieken op het prefix 'neuro' (Rabins & Lyketsos 2011; Whitehouse & George 2011), opteerde de werkgroep voor de term 'neurocognitive' omdat dit verwijst naar een stoornis in het hersenfunctioneren die leidt tot cognitieve uitval, eerder dan de algemenere term 'cognitive', die ook kan verwijzen naar cognitieve processen of cognitief-gedragsmatige behandelmodellen (Ganguli e.a. 2011). In dit artikel bespreken wij de aanpassingen in het hoofdstuk 'neurocognitive disorders' van de DSM-5 en de evaluatie ervan door onderzoekers en klinici in het werkveld. We besluiten met een samenvatting en verwachtingen voor de toekomst.

## De belangrijkste veranderingen van DSM-IV naar DSM-5

### DIAGNOSTISCH PROCES

Volgens de richtlijnen van de DSM-5 dient eerst vastgesteld te worden of er sprake is van een delirium. ‘Delirium’ blijft de naam voor deze categorie en ook de diagnostische criteria zijn vergelijkbaar (APA 2000; 2013). In de nieuwe editie wordt bijkomend gevraagd het verloop (acuut of persistent) en de aard (hypoactief, hyperactief, of met een gemengd activiteitsniveau) te specificeren. Na beoordeling van de aanwezigheid van een delirium, kan men kijken of er een beperkte (*‘mild’*) of een uitgebreide (*‘major’*) NCD aanwezig is. Daarna moet men verwijzen naar de mogelijke of waarschijnlijke etiologie, waaraan wordt toegevoegd of er gedragsstoornissen zijn (zie **FIGUUR 1**). Bij een major NCD wordt bovendien gevraagd om te specificeren of het om een lichte, matige of gevorderde major NCD gaat, gebaseerd op de mate van zelfredzaamheid in het dagelijks leven.

Deze stapsgewijze classificatie biedt houvast, aangezien ze overeenkomt met een gefaseerde diagnostiek (*‘mild cognitive impairment’* en dementie) en stagering die velen al hanteren in onderzoek en de klinische praktijk (McDonald 2011).

### MILD VERSUS MAJOR NCD'S

**TABEL 1** geeft een overzicht van de diagnostische categorieën uit DSM-IV-TR en DSM-5. Het valt op dat de DSM-5 systematisch het onderscheid maakt tussen beperkte (*‘mild’*) en uitgebreide (*‘major’*) stoornissen bij de verschillende ziektebeelden. De term ‘dementie’ werd als stigmatiserend beschouwd; de omschrijving ‘major NCD’ zou een neutraal alternatief moeten bieden (Blazer 2013; Rabins & Lyketsos 2011; Snelgrove & Hasnain 2012). Sommige auteurs vinden ‘major disorder’ evenzeer beladen klinken (Whitehouse & George 2011). Toch werd de term behouden, mits de

### AUTEURS

**LIES VAN ASSCHE**, klinisch psycholoog, dienst Ouderenpsychiatrie UPC KULeuven.

**PHILIPPE PERSOONS**, psychiater, dienst Ouderenpsychiatrie UPC KULeuven.

**MATHIEU VANDENBULCKE**, hoofddocent, psychiater en diensthoofd Ouderenpsychiatrie, dienst Ouderenpsychiatrie UPC KULeuven.

### CORRESPONDENTIEADRES

Lies Van Assche, UZ St. Rafael, Raadpleging Ouderenpsychiatrie, Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven, België.  
E-mail: lies.vanassche@uzleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

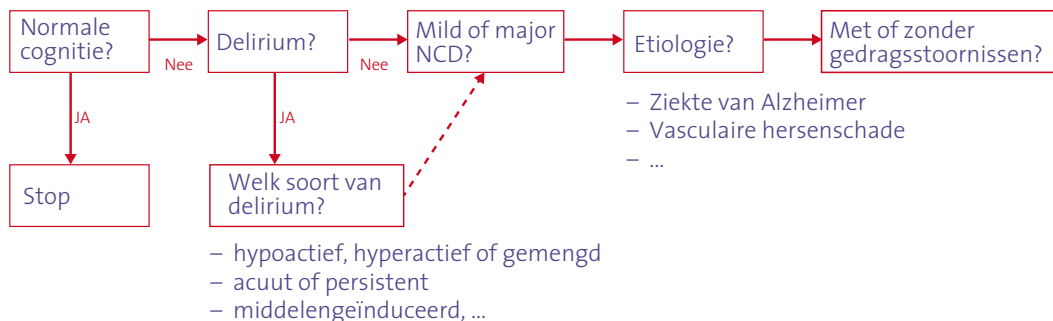
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-12-2013.

toevoeging dat ‘dementie’ gehanteerd kan worden bij aandoeningen waarbij dit een gebruikelijke term is (APA 2013).

Om het – in principe arbitraire – onderscheid te kunnen maken tussen beperkte en uitgebreide NCD's worden concrete aanwijzingen gegeven in de DSM-5. Zo stelt men in de handleiding dat prestaties tijdens een neuropsychologisch onderzoek (NPO) kunnen helpen differentiëren. Een score die één tot twee standaarddeviaties onder het gemiddelde ligt (percentiel 3-16), wordt beschouwd als beperkte uitval, terwijl een score vanaf twee of meer standaarddeviaties onder het gemiddelde (percentiel < 3) wordt geïnterpreteerd als uitgebreide uitval.

Terecht merken Snelgrove en Hasnain (2012) op dat de prestaties niet steeds valide zijn, aangezien ze gekleurd worden door stemming of motivatie. De prestaties bij een NPO zullen bovendien wisselend zijn bij ziektebeelden die gekenmerkt worden door fluctuaties in de aandacht en

**FIGUUR 1** Proces van classificatie bij cognitieve stoornissen in DSM-5



**TABEL 1** Een vergelijking van diagnostische categorieën in DSM-IV ('Delirium, dementie, en amnestische en andere cognitieve stoornissen') en DSM-5 ('Neurocognitive disorders')

Delirium, dementie, en amnestische en andere cognitieve stoornissen (DSM-IV-TR)	Neurocognitive disorders (NCD) (DSM-5)
Delirium	Delirium, hypoactief/hyperactief/gemengd, acuut/persistent
Alzheimerdementie, met vroeg of laat begin, met/ zonder delirium, wanen, depressie, ongecompliceerd	Uitgebreide ( <i>major</i> ) of beperkte ( <i>mild</i> ) NCD, mogelijk/ waarschijnlijk op basis van de ziekte van Alzheimer, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie ten gevolge van ziekte van Pick	Major of mild mogelijke/waarschijnlijke frontotemporale NCD, met/ zonder gedragsstoornissen
Vasculaire dementie (voordien multi-infarctdementie)	Major of mild NCD mogelijk/waarschijnlijk met lewylichaampjes, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie ten gevolge van een traumatisch hersenletsel	Major of mild NCD ten gevolge van traumatische hersenschade, met/ zonder gedragsstoornissen
Door middelen geïnduceerde blijvende dementie	Door middelen/medicatie geïnduceerde major of mild NCD, met/ zonder gedragsstoornissen
Door middelen geïnduceerde blijvende amnestische stoornis	
Dementie ten gevolge van hiv-ziekte	Major of mild NCD ten gevolge van hivinfectie, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie ten gevolge van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob	Major of mild NCD ten gevolge van prionziekte, met/ zonder gedragsstoornissen (o.a. ziekte van Creutzfeldt-Jakob, kuru, syndroom van Gerstmann-Sträussler-Scheinker, fatale insomnia)
Dementie ten gevolge van de ziekte van Parkinson	Major of mild NCD mogelijk/ waarschijnlijk ten gevolge van de ziekte van Parkinson, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie ten gevolge van de ziekte van Huntington	Major of mild NCD ten gevolge van de ziekte van Huntington, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie ten gevolge van ... (een andere medische aandoening, o.a. normal-pressurehydrocefalie, hypothyreoïdie, hersentumor, vitamine B-deficiëntie, intracraniale radiatie)	Major of mild NCD door een andere medische aandoening (bijv. multiple sclerose), met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie met multiële etiologie	Major of mild NCD met multiële etiologie, met/ zonder gedragsstoornissen
Dementie, niet anderszins omschreven	Niet gespecificeerde major of mild NCD, met/ zonder gedragsstoornissen
Amnestische stoornis, niet anderszins omschreven	
Cognitieve stoornis, niet anderszins omschreven	
Amnestische stoornis ten gevolge van ... (een algemene medische aandoening), transiënt of chronisch	

alertheid, zoals bij een NCD met lewylichaampjes. Vandaar dat in de DSM-5 het belang benadrukt wordt van andere parameters zoals gedragsobservatie van het dagelijks functioneren, dossierstudie en heteroanamnese (APA 2013). Hoewel dit de objectiviteit van inschattingen kan vergroten (Rabins & Lyketsos 2011), stellen Snelgrove en Hasnain

(2012) dat dit proces van differentiëren een tijdsintensieve zaak is, in een context waar de werkdruk al hoog ligt. Een bijkomende bezorgdheid van Snelgrove en Hasnain (2012) is de vrees voor een toename van het aantal fout-positieve bevindingen – bij mensen bij wie een beperkte NCD gediagnosticeerd is, maar die eigenlijk uitval vertonen die

compatibel is met een normale veroudering. Zij verwachten dat het gebrek aan kennis over een mogelijke evolutie naar een uitgebreide NCD in sommige gevallen voor verwarring en onzekerheid zal zorgen bij patiënten en families.

Daartegenover plaatst Blazer (2013) dat vroege diagnostiek het mogelijk maakt om erkenning te geven aan veranderingen die mensen in het eigen functioneren opmerken, en om hun klachten dus serieus te nemen, los van het verdere verloop van de symptomen. Vroege diagnostiek biedt eveneens de mogelijkheid om met deze mensen aan het werk te gaan met compensatiestrategieën.

McDonald (2011) en Blazer (2013) stellen dat het in de toekomst belangrijk zal zijn een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen achteruitgang in cognitief functioneren door ouder worden, en een verandering die duidt op beginnend neurodegeneratief lijden, in het kader van vroegtijdige (medicamenteuze) behandeling. Het voorstel van Snelgrove en Hasnain (2012) om alle aandoeningen die niet voldoen aan de criteria voor een 'major NCD' te vatten onder één noemer 'neurocognitive disorder, NOS' totdat er een duidelijker beeld naar voren komt, lijkt dus minder opportuun.

#### ETIOLOGIE

Een tweede belangrijke verandering, naast het onderscheid tussen beperkte en uitgebreide NCD, is de omschrijving van operationele criteria voor de verschillende NCD's (Blazer 2013). Terwijl de nadruk in de DSM-IV veeleer lag op geheugenuitval bij elk dementiebeeld en de gehanteerde criteria dus 'Alzheimer-centrisch' genoemd konden worden (Rabins & Lyketsos 2011), benadert de DSM-5 de verschillende ziektebeelden meer gedifferentieerd, geïnspireerd door recent wetenschappelijk onderzoek (Bajenaru e.a. 2012). De verschillende cognitieve domeinen worden gedefinieerd en voorbeelden van moeilijkheden in het dagelijks leven zijn voorhanden in een overzichtelijke tabel (APA 2013). Vermoedelijk maakt dit het mogelijk om bewaarde mogelijkheden en niet enkel tekorten en gebreken (*deficits*) te zien en kan dit de objectiviteit van gedragsobservaties vergroten (Rabins & Lyketsos 2011; Whitehouse & George 2011). Sommige auteurs suggereren daarnaast om gevalideerde observatie-instrumenten te gebruiken bij de schatting van het dagelijkse functioneren (McDonald 2011).

De categorie 'NCD met lewylichaampjes' werd toegevoegd, wat positief is gezien de hoge prevalentie van deze ziekte in de groep van neurodegeneratieve aandoeningen (McKeith e.a. 2004). Het onderscheid tussen een ziekte van Alzheimer met vroeg of met laat begin is verdwenen, en bij de categorie 'frontotemporale NCD' wordt in de nieuwe editie het onderscheid gemaakt tussen de symptomen bij

de gedragsvarianten en de talige varianten, zonder een strikte scheiding te hanteren tussen de verschillende vormen bij classificering. Bovendien kan bij elke NCD, al dan niet aan de hand van een code, toegevoegd worden of er sprake is van gedragsstoornissen zodat ook op dit vlak een gerichte behandeling meer aandacht krijgt (Blazer 2013). In de DSM-5 wordt voor NCD veroorzaakt door ziekte van Alzheimer, frontotemporale NCD, NCD met lewylichaampjes en vasculaire NCD een onderscheid gemaakt tussen 'probable' en 'possible', wat een weerspiegeling is van de graad van zekerheid. Voor de ziekte van Alzheimer is dit onderscheid verwarrend. Tot nog toe werd de term 'possible' gereserveerd voor de ziekte van Alzheimer met atypisch begin of gevallen waarbij de ziekte van Alzheimer vermoed wordt in aanwezigheid van een andere medische conditie die ook gepaard kan gaan met cognitieve aantasting (McKhann e.a. 1984; 2011). In DSM-5 verwijst 'possible' bij beperkte NCD veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer naar de lichte cognitieve aantasting en is er – in tegenstelling met de gebruikelijke definitie – een typisch verloop vereist, waarbij andere medische aandoeningen die kunnen gepaard gaan met cognitieve achteruitgang uitgesloten moeten worden.

#### BIOMARKERS

Het is ook opvallend dat biomarkers in DSM-5 uitgebreid beschreven worden, maar geen deel uitmaken van de criteria van NCD, met uitzondering van beeldvorming bij frontotemporale NCD. Hierbij wordt het elan van eerder gepubliceerde consensuscriteria voor de ziekte van Alzheimer, met een steeds prominentere plaats voor biologische markers gebaseerd op de neurologische praktijk, niet gevolgd (Dubois e.a. 2007; McKhann e.a. 2011). Er wordt opgemerkt dat de bestaande biomarkers nog niet voldoende gevalideerd werden en meestal slechts beschikbaar zijn in de derdelijnszorg. Ook al klopt dit laatste, toch ervaren velen in de praktijk de noodzaak van deze biomarkers en worden ze regelmatig gehanteerd.

#### VELDONDERZOEKEN

Veldonderzoeken met de nieuwe diagnostische classificaties en criteria uit de DSM-5 tonen een zeer goede tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor respectievelijk uitgebreide en beperkte NCD (Freedman e.a. 2013). Dit lijkt te suggereren dat de voorgestelde categorieën en criteria helder toepasbaar zijn en relatief objectief, aangezien ze door verschillende klinici uit verscheidene contexten op vergelijkbare wijze worden geïnterpreteerd bij eenzelfde patiënt. Dat uitgebreide stoornissen een grotere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tonen dan beperkte stoornissen, is niet echt verwonderlijk. Immers, de symptomen die een ziektebeeld karakteriseren, komen duidelijker tot

uiting in majeure NCD en zijn daardoor vermoedelijk eenduidiger op te merken.

## Besluit

Wij vinden dat de DSM-5 een grote verandering, maar ook vooruitgang betekent voor de diagnostiek van NCD. Er wordt een proces doorlopen dat de toewijzing van codes vergemakkelijkt. Het identificeren van beperkte stoornissen naast uitgebreide stoornissen zal een vroegtijdige interventie toelaten. De expliciete vermelding van gedragsstoornissen bij een ziektebeeld bevordert daarnaast het verfijnen van behandeldoelen. Echter, er is voorzichtigheid nodig bij de differentiatie tussen beperkte en uitgebreide stoornissen, aangezien de aangegeven criteria niet geheel als objectief beschouwd worden. Bovendien bestaat de vrees dat een veranderde terminologie de verwarring bij patiënten en families over ziektebeelden zal vergroten.

De vooraf reeds bestaande verwarring kan niet los gezien worden van een toenemende dissonantie de laatste jaren tussen een syndromale benadering van DSM-IV-TR gericht op ernstige cognitieve stoornissen en de meer oorzakelijke

benadering binnen de recente neurologische literatuur met toenemende focus op de vroegtijdige stadia. Hierdoor dreigde de psychiatrische en neurologische aanpak van cognitieve stoornissen te divergeren. De integratie in de DSM-5 laat een gemeenschappelijk taalgebruik toe, wat een zeer positieve evolutie is. Wel blijft men opvallend voorzichtig rond de plaats van biomarkers, waardoor het gevaar bestaat dat de wegen sneller opnieuw scheiden dan ze samenkomen.

Toch verwachten we reeds een grotere validiteit en betrouwbaarheid bij het classificeren van NCD daar de gehanteerde diagnostische criteria gebaseerd zijn op een toegenomen kennis over de ziektebeelden en beter aansluiten bij de actuele klinische praktijk. Naar aanleiding van de publicatie van de DSM-5 verrichtte men *field trials*, die inderdaad goede resultaten rapporteren wat betreft classificatie van beperkte en uitgebreide NCD. Echter, men kan verwachten dat de komende jaren de huidige criteria verder zullen ontwikkelen, onder meer naar aanleiding van voorstellen uit de klinische praktijk (Ganguli e.a. 2011; Sachdev e.a. 2009).

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de herz. versie). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5de versie). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Bajenaru O, Tiu C, Antochi F, Roceanu A. Neurocognitive disorders in DSM 5 project - personal comments. *J Neurol Sci* 2012; 322: 17-9.
- Blazer D. Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 585-7.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, e.a. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007; 6: 734-46.
- Freedman R, Lewis D, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, e.a. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1-5.
- Ganguli M, Blacker D, Blazer DG, Grant I, Jeste DV, Paulsen JS, e.a. Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19: 205-10.
- Geda YE, Nedelska Z. Mild cognitive impairment: a subset of minor neurocognitive disorder? *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 821-6.
- McDonald WM. Defining neurocognitive disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19: 909-14.
- McKeith I, Mintzer J, Aarsland D, Burn D, Chiu H, Cohen-Mansfield J, e.a. Dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurol* 2004; 3: 19-28.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, e.a. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 263-9.
- Rabins PV, Lyketsos CG. A commentary on the proposed DSM revision regarding the classification of cognitive disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19: 201-4.
- Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ, Sunderland M, Anderson TM. Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39: 2001-12.
- Snelgrove TA, Hasnain M. A concern about the proposed DSM-V criteria reclassifying cognitive disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 543.
- Whitehouse PJ, George D. Further limits on labels for cognitive impairment: can we diagnose what we don't know? *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19: 984.

## SUMMARY

# Neurocognitive disorders in DSM-5: a critical review

L. VAN ASSCHE, P. PERSOONS, M. VANDENBULCKE

- BACKGROUND** The APA published the DSM-5 in May, 2013. When compared to DSM-IV, the latest edition incorporates many changes, some relating to neurocognitive disorders.
- AIM** To review critically the new DSM-5 alterations and adjustments relating to neurocognitive disorders.
- METHOD** We compared the relevant chapters in DSM-IV-TR and DSM-5 and we searched the literature for articles involving discussions about cognitive disorders in DSM-5.
- RESULTS** With regard to differential diagnosis of neurocognitive disorders, DSM-5 has more in common with current clinical practice than does the DSM-IV. DSM-5 names ten etiological subtypes for which the diagnostic criteria are based on recent scientific research. However, some researchers and clinicians have reservations about using the term 'major neurocognitive disorder' instead of 'dementia', and are reluctant to make a distinction between 'mild' and 'major' cognitive disorders.
- CONCLUSION** The alterations and adjustments that appear in DSM-5 in relation to neurocognitive disorders may well mean progress for clinicians and researchers but they will inevitably require greater investment.

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 211-216

**KEY WORDS** DSM 5, neurocognitive disorders