

Het hoofdstuk 'neurodevelopmental disorders' in de DSM-5

J. ZINKSTOK, J. BUITELAAR

- ACHTERGROND** In mei 2013 is de vijfde editie van de DSM verschenen.
- DOEL** Beschrijven van de veranderingen in DSM-5 in de diagnostische criteria van autismespectrumstoornis (Ass) en ADHD ten opzichte van DSM-IV.
- METHODE** Vergelijken van de diagnostische criteria van autisme en ADHD in DSM-IV en DSM-5. Samenvatten van de nieuwe diagnostische criteria en bespreken van relevante literatuur.
- RESULTATEN** De nieuwe categorie Ass omvat het merendeel van de pervasieve ontwikkelingsstoornissen; echter, bij patiënten zonder stereotiepe gedragingen of interesses stelt men volgens DSM-5 de diagnose sociale communicatiestoornis. De diagnostische criteria voor ADHD zijn enigszins verruimd, maar dit is in overeenstemming met klinische en epidemiologische data en zou niet moeten leiden tot overdiagnostiek.
- CONCLUSIE** Onderzoek naar subtypen van Ass zou kunnen stagneren door de veranderingen die DSM-5 heeft aangebracht. In de klinische praktijk lijken de diagnostische criteria voor zowel Ass als ADHD goed bruikbaar en ze lijken een kleine verbetering ten opzichte van de DSM-IV.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 162-166

TREFWOORDEN autisme, ADHD, DSM-5



ARTIKEL



De voorbereiding en de publicatie van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders* (DSM; APA 2013) is gepaard gegaan met veel media-aandacht en is op de voet gevolgd door de 'Asperger community' in de Verenigde Staten. Tijdens de jaarlijkse conferentie van de International Society for Autism Research in 2012 uitten een groot aantal patiënten en familieleden hun ongenoegen over het verdwijnen van de diagnose stoornis van Asperger, waardoor hun 'identiteit werd ontnomen'. Dit voorbeeld illustreert hoe een diagnose veel meer kan zijn dan een samenvatting van relevante klinische informatie. Het is welbekend dat diagnoses toegang geven tot zorg en de verschuiving van diagnostische criteria zou sommige patiënten mogelijk kunnen benadelen. Nu de DSM-5 gepubliceerd is, zal blijken wat de gevolgen zijn voor de klinische praktijk.

De plaats van de kinderpsychiatrische aandoeningen in de DSM-5 is veranderd ten opzichte van de DSM-IV (APA 2000). Waar de DSM-IV een hoofdstuk had over 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' (met daarin alle kinderpsychiatrische aandoeningen), heeft de DSM-5 de kinderpsychiatrische aandoeningen ondergebracht bij de relevante categorieën. Bijvoorbeeld de diagnoses separatieangststoornis en selectief mutisme zijn nu in het hoofdstuk 'angststoornissen' ondergebracht en de reactieve hechtingsstoornis is in de categorie 'trauma- en stressorgerelateerde stoornissen' ondergebracht. Er is ook een aantal nieuwe categorieën, bijvoorbeeld de categorie 'disruptive, impulse-control en conduct disorder' (vrij vertaald 'gedrags- en impulscontrolestoornissen') met daarin opgenomen de gedragsstoornis ('conduct disorder'), oppositio- neel-opstandige gedragsstoornis, en de 'intermittent explosive disorder'.

ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

In de categorie ‘*neurodevelopmental disorders*’, ofwel ontwikkelingsstoornissen, zijn autisme, *attention-deficit hyperactivity disorder* (ADHD), leerstoornissen en tics ondergebracht. In dit artikel bespreken wij het hoofdstuk ‘ontwikkelingsstoornissen’, en met name de veranderingen die zijn aangebracht in de diagnostische kenmerken ervan. Vanwege de beperkte ruimte hebben we ervoor gekozen om alleen autisme en ADHD te bespreken.

Autisme

De grootste verandering is dat er slechts één algemene categorie is, namelijk de autismespectrumstoornis (ASS). Alle subcategorieën uit de voorgaande DSM-versies, zoals de autistische stoornis, stoornis van Asperger, pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-nos), de desintegratiestoornis van de kinderteeltijd en de stoornis van Rett, zijn dus verdwenen.

Verder zijn de criteria over sociale interactie en communicatie samengevoegd tot één domein van sociale communicatie en sociale interactie met daarin 3 criteria: afwijkende sociale wederkerigheid, afwijkende non-verbale communicatie en moeilijkheden met relaties. Het tweede domein heeft betrekking op stereotiepe gedragingen en interesses en is opgesplitst in 4 criteria: stereotiepe bewegingen, gedragingen of spraak, moeite met veranderingen (ofwel rigiditeit), stereotiepe interesses en sensorische overgevoeligheid. Dit laatste criterium kwam niet in de DSM-IV voor.

Voor de diagnose ASS zijn er in totaal nu dus 2 domeinen (i.p.v. 3 in de DSM-IV) en 7 criteria (12 in de DSM-IV) en de patiënt moet aan ten minste 5 criteria voldoen (6 in de DSM-IV). Ten slotte is de eis vervallen dat afwijkingen voor het 3de levensjaar moeten optreden; in plaats daarvan moeten symptomen weliswaar in de vroege ontwikkeling tot uiting komen, maar geven mogelijk pas later in het leven problemen, als het sociale verkeer meer vraagt dan het individu met ASS aankan.

Naast de diagnose (ASS) wordt er gebruikgemaakt van ‘*specifiers*’, vrij vertaald: ‘ernstmaten’. Er is onderscheid tussen niveau 1: ‘heeft hulp nodig’; niveau 2: ‘heeft belangrijke hulp nodig’; niveau 3: ‘heeft zeer veel hulp nodig’. Deze maten moeten worden gespecificeerd voor zowel de sociale communicatieproblemen als voor de stereotiepe gedragingen en interesses. Er is ook een specifier voor de ernst van een eventuele taal-spraakstoornis.

Voor patiënten die wel de communicatiestoornissen hebben, maar geen stereotiepe gedragingen of interesses, is er een restcategorie gemaakt, de ‘sociale communicatiestoornis’. Deze is echter niet geplaatst in het hoofdstuk over ASS, maar in het hoofdstuk ‘communicatiestoornissen’,

AUTEURS

JANNEKE ZINKSTOK, psychiater, Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheidszorg, en Department of Forensic and Neurodevelopmental Sciences, Institute of Psychiatry, Londen.

JAN BUITELAAR, hoogleraar Psychiatrie en Kinder- en Jeugdpsychiatrie, afd. Cognitive Neuroscience, Donders Instituut for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum, en Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Janneke Zinkstok, Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheidszorg, Postbus 5, 5800 AA Venray.
E-mail: janneke.zinkstok@kcl.ac.uk

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2013.

dus samen met bijvoorbeeld stotteren en de taalstoornissen.

VERWACHTE EFFECTEN

Op het eerste gezicht lijkt de DSM-5 de drempel te verlagen voor een diagnose van ASS; er moet immers aan minder criteria voldaan worden voor een diagnose. Echter, de diagnose ASS is behoorlijk specifiek: voor de patiënten met een diagnose autistische stoornis of stoornis van Asperger in de DSM-IV zal vrijwel zonder uitzondering de diagnose ASS van toepassing zijn. De specificiteit van de diagnose ASS is waarschijnlijk beter dan van de diagnoses stoornis van Asperger en PDD-NOS (Huerta e.a. 2012; Wilson e.a. 2013). Hiermee is een doel van de DSM-5-commissie bereikt, namelijk om ASS beter te onderscheiden van de andere ontwikkelingsstoornissen zoals taal- en leerstoornissen en ADHD. Echter, als je de diagnostische criteria strikt toepast, zal bij een deel van de patiënten bij wie voorheen PDD-NOS (of atypisch autisme) gediagnosticeerd zou worden en bij de patiënten zonder stereotiepe interesses en/of gedragingen, in de DSM-5 de diagnose sociale communicatiestoornis gesteld worden. Dus de sensitiviteit van de diagnose ASS is waarschijnlijk minder goed dan de specificiteit (Wilson e.a. 2013). Dit zou mogelijk gevolgen kunnen hebben voor vergoedingen zoals persoonsgebonden budgetten.

Er is grote verdeeldheid over de veranderingen in DSM-5 en de grootste controverse is het verdwijnen van de subcategorieën zoals stoornis van Asperger. Voorstanders zeggen

dat het onzin is om verschillende categorieën te hanteren terwijl er geen enkele evidentie is voor het onderscheid; zij vinden dat DSM-5 de klinische praktijk vereenvoudigt (King e.a. 2013). Tegenstanders vrezen dat onderzoek naar de subtypes van de ASS, zoals stoornis van Asperger, zal stagneren door deze drastische naamsverandering (Tsai & Ghaziuddin 2013).

Vanuit een klinisch en wetenschappelijk perspectief lijkt het zinnig om autisme en stoornis van Asperger samen te voegen. Er is bijvoorbeeld geen bewijs dat patiënten met autisme een normaal IQ die een taal- en/of spraakstoornis in de vroege kindertijd hadden, zich klinisch anders presenteren of meer functiebeperkingen hebben dan degenen die geen taal- en/of spraakstoornis hadden (Howlin 2003). Daarnaast suggereert een recent onderzoek dat de beste voorspeller van de autismediagnose die bij een patiënt gesteld zal worden, de kliniek is waar hij of zij naartoe gaat (Lord e.a. 2012).

ADHD

De definitie en het concept van ADHD zijn in de DSM-5 niet wezenlijk veranderd vergeleken met de DSM-IV. Toch zijn er ook rond ADHD veel onrust en aandacht in de media geweest. Dit betrof vooral mogelijke overdiagnostiek en overbehandeling met medicatie. Allen Frances, voorzitter van de DSM-IV-werkgroep, maar later spijtoptant omdat de ADHD-criteria in de DSM-IV te ruim zouden zijn opgesteld, kreeg in de media vrij baan voor zijn kritiek op de DSM-5 en de gevaren van de ADHD-hype. Net als de autismespectrumstoornis is ADHD ondergebracht in de nieuwe categorie 'ontwikkelingsstoornissen'.

VOORBEELDEN VAN ADHD-SYMPTOMEN

De definities van de 18 ADHD-symptomen zijn nagenoeg onveranderd, maar er zijn bij alle criteria meer voorbeelden toegevoegd over de presentatie van de symptomen op verschillende leeftijden. Dit zal de bruikbaarheid van de ADHD-criteria ten goede komen, vooral bij adolescenten en volwassenen.

Enkele voorbeelden ter illustratie. Bij het criterium 'heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten' is de toelichting: bijvoorbeeld moeite met uitvoeren van taken waarbij opeenvolgende handelingen zijn vereist; moeite om spullen en bezittingen op orde te houden; slordig, ongeorganiseerd werk leveren; zwak tijdsmanagement; mist vaak deadlines.

Bij het criterium 'vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen' is de toelichting: zoals school- of huiswerk, voor oudere adolescenten en volwassenen een afkeer om rapporten of verslagen te schrijven,

formulieren in te vullen, of lange artikelen of stukken tekst te bestuderen.

LEEFTIJDSCRITERIUM

De beginleeftijd waarop de eerste symptomen en belemmeringen aanwezig moeten zijn, is veranderd van 7 naar 12 jaar. Dit omdat er geen goede empirische onderbouwing was voor een afgrenzing bij 7 jaar, verder vanwege de observatie dat het bij volwassenen met ADHD vaak lastig is om vast te stellen dat symptomen en belemmeringen aanwezig waren voor de leeftijd van 7 jaar. De zogenaamde 'late-onset' ADHD (in bijna alle gevallen met een begin van symptomen en belemmeringen voor het 15e jaar) bleek op allerlei externe validiteitskenmerken niet te onderscheiden van ADHD met vroege beginleeftijd (Faraone e.a. 2006). Uiteindelijk is als compromis op een conservatieve manier voor de beginleeftijd van 12 jaar gekozen.

Verder is de drempelwaarde van het aantal symptomen dat ten minste aanwezig dient te zijn voor oudere adolescenten (vanaf 17 jaar) en volwassenen verlaagd van 6 naar 5. Dit is in overeenstemming met de bevinding dat 4 symptomen bij oudere adolescenten en volwassenen al tot significante belemmeringen in functioneren leiden (Kooij e.a. 2005). Ook hier is, om overdiagnostiek te voorkomen, een conservatieve beslissing genomen met een drempel van 5 en niet 4 symptomen.

OVERIGE WIJZIGINGEN

De 3 subtypen van ADHD (gecombineerd, overwegend onoplettend en overwegend hyperactief) verdwijnen in de DSM-5; er wordt nu gesproken van presentatiewijzen. De subtypen zijn weinig stabiel gebleken over de tijd (Lahey e.a. 2005) en ook andere kenmerken van validiteit waren onvoldoende (Willcutt e.a. 2012). Daaraan is tentatief een 4de presentatie toegevoegd met uitgesproken onoplettendheid. Hierbij zijn *ten minste* 6 symptomen van onoplettendheid aanwezig en niet meer dan 2 hyperactieve-impulsieve symptomen. Dit zal verder onderzoek naar de kenmerken en achtergronden van dit uitgesproken onoplettende type makkelijker maken.

De regel dat de symptomen aanwezig dienen te zijn in meerdere situaties is gehandhaafd. Alleen gold daarbij in de DSM-IV de regel dat dit moest zijn op school (of werk) en thuis. In de DSM-5 is dit veranderd in 'thuis, op school of werk, met vrienden of bekenden, of bij andere activiteiten'. Volgens de DSM-5-definitie is het dus niet langer noodzakelijk om symptomen thuis te hebben.

Ten slotte is de regel vervallen dat ADHD niet gediagnosticeerd mocht worden indien ook sprake was van een autismespectrumstoornis. Dit is een belangrijke verbetering in de DSM-5 en zal het onderzoek verder stimuleren

naar de samenhang tussen ASS en ADHD. Deze twee ontwikkelingsstoornissen komen vaak tegelijk voor bij dezelfde patiënt en er is sprake van gedeelde etiologische, met name genetische factoren en neurale en cognitieve correlaten (Rommelse e.a. 2010; 2011).

DISCUSSIE

De grote vraag is natuurlijk: is de DSM-5 uiteindelijk een verbetering of niet? Onze mening is dat het goed is om geregeld diagnostische criteria te herzien en aan te passen – zeker in de psychiatrie, waar kwantitatieve parameters vaak ontbreken – mits gebaseerd op gedegen onderzoek. In de DSM-5 is de indeling van de (voorheen) pervasieve ontwikkelingsstoornissen drastisch veranderd. De nieuwe diagnostische criteria voor ASS zijn simpeler en overzichtelijker, en zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Een veranderde nomenclatuur kan moeilijkheden opleveren voor huidig en toekomstig onderzoek, maar dit kan opgelost worden door gebruik te maken van gestandaardiseerde interviews zoals het *Autism Diagnostic Interview* (ADI; Lord e.a. 1994). Merkwaardig genoeg is ervoor gekozen om de sociale communicatiestoornis buiten de categorie ASS te laten vallen, en de vraag is of sommige patiënten nu buiten de boot gaan vallen qua zorgbudget.

De veranderingen in de ADHD-criteria zijn gebaseerd op gedegen onderzoek, behelzen kleine verbeteringen en zullen geen drastische gevolgen hebben voor de klinische praktijk. Uiteindelijk zal de praktijk uitwijzen of DSM-5 een verbetering is – *the proof of the pudding...*

LITERATUUR

- 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). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, e.a. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1720-9; quiz 859.
- Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2003; 33: 3-13.
- Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1056-64.
- King BH, Veenstra-Vanderweele J, Lord C. DSM-5 and autism: kicking the tires and making the grade. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 454-7.
- Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiomont PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35: 817-27.
- Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 896-902.
- Lord C, Petkova E, Hus V, Gan W, Lu F, Martin DM, e.a. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 306-13.
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994; 24: 659-85.
- Rommelse NN, Franke B, Geurts HM, Hartman CA, Buitelaar JK. Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 281-95.
- Rommelse NN, Geurts HM, Franke B, Buitelaar JK, Hartman CA. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35: 1363-96.
- Tsai LY, Ghaziuddin M. DSM-5 ASD Moves Forward into the Past. *J Autism Dev Disord*. 2013 Jun 27.
- Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, Solanto MV, Rohde LA, Tannock R, e.a. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol* 2012; 121: 991-1010.
- Wilson CE, Gillan N, Spain D, Robertson D, Roberts G, Murphy CM, e.a. Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an Adult Autism Spectrum Disorder Diagnostic Clinic. *J Autism Dev Disord* 2013; 43: 2515-25.

SUMMARY

DSM-5: neurodevelopmental disorders

J. ZINKSTOK, J. BUITELAAR

BACKGROUND The 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) was published in May, 2013.

AIM To review the changes in the diagnostic criteria for autism spectrum disorder (ASD) and ADHD in DSM-5, compared to DSM-IV.

METHOD The diagnostic criteria for ASD and ADHD in DSM-IV and DSM-5 are compared. The new diagnostic criteria are summarised and relevant literature is discussed.

RESULTS The new category ASD includes the majority of the pervasive developmental disorders; however, in DSM-5, patients without stereotypical patterns of behaviour or interests will, from now on, be classified as having Social Communication Disorder. The threshold for meeting the diagnostic criteria for ADHD has been lowered slightly. However, this is supported by clinical and epidemiological data and is unlikely to result in over-diagnosis.

CONCLUSION Research into subtypes of ASD may stagnate as a result of the changes introduced in DSM-5. For clinicians, the diagnostic criteria for ASD and ADHD may be more clear-cut and possibly more user-friendly than the diagnostic criteria for these disorders as given in DSM-IV.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 162-166

KEY WORDS ADHD, autism, DSM-5