

MICHIEL W. HENGEVELD

**GIDS VOOR DE  
HUISARTSENPRAKTIJK  
DSM-5<sup>®</sup>**

UITGEVERIJ BOOM  
AMSTERDAM

# Inhoud

Hoe deze gids te gebruiken? 7

- 1 De eerste stappen 9
- 2 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 19
- 3 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 27
- 4 Bipolaire-stemmingsstoornissen 31
- 5 Depressieve-stemmingsstoornissen 35
- 6 Angststoornissen 39
- 7 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 45
- 8 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen 49
- 9 Dissociatieve stoornissen 53
- 10 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 57
- 11 Voedings- en eetstoornissen 61
- 12 Stoornissen in de zindelijkheid 65
- 13 Slaap-waakstoornissen 67
- 14 Seksuele disfuncties 73
- 15 Genderdysforie 77
- 16 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 79
- 17 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 83
- 18 Neurocognitieve stoornissen 89
- 19 Persoonlijke stoornissen 93
- 20 Parafiele stoornissen 101
- 21 Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie 103
- 22 Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn 107

**Bijlage A** Conversietabel van ICPC-1 naar DSM-5 115

**Bijlage B** Lijst van psychiatrische begrippen 133

Dankwoord 151

## Hoe deze gids te gebruiken?

Als een huisarts een patiënt wil verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz), moet er sprake zijn van een (vermoeden van een) DSM-benoemde psychische stoornis, anders wordt deze zorg niet door de zorgverzekering vergoed. Alleen patiënten met een psychische stoornis mogen worden behandeld in de verzekerde basis-ggz of de specialistische ggz. De psychische stoornis moet worden vermeld in de verwijfsbrief. Dat hoeft niet met een DSM-code, maar het mag wel. In Nederland worden de DSM-5-stoornissen voorlopig nog gecodeerd met codes uit de negende editie van de International Classification of Diseases (ICD-9-CM).

Dit boek wil de huisarts en de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) helpen bij het kiezen van een DSM-5-classificatie en eventueel de bijbehorende ICD-9-CM-code ten behoeve van verwijzing naar de ggz. Dat kan op twee manieren.

Ten eerste kunt u in bijlage A achterin bekijken welke DSM-5-stoornis(sen) het meest waarschijnlijk is/zijn bij de code van de International Classification of Primary Care (ICPC-1) die aan de patiënt is gegeven. Bijlage A biedt namelijk een overzicht van alle codes voor psychische problemen en ziekten uit de ICPC-1, de zogenoemde P-codes, en de mogelijke bijbehorende DSM-5-stoornissen met ICD-9-CM-codes. Dit biedt u de snelste manier om bij een patiënt met een bepaalde P-code op te zoeken aan welke (vermoedelijke) psychische stoornis gedacht kan worden. Desgewenst kijkt u ook nog op de pagina in dit boek waar deze bijlage naar verwijst of de stoornis inderdaad past bij de klachten van de patiënt.

Ten tweede kunt u zich eerst afvragen of de klachten door alcohol, drugs of een geneesmiddel of door een somatische aandoening zijn veroorzaakt. In hoofdstuk 1 kunt u dan de daarbij passende DSM-5-stoornissen met bijbehorende

ICD-9-CM-codes vinden. Zijn deze somatische oorzaken uitgesloten, dan zoekt u in de beslisboom op pp. 15-18 naar de belangrijkste klachten die de patiënt heeft. Deze beslisboom verwijst naar een van de 21 hoofdstukken waarin de stoornissen in de DSM-5 zijn ingedeeld. Stel dat de patiënt vooral angstklachten heeft, dan verwijst de beslisboom naar hoofdstuk 6, 'Angststoornissen'. In dat hoofdstuk staan de zeven angststoornissen die de DSM-5 onderscheidt, bijvoorbeeld de sociale-angststoornis en de paniekstoornis. Een eenvoudige beslisboom met de belangrijkste klachten per angststoornis helpt u om tussen deze zeven angststoornissen te kiezen. In het hoofdstuk zelf worden de kenmerkende symptomen\* van deze angststoornissen beschreven in de vorm van een kort vignet. Dat wil zeggen: zonder alle gedetailleerde criteria die de DSM-5 hanteert.\*\* Voor degenen die deze criteria willen opzoeken, wordt verwezen naar de erbij vermelde pagina in het *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5)*\*\*\*. Ten behoeve van de huisarts die ook de bijbehorende ICD-9-CM-codering in de verwijsbrief wil vermelden, wordt deze bij elke DSM-5-stoornis genoemd. Ook de erbij passende ICPC-1-code wordt gegeven.

Let wel: deze gids is geen handleiding voor psychiatrische diagnostiek of voor het stellen van de juiste indicatie voor behandeling binnen de basis-ggz of de specialistische ggz. Het is als het ware een eenvoudig spoorboekje dat u snel geleidt naar de meest waarschijnlijke DSM-5-stoornis, en is minder uitgebreid en ingewikkeld dan de DSM-5 zelf.

\* Zie Bijlage B voor een verklarende lijst van de psychische symptomen.

\*\* De DSM-5 noemt vaak een vereist aantal symptomen en minimale duur van de stoornis; bevat exclusiecriteria zoals andere psychiatrische stoornissen of een lichamelijke aandoening of een middel als oorzaak; specificeert subtypes, beloopstadië en mate van ernst van de psychiatrische stoornis; en bevat bij vrijwel elke stoornis het standaardcriterium 'veroorzaakt klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige (schoolse) functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen'. Dergelijke criteria zijn niet in dit boek opgenomen.

\*\*\* American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5)*. Nederlandse Vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.

# 1

## De eerste stappen

Wanneer u bij een patiënt denkt aan een psychische stoornis, moet u uzelf eerst vier vragen stellen. Vervolgens kunt u met behulp van de beslisbomen in deze gids bepalen aan welke psychische stoornis de betreffende patiënt mogelijk lijdt.

### STAP 1

#### **Is er wel sprake van een psychische stoornis?**

---

Het spreekt vanzelf dat er bij een psychische stoornis sprake moet zijn van psychische klachten en/of verschijnselen. Maar dat is niet genoeg om van een *stoornis* te spreken. Psychische klachten en verschijnselen komen veel voor en zijn lang niet altijd een symptoom van een psychische stoornis. Daarvoor moeten deze klachten en/of verschijnselen gepaard gaan met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Maar ook dan kan het nog gaan om een tijdelijke stressreactie naar aanleiding van een psychosociaal probleem. Het onderscheid daartussen is niet altijd gemakkelijk. Soms is een psychiatrisch consult aangewezen om dit onderscheid te maken. Of het is, zoals vaak in de huisartsgeneeskunde, een kwestie van afwachten en volgen of de klachten voorbijgaan ('watchful waiting'). Wachten is natuurlijk geen optie wanneer er sprake is van ernstige psychische symptomen, zoals bewustzijnsdaling, desoriëntatie, acuut geheugenverlies, hallucinaties, incoherentie, wanen, overmatige euforie, ernstige depressie of angst, suïcidaliteit, ernstige geremdheid of ernstige psychomotorische agitatie, of wanneer de patiënt eerder een psychische stoornis heeft gehad of een bloedverwant heeft met een psychische stoornis. Dan is de kans groot dat er sprake is van een psychi-

sche stoornis. Is dit niet het geval, maar zijn er wel problemen die een reden zijn voor zorg door de huisarts of de POH-GGZ, dan biedt de DSM-5 de mogelijkheid voor classificatie met een zogenoemde V-code, vergelijkbaar met de Z-code in de ICPC-1 voor sociale problemen (zie hoofdstuk 22).

## STAP 2

### **Is alcohol, een drug of een geneesmiddel misschien de oorzaak van deze psychische stoornis?**

---

Alle psychische klachten en/of verschijnselen kunnen veroorzaakt worden door alcohol, een drug of een geneesmiddel. Dit mag niet gemist worden, omdat het directe consequenties heeft voor de behandeling. Behalve dat het kan gaan om een direct gevolg van het (genees)middel, kan er ook sprake zijn van een intoxicatie door of een onttrekkingssyndroom van het middel. Voor de classificatie en codering hiervan wordt verwezen naar hoofdstuk 17.

Een bijzondere groep bijwerkingen van geneesmiddelen zijn de bewegingsstoornissen die het gevolg zijn van psychofarmaca. Omdat deze in de ggz frequent gezien worden bij patiënten met een psychische stoornis zijn ze ook opgenomen in de DSM-5. In dit boek staan ze kort beschreven in hoofdstuk 21. In datzelfde hoofdstuk worden ook de onttrekkingssymptomen beschreven die optreden bij het stoppen met een antidepressivum.

Welke criteria wijzen op een causale relatie tussen het gebruik van een (genees)middel en de psychische stoornis? Ten eerste natuurlijk de temporele relatie tussen beide: de psychische stoornis moet wel ontstaan zijn na het begin van het gebruik of de verhoging van de dosering. Ten tweede moet het gaan om een (genees)middel en om een dosering waarvan aannemelijk is dat die de psychische stoornis kunnen veroorzaken. Iemand wordt doorgaans niet psychotisch van een gering gebruik van prednison of cannabis, bijvoorbeeld.

In de tabellen hiernaast staan de psychische stoornissen die kunnen worden veroorzaakt door alcohol, respectievelijk een drug of medicatie.