

HANDBOEK
VOOR DE CLASSIFICATIE VAN
PSYCHISCHE STOORNISSEN

DSM-5TM

NEDERLANDSE VERTALING
VAN
**DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS**
FIFTH EDITION



AMERICAN
PSYCHIATRIC ASSOCIATION

UITGEVERIJ BOOM
AMSTERDAM

Inhoud

9	DSM-5-classificatie
37	Voorwoord
43	Verantwoording bij de Nederlandse editie

Deel I

Uitgangspunten van de DSM-5

53	Inleiding
71	Aanwijzingen voor het gebruik
79	Waarschuwing bij forensisch gebruik van de DSM-5

Deel II

Classificatiecriteria en codes

85	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
159	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
204	Bipolaire-stemmingsstoornissen
244	Depressieve-stemmingsstoornissen
287	Angststoornissen
345	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
383	Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
416	Dissociatieve stoornissen
437	Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen
462	Voedings- en eetstoornissen
495	Stoornissen in de zindelijkheid
502	Slaap-waakstoornissen
580	Seksuele disfuncties
616	Genderdysforie
628	Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen
654	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
785	Neurocognitieve stoornissen
847	Persoonlijkheidsstoornissen
903	Parafiele stoornissen
930	Overige psychische stoornissen
932	Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie
939	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

Deel III
Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling

- 959 Meetinstrumenten
986 Culturele formulering
1004 Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen
1034 Aandoeningen die verder onderzoek behoeven

Appendix

- 1067 Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5
1080 Verklarende woordenlijst van technische termen
1099 Alfabetische lijst van Engelse en Nederlandse stoornisnamen
1111 Alfabetische lijst van DSM-5-classificaties en ICD-9-codes
1128 Numerieke lijst van DSM-5-classificaties en ICD-9-codes
1144 Medewerkers aan de Amerikaanse editie van de DSM-5
- 1168 Register

Voorwoord

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) van de American Psychiatric Association is een classificatie van psychische stoornissen en de bijbehorende criteria, bedoeld om deze stoornissen op betrouwbaardere wijze te kunnen diagnosticeren. In de afgelopen zestig jaar zijn opeenvolgende edities verschenen en heeft de DSM zich ontwikkeld tot een standaardnaslagwerk voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Voor de meeste psychische stoornissen geldt dat het niet mogelijk is om een volledige beschrijving te geven van de onderliggende ziekteprocessen, en het is dan ook van belang om op te merken dat de classificatiecriteria in deze editie van de DSM de best beschikbare beschrijving geven van de manier waarop psychische stoornissen tot uiting komen en door getrainde klinici kunnen worden herkend. De DSM is bedoeld als een praktische, functionele, flexibele gids voor het organiseren van informatie, die kan bijdragen aan het toekennen van de juiste classificatie en het bepalen van de geschikteste behandeling van psychische stoornissen. De DSM is een hulpmiddel voor klinici, een belangrijk leer-middel voor studenten en behandelaars en een naslagwerk voor onderzoekers in dit vakgebied.

Deze editie van de DSM is weliswaar in de eerste plaats ontwikkeld als een nuttige gids voor de klinische praktijk, maar moet daarnaast als officiële nomenclatuur bruikbaar zijn in een brede reeks contexten. De DSM is altijd gebruikt door klinici en onderzoekers die verschillende benaderingen aanhangen (de neurobiologische, psychodynamische, cognitieve, gedragsmatige, interpersoonlijke, en de gezins-/systeembenadering), die allemaal streven naar een gemeenschappelijke taal om met elkaar te kunnen communiceren over de hoofdkenmerken van de psychische stoornissen die ze aantreffen bij hun patiënten. De informatie in de DSM is waardevol voor alle professionals die werkzaam zijn in de verschillende takken van de geestelijke gezondheidszorg: psychiaters, andere artsen, gz-psychologen, klinisch psychologen, maatschappelijk werkenden, verpleegkundigen, psychotherapeuten, forensisch specialisten en juristen, arbeidspsychologen en re-integratie-coaches en andere professionals in de gezondheidszorg. De criteria zijn bondig en expliciet, en bedoeld om in uiteenlopende behandelsettings een objectief beeld te kunnen schetsen van de psychiatrische syndromen — zowel in de specialistische ggz, de ziekenhuispsychiatrie, de forensische psychiatrie, de verslavingszorg en in zelfstandig gevestigde praktijken, als in de basis-ggz en in de huisartsenzorg — evenals in de context van epidemiologisch onderzoek onder de bevolking als geheel over psychische stoornissen. Verder is de DSM-5 een hulpmiddel voor het verzamelen van en communiceren over nauwkeurige epidemiologische gegevens over de morbiditeit en mortaliteit bij psychische stoornissen. En tot slot dienen de criteria en de bijbehorende tekst als handboek, zowel voor studenten in de beginfase van hun carrière die behoefte hebben aan een gestructureerde methode om psychische stoornissen te kunnen classificeren, als voor ervaren professionals die een zeld-

zame stoornis voor het eerst tegenkomen. Gelukkig zijn al deze verschillende toepassingen goed met elkaar te combineren.

Bij het plannen van de DSM-5 is met deze uiteenlopende behoeften en belangen rekening gehouden. De classificatie van de stoornissen is geharmoniseerd met de International Classification of Diseases (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie, zodat de DSM-criteria stoornissen definiëren die overeenkomen met de stoornisnamen en codenummers in de ICD. In de DSM-5 zijn de bijbehorende ICD-9-CM-codes toegevoegd aan alle stoornissen.*

Hoewel ook de DSM-5 een categoriale classificatie van afzonderlijke stoornissen blijft, erkennen wij dat de beelden van psychische stoornissen niet altijd helemaal passen binnen de grenzen van de criteria van één enkele stoornis. Sommige symptoomdomeinen, zoals depressiviteit en angst, spelen een rol in meerdere categorieën en vormen wellicht gemeenschappelijke kwetsbaarheden voor een grotere groep van stoornissen. Om ruimte te geven aan deze werkelijkheid zijn de stoornissen in de DSM-5 opnieuw gerangschikt in een herziene structuur, bedoeld om klinici te stimuleren tot het innemen van nieuwe perspectieven. Deze nieuwe structuur komt overeen met de rangschikking van stoornissen die is gepland voor de ICD-11, die in 2015 moet verschijnen. Andere verbeteringen zijn aangebracht om het gebruikersgemak van de DSM-5 in alle contexten te bevorderen:

► **Het belang van ontwikkelingsaspecten die met de stoornissen samenhangen.**

De verandering in de volgorde van de hoofdstukken geeft beter uitdrukking aan de levensloopbenadering; stoornissen die vaker worden gediagnosticeerd in de kindertijd (zoals de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen) staan in het begin van het handboek, en stoornissen die vaker op latere leeftijd voorkomen (zoals neurocognitieve stoornissen) worden aan het eind van het handboek behandeld. Verder is er in de tekst bij elke stoornis een subparagraaf toegevoegd over het ontstaan en beloop van de betreffende stoornis, met een beschrijving van mogelijke veranderingen in het beeld van de stoornis in de loop van het leven. Ook zijn leeftijdsgerelateerde factoren die specifiek zijn voor een bepaalde stoornis (zoals verschillen tussen leeftijdsgroepen in symptoombeelden en prevalentie) in de tekst opgenomen. Om deze leeftijdsverschillen extra te benadrukken, zijn deze leeftijdsgerelateerde factoren indien van toepassing ook toegevoegd aan de criteria (in de criteriasets voor de insomniastoonnis en de posttraumatische-stressstoornis bijvoorbeeld zijn specifieke criteria opgenomen over de vorm die de symptomen van deze stoornissen bij kinderen kunnen aannemen). Ook kwesties rond sekse/gender en cultuur zijn indien van toepassing toegevoegd aan de beschrijvingen van de stoornissen.

► **De integratie van wetenschappelijke bevindingen uit het meest recente genetische onderzoek en onderzoek met beeldvorming van de hersenen.** De herziene structuur van de hoofdstukken is gebaseerd op recent onderzoek in de neuro-

* In de Amerikaanse editie staan ook de voor de VS relevante ICD-10-CM-codes. Omdat er nog geen omzettafel bestaat van deze codes naar de internationale ICD-10-codes,

zijn ze in deze Nederlandse editie weggelaten. Wanneer die tabel wel beschikbaar is, zal deze geplaatst worden op de website www.dsm-5-nl.org.

wetenschappen en nieuwe bevindingen over genetische relaties tussen verschillende categorieën. In de tekst worden genetische en fysiologische risicofactoren, prognostische indicatoren en sommige veronderstelde biologische markers apart vermeld. Deze nieuwe opbouw zou klinici beter in staat moeten stellen om die stoornissen te herkennen die tot een spectrum behoren aangezien ze bepaalde processen in het brein, een genetische kwetsbaarheid en blootstelling aan omgevingsinvloeden met elkaar gemeen hebben.

- ▶ **De samenvoeging van de autistische stoornis, de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS) tot één stoornis, de autismespectrumstoornis.** De symptomen van deze stoornissen vormen met elkaar één continuüm, met lichte tot ernstige beperkingen in de twee domeinen sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragingen/interesses, in plaats van dat het om afzonderlijke stoornissen gaat. Deze verandering heeft tot doel een verbetering tot stand te brengen in de sensitiviteit en specificiteit van de criteria voor de autismespectrumstoornis en meer gerichte behandeldoelen te kunnen formuleren voor de specifieke beperkingen van individuele gevallen.
- ▶ **Een gestroomlijnde classificatie van bipolaire- en depressieve-stemmingsstoornissen.** Bipolaire- en depressieve-stemmingsstoornissen zijn de meest voorkomende stoornissen in de psychiatrie. Daarom was het belangrijk om de bij deze stoornissen horende beelden te stroomlijnen en daarmee de bruikbaarheid voor de praktijk en het onderwijs van de beschrijvingen te verbeteren. In plaats van definities van manische, hypomanische en depressieve episoden te scheiden van de definities van de bipolaire-I-stoornis, de bipolaire-II-stoornis en de depressieve stoornis, zoals in de vorige editie gebeurde, hebben we nu alle deelcriteria opgenomen in de respectievelijke criteria voor elke stoornis. Die benadering zal de diagnostiek en behandeling van deze belangrijke stoornissen in de praktijk vergemakkelijken. Evenzo zullen de toelichtende opmerkingen voor het onderscheid tussen rouwreacties en de depressieve stoornis de clinicus een veel betere leidraad geven dan voorheen gebeurde met alleen een uitsluitingscriterium over rouwreacties. De nieuwe specificaties ‘met angstige spanning’ en ‘met gemengde kenmerken’ worden nu volledig beschreven in de uiteenzetting over de verschillende specificaties die aan de criteria voor deze stoornissen is toegevoegd.
- ▶ **De herstructurering van de stoornissen in het gebruik van een middel, met als doel meer consistentie en helderheid.** De categorieën misbruik van een middel en afhankelijkheid van een middel zijn verwijderd en vervangen door een overkoepelende nieuwe categorie: stoornissen in het gebruik van een middel — waarbij het specifieke middel dat wordt gebruikt de specifieke stoornissen definieert. ‘Afhankelijkheid’ werd vaak verward met de term ‘verslaving’, terwijl de tolerantie en onttrekking die voorheen werden gebruikt als definitie van afhankelijkheid feitelijk heel normale reacties zijn op voorgeschreven geneesmiddelen die invloed hebben op het centrale zenuwstelsel, en dus geen indicatie hoeven te zijn dat er sprake is van een verslaving. Nu we deze criteria in de DSM-5 hebben herzien en verduidelijkt, hopen we de wijdverbreide misverstanden die over deze onderwerpen bestaan enigszins te helpen terugdringen.

- ▶ **Een verbetering van de specificiteit van uitgebreide en beperkte neuro-cognitieve stoornissen.** Aangezien er de afgelopen twintig jaar een explosie is geweest aan nieuwe bevindingen in de neurowetenschap, de neuropsychologie en op het gebied van de beeldvorming van de hersenen, was het van groot belang om de huidige stand van zaken in deze vakgebieden in de diagnostiek van stoornissen die voorheen ‘vormen van dementie’ of organisch-psychiatrische stoornissen werden genoemd, tot uiting te laten komen. Biologische markers voor vasculaire en traumatische hersenziekten, bekend geworden door beeldvormende onderzoeksmethoden, en specifieke moleculair-genetische bevindingen over zeldzame varianten van de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Huntington, betekenen een enorme vooruitgang voor de klinische diagnostiek, en deze en andere stoornissen zijn nu onderverdeeld in specifieke subtypen.

- ▶ **Een overgang in de conceptualisering van de persoonlijkheidsstoornissen.** Hoewel ook in eerdere edities al aandacht bestond voor de voordelen van een meer dimensionale benadering van de persoonlijkheidsstoornissen, wordt de overgang van een categoriaal classificatiesysteem van individuele stoornissen naar een systeem dat is gebaseerd op de relatieve verbreiding van persoonlijkheidstrekken nog steeds niet breed geaccepteerd. De categoriale persoonlijkheidsstoornissen zijn in de DSM-5 praktisch ongewijzigd overgenomen. Echter, in deel III wordt een alternatief ‘hybride’ model gepresenteerd, dat als leidraad kan dienen voor toekomstig onderzoek waarin een scheiding wordt aangebracht tussen de beoordeling van het interpersoonlijke functioneren en de expressie van pathologische persoonlijkheidstrekken voor zes specifieke stoornissen. Verder wordt een meer dimensionaal profiel voorgesteld van de expressie van persoonlijkheidstrekken, als een trekspecifieke benadering.

- ▶ **Deel III: nieuwe stoornissen en kenmerken.** Er is een nieuw deel toegevoegd, waarin speciaal wordt stilgestaan bij stoornissen waarnaar meer onderzoek moet worden verricht, en waarvan de validiteit nog onvoldoende overtuigend is komen vast te staan om ze al voor dagelijks gebruik in de officiële classificatie van psychische stoornissen op te nemen. Verder zijn dimensionale maten voor de ernst van symptomen opgenomen voor dertien symptoomdomeinen, zodat voor alle stoornissen de mate van ernst van de symptomen kan worden bepaald. Verder is de World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) opgenomen, een standaardmethode voor het meten van de globale mate van beperking bij psychische stoornissen, die is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en die ook voor andere medische specialismen bruikbaar is; deze schaal vervangt de beperktere Global Assessment of Functioning-schaal. Wij koesteren de hoop dat naarmate deze meetinstrumenten in de loop der tijd worden geïmplementeerd, dit tijdens de diagnostiek tot een grotere nauwkeurigheid en flexibiliteit zal leiden van de beschrijving van individuele syndromen en de daarmee gepaard gaande beperkingen.

- ▶ **Verbeteringen in de online dienstverlening.** De DSM-5 biedt online extra informatie. Zo zijn online extra meetinstrumenten voor overkoepelende symptomen en symptoomernst beschikbaar (www.dsm-5-nl.org), gekoppeld aan de relevante

stoornissen. Verder zijn ook het Cultural Formulation Interview, de bijbehorende informantversie en extra modules bij het oorspronkelijke Cultural Formulation Interview online beschikbaar gemaakt.

Deze vernieuwingen werden ontwikkeld door vooraanstaande autoriteiten op het gebied van psychische stoornissen in de wereld, en de implementatie ervan is gebaseerd op reviews van experts, reacties vanuit de bevolking en onafhankelijke beoordeling door vakgenoten. De dertien werkgroepen, onder leiding van de DSM-5-taskforce, steeds in contact met andere beoordelende organisaties en, uiteindelijk, de board of trustees van de APA, vertegenwoordigen gezamenlijk de wereldwijde experts in het specialisme. Het werk werd ondersteund door een uitgebreide achterban van adviseurs en door de professionele staf van de Division of Research van de APA; al die mensen hier noemen is onmogelijk, maar hun namen zijn terug te vinden in de Appendix. Wij zijn enorm veel dank verschuldigd aan al die mensen die eindeloos veel uren en deskundigheid van onschatbare waarde hebben gestoken in deze poging om de classificatie van psychische stoornissen te helpen verbeteren.

Onze bijzondere dank gaat uit naar de voorzitters, tekstcoördinatoren en de leden van de dertien werkgroepen, die achter in het handboek worden genoemd en die zes jaar lang vele uren besteedden aan dit vrijwillige project om de wetenschappelijke basis van de klinische praktijk te verbeteren. Susan K. Schultz werkte als tekstredacteur onvermoeibaar samen met Emily A. Kuhl, senior wetenschapsauteur en tekstredacteur bij de APA, om de inspanningen van de werkgroepen te coördineren tot een samenhangend geheel. William E. Narrow gaf leiding aan de onderzoeksgroep die de globale onderzoeksstrategie voor de DSM-5 ontwikkelde, inclusief de field trials, die enorm hebben bijgedragen aan de wetenschappelijke basis voor deze editie. Verder zijn wij al diegenen dankbaar die zo veel tijd staken in onafhankelijke beoordeling van de herzieningsvoorstellen: Kenneth S. Kendler en Robert Freedman, de covoorzitters van het Scientific Review Committee; John S. McIntyre en Joel Yager, covoorzitters van het Clinical and Public Health Committee; en Glenn Martin, voorzitter van het reviewproces van het Committee on DSM-5 van de APA Assembly. Verder willen we ook Helena S. Kraemer nog speciaal bedanken voor haar deskundige statistische adviezen; Michael B. First voor zijn waardevolle inbreng op het gebied van de codering en de evaluatie van criteria; en Paul S. Appelbaum voor zijn commentaar over forensische vraagstukken. Ook Maria N. Ward hielp bij het verifiëren van alle ICD-coderingen. En dan was er nog de Summit Group, die bestond uit al deze adviseurs, de voorzitters van alle reviewgroepen en de bureaumedewerkers van de APA, onder voorzitterschap van Dilip V. Jeste: deze groep bevorderde met leiderschap en visie het bereiken van consensus of compromissen. Hun toewijding heeft bijgedragen aan de evenwichtigheid en de objectiviteit die naar ons gevoel de DSM-5 kenmerken.

Onze bijzondere erkentelijkheid willen wij nog uitspreken naar de staf van de APA Division of Research; hun namen worden genoemd achter in dit handboek — onvermoeibaar onderhielden zij contacten met de taskforce, werkgroepen, adviseurs en reviewers om problemen op te lossen, om als contactpersoon tussen de verschillende groepen te fungeren, om de fundamenteel-wetenschappelijke en de field trials te leiden en te organiseren, en om bij te houden welke beslissingen in dit belangrijke proces werden genomen. In het bijzonder willen we onze dank uit-

spreken voor de hulp en begeleiding die we kregen van James H. Scully Jr., medisch directeur en CEO van de APA, die we in al die jaren en bij alle beproevingen van het wordingsproces mochten ontvangen. Tot slot bedanken we de redactie- en productiemedewerkers van American Psychiatric Publishing: Rebecca Rinehart, uitgever; John McDuffie, uitgeefdirecteur; Ann Eng, senior redacteur; Greg Kuny, hoofdredacteur, en Tammy Cordova, hoofd grafisch ontwerp — voor hun hulp bij het bij elkaar brengen van dit alles en het creëren van het eindproduct. De DSM-5 is mogelijk gemaakt dankzij de gezamenlijke inspanningen van vele getalenteerde individuen, die hun tijd, deskundigheid en passie hebben gewijd aan dit project.

DAVID J. KUPFER
Voorzitter DSM-5-taskforce

DARREL A. REGIER
Vicevoorzitter DSM-5-taskforce

December 2012