

LAURA WEISS ROBERTS  
ALAN K. LOUIE

**STUDIEGIDS**  
**DSM-5<sup>®</sup>**

LEREN CLASSIFICEREN  
IN DE PRAKTIJK

AMERICAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION



**Boom**

© 2017 American Psychiatric Association Publishing, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m van de Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l vijfde lid Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

Databankenrecht op deze uitgave wordt voorbehouden.

Dit werk is eerst uitgegeven in de Verenigde Staten door American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA, Verenigde Staten. Copyright © 2015. Alle rechten voorbehouden.

Dit werk wordt in Nederland uitgegeven in het Nederlands door Boom uitgevers Amsterdam BV. Boom uitgevers Amsterdam BV is de exclusieve uitgever van *DSM-5®: Studiegids*, de Nederlandse vertaling van *DSM-5® Study Guide, first edition*, door Laura Weiss Roberts & Alan K. Louie, in het Nederlands voor wereldwijde distributie.

Correcte referentie van deze titel:  
Weiss Roberts, L. & Louie, A.K. (2017).  
*DSM-5®: Studiegids*. Amsterdam: Boom.

Voor gebruik van enig deel van het vertaalde werk is schriftelijke toestemming vereist van Boom uitgevers Amsterdam BV.

De American Psychiatric Association is niet betrokken bij de vertaling van dit werk van de Engelse naar de Nederlandse taal en is niet verantwoordelijk voor fouten, omissies of andere mogelijke gebreken in de vertaling van het werk.

*First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2015. All rights reserved.*

*First Published in The Netherlands by Boom uitgevers Amsterdam BV in Dutch. Boom uitgevers Amsterdam BV is the exclusive publisher of DSM-5® Study Guide, authored by Laura Weiss Roberts en Alan K. Louie in Dutch for distribution worldwide.*

*Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Boom uitgevers Amsterdam BV.*

*The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Dutch language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.*

Typografische verzorging:  
René van der Vooren

ISBN 978 90 8953 773 7  
NUR 772

[www.dsm-5.nl.org](http://www.dsm-5.nl.org)  
[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)  
[www.bua.nl](http://www.bua.nl)

# Inhoud

Inleiding 9

## Deel I – De basis

- 1** Psychiatrische diagnostiek en de DSM-5 15  
*Laura Weiss Roberts, Mickey Trockel*
- 2** Tot een classificatie komen — De rol van het status-mentalisonderzoek 33  
*John H. Coverdale, Alan K. Louie, Laura Weiss Roberts*
- 3** Inzicht in de verschillende manieren van diagnostisch classificeren 47  
*Maurice M. Ohayon, Laura Weiss Roberts*

## Deel II – Categorieën in de DSM-5

- 4** Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 63  
*David S. Hong*
- 5** Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 89  
*John Lauriello, Tahir Rahman*
- 6** Bipolaire-stemmingsstoornissen 122  
*Terence A. Ketter, Shefali Miller*
- 7** Depressieve-stemmingsstoornissen 137  
*Bruce A. Arnow, Tonita E. Wroolie, Sanno E. Zack*
- 8** Angststoornissen 164  
*Alan K. Louie, Laura Weiss Roberts*
- 9** Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 183  
*Elias Aboujaoude, Robert M. Holaway*

- 10** Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen 207  
*Cheryl Gore-Felton, Cheryl Koopman*
- 11** Dissociatieve stoornissen 227  
*David Spiegel, Daphne Simeon*
- 12** Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 246  
*Ann C. Schwartz, Thomas W. Heinrich*
- 13** Voedings- en eetstoornissen 269  
*Cara Bohon*
- 14** Stoornissen in de zindelijkheid 289  
*Jennifer Derenne, Kathleen Kara Fitzpatrick*
- 15** Slaap- en waakstoornissen 306  
*Michelle Primeau, Ruth O'Hara*
- 16** Seksuele disfuncties 334  
*Richard Balon*
- 17** Genderdysforie 362  
*Carlos C. Greaves, Daryn Reicherter*
- 18** Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 383  
*Whitney Daniels, Hans Steiner*
- 19** Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 398  
*Kimberly L. Brodsky, Michael J. Ostacher*
- 20** Neurocognitieve stoornissen 434  
*Brian Yochim, Maya Yutsis, Allyson C. Rosen, Jerome Yesavage*
- 21** Persoonlijkheidsstoornissen 477  
*Daryn Reicherter, Laura Weiss Roberts*
- 22** Parafiele stoornissen 507  
*Richard Balon*

**Deel III — Test jezelf****23** Vragen en antwoorden 531

*Laura Weiss Roberts, Sepideh N. Bajestan, Richard Balon, M. Rameen Ghorieshi,  
Honor Hsin, Alan K. Louie, Daniel Mason, Yasmin Owusu, Daryn Reicherter,  
Margaret Reynolds-May, Yelizaveta I. Sher*

Vragen 531

Antwoorden 574

Medewerkers aan de Amerikaanse editie 581

Register 584



# Inleiding

De DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) is het meest gebruikte handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Als zodanig heeft het een enorme invloed op de klinische zorg, het onderzoek naar stoornissen, en het inzicht van patiënten, hun naasten en het publiek over psychische stoornissen. Het is noodzakelijk voor klinici en andere professionals die werken met mensen met psychische stoornissen en hun naasten om vertrouwd te zijn met de DSM en een bepaalde mate van gebruiksgemak te ontwikkelen. De DSM-5, de vijfde volledige editie van dit handboek, is een essentiële bron voor mensen die opgeleid worden in enig specialisme van de lichamelijke of geestelijke gezondheid.

De DSM-5 is het resultaat van jaren van onderzoek naar en discussie over hoe de processen en kenmerken van psychische stoornissen beschreven en ingedeeld zouden moeten worden. Het is het resultaat van de spanning tussen hetgeen behouden moest worden uit de vorige editie en wat veranderd moest worden in de nieuwe, een spanning die begrijpelijk is en verwacht kan worden bij een zich snel ontwikkelend gebied als de psychiatrie. Tot de volgende editie zal de DSM-5 een belangrijk referentiepunt zijn in deze ontwikkeling; zo kunnen met behulp van het handboek hypothesen nader getoetst worden en criteria vergeleken worden met andere formele bronnen met vergelijkbare maar niet-identieke doelstellingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de *Research Domain Criteria* van het National Institute of Mental Health in de Verenigde Staten (zie [www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml)) en de opeenvolgende edities van de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie.

In de DSM-5 heeft elke classificatiecategorie haar eigen hoofdstuk gekregen. Elke categorie bevat een aantal stoornissen die al dan niet in een spectrum zijn geplaatst. Elke stoornis wordt uitgebreid beschreven, met inbegrip van epidemiologische, 'statistische' informatie en wetenschappelijk verantwoorde criteria waaraan moet worden voldaan voordat de desbetreffende stoornis kan worden vastgesteld. De indeling van het handboek volgt een traditionele ordening, die hoofdzakelijk is gericht op de psychopathologie en die de stoornissen centraal stelt. De overkoepelende structuur van de DSM-5 verschilt van eerdere versies van de DSM in die zin dat de stoorniscategorieën die overlappende of vergelijkbare kenmerken hebben, waar mogelijk met opzet in een bepaalde volgorde zijn geplaatst.

Het wordt aan de lezer overgelaten om uit te vinden hoe deze stoornissen zich in de eigen klinische praktijk bij zijn patiënten manifesteren. De individuele erva-

ring van een aandoening — vanuit het perspectief van de persoon in kwestie en vanuit het perspectief van de arts — kan niet worden meegenomen in ‘criteria’ en ‘statistieken’. Hoe praat iemand die één of meer van deze stoornissen heeft daarover? En hoe communiceert een clinicus met de patiënt over diens ervaringen? Clinici kunnen weliswaar een classificatie toekennen aan een patiënt, maar de persoon in kwestie kan zeker niet worden gereduceerd tot een set criteria, een classificatie of een lijst van mogelijke classificaties. Hoe een ziekte, een ‘diagnose’, zich manifesteert, wordt gekleurd door de biologische, psychologische en sociologische bijzonderheden van elke patiënt. De *DSM-5: Studiegids* is bedoeld om de op papier gestelde classificatiecriteria van de DSM-5 te helpen vertalen naar de beleving van de patiënt.

De *DSM-5: Studiegids* moet naast de volledige tekst van de DSM-5 worden gebruikt. In deze studiegids hanteren we een patiëntgerichte benadering, als aanvulling op de DSM-5, die meer stoornisgericht is. Om de concepten van de DSM-5 tot leven te laten komen, introduceren we in dit boek steeds dezelfde onderdelen in de diagnostische hoofdstukken. In elk van de hoofdstukken in deel II bijvoorbeeld staan casussen die inzicht geven in ziektepatronen, waarbij zowel verwachte als soms onverwachte elementen een rol spelen, en die laten zien hoe leeftijd, geslacht en verschillende culturele factoren van invloed zijn op specifieke gevallen. In andere casussen worden concrete interacties tussen de patiënt en de clinicus tijdens het opnemen van de anamnese belicht, en worden voorbeelden gegeven van vragen die door de clinicus kunnen worden gesteld voor een beter inzicht in de unieke ervaring van de patiënt van diens stoornis. De hoofdstukken in deel II bieden ook een overzicht van hoofdlijnen bij de classificatie en punten die van belang zijn voor de dagelijkse klinische praktijk. De studiegids geeft een context bij alle stoornissen in de DSM-5, maar in plaats van elke stoornis oppervlakkig te bespreken, hebben we ervoor gekozen om meer de diepte in te gaan (‘Diagnostisch de diepte in’) bij bepaalde zeer interessante of veelvoorkomende stoornissen die illustratief zijn voor de bijbehorende classificatiecategorie.

Omdat dit boek een studiegids is, hebben we geprobeerd om het zo ‘studentvriendelijk’ mogelijk te maken, zodat de lezer makkelijker de nieuwe informatie uit de DSM-5 opneemt, onthoudt en bedenkt hoe deze is toe te passen in het eigen werk. In deel I wordt de DSM-5 in context geplaatst, waarmee wordt bedoeld dat besproken wordt wat een classificatiesysteem is en hoe dit van toepassing kan zijn op het werken met patiënten. Deel II richt zich op de classificatiecategorieën in de DSM-5. Om het leren over de verschillende stoornissen te stimuleren, bevat elk van deze hoofdstukken een paragraaf voor zelftoetsing, met vragen over de belangrijkste concepten, onderwerpen die besproken kunnen worden met collega’s en docenten, ingewikkelde casussen, en vragen met antwoorden (die in het algemeen gebaseerd zijn op informatie in ofwel deze studiegids of de DSM-5). Deel III (‘Test jezelf’) bevat meer dan honderd vragen, waaronder korte casussen die een breed scala van diagnoses en patiëntomstandigheden bestrijken. Het doel van dit deel is het faciliteren van het toepassen van de DSM-5 in de klinische praktijk en opleiding.

De DSM-5 bevat een aantal secties die vanwege een gebrek aan ruimte niet in deze studiegids zijn beschreven. Voorbeelden hiervan zijn ‘Overige psychische stoornissen’, ‘Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie’,



‘Andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn’, ‘Aandoeningen die verder onderzoek behoeven’, ‘Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5’ en ‘Verklarende woordenlijst van technische termen’. De lezer wordt naar de DSM-5 verwezen om met deze belangrijke onderdelen vertrouwd te raken. Het DSM-5-hoofdstuk ‘Andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn’ bijvoorbeeld noemt psychosociale stressoren die het beeld van een stoornis kunnen beïnvloeden. In het hoofdstuk ‘Aandoeningen die verder onderzoek behoeven’ worden aandoeningen beschreven waarvan nog onderzocht wordt of ze in latere edities van de DSM wel of niet als classificaties moeten worden beschouwd. De gemiddelde lezer zal ook de hoofdstukken ‘Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-5’ en ‘Verklarende woordenlijst van technische termen’ handig vinden.

Omdat deze studiegids naast de DSM-5 gebruikt dient te worden, loopt de inhoud ervan opzettelijk parallel aan die van de DSM-5. Vaak is de terminologie en zelfs de woordkeus in de studiegids hetzelfde als in de DSM-5 om een brug te slaan tussen een specifieke tekst in de studiegids en in de DSM-5. De auteurs van *DSM-5: Studiegids* hebben toestemming gevraagd aan de uitgever (American Psychiatric Publishing) om materiaal uit de DSM-5 te mogen gebruiken.

De beschrijvingen van mensen in de gehele studiegids, bijvoorbeeld in casussen en vragen en antwoorden, zijn hypothetisch. Elke gelijkenis met echte mensen is toevallig en namen zijn willekeurig gekozen. In sommige van de casussen zijn interacties tussen een clinicus en een patiënt opgenomen, evenals vragen die een clinicus aan een patiënt zou kunnen stellen. Deze uitgeschreven interacties zijn alleen ter illustratie opgenomen, en de vragen van de clinicus dienen slechts als voorbeeldvragen te worden opgevat. De beschrijvingen zijn geen voorbeelden van volledige klinische gesprekken of analyses van casuïstiek, en veel essentiële details zijn vanwege de beperkte ruimte weggelaten.

De auteurs van *DSM-5: Studiegids* hebben geprobeerd ervoor te zorgen dat alle informatie in de studiegids correct was op het moment van schrijven en in overeenstemming met de algemene psychiatrische en andere medische standaarden. Door voortschrijdend inzicht uit medisch onderzoek en de praktijk kunnen informatie en standaarden echter veranderen. Specifieke situaties kunnen een specifieke reactie vergen die niet opgenomen is in deze studiegids. De redacteurs en auteurs aanvaarden geen wettelijke aansprakelijkheid voor eventuele fouten of omissies in deze studiegids.

Aangezien dit een studiegids is voor gebruik naast een diagnostisch en statistisch handboek, gaat het niet over therapieën en interventies, en geen enkele informatie in deze studiegids mag worden opgevat als een aanbeveling voor de behandeling.

Wij danken de vele auteurs van de hoofdstukken en de vraag-en-antwoordsecties in deze studiegids dat zij in alle gulheid hun expertise en tijd hebben gedeeld bij de voorbereiding van dit boek. Wij zijn Ann Tennier en Melinda Hantke van de Stanford University School of Medicine, en Ann Eng, Senior Developmental Editor bij American Psychiatric Publishing, oneindig dankbaar voor hun uitstekende ondersteuning bij de totstandkoming van deze studiegids. Wij zijn hoofdredacteur Robert E. Hales, MD, en adjunct-uitgever John McDuffie van American Psychiatric Publishing ook zeer erkentelijk voor het mogelijk maken van dit project en voor de adviezen die we gedurende het traject van hen ontvingen

hebben. Laura Roberts wil daarnaast de collega's die hebben bijgedragen aan dit boek bedanken en haar liefdevolle waardering uitspreken naar haar familie. Alan Louie wil zijn vrouw, kinderen en ouders bedanken voor hun liefdevolle steun in heden en verleden.

Maar het allerbelangrijkste is dat wij jou, beste lezer — ongeacht je vakgebied, beroep, leeftijd of levensloop — bedanken voor je betrokkenheid bij deze studiegids. We hopen dat ons werk je zal helpen bij je studie en bij jouw inspanningen om de situatie te verbeteren van de mensen die zich tot je wenden voor begrip en zorg.

LAURA WEISS ROBERTS, MD, MA

ALAN K. LOUIE, MD

*Stanford, Californië*

## Deel I – De basis

### *Leerdoelen*

- ▶ Kunnen beschrijven wat de rol, de waarde en de beperkingen zijn van de classificatiecriteria in de DSM-5.
- ▶ Kunnen beschrijven hoe psychiatrische diagnostiek kan leiden tot een classificatie volgens de DSM-5-criteria.
- ▶ Kunnen uitleggen wat het biopsychosociale model is en wat het belang ervan is bij de benadering volgens de DSM-5.
- ▶ Kunnen beschrijven wat de rol is van psychiatrische classificaties en diagnoses in de communicatie tussen clinici.
- ▶ Kunnen opnoemen wat de positieve en negatieve gevolgen kunnen zijn voor de patiënt die een psychiatrische diagnose krijgt.
- ▶ Kunnen beschrijven welke verschillende manieren er zijn om te komen tot een diagnostische classificatie.



# 1 Psychiatrische diagnostiek en de DSM-5

*Laura Weiss Roberts, Mickey Trockel*

Clinici zien patronen. Ze zien patronen in de ervaringen, het gedrag en de lichamelijke symptomen van hun patiënt. Clinici proberen al deze aspecten van het leven van hun patiënt te begrijpen — de aard, de timing en de opeenvolging van gebeurtenissen, symptomen, eigenschappen en gedragingen — en gaandeweg komen zij tot een classificatie en een diagnose.

Een classificatie is een interpretatie of beoordeling, waarover soms meer, soms minder zekerheid bestaat, van hoe het patroon dat in het leven van één patiënt wordt herkend, vergelijkbaar is met patronen die bij anderen binnen de gehele geneeskunde worden gezien. Aan de hand van dit vergelijkingskader kan de classificatie een leidraad vormen voor de zoektocht naar andere karakteristieke kenmerken van iemands ziekteproces, een onderliggende oorzaak blootleggen, informatie verschaffen over de te volgen therapeutische behandeling en mogelijk veel prijsgeven over wat de patiënt zelf, en diens dierbaren, in de toekomst kunnen verwachten. Kortom: naar de diagnose. De DSM-5 biedt het huidige vergelijkingskader voor de classificatie van psychiatrische stoornissen.

De vijfde volledige versie van de DSM-5, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (in 2014 in vertaling verschenen als *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen — DSM-5*), is een leidraad waarmee significante psychische aandoeningen waaraan mensen wereldwijd lijden kunnen worden gekenmerkt. De DSM-5 is in de loop der tijd steeds preciezer en veelomvattender geworden, zoals in hoofdstuk 3, 'Inzicht in de verschillende manieren van diagnostisch classificeren', is te lezen. Deze handleiding geeft weer hoe momenteel wordt gedacht door toonaangevende klinici en wetenschappers in het medisch specialisme psychiatrie en in de klinische psychologie en verwante beroepen in de gezondheidszorg. Wanneer overtuigend bewijs aanwezig is, worden de DSM-5-classificaties ondersteund door bewijs uit de fundamentele en klinische neurowetenschappen en de gedragswetenschappen. Net als bij de diagnostiek van lichamelijke aandoeningen, leunt de diagnostiek van psychische aandoeningen vaak op gegevens die descriptief en subjectief van aard zijn — waarbij soms nauwelijks empirische verificatie mogelijk is en een duidelijke biologische verklaring vaak ontbreekt. (Zie hoofdstuk 3 voor een gedetailleerd overzicht van diagnostische classificatiesystemen en de onderliggende vraagstukken met betrekking tot de validiteit.) Vanwege deze lastige kwesties zijn in de DSM-5 waar mogelijk formele toetsen of meetinstrumenten toegevoegd om het classificatieproces consistent

en preciezer te maken. Alle DSM-5-classificaties vormen als geheel een nuttig systeem waarmee zeer diverse verschijnselen in zeer diverse settings kunnen worden gedefinieerd.

Wat misschien nog belangrijker is, is dat de DSM-5 een waardevol kader vormt voor klinici en de hulp die zij hun patiënten bieden, en ook dat hij gemeenschappelijke terminologie aandraagt voor verschillende disciplines. De classificatiecriteria van de DSM zijn bruikbaar om ideeën te genereren en uit te wisselen die het inzicht vergroten in de toestand van de patiënt, wat daaraan ten grondslag ligt en hoe het verdere beloop zou kunnen zijn. Hypotheses over de classificatie kunnen aanleiding geven tot het verzamelen van meer gegevens — bijvoorbeeld gedetailleerdere informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt of nieuwe laboratoriumbevindingen — die er op hun beurt toe leiden dat sommige ideeën worden verworpen en andere worden ondersteund. Dit steeds weer genereren van hypothesen en empirisch onderzoek is cruciaal voor een goed beredeneerde en zorgvuldig onderbouwde diagnose, de basis voor de therapeutische besluitvorming en voorwaarde voor de beste uitkomst voor de patiënt.

Voor een goede klinische zorg is het van groot belang om tot een nauwkeurige diagnose te komen, maar een diagnose krijgen is voor de patiënt ook een belasting, en het brengt risico's, maar ook voordelen, met zich mee. De bevoegdheid om een classificatie toe te kennen geeft iemand de 'macht' om inzicht en opluchting te brengen, maar de keerzijde is het probleem van labels plakken en mogelijke stigmatisering. Het kan lastig zijn om een balans te vinden tussen aan de ene kant de last van de psychiatrische aandoening willen verlichten, en aan de andere kant 'primum non nocere' (geen schade berokkenen), vooral omdat vooroordelen en misvattingen over neuropsychiatrische en aanverwante aandoeningen alom tegenwoordig zijn. Een uitstekende clinicus is daarom niet alleen te herkennen aan zijn of haar vermogen om een aandoening correct te classificeren. Een uitstekende clinicus bezit het professionele oordeelsvermogen om een ziekte met precisie te classificeren, maar houdt ook rekening met hoe deze ziekte wordt ervaren en wat het allemaal binnen het leven van de patiënt betekent wanneer de aandoening 'een naam krijgt'.

Het professionele oordeelsvermogen kan zich verder ontwikkelen door het zorgvuldig bestuderen van de DSM-5-criteria, in combinatie met klinische ervaring en kennis van de relevante toegepaste en basiswetenschappen. Deze *DSM-5: Studiegids* zal zowel voor klinici in opleiding als voor ervaren klinici die levenslang blijven leren, een bijdrage leveren om dit doel te bereiken.

### *DSM-5, de functie en betekenis van een classificatie*

Er is een anekdote over een man die op een donkere avond op straat zijn auto-sleutels aan het zoeken is. Hoewel hij zijn sleutels hoogstwaarschijnlijk een stuk verderop is verloren, gaat hij op zoek onder de dichtstbijzijnde lantaarnpaal. Op de vraag waarom hij daar kijkt, zegt hij dat hij alleen zoekt waar dat mogelijk is — waar genoeg licht is om iets te kunnen zien. Om te onderscheiden waarop de psychische klachten van een patiënt precies zijn gebaseerd, is het vaak nodig daar te zoeken waar in het gunstigste geval een zwak schijnsel licht te vinden is. Sterker nog, ondanks dat er steeds meer inspanningen worden gedaan om de kloof te dichten tussen neurowetenschappelijke ontdekkingen en de klinische praktijk, zijn er maar

weinig bevindingen die enig licht hebben kunnen werpen op de exacte oorzaak van psychiatrische ziektes (Insel 2009). Dit kan voor sommigen ontmoedigend zijn, maar het mysterie van de functies en pathologie van het menselijk brein is een bijzonder soort onontgonnen terrein. De ervaring dat er in de neurowetenschappen veel onbeantwoorde vragen zijn, motiveert velen tot het onderzoeken van zaken die voor de mensheid van belang zijn.

Zonder doorslaggevende neurowetenschappelijke bevindingen die iets over de oorzaak van de menselijke gezondheid en ziekte kunnen zeggen, is de DSM-5 aangewezen op beschrijvingen — datgene wat patiënten ervaren en wat zij daarover vertellen (de ‘klachten’), datgene wat klinici en anderen waarnemen (de ‘verschijnselen’) en, in mindere mate, op de bevindingen van laboratoriumtests en beeldvormend onderzoek. De DSM-5, die een descriptieve of ‘fenomenologische’ benadering heeft en niet zozeer een oorzakelijke — of etiologische —, is gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijk bewijs en de consensus van deskundigen. Gezien het vooruitzicht van nieuwe wetenschappelijke inzichten en verdieping van de expertise, wordt de DSM-5 daarom met opzet een ‘werk in uitvoering’ genoemd. De DSM-5 kan het best worden gezien als een op basis van ervaring en bewijs geordend kader, dat duidelijk verder is ontwikkeld dan de eerdere classificatiesystemen, maar dat desondanks, omdat het een ‘levend document’ is, in de loop der tijd zeker nog zal veranderen.

De DSM-5 is een evoluerend en fenomenologisch georiënteerd diagnostisch bouwwerk dat ook buiten de klinische zorg, de gezondheidswetenschappen en het gezondheidszorgonderwijs van belang is. Dit bouwwerk heeft ook heel veel verschillende toepassingen in de rest van de maatschappij en wordt dagelijks gebruikt door docenten, juristen, rechters, beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders, verzekeraars en algemeen geïnteresseerden. Iedereen die de DSM-5 gebruikt, doet er goed aan niet te vergeten dat de biomedische wetenschap een menselijke inspanning is en dat de geschiedenis van de medische wetenschappen tal van voorbeelden kent waarin met een stapsgewijze, systematische en op bewijs gebaseerde werkwijze opmerkelijke verbeteringen van de gezondheid zijn bereikt, zelfs in gevallen waarin de onderliggende oorzaak niet bekend was. Net zoals John Snow kon zien dat het nuttig was om geen verontreinigd water te drinken, zodat kon worden voorkomen dat de cholera zich zou verspreiden — en dit nog *voordat* de bacteriële oorzaak bekend was (Paneth 2004) — kan het gebruik van empirisch verkregen, descriptieve criteria die zijn gebaseerd op een diagnostische benadering, ertoe leiden dat de psychiatrische morbiditeit afneemt — en vaak gebeurt dat ook. Anders dan de oorzaak van de cholera, de bacterie *Vibrio cholerae*, gaat het bij de oorzaken van psychiatrische morbiditeit om talloze biologische routes en gecompliceerde interacties met de omgeving, die in de komende decennia geleidelijk zullen worden opgehelderd (Frances & Widiger 2012). Ondanks deze complexiteit zijn de klinische en basisneurowetenschappen op dit moment zeer veelbelovend en blijkt dagelijks welke implicaties deze hebben. In afwachting van nieuwe en meer onomstotelijke wetenschappelijke antwoorden over de oorzaken en de preventie van psychische ziektes, gebruiken klinici de steeds preciezere en zorgvuldigere descriptieve benadering van de DSM-5, waardoor dit werk in alle settings van toepassing is, of dit nu een klinische, algemene, juridische of onderwijssetting betreft.

Voor zowel de clinicus als de patiënt heeft een DSM-5-classificatie vele functies en vele betekenissen. De classificatie kan worden gezien als een hypothese, als

manier van communiceren, als bron van leed, als risico en als therapeutisch ‘geschenk’. Al deze aspecten van de classificatie zijn belangrijk en hebben invloed op de benaderingswijze van de clinicus en de gezondheid van de patiënt.

**De classificatie als hypothese** Clinici kunnen met de DSM-5-classificatiecriteria hypothesen vormen over de psychische problemen van hun patiënten, die overeenkomen met die van andere patiënten met vergelijkbare symptoomclusters en symptoompatronen. Als de hypothese gegrond is, kan de clinicus zich bij het verdere onderzoek van de patiënt en de besluitvorming over de behandeling baseren op de kennis die is gebaseerd op de verzamelde klinische informatie van alle patiënten met dezelfde stoornis.

Wanneer clinicus in het klinische onderzoeksproces systematisch redeneren, gebruiken zij klinische gegevens om diagnostische hypothesen te formuleren en te toetsen. In de vroegere opvatting over diagnostisch redeneren kwam men tot een klinische diagnose door hypothesen te toetsen, waarbij vroeg in het proces een beperkt aantal hypothesen werd geformuleerd, naar aanleiding waarvan verdere gegevens werden verzameld (Elstein et al. 1978). Onderwijsmethodes in de gezondheidszorg leggen vaak de nadruk op dit proces, en clinicus wordt geleerd om gebruik te maken van de klinische gegevens die aanvankelijk beschikbaar zijn en op grond daarvan een zogenaemde *differentiële diagnostiek* te formuleren — een korte lijst met plausible diagnostische hypothesen. Clinici leren deze differentiële diagnostiek te gebruiken om extra gegevens te verzamelen en om op grond van de groeiende klinische informatie de diagnostische mogelijkheden die meespelen, te reduceren en toe te spitsen. Dit proces is nog preciezer geworden sinds de meer recente toepassing van de evidence-based geneeskunde, waarbij met behulp van besluitvormingstheorie nieuwe gegevens worden gebruikt om de geschatte waarschijnlijkheid van de diagnoses bij te stellen (Elstein & Schwartz 2002).

Bij veelvoorkomende somatische problemen kan deze zorgvuldige toetsing van hypothesen uitgroeien tot het efficiënter herkennen van patronen. Een ervaren clinicus zal het alleen nodig vinden om op deze deductieve redeneerwijze van hypothesetoetsen over te gaan wanneer hij of zij te maken krijgt met zeer complexe gevallen (Elstein & Schwartz 2002; Moayeri et al. 2011). Deskundige clinicus in de psychiatrie zullen in de loop der tijd ongetwijfeld bedrever worden in het herkennen van op de DSM-5 gebaseerde patronen, maar het zorgvuldig toetsen van hypothesen tijdens het psychiatrisch diagnostisch onderzoek heeft zelfs voor ervaren clinicus nut. De DSM-5-criteria zijn vrijwel geheel op latente (niet-observeerbare) variabelen gebaseerd. Dat onvermijdelijk van latente variabelen moet worden uitgegaan, vermindert de betrouwbaarheid en validiteit van elk diagnostisch proces en is een vloek voor de huidige klinische psychiatrische praktijk. ‘Weten is de vijand van leren’ en voor de psychiatrische diagnostiek geldt dit adagium misschien nog meer dan voor andere medische vakgebieden. Als we te veel vertrouwen op het herkennen van patronen om tot een efficiënte classificatie te komen, gaan we voorbij aan de mogelijkheid om een alternatieve en accuratere verklaring voor het probleem van de patiënt te vinden.

Stel je bijvoorbeeld een 30-jarige vrouw voor die in de afgelopen twee maanden een sombere stemming, concentratieproblemen, gewichtstoename en psychomotorische vertraging heeft vertoond. Dit patroon ‘ziet eruit’ als een depressieve episode en die classificatie kan uiteindelijk ook blijken te kloppen. Als de clinicus



echter niet verder kijkt, kan het zijn dat hij of zij over het hoofd ziet dat de symptomen van de patiënte zijn te wijten aan een onderliggende en corrigeerbare schildklier-aandoening. De juiste diagnose zou makkelijk kunnen worden ontdekt door zorgvuldig deductief redeneren om daarmee een beperkt aantal plausibele diagnoses te beoordelen. Dit voorbeeld wijst nog eens op het belang van een professioneel oordeel bij het gebruik van de DSM-5-criteria. Het classificatiesysteem van de DSM-5, dat onvermijdelijk is gericht op patronen in observaties, bevindingen en symptomen, en niet op causale verklaringen, kan bij onzorgvuldig gebruik leiden tot oppervlakkige, voorbarige en onjuiste diagnostische conclusies. Clinici kunnen alleen voldoen aan de professionele verantwoordelijkheid ten opzichte van hun patiënten als zij plausibele alternatieve classificaties in overweging nemen en diagnostische hypothesen grondig toetsen ten opzichte van de beschikbare gegevens, zelfs in gevallen die ogenschijnlijk duidelijk en simpel zijn.

#### VOORBEELDCASUS

##### *Belang van het aanscherpen van de diagnostische hypothese*

Ingrid Egers, 27 jaar, is na een militaire uitzending naar Mali in afwachting van eervol ontslag, wanneer haar collega's opmerken dat ze een steeds bangere indruk maakt; ook zegt ze dat ze stemmen in haar hoofd hoort, die haar zeggen dat de wereld in 2020 zal worden vernietigd. Met toestemming van Ingrid gaat de psychiater die het onderzoek uitvoert in gesprek met een van haar naaste collega's, die vertelt dat Ingrid zichzelf al maanden niet meer goed verzorgt. Ingrid zegt dat ze zich somber voelt. De psychiater krijgt ook te horen dat Ingrid in die periode slechter is gaan functioneren in haar militaire functie en dat haar commandant had aanbevolen dat zij door een psychiater zou worden onderzocht, vanwege een mogelijke depressie.

Bij onderzoek bevestigt Ingrid dat ze ervan overtuigd is dat de wereld gauw zal vergaan en ook vertelt zij dat ze meermaals een duidelijk hoorbare stem heeft gehoord die deze informatie heeft herhaald. Zij heeft een oom aan moederskant met schizofrenie en haar moeder heeft een bipolaire-I-stoornis. Het toxicologisch onderzoek is positief voor tetrahydrocannabinol (THC). De onderzoekend psychiater laat Ingrid weten dat zij haar een voorlopige classificatie schizofrenie toekent.

##### *Ter overweging*

- ▶ Als je over deze casus nadenkt, wat vind je dan van de voorlopige classificatie schizofrenie die de psychiater aan Ingrid heeft gegeven?
- ▶ Had de psychiater een voorlopige classificatie moeten toekennen?
- ▶ Had de psychiater deze informatie al op dat moment met Ingrid moeten delen?
- ▶ Zal deze diagnostische hypothese veel impact hebben op de toekomstige situatie van Ingrid, zoals klinische zorg, militaire status, dienstverband, familie en haar persoonlijke leven?
- ▶ Op welke klinische gegevens kan de voorlopige classificatie worden gestaafd?
- ▶ Welke gunstige effecten gaan met deze diagnostische hypothese gepaard en hoe belastend is deze?

De tijd die is geïnvesteerd in het aanscherpen van een diagnostische hypothese, betaalt zich weer uit in het proces van formuleren, implementeren en evalueren van het behandelplan. Een accurate psychiatrische diagnose opent de deur naar een groeiende hoeveelheid evidence-based behandelingen en de adaptieve behandelalgoritmen die langzaam in opkomst zijn (Lavori & Dawson 2008), waarmee klinici hun behandeling zullen kunnen afstemmen op het klinische beeld en de aanvallende behandelrespons van hun individuele patiënten. Hypothetische classificaties zijn daarnaast nuttig om de geobserveerde behandelrespons te vergelijken met de verwachte behandelrespons die in de literatuur wordt besproken op basis van andere patiënten met dezelfde stoornis. Deze vergelijking kan ook weer nieuwe gegevens opleveren waarmee klinici dit dynamische proces van formuleren van diagnostische hypothesen weer verder kunnen verfijnen. Op diverse momenten tijdens het verloop van de klinische zorg, kan het openlijk bespreken van de diagnostische werkhypothese met de patiënt leiden tot een collaboratief, ethisch verantwoord behandelbesluit. Wanneer de clinicus en de patiënt gezamenlijk tot behandelbesluiten komen, verhoogt dit de kans dat het behandelplan met succes kan worden uitgevoerd.

**Classificatie als manier van communiceren** Zo betrouwbaar als de DSM-5-criteria zijn, zo precies is de uiteindelijke classificatie, en des te minder uitleg is er in de klinische communicatie nodig. Een voorlopige classificatie vergemakkelijkt de communicatie tussen individuele patiënten en hun behandelaars, tussen leden van het behandelteam, en tussen klinici en onderzoekers, en het vergemakkelijkt gesprekken met familie en belanghebbenden zoals verzekeraars, werkgevers en docenten. In al deze situaties kan een classificatie met slechts één of een paar woorden een rijkdom aan informatie overbrengen.

Patiënten zijn steeds beter op de hoogte van de classificatiecriteria van psychische aandoeningen door de explosie van medische informatie op het internet. Hoewel de informatie die op het internet is te vinden niet altijd even betrouwbaar is, kunnen veel mensen tegenwoordig de symptomen van veelvoorkomende stoornissen, zoals de depressieve stoornis, herkennen. Het komt geregeld voor dat het eerste wat patiënten zeggen wanneer zij zich melden voor psychiatrische diagnostiek zoets is als: 'Ik ben bang dat ik een posttraumatische stoornis heb.' Anderen beschrijven soms heel precies een stoornis die eerder door een andere clinicus is vastgesteld. Sommige patiënten hebben vooraf geen duidelijk idee over hun eigen stoornis, maar herkennen wel de symptomen van hun mogelijke stoornis omdat zij deze bij een vriend of familielid met dezelfde stoornis hebben gezien. In al deze gevallen zorgen de weinige woorden waaruit de naam van een stoornis bestaat ervoor dat deze voor iedereen, tot op zekere hoogte, dezelfde betekenis heeft, waardoor de communicatie tussen patiënt en clinicus wordt vereenvoudigd.

Het delen van informatie binnen het behandelteam en bij klinische consultatie kan het best zo efficiënt en accuraat mogelijk zijn. Een classificatie geeft zeer snel een schat aan informatie over klinische klachten en verschijnselen, en het mogelijke beloop van een ziekte, op basis van boekdelen vol relevant onderzoek en een enorme hoeveelheid klinische ervaring. Kijk bijvoorbeeld eens naar het volgende begin van een casus:

De heer Smit, een 25-jarige man, wordt door zijn vader bij de spoedeisende hulp binnengebracht, nadat hij dolend in het park was aangetroffen en daarbij binnensmonds had opgemerkt dat hij aan de politie moest zien te ontsnappen. Patiënt is twee dagen eerder van huis gegaan en had daarvoor een steeds angstiger en meer teruggetrokken indruk gemaakt.

Stel je nu voor hoeveel extra informatie zou zijn overgebracht wanneer in deze eerste beschrijving van de casus kort melding was gemaakt van een classificatie die eerder met zekerheid is vastgesteld.

De heer Smit, een 25-jarige man *bij wie eerder schizofrenie is vastgesteld*, wordt door zijn vader bij de spoedeisende hulp binnengebracht, nadat hij dolend in het park was aangetroffen en daarbij binnensmonds had opgemerkt dat hij aan de politie moest zien te ontsnappen. Patiënt is twee dagen eerder van huis gegaan en had daarvoor een steeds angstiger en meer teruggetrokken indruk gemaakt.

De korte beschrijving 'een 25-jarige man bij wie eerder schizofrenie is vastgesteld' roept onmiddellijk een gemeenschappelijk begrip op, dat is gebaseerd op onderzoek van de vakliteratuur en ervaringen met andere patiënten met dezelfde stoornis. Hoewel een kritische luisteraar altijd alert zal blijven of er geen andere verklaringen mogelijk zijn, zal elke luisteraar meer geneigd zijn zich bij het tweede voorbeeld te richten op een scherper toegespitst aantal zeer relevante aandachtspunten. Een accurate classificatie maakt het mogelijk effectief, efficiënt en 'compact' te communiceren binnen het gezondheidszorgonderwijs, bij consultaties en binnen alle behandeloverlegsituaties.

Klinische classificaties geven bovendien interessante informatie die in combinatie met bijbehorende epidemiologische gegevens het overheidsbeleid op het vlak van financiering, onderzoek en klinische hulpverlening kunnen beïnvloeden. De classificatiecriteria worden door expertgroepen vastgesteld. Vervolgens kunnen epidemiologen aan de hand van de classificatiecriteria de incidentie, prevalentie en andere parameters bepalen, die indicatoren zijn voor de druk die de betreffende aandoening legt op de volksgezondheid. Een voorbeeld is de meting van ziektejaar-equivalenten (*years of life lost due to disability* — YLD). Depressieve-stemmingsstoornissen zijn bijvoorbeeld voor zowel mannen als vrouwen over de hele wereld de grootste veroorzaker van YLD, zowel in landen met een hoger als in die met een lager welvaartsniveau (WHO 2008). Ook stoornissen in alcoholgebruik, schizofrenie en de bipolaire-stemmingsstoornissen staan op deze lijst in de top tien. Een andere maat die voor psychische stoornissen zeer relevant is, is die van gemiddeld aantal verloren levensjaren (*average disability adjusted life years lost* — DALY). DALY staat voor het aantal verloren levensjaren door vroegtijdig overlijden en het leven met gezondheidsproblemen in verband met een specifieke aandoening. In landen met een gemiddeld en hoog welvaartsniveau zijn depressieve-stemmingsstoornissen over de hele wereld de ziektes met de hoogst geschatte DALY en in landen met een laag welvaartsniveau staan deze stoornissen op de achtste plek als oor-

zaak van verloren levensjaren door vroegtijdig overlijden en arbeidsongeschiktheid. Naar schatting zullen de depressieve-stemmingsstoornissen in 2030 over de hele wereld de grootste bron van ziektelast zijn, waarmee de huidige voornaamste oorzaken — besmettelijke en overdraagbare ziektes — van de eerste plaats zullen worden verdrongen. Deze indicatoren voor de druk voor de volksgezondheid zijn voor beleidsmakers belangrijke hulpmiddelen bij de allocatie van middelen voor onderzoek op het gebied van preventie en behandeling van specifieke, op classificatiecriteria gedefinieerde aandoeningen, en voor de financiering van preventieve maatschappelijke diensten en klinische behandelingen.

**De classificatie als bron van leed** Toekennen van een classificatie van een stoornis met een slechte prognose, zoals schizofrenie, kan veel leed berokkenen en slechts gedeeltelijk hoop bieden. Algemeen wordt aangenomen dat van de mensen die de classificatie schizofrenie toegekend krijgen, degenen die het best kunnen begrijpen wat deze ziekte inhoudt, het hoogste risico lopen om een depressieve stoornis te krijgen of suïcide te plegen (Crumlish et al. 2005; Kao & Liu 2011). In deze gevallen kan de clinicus zich terecht afvragen of het toekennen van deze classificatie meer kwaad dan goed doet. De lijdensdruk als gevolg van het met ernstige symptomen moeten leven die slechts gedeeltelijk op behandeling reageren, wordt nog verergerd door maatschappelijke stigmatisering. Patiënten met een psychische stoornis kunnen, vanwege de intrinsieke kenmerken van hun ziekte, meer moeite hebben om zinvolle intermenselijke relaties op te bouwen en in stand te houden. Door hoe naar deze ziektes wordt gekeken, kunnen mensen met deze aandoeningen te maken krijgen met discriminatie op het werk, bij het zoeken naar huisvesting en bij het afsluiten van een levens- of ziektekostenverzekering.

Sommige psychiatrische stoornissen dragen tegenwoordig een minder groot stigma dan voorheen, maar uit sommige gegevens blijkt dat patiënten met een psychotische stoornis aan het einde van de twintigste eeuw eerder het stigma gewelddadig en gevaarlijk kregen dan een halve eeuw daarvoor (Phelan et al. 2000). Uit een tot nadenken stemmende kwalitatieve analyse van gesprekken met 46 mensen met een psychiatrische ziekte, valt op te maken dat vrijwel alle mensen met een psychiatrische stoornis zich zorgen maken over stigmatisering (Dinos et al. 2004). Mensen met middelenafhankelijkheid of een psychotische stoornis hebben het vaakst met een stigma te maken, zoals treffend wordt verwoord door een vrouw uit de Caraïben die aan schizofrenie lijdt: ‘Schizofrenie is de ergst mogelijke diagnose want uit de krant en van tv weet ik dat er echt zwaar gestoorde schizofrene mensen zijn; ze zijn een gevaar voor de maatschappij en hebben zichzelf niet onder controle. En ik viel dus ook ineens onder die categorie’ (Dinos et al. 2004, p. 177). In het gesprek met mensen met een psychiatrische stoornis moet de clinicus dus rekening houden met de lijdensdruk waarmee het leven met een aandoening gepaard gaat, maar ook met de psychosociale invloed van hoe naar die aandoening wordt gekeken.

In de meeste klinische contacten gaat het toekennen van een classificatie zowel met aanzienlijke positieve effecten als met schadelijke gevolgen gepaard. Diagnostische besluitvorming is noodzakelijk om een behandelplan te kunnen formuleren en begrip en inzicht te kunnen kweken bij de patiënt, die moet leren schipperen met de ervaring van zijn of haar ziekte en het zorgsysteem. De familie en maatschappelijke belanghebbenden (bijvoorbeeld werkgevers en verzekeraars) kunnen erbij

betrokken raken; dit geeft vaak aanleiding tot zorgen en kan de patiënt mogelijk nog meer leed berokkenen. In veel gevallen zijn het inzicht, de erkenning en de hoop die een classificatie kunnen bieden ware geschenken voor de patiënt. Tegenover deze gunstige effecten staan echter de reële risico's van maatschappelijke stigmatisering en van verlies van gevoel van eigenwaarde en vertrouwen in het eigen kunnen (Corrigan & Watson 2002). Patiënten kunnen er veel baat bij hebben wanneer de clinicus bereid is om de gunstige effecten en risico's van het toekennen van een classificatie zorgvuldig tegen elkaar af te wegen; dit is een balans die per stoornis en per patiënt binnen die stoornis anders kan uitvallen.

#### VOORBEELDCASUS

##### *Stoornisgerelateerd stigma*

Matthew zat in zijn laatste middelbareschooljaar toen zijn vriendin na twee jaar de relatie verbrak. Hij was er kapot van. Zijn ouders maakten zich zorgen over hem omdat hij 'nervus' en 'overstuur' was, vaak maaltijden oversloeg en in het weekend het merendeel van de dag op zijn kamer bleef, en dat twee weken achtereen. Zijn slaappatroon en energieniveau waren niet veranderd. Zijn ouders zijn met hem naar een arts gegaan waar Matthew de classificatie depressieve stoornis kreeg en antidepressiva kreeg voorgeschreven. Hij heeft deze medicijnen ongeveer zes weken geslikt.

Zeven jaar later vult Matthew een formulier voor een medische keuring in omdat hij bij een grote luchtvaartmaatschappij als piloot wil gaan werken. Op de vraag naar zijn psychische gezondheid vult hij eerlijk in dat in het verleden bij hem een depressieve stoornis is vastgesteld. Hij vermeldt daarbij naar waarheid dat hij deze symptomen nooit eerder en ook nooit daarna heeft ervaren, afgezien van die ene episode in het laatste jaar van zijn middelbare school. Het sollicitatiegesprek verloopt heel goed, maar hij krijgt de baan niet. De functionaris van de luchtvaartmaatschappij die hem daarvan op de hoogte brengt, zegt alleen dat er heel veel hoog gekwalificeerde sollicitanten waren en dat het een moeilijke beslissing was geweest, maar dat de keuze uiteindelijk op een andere kandidaat is gevallen, die het geschiktst is voor de functie. Matthew vraagt zich af of zijn eerdere classificatie misschien van invloed is geweest op zijn kansen om deze zeer gewilde baan te bemachtigen.

##### *Ter overweging*

- ▶ Heeft Matthews arts hem een slechte dienst bewezen door hem de classificatie depressieve stoornis toe te kennen?
- ▶ Hoe zeker ben je ervan dat de classificatie die Matthew destijds kreeg, klopt?
- ▶ Hoe waarschijnlijk is het dat Matthews kansen op gewilde functies waarvoor een medische keuring noodzakelijk is, door zijn eerdere classificatie nadelig worden beïnvloed?
- ▶ Als je iemand in dienst zou nemen om voor je kinderen of je ouders op leeftijd te zorgen, en je zou toegang hebben tot alle psychische gegevens van die persoon, zou je dan, als er verder geen verschillen zijn tussen de kandidaten, je keuze laten beïnvloeden door de classificatie depressieve stoornis?

**De classificatie als risico** Afgezien van de balans tussen psychosociale voordelen en risico's van het toekennen van een classificatie, leiden de meeste classificaties of diagnoses tot een behandelplan waarin de mogelijke gunstige effecten en risico's aan bod komen. Het zicht op alle gunstige effecten en risico's van het diagnostisch proces wordt nog meer vertroebeld doordat het proces van de psychiatrische diagnostiek in de realiteit nu eenmaal nooit volledig precies kan zijn. Zelfs bij de beste klinici met de beste opleiding en de beste bedoelingen kan de diagnostische conclusie niet honderd procent accuraat zijn. Zoals is samengevat in tabel 1-1, moet bij de afweging van de balans tussen gunstige effecten en risico's die samenhangen met het krijgen van een psychiatrische classificatie (en de eventuele behandeling) rekening worden gehouden met de vraag of de classificatie accuraat (terecht-positief en terecht-negatief) of inaccuraat (fout-negatief en fout-positief) is.

**Terecht-positieve classificaties** Veel mensen die voor psychiatrische diagnostiek bij een professionele ggz-hulpverlener komen, hebben een DSM-5-stoornis en zullen van de clinicus een classificatie toegekend krijgen die het probleem waarmee zij kampen accuraat weergeeft. De meeste lezers zullen deze groep voor ogen hebben gehad toen we het hadden over gunstige effecten en risico's die bij een psychiatrische classificatie horen. Deze patiënten hebben waarschijnlijk het meest profijt van de groeiende hoeveelheid kennis en onderzoek op het gebied van effectieve behandelstrategieën voor het probleem dat zij ervaren. Hiervoor zijn minstens twee redenen aan te wijzen:

- 1 Deze patiënten hebben meer overeenkomsten met mensen die in klinische trials op het gebied van de betreffende stoornis worden onderzocht dan mensen die niet dezelfde stoornis hebben.
- 2 Clinici die deze patiënten in behandeling hebben, zijn mogelijk effectiever wanneer zij zich voor de behandeling baseren op hun eigen klinische ervaring op basis van wat voor andere patiënten met dezelfde stoornis heeft gewerkt.

Een patiënt heeft meer aan een clinicus die een zeer effectieve methode heeft ontwikkeld waarmee patiënten met een bipolaire-I-stoornis hun medicatie blijven slikken wanneer de classificatie bipolaire-I-stoornis terecht aan hem of haar is toegekend, dan een patiënt met een depressieve stoornis die ten onrechte de classificatie bipolaire-I-stoornis heeft gekregen.

**Fout-positieve classificaties** Patiënten die een onjuiste classificatie toegekend hebben gekregen van een stoornis die zij niet hebben, dragen de last van dit hypothetische label zonder dat zij kunnen profiteren van de voordelen van een evidence-based behandelplan dat is gebaseerd op de eerdere ervaringen van de clinicus en van onderzoek dat is gericht op een populatie met vergelijkbare klachten en verschijnselen. De fout is vooral ongelukkig als de classificatie inhoudt dat iemand levenslang medicatie zou moeten slikken met significante metabole, cognitieve of andere ernstige bijwerkingen. In sommige gevallen is de diagnostische fout niet te wijten aan de clinicus. Denk bijvoorbeeld aan een adolescent die een eenmalige manische episode krijgt na het innemen van de psychostimulantia van een vriend, die deze vanwege de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis slikt. De clini-

TABEL 1-1

*Samenvatting van afwegingen waarmee rekening moet worden gehouden bij het toekennen van een psychiatrische classificatie*

Heeft de classificatie wel gekregen	
Heeft de stoornis wel	Heeft de stoornis niet
<p>Terecht-positieve gevallen:</p> <p><b>A</b> Heeft zeer waarschijnlijk profijt van onderzoeks- en klinische ervaring op het gebied van de stoornis.</p> <p><b>B</b> Krijgt waarschijnlijk last van kenmerkende bijwerkingen en financiële kosten van de behandeling, en daarnaast van de psychosociale effecten van het label van de classificatie.</p>	<p>Fout-positieve gevallen:</p> <p><b>A</b> Heeft waarschijnlijk minder baat bij onderzoeks- en klinische ervaring op het gebied van de stoornis.</p> <p><b>B</b> Krijgt waarschijnlijk last van kenmerkende bijwerkingen en financiële kosten van de behandeling, en daarnaast van de psychosociale effecten van het label van de classificatie.</p> <p><i>Dit effect is schadelijker wanneer de bijwerkingen of financiële gevolgen van de behandeling groot zijn, evenals de psychosociale effecten van het classificatielabel.</i></p>
Heeft de classificatie niet gekregen	
Heeft de stoornis wel	Heeft de stoornis niet
<p>Fout-negatieve gevallen:</p> <p><b>A</b> Gevolgen van een vertraagd begin met de behandeling.</p> <p><b>B</b> Kenmerkende bijwerkingen en financiële kosten van de behandeling blijven betrokkene mogelijk bespaard, en ook die van de psychosociale effecten van het label van de classificatie.</p> <p><i>Schadelijker wanneer de ziekte-ernst hoog is en wanneer de kosten-batenverhouding van de behandeling hoog is.</i></p>	<p>Terecht-negatieve gevallen:</p> <p><b>A</b> Gevolgen en kosten van onnodige behandeling blijven betrokkene bespaard.</p> <p><b>B</b> Psychosociale effecten van het label blijven betrokkene bespaard.</p>

cus heeft een flinke diagnostische dobber aan deze situatie als er genoeg tijd tussen de episode en de toxicologische test zit en de patiënt ontkenen middelen te hebben gebruikt, omdat hij bang is te worden gestraft als zijn ouders erachter komen dat hij de medicatie van zijn vriend heeft geslikt. Zelfs de voorzichtigste en meest ervaren clinicus zal bij een voorgeschiedenis met een eenmalige manische episode denken aan een bipolaire-stemmingsstoornis.

In veel gevallen kan een foutieve classificatie worden vermeden door de geëigende onderzoeken en inzicht in de classificatiecriteria. Denk bijvoorbeeld aan het geval



van een jonge vrouw met een eerder doorgemaakte manische episode, die ter behandeling van een depressieve episode twee keer een antidepressivum slikt. Een onterecht toegekende classificatie bipolaire-stemmingsstoornis kan in dit geval leiden tot significante en onnodige blootstelling aan de nare bijwerkingen van stemmingsstabilisatoren en/of atypische antipsychotica, nog los van de psychosociale belasting die met de verkeerde classificatie gepaard gaat — en in vergelijkbare gevallen is dat ook echt gebeurd.

De kans om onterecht een psychiatrische classificatie te krijgen neemt mogelijk bij elke DSM-versie toe, doordat er steeds meer officieel geclassificeerde stoornissen zijn. In de oorspronkelijke DSM, die in het midden van de twintigste eeuw werd gepubliceerd, stonden zes stoornissen, en in de DSM-5 zijn dat er 157. De steeds weer nieuwe edities van de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) vormen wat dat betreft een nog groter probleem, gezien het feit dat het aantal codes in de ICD-10 inmiddels 16.000 bedraagt. Clinici die in hun opleiding zijn getraind om vooral geen diagnoses te missen (die dus zijn gericht op het voorkomen van fout-negatieve classificaties) zijn zich mogelijk minder bewust van de potentiële schade die met een fout-positieve classificatie gepaard gaat. Desondanks zullen in het onvolmaakte proces van de psychiatrische diagnostiek ook weleens stoornissen worden gemist die wel hadden moeten worden gevonden.

**Fout-negatieve classificaties** Het niet toekennen van een classificatie die wel had moeten worden toegekend, kan eveneens tot onbedoelde en onnodige schade leiden. Iemand die hulp zoekt voor een onderliggende psychiatrische ziekte die niet door een clinicus wordt herkend, zal waarschijnlijk geen optimale behandeling krijgen — een behandeling die in sommige gevallen levensreddend kan zijn. Dit risico is het duidelijkst en pijnlijkst zichtbaar in de meest uitzonderlijke gevallen. Een aan een middel gerelateerde stoornis die leidt tot roekeloos rijgedrag waarbij iemand om het leven komt, had door tijdige diagnostiek en behandeling voorkomen kunnen worden. Een goed behandelbare depressieve stoornis met post-partum-begint die als een lichte aanpassingsstoornis wordt opgevat, kan een nadelig effect hebben op de moeder-kindinteractie, wat op latere leeftijd samengaat met een verhoogde psychische ziektelast en een jarenlange verminderde kwaliteit van leven voor de pasgeborene.

Een ander voorbeeld bestaat uit patiënten die zich melden met tijdelijke klachten van angst, stress of verlies, die te maken hebben met hun omstandigheden en geen reden zijn voor het toekennen van een psychiatrische stoornis. Voor deze mensen bestaat het grootste diagnostische geschenk uit de geruststelling dat hun ervaringen geen aanwijzing vormen voor een psychische stoornis, en dat de clinicus daarnaast gepaste ondersteuning en hulp biedt wanneer dit gerechtvaardigd en gewenst is.

**Terecht-negatieve classificaties** Hoewel sommige mensen wanneer zij psychiatrische diagnostiek aanvragen de voordelen moeten missen van de classificatie die zij hoopten te krijgen, zullen de meeste mensen toch blij zijn om te horen dat zij geen ernstige psychische stoornis hebben. Het nieuws dat de ervaren klachten niet op een DSM-stoornis wijzen, zoals zij vreesden, kan een geruststelling zijn, bijvoorbeeld voor mensen die rouwen, of voor mensen die weliswaar moeilijke, maar ook



heel 'normale' menselijke ervaringen hebben. Voor een kleine groep mensen betekent geen classificatie toegekend krijgen dat zij geen vergoeding van de verzekering krijgen voor de gewenste hulp of in hun ogen niet de erkenning krijgen die een klinische verklaring voor hun werkelijk gevoelde lijden kan bieden. Een veteraan die tijdens een gewapend conflict een significant trauma heeft opgelopen, maar niet voldoet aan de criteria voor de posttraumatische-stressstoornis, zou bijvoorbeeld de op zichzelf correcte diagnostische boodschap kunnen opvatten als een ontkenning van zijn lijden in vergelijking met dat van anderen die wel een posttraumatische-stressstoornis hebben. Toch zal voor het merendeel van de patiënten het feit dat er geen sprake is van een ernstige psychische stoornis een welkome boodschap zijn.

In vrijwel alle omstandigheden zal een correcte (terecht-positieve of terecht-negatieve) classificatie een betere kosten-batenverhouding opleveren dan een foutieve (fout-positieve of fout-negatieve) classificatie. Bij een correcte classificatie is de klinische kosten-batenverhouding maximaal, ondanks de mogelijke juridische, economische, sociale en andere complicerende variabelen.

**De classificatie als geschenk** De meeste mensen willen twee dingen van hun arts: (1) inzicht krijgen in de klachten die zij ervaren (Salmon et al. 2004) en (2) een oplossing om deze klachten te verlichten. Een classificatie of diagnose kan een geschenk zijn waarmee in beide behoeften kan worden voorzien. Wanneer een correcte classificatie wordt toegekend en deze op een heldere manier samen met de patiënt wordt onderzocht, kan de patiënt het gevoel krijgen dat zijn/haar lijden wordt begrepen en dat de clinicus een grote hoeveelheid klinische kennis tot zijn/haar beschikking heeft die is gebaseerd op de werkervaring met andere patiënten die hetzelfde probleem hebben (gehad) en de ervaring van collega's die met vergelijkbare patiënten werken. Wanneer een patiënt een medische classificatie krijgt, kan dit hem of haar helderheid geven, en ook bevestiging van, of erkenning voor, de klachten die hij of zij ervaart. Psychiatrische diagnostiek die empathisch en vriendelijk verloopt, zal — zelfs wanneer dit wordt uitgevoerd door een beginnende hulpverlener of arts in opleiding — de patiënt het gevoel geven dat de hulpverlener begrijpt waar de patiënt aan lijdt. Het horen van een professionele classificatie geeft de patiënt het gevoel dat de clinicus begrijpt *waarom* de patiënt lijdt. Dit gunstige psychologische effect is er vaak ondanks dat de DSM-classificaties eerder zijn gebaseerd op nuttige beschrijvende begrippen dan op gevalideerde biologische pathologische modellen. De ervaring van het toegekend krijgen van een classificatie is mogelijk vooral bekrachtigend voor psychiatrische patiënten met emotionele klachten die veelal door anderen onopgemerkt zijn gebleven of niet begrepen worden. Door de uitleg in de vorm van een classificatie kan de patiënt zich meer begrepen voelen en minder het gevoel hebben dat hij of zij hard wordt bekritiseerd. Een patiënt die als kind ernstig is mishandeld en die geregeld verontrustende nachtmerries heeft en een verlammende angst voor intimiteit, voelt zich waarschijnlijk meer begrepen en minder veroordeeld als hij of zij erachter komt dat veel anderen met soortgelijke traumatische ervaringen op een vergelijkbare manier hebben gereageerd. Dezelfde patiënt kan er veel aan hebben te weten dat deze reactie officieel posttraumatische-stressstoornis heet, en algemeen wordt erkend en bestudeerd. Voor deze patiënt geeft het geschenk van een classificatie ook hoop op herstel en op het opbouwen van een beter leven. Voor veel mensen kan

een classificatie een zeker comfort bieden, al is dat misschien wat paradoxaal. Bijvoorbeeld iemand met een eetstoornis die eerder te horen kreeg: 'Eet nou maar gewoon iets'; of iemand met een sociale fobie, die het advies kreeg: 'Ga er gewoon eens op uit'; of iemand in een diepe depressie die niet genoeg energie en motivatie kan opbrengen om uit bed te komen, die te horen krijgt: 'Stel je nou toch eens niet zo aan.'

Een goede clinicus zorgt ervoor dat het geschenk, de classificatie, is verpakt in optimisme en gedrenkt in een groeiende hoeveelheid literatuur over succesvolle behandelstrategieën voor patiënten met dezelfde stoornis. Een ernstig depressieve patiënte en haar behandelaar hebben bijvoorbeeld de optie om een zo passend mogelijke behandelstrategie te kiezen met evidence-based psychotherapie, anti-depressiva of beide. Een patiënt met een posttraumatische-stressstoornis die samen met zijn behandelaar een evidence-based behandelplan opstelt, kan ondanks dat dit veel vraagt vanwege de geëigende strategieën als *cognitive processing therapy* (CPT) (Resick & Schnicke 1992) of langdurige exposure (Foa et al. 1999), optimistisch hopen op een aanzienlijk — misschien zelfs levensveranderend — herstel, juist omdat dit evidence-based is. Patiënten met sommige angststoornissen, waaronder de slopende paniekstoornis, kunnen erg opgelucht zijn als zij horen dat hun symptomen kunnen worden verlicht, in veel gevallen zelfs al na een toegespitste behandeling van vier tot acht weken (Gould et al. 1995). Er zijn echter ook veel patiënten die uiterst dringend behoefte hebben aan een afname van hun psychische klachten, maar waarvoor ondanks tientallen jaren onderzoek nog steeds geen optimale oplossingen zijn gevonden.

### *De begripvolle, oplettende diagnosticus*

De moderne clinicus heeft als taak de wijsheid en bewezen toepassingen uit het verleden te gebruiken en zich intussen voortdurend op de hoogte te stellen van nieuwe bewijzen, en zich daarnaast onophoudelijk in te zetten om de zorg te verbeteren. In de klinische praktijk van het DSM-5-tijdperk is het doel, terecht, verlichting brengen en het welzijn van patiënten verbeteren — in plaats van het ondoordacht vasthouden aan traditionele werkwijzen en kritiekloos tot zich nemen van nieuwe informatie.

Diagnostische nauwkeurigheid hangt voor een groot deel af van de beheersing van het onderwerp (*content mastery*) (Elstein & Schwartz 2002). Experts zijn accurater dan beginnelingen. Clinici kunnen hun ontwikkeling van beginner tot expert versnellen door studie te combineren met klinische ervaring.

Bij de meeste beroepen in de zorg moeten beginnende clinici eerst een grote hoeveelheid materiaal bestuderen voordat zij in de directe patiëntenzorg mogen beginnen. Dat spreekt voor zich. Zowel door studie als klinische ervaring krijgen mensen meer grip op het onderwerp (*content mastery*), maar slechts één van beide kan worden bereikt zonder daar patiënten mee te belasten, die mogelijk weinig profijt hebben van de zorg die zij ontvangen van een volslagen beginneling. Dit principe geldt voor alle klinische beroepen. Studie versnelt het klinische ervaringsleren en vult dit aan, en daardoor kunnen clinici een optimale kosten-batenverhouding in de zorg voor hun patiënten bereiken (zie kader 1-1 voor een voorbeeld-

casus). Door het zorgvuldig bestuderen van de DSM-classificaties kunnen klinici hun diagnostische nauwkeurigheid vergroten.

#### KADER 1-1

##### *Psychosociale overwegingen bij het toekennen van een accurate psychiatrische classificatie*

Amber is een 16-jarig Amsterdams meisje met een strafblad wegens bezit van cocaïne. Zij komt twee weken na de geboorte van haar baby binnen met een sombere stemming en heeft geen interesse om met haar pasgeboren babydochter te spelen. Ze vertelt dat deze symptomen een week eerder zijn begonnen, nadat ze uit huis is gegaan en in een klein dorpje bij haar tante is gaan wonen. Amber kan naar eigen zeggen goed met haar tante overweg maar ze mist haar vrienden in Amsterdam en vindt het moeilijk om overdag wakker te blijven omdat ze 's nachts om het uur door haar baby wordt gewekt. Ze heeft moeite om zich op haar schoolwerk (dat ze thuis mag maken) te concentreren en is voortdurend moe. Ze voelt zich schuldig omdat ze niet zoveel voor elkaar krijgt. Op de vraag of zij aan suïcide denkt, zegt ze dat ze er nooit aan zou denken zichzelf iets aan te doen, omdat 'mijn baby een moeder nodig heeft'. Zodra ze wist dat ze zwanger was, is ze gestopt met alle vormen van drugs, alcohol en roken. De vader van haar kind zit momenteel een straf uit. Amber had besloten haar kind te houden en haar tante staat achter deze beslissing. Tijdens een huisbezoek van de Raad voor de Kinderbescherming kreeg ze echter te horen dat ze onder toezicht zal worden gesteld om te beoordelen of ze in staat is zelf voor haar kind te zorgen. Het eerste bezoek van de Kinderbescherming kwam tot stand doordat haar buurman had gemeld dat hij bij Amber op de deur had geklopt omdat de baby al twee uur lang huilde, en dat hij door het raam had gezien dat Amber op de bank lag te slapen terwijl de baby op een kleedje op de grond lag te huilen. Amber zegt dat ze graag hulp wil hebben, maar ze is bang dat de Raad voor de Kinderbescherming, wanneer er een psychische aandoening in haar dossier wordt vermeld, weinig vertrouwen zal hebben in haar vermogen om voor haar baby te zorgen.

##### *Ter overweging*

- ▶ Met welke diagnostische afwegingen moet Ambers psychiater volgens jou rekening houden?
- ▶ In hoeverre zal Amber baat hebben bij een accurate classificatie?
- ▶ Welke psychosociale kwesties zijn in deze situatie aan de orde en hoe zijn ze van invloed op het proces om tot een classificatie te komen?

De DSM-5 en de eerdere edities van de DSM lijken op andere classificatiesystemen zoals de ICD omdat elke editie door een opeenvolgend proces van herziening van de nieuwe wetenschappelijke gegevens en een weloverwogen consensusvorming tot stand komt. Sommige onderdelen van de DSM-5 zijn identiek aan de eerdere edities — bijvoorbeeld de indeling van classificaties voor de persoonlijkheidsstoornissen in deel II, 'Classificatiecriteria en codes'.

Veel onderdelen bevatten nieuwe of nauwkeuriger benaderingen, die een stap verder gaan dan de eerdere DSM-edities. De DSM-5 is niet volmaakt of ‘finaal’ — deze handleiding zal dan ook zeker worden vervangen door een nieuwe, zodra er nieuwe inzichten zijn in ziektes en het disfunctioneren van de hersenen — en de lezer van *DSM-5: Studiegids* doet er goed aan zich bewust te zijn van het feit dat het DSM-proces altijd in ontwikkeling is.

Deze studiegids is bedoeld om klinici van alle ervaringsniveaus te helpen het nieuwe DSM-5-classificatiesysteem onder de knie te krijgen. Sinds het verschijnen van de DSM-5 zijn we in dit nieuwe classificatiesysteem in zekere zin allemaal beginners en zullen we er profijt van hebben om het gezamenlijk te bestuderen. Veel succes!

## ZELFTOETSING

### Vragen om te bespreken met collega's en docenten

- 1 Heb je ooit een classificatie toegekend met onverwachte gevolgen?
- 2 Heb je ooit een classificatie uitgesteld en daarna spijt gekregen dat je deze niet eerder had toegekend?
- 3 Wanneer maak je je het meest zorgen over het toekennen van een psychiatrische classificatie? Waarom is dat?
- 4 Zijn er klinische omstandigheden geweest waarin het beter leek om je diagnostische hypothese maar niet met je patiënt te bespreken? Zo ja, in welk geval?

### Overige vragen

- 1 In welke mate is het classificatiesysteem van de DSM-5 gebaseerd op neurowetenschappelijke ontdekkingen?
- 2 Op welke manier vergemakkelijkt het toekennen van een (voorlopige) psychiatrische classificatie de klinische communicatie?
- 3 Wat zijn enkele zeer gunstige effecten voor de patiënt wanneer hij of zij een accurate psychiatrische classificatie krijgt?

### Antwoorden

- 1 In het DSM-5-classificatiesysteem is gepoogd de beste recente wetenschappelijke gegevens op te nemen en, waar mogelijk, ook toepasselijke neurowetenschappelijke bevindingen. De DSM-5 is een fenomenologisch georiënteerd classificatiesysteem en niet zozeer een etiologisch bepaalde diagnostische benadering.
- 2 Bij het ontwikkelen en aanscherpen van een diagnostische hypothese dient de clinicus zorgvuldig met de patiënt te overleggen. Een oplettend clinicus poogt daarbij de sociobiografische anamnese, de ervaren klachten, de effecten van het leven met een ziekte, relevante achtergrondinformatie en de ongerustheid van de patiënt uit te vragen. In deze dialoog kan de clinicus eventuele incongruenties ophelderen in de klachten en het verhaal van de patiënt, de eerdere documentatie, de heteroanamnese en de aanvullende medische informatie.
- 3 Door de ervaringen van de patiënt in een diagnostisch kader te plaatsen krijgt deze meer inzicht in de kenmerken van het ziekteproces en het verwachte be-

loop. Een classificatie toegekend krijgen kan, paradoxaal genoeg, een geruststelling zijn en validatie geven aan patiënten die soms het gevoel hebben dat hun klachten door anderen niet goed worden begrepen.

## Aanbevolen literatuur

- Corrigan, P.W. (Ed.) (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frances, A.J., Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.
- Kraemer, H.C. (2013). Validity and psychiatric diagnoses. *JAMA Psychiatry*, 70, 138-139.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Clarke, D.E., et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59-70.

## Referenties

- Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology*, 9, 35-53.
- Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., et al. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 449-455.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., et al. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- Elstein, A.S. & Schwartz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324, 729-732.
- Elstein, A.S., Shulman, L.S., Sprafka, S.A. (1978). *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., et al. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Frances, A.J. & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109-130.
- Gould, R.A., Ott, M.W. & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844.
- Insel, T.R. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact: a strategic plan for research on mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 66, 128-133.
- Kao, Y.C. & Liu, Y.P. (2011). Suicidal behavior and insight into illness among patients with schizophrenia spectrum disorders. *The Psychiatric Quarterly*, 82, 207-220.
- Lavori, P.W. & Dawson, R. (2008). Adaptive treatment strategies in chronic disease. *Annual Review of Medicine*, 59, 443-453.
- Moayyeri, A., Soltani, A., Moosapour, H., et al. (2011). Evidence-based history taking under 'time constraint'. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16, 559-564.
- Paneth, N. (2004). Assessing the contributions of John Snow to epidemiology: 150 years after removal of the Broad Street pump handle. *Epidemiology*, 15, 514-516.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., et al. (2000). Public conceptions of mental ill-

- ness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.
- Resick, P.A., Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Salmon, P., Dowrick, C.F., Ring, A., et al. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 171-176.
- WHO (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: World Health Organization.

## 4 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

*David S. Hong*

— «*Mijn zoon is soms niet hanteerbaar.*»

— «*Ik kan zien dat mijn baby anders is.*»

De ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel is uiterst ingewikkeld en complex, met gevolgen voor de veelheid aan functies die erdoor worden beïnvloed. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen omvatten derhalve beperkingen in een breed scala van functies. Hoewel de fenomenologie en de aangetaste domeinen in dit hoofdstuk heterogeen zijn, hangen ze met elkaar samen in het geheel van de ontwikkeling — de symptomen worden vroeg in de ontwikkeling verworven of geërfd en worden gekenmerkt door een afwijking van een verwacht traject voor het aanleren van vaardigheden. De diagnose wordt echter niet altijd al in de kindertijd gesteld. Vaak kan de stoornis pas in de volwassenheid worden vastgesteld, of blijkt uit een klinische anamnese dat symptomen die in de kindertijd zijn begonnen later in het leven in een afgezwakte vorm zijn blijven bestaan. In het algemeen geldt echter dat de symptomen die behoren bij deze categorie een vroeg begin vertonen, sterk worden beïnvloed door genetische en familiale risicofactoren, en een tamelijk pervasief beloop hebben gedurende verschillende ontwikkelingsstadia. Ook moeten de stoornissen in dit hoofdstuk, net zoals bij andere categorieën, een significante invloed laten zien op het adaptieve functioneren, waarbij het meestal gaat om het functioneren in een leer- of werkomgeving.

Deze categorie omvat een groot aantal stoornissen, maar de classificaties kunnen in grote lijnen gegroepeerd worden naar de betreffende cognitieve of motorische vaardigheid die een afwijkende ontwikkeling vertoont. Beperkingen in een algemeen domein zoals de intelligentie worden geïnclassificeerd als een verstandelijke beperking (verstandelijke ontwikkelingsstoornis) of, indien de beperking niet volledig aan de criteria voldoet, als een globale ontwikkelingsachterstand. Wanneer specifieke spraak- en communicatiedomeinen zijn aangetast, worden de symptomen toegeschreven aan een communicatiestoornis (i.e., de taalstoornis, spraakklankstoornis, stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd (stotteren), sociale (pragmatische) communicatiestoornis, of een ongespecificeerde communicatiestoornis) of de specifieke leerstoornis. Bij stoornissen in de sociale communicatie kunnen de classificaties autismespectrumstoornis of sociale (pragmatische) communicatiestoornis worden toegekend.

Sommige stoornissen vertonen overlap en beperkingen in verschillende domeinen, zoals de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), waarin zowel het

executieve functioneren als de motorische inhibitie zijn aangetast, terwijl andere stoornissen zich beperken tot motorische disfuncties, zoals de coördinatie-ontwikkelingsstoornis, de stereotiepe-bewegingsstoornis en de persisterende (chronische) motorische- of vocale-ticstoornis. Meer complexe syndromen, zoals de stoornis van Gilles de la Tourette, omvatten een aantal motorische domeinen, maar hangen ook vaak samen met tekorten in de executieve functies en met obsessieve-compulsieve symptomen. Als groep zijn de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen vrij gecompliceerd en heterogeen, zowel in de etiologie als in de klinische manifestaties. Maar ook delen zij belangrijke overeenkomsten als het gaat om het beginstadium, het beloop en de gevoeligheid voor erfelijke factoren.

Andere classificaties in deze categorie zijn de ongespecificeerde verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis), de andere gespecificeerde aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, de ongespecificeerde aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, de voorlopige ticstoornis, de andere gespecificeerde ticstoornis, de ongespecificeerde ticstoornis, de andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis en de ongespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis.

Het stellen van een diagnose bij een kind met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis kan een uitdaging zijn. Ten eerste maken de aard van de symptomen en de kenmerkende leeftijd bij presentatie (namelijk tijdens de vroege ontwikkeling) het vaak moeilijk om alle noodzakelijke informatie te verkrijgen uit een individueel klinisch onderzoek. Daarom dienen klinici vaak vindingrijk en creatief te zijn bij het verzamelen van informatie en kan het nodig zijn een beroep te doen op andere informanten, zoals gezinsleden, verzorgers en leerkrachten, voor een aanvullende klinische anamnese. Ook gestandaardiseerde instrumenten die zijn ontworpen om verschillende niveaus van ontwikkelingsvaardigheden te meten, kunnen van bijzonder nut zijn voor deze groep. Ten tweede betekent de jonge leeftijd bij presentatie dat het ontvangen van een classificatie van een neurobiologische ontwikkelingsstoornis vaak de eerste interactie is van een gezin met de geestelijke gezondheidszorg. Daarom dienen klinici gedurende het hele proces gevoelig te zijn voor de behoeften van het gezin, vooral omdat veel stoornissen in deze categorie pervasief zijn en de symptomen het functioneren gedurende verschillende ontwikkelingsstadia zullen beïnvloeden, of in sommige gevallen zelfs levenslang. Tegelijk brengt dat met zich mee dat klinici in de gelegenheid zijn een aanzienlijke invloed uit te oefenen door het gezin aan een juiste diagnose te helpen en de problemen het hoofd te leren bieden bij het verkrijgen van alle nodige interventies. In feite vereist een succesvolle classificatie en planning van de behandeling vaak een nauwe interdisciplinaire samenwerking tussen ggz-medewerkers, medisch specialisten, onderwijzend personeel en instanties die gespecialiseerde ondersteunende diensten bieden.

In dit hoofdstuk is er ten opzichte van de DSM-IV veel veranderd. Het opvallendst is dat de DSM-5-classificaties samengebracht zijn rond centrale domeinen van ontwikkelingsachterstand, en dat er specificaties zijn geïntroduceerd om variaties in het klinische beeld vast te leggen. Enkele veranderingen zijn de samenvoeging van sociaal-cognitieve stoornissen in de autismespectrumstoornis en het groeperen van stoornissen in de verwerving van schoolse vaardigheden in de classificatie specifieke leerstoornis. De strikte leeftijdscriteria zijn verbreed om gedurende de ontwikkelingsperiode ruimte te scheppen voor klinische variatie in de beelden van de ver-



standelijke beperking, autismespectrumstoornis en ADHD. Ook zijn verschillende classificaties die voorheen opgenomen waren in het DSM-IV-hoofdstuk 'Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' naar andere hoofdstukken in de DSM-5 verplaatst. Het gaat om de normoverschrijdend-gedragsstoornis, de oppositionele-opstandige stoornis, voedingsstoornissen en stoornissen in de zindelijkheid, de separatieangststoornis, selectief mutisme en de reactieve hechtingsstoornis. De DSM-5-categorie neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bevat ook nieuwe classificaties, zoals de globale ontwikkelingsachterstand en de sociale (pragmatische) communicatiestoornis. Voorbeelden van enkele kleine wijzigingen zijn: de nieuwe benaming verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis), voorheen 'zwakzinnigheid' genaamd; het gebruik van het adaptieve functioneren in plaats van van IQ-scores om de ernst van een verstandelijke beperking vast te stellen; en het gebruik van specifieke symptoombrempels bij ADHD voor oudere adolescenten en voor volwassenen.

## DIAGNOSTISCH DE DIEPTE IN

### Verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis)

De ouders van de 6-jarige Bram kwamen via de huisarts bij een kinderarts terecht, nadat zij op school hadden gehoord dat Bram niet klaar is voor groep 4 en een jaar moet doubleren. Schoolrapporten geven aan dat hij het alfabet niet beheerst, niet tot 20 kan tellen en geen eenvoudige woorden kan herkennen. Hij heeft ook moeite in de omgang met leeftijdsgenoten en leerkrachten, en toont storend gedrag, zoals met de handen fladderen en niet stil kunnen zitten of de aandacht tijdens het kringgesprek niet kunnen vasthouden. Een psycholoog heeft hem recent getest en daaruit is gebleken dat Bram een IQ heeft van 65 en dat hij op verschillende terreinen van de leerprestaties onder het verwachte niveau presteert dat bij zijn leeftijd hoort. Ook heeft Bram volgens de uitkomsten van een screeningsvragenlijst 'autistische trekken'. Brams moeder vertelt dat, hoewel ze moeite had met zwanger worden, de zwangerschap zonder problemen verliep en dat Bram na een voldragen zwangerschap werd geboren. Ze meldt dat hij een 'koliekbaby' was, dat het lastig was om hem te kalmeren en te voeden, en dat hij vrij laat (vlak voor de leeftijd van 2 jaar) begon te lopen en te praten. Ze negeerde deze kwesties echter, omdat ze dacht 'dat jongens meestal laat zijn met dit soort dingen'. Bij het onderzoek blijkt Bram afstaande oren en een hoog voorhoofd te hebben, komt hij angstig over, vermijdt hij oogcontact en uit hij zich moeilijk. Zijn moeder heeft een voorgeschiedenis van angstsymptomen, maar er komen geen verstandelijke beperkingen in de familie voor. Bram is enig kind.

In dit geval valt Brams IQ net twee standaarddeviaties onder het gemiddelde (<70), hetgeen duidt op aanzienlijke tekorten in de algemene intellectuele vaardigheden.

Bovendien presenteert Bram zich met een constellatie van symptomen die consistent zijn met het fragiele-X-syndroom, dat de meest voorkomende erfelijke vorm van een verstandelijke beperking is. Dit syndroom wordt gekenmerkt door karakteristieke gelaatstrekken, stereotiepe motorische activiteit en mogelijk autistische symptomen. Hoewel er geen duidelijke aanwijzingen zijn voor verstandelijke beperkingen in de familieanamnese, heeft Brams moeder een voorgeschiedenis met angstsymptomen en onvruchtbaarheidsproblemen, wat erop zou kunnen duiden dat ze drager is van een premutatie. Het fragiele-X-syndroom is een van de genetische stoornissen die relatief vaak voorkomen. Daarom moeten klinici die voor het eerst een verstandelijke beperking classificeren, goed nadenken over de etiologie wanneer er specifieke lichamelijke of somatische kenmerken aanwezig zijn, omdat deze classificatie significante impact kan hebben op de behandeling en de gezinsplanning. Bovendien heeft Bram waarschijnlijk kenmerken van ADHD en mogelijk een autismespectrumstoornis.

**Werkwijze bij de diagnostiek** Mensen met een verstandelijke beperking krijgen de classificatie meestal op jonge leeftijd toegekend. In ernstige gevallen zijn de tekenen van een vertraagde cognitieve ontwikkeling al in de eerste levensjaren duidelijk. Kinderen met een subtieler beeld worden soms pas doorverwezen als er op school aanwijzingen worden opgemerkt. De classificatie vereist echter dat er tijdens de ontwikkelingsperiode symptomen aanwezig zijn (criterium C). Aangezien het klinische beeld en de bijbehorende symptomen sterk afhankelijk zullen zijn van de etiologie, is het belangrijk om na te gaan welke symptomen van syndromale stoornissen er zijn, ook na de vaststelling dat aan de criteria voor een verstandelijke beperking wordt voldaan. Dit houdt een grondige beoordeling in van de gedragssymptomen, de ontwikkelingsgeschiedenis, de familiegeschiedenis en lichamelijke kenmerken. Omdat de meeste oorzaken gerelateerd zijn aan de periode rond de geboorte is het essentieel om een grondige medische en ontwikkelingsanamnese te verkrijgen voor deze periode. Het kan ook nuttig zijn voor de beoordeling en de behandeling om, indien nodig, een heteroanamnese te verkrijgen van de school en te verwijzen naar specialisten op het gebied van genetica en kinderen.

Tekorten in de algemene intellectuele vaardigheden (criterium A) worden aangetoond door middel van gestandaardiseerde intelligentietests. Gewoonlijk wordt een score van twee standaarddeviaties van het gemiddelde beschouwd als bewijs voor een cognitieve beperking (bijvoorbeeld een score  $<70 \pm 5$  als de gemiddelde score 100 is en de standaarddeviatie 15). Het is belangrijk om te onthouden dat een totale IQ-score niet altijd een nauwkeurige meting is van het intellectuele vermogen; een klinisch oordeel is nodig om te interpreteren of de aandacht, culturele of taalproblemen, de motivatie, of een disharmonisch intelligentieprofiel van invloed zijn op de algehele prestaties op de test.

Een verlaagde intelligentie is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het classificeren van een verstandelijke beperking. Het adaptief functioneren moet aantoonbaar verminderd zijn; dit geeft aan hoe goed iemand in staat is zich aan te passen aan het dagelijks leven in de schoolse/intellectuele, sociale en praktische domeinen, en in hoeverre hij of zij voldoet aan de sociale normen van persoonlijke onafhankelijkheid (criterium B). Adaptief gedrag zal noodzakelijkerwijs afhangen van de leeftijd en van sociaal-culturele invloeden; daarom moeten

deze aspecten altijd zorgvuldig worden overwogen bij het toekennen van een classificatie. Vooral voor mensen met ernstigere beperkingen is het nuttig om meer informatie te verkrijgen over het adaptieve functioneren, bijvoorbeeld van andere betrouwbare informanten of uit metingen of gestandaardiseerde tests die specifiek gericht zijn op de beoordeling van adaptief gedrag.

**NB** In de DSM-5 wordt de ernst van de verstandelijke beperking gecategoriseerd op basis van het niveau van iemands functioneren ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder beperking, en niet op basis van IQ-scores. Ten slotte is het belangrijk om te weten dat er geen uitsluitingscriteria voor deze stoornis zijn: als aan de criteria voor de verstandelijke beperking wordt voldaan moet een classificatie worden toegelend, ongeacht of er comorbide stoornissen aanwezig zijn.

Zoals vermeld in de DSM-5 is 'bij mensen die de classificatie verstandelijke beperking hebben gekregen en daarnaast andere psychische stoornissen hebben, [...] het risico op suïcide groter. Ze denken over suïcide, doen suïcidepogingen en kunnen daaraan overlijden. Daarom is het van groot belang dat er bij het onderzoek gescreend wordt op suïcidegedachten' (Handboek, p. 94).

### Opnemen van de anamnese

De ouders van een 9-jarig meisje genaamd Sophie brengen hun dochter naar de polikliniek vanwege haar cognitieve achterstanden. De onderzoeker bepaalt door middel van een beoordeling van behaalde intellectuele mijlpalen en de leerprestaties of het kind achterblijft bij de verwachte, bij de leeftijd passende ontwikkeling in de algemene intellectuele vaardigheden. De onderzoeker vraagt aan de ouders: 'Wanneer hebben jullie voor het eerst gemerkt dat Sophie een vertraagde ontwikkeling zou kunnen hebben?' Hij stelt vast dat de tekorten gedurende de ontwikkelingsperiode zijn ontstaan. Een beoordeling van de beperkingen moet het redeneren, het oplossen van problemen, het abstracte denken, het oordeelsvermogen en het leren omvatten. Hij vraagt: 'Heeft uw dochter ooit een psychologische test of een IQ-test gehad?' en hij bepaalt ook of er ooit een gestandaardiseerde beoordeling van het adaptieve functioneren is gedaan. Als de resultaten daarvan beschikbaar zijn, dient de onderzoeker deze immers zorgvuldig te interpreteren om vast te stellen of de algemene intellectuele prestaties significant afwijken van de bevolkingsgemiddelden en of de tekorten in de prestaties niet beter verklaard kunnen worden door andere aandoeningen. De onderzoeker vraagt de ouders vervolgens om de lichamelijke, medische en familiegeschiedenis van Sophie te schetsen, alsmede aan te geven of er sprake is van blootstelling aan omgevingsfactoren. Hij dient immers bedacht te zijn op alle factoren die de onderliggende oorzaak van de verstandelijke beperking kunnen verklaren. Hij vraagt dan aan Sophie en haar ouders: 'Op welke manier vormen deze symptomen een probleem voor het dagelijkse functioneren, bijvoorbeeld de prestaties op school en de relaties met anderen?' Vervolgens bepaalt hij de ernst van de beperkingen in het functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.

Zoals kenmerkend is voor een verstandelijke beperking, wordt dit meisje verwezen omdat haar verzorgers vrezen dat zij problemen heeft met de cognitieve ontwikke-

ling. De onderzoeker brengt de aard van deze tekorten in kaart door middel van een klinisch onderzoek en neuropsychologische tests en constateert dat de beperkingen bestaan uit globale moeilijkheden in de algemene intellectuele vaardigheden. De onderzoeker bepaalt of er factoren zijn die op een bepaalde oorzaak of een oorzakelijk mechanisme wijzen. Naast een grondige klinische anamnese zal de clinicus een lichamelijk onderzoek willen uitvoeren, waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan neurologische symptomen of bepaalde vormen van dysmorphie. Als er een hoge mate van verdenking is op een specifiek cluster van stoornissen kan hij het ook nuttig vinden om dit kind te verwijzen naar collega's met andere specialismen. De onderzoeker zal ook willen nagaan hoe de verstandelijke beperkingen van invloed zijn op specifieke domeinen van het functioneren. Aanvullende informatie van andere zorgverleners, collega's en verzorgers is nuttig om het niveau van adaptief functioneren in meerdere contexten vast te stellen.

#### Tips voor een betere onderbouwing van de classificatie

- ▶ Stel het niveau van iemands algemene cognitieve vaardigheden vast door de scores van de patiënt op gestandaardiseerde tests te beoordelen.
- ▶ Overweeg of er factoren zijn die tot een onderschatting leiden met betrekking tot de prestaties van de patiënt op de intelligentietests en of de intellectuele vaardigheden zijn aangetast in verschillende domeinen.
- ▶ Vraag aanvullende informatie over hoe de intellectuele beperkingen van invloed zijn op het functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.
- ▶ Verduidelijk wanneer de problemen met het intellectuele functioneren voor het eerst werden gediagnosticeerd; bepaal of deze vóór de adolescentie zijn begonnen.
- ▶ Overweeg of de verstandelijke beperking gepaard gaat met andere ontwikkelingsstoornissen of lichamelijke beperkingen, of met een somatische of familiegeschiedenis die duidt op een specifieke etiologie.

#### Bestudeer de volgende casus

Cristóbal Mendez, een 26-jarige man afkomstig uit Chili, is momenteel opgenomen op de afdeling interne geneeskunde voor alcoholintoxicatie en ontstekingsklachten. De psychiatrische consultatieve dienst werd ingeschakeld om de patiënt te beoordelen op alcoholafhankelijkheid en psychosociale problemen. De zaalarts is gefrustreerd omdat Cristóbal een 'draaideurpatiënt' is met tal van soortgelijke opnames in de afgelopen jaren. Hij woont bij zijn moeder en heeft sinds hij tijdens een fietstochtje op 11-jarige leeftijd aangereden werd door een auto, grote moeite om zonder hulp de activiteiten van het dagelijkse leven te kunnen uitvoeren. Cristóbal heeft aanzienlijk hoofdletsel opgelopen bij dat ongeluk en is nooit meer de oude geworden. Zijn moeder en de rest van zijn tamelijk hechte familie hebben hem sindsdien liefdevol verzorgd, maar ze hebben het in de laatste paar jaar steeds moeilijker gevonden om hem in de hand te houden. Zijn maladaptieve gedrag bestaat uit een gebrekkig realiteitsbesef; verminderde cognitieve vaardigheden voor het redeneren, organiseren en de basiszelfzorg; en extreme impulsiviteit (ondanks zijn korte gestalte en een aantal lichamelijke beperkingen raakt hij vaak betrokken bij gevechten in de buurt). Cristóbal heeft een persoonsgebonden budget voor een matige ver-

standelijke beperking en werkt parttime voor zijn broer, als vakkenvuller. Zijn familie meldt echter dat hij, zodra hij zijn loon ontvangt, dit meteen uitgeeft aan alcohol, wat leidt tot veelvuldige dronkenschap en een toegenomen gebruik van de hulpdiensten.

Cristóbal Mendez heeft een verworven verstandelijke beperking, wat blijkt uit een abrupt veranderd traject van de cognitieve ontwikkeling na het oplopen van ernstig hoofdletsel tijdens de ontwikkelingsperiode. Omdat zijn verstandelijke beperking waarschijnlijk het gevolg is van traumatisch hersenletsel, zou het passend zijn om aanvullend een classificatie uitgebreide neurocognitieve stoornis toe te kennen. Nadere informatie over de uitslagen van psychologische tests zijn nodig; de klinische beoordeling wijst er echter op dat zijn beperkingen in het conceptuele domein van matige ernst zijn, gezien het feit dat hij enige verbale vermogens heeft behouden en beschikt over de vaardigheden om voor zijn broer te werken. De mate van beperkingen in het praktische domein, gekenmerkt door impulsiviteit, overmatig alcoholgebruik en een gebrek aan vooruitgang in de richting van zelfstandigheid, duidt op een algemeen niveau van adaptief functioneren dat valt onder het 'ernstige' subtype. Zorgverleners dienen ook te overwegen in welke mate de culturele identificatie van Cristóbal van invloed zou kunnen zijn op de perceptie van zijn familie op, of de verwachtingen over, zijn algemene adaptieve functioneren. Uit Cristóbal's casus wordt verder duidelijk dat zijn verstandelijke beperking een levenslange pervasieve aandoening is en dat deze een aantal uitdagingen met zich meebrengt voor mensen met deze stoornissen door de overgang van de kindertijd naar de volwassenheid. Hoewel er in en buiten de school verschillende ondersteuningsmogelijkheden zijn voor kinderen met een verstandelijke beperking, zijn er voor volwassenen met deze stoornis meestal minder voorzieningen. Het kan een uitdaging zijn de weg te vinden in het medische systeem voor volwassenen met een verstandelijke beperking, afhankelijk van hun mate van afhankelijkheid, realiteitsbesef en oordeelsvermogen. In het geval van Cristóbal hebben deze problemen geleid tot een hoog gebruik van spoedeisende diensten en moeilijkheden in het bieden van passende zorg voor comorbide stoornissen, zoals een mogelijke alcoholafhankelijkheid.

**Differentiële diagnostiek** De differentiële diagnostiek van de verstandelijke beperking is relatief beperkt, omdat er geen uitsluitingscriteria voor deze stoornis zijn. De classificatie moet worden toegekend als aan de criteria wordt voldaan, ongeacht of er ook aan andere classificatiecriteria wordt voldaan. Toch moeten andere psychiatrische stoornissen zeker worden uitgesloten, inclusief die van een neurocognitieve stoornis met begin in de kindertijd. Bovendien moet worden vastgesteld of de intelligentie globaal is aangedaan; als de tekorten zich beperken tot specifieke cognitieve domeinen, kunnen de classificaties specifieke leerstoornis of communicatiestoornis de voorkeur hebben. Het is ook belangrijk om er rekening mee te houden dat beperkingen in deze domeinen het moeilijk kunnen maken om het globale intellectuele functioneren te beoordelen, als gevolg van het onvermogen om te participeren in psychologische tests of door verminderde betrokkenheid bij of motivatie voor het onderzoek.

Doordat de classificatie verstandelijke beperking geen uitsluitingscriteria heeft, is het relatief eenvoudig de classificatiecriteria onder de knie te krijgen. Het belangrijkste aandachtspunt met betrekking tot de classificatie is de vraag of de beperkingen in de algemene intellectuele vaardigheden niet beter verklaard kunnen worden door tekorten in specifieke, beperkte domeinen die een vertekening kunnen geven van de testresultaten. Enkele andere stoornissen kunnen eveneens van invloed zijn op aspecten van het cognitieve functioneren, waaronder ADHD, een autismespectrumstoornis, stemmingsstoornissen, psychoses en bepaalde somatische aandoeningen. Het classificeren kan makkelijker worden gemaakt door aandacht te besteden aan de leeftijd bij aanvang, vast te stellen of het beloop episodisch dan wel chronisch is, en door het ontwikkelingstraject duidelijk in kaart te brengen. Zoals besproken in de DSM-5 moet de nadruk ook liggen op het bepalen van een onderliggende etiologie, vooral omdat de klinische manifestatie van de symptomen binnen deze heterogene diagnostische categorie sterk kan variëren.

Zie de DSM-5 voor andere stoornissen die in de differentiële diagnostiek moeten worden overwogen. Zie ook de informatie over comorbiditeit en differentiële diagnostiek onder de betreffende stoornissen in de DSM-5.

### **Samenvatting**

- ▶ De verstandelijke beperking vertegenwoordigt een globale aantasting van de intellectuele functies in alle cognitieve domeinen.
- ▶ Door middel van psychologische tests kan het bestaan van tekorten in de algemene intellectuele vaardigheden volgens criterium A worden bevestigd, maar deze tests geven niet noodzakelijkerwijs een indicatie van de ernst van de functiestoornissen.
- ▶ Voor een classificatie verstandelijke beperking moet er altijd sprake zijn van beperkingen in het adaptieve functioneren (criterium B); het hebben van cognitieve beperkingen alleen is niet voldoende voor deze classificatie.
- ▶ De diagnostiek van kinderen met een verstandelijke beperking moet tevens een grondig onderzoek naar de ontwikkelingsgeschiedenis en familie- en klinische anamnese bevatten, om de kans op het opsporen van genetische syndromen te verhogen.
- ▶ Er zijn geen uitsluitingscriteria voor de classificatie; een verstandelijke beperking moet worden vastgesteld wanneer aan de criteria wordt voldaan, ongeacht of er nog andere comorbide stoornissen optreden.

## DIAGNOSTISCH DE DIEPTE IN

**Autismespectrumstoornis**

De ouders van de 2,5 jaar oude Casper melden zich bij de polikliniek voor kinderen en jeugdpsychiatrie uit bezorgdheid over het feit dat hij slechts drie woorden zegt ('mama', 'papa' en 'baby') en dat hij geen nauwe band heeft ontwikkeld met zijn ouders of zijn 5-jarige zusje. De ouders vertellen dat ze nu zien dat Casper als baby geen 'reagerend' kind was. Ze herinneren zich dat hij in vergelijking tot zijn oudere zusje op dezelfde leeftijd minder kirde, minder oogcontact maakte en minder vaak hun gezichtsuitdrukkingen nadeed. Ze gingen zich echter pas echt zorgen maken toen hij op de leeftijd van 2 jaar nog geen woordjes had geleerd. De ouders merken op dat hij in het afgelopen jaar slechts minimale winst heeft geboekt in zijn taalvaardigheid: hij spreekt drie woorden en lijkt een aantal eenvoudige opdrachten op te volgen, hoewel geen van deze gedragingen in het algemeen consistent is of bij de context past. Caspers ouders vertellen dat hij nooit ergens naar wijst of op een effectieve manier gebaren gebruikt; als hij iets wil hebben, neemt hij hen bij de hand mee naar een bepaalde plek en gromt dan iets. Hij raakt vaak gefrustreerd en krijgt een driftbui als zijn ouders er niet achter kunnen komen wat hij precies wil. Casper maakt ook geen contact met leeftijdsgenootjes en negeert zijn zusje volledig, waarbij hij soms zelfs over haar heen kruipt als ze in de weg zit of ligt. Hij speelt voornamelijk alleen en kan obsessief bezig zijn met speelgoed; hij zet bijvoorbeeld blokken van dezelfde kleur bij elkaar, of draait aan de wielen van een truck in plaats van deze rondjes te laten rijden op de vloer. Casper is ook enigszins onhandig voor zijn leeftijd en maakt vaak vreemde strekbewegingen met zijn vingers. Zijn somatische anamnese is verder blanco, en een gehoortest levert normale waarden op. De familieanamnese levert alleen een oom van vaders kant op die 'een beetje vreemd' is en 'het zwarte schaap van de familie' wordt genoemd.

Caspers casus laat aanzienlijke beperkingen zien in de sociale wederkerigheid, de structurele taalverwerving en het interactieve spelen. Deze symptomen zijn sinds de vroege kindertijd merkbaar, hoewel de eerste tekenen waarschijnlijk al in de babytijd zichtbaar waren. De solitaire en beperkte manier waarop Casper speelt, wijkt aanzienlijk af van wat van iemand van zijn leeftijd verwacht mag worden. Ook zijn vreemde vingerhoudingen laten waarschijnlijk beperkt en stereotiep motorisch gedrag zien, wat in overeenstemming is met de classificatie autismespectrumstoornis. Casper heeft aanzienlijke vertragingen in zowel de expressieve als de receptieve taalverwerving; maar wat in dit geval meer in het oog springt is dat hij geen andere manieren van sociale communicatie laat zien, noch op een non-verbale manier, noch met gecoördineerde gebaren of uitdrukkingen. Het is van belang om Caspers intellectuele vermogens te beoordelen, hoewel het waarschijnlijk een uitdaging zal zijn om een nauwkeurige weergave te verkrijgen, aangezien zijn sociale tekorten kunnen interfereren met zijn deelname aan psychologische tests en daarmee de prestaties kunnen beïnvloeden. Hoewel dit niet in Caspers casus staat verwoord, is het ook belangrijk om te screenen op stemmings- en angst-



symptomen, evenals op problemen met de aandacht, om te beoordelen of andere neuropsychiatrische syndromen al dan niet bijdragen aan zijn sociale tekorten of comorbide voorkomen met een autismspectrumstoornis. Bovendien is er meer duidelijkheid nodig over de leeftijd waarop Caspers ouders zich voor het eerst zorgen gingen maken; moet worden vastgesteld of Casper een bepaalde periode wél een gebruikelijk ontwikkelingstraject heeft doorgemaakt; en of er tekenen zijn van genetische aanleg of een daarmee samenhangend syndroom. In dit specifieke geval vertoont Casper, gegeven de voorlopige classificatie autismspectrumstoornis, waarschijnlijk beperkingen in de sociale communicatie op ernstniveau 3. Nadere informatie over de rigiditeit (waaronder de vraag of hij zelfbeschadigend gedrag vertoont) zou nuttig zijn om te bepalen hoe ernstig beperkt het gedragsrepertoire is, maar zijn symptomen liggen waarschijnlijk minstens op ernstniveau 2.

**Werkwijze bij de diagnostiek** De classificatie autismspectrumstoornis omvat stoornissen in de sociaal-cognitieve vaardigheden. Voorheen waren er volgens criterium A voor deze classificatie duidelijke tekorten in de sociale interactie en de sociale communicatie vereist. In de DSM-5 zijn de vereiste beperkingen voor criterium A nu in drie categorieën onderverdeeld: (1) de sociaal-emotionele wederkerigheid, (2) het non-verbale communicatieve gedrag, en (3) de sociale interactie. Om aan criterium A te voldoen moet iemand aanhoudende tekorten vertonen in alle drie de domeinen. Hoewel enkele andere psychiatrische stoornissen van de kindertijd negatieve invloed zullen hebben op het sociale functioneren, hetzij in het algemeen, hetzij in een specifieke context, is het belangrijk om op te merken dat de belangrijkste kenmerken van criterium A voor de autismspectrumstoornis wijzen op pervasieve beperkingen in alle sociaal-cognitieve vaardigheden die essentieel zijn voor een normale verbondenheid met anderen. Als voorbeeld kan dienen dat het niet zozeer de beperkingen in de taalvaardigheid zijn die de problemen met de sociale communicatie veroorzaken, maar dat juist het onvermogen om de sociale aspecten van de taal effectief te begrijpen of toe te passen kenmerkend zijn voor deze stoornis. Hetzelfde geldt voor de non-verbale communicatie of het onderhouden van relaties. Soms kan het een uitdaging zijn om de precieze aard van deze symptomen te onderscheiden, in welk geval gestructureerde sociaal-cognitieve beoordelingen nuttig kunnen zijn voor het verkrijgen van aanvullende informatie.

Patiënten moeten ook minstens twee kenmerken van beperkt of repetitief gedrag hebben (criterium B), waaronder repetitieve spraak, motorische maniërismen, het gebruik van voorwerpen, en specifieke interesses, rituelen of rigide routines. In de DSM-5 valt beperkt of repetitief zintuiglijk gedrag ook in deze categorie, met inbegrip van een gevoeligheid voor texturen, het excessief aanraken van of ruiken aan voorwerpen, en een fascinatie voor specifieke lichten of geluiden. Symptomen die overeenkomen met een autismspectrumstoornis moeten al aanwezig zijn geweest in de vroege kinderjaren (criterium C) en dienen een aanzienlijke verslechtering van het adaptieve functioneren te veroorzaken (criterium D).

Voorheen werd een aantal aanvullende subtypen gebruikt om sociale beperkingen te beschrijven, inclusief de stoornis van Asperger, de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd en PDD-NOS. In de DSM-5 valt een groot deel van deze classificaties nu binnen de classificatie autismspectrumstoornis vanwege de gedeelde sociaal-cognitieve tekorten die het hoofdkenmerk vormen van de beperkingen.



Er worden nu specificaties gebruikt om bijkomende tekorten in de intelligentie of de taalvaardigheid aan te duiden. Daarnaast wordt de relatie met een genetische of somatische aandoening of omgevingsfactor, of een neurobiologische ontwikkelings-, psychische of gedragsstoornis vastgesteld met behulp van specificaties. Er is ook een specificatie voor met een autismespectrumstoornis samenhangende katatonie. De DSM-5 geeft tot slot definities van de mate van ernst van de symptomen in de domeinen sociale communicatie en beperkt gedrag.

### Opnemen van de anamnese

Een kinderarts verwijst de 5-jarige Jesse naar een centrum voor kinderpsychiatrie vanwege diens vertraagde taalontwikkeling en beperkte interacties met gezinsleden. De ouders melden dat ze bezorgd zijn omdat de ontwikkeling van Jesse aanzienlijk verschilt van die van zijn broers en zussen. De onderzoeker vraagt hen: 'Kunt u mij iets vertellen over Jesses interacties met u en de andere gezinsleden?' De moeder van het kind begint te huilen. Ze zegt dat ze altijd al wist dat er iets mis was en eerder naar de dokter had moeten komen, maar ze lijkt moeite te hebben met het in detail beschrijven van de symptomen. De onderzoeker vraagt: 'Hoe reageert Jesse als u met hem speelt?', waarop de ouders vertellen dat hij nooit heeft meegedaan aan spelletjes als 'kiekeboe', relatief weinig interesse lijkt te hebben in het kijken naar hun gezicht of ogen, en zich over het algemeen niet bewust is van de aanwezigheid van anderen. De onderzoeker informeert vervolgens naar stereotiepe gedragingen of interesses die minstens twee van de vier symptoomclusters voor beperkt en repetitief gedrag omvatten. De ouders melden daarop zaken die duiden op een uiterst ongewone sensorische reactiviteit en cognitieve rigiditeit. De onderzoeker vraagt na hoe de verbale en motorische ontwikkeling van Jesse is geweest, met specifieke aandacht voor de vertragingen van het kind wat betreft de taalontwikkeling. Zij vraagt ook: 'Wanneer heeft u voor het eerst problemen met de taal en het sociale gedrag opgemerkt?' Dan gaat ze na of de jongen in de eerste jaren van zijn leven vaardigheden heeft opgedaan die hij vervolgens heeft verloren. Ze vraagt: 'Hoe beïnvloeden zijn symptomen zijn dagelijkse functioneren thuis en op school?' Vervolgens vraagt zij of er formele tests, met inbegrip van intelligentietests, zijn afgenomen en of er een somatisch of genetisch onderzoek is geweest.

In dit geval voldoen de symptomen waarschijnlijk aan de criteria voor de autismespectrumstoornis. Jesse vertoont pervasieve ontwikkelingstekorten in de sociaal-emotionele wederkerigheid, de non-verbale communicatie en het onderhouden van relaties. Het kan moeilijk zijn om kinderen met een autismespectrumstoornis te onderzoeken, in het bijzonder wanneer zij structurele taalproblemen hebben. Daarom is het van belang om een familieanamnese af te nemen en andere bronnen te gebruiken om een volledig beeld te krijgen van de vaardigheden van een kind in verschillende contexten. Bovendien vinden betrokkenen en gezinsleden het vaak moeilijk om de betreffende sociaal-cognitieve vaardigheden te karakteriseren. De psychiater kan de familie aanmoedigen door algemene vragen te stellen, eventueel gevolgd door meer specifieke vragen om vast te stellen of de symptomen voldoen aan de criteria voor de stoornis. De onderzoeker screent ook op andere psychiatrische

stoornissen; de algemene intellectuele vaardigheden moeten echter ook worden getest om te bepalen of de sociale tekorten even groot of groter zijn dan eventuele andere tekorten in de intellectuele vaardigheden. Dit helpt bij het bepalen of het kind aan de criteria voor de classificatie voldoet. Nadat is vastgesteld dat er sprake is van sociaal-cognitieve beperkingen, moet de psychiater ook nauwkeurig vaststellen in hoeverre de symptomen passen bij de specificaties die in de DSM-5 zijn gedefinieerd.

#### Tips voor een betere onderbouwing van de classificatie

- ▶ Ga na of het kind moeite heeft het perspectief van anderen te begrijpen, en zo ja, hoe dit probleem zich manifesteert in zijn gebruik van taal, gebaren of spel.
- ▶ Ga na of de sociale interactie beter kan worden verklaard door angst of specifieke sociale omstandigheden, en of de symptomen tamelijk pervasief zijn, ongeacht de context en de persoon met wie het desbetreffende kind omgaat.
- ▶ Vraag je af of de interesses en activiteiten van het kind beperkter zijn dan men zou verwachten gezien de leeftijd van het kind en zijn culturele/sociaal-economische achtergrond.
- ▶ Neem de ontwikkelingsanamnese op met betrekking tot het begin van de symptomen. Let op of het kind bijkomende tekorten in de taal of de algemene intelligentie heeft.
- ▶ Bepaal of de sociale beperkingen groter zijn dan wat gezien het intelligentie-niveau van het kind mag worden verwacht.
- ▶ Houd rekening met de invloed van tekorten in de sociale communicatie en van beperkt/repetitief gedrag op het algemene functioneren.

#### Bestudeer de volgende casus

De 17-jarige Jan is door zijn ouders naar de huisarts gestuurd vanwege de moeite die hij heeft om 'goed met mensen op te schieten'. Jan is een pientere tiener die in verschillende schoolvakken uitblinkt, met name wiskunde en geschiedenis (waarvan hij zegt dat hij er zeer geïnteresseerd in is). Als hij daartoe wordt aangespoord, kan hij uitvoerig uitweiden over belangrijke gebeurtenissen tijdens de Eerste Wereldoorlog. Hij omschrijft zichzelf als 'sociaal onhandig' en meldt dat hij zich in toenemende mate geïsoleerd voelt. Jan leeft in een ondersteunend gezin en heeft één of twee vrienden op school die zijn interesse in computers en videospelletjes delen. Hij kijkt naar de nieuws- en actualiteitenprogramma's op televisie, maar slaat sitcoms over, omdat hij niet begrijpt 'waarom mensen die grappig vinden'. Jan heeft nog nooit een vriendin gehad en spreekt zelden na schooltijd of in het weekend met leeftijdsgenoten af, hoewel hij toegeeft dat hij dat wel graag zou willen. Hij is niet in staat om zich details uit zijn jeugd duidelijk te herinneren, maar zegt dat hij zich altijd anders voelde dan andere kinderen en nooit 'beste vrienden' had toen hij opgroeide. Hij stelt dat zijn ouders hem nooit verteld hebben dat hij achterliep op ontwikkelingsgebied, en hij meldt verder geen noemenswaardige psychiatrische of somatische problemen in zijn voor-geschiedenis. Tijdens het onderzoek presenteert Jan zich op een tamelijk robot-achtige manier, met een vlakke toon en een gestileerd, volwassen klinkend taal-gebruik, dat bijna klinkt alsof hij een tekst citeert. Tijdens het praten met de huisarts lijkt Jan zich ongemakkelijk te voelen, vermijdt hij oogcontact en lijkt

hij in plaats daarvan aandachtig te staren naar de mond van de arts. Bij een beoordeling op depressieve symptomen stelt Jan dat hij 'misschien af en toe een dipje' heeft, waarna hij meedeelt dat mensen die suïcide plegen 'dom' zijn, omdat er altijd een logische reden is om te blijven leven.

Jans casus laat pervasieve sociale tekorten zien in verschillende omstandigheden, die van invloed zijn op zijn adaptieve functioneren, wat vooral in contrast staat met zijn gewenste niveau van sociale interactie. Het is belangrijk om op te merken dat Jans tekorten grotendeels beperkt blijven tot het sociale functioneren; er is geen sprake van een algemene vertraging in de ontwikkeling. Jan lijkt op het eerste gezicht juist globaal op een hoog niveau te functioneren, vooral omdat er schijnbaar geen verstandelijke beperkingen of taaltekorten aanwezig zijn. Dit kan ook verklaren waarom hij zich op veel latere leeftijd voor een diagnostisch onderzoek meldt dan kenmerkend is voor deze stoornis. Ondanks zijn relatieve sterktes erkent Jan echter dat hij significante sociale problemen heeft in de interactie met anderen. Bepaalde aspecten uit zijn anamnese, zoals zijn beperkte interacties met leeftijdsgenoten en zijn beperkte interesses, zijn bovendien karakteristiek voor een autismespectrumstoornis. Het is belangrijk voor de onderzoeker om inzicht te krijgen in de diepgang van de interacties tussen Jan en zijn vrienden en in zijn vermogen om die relaties te ontwikkelen en te onderhouden. Ook dient de onderzoeker na te gaan of culturele verschillen mogelijk de aard van zijn sociale interacties beïnvloeden. Jans zelfverklaarde onvermogen om de perspectieven van anderen te begrijpen kan ook tot uiting komen in zijn gebrek aan plezier bij of begrip van het kijken naar sitcoms, evenals in zijn non-verbale communicatie, zoals het verminderde oogcontact dat tijdens het onderzoek geobserveerd wordt. Hij heeft ook kenmerken van stereotiep spreken en heeft beperkte interesses in een aantal thema's, hoewel nader moet worden onderzocht in hoeverre deze interesses buitensporig hardnekkig of specifiek zijn. Bij personen die zich in de late adolescentie of volwassenheid bij de ggz melden, is het bepalen van het begin van de symptomen een grotere uitdaging. In Jans geval zou het nuttig zijn om een heteroanamnese van familie of vrienden op te nemen om het ontwikkelingsverloop van zijn symptomen vast te stellen. Hoe de symptomen van invloed zijn op zijn functioneren moet eveneens zorgvuldig worden beoordeeld, vooral omdat Jans oudere leeftijd ten tijde van de diagnose suggereert dat hij mogelijk al compenserende strategieën heeft ontwikkeld voor zijn sociale tekorten. Volgens vorige DSM-indelingen zou hij de stoornis van Asperger of hoogfunctionerend autisme toegekend hebben gekregen; met behulp van de DSM-5 echter is een classificatie autismespectrumstoornis aangewezen, met als specificaties 'zonder bijkomende verstandelijke beperking' en 'zonder bijkomende taalstoornis'. Bovendien moet op andere comorbide stoornissen worden gescreend, in Jans geval met name op depressieve symptomen, aan-gezien stemmings-, angst- en aandachtsstoornissen kunnen bijdragen aan of kunnen voortvloeien uit kerntekorten in het sociale functioneren.

**Differentiële diagnostiek** Veel psychiatrische stoornissen kennen bijkomende beperkingen in het sociale functioneren, maar het kenmerk van een autismespectrumstoornis is dat de sociaal-cognitieve tekorten de voornaamste reden voor de symptomen zijn. Als voorbeeld kan dienen dat een verstandelijke beperking moei-

lijk te onderscheiden is van een autismespectrumstoornis, omdat de globale beperkingen in het psychische functioneren in het algemeen van invloed zijn op alle cognitieve domeinen, met inbegrip van de sociaal-cognitieve functies. Toch moet bij een cliënt met een verstandelijke beperking de classificatie autismespectrumstoornis alleen worden toegekend als hij of zij beperkingen heeft in de sociale communicatie en interactie die groter zijn dan wat bij het ontwikkelingsniveau mag worden verwacht. Evenzo kunnen beperkingen in de taal, vooral de receptieve taal, ook leiden tot secundaire beperkingen in het sociale functioneren; van een onderzoeker wordt dan ook zorgvuldigheid en sensitiviteit vereist bij het bepalen van de aard van de kernsymptomen. In andere gevallen kunnen fundamentele sociale tekorten aanwezig zijn, maar gaan deze niet gepaard met beperkt of repetitief gedrag, zoals het geval is bij selectief mutisme en de sociale (pragmatische) communicatiestoornis. Ongewone motorische stereotypieën of repetitief gedrag in afwezigheid van kerntekorten in de sociale communicatie passen daarentegen beter bij de stereotiepe-bewegingsstoornis, de obsessieve-compulsieve stoornis, of de dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. De alomtegenwoordige aard van sociale beperkingen en beperkt gedrag betekent dat er een grote mate van overlap is met symptomen van andere psychiatrische stoornissen. Het is ook heel gebruikelijk dat een autismespectrumstoornis naast andere aandoeningen voorkomt, indien en wanneer er specifiek aan de criteria voor comorbide stoornissen wordt voldaan.

De beoordeling van een autismespectrumstoornis kan worden bemoeilijkt door het feit dat het primaire kenmerk van deze stoornis een beperking in de communicatie is, die kan leiden tot verkeerde informatie in het diagnostisch proces. Bijvoorbeeld screeningsvragen over psychotische verschijnselen, zoals het item 'Hooft u stemmen wanneer u alleen bent?', kunnen letterlijk worden opgevat, en een positieve reactie kan betekenen dat de patiënt naar de radio heeft geluisterd in plaats van primaire psychotische symptomen heeft ervaren. Daarom vereist de communicatie met mensen met een autismespectrumstoornis dat de onderzoeker bedacht is op de afwijkende manier waarop informatie wordt ontvangen en begrepen. In gevallen waar verdere diagnostische verduidelijking nodig is vanwege een beperkte anamnese of communicatieproblemen, moeten gestandaardiseerde tests van de sociaal-cognitieve vaardigheden ook worden overwogen.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat in de DSM-5 classificaties die gekenmerkt worden door beperkingen in de sociale communicatie en restrictief gedrag bij elkaar gezet zijn. Het doel is om de gemeenschappelijke kenmerken van deze classificaties te benadrukken. Daarom dienen klinici bijzondere aandacht te besteden aan het specificeren van aspecten van de diagnose die variaties in het klinische beeld helpen onderscheiden, door een zorgvuldige screening op specificaties die bij deze classificatie zijn opgenomen.

Zie de DSM-5 voor andere stoornissen die in de differentiële diagnostiek moeten worden overwogen. Zie ook de informatie over comorbiditeit en differentiële diagnostiek onder de betreffende stoornissen in de DSM-5.

### Samenvatting

- ▶ Er moet bij een autismespectrumstoornis specifieke aandacht zijn voor sociale beperkingen en voor de vraag of deze eerder het gevolg zijn van problemen

die voortvloeien uit iemands sociaal-cognitieve vaardigheden dan van problemen in andere domeinen die het sociale functioneren beïnvloeden.

- ▶ De criteria over beperkte en repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten kunnen een scala aan motorische, interesse- of gedragsmatige aspecten betreffen.
- ▶ De beperkingen zijn pervasief en chronisch, hoewel de manifestaties variëren afhankelijk van iemands intellectuele en taalvaardigheden, evenals factoren zoals de leeftijd.
- ▶ Compenserende strategieën kunnen het moment van aanmelding en van de diagnose beïnvloeden.
- ▶ De criteria voor de autismespectrumstoornis beschrijven de belangrijkste kenmerken van het sociale disfunctioneren; extra specificaties kunnen worden gebruikt om variaties vast te stellen, waaronder de ernst, bijkomende verstandelijke beperkingen of taalstoornissen, en de aanwezigheid van andere, ermee samenhangende aandoeningen.

## DIAGNOSTISCH DE DIEPTE IN

### Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis

De moeder van Bilal, 7 jaar oud, brengt hem naar de polikliniek, omdat Bilal op school problemen ondervindt en zijn moeder bezorgd is dat 'hij nooit een seconde stilzit'. Ze meldt dat Bilals leerkrachten in de afgelopen twee jaar meerdere keren over hem geklaagd hebben. Zij stellen dat zijn gedrag uiterst storend is: hij staat vaak op uit zijn stoel, praat tegen andere kinderen in zijn klas, en maakt tijdens de pauze ruzie met leeftijdsgenoten. Zijn moeder is ook bezorgd over zijn gedrag thuis, hoewel zij zich minder zorgen maakt dan het schoolpersoneel. Ze merkt op dat hij altijd al een actief kind is geweest. Ze vertelt dat hij, hoewel hij zich uren achter elkaar aandachtig lijkt te kunnen concentreren op een bepaalde activiteit (bijvoorbeeld het spelen van videogames), ook vaak zijn stoel verlaat tijdens de maaltijden, nooit een hele kerkdienst lang kan blijven zitten, en zich vaker tegen regels en afspraken afzet dan zijn broers en zussen. Ze merkt ook op dat hij vaak zijn jas en handschoenen verliest en vaak vergeet om huiswerkopdrachten af te maken of in te leveren. Ze beschrijft Bilal verder als zeer impulsief: 'Hij zegt altijd meteen wat er in zijn hoofd opkomt' — wat bij verschillende gelegenheden problemen heeft veroorzaakt met vrienden en gezinsleden. Bovendien handelt hij onmiddellijk wanneer zijn aandacht wordt gevangen door een bepaald idee, en dat gaat zo ver dat hij weleens in zijn eentje een winkel of restaurant is uitgelopen, de straat op, waardoor zijn familie zich enorm zorgen maakte over zijn persoonlijke veiligheid. Bij observatie tijdens de anamnese vertoont Bilal een hoge mate van motorische activiteit: gedurende de vijf minuten dat hij in zijn stoel zit, maakt hij voortdurend rusteloze bewegingen met zijn benen, waarna hij rond dwaalt in de kamer, voorwerpen op het bureau van de clinicus oppakt en vaak het gesprek tussen de clinicus en zijn moeder onderbreekt.

Deze casus toont een typisch beeld van ADHD tijdens een eerste beoordeling. Er zijn aanwijzingen dat Bilal zowel symptomen van onoplettendheid als van hyperactiviteit-impulsiviteit heeft en dat hij waarschijnlijk onder de specificatie voor het gecombineerde subtype valt, dat symptomen van beide omvat. Hoewel dit beeld vrij vaak voorkomt bij jongens met deze stoornis, moet zorgvuldig worden vastgesteld dat Bilals niveau van activiteit hoger is dan de hoge motorische activiteit die normaal is voor jongens van zijn leeftijd. Gezien het feit dat de incidentiecijfers en symptoomniveaus van ADHD tussen culturele groepen variëren, moet de interpretatie door zijn moeder van zijn gedrag ook worden onderzocht, door een cultureel competente aanpak te gebruiken. Een nader onderzoek naar de variabiliteit van Bilals symptomen moet eveneens worden overwogen: hoewel er enig bewijs is dat hij in staat is om de aandacht vast te houden bij activiteiten die hij interessant vindt, wijzen de overheersende symptomen in de afgelopen maanden op een significante moeite met het volhouden van taken waarvoor langdurige geestelijke inspanning nodig is, wat resulteert in een verminderd functioneren op school en thuis. Een aanvullende heteroanamnese, met behulp van vragenlijsten voor ouders en leerkrachten, gesprekken met leerkrachten, en/of observaties in de klas, kan nuttig zijn bij het verkrijgen van een vollediger beeld van Bilals symptomen in verschillende contexten. Op basis van de klinische beoordeling is de ernst van Bilals symptomen waarschijnlijk matig tot ernstig. Daarnaast moet worden verduidelijkt of Bilals problemen op school uitsluitend te wijten zijn aan ADHD, omdat deze symptomen specifieke leerstoornissen of andere neurocognitieve stoornissen kunnen maskeren. Een grondige screening op andere psychiatrische stoornissen die vaak comorbide met ADHD voorkomen zou nuttig zijn, inclusief een beoordeling van stemmings- en angstsymptomen en van disruptief of oppositioneel gedrag.

**Werkwijze bij de diagnostiek** De classificatie van ADHD is gezien de heterogene aard van de stoornis een uitdaging. Omdat ADHD-symptomen sterk in de tijd en van context tot context kunnen variëren, zijn een hoge mate van terughoudendheid en zorgvuldige screenings- en beoordelingspraktijken geëigend. De hoofdkenmerken van ADHD in de DSM-5 liggen op twee assen: onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit. Beperkingen in allebei deze domeinen kunnen zich manifesteren met een relatief breed scala aan symptomen. Daarom moeten klinici ervoor zorgen dat de cliënt voldoet aan de vereiste criteria voordat zij een classificatie toekennen. Dit omvat een grondige anamnese om de leeftijd bij aanvang vast te stellen en de symptomen te plaatsen in de context waarin de betrokkene zich in zijn of haar ontwikkeling bevindt. Voorts is het belangrijk om een familie- en somatische anamnese op te nemen, omdat bepaalde risicofactoren aanvullende aanwijzingen voor de classificatie kunnen leveren, zoals een laag geboortegewicht; blootstelling aan toxines; in-utero-blootstelling aan roken, middelen en/of alcohol; eerstegraads-familieleden met ADHD; en omgevingsstressoren als misbruik en verwaarlozing. Zoals vermeld bij de differentiële diagnostiek in de DSM-5, kan een aantal psychiatrische en somatische oorzaken ook van invloed zijn op iemands algehele vermogen om de aandacht, motorische activiteit of impulsen te sturen. Daarom is een zorgvuldige screening nodig om alternatieve oorzaken uit te sluiten. Aangezien mensen met ADHD echter vaak aan de criteria voor andere comorbide classificaties zullen voldoen — in het bijzonder disruptief gedrag — moeten de criteria voor deze classificaties zorgvuldig worden beoordeeld. Een heteroanamnese is ook bijzonder nut-

tig bij het vaststellen van zowel de diagnose als de mate van functionele beperkingen als gevolg van de symptomen. Deze informatie kan verkregen worden uit gestandaardiseerde vragenlijsten van gezinsleden en leerkrachten, en uit neuropsychologische tests.

Gezien het feit dat het klinische beeld van ADHD varieert in de tijd en tussen verschillende contexten, moet met speciale aandacht gebruikgemaakt worden van de specificaties in de DSM-5 voor het vaststellen van subtypen. De specificaties moeten gekozen worden op basis van het overheersende symptoombeeld in de voorgaande zes maanden. Dit geldt ook voor de specificatie van ernst, die varieert van licht tot ernstig. Behalve een specificatie voor het beloop voor symptomen die 'gedeeltelijk in remissie' zijn, bevat de DSM-5 drie subtypen die samenhangen met het type symptomen: gecombineerd beeld, overwegend onoplettend beeld, en overwegend hyperactief-/impulsief beeld.

Zoals vermeld in de DSM-5, hangt ADHD 'in de jongvolwassenheid [...] samen met een toegenomen risico op suïcidepogingen, vooral als er sprake is van comorbiditeit met stemmings- of gedragsstoornissen of stoornissen in het gebruik van een middel' (Handboek, p. 126).

### Opnemen van de anamnese

Een 9-jarige jongen, David, wordt door zijn ouders naar de kinderarts gebracht voor een diagnostisch onderzoek. Zijn ouders vertellen haar dat hij problemen heeft op school wegens zijn verstorende gedrag. De arts vraagt de familie: 'Door welke boodschap van school zijn jullie je zorgen gaan maken?' De ouders antwoorden dat ze tijdens een recent tienminutengesprek met Davids juf te horen hebben gekregen dat hun zoon volgens haar moeite heeft om zijn aandacht bij de les te houden, stil te zitten tijdens de les en instructies op te volgen. Ze hebben echter het gevoel dat dit grotendeels te wijten is aan de relatie tussen David en zijn huidige juf, aangezien zijn leerkracht van het voorgaande jaar beter in staat leek om met deze kwesties om te gaan. De arts gaat daarop in door de ouders de volgende vraag te stellen: 'Kunnen jullie mij meer vertellen over de ontwikkeling van jullie zoon?' Zij vraagt ook naar specifieke cognitieve en motorische mijlpalen en andere omgevings-, onderwijs- of sociale factoren waarvan zij het gevoel hebben dat die zijn huidige gedrag in de klas beïnvloeden. Vervolgens vraagt ze: 'Is jullie soortgelijk gedrag thuis opgevallen?' Ze besteedt veel tijd aan het bepalen of David aan meer dan zes symptomen voldoet binnen de criteria voor zowel onoplettendheid als hyperactiviteit-impulsiviteit. Davids ouders beschrijven symptomen van verhoogde motorische activiteit, hoewel ze het gevoel hebben dat deze activiteit normaal is omdat 'alle jongens zo actief zijn'. Zij melden ook dat hun zoon wanordelijk, impulsief en opdringerig is als hij met zijn broers en zussen speelt. De arts vraagt dan: 'Hebben jullie het gevoel dat deze kwesties van invloed zijn op Davids vermogen om goed te functioneren op school of in zijn relaties met leeftijdsgenoten?' Ze vraagt aan David zelf hoe hij denkt dat dingen gaan op school en thuis. Daarbij vraagt ze specifiek door als dat nodig is, bijvoorbeeld of hij weleens vergeet wat zijn juf heeft gezegd, of hij weleens het gevoel heeft dat hij niet stil kan blijven zitten, en of hij zijn spullen weleens op school laat liggen of vergeet van huis mee te nemen. Ze neemt ook een somatische, ontwikkelings-, en familieanamnese op om risicofactoren te



vinden die aanvullende diagnostische aanwijzingen kunnen bieden en overweegt zorgvuldig welke andere somatische of psychiatrische stoornissen zouden kunnen bijdragen aan de diagnose. Met toestemming van Davids ouders geeft de arts gestandaardiseerde vragenlijsten mee die de ouders en de leerkracht van hun zoon voor de volgende afspraak dienen in te vullen.

De kinderarts maakt in deze casus gebruik van open vragen om de problemen van David op school in de context te plaatsen, waarbij zij zorgvuldig beoordeelt of zijn symptomen consistent zijn met een atypisch ontwikkelingstraject wat betreft de hoofdkenmerken van onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit. Ze beoordeelt ook systematisch of er andere stoornissen zijn die de symptomen beter zouden kunnen verklaren of die comorbide zijn met de ADHD-symptomen van de patiënt. Nader onderzoek naar stemmings- en angstsymptomen, alsmede leerstoornissen, zou nuttig zijn. De kinderarts gaat sensitief om met de duidelijke terughoudendheid van de ouders voor het pathologiseren van Davids gedrag door te vragen of ze het gevoel hebben dat de symptomen de normale variatie overschrijden en het adaptieve functioneren van de patiënt significant beïnvloeden. Bovendien neemt zij niet alleen de anamnese op van de patiënt met betrekking tot zijn symptoompresentatie en het effect op het dagelijkse functioneren, maar verzamelt zij ook informatie van andere bronnen door middel van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten, wat behulpzaam kan zijn bij het vaststellen van de classificatie.

#### Tips voor een betere onderbouwing van de classificatie

- ▶ Vraag wanneer de symptomen voor het eerst zijn verschenen en of ze ernstiger zijn dan het gedrag dat past bij een bepaalde fase van de ontwikkeling.
- ▶ Probeer inzichtelijk te krijgen hoe de symptomen zich in verschillende contexten manifesteren en wat anderen denken over het gedrag van de betrokkene in uiteenlopende situaties.
- ▶ Sluit andere classificaties uit, met inbegrip van somatische oorzaken die het klinische beeld beter kunnen verklaren.
- ▶ Vraag welke symptoomclusters overheersend zijn geweest in de afgelopen zes maanden binnen de dimensies van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit.

#### Bestudeer de volgende casus

Suzanna Immerzeel, een 36-jarige werkende vrouw, meldt zich bij de kliniek voor een 'ADD-beoordeling'. Ze vertelt dat ze al haar hele leven problemen heeft met de concentratie en met het organiseren van haar leven, en zegt dat ze zich herinnert dat ze altijd al 'zat te dagdromen' in de klas. Op de middelbare school deed ze het redelijk goed, met meestal hoge cijfers, maar toen ze aan een universitaire studie begonnen was, begon ze pas echt problemen te krijgen. Mevrouw Immerzeel herinnert zich dat ze grote moeite had om op tijd te komen, dikwijls vergat om opdrachten in te leveren, en dat haar ouders en docenten haar vaak vergeetachtig en dromerig noemden. Hoewel ze haar tentamens binnen de daarvoor gestelde termijn haalde, had ze altijd het gevoel dat ze 'drie keer zo hard' moest werken als haar medestudenten om hetzelfde resultaat te bereiken. Na de



universiteit nam ze deze problemen mee naar haar werk, waar ze vandaag de dag aanzienlijke moeite heeft met het op orde houden van haar werkplek ('mijn bureau is een chaotische puinhoop'), belangrijke vergaderingen mist, en negatieve feedback ontvangt van managers met betrekking tot haar organisatorische stijl. Thuis is ze vaak haar sleutels en mobiele telefoon kwijt, en veroorzaken haar gebrek aan organisatie en haar impulsiviteit frustraties bij haarzelf en bij haar echtgenoot. Mevrouw Immerzeel vindt dat de symptomen vooral zijn verslechterd sinds ze twee kinderen heeft gekregen; ze heeft haar aantal werkuren moeten verminderen omdat ze het gevoel had dat het balanceren tussen fulltime werk en een gezin haar te veel werd. Haar 6-jarige zoon heeft onlangs de diagnose ADHD gekregen, wat haar ertoe bracht om te overwegen of ze die stoornis misschien ook niet heeft. Uit de somatische anamnese blijkt verder een eetstoornis tijdens de adolescentie en sporadische aanvallen van migraine, tijdens welke de patiënt voorgeschreven pijnstillers inneemt.

Zoals deze casus laat zien kan het classificeren van ADHD bij volwassenen een probleem zijn, vooral wat betreft het bepalen of de betrokkene al vóór de leeftijd van 12 jaar symptomen had. Het verkrijgen van historische gegevens en een hetero-anamnese van familieleden en de school kan van nut zijn bij het vaststellen of de persoon in kwestie aan dit classificatiecriterium voldoet. Op dit moment voldoet Suzanna Immerzeel waarschijnlijk aan de criteria voor ten minste vijf symptomen van ADHD, waarbij het vooral om opvallende symptomen van onoplettendheid gaat. Dit symptoombeeld is vrij kenmerkend voor vrouwen met ADHD en komt ook vaker voor bij volwassenen met de stoornis, aangezien de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit in de loop van de ontwikkeling vaak afnemen. Aangezien meisjes met ADHD minder symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit tonen, hebben ze ook minder kans op storend gedrag, wat de reden is dat de symptomen in de kindertijd vaak onopgemerkt blijven. Dit verschil in symptoombeeld kan deels verklaren waarom mevrouw Immerzeels beperkingen niet eerder in haar leven zijn ontdekt, hoewel de symptomen waarschijnlijk op dat moment al merkbaar waren. Bij een volwassene als mevrouw Immerzeel is het vaststellen van ADHD mogelijk nog extra lastig omdat ze op relatief hoog niveau lijkt te functioneren. Zo kan het moeilijk zijn om te beoordelen of de symptomen gedurende de hele ontwikkeling allemaal aanwezig waren. Maar ook zouden comorbide stoornissen van invloed kunnen zijn op haar aandacht en op andere cognitieve functies, of is er een grote kans op verkeerd gebruik of misbruik van eerstelijns ADHD-medicatie. Middels een zorgvuldige klinische beoordeling kan echter nog steeds een passende diagnose worden gesteld. In het geval van mevrouw Immerzeel moet deze beoordeling onder andere een uitgebreide screening op symptomen van angst, depressiviteit en eetstoornissen omvatten, een beoordeling van interpersoonlijke problemen en het adaptieve functioneren thuis en op het werk; een screening op misbruik of oneigenlijk gebruik van pijnstillers; en een algemeen somatisch onderzoek.

**Differentiële diagnostiek** ADHD kan moeilijk te onderscheiden zijn van een aantal andere psychiatrische stoornissen die invloed hebben op de hogere cognitieve functies als aandacht, motorische controle en impulsbeheersing. ADHD kan bijzonder moeilijk te onderscheiden zijn van normaal gedrag in de vroege kindertijd.

De oppositionele-opstandige stoornis en de periodiek explosieve stoornis worden gekenmerkt door een verminderde impulsbeheersing, maar specifieke kenmerken van vijandigheid, agressie en negativiteit ontbreken bij mensen die alleen ADHD hebben. Hyperactiviteit wordt ook gezien bij kinderen met een hoge motorische activiteit die nog binnen normale grenzen valt, maar die hebben geen andere ADHD-symptomen; hyperactiviteit moet ook onderscheiden worden van een stereotiepe-bewegingsstoornis, een autismespectrumstoornis en de stoornis van Gilles de la Tourette, waarbij het motorische gedrag meestal eerder gefixeerd en repetitief is dan gegeneraliseerd. Ook een lichte verstandelijke beperking en specifieke leerstoornissen kunnen van invloed zijn op de algemene moeite met de aandacht, met name in de schoolomgeving, en dit kan leiden tot frustratie over of desinteresse in leeractiviteiten. Hierbij kunnen echter ook comorbide classificaties worden toegekend wanneer de onoplettendheid blijft bestaan bij niet-schoole taken. Evenzo zijn depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen van invloed op de aandacht en/of op hyperactiviteit-impulsiviteit, hoewel dergelijke effecten vaak duidelijk verbonden zijn met specifieke stemmings- of angsttoestanden en meer episodisch van aard zijn. Externe oorzaken zoals stoornissen in het gebruik van een middel en bijwerkingen van voorgeschreven medicijnen (bijvoorbeeld luchtwegverwijders of schildklierhormonen) kunnen ook leiden tot soortgelijke symptomen als die bij ADHD. Dit vereist een hierop gerichte grondige anamnese als onderdeel van het onderzoek. Ten slotte hebben de reactieve hechtingsstoornis en persoonlijkheidsstoornissen een aantal specifieke kenmerken gemeen op het gebied van emotionele disregulatie, desorganisatie en onoplettendheid, wat vraagt om voortgezette observatie en onderzoek om deze stoornissen te onderscheiden van ADHD.

Zie de DSM-5 voor andere stoornissen die in de differentiële diagnostiek moeten worden overwogen. Zie ook de informatie over comorbiditeit en differentiële diagnostiek onder de betreffende stoornissen in de DSM-5.

### Samenvatting

- ▶ ADHD-symptomen kunnen sterk variëren, afhankelijk van de context en het ontwikkelingsstadium.
- ▶ Het opnemen van een heteroanamnese kan zeer nuttig zijn om een volledig beeld te krijgen van de symptomen en van het adaptieve functioneren in verschillende situaties.
- ▶ De beperkingen vallen grofweg binnen de clusters van onoplettendheid en hyperactiviteit-impulsiviteit, en om het subtype te bepalen is van belang in welk domein de symptomen de laatste zes maanden op de voorgrond hebben gestaan.
- ▶ Moeite met de aandacht en hyperactiviteit kunnen ofwel het gevolg zijn van, of comorbide voorkomen bij een breed scala van andere oorzaken; daarom is het noodzakelijk om een grondig(e) diagnostisch(e) beoordeling en onderzoek te doen.

## SAMENVATTING

## Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

De neurobiologische ontwikkeling is een dynamisch proces waarin mensen capaciteiten verwerven in de cognitieve, lichamelijke, taalvaardigheids- en sociaal-emotionele domeinen. Dit proces wordt beïnvloed door een aantal factoren, en er zijn veel gemeenschappelijke kenmerken in de manier waarop deze vaardigheden worden verworven, zowel qua volgorde als qua tempo. Een afwijking van de verwachte opeenvolging van gebeurtenissen kan een ontsporing van het ontwikkelingsproces betekenen, en aandacht moet worden besteed aan hoe de biologische, psychologische of omgevingsfactoren iemands ontwikkeling beïnvloeden. De categorie van de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen is bedoeld om de aanwezigheid van abnormale ontwikkelingsprocessen in kaart te brengen, maar ook om klinische symptomen te signaleren die duiden op een onderliggend ziekteproces. De domeinen die kunnen zijn aangedaan zijn heterogeen, maar de pervasieve aard van de symptomen gedurende de vroege ontwikkelingsstadia is een gedeeld kenmerk van deze groep van stoornissen. Bovendien kunnen de symptomen van deze stoornissen een significant effect hebben op iemands functioneren, met mogelijk ernstige gevolgen.

### Hoofdpijnen bij de classificatie

- ▶ Concrete kennis van de mijlpalen in de ontwikkeling is van belang voor het stellen van een nauwkeurige diagnose.
- ▶ Een volledige familieanamnese kan significante informatie verschaffen ten behoeve van de diagnose, omdat van veel van deze stoornissen wordt aangenomen dat mensen er een sterke genetische aanleg voor hebben.
- ▶ Op enkele uitzonderingen na komen neurobiologische beperkingen meer voor bij mannen.
- ▶ Stoornissen in deze categorie delen vaak gemeenschappelijke kenmerken die onafhankelijk zijn van tot welke culturele groep iemand behoort, maar de compenserende strategieën die door gezinnen worden gebruikt bij het omgaan met symptomen kunnen wel sociaal-culturele invloeden bevatten.
- ▶ Een grondige somatische anamnese is nuttig bij het bepalen van erfelijke syndromen die samenhangen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen; algemene lichamelijk en neurologisch onderzoek kan daarbij nodig zijn.
- ▶ Wanneer uitgebreide genetische tests beter toegankelijk en betaalbaar zouden zijn, zouden deze van klinisch nut kunnen zijn bij stoornissen in deze categorie, met name bij de verstandelijke beperking en de autismspectrumstoornis.
- ▶ Aanvullende informatie van derden en gestandaardiseerde vragenlijsten zijn nuttig voor de diagnose, in het bijzonder bij mensen die niet in staat zijn om volledig te participeren in het diagnostische proces.

## ZELFTOETSING

**Test je kennis**

Wat is de relevantie van de volgende begrippen voor de verschillende neurobiologische ontwikkelingsstoornissen?

- Ontwikkelingsmijlpalen
- Algemene intelligentie
- Cognitieve subdomeinen
- Sociale cognitie
- Aandacht
- Hyperactiviteit
- Motorische vaardigheden

**Vragen om te bespreken met collega's en docenten**

- 1 Wat onderscheidt een normatieve van een atypische ontwikkeling? Hoe worden de vroege ontwikkelingsstadia gedefinieerd? Hoe wordt het begrip adolescentie gedefinieerd?
- 2 Wat is de definitie van een beperking? Hoe kunnen beperkingen verschillen tussen de volgende domeinen: sociale, cognitieve, executieve functies en motorische controle?
- 3 Hoe werken beperkingen in het neuropsychologische domein in op iemands temperament, motivatie, stemming of omgeving?
- 4 Wat is de beste manier om andere oorzaken voor de gepresenteerde symptomen uit te sluiten? Op welk punt is het beter om iemand door te verwijzen of om andere teamleden erbij te betrekken? Hoeveel onderzoek is aangewezen voor minder vaak voorkomende oorzaken?
- 5 In welke mate heeft het stellen van de juiste diagnose invloed op de behandeling en de klinische uitkomsten?
- 6 Hoe dient de clinicus de behandeling aan te pakken van patiënten met meer dan één stoornis in deze categorie?

**Op een casus gebaseerde vragen**

**A** Justin is een 13-jarige jongen bij wie prenataal het syndroom van Down werd geconstateerd. Zijn ouders rapporteren een geschiedenis met lichte tot matige vertragingen in de ontwikkeling: Justin sprak op de leeftijd van 1,5 jaar zijn eerste woorden en hij begon op de leeftijd van 2 jaar te lopen. Uit de somatische anamnese blijkt een chirurgische correctie van een septumdefect in de zuigelingentijd; een korte gestalte; een visuele beperking die het dragen van een bril noodzakelijk maakt; en een licht gehoorverlies aan beide kanten. Zijn ouders willen hem graag laten onderzoeken omdat hij recent in toenemende mate onaanpast gedrag vertoont op zijn middelbare school. Uit zijn schoolrapporten blijkt dat hij steeds wordt afgeleid, moeite heeft met het vasthouden van de aandacht in de klas, en dat hij vaker prikkelbaar en agressief is tegenover zijn leeftijdsgenoten en docenten dan in het verleden.

***Welke factoren zouden kunnen bijdragen aan Justins problemen op school?***

In dit geval zijn verschillende problemen relevant, waarvan de meeste draaien om Justins diagnose van het syndroom van Down. Het is van belang om te bepalen wat de omvang is van zijn cognitieve vaardigheden en om te beoordelen of andere stoornissen mogelijk een rol spelen, zoals de specifieke leerstoornis, ADHD, stemmingsstoornissen en/of problemen die voortvloeien uit verwante somatische aandoeningen.

**B** Justins ouders hebben een verslag meegebracht waarin onder andere de resultaten zijn opgenomen van psychologische tests die in de afgelopen jaren zijn afgenomen. Zijn totale IQ-score ligt tussen de 60 en 65 en zijn schoolrapporten laten lagere scores zien op alle domeinen. Uit feedback van docenten blijkt dat Justin de afgelopen maanden meer teruggetrokken en minder geïnteresseerd lijkt in de klas, ondanks dat er geen significante veranderingen zijn geweest in zijn leerprogramma of klassikale omgeving. Hij heeft ook een recent somatisch onderzoek ondergaan, waarbij een hoortest dezelfde resultaten opleverde als een eerdere test een jaar geleden.

***Hoe bepaal je of de symptomen een natuurlijke variatie in het beloop van de verstandelijke beperking vertegenwoordigen of de opkomst van een afzonderlijke stoornis?***

Uit psychologische tests komt naar voren dat Justin algemene cognitieve tekorten heeft, wat gebruikelijk is voor mensen met het syndroom van Down. De verstandelijke beperkingen bij deze stoornis hebben echter een relatief stabiel beloop. Hoewel toenemende eisen aan het cognitieve vermogen bestaande tekorten meer uitgesproken kunnen maken naarmate het kind in kwestie langer op school zit, kan deze verandering de relatief recente moeilijkheden die Justin ondervindt niet volledig verklaren. Evenzo kunnen zintuiglijke beperkingen leiden tot veranderingen in de leerprestaties en het gedrag, maar deze somatische kwesties zijn bij Justin al aangepakt. Samen genomen is nader onderzoek naar aanwijzingen voor andere psychiatrische diagnoses gerechtvaardigd.

**C** Bij een gedetailleerdere anamnese blijkt dat Justin toen hij jonger was problemen had met het vasthouden van de aandacht bij moeilijke taken, hoewel zijn ouders niet het gevoel hadden dat dit zijn adaptieve functioneren indertijd significant beïnvloedde, vooral omdat hij in een zeer ondersteunende omgeving opgroeide, zowel thuis als op school. Zij kunnen zich ook niet herinneren of hij bijzonder onrustig of impulsief was. Justin meldt niet zozeer symptomen gerelateerd aan de aandacht of concentratie, maar eerder symptomen van een depressieve stemming. Hij stelt dat hij zich steeds vaker alleen voelt en zich 'anders' voelt dan zijn leeftijdsgenoten en dat hij zich op veel dagen 'te triest' voelt om naar school te gaan.

**Heeft Justin ADHD en/of een depressieve stoornis?** Bij een verstandelijke beperking worden vaak comorbide stoornissen gezien, wat niet verwonderlijk is gezien het feit dat beperkingen in het algehele intellectuele functioneren ook kunnen bijdragen aan problemen in andere cognitieve domeinen, zoals de aandacht. Justins anamnese duidt erop dat hij in zijn kindertijd op zijn minst een aantal symptomen van ADHD kan hebben gehad, hoewel zijn symptomen op dat moment waarschijnlijk niet volledig aan de criteria voldeden. Voorts is het duidelijk dat hij depressieve symptomen heeft. Depressieve-stemmingsstoornissen zijn niet ongewoon bij mensen met het syndroom van Down en kunnen ook worden gezien bij mensen met een verstandelijke beperking. Cognitieve beperkingen dragen vaak bij aan aanzienlijke moeilijkheden bij het zich redden op school en thuis, waardoor er stressoren ontstaan die kunnen verergeren tot of bijdragen aan depressieve symptomen. Op hun beurt kunnen ernstige depressieve symptomen de domeinen van de aandacht en de concentratie beïnvloeden. Justins casus illustreert de verwevenheid van cognitieve en sociaal-emotionele functies, en evenzo van manieren waarop cognitieve moeilijkheden het gedrag en het adaptieve functioneren kunnen beïnvloeden. Nader onderzoek is in zijn geval gerechtvaardigd, aangezien hij in feite symptomen heeft die passen bij zowel ADHD als bij een depressieve-stemmingsstoornis.

### Overige vragen

- 1 Noem drie oorzaken voor een verstandelijke beperking.
- 2 Welke van de volgende symptomen vallen onder de classificatiecriteria voor de autismespectrumstoornis: beperkte gezichtsuitdrukkingen, echolalie, onnauwkeurig lezen, onhandigheid, gebrek aan interesse in leeftijdsgenoten, verminderde gevoeligheid voor temperatuur, zelfbeschadigend gedrag?
- 3 Beschrijf de verschillen tussen de seksen in het beeld van de autismespectrumstoornis.
- 4 Hoe kan de clinicus onderscheid maken tussen de symptomen van een bipolaire stoornis en ADHD?
- 5 Noem vier somatische aandoeningen die de symptomen van ADHD kunnen nabootsen.
- 6 In hoeverre verschilt het beeld van een volwassene met ADHD van dat van een kind met ADHD?
- 7 Hoe is een verstandelijke beperking te differentiëren van een specifieke leerstoornis? Kunnen deze stoornissen naast elkaar bestaan?
- 8 Welke motorische vaardigheden worden beïnvloed bij de coördinatieontwikkelingsstoornis?
- 9 Noem ten minste twee aandoeningen waarop gescreend moet worden bij de beoordeling of iemand een stereotiepe-bewegingsstoornis heeft.
- 10 Wat is het onderscheidende kenmerk van de stoornis van Gilles de la Tourette ten opzichte van andere ticstoornissen?

### Antwoorden

- 1 Het syndroom van Down (trisomie-21) is de meest voorkomende oorzaak van verstandelijke beperkingen; het fragiele-X-syndroom is de meest voorkomende genetische oorzaak; en fenylketonurie is een stofwisselingsziekte die leidt tot beperkingen in het intellectuele vermogen indien onbehandeld.

- 2** Beperkte gezichtsuitdrukkingen en een gebrek aan interesse in leeftijds-genoten zijn kenmerkende tekorten in de sociale communicatie en interactie bij de autismespectrumstoornis, en echolalie en verminderde gevoeligheid voor temperatuur zijn kenmerkende vormen van beperkt en repetitief gedrag dat samenhangt met deze stoornis. Hoewel er subtiele motorische tekorten kunnen worden waargenomen bij kinderen met een autismespectrumstoornis, is onhandigheid geen specifiek diagnostisch kenmerk. Evenzo kan zelfverwondend gedrag worden waargenomen bij kinderen met ernstige vormen van autisme, maar dit gedrag is niet in de classificatiecriteria opgenomen. Onnauwkeurigheid in het lezen van woorden kan duiden op de classificatie taalstoornis of specifieke leerstoornis.
- 3** Mannen hebben vier keer vaker een autismespectrumstoornis dan vrouwen, en er zijn aanwijzingen dat autistische meisjes meer kans hebben op een ermee samenhangende verstandelijke beperking.
- 4** Jonge kinderen met een bipolaire stoornis kunnen ook symptomen hebben als verhoogde motorische activiteit, impulsiviteit, moeite met de aandacht en prikkelbaarheid, in het bijzonder tijdens hypomanische en manische episoden. Echter, deze symptomen zijn doorgaans meer episodisch van aard en correleren met veranderingen in de gemoedstoestand. De aard van de motorische activiteit is bij hen ook meestal meer doelgericht.
- 5** Er is een breed scala aan aandoeningen die ook kunnen leiden tot problemen met de aandacht, hyperactiviteit en impulsiviteit; voorbeelden van somatische oorzaken zijn bijwerkingen van medicijnen (luchtwegverwijders, neuroleptica, schildkliermedicatie), aandoeningen van de schildklier, loodvergiftiging, obstructieve-slaapapneusyndroom, stoornissen in middelengebruik en zintuiglijke beperkingen zoals gehoorverlies.
- 6** Volwassenen met ADHD hebben waarschijnlijk minder vaak uiterlijke verschijnselen van verhoogde motorische activiteit, maar ze kunnen nog steeds een verhoogd intern gevoel van rusteloosheid hebben of moeite hebben om langdurig stil te blijven zitten. Bij oudere adolescenten en volwassenen ( $\geq 17$  jaar) met ADHD zijn er slechts vijf symptomen uit de domeinen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit nodig voor een classificatie.
- 7** Een verstandelijke beperking impliceert een stoornis in de algemene intellectuele vaardigheden, terwijl het bij de specifieke leerstoornis gaat om iemands vermogen om vaardigheden te verwerven in een of meer onderwijsdomeinen, zoals lezen, schrijven of rekenen. De algemene intelligentie zal de prestaties in specifieke leervaardigheden beïnvloeden, en mensen met een specifieke leerstoornis moeten ook worden getest op een verstandelijke beperking. Beide classificaties kunnen nodig zijn als er grotere moeilijkheden in de schoolse vaardigheden zijn dan gezien het algehele intelligentieprofiel van een cliënt zou worden verwacht.
- 8** De coördinatieontwikkelingsstoornis bestrijkt een breed scala van de fijne en grove motorische vaardigheden, met inbegrip van algemene onhandigheid, het vangen van voorwerpen, met de hand schrijven en fietsen.
- 9** Trichotillomanie en de obsessieve-compulsieve stoornis moeten worden overwogen bij de beoordeling van repetitieve motorische activiteit, want er kunnen gevallen zijn waarbij deze stoornissen de meer aangewezen classificaties zijn.

- 10** De stoornis van Gilles de la Tourette kan worden onderscheiden van de persisterende motorische- of vocale-ticstoornis door het feit dat de eerste zowel motorische als vocale kenmerken heeft. Deze stoornis kan worden onderscheiden van de voorlopige ticstoornis op basis van de duur van de symptomen (>1 jaar).



## 23 Vragen & antwoorden

*Laura Weiss Roberts, Sepideh N. Bajestan, Richard Balon,  
M. Rameen Ghorieshi, Honor Hsin, Alan K. Louie,  
Daniel Mason, Yasmin Owusu, Daryn Reicherter,  
Margaret Reynolds-May, Yelizaveta I. Sher*

### VRAGEN

- 1 Een jongen van 10 jaar met een ernstige ontwikkelingsachterstand vertoont onwillekeurige, directe herhalingen van omgevingsgeluiden en vocalisaties van anderen. Wat is de juiste term voor dit verschijnsel?
  - A Dysartrie
  - B Echolalie
  - C Echopraxie
  - D Wortsalat
  
- 2 Een student van 19 draagt elke dag op het universiteitsterrein een tovenaarshoed. Als mensen hem vragen waarom, zegt hij dat hij 'door de hoed beter kan denken'. Hij heeft altijd weinig vrienden gehad, maar neemt graag deel aan re-enactment-evenementen met middeleeuwse rollenspellen. Hij haalt uitstekende cijfers en heeft elke dag een verzorgd uiterlijk. Zijn spraak is vloeiend. Zijn denken is normaal van vorm, maar hij persevereert in bepaalde tovenaarsspreuken die hij online heeft geleerd. Hij zegt geen hallucinaties te hebben of veranderingen in de slaap, stemming, eetlust of energie. Zijn affect moduleert beperkt. Zijn ongebruikelijke 'stijl' heeft hem wel al parten gespeeld bij het vinden van een bijbaan, die hij nodig heeft om zijn studie te kunnen blijven betalen. Wat is de meest waarschijnlijke classificatie?
  - A Bipolaire-I-stoornis
  - B Schizoaffectieve stoornis
  - C Schizofrenie
  - D Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

- 3** Twee boeddhistische monniken die een Theravada-boeddhistische tempel bemensen, brengen een 27-jarige Thaise man naar het ziekenhuis. De man blijkt al 17 dagen te vasten. Hij is acuut gedehydrateerd en uitgehongerd en wordt opgenomen. In eerste instantie heeft hij een delirium, maar als zijn situatie verbeterd wordt een psychiatrisch consult gevraagd vanwege zijn 'zonderlinge stijl'. De patiënt is onverzorgd en ongeschoren, hetgeen scherp contrasteert met de twee andere monniken van zijn orde. Hij spreekt geen Nederlands, maar een van de andere monniken fungeert als tolk voor hem. De patiënt maakt weinig contact en geeft afgemeten antwoorden aan de andere monniken. Op ongepaste momenten barst hij in lachen uit. De monniken zeggen dat de familie van de man, die onlangs vanuit Thailand is geïmmigreerd, hem ongeveer een jaar geleden naar de tempel heeft gebracht. Hij gedraagt zich al teruggetrokken zolang ze hem kennen, maar dit is de eerste keer dat hij zo rigoureuus is gaan vasten. Hij heeft hun verteld dat hij daartoe opdracht heeft gekregen van 'geesten' die zijn dagelijkse activiteiten gadeslaan en zijn mate van 'gehoorzaamheid' becommentariëren. De andere monniken zijn op de hoogte van de traditionele namen van geesten uit de Thaise folklore, maar kennen deze manier van vasten niet. Wel zeggen ze dat de man uit een afgelegen gebied in Thailand komt, en dat ze de gebreken daar niet kennen. Wat is de meest waarschijnlijke classificatie?
- A** Gedrag dat past in de cultuur van herkomst  
**B** Depressieve stoornis  
**C** Psychotische stoornis door een somatische aandoening  
**D** Schizofrenie
- 4** Combineer elk van de onderstaande beschrijvingen met de persoonlijkheidsstoornis waarvoor deze het meest karakteristiek is (elke stoornis kan eenmaal, meer dan eenmaal of helemaal niet voorkomen):
- A** Antisociale-persoonlijkheidsstoornis  
**B** Borderline-persoonlijkheidsstoornis  
**C** Histrionische-persoonlijkheidsstoornis  
**D** Narcistische-persoonlijkheidsstoornis
- Voortdurend gebruik van uiterlijke verschijning om aandacht te trekken  
 Geen aanpassing aan sociale normen en geen berouw  
 Panische spanningen om vermeende of daadwerkelijke verlatenheid te voorkomen  
 Opgeblazen gevoel van belangrijkheid  
 Zelfdramatisering, theatrale stijl en overdreven expressie van emoties