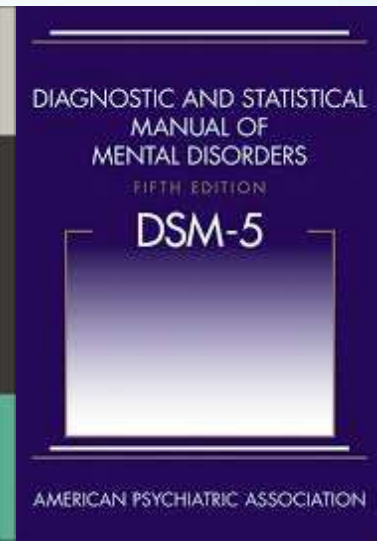


Workshop: DSM-IV naar DSM-5

- DSM-IV naar DSM-5; wat moet iedere behandelaar daarover weten?
- Symposium NVGzP, ‘De veranderende wereld van de Gz-& Klinisch (neuro)psycholoog’, 16 september 2016, Bunnik
- Door: Ton van Heugten, klinisch psycholoog-psychotherapeut

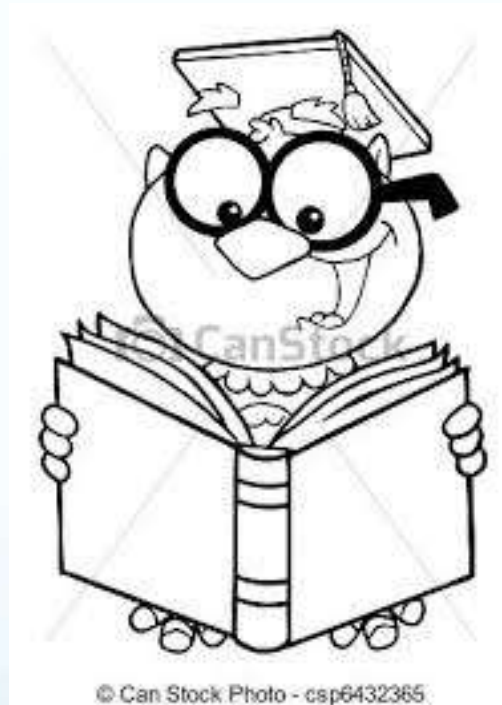




Programma workshop

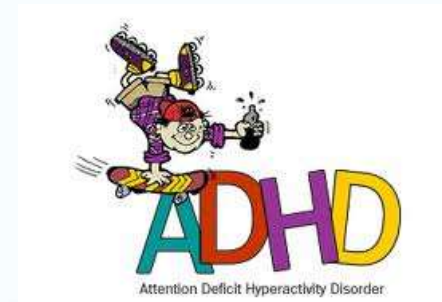
- DSM-5 'basics', interactieve presentatie over doel, structuur, inhoud en gebruik DSM-5 en verband met Beschrijvende Diagnostiek. O.a. classificatie versus diagnose, etiologie, zorgen om 'overclassificatie', positieve kant van DSM, kritiek, veranderingen t.o.v. DSM-IV-Tr, Beschrijvende Diagnose vertalen naar DSM-5
- Casuïstische illustraties

- Hoe gebruiken jullie de DSM?



Klopt deze uitspraak bij de DSM-5?

- Ik ben zo druk door mijn ADHD?



Praktisch punt



- DSM-5 is op 18 mei 2013 in de VS verschenen
- Nederlandse vertaling ('dikke versie' is voor het eerst vertaald!), uitgeverij Boom, verschenen in april 2014 ('kleine' versie verscheen in juni 2014)
- Invoering in Nederlandse praktijk: besluit minister VWS 1.1.17
- Invoering vraagt formeel besluit Minister van VWS (en advies van uitvoerende instanties als NZa en DBC-onderhoud)

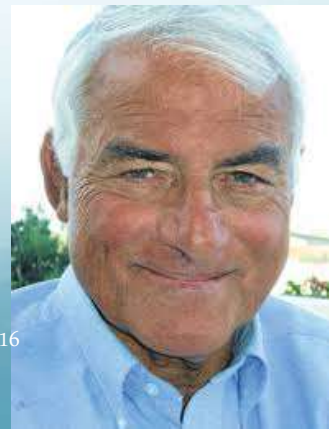
Tijdschrift Psychiatrie maart 2014

- Psychiaters gematigd positief
- DSM kwam ooit tot stand om de grote internationale spraakverwarring te beëindigen (gelukt)
- Doel: orde scheppen in deze verwarring en met één taal spreken (gelukt)
- ‘Bijbel van de psychiatrie’ versus ‘woordenboek met labels en etiketten’ (probleem)
- DSM-5 geeft op dit moment best beschikbare informatie voor het klinisch classificeren van psychische stoornissen (Hengeveld)



Kritieken: veel bezwaren Allen Frances

- Meer mensen diagnoses dan nodig, meer pillen, meer schade
- Bij Asperger rekenden we op 3 of 4 keer meer, werd 20 tot 30 keer meer
- Valse epidemieën, niet door meer psychische stoornissen, maar door veranderingen in classificatiesysteem
- Perverse prikkel: zonder diagnose geen betaling, dus wij leveren wel diagnoses. Dus het krachtenveld buiten de GGZ/DSM is minstens even bepalend: meest invloedrijk de farmaceutische industrie
- 20% bevolking slikt psychotrope medicijnen
- Middel farmaceutische industrie in VS: reclame; rechtstreeks contact met bevolking



Kritieken: Jim van Os



- Er is geen wetenschappelijke basis voor de diagnoses in DSM-5 (onlangs nog eens aangetoond)
- DSM is een soort afsprakenboek; 'laten we dit zo en zo noemen'
- Gevaar is dat wetenschappers, hulpverleners en zorgverzekeraars denken dat al die diagnoses 'wel echte ziekten zijn' (reïficatie), met een biologisch substraat, met specifieke behandeling en specifieke prognose (wetenschappelijk is aangetoond dat dit helemaal niet zo is!!)

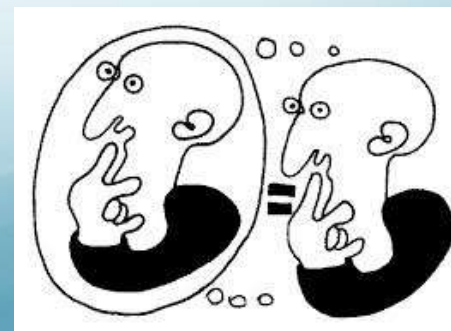
**WAAR EN WANNEER
IS NOU EIGENLIJK DAT
HIER EN NU**

Loesje

Status classificaties DSM-5

Voor de *meeste* psychische stoornissen geldt dat het *niet mogelijk* is om een *volledige beschrijving* te geven van de *onderliggende ziekteprocessen*, en het is dan ook van belang om op te merken dat de classificatiecriteria in deze editie van de DSM de best beschikbare beschrijving geven van de manier waarop psychische stoornissen tot uiting komen en door getrainde klinici kunnen worden herkend

(DSM-5, pag. 37)



Definitie psychische stoornis in DSM

Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressfactor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven.

(DSM-5, pag. 72)

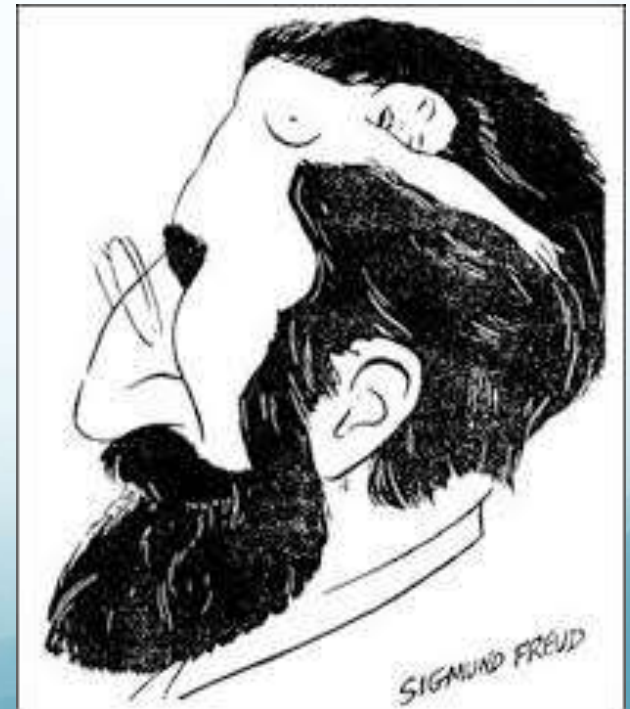
Diagnose in psychiatrie al eeuwenlang lastig

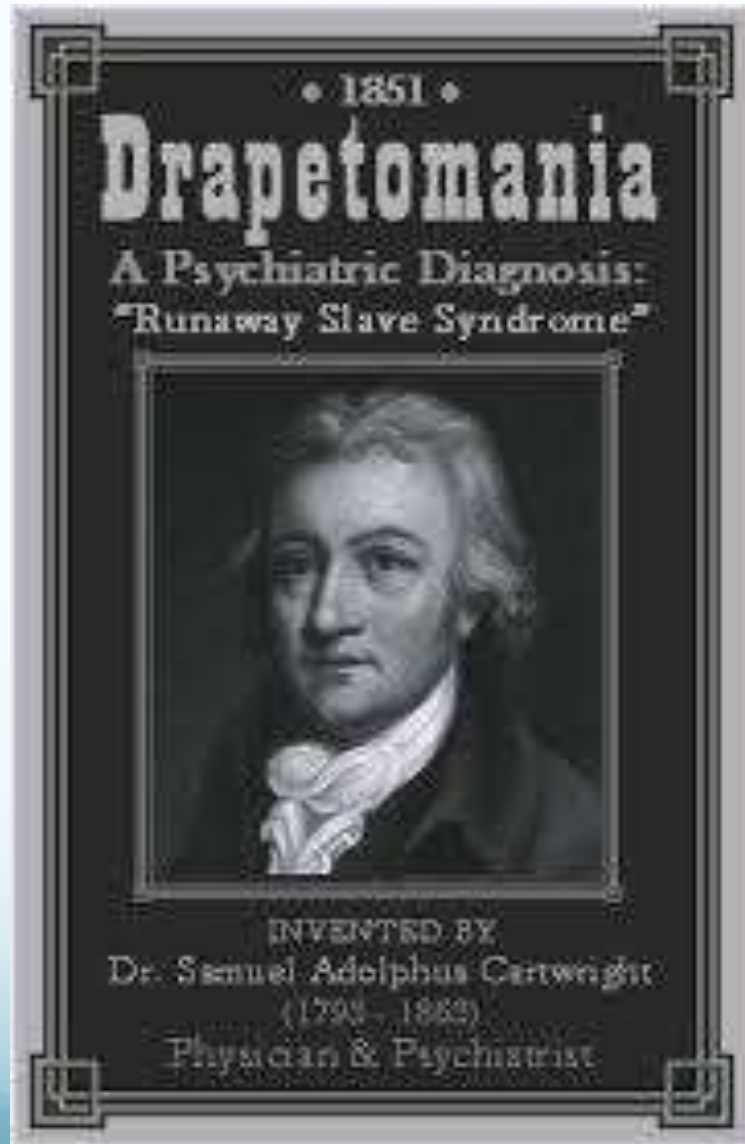
- Korte 'houdbaarheidsdatum' psychiatrische/psychologische theorieën over oorzaken
- Psychiatrie ambivalent t.a.v. haar ziektebeelden: wil medisch model volgen, versus altijd al wel geweten hebben dat dit erg problematisch is (Nieweg in MC, 20, mei 2013 citeert de arts Bicker in 1785 over 'zenuwziektens'..... en daar zijn ook geene ziekten over wier aart, oorzaaken en toevallen [kenmerken] men zoo verschillend denkt')
- Nosologische eenheden van Kraepelin (een ziekte kent één oorzaak, één organisch substraat en één beloop), waren al direct controversieel: 'die Jagd nach einem Phantom' (zie Nieweg)



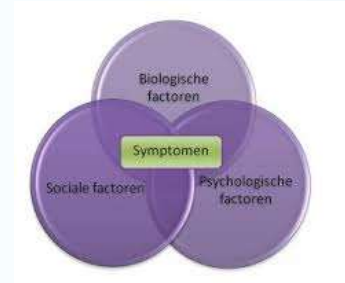
Drapetomanie

- Wat is het?
- Welke oorzaak of oorzaken heeft het?
- Welke remedie?





Bio-psycho-sociale model



- Bij iedere psychiatrische stoornis spelen risicofactoren vanuit biologie, sociale ervaringen, psychologie
- Deze drie beïnvloeden elkaar wederzijds
- In dit samenspel vormen mensen zich tot (meestal) gezonde mensen of tot mensen met (soms, vaak, altijd) problemen/ aandoeningen/ stoornissen

Eric Kandel; nobelprijs in 2000

- Kandel: Amerikaanse neuropsychiater deed onderzoek naar leren en geheugen bij zeeslakken en ontdekte: 'the power of experience in modifying brain function by altering synaptic strength through the regulation of gene expression' (zie volgende dia)

Dus voorbeeld van 'sociaal'

beïnvloedt 'bio'!!



Dimmen of aanzwengelen van genen



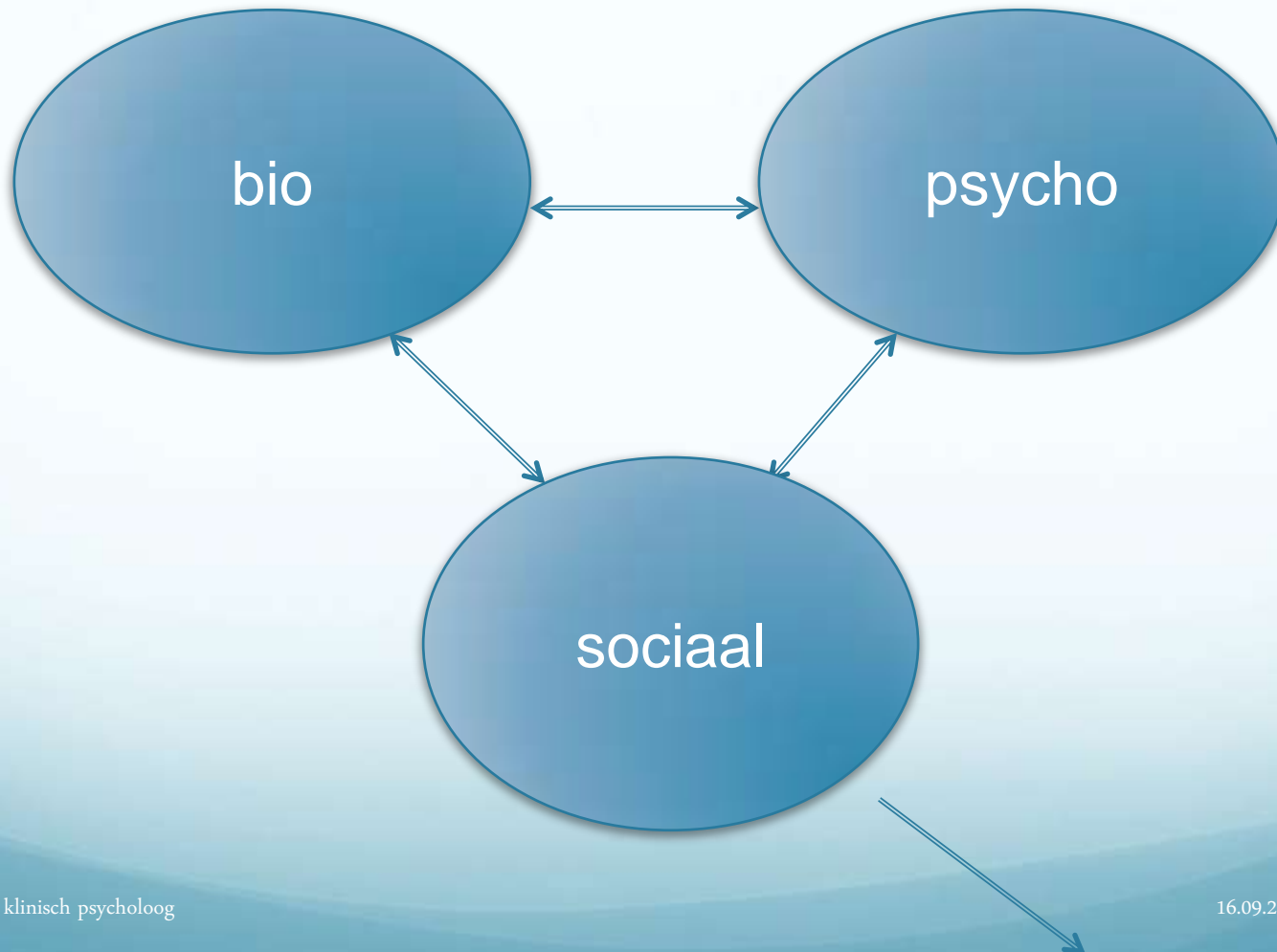
Marianne Rots, professor moleculaire epigenetica Groningen (epigenetica: 'bovenop het DNA'):

- 'Hier zit de link tussen *nature* en *nurture*: je genen-set is waarmee je geboren wordt, maar allerlei omgevingsinvloeden beïnvloeden welke genen harder of zachter aanstaan. ... Het is echt een revolutie in de biologie.'
- 'Je kunt erven wat jouw vader heeft meegemaakt. Bij mannen die b.v. voor hun veertiende hebben gerookt verandert er iets aan hun erfelijk materiaal, wat ze later kunnen doorgeven aan hun kinderen'.



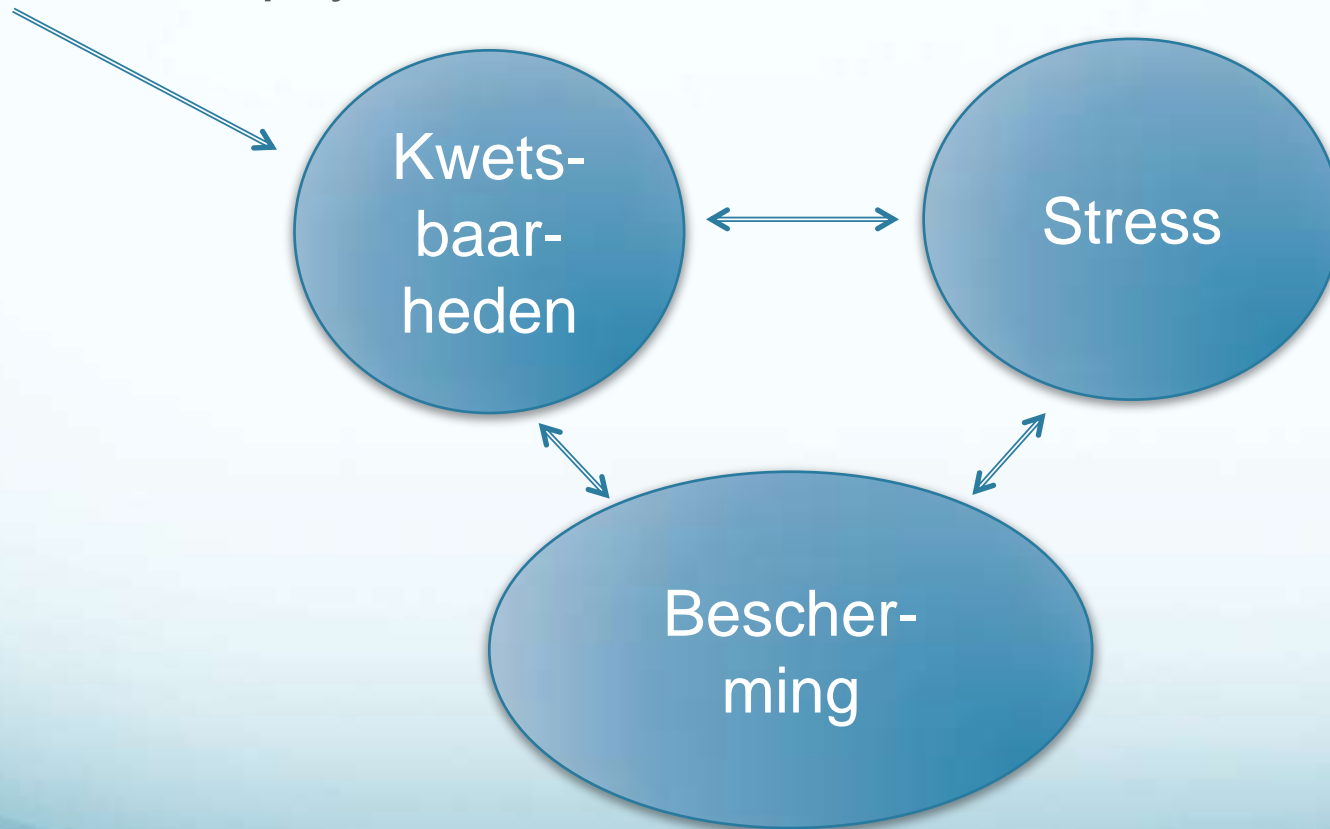
Ontstaansoorzaken psychische stoornissen (1)

- Van conceptie tot hier en nu.....



Ontstaansvoorwaarden psychische stoornissen (2)

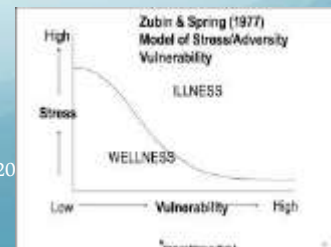
Vanuit biopsychosociale factoren naar het hier-en-nu.....





Categoriaal versus dimensioneel

- Standpunt dat DSM-5 terecht vooral een categoriaal systeem is ('je hebt iets wel of je hebt iets niet') is, staat onder grote druk
- Illustraties: depressieve stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis
- En dan zijn die categorieën, die al zoveel 'interne variatie' kennen, ook nog etiologisch verbonden met ieders kwetsbaarheden, uit de mix uit ieders biopsychosociale 'moes' en ieders (dis)balans tussen stress en bescherming in het hier-en-nu



Spectra en dimensies

- Veel, zo niet de meeste, stoornissen moeten in een spectrum geplaatst worden met nauw verwante stoornissen..... (DSM-5 pag. 54)
- Kortom de grenzen tussen stoornissen zijn poreuzer dan in eerste instantie werd aangenomen (DSM-5 pag. 54)
- ontwikkeling van dimensionele classificatiebenaderingen die waarschijnlijk de huidige classificatiebenaderingen in de komende jaren zullen aanvullen of vervangen (DSM-5 pag. 65)
- Meer dimensies en specificaties (en minder subtypes)

Categoriaal én dimensioneel

- Eigen voorstel om categoriaal en dimensioneel beter te kunnen combineren (Frontiers in Psychology, August 2015)
- Categoriaal op niveau van hoofdcategorie (neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, schizofreniespectrumstoornissen, bipolaire-stemmingsstoornissen, etc.) (zie ook Jim van Os)
- Dimensioneel door per hoofdcategorie enkele (nader te bepalen) kernsymptomen te nemen en per symptoom met behulp van psychologische tests in kaart te brengen en de ernst ervan te bepalen (ook eenheid in taal in psychodiagnostiek)



Hoe komt versie DSM tot stand?



Nederlanders in de werkgroepen



- Susan Bögels, angststoornissen
- Hans Hoek, eetstoornissen en ‘impairment and disability’
- Roel Verheul, persoonlijkheidstoornissen (2008-2012)
- Jim van Os, psychotische stoornissen
- Peggy Cohen-Kettenis, seksuele stoornissen en genderdysforie
- Wim van den Brink, middel gerelateerde stoornissen (2007-2008)

Enkele algemene veranderingen

- Eerste hoofdstuk DSM-IV (stoornissen zuigelingenleeftijd....) verdwenen, die stoornissen verspreid over de andere hoofdstukken
- Per classificatie (in 'dikke versie') enkele vaste aspecten toegevoegd (o.a. ontwikkeling en beloop, risico- en prognostische factoren)
- NAO = andere gespecificeerde en ongespecificeerde
- In Deel III:
 - Meetinstrumenten (vragenlijst algemene psychiatrische symptomen, dimensionele beoordeling ernst psychosesymptomen, WHODAS)
 - Modellen in ontwikkeling: alternatief model voor PHS
 - Culturele formulering
 - Aandoeningen die verder onderzocht moeten worden: o.a. subklinisch psychotisch syndroom, internetgamingstoornis, suïcidaal-gedragsstoornis, niet suïcidale zelfbeschadiging

Verdwijnen van de 5 assen

- As I, II en III betekent niet dat de stoornissen op deze 3 assen verschillend geconceptualiseerd worden
- As IV en V: het weglaten hiervan sluit aan bij WHO, die het functioneren bekijkt los van de symptomatologie
- Dus as I, II en III diagnoses worden bijeengevoegd
- GAF weg omdat: te weinig conceptueel helder, dus symptomen, functioneren en suïcidaliteit naast elkaar. Ook was alternatief beschikbaar: WHODAS (in deel III)
- As IV: andere condities



Internet

In Nederland is een website waar veel informatie over de DSM-5 te vinden is:

- DSM-5-nl.org:

O.a. Whitepapers, vragenlijst, nieuws over DSM-5 gerelateerde boeken e.d.

Voornaamste veranderingen IV-5 (1)

- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Zwakzinnigheid werd verstandelijke beperking en beoordeling van IQ plus adaptief functioneren
- Expressieve- en gemengde receptieve-expressieve taalstoornis werd taalstoornis, spraakklankstoornis, stoornis in de spraakvloeiendheid ontstaan in de kindertijd, specifieke leerstoornis i.p.v. lees-, reken-, schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid stoornis
- Nieuw: sociale (pragmatische) communicatiestoornis
- ASS: 2 criteria (A. Sociale communicatie en B. Beperkt, repetitief gedrag) plus dimensie: mate van ernst niveau 1 ('vereist ondersteuning'), niveau 2 ('vereist substantiële ondersteuning'), niveau 3 ('vereist zeer substantiële ondersteuning')
- Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitstoornis: voor leeftijd van 12 jaar i.p.v. voor 7 jaar, plus specificaties voor ernst (licht, matig, ernstig)

Voornaamste veranderingen IV-5 (2)

- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen:
 - Verandering in spectrum
 - Verdwijnen subtypes schizofrenie
 - Dimensionele meetschaal ernst kernsymptomen in deel III
 - Criteria schizoaffectieve stoornis en waanstoornis aangepast
 - Katatonie (uniforme criteria in gehele DSM-5)
- Bipolaire- stemmingsstoornissen: apart hoofdstuk en aanpassingen in criteria (zowel veranderingen in de stemming als veranderingen in activiteit of energie)



Voornaamste veranderingen IV-5 (3)

- Depressieve- stemmingsstoornissen: apart hoofdstuk
 - Nieuw: disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis
 - Premenstruele stemmingsstoornis ('gepromoveerd')
 - Dysthymie is nu specificatie bij persisterende depressieve stoornis
- Angststoornissen
 - Obsessieve-compulsieve stoornis naar apart hoofdstuk
 - Ook traumagerelateerde stoornis naar apart hoofdstuk
 - Paniekstoornis en agorafobie losgekoppeld
 - Separatieangststoornis en selectief mutisme nu in dit hoofdstuk



Voornaamste veranderingen IV-5 (4)

- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
 - Nieuw hoofdstuk, nieuwe stoornissen: verzamelstoornis, exoriatiestoornis (huidplukstoornis), OCS door een middel en door een somatische aandoening
 - Trichotillomania (haaruittrekstoornis) is uit hoofdstuk stoornissen in de impulsbeheersing verhuisd naar dit hoofdstuk
 - Bij morfodysfore stoornis nieuwe specificatie 'met musculodysfore stoornis)
 - Specificaties: naast met gering realiteitsbesef, ook met goed of redelijk realiteitsbesef en met ontbrekend realiteitsbesef/waanovertuigingen



Voornaamste veranderingen IV-5 (5)

- Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
 - Nieuw hoofdstuk, aanpassingen in criteria PTSS
 - Aanpassingsstoornissen zijn verhuisd naar dit hoofdstuk
 - Ook reactieve hechtingsstoornis hier naar toe verhuisd en de subtypes zijn gesplitst in 2 afzonderlijke stoornissen (reactieve hechtingsstoornis en het nieuwe ontremd-sociaalcontactstoornis)
- Dissociatieve stoornissen: derealisatie toegevoegd aan depersonalisatie (depersonalisatie-/derealisatiestoornis)
 - Dissociatieve fugue is nu specificatie van dissociatieve amnesie i.p.v. afzonderlijke stoornis
 - Criteria DIS flink aangepast



Voornaamste veranderingen IV-5 (6)

- Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen
 - Voorheen somatoforme stoornissen: somatiesatiestoor­nis, hypochondrie, pijnstoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis verdwenen
 - In plaats daarvan: somatisch-symptoomstoornis (criterium somatisch onvoldoende verklaarbaar is verdwenen, met voornamelijk pijn is specificatie), ziekteangststoornis (met specificatie zorgzoekende type en zorgmijdende type), psychische factoren die somatische aandoening beïnvloeden (was V-code in DSM-IV)
 - Nagebootste stoornis (opgelegd aan zichzelf, opgelegd aan iemand anders) is van apart hoofdstuk nu in dit hoofdstuk geplaatst)
 - Conversie is gebleven (en heeft als enige nog wel criterium dat somatisch geen afdoende verklaring aanwezig is)

Voornaamste veranderingen IV-5 (7)

- Voedings- en eetstoornissen
 - Nieuw hoofdstuk, met pica, ruminatiestoornis, vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (voorheen voedingsstoornissen op zuigelingenleeftijd), anorexia nervosa (criterium amenorroe verdwenen), boulimia nervosa, eetbuistoornis ('gepromoveerd' uit deel II DSM-IV)
- Stoornissen in de zindelijkheid: geen veranderingen, behalve apart hoofdstuk



Voornaamste veranderingen IV-5 (8)

- Slaap-waakstoornissen: nieuwe naam i.p.v. slaapstoornissen
- Primaire insomnia heet nu insomniastoenis, alle classificaties zijn aangevuld met criteria over kinderen en hun ontwikkeling, ademhalingsgerelateerde slaapstoornissen nu in 3 stoornissen uitgesplitst
- Nieuw: non-remslaap-arousalstoornissen (inclusief pavor nocturnus en slaapwandelen als specificaties), remslaapgedragsstoornis en rusteloze benensyndroom



Voornaamste veranderingen IV-5 (9)

- Seksuele disfuncties: voor vrouwen is de stoornis in het seksuele verlangen en de seksuele opwindingsstoornis samengevoegd tot één stoornis de seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw
- Vaginisme en dyspareunie is samengevoegd tot genitopelvienepijn-/penetratiestoornis
- Seksuele-aversiestoornis is verwijderd
- Bij alle seksuele disfuncties specificaties levenslang of verworven en gegeneraliseerd of situationeel



Voornaamste veranderingen IV-5 (10)

- Genderdysphorie: nieuw hoofdstuk en nieuwe naam i.p.v. Genderidentiteitsstoornissen
- Nadruk nu op genderincongruentie i.p.v. crossgenderidentificatie, afzonderlijke groepen criteria voor kinderen, adolescenten en volwassenen, gebruik van term gender i.p.v. sekse, specificatie 'posttransitie' is toegevoegd
- Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen: nieuw hoofdstuk
- Hierin o.a. oppositionele-opstandige stoornis (drie typen 'boze/prikkelbare stemming', 'ruziezoekende/openlijk ongehoorzaam gedrag', 'wraakzucht' en specificatie voor ernst), periodiek explosieve stoornis (niet meer uitsluitend vereiste van fysieke agressie), normoverschrijdend-gedragsstoornis (voorheen gedragsstoornis, met nieuwe specificatie 'met beperkte prosociale emoties')
- Vooral ADHD frequent comorbide bij stoornissen in deze groep
- Hierin ook kleptomanie en pyromanie



Voornaamste veranderingen IV-5 (11)

- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen: misbruik en afhankelijkheid is verdwenen
- Stoornis in gebruik van een middel, stoornis door een middel (zoals intoxicatie, onttrekkingssyndroom, andere psychische stoornissen door een middel). Voor de andere psychische stoornissen door een middel is een tabel opgenomen over stoornissen gerelateerd aan de verschillende groepen middelen
- Nieuw: gokstoornis, cannabisonttrekkingssyndroom, cafeïneonttrekkingssyndroom (laatste is 'gepromoveerd' uit deel III van DSM-IV)
- Hunkering (craving) als criterium toegevoegd
- Criteria voor ernst zijn toegevoegd
- Specificaties voor 'in een gereguleerde omgeving', 'in onderhoudsbehandeling' (bij opioïde), 'met perceptiestoornissen' (bij cannabisintoxicatie)



Voornaamste veranderingen IV-5 (12)

- Neurocognitieve stoornissen: nieuwe naam i.p.v. dementie en amnestische stoornis)
 - Delirium
 - Onderscheid uitgebreide neurocognitieve stoornis en beperkte neurocognitieve stoornis UNCS en BNCS)
 - UNCS en BNCS bij verschillende etiologische subtypen (Alzheimer, frontotemporale degeneratie, Lewylichaampjesziekte, vasculair, traumatisch hersenletsel, middel-/medicatiegebruik, Hiv-infectie, Prionziekte, Parkinson, Huntington, andere somatische aandoening, multipele oorzaken): waarschijnlijk of mogelijk
- Persoonlijkeitsstoornissen (alternatief model in deel III, alleen 3 naamswijzingen dwangmatige-, vermijdende- en histrionische persoonlijkheidsstoornis)
- Parafiele stoornissen: parafilie alleen een stoornis als persoon er zelf onder lijdt, functioneringsbeperkingen oplevert, anderen leed, risico of schade oplevert, plus specificaties 'in een gereguleerde omgeving', 'volledig in remissie'

Na de 20 hoofdstukken: Bijwerkingen medicatie en andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn

- Na deze 20 categorieën (hoofdstukken) van psychische stoornissen zijn er nog 2 categorieën, die wel aandacht van zorg zijn, maar geen psychische stoornissen zijn:
- Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie (o.a. tardieve dyskinesie)
- Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. Hoog niveau van gevoelsuitingen binnen een gezin of het al bekende ouder-kindrelatieproblemen)



Nieuwe stoornissen DSM-5 (1)

- Sociale (pragmatische) communicatiestoornis
- Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis
- Premenstruele stemmingsstoornis
- Verzamelstoornis
- Excoriatiestoornis
- Eetbuistoornis
- Remslaapgedragsstoornis
- Rustelozebenen syndroom



Nieuwe stoornissen (2)

- Cafeïne-onttrekkingssyndroom
- Cannabisintoxicatie
- Cannabis-onttrekkingssyndroom
- Beperkte neurocognitieve stoornissen
- Neurocognitieve stoornis (met lewylichaampjes, door HIV-infectie, door ziekte Parkinson, door ziekte Huntington)
- Tardieve dystonie
- Tardieve acathisie
- Antidepressiva-discontinueringssyndroom
- Veel nieuwe V-codes



Diagnose ≠ classificatie



Aanpak van de diagnostische formulering

‘De diagnostische formulering, in Nederland ook wel beschrijvende diagnose genoemd, bevat voor elke cliënt een nauwkeurige klinische voorgeschiedenis en een bondige samenvatting van de sociale, psychologische en biologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan van een bepaalde psychische stoornis. Om een psychische stoornis te kunnen diagnosticeren is het dan ook niet voldoende om alleen te controleren of de symptomen uit de classificatiecriteria aanwezig zijn.’ (DSM-5, pag. 71).



Diagnostisch proces

- Psychiatrisch onderzoek middels (hetero)anamnese en of observatieverslag
- Aanvullende diagnostiek (observatie screeningslijsten)
- Beschrijvende diagnose
- Classificatie volgens DSM-IV

Diagnose en classificatie

- Beschrijvende diagnose (Hengeveld & Schudel):
 - Syndroom (aard, duur, ernst, frequentie, beloop), eventuele samenhang syndroom met een bepaalde stoornis, eventuele differentiaal diagnose,
 - Hypothese formulering m.b.t. ontstaansvoorwaarden en ontstaanswijze
 - Predisponerende factoren (kwetsbaar makende en beschermende)
 - Luxerende factoren
 - Onderhoudende factoren
- Eerst beschrijvende diagnose maken en daarna 'vertalen' in



Voorbeeld beschrijvende diagnose

Laatste maanden geleidelijk ontstaan ernstig depressief syndroom in het kader van een eenmalige depressieve stoornis, bij een vrouw van 47 jaar, met een familiale belasting voor depressiviteit, geluxeerd door de verlating door haar echtgenoot 6 maanden geleden, waarna ze wel veel steun krijgt van een goede vriendin, maar de zorg voor haar 23 jarige thuiswonende zoon met een autisme spectrumstoornis haar fors overvraagt.



De voorgaande BD in DSM-5

- Depressieve stoornis, eenmalige episode, matig (296.22)
- Uiteenvallen van gezin door scheiding of echtscheiding (V61.03)
- Ouder-kindrelatieprobleem (V61.20)



Illustratie van veranderingen



- Illustraties: Voorbeelden van BD naar DSM-5 aan de hand van casuïstiek (Bonnie, Kunsttempel, Joop, Duizeligheid)



Ton van Heugten, klinisch psycholoog



Casus Bonnie (1)

Bonnie, 19 jaar, eerstejaars studente HBO Economie en Recht, woont wisselend bij moeder, bij vader of bij vriendin met wie ze liefdesrelatie heeft. Ontbreken eigen kamer heeft flinke reistijden tot gevolg.

Als kind zou sprake zijn geweest van niet-verbale leerstoornis, over heen gegroeid, HAVO afgemaakt, vanaf haar 12 de depressieve klachten, moeite om op school alles bij te houden, voelde zich genegeerd door leeftijdsgenoten. Stemming wat beter bij minder druk. Sinds 2,5 jaar antidepressiva plus psychologische hulp (om financiële redenen mee gestopt). Ouders langdurig huwelijksproblemen en gescheiden 1,5 jaar geleden. Recente afwijzing door haar vader (ze was altijd een vaderskind). Ook ervaart ze studiedruk.

Bonnie heeft last van sombere stemming, vermoeidheid, buikpijn, piekeren, slaapproblemen, faalangst (als ze in studiegroep moet werken), huilt regelmatig tijdens intake, meer geëmotioneerd als ze over haar vader praat, heeft moeite met spreekwoorden/metaforen van intaker.



Casus Bonnie: beschrijvende diagnose

19 jarige vrouwelijke eerstejaars studente HBO, zonder vaste woonplek, met depressieve klachten vanaf haar 12 de, die (*syndroom*) recent meer last heeft gekregen van sombere stemming, vermoeidheid, buikpijn, piekeren, slaapproblemen en faalangst, met name (*luxerend*) nadat ze zich recent afgewezen voelde door haar vader (ze was altijd een vaderskindje) en mogelijk in het kader van (*stoornis*) een chronische depressie of dysthymie, met (*kwetsbaarmakend*) negatieve effecten van langdurige conflicten tussen naar ouders en hun scheiding en waarbij (*beschermend*) ze een liefdesrelatie heeft met vriendin en (*onderhoudend*) ze studiedruk ervaart, een eigen plek mist en daardoor veel reist.



Casus Bonnie: DSM-5

- Persisterende depressieve stoornis, vroeg begin, met zuiver dysthym syndroom (voorlopig, 300.4)
- Negatieve invloed van ouderlijke relatieproblemen op een kind (V61.29)
- Problemen met onderwijs (V62.3)
- Inadequate behuizing (V60.1)
- Laag inkomen (V60.2)

Sometimes when i say,
"Oh im fine", really
i want someone to
LOOK me in the eye
and say, "tell the truth"...

Casus de Kunsttempel (1)

Dorothea Cabot, een 42-jarige, prominente vrouw, heeft nooit eerder psychische problemen gehad. Een nieuw theater zal geopend worden met de wereldpremière van een nieuw ballet; Dorothea is vanwege haar positie in de culturele raad, verantwoordelijk voor de coördinatie van die gebeurtenis. Bouwproblemen, inclusief stakingen, maken het onzeker of de allerlaatste details op tijd klaar zullen zijn. De decorontwerper is erg wispelturig en dreigt te vertrekken tenzij de materialen voldoen aan zijn pietluttige specificaties. Dorothea moest deze veranderlijke man kalmeren en ook de twistende partijen overhalen om met elkaar te onderhandelen. Ze heeft thuis ook meer verantwoordelijkheden omdat de kinderjuffrouw naar een ziek familielid moest.

Midden in deze problemen wordt haar beste vriendin bij een tragisch auto-ongeluk onthoofd. Dorothea is zelf enig kind en vanaf de lagere school was dit haar boezemvriendin. Mensen zeiden vaak dat het net twee zusjes waren.

Casus de Kunsttempel (2)

Onmiddellijk na de begrafenis wordt Dorothea toenemend gespannen en nerveus en kan ze 's nachts maar twee tot drie uur slapen. Twee dagen later ziet ze toevallig een vrouw aan het stuur van eenzelfde auto als waarin haar vriendin had gereden. Ze is verbijsterd en na enkele uren is ze er zeker van dat haar vriendin nog leeft, dat het ongeluk en de begrafenis een onderdeel van een complot zijn. Op een of andere manier is het complot bedoeld om haar te misleiden en ze voelt dat ze in groot gevaar is en het geheim moet oplossen om er levend vanaf te komen. Ze gaat iedereen, behalve haar echtgenoot, wantrouwen en gelooft dat de telefoon wordt afgetapt en dat de kamers vol afluisterapparatuur zitten. Ze smeekt haar echtgenoot te helpen haar leven te redden. Ze hoort een hoog, sterk wisselend, geluid waarvan ze bang is dat het een ultrasone straal is, die op haar gericht is. Ze is compleet in paniek, houdt panisch de arm van haar echtgenoot vast als hij haar de volgende ochtend naar de eerste hulp brengt.

Uitwerking de Kunsttempel (1)

Syndroomdiagnose (*aard, frequentie, duur, ernst, beloop*)

42-jarige prominente vrouw, die sedert enkele dagen bestaand en gestaag toenemend, een eenmalig paranoid-hallucinatoir psychotisch syndroom ontwikkelt met fors disfunctioneren en angst.

Eventuele samenhang syndroom en bepaalde stoornis

Waarschijnlijk in het kader van een kortdurende psychotische stoornis.

Eventuele differentiaal diagnose

Geen



Uitwerking de Kunsttempel (2)

Hypotheseformulering m.b.t. ontstaansvoorwaarden en ontstaanswijze:

Predisponerende factoren (kwetsbaar makende en beschermende)

Opeenhoping van stressfactoren op werk en thuis

Blanco psychiatrische voorgeschiedenis

Hebben van een verantwoordelijke baan

Goede relatie met echtgenoot

Luxerende factoren

Bizar en onverwacht plotseling overlijden van een erg goede vriendin bij een auto-ongeluk.

Onderhoudende factoren: slaaptekort



Uitwerking de Kunsttempel (3)

Beschrijvende diagnose. Een paranoïd-hallucinatoir psychotisch syndroom, eenmalig, sedert enkele dagen bestaand en gestaag toenemend met fors disfunctioneren en angst, waarschijnlijk in het kader van een kortdurende psychotische stoornis, wat is ontstaan bij een 42-jarige vrouw zonder psychiatrische voorgeschiedenis, met een verantwoordelijke baan, die recent getroffen is door een bizar overlijden van een erg goede vriendin bij een auto-ongeval, en waar forse problemen en spanningen zijn op haar werk en bij de opvang van haar kinderen en er de laatste dagen slaaptekort is ontstaan.

DSM-5-classificatie

- Kortdurende psychotische stoornis, met duidelijke stressoren (298.8)
- Andere voorgeschiedenis van psychotrauma (V15.49)
- Ander probleem verband houdend met werk of werkloosheid (V62.9)
- Ongespecificeerd probleem verband houdend met sociale omgeving (62.9)

Casus Joop (1) (Casusboek DSM-5)

Joop is een 10-jarige jongen die met tegenzin akkoord is gegaan met een opname op een psychiatrische jeugdafdeling, nadat hij gearresteerd is voor een inbraak in een supermarkt. Zijn moeder zegt dat ze 'uitgeput' is en dat het moeilijk is om een jongen op te voeden die geen regels erkent.

Als jong kind was Joop al ongewoon agressief; hij pestte de andere kinderen en pakte hun spullen af. Als hij daarop werd gecorrigeerd door moeder, stiefvader of leerkracht, begon hij steevast te vloeken en te schoppen. Straf geven hielp niet. Omdat hij ontwrichtend en impulsief was en 'niet stil kon blijven zitten', kreeg hij rond de tijd dat hij naar groep 3 ging de DSM-IV-classificatie ADHS.

Toen Joop 8 jaar was kreeg hij wekelijks gesprekken met een GZ-psycholoog en kreeg hij quetiapine en methylfenidaat voorgeschreven. Deze medicatie nam hij sporadisch maar in en naar de gesprekken met de GZ-psycholoog kwam hij vaak niet (hij vond haar maar 'stom'). Het laatste jaar is hij op school betrapt op het stelen van spullen (een telefoon, jas en laptop), bestraft voor het afpakken van de portemonnee van een klasgenoot en geschorst nadat hij meermaals met klasgenoten had gevochten. Een vechtpartij buiten school leidde tot politie-ingrijpen. Moeder en leerkrachten zeggen dat Joop tegenover vreemden best charmant kan zijn, maar dat zij daarna snel doorhebben dat hij 'een geboren oplichtertje is'. Joop heeft nooit spijt, legt de schuld altijd buiten zichzelf.

Casus Joop (2)

Joop is totaal niet geïnteresseerd in de gevoelens van anderen. Hij is ongeorganiseerd en onoplettend, is niet geïnteresseerd in instructies en raakt voortdurend spullen kwijt. Hij maakt meestal geen huiswerk en wanneer dat wel het geval is, is het rommelig. Als iemand daar iets van zegt, zegt Joop meestal: 'En? Wat wou je daaraan doen? Wil je me soms vermoorden?'

Volgens Joop zelf, zijn moeder en leerkrachten is hij een eenling en is hij bij klasgenoten niet erg geliefd. Joop woont bij zijn moeder, stiefvader en 2 jongere halfbrussen. Stiefvader is werkloos en moeder werkt parttime als caissière bij supermarkt. Biologische vader zit straf uit wegens drugsbezit. Beide biologische grootvaders hebben voorgeschiedenis met alcoholverslaving.

De vroege ontwikkeling is normaal. Geen bijzonderheden tijdens zwangerschap en alle ontwikkelingsmijlpalen binnen normale tijd bereikt. Geen voorgeschiedenis van seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling. Geen somatische aandoeningen. Ook (al is hij pas 10) geen sprake van alcohol/drugsgebruik, nooit wapens gebruikt, geen lid van jeugdbende, nooit brand gesticht, niet bijzonder wreed geweest voor jongere kinderen of dieren. Wel spijbelt Joop, maar is nooit weggelopen of tot 's avonds laat weggebleven. Bij onderzoek: nonchalant verzorgd, kan niet stil blijven zitten, geen manifeste psychotische symptomen, denken is coherent, stemming normofoor, affect prikkelbaar, geen suïcidale- of homocidale gedachten, spraak is luid.

Uitwerking casus Joop (1)

Syndroomdiagnose (aard, duur, beloop, frequentie, ernst)

Syndroom bij Joop, een 10-jarige jongen, met normoverschrijdende gedragsproblemen, bestaande uit op school stelen van spullen, afpakken van portemonnee van klasgenoot, vechtpartijen met anderen, schorsing van school, politiebemoeienis, inbraak, spijbelen, schuld buiten zichzelf leggen, geen spijt hebben, en aandachtsdeficiëntie/ hyperactiviteitsproblemen bestaande uit ongeorganiseerdheid en onoplettendheid, desinteresse in instructies, steeds spullen kwijt raken, rommelig werken, niet stil kunnen zitten, prikkelbaar affect.

Eventuele samenhang syndroom en bepaalde stoornis

Normoverschrijdend-gedragsstoornis, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis.

Eventuele differentiaal diagnose

Geen

Uitwerking casus Joop (2)

Hypotheseformulering m.b.t. ontstaansvoorwaarden, en – wijze:

Predisponerend (kwetsbaar makend en beschermend)

Hereditair:

Drugsgebruik biologische vader, beide grootvaders alcoholverslaving

Vanaf jongs af aan gedragsproblemen en ADHS-problemen waardoor veel sociale problemen en in opvoeding

Luxerend

Tallose dagelijkse situaties lokken zijn gedrags- en aandachtsproblemen uit

Onderhoudend

Geen compliance van Joop met medicatie en therapeutische gesprekken

Eenling, sluit zich af voor steun naasten, moeder uitgeput

Meerdere psychosociale problemen (stiefvader werkloos, biologische vader **gedetineerd**) en gedragsproblemen en ADHS versterken elkaar

Uitwerking casus Joop (3)

Beschrijvende diagnose: Joop, een 10-jarige jongen met een syndroom met normoverschrijdend gedrag (stelen, inbraak, vechtpartijen waarbij ook politie-bemoeienis, spijbelen, geen spijt hebben, zich niet laten corrigeren, schuld buiten zichzelf leggen en prikkelbaar affect) én aandachtsdeficiëntie-/ hyperactiviteit (ongeorganiseerdheid, onoplettendheid, impulsiviteit, niet stil kunnen zitten). Vanaf jongs af aan is bij Joop sprake van ontwrichtend en impulsief gedrag in de vorm van agressief gedrag, pesten van andere kinderen, niet verdragen van correctie en ongevoeligheid voor straf. Zijn biologische vader en beide grootvaders zijn bekend met alcohol/drugsgebruik. Joop werd opgenomen na inbraak. Er spelen meerdere psychosociale factoren: moeder is uitgeput door de problemen met Joop, stiefvader is werkloos, biologische vader is gedetineerd wegens drugsbezit. Joop houdt zich niet aan medicatievoorschrift en therapeutische gesprekken, is een eenling en de normoverschrijdend-gedragsproblemen en ADHS versterken elkaar.

Uitwerking casus Joop (4)

DSM-5-classificatie

- Normoverschrijdend-gedragsstoornis, met begin in de kindertijd, ernstig met beperkte prosociale emoties (312.81)
- Aandachtsdeficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornis, gecombineerde beeld (314.01)
- Ouder-kindrelatieprobleem (V61.20)
- Leer- of onderwijsprobleem (V62.3)
- Problemen verband houdend met justitie (V62.5)

Casus Duizeligheid (1)

Een 46-jarige huisvrouw werd door de psychiater van haar echtgenoot voor een consult verwezen. Tijdens het bespreken van bepaalde huwelijksconflicten die hij met zijn vrouw had, beschreef de man 'aanvallen' van duizeligheid die zijn vrouw had en die haar bijna uitschakelden.

Bij het consult beschreef de vrouw dat ze vier of vijf dagen per week overspoeld werd door een gevoel van extreme duizeligheid, samen met een lichte misselijkheid. Tijdens deze aanvallen leek de kamer te flikkeren en had ze het gevoel dat ze 'dreef' en niet in staat was haar evenwicht te bewaren. De aanvallen traden altijd op onverklaarbare wijze op rond 4 uur 's middags. Meestal moest ze op de bank gaan liggen en voelde ze zich vaak pas rond zeven à acht uur weer iets beter. Na het herstel bleef ze in het algemeen de rest van de avond TV kijken; meestal viel ze in de woonkamer in slaap, en ging niet voor twee tot drie uur naar bed.

Casus Duizeligheid (2)

De cliënte was meer dan eens door haar internist, neuroloog en KNO-arts lichamelijk gezond verklaard. Hypoglycaemie werd uitgesloten door een glucose-tolerantietest. Toen haar naar haar huwelijk gevraagd werd, beschreef de cliënte haar echtgenoot als een tiran, die voortdurend dingen van haar en de kinderen eiste en hen uitschold. Ze gaf toe dat ze er iedere dag erg tegen opzag dat hij van zijn werk thuis zou komen, omdat ze wist dat hij opmerkingen zou maken over de rotzooi in huis en dat het avondeten, als ze dat had gemaakt, niet lekker was. Sinds kort, na het begin van haar aanvallen, toen ze niet meer in staat was om te koken, gingen haar man en de vier kinderen naar McDonald's of een pizzeria in de buurt. Daarna ging hij in de slaapkamer voor de TV zitten om naar een of ander sportprogramma te kijken en hun conversatie bleef tot een minimum beperkt. Ondanks hun problemen zei cliënte dat ze van hem hield en dat ze haar man erg nodig had.

Uitwerking Duizeligheid (1)

Syndroomdiagnose:

(Aard, frequentie, duur, ernst, beloop) Aanvallen van duizeligheid, misselijkheid, evenwichtsproblemen zonder duidelijke somatische verklaring, 4-5 keer per week, enkele uren durend, waarschijnlijk al enkele maanden aanwezig, met een onduidelijk beloop, en disfunctioneren in dagelijks leven (door klachten maar ook nadien; niet meer koken, passief op bank, veranderd slaappatroon).

Eventuele samenhang syndroom en bepaalde stoornis

Waarschijnlijk in het kader van een conversie. Sluit uit bijkomend een persoonlijkheidsstoornis.

Eventuele differentiaal diagnose

Geen



Uitwerking Duizeligheid (2)

Hypotheseformulering m.b.t. ontstaansvoorwaarde en ontstaanswijze:

Predisponerende factoren (kwetsbaar makende en beschermende)

Gezond verklaard na onderzoek door internist, neuroloog en KNO-arts

Zegt te houden van echtgenoot, ondanks de problemen

Luxerende factoren

Huwelijkse problemen, zegt dat haar echtgenoot een tiran is (eisend, scheldend)

Onderhoudende factoren

Iedere dag opzien tegen thuiskomst echtgenoot opzien



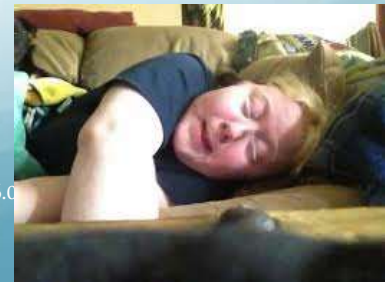
Uitwerking Duizeligheid (3)

Achter elkaar/ in elkaar gevlochten. Syndroom van al enige tijd aanwezige somatisch onverklaarde verschijnselen van duizeligheid, misselijkheid en evenwichtsproblemen, die bijna dagelijks aanvalsgewijs voorkomen, enkele uren duren en die leiden tot disfunctioneren van cliënte in het dagelijks leven. Het syndroom is treedt waarschijnlijk op in het kader van een conversie en nog uit te sluiten is of er bijkomend sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Luxerend en onderhoudend zijn ogenschijnlijk de relatie met een door cl. als tiranniek ervaren echtgenoot (eisend en scheldend), waar cliënte iedere dag tegen zijn thuiskomst opziet en er overigens daarnaast nog immer sprake zou zijn van een positieve affectieve band.

DSM-5-classificatie

- Conversiestoornis, met aanvallen of convulsies, acute episode, met psychische stressor (300.11)
- Partner-relatieprobleem (V61.10)
- Psychische mishandeling door een levenspartner (995.82)

(PS: discussie laatste code 995.82!!)





Afsluiting

Vragen, discussie??

Bedankt voor de aandacht!!!

