



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

ED BERRETTY, COLIN VAN DER HEIDEN, WIJBRAND HOEK &
 JOOP DE JONG

Angst, dwang en trauma in de DSM-5

In mei 2013 is de DSM-5 uitgegeven, negentien jaar na de DSM-IV. In april 2014 verscheen de Nederlandse vertaling. Voor het eerst is de volledige uitgave vertaald (APA, 2014). Deze nieuwe DSM is net als zijn voorgangers een classificatiesysteem voor psychische stoornissen dat grotendeels gebaseerd is op consensus onder psychiaters en psychologen. In de DSM-5 worden twintig diagnostische categorieën onderscheiden. Ordening vindt plaats op basis van levensloop. Vooraan staan de ontwikkelingsstoornissen, zoals de autisme-spectrumstoornissen en ADHD. Achteraan de neurocognitieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en parafilie. Eerder (in Dth 2013, 4) bespraken Bouman, van Rood, Mulkens en Visser de categorie somatische symptoomstoornissen. In deze bijdrage besteden we aandacht aan drie categorieën die voorheen samen de categorie angststoornissen vormden, te weten de angststoornissen, dwanggerelateerde en trauma- of stressorgerelateerde stoornissen.

We staan eerst stil bij de algemene uitgangspunten van de DSM-5, en gaan kort in op wat er veranderd is in vergelijking met de DSM-IV. We plaatsen daarbij enige kritische kanttekeningen. Vervolgens bespreken we de drie genoemde categorieën, waarbij we vooral ingaan op de wijzigingen ten opzichte van de DSM-IV. We sluiten af met een discussie.

VAN DSM-IV NAAR DSM-5: ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

De DSM-5 is minder ingrijpend veranderd ten opzichte van de DSM-IV dan het zich een tijd lang, vooral bij persoonlijkheidsstoornissen, liet aanzien. Dat wil niet zeggen dat alles bij het oude is gebleven (Hoek, 2013). We constateren de volgende wijzigingen.

Een eerste belangrijke algemene verandering is het afschaffen van het systeem met meerdere assen. Om aansluiting te vinden bij somatische diagnostiek is de systematiek van de *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* van de World Health Organisation (WHO) overgenomen. Niet langer wordt gebruikgemaakt van vijf apart van elkaar in te vullen assen. In plaats daarvan staan in de DSM-5 alle diagnostische categorieën achter elkaar op een rij. As II vervalt, en persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen zien we terug tussen de overige diag-

nostische categorieën. Ook als v vervalt en de GAF zien we niet meer terug. In plaats daarvan is de zogenaamde World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS) als meetinstrument opgenomen in een aparte sectie met modellen en meetinstrumenten. De WHODAS 2.0 bestaat (in de volledige versie) uit 36 items met vijf antwoordalternatieven.

Een volgende ingrijpende verandering is dat het onderscheid tussen de leeftijdscategorieën kinderen en jeugd versus volwassenen vervalt, en daarmee de rubriek 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden'. De DSM-5 gaat uit van een levensloop-perspectief. Van elke stoornis is het ontwikkelingsverloop beoordeeld en ingebed in de symptoombeschrijvingen (Bögels & Braet, 2014). Voor de voormalige 'kinderstoornissen' zijn de criteria dusdanig geherformuleerd dat ze ook relevant zijn voor volwassenen, terwijl er voor andere stoornissen, zoals de posttraumatische stressstoornis (PTSS), aparte criteria zijn opgesteld voor de (vroeg-) kinderlijke expressie. Door deze aanpassing wordt in de DSM-5 erkend dat stoornissen niet op een bepaalde (arbitraire) leeftijd ophouden te bestaan, maar op een andere manier tot uiting kunnen komen bij kinderen en volwassenen (Bögels & Braet, 2014). Deze opzet doet meer recht aan het ontwikkelingsperspectief dan het geval was in eerdere DSM-edities.

Een ander uitgangspunt van de DSM-5 *task force* dat tot veranderingen heeft geleid, was vermindering van het aantal subtypes per stoornis door invoer van het begrip 'spectrumstoornis'. Toename van het aantal subtypes blijkt allerm minst een garantie dat elke patiënt ingedeeld kan worden. Mogelijk neemt wel het aantal patiënten toe dat in meerdere subtypes tegelijk past. Afname van subtypes zien we vooral bij autisme en schizofrenie. Bij autismespectrumstoornissen in de DSM-5 worden vijf subtypes uit de DSM-IV niet langer onderscheiden. Het betreft de autistische stoornis, stoornis van Rett, desintegratiestoornis in de kinderleeftijd, stoornis van Asperger en pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anders Omschreven (NAO). Het totaal aan specifieke stoornissen is in vergelijking met de DSM-IV gedaald van 172 naar 157.

Onbevredigend was in de DSM-IV ook het grote aantal gevallen waarin sprake is van een bepaalde stoornis NAO. Dit aantal is teruggedrongen door regelmatig de criteria van specifieke stoornissen te verruimen, bijvoorbeeld bij anorexia nervosa, waar het zogenaamde 'amenorroecriterium' is vervallen. Dit criterium is voor bepaalde groepen niet van toepassing en blijkt slechts beperkte voorspellende waarde te hebben (Hoek, 2013). Ook is er een categorie 'overige gespecificeerde stoornissen' ingevoerd. Daarbij volgt na de specifieke stoornis het criterium waar niet aan voldaan wordt. Een

voorbeeld zijn gegeneraliseerde angstklachten, waarbij het gepieker niet meer dagen wel dan niet aanwezig is.

De laatste belangrijke verandering was om van de DSM-5 een levend document te maken. Om deze reden is de Latijnse becijfering ingeruild voor de Arabische. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om de huidige versie over te zetten in een versie 5.1 (en volgende) van de DSM, mochten hier goede (wetenschappelijke) gronden voor bestaan. Zo bestond er voor de DSM-5 de ambitie om biologische markers in de diagnostische criteria op te nemen. Dit bleek, behoudens een enkele uitzondering, zoals bij bepaalde vormen van dementie, nog niet haalbaar voor de meeste psychiatrische stoornissen (Hoek, 2013). Maar als wetenschappelijk onderzoek alsnog leidt tot identificatie van biomarkers voor specifieke stoornissen, dan kan dit leiden tot aanpassing van de huidige versie en de uitgave van de DSM-5.1.

De DSM-5 beoogt een geleidelijke overgang van een categoriaal naar een dimensioneel beoordelingssysteem. Een punt van kritiek op de DSM is altijd het scherpe onderscheid tussen categorieën geweest: je lijdt aan een stoornis of je hebt er geen last van. Dit doet kunstmatig aan, omdat de werkelijkheid zich beter dimensioneel laat beoordelen: je hebt ergens meer of minder last van. Denk aan de vloeiende overgang tussen zorgen over dagelijkse problemen en de gegeneraliseerde angststoornis. We zien in de DSM-5 de eerste stappen in de richting van een meer dimensioneel classificatiesysteem. Zo wordt in de inleiding gesteld dat een DSM-5-classificatie geen noodzakelijke voorwaarde voor behandeling is. Ook wordt er regelmatig ruimte geboden aan maten voor specificatie van de ernst. Bij dit laatste ontbreekt het overigens aan een verband met prognose en aard van de behandeling.

Voor de DSM-5 is ook gebruikgemaakt van de procedure van veldonderzoeken. Een beslissing over het wel dan niet invoeren van een nieuwe stoornis in de DSM-5 werd genomen op basis van voorafgaand veldonderzoek. Zo viel een potentieel nieuwe groep bestaande uit een gemengd beeld van depressie en angst af, toen bleek dat de betrouwbaarheidscijfers te laag uitvielen, het laagste zelfs van alle veldonderzoeken.

KRITIEK OP DE DSM-5

Er is de afgelopen jaren veel kritiek geweest op de uitgangspunten van de DSM-5 (van der Gaag, 2014). Het is volgens deze critici maar zeer de vraag of classificaties op de DSM-5 te vergelijken zijn met somatische aandoeningen. Voor zover er biomarkers gevonden zijn,

ontbreekt het aan een match met specifieke stoornissen en zijn de aangetroffen verbanden transdiagnostisch. Een gekrompen hippocampus zien we bijvoorbeeld bij PTSS, schizofrenie en depressie. In de zogenaamde *stratified psychiatry* wordt de transdiagnostische groep van psychiatrische patiënten met een meetbaar gekrompen hippocampus onderzocht naar kenmerken, beloop en behandelbaarheid. Als alternatief voor de classificatiesystematiek van de DSM-5 wordt ook gewezen op netwerkmodellen. Daarbij worden symptoomnetwerken van elkaar onderscheiden terwijl er tevens overlap bestaat maar geen onderliggende ziekte verondersteld hoeft te worden.

Een ander deel van de kritiek op de DSM-5 betreft de wijze waarop het handboek gebruikt, dan wel misbruikt kan worden door bijvoorbeeld de farmaceutische industrie en beleidsmakers (Bögels & Braet, 2014). Een bekende criticus van de DSM-5 uit deze hoek is Frances (2010), de voormalige voorzitter van de DSM-IV-commissie. Zijn grootste zorg is overdiagnostiek, omdat onderzoekers bij hun eigen favoriete stoornissen te weinig oog hebben voor het uitsluiten van valspositieven. Naar zijn mening kan overdiagnostiek leiden tot misbruik door de farmaceutische industrie voor onterechte uitbreiding van hun omzet. Om dit te voorkomen kent de DSM-5 het criterium dat symptomen duidelijk moeten interfereren met het dagelijks functioneren. Een ander risico van overdiagnostiek ziet Frances in de forensische sector, waar advocaten uitbreidingen in de DSM-IV (bijvoorbeeld met een gokverslaving) zouden kunnen aangrijpen om hun cliënt op dubieuze gronden vrij te pleiten. Om dit tegen te gaan is in de DSM-5 een aparte paragraaf opgenomen over gebruik in een forensisch kader. Hierin staat de waarschuwing dat verminderde zelfcontrole op zichzelf iemand niet vrijpleit in een bepaalde situatie. Onderzoek is nodig om te weten te komen of de bezwaren van Frances gegrond zijn.

De meeste ophef rond de DSM-5 werd veroorzaakt door voorstellen vanuit de werkgroep persoonlijkheidsstoornissen. Een veelgeuit bezwaar tegen de DSM-IV-indeling was dat iemand die aan een bepaalde persoonlijkheidsstoornis lijdt, vaak ook voldoet aan criteria van andere persoonlijkheidsstoornissen. Om dit te ondervangen, bepleitte de werkgroep de overgang naar een dimensioneel systeem. Dit werd uiteindelijk zo ingewikkeld dat gevreesd werd voor klinische onuitvoerbaarheid. Daarom is om pragmatische redenen besloten de tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV ongewijzigd te handhaven. Het alternatieve, dimensionele model is opgenomen als een 'model in ontwikkeling'.

ANGST, DWANG EN TRAUMA APART IN DE DSM-5

In de DSM-5 is de DSM-IV-categorie angststoornissen in drie groepen verdeeld. Ten eerste een groep waarbij de symptomen gebaseerd zijn op zogenaamde *fear-circuits*. De emotionele reactie (verhoogde *arousal*, gedachten aan direct gevaar, vluchtgedrag) op daadwerkelijk of waargenomen gevaar staat centraal. Deze groep heet in de DSM-5 'angststoornissen' en omvat de meeste stoornissen uit de voormalige DSM-IV-categorie met dezelfde naam. Het betreft de specifieke fobie, sociale angststoornis, paniekstoornis, agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornissen door een middel, angststoornissen als gevolg van een somatische aandoening en de overige gespecificeerde dan wel ongespecificeerde angststoornissen. Ook de voormalige 'kinderstoornissen' separatieangststoornis en selectief mutisme vallen binnen deze categorie.

De tweede groep, de obsessieve-compulsieve en gerelateerde stoornissen, bestaat uit stoornissen die samenhangen met obsessieve gedachten en compulsieve handelingen. Daaronder valt uiteraard de obsessieve-compulsieve stoornis, die voorheen nog onder de angststoornissen geassocieerd werd, maar ook stoornissen uit andere DSM-IV-categorieën zoals stoornis in de lichaamsbeleving en trichotillomanie.

De derde en laatste groep wordt gevormd door stoornissen die samenhangen met de blootstelling aan een traumatische ervaring of een extreme stressor. Binnen die categorie vallen de voormalige angststoornissen posttraumatische stressstoornis (PTSS) en acute stressstoornis (ASS), maar ook de aanpassingsstoornissen en hechtingsstoornissen.

SPECIFIEKE VERANDERINGEN BIJ ANGSTSTOORNISSEN

Zoals al beschreven gaat de DSM-5 uit van een ontwikkelingsperspectief. Twee stoornissen die voorheen thuishoorden in de categorie 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' zijn in de DSM-5 toegevoegd aan de angststoornissen: de separatieangststoornis en selectief mutisme. Bij beide stoornissen zijn de kenmerken nagenoeg ongewijzigd gebleven. De belangrijkste veranderingen betreffen de woordkeuze. Bij de separatieangststoornis gaat het om niet bij de ontwikkelingsfase passende vrees voor scheiding van hechtingsfiguren. Voorheen waren dat vooral volwassenen (ouders/verzorgers). In de DSM-5 kunnen ook kinderen de hechtingsfiguren zijn. Dan zijn het bijvoorbeeld de ouders die aanhoudend angstig zijn dat hen iets overkomt of die tegenzin ervaren dan

wel weigeren om bij de kinderen weg te gaan. Bij selectief mutisme is iemand langer dan een maand niet in staat te spreken in bepaalde sociale situaties, ondanks het vermogen te spreken in andere situaties. Opvallend genoeg is angst geen criterium. Desondanks is selectief mutisme toch toegevoegd aan de categorie angststoornissen omdat de meeste kinderen met deze stoornis ook angstig zijn. In veel gevallen gaat het daarbij om sociale angst (APA, 2014).

Ten aanzien van de angststoornissen die al in de DSM-IV binnen deze categorie vielen zijn er twee vrij algemene wijzigingen doorgevoerd. Ten eerste moeten de klachten nu in op één na alle gevallen langer dan een half jaar aanhouden. Een van de overwegingen hierbij is dat klachten die korter aanhouden vaak een directe reactie op een stressor zijn, en dan (in termen van de DSM-IV) als aanpassingsstoornis geïnclassificeerd zouden moeten worden. Uitzondering is de paniekstoornis, omdat panieklachtnen snel verergeren en generaliseren, en snel ingrijpen daardoor gewenst is. Een tweede belangrijke overweging is dat door het invoeren van dit tijds criterium het onderscheid met normale, voorbijgaande angst beter wordt weergegeven. De verwachting is dan ook dat er daardoor minder angststoornissen gediagnosticeerd zullen worden.

Een tweede, iets minder algemene verandering is dat agorafobie, patiënten met een specifieke fobie, en sociaal angstige patiënten zich niet langer bewust hoeven te zijn dat hun angst overdreven of onredelijk is. Wel moet de angst (volgens de clinicus) buitenproportioneel zijn, gezien de aard van het daadwerkelijke gevaar.

Een opvallende specifieke wijziging is dat agorafobie niet langer slechts een specificatie bij de paniekstoornis is, maar als zelfstandige diagnose gesteld kan worden. In de DSM-IV werd onderscheid gemaakt tussen een paniekstoornis met of zonder agorafobie en agorafobie zonder paniekstoornis. In de DSM-5 wordt gesproken over een paniekstoornis en agorafobie als van elkaar gescheiden specifieke categorieën. Deze verandering is gebaseerd op de bevinding dat een substantieel deel van de patiënten die voldoen aan de criteria voor agorafobie geen panieksymptomen rapporteert.

De diagnostische criteria van de andere angststoornissen zijn verder nagenoeg ongewijzigd gebleven. Er is een opvallende uitzondering. Bij de sociale fobie wordt de specificatie *performance only* ingevoerd, te vertalen als angst voor spreken in het openbaar. De specificatie gegeneraliseerd vervalt omdat deze te veel overlap zou vertonen met de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

In de specifieke angststoornis overstijgende categorieën 'ten gevolge van een middel' (nog steeds met onderscheid: begin tijdens intoxicatie, begin tijdens onthouding of begin tijdens gebruik) en

‘ten gevolge van een andere medische conditie’ ten slotte, is niets veranderd. De angststoornis NAO wordt inhoudelijk ongewijzigd herdoopt in ‘ongespecificeerde angststoornis’.

SPECIFIEKE VERANDERINGEN BIJ DWANG EN GERELATEERDE STOORNISSEN

In de categorie ‘dwang en gerelateerde stoornissen’ heeft de combinatie met stoornissen uit de kindertijd niet tot uitbreiding geleid. De obsessieve-compulsieve stoornis staat nog steeds met ongewijzigde criteria centraal. Er zijn vier nieuwe specifieke stoornissen toegevoegd die als aan dwang gerelateerd beschouwd worden. Als eerste betreft het de stoornis in de lichaamsbeleving. Deze verhuist dus niet mee van de somatoforme stoornissen in de DSM-IV naar de somatische symptoomstoornissen in de DSM-5. De tweede en derde zijn trichotillomanie en huidpulken. Beide vinden we in de DSM-IV terug in de categorie impulscontrolestoornissen. (In de DSM-5 wordt dit de categorie ‘disruptieve, impulscontrole- en gedragsstoornissen’.) Als vierde zien we verzameldwang, het onvermogen tot weggooien ongeacht de huidige waarde, verschijnen. We kennen dit fenomeen uit de DSM-IV als vijfde van de acht kenmerken van de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Bij veldonderzoek is gebleken dat lang niet iedereen die aan zorgwekkende verzameldwang lijdt, voldoet aan de kenmerken van deze persoonlijkheidsstoornis. We ontwaren in de combinatie van dwanggerelateerde stoornissen de contouren van zogenaamde ‘obsessieve-compulsieve spectrumstoornissen’ (Denys & de Geus, 2007; Hollander, Kwon, Stein & Broatch, 1996), waarbij intrusieve gedachten en repetitieve handelingen centraal staan, en lang niet altijd sprake is van angst. Ten slotte zien we net als bij de angststoornissen de varianten van dwang die toe te schrijven zijn aan een middel of een andere medische conditie, of anderszins gespecificeerd of ongespecificeerd van aard zijn.

In de categorie ‘dwang en gerelateerde stoornissen’ wordt regelmatig de mogelijkheid geboden specificaties aan te brengen. Bij de dwangstoornis, stoornis in lichaamsbeleving en verzameldwang zijn er drie gradaties in mate van inzicht: redelijk tot goed, slecht of afwezig c.q. waanachtig. Bij de dwangstoornis bestaat er ook een specificatie ‘ticgerelateerd’. Bij stoornis in de lichaamsbeleving is voorzien in de specificatie *muscle dysmorphia*, een preoccupatie met een gebrek aan spiermassa. Bij verzameldwang ten slotte kan het excessief in huis halen van spullen nader aangeduid worden.

SPECIFIEKE VERANDERINGEN BIJ TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN

Net als bij angststoornissen vindt in deze categorie uitbreiding plaats met stoornissen vanuit de kindertijd. In dit geval gaat het om de gevolgschade van tekortschietende zorg: de reactieve hechtingsstoornis en de hechtingsstoornis met ontremming in sociaal gedrag. Bij de eerste zoekt het kind nauwelijks troost en blijft een reactie op troost bij stress uit. Bij de tweede is sprake van een gebrek aan terughoudendheid in vreemde situaties en met onbekenden. De aanpassingsstoornissen zijn vanwege het reactieve karakter op een aanwijsbare stressfactor eveneens in deze categorie ondergebracht. De criteria zijn in lichte mate aangepast met als doel te benadrukken dat het een stoornis betreft bij een buitenproportionele reactie op een stressor.

Bij de criteria van de PTSS en de acute stressstoornis (ASS) verandert het nodige. De eis dat betrokkene met intense angst, hulpeloosheid of afschuw op het trauma reageert (criterium A.2 in de DSM-IV) vervalt. Er is de afgelopen jaren binnen de groep trauma-experts veel gediscussieerd hoe het concept 'trauma' het beste omschreven kan worden, omdat door verschillende mensen heel verschillend op bepaalde stressoren gereageerd wordt (Wethers & Keane, 2007). Een voorbeeld hiervan is het zien van een traumatische gebeurtenis op televisie (zoals de aanval op het WTC in 2001) dat bij sommigen (vooral bij herhaald kijken) heeft geleid tot een gang naar de hulpverlening met klachten zoals herbelevingen, vermijding en arousal (Ahern, Galea, Resnick & Vlahov, 2004). De gevonden consensus binnen de DSM-5 is dat herhaalde *exposure* via elektronische media, televisie, films of foto's niet kan gelden als criterium voor een trauma (criterium A) tenzij het werkgerelateerd is. Er kan dan gedacht worden aan bijvoorbeeld forensisch medewerkers.

Bij het criterium herbelevingen zijn minimale herdefiniëringen. Het criterium 'vermijding en afstomping', bestaande uit zeven kenmerken, wordt opgesplitst in twee aparte criteria met in totaal negen kenmerken. Het ene betreft twee kenmerken gericht op vermijding (van de herinnering zelf of van reminders). Het tweede betreft negatieve veranderingen in cognitie (drie kenmerken) en stemming (vier kenmerken). Bij het criterium arousal wordt het kenmerk 'roekeloos of zelfdestructief gedrag' als zesde aan het bestaande vijftal toegevoegd. Als varianten zijn de specificaties 'met dissociatieve symptomen' en 'PTSS met verlate expressie' beschikbaar.

Voor kinderen van 6 jaar of jonger zijn de criteria anders, namelijk minder strikt en passend bij deze leeftijd beschreven. Observaties door anderen bij bijvoorbeeld het spelen kunnen van belang

zijn. Ook voor kinderen zijn de eerdergenoemde specificaties mogelijk. Bij de Ass is er meer keuzevrijheid uit PTSS-symptomen, inclusief de dissociatieve, gekomen.

DISCUSSIE

Het doel van dit artikel was de beschrijving van de veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-categorie angststoornissen. Binnen de angststoornissen (in de DSM-5) is een aantal voorgestelde ingrijpende veranderingen uiteindelijk niet doorgegaan. Zo zijn de criteria voor de gegeneraliseerde angststoornis na de nodige discussie hetzelfde gebleven bij gebrek aan overtuigend bewijs voor de voorgestelde alternatieven. Ook is er geen nieuwe categorie voor een gecombineerd beeld van depressie en angst in het leven geroepen. De gronden voor het schrappen van de specificatie gegeneraliseerd bij de sociale angststoornis lijken ons dubieus binnen het dimensionele concept van de DSM-5 (Hofmann, Newman, Ehlers & Roth, 1995). Ten gevolge van het verruimen van het tijds criterium naar zes maanden zal minder snel een angststoornis vastgesteld worden. Voordeel is dat hiermee tegemoet wordt gekomen aan het bezwaar van overdiagnostiek. Nadeel kan zijn dat onnodig wordt afgezien van kosteneffectieve behandeling van angst in een eerder stadium. Dit is van belang omdat de minder ernstige gevallen het grootste aandeel (57%) hebben binnen de groep mensen die in een bepaald jaar aan de criteria van een DSM-IV-angststoornis voldoet (Baxter, Vos, Scott, Ferrari & Whiteford, 2014), en de huidige angstbehandelingen juist voor die groep kosteneffectiever is dan voor de ernstige gevallen (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews & Lapsley, 2004). De toevoeging van de separatieangststoornis aan de angststoornissen maakt de kans op het stellen van de diagnose bij volwassenen groter. Want hoewel de diagnose ook voorheen bij volwassenen gesteld kon worden, gebeurde dit in de praktijk zelden (Bögels & Braet, 2014). Dit terwijl uit Amerikaans epidemiologisch onderzoek blijkt dat 6.6% van de volwassenen aan de criteria van deze angststoornis voldoet (Shaer, Jin, Ruscio, Walters & Kessler, 2006). Door de huidige plaats van de voormalige kinderstoornissen als separatieangststoornis zal er meer aandacht komen voor het ontwikkelen en onderzoeken van specifieke behandelmodellen en strategieën voor deze stoornis bij volwassenen.

Bij de dwangstoornissen zijn stoornissen uit andere categorieën (de vroegere somatoforme en impulscontrolestoornissen) en een kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis (de obsessieve-compulsieve) toegevoegd. Daar is veel voor te zeggen. Combinatie met de stoornis in lichaamsbeleving en verzameldwang sluit in elk geval

aan bij het gebruik van een identieke therapeutische strategie: exposure en responspreventie. De toevoeging van trichotillomanie en huidpulken is iets minder vanzelfsprekend, omdat daarbij zelfcontrole door een incompatibele respons centraal staat (Hoogduin, Hagenaars & Keijsers, 2011). Verzameldwang neemt een curieuze plaats in omdat deze ook blijft bestaan als onderdeel van de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Een categorie op basis van stressoren lijkt een vooruitgang. Nu bestaat deze categorie nog vooral uit het bij elkaar zetten van verschillende stressorgerelateerde stoornissen die in de DSM-IV in verschillende hoofdstukken stonden. Door vele hulpverleners bij trauma was gehoopt op het eindelijk opnemen in de DSM-5 van de complexe PTSS (Herman, 1997; Jongedijk, Carlier, Schreuder & Gersons, 1995). Dit concept wordt gebruikt voor de beschrijving van patiënten met PTSS die ook symptomen hebben op het gebied van dissociatie, stemming en somatisatie. Door het toevoegen van het dissociatieve subtype in de DSM-5 wordt een begin gemaakt met het toewerken naar complexe PTSS in de DSM, wat in de toekomst meer duidelijkheid kan gaan opleveren.

Samenvattend kan gesteld worden dat de DSM-5 ondanks forse ambities nog niet meer is dan een eerste aanzet richting een meer dimensionele benadering. Door de doelstelling er een levend document van te maken is echter wel de mogelijkheid gecreëerd om sneller en meer dan voorheen tussentijds aanpassingen te maken, zodat de ambities in de toekomst alsnog behaald kunnen worden. Binnen de drie in dit artikel besproken categorieën zijn de aanpassingen relatief klein. Hoewel lang niet altijd ideaal is ervoor gekozen sommige stoornissen toch ongewijzigd te laten, bij gebrek aan evidentie voor voorgestelde veranderingen. Dit heeft praktische voordelen voor zowel de praktijk als wetenschappelijk onderzoek, waar niet met andere criteria of zelfs stoornissen gewerkt hoeft te worden die niet meer valide en/of betrouwbaarder zijn dan de bestaande criteria en stoornissen. Nadeel is dat er nog een lange weg te gaan is richting een meer empirisch ondersteund classificatiesysteem.

DRS. ED BERRETTY, klinisch psycholoog-psychotherapeut, is specialismeleader angststoornissen bij PsyQ en coördinator psychotherapie in de opleiding psychiatrie van de Parnassia Groep.

DR. COLIN VAN DER HEIDEN, gz-psycholoog-psychotherapeut, is hoofd wetenschappelijk onderzoek & zorginnovatie en hoofdopleider cognitieve gedragstherapie bij PsyQ, onderdeel van de Parnassia Groep.

PROF.DR. H. WIJBRAND HOEK, psychiater en opleider psychiatrie, is directeur van de Parnassia Academie, onderdeel van de Parnassia Groep, hoogleraar psychi-

atrie Rijksuniversiteit Groningen/UMCG en bijzonder hoogleraar epidemiologie Columbia University in New York.

DRS. JOOP DE JONG, psychiater, is werkzaam op de afdeling psychotrauma van PsyQ-Haaglanden, onderdeel van de Parnassia Groep.

Referenties

- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H. & Vlahov, D. (2004). Television images and probable posttraumatic stress disorder after September 11: The role of background characteristics, event exposures, and perievent panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 217-226.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition.* [Vertaling i.s.m. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie onder supervisie van M.W. Hengeveld.] Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Baxter, A.J., Vos, T., Scott, K.M., Ferrari, A.J. & Whiteford, H.A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 44, 2363-2374.
- Bögels, S. & Braet, C. (2014). DSM-5 en psychische problemen bij kinderen. *Psychopraktijk*, 6, 29-32.
- Bouman, T., van Rood, Y., Mulkens, S.S. & Visser, S. (2013). 'Somatic symptom and related disorders' in de DSM-5. *Dth*, 33, 282-295.
- Denys, D. & de Geus, F. (red.). (2007). *Handboek obsessieve-compulsieve stoornissen.* Utrecht: De Tijdstroom.
- Frances, A. (2010). Alert to the research community: Be prepared to weigh in on DSM-5. *Psychiatric Times*, 27, 1-5.
- Herman, J.L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror* (previous edition: 1992). Basic Books.
- Hoek, H.W. (2013). Worden we beter van de DSM-5? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A6602.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A. & Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Hollander, E., Kwon, J.H., Stein D.J. & Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, Suppl. 8, 3-6.
- Hoogduin, K., Hagens, M. & Keijsers, G. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten: Zelfcontroleprocedures. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 381-413). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35.
- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V.E., Schreuder, B.J.N. & Gersons, B.P.R. (1995). Is er een plaats voor de complexe posttraumatische stress stoornis? PTSS en DES NOS nader beschouwd. *Tijdschrift voor psychiatrie* 37, 43-54.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A., Walters, E.E. & Kessler, R.C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1074-1083.
- van der Gaag, M. (2014). De laatste der DSM's. *Directieve Therapie*, 34, 219-222.
- Weathers, F.W. & Keane, T.M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.