

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd

DSM-5 en daarna?

Prof. Dr. Jan Derksen

www.jjlderksen.com

Hij heeft altijd kritiek..

- Columns Discura, in tijdschriften, kranten, optredens in de media, wetenschappelijke artikelen en boeken, meer van hetzelfde...
- Hij is niet voor niets vlak na het verschijnen van de eerste versie van de DSM geboren...
- Tja, dat valt niet meer te ontkennen..

DSM

- DSM-I 1952
- DSM-II 1968
- DSM-III 1980
- DSM-III-R 1987
- DSM-IV 1994
- DSM-IV-TR 2000
- DSM-5 2013



Kenmerken van de DSM

- Classificatie i.p.v. diagnostiek
- Categoriele benadering
- Expliciet a-theoretisch
- Operationele definitie van criteria
- Weinig over etiologie
- Geen behandelrespons
- Empirische benadering
- Biologische optiek, zoeken naar oorzaken in de hersenen

Gezondheid bevorderen

- Psychiatrisering en dus medicalisering van allerlei problemen
- Reïficatie, verdingelijking
- Wij zijn opgeleid om gezondheid te bevorderen
- Psyche is geen ding, het kwartje valt niet echt

Waar blijven de psychologen?

- Psychiatrie en klinische psychologie
- Soma en psyche
- Biologie en psychologie
- Ziekte en stoornis
- Wetenschap en klinische praktijk

Klinische psychologie en psychiatrie

- Theorie en theorieeloos
- Het begrip Neurose
- Bijdrage van de klinische psychologie en de neurowetenschappers in de psychologie

En nu constructief..

- Laat de DSM rusten, heeft al veel aandacht gehad
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders wordt wellicht de:
- Diagnostic and Statistical Manual of Brain Disorders
- Geen problemen mee..

Wie praktizieren psychologische diagnostiek

- GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinische psychologen, psychiaters, klinisch neuropsychologen

Wat diagnosticeren we (het object)?

- Psychische patronen en processen bij mensen die last hebben van adaptatieproblemen (pas op met stoornis)
- Problemen met liefhebben, werken en spelen
- Problemen die leiden tot lijden (bij jezelf of de ander)
- Geen gedrag, geen materieel object

Wat zijn psychische processen?

- Beweeglijk en veranderbaar: bewuste of secundaire processen, onbewuste of primaire processen, cognitieve processen, emotionele processen, gedragsprocessen, conditioneringsprocessen, psychodynamische en afweerprocessen
- Theorieafhankelijk, anders dan in de biologie, geen waarnemingsbegrippen

Wat zijn psychische patronen?

- Stabieler van aard, minder beweeglijk.
- Wordt ook wel aangeduid met persoonlijkheid, persoonlijkheidstheorieën kunnen hier behulpzaam zijn
- Toegespitst op de hulpvraag: neuroticisme, impulsiviteit, schizotypie, psychoticisme, psychopathie, etc.

Voorbeeld van hoe het ook kan:

- Hetgeen in de DSM wordt benoemd met een van de angst- of stemmingsstoornissen wordt nu:
- Emotieregulatieprobleem, de exacte vorm varieert, doen processen en patronen aan mee verwijst meteen naar hechtingstheorie waarmee ze worden geanalyseerd, verklaard en beïnvloed

Methoden descriptieve diagnostiek:

- Intakegesprek
- Observatie
- Eventueel een klachtenlijst

Methoden structurele diagnostiek:

- Onderzoeksgesprekken;
- Heteroanamnese;
- Observatie;
- Testonderzoek met name met: WAIS-III, MMPI-2, Rorschach, e.a.

Psychodiagnostiek als proces

- Stap 1: data verzamelen via observatie, gesprek en test
 - Zo neutraal en objectief mogelijk (science)
- Stap 2: interpretatieproces, sprong van data naar theorie (rode draad), hypotheses
 - Zo creatief mogelijk (art)

Wat is het doel van de psychodiagnostiek?

- Productie van:
- Een cluster van theorieën en daaruit afleidbare hypothesen over:
 - 1. De werkzame mechanismen bij het tot stand komen en in stand houden van de stoornis(sen)

Wat is het doel van de psychodiagnostiek?

- Productie van:
- Cluster van theorieën en daaruit afleidbare hypothesen over:
- 2. De rol van de persoonlijkheid in relatie tot de klachten
- 3. De bijdrage van de intieme relaties en sociale omgeving aan de stoornis en persoon
- 4. De indicatiestelling voor interventie
- 5. De verwachtingen van de interventie

Methodiek van de psychologische diagnostiek

- Empirische en regulatieve cyclus
- Kernhypothesen op basis van overlap van databronnen

Psychologische theorieën die in aanmerking komen

- 1. Conditionerings- en leertheorieën
- 2. Cognitieve theorieën
- 3. Psychodynamische theorieën

Proces van hulpverlening

- Stap 1 adaptatieproblemen met lijdensdruk
- Stap 2 psychologische analyse met behulp van psychologische theorieën
- Stap 3 indien een interventie is geïndiceerd gebeurt dit vanuit de drieluik op conditioneringsvlak, cognitief en psychodynamisch

Waar gebeurt dit?

- Eerstelijns voor problemen met processen door GZ-psychologen en psychotherapeuten (12 zittingen vergoeden)
- Tweedelijns, problemen met processen en patronen, door klinisch psychologen en psychiaters die een team leiden (eenmaal per twee jaar 40 zittingen vergoeden)
- Bij zieke patiënten door psychiaters ambulant of in ziekenhuis (alles vergoeden)

Wat niet en wat wel?

- Geen classificatie met etiketten
- Geen DBC's
- Wel psychologische diagnostiek met theorieën en ermee verbonden interventievoorstellen
- Geen betrekking op bv. eurodegeneratieve stoornissen zoals in de DSM
- Andere uitwerkingen zijn noodzakelijk

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

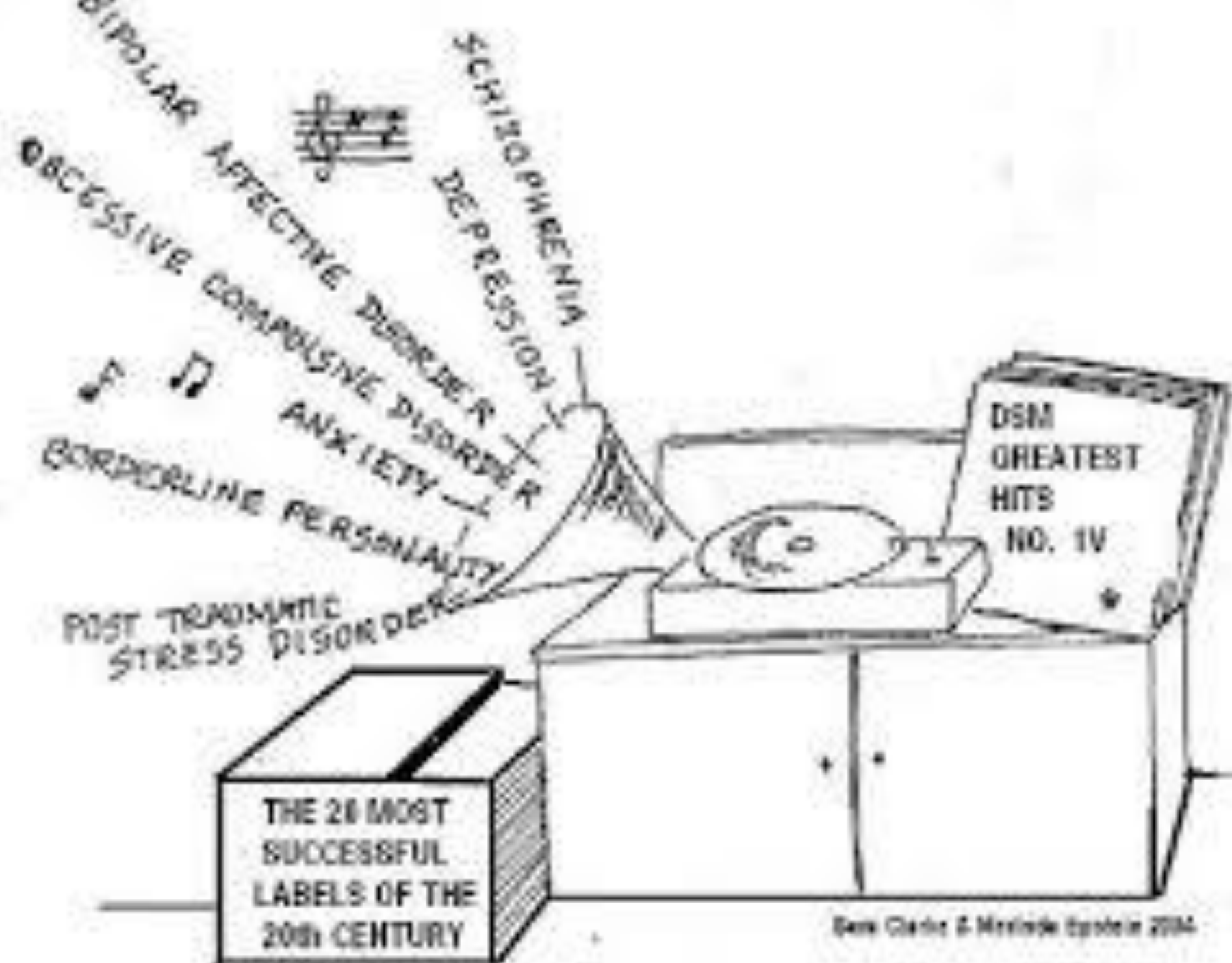
CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd



DSM-5: Good to great

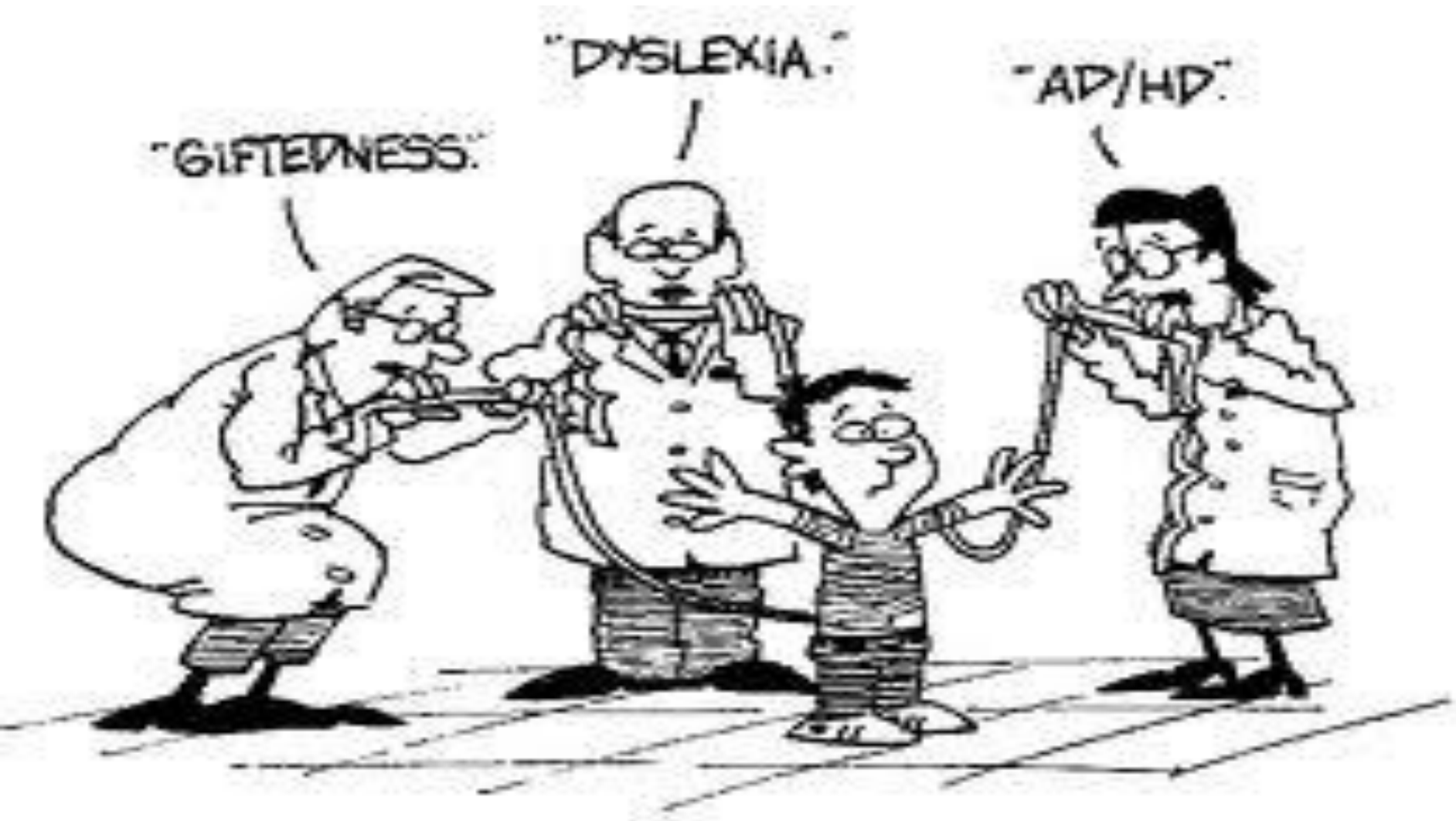
Roel Verheul

de Viersprong, Landelijk Centrum voor
Persoonlijkheidsproblematiek, UvA

Korte inhoud

- Verwarring over problemen m.b.t. DSM
- Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen
- Good to great

Verwarring over problemen m.b.t. DSM



Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Twijfels over fundament van DSM-5 als classificatiesysteem
 - Alleen eindstadia (?) versus disease management
 - Invalidering van mensen versus cliëntempowerment
 - Inconsistent met gewenste paradigmashift van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid

Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Twijfels over fundament van DSM-5 als classificatiesysteem
- Beperkingen in de constructie van de DSM-5
 - Criteria verklaren weinig en vormen in beperkte mate link tussen etiognose en prognose → beperkte voorspellende waarde of klinische bruikbaarheid (“je kunt je niet goed concentreren omdat je lijdt aan niet-goed concentreren”)
 - Individualisering: contextuele invloeden onderbelicht
 - Farmaceutische bias: door samenstelling werkgroepen nadruk op kenmerken die kunnen worden beïnvloed door medicatie (?)
 - Suboptimale drempelwaarden: diagnostische epidemieën (?) of onderdiagnostiek

Overdiagnostiek...



"We can't find anything wrong with you, so we're going to treat you for Symptom Deficit Disorder."

... of onderdiagnostiek?



Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Twijfels over fundament van DSM-5 als classificatiesysteem
- Beperkingen in de constructie van de DSM-5
- Onoordeelkundige toepassing van de DSM-5
 - Validiteitsproblemen
 - Ondeskundigheid: niet-professionals stellen diagnose
 - Bias bij de beoordelaar: te lage/hoge drempel
 - Betrouwbaarheidsproblemen
 - Onervarenheid: onvoldoende training en supervisie
 - Onbetrouwbaarheid: te snel en/of ongestructureerd

Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Twijfels over fundament van DSM-5 als classificatiesysteem
- Beperkingen in de constructie van de DSM-5
- Onoordeelkundige toepassing van de DSM-5
- Verkeerde conclusies op basis van DSM-5
 - Farmaceutische bias: medicalisering
 - Verouderde richtlijnen of geen richtlijn

Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Twijfels over fundament van DSM-5 als classificatiesysteem
- Beperkingen in de constructie van de DSM-5
- Onoordeelkundige toepassing van de DSM-5
- Verkeerde conclusies op basis van DSM-5
- Dubieuze gebruiksdoelen
 - Grondslag voor dbc productstructuur

DSM: diagnose of classificatie?

- Classificatie
 - “DSM-5 label is classificatie, geen diagnose”
 - “Slechts rubricering & etikettering van gedrag patronen. Etiket is geen aandoening of stoornis; pas als hoge score op disfunctioneren, lijdensdruk en zorgbehoefte”
 - “Voor individuele patiënt heeft DSM-5 weinig klinische betekenis, omdat veel relevante details in de classificatie verloren gaan”
- Diagnosen
 - “Diagnostic and statistical manual”
 - “Diagnostische criteria”
 - “Hoofddiagnose, nevendiagnose”

Wat is een diagnose?

- Oorsprong van het woord diagnose
 - Grieks: *dia-gignooskoo* = 'het nauwkeurig leren kennen'
- Definitie wikipedia
 - Vinden oorzaak van gevolg a.d.h.v. optredende verschijnselen
- Gebruik in de geneeskunde:
 - Door een diagnose wordt een ziekte geïdentificeerd vanuit optredende symptomen. De term diagnose is derhalve tegenwoordig doorgaans synoniem met de naam van de ziekte of aandoening waaraan iemand verondersteld wordt te lijden.

We zijn dus beperkt in onze diagnostiek als de diagnose weinig zegt over oorzaak. Let wel: in ons vak is er geen consensus over hoe diagnostiek er dan wel zou moeten uitzien!

De DSM is meer dan classificatie

- DSM-5 classificatie biedt diagnostische informatie over:
 - Aard en intensiteit vd psychische klachten en symptomen
 - Aard en intensiteit bijkomende psychische problemen
 - Somatische comorbiditeit
 - Relevante psychosociale factoren
 - Mate waarin het functioneren wordt belemmerd
- Maar: voor een diagnose als link tussen etiognose en prognose is veelal meer informatie nodig, bijvoorbeeld over:
 - Pathogenese en beloop
 - Contextuele factoren



Classificatie van

persoonlijkheidsstoornissen

Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

- DSM-IV is good:
 - Heeft betrouwbare diagnostiek mogelijk gemaakt
 - Heeft de herkenning van PS sterk verbeterd
 - Stimuleert onderzoek, ontwikkeling van behandelingen, richtlijnen en zorgprogrammering
 - PS tegenwoordig in top 3 van psychische stoornissen
 - Trekt steeds meer behandelaars en onderzoekers aan

Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

- DSM-IV is good, but not great
 - Geen specifieke definitie van algemene PS
 - Geen specificatie van de ernst
 - Doet weinig recht aan de heterogeniteit a.g.v. dimensionale aard van PS

Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

- DSM-5 is fantastisch
 - Specifieke algemene criteria → gemeenschappelijke kenmerken
 - Niveaus → ernst
 - Dimensies → variabiliteit

DSM-5 is fantastisch

–APA website:

- “Hybrid dimensional-categorical model (..) can ‘telescope’ the clinicians attention from a global rating of severity (..), through increasing degrees of detail and specificity (..), that can be pursued depending on constraints of time and expertise”

DSM-5 is fantastisch, maar toch niet 'great'

–APA website:

- “Hybrid dimensional-categorical model (..) can ‘telescope’ the clinicians attention from a global rating of severity (..), through increasing degrees of detail and specificity (..), that can be pursued depending on constraints of time and expertise”

–Klinkt fantastisch, maar is niet waar

- Voorstel mist empirische onderbouwing
- Voorstel is overmatig complex en incoherent en bedreigt daardoor gebruikersacceptatie en betrouwbaarheid

Complexiteit en incoherentie

–Meervoudig hybride systeem

- Pure dimensies & multidimensionale typen
- Algemene en specifieke criteria per type
- Oorsprong vanuit verschillende theoretische oriëntaties

Complexiteit en incoherentie

- Meervoudig hybride systeem
- Omvang neemt toe
 - DSM-IV BPS= 9 criteria, 180 woorden
 - DSM-5 voorstel BPS= 11-29 criteria, 375 woorden

Complexiteit en incoherentie

- Meervoudig hybride systeem
- Omvang neemt toe
- Meer interpretatie vereist
 - DSM-IV: “Opvallend en aanhoudend instabiel zelfbeeld”
 - DSM-5: “Opvallend ‘verarmd’, slecht ontwikkeld of instabiel zelfbeeld, vaak gecombineerd met excessieve zelfkritiek”

IS YOUR GLASS
HALF FULL OR HALF
EMPTY?

WHO CARES
BOB, FILL HER
UP!



search ID: mfln1740

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com

Patstelling

–Het glas is half vol

- DSM-5 is een heroïsche en innovatieve poging om de tekortkomingen van DSM-IV te verhelpen

–Het glas is half leeg

- Het voorstel mist empirische ondersteuning en bedreigt gebruikersacceptatie en betrouwbaarheid en daarmee de validiteit en bruikbaarheid



Doorslaggevende overwegingen

–Field trial

- Onvoldoende betrouwbaar

–Te radicaal zonder bewezen meerwaarde

- Ondanks claims geen paradigmashift
- Δ binnen paradigma vereist bewezen $\uparrow$ waarde
- “Zo lang we vasthouden aan descriptieve niveau valt er weinig winst te boeken door frequente en arbitraire systeemveranderingen”

–Besluit Task Force

- Voorlopig opnemen in de appendix (5.0)

JIM COLLINS

GOOD TO GREAT

NEDERLANDSTALIGE EDITIE



Waarom sommige bedrijven een sprong
vooruit maken... en andere niet

Good to great

–Doelstelling

- Diagnose moet etiognose en prognose gaan verbinden

–Methode

- Onderzoek naar etiologie, staging en profiling
- Integratie psychologische theorieën & neurowetenschappen
- Consensusvorming!

–Verwachte (gehoopte) resultaten

- Pathogenesegeïnformeerde diagnostiek & behandeling
- Matched care ↑ en stepped care ↓

Conclusies

–Verwarring over problemen m.b.t. DSM

- Maak onderscheid tussen problemen t.a.v. fundament, constructie, toepassing, conclusies en/of gebruiksdoelen

–Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

- DSM-IV classificatie is good but not great
- DSM-5 voorstel was fantastic; gelukkig in appendix

–Good to great

- Diagnose moet etiognose & prognose verbinden
- Onderzoek naar etiologie, staging en profiling
- Pathogenesegeëinformeerde diagnostiek & behandeling

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

DSM-5 biedt kansen

Prof dr Bert van Hemert

epidemioloog en psychiater





OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Essay

A Comparison of *DSM-IV* and *DSM-5* Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists

Volkskrant

'Normaal' gedrag als ziek in nieuw psychologenhandboek

Irene de Pous - 06/06/11, 06:00 Volkskrant

Psychiatrie in greep commercie

Door: Ellen de Visser - 14/03/12, 06:15 Volkskrant

'Nieuw handboek psychiatrie is onverantwoord'

Open Letter to the DSM-5

Diagnosing the D.S.M.

By ALLEN FRANCES

Is depression overdiagnosed?

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Essay

Met DSM en ICD eindelijk betrouwbare classificatie voor psychiatrische diagnoses

Volkskrant

Classificatie breed verward met diagnose

Farmaceutische industrie speelt handig in op onzekerheid

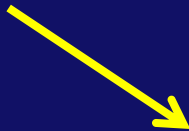
Populaire classificatie per abuis aangezien voor handboek

Open Letter to the DSM-5

Diagnosing the D.S.M.
By ALLEN FRANCES

Is depression overdiagnosed?

Patiënt



Klachten en
verschijnselen



Diagnose



Prognose



Behandeling



Klachten en verschijnselen

Context, begin, beloop, duur

Bijkomende factoren

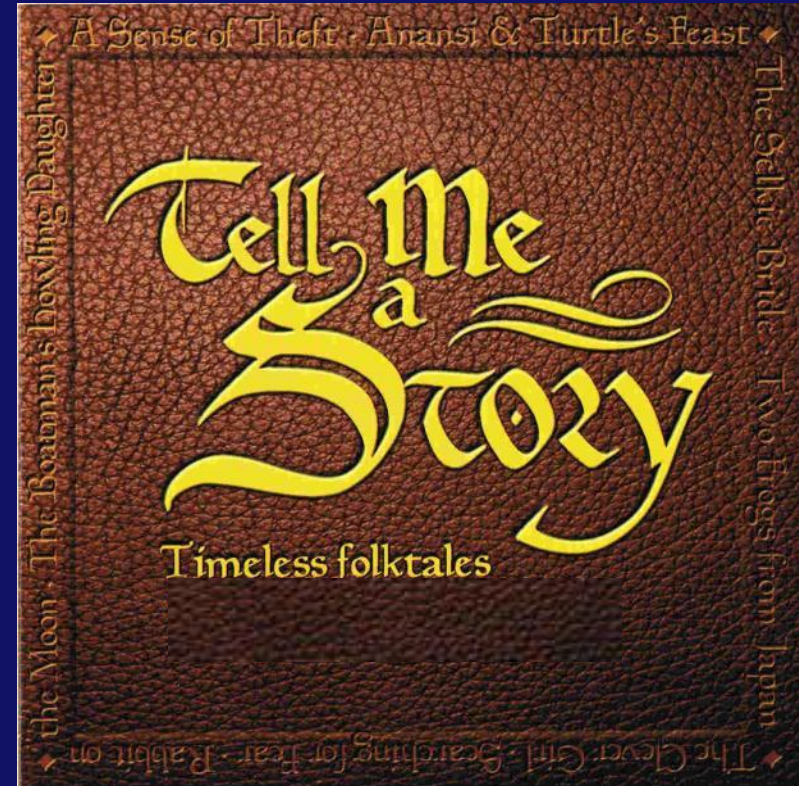
Belemmeringen

Familie anamnese

Eigen onderzoek

Weging van symptomen

Etiologische overwegingen



Hersenaandoeningen (delirium, encefalitis)

Functionele psychosen

Manisch-depressieve psychose

Melancholie - suïcidaliteit

Verstandelijke vermogens

Ontwikkelingsstoornissen (autisme)



Psychiatrie - historisch



Hersenaandoeningen (delirium, encefalitis)

Functionele psychosen

Manisch-depressieve psychose

Melancholie - suïcidaliteit

Verstandelijke vermogens

Ontwikkelingsstoornissen (autisme)

Brit. J. Psychiat. (1968), 114, 1-9

Psychiatric Diagnosis: A Comparative Study in North Carolina, London and Glasgow*

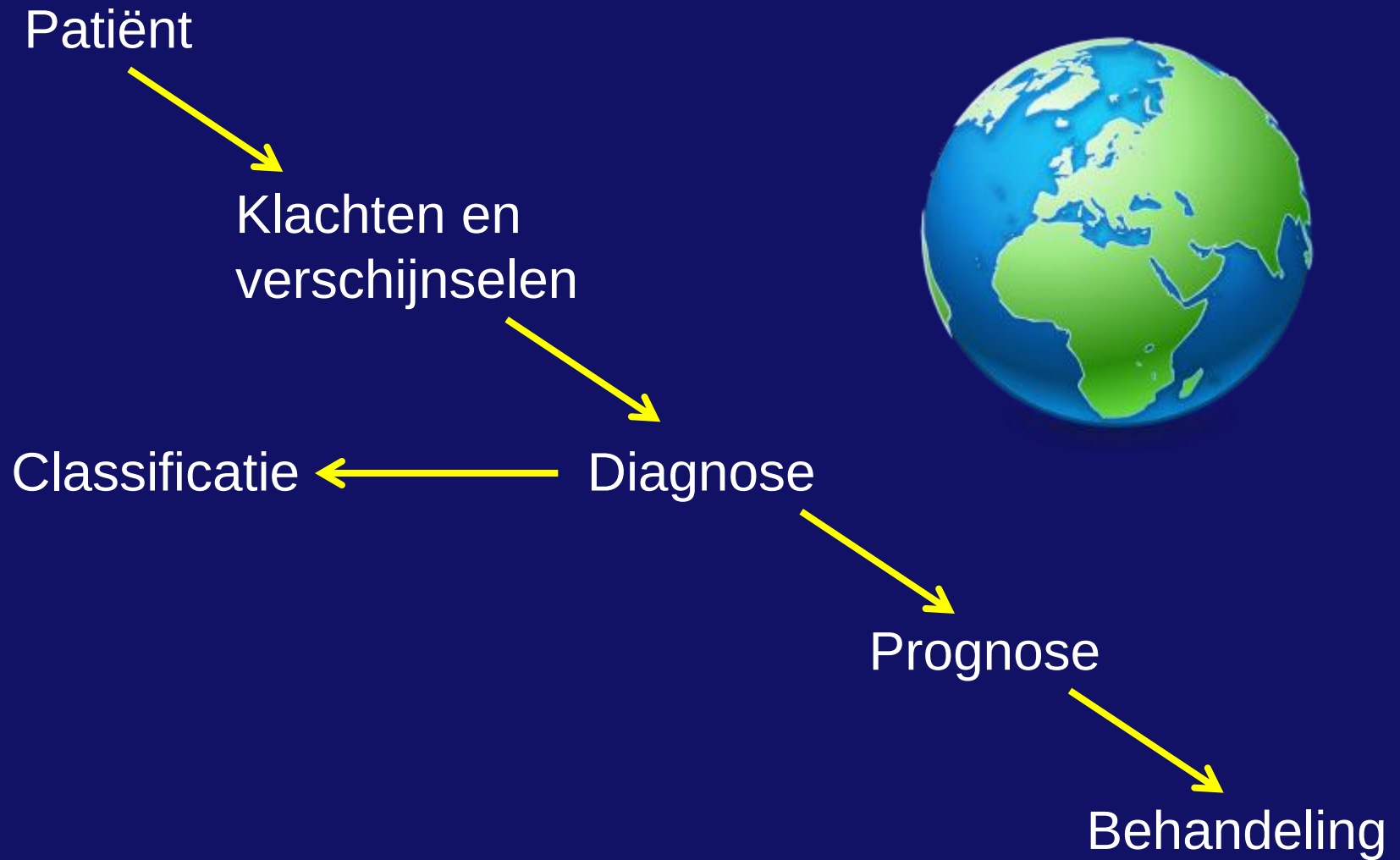
By MYRON G. SANDIFER, ANTHONY HORDERN, GERALD C. TIMBURY
and LINDA M. GREEN



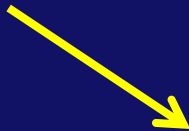
Functionele psychosen



Manisch-depressieve psychose



Patiënt



Klachten en
verschijnselen



Classificatie



Diagnose



Prognose

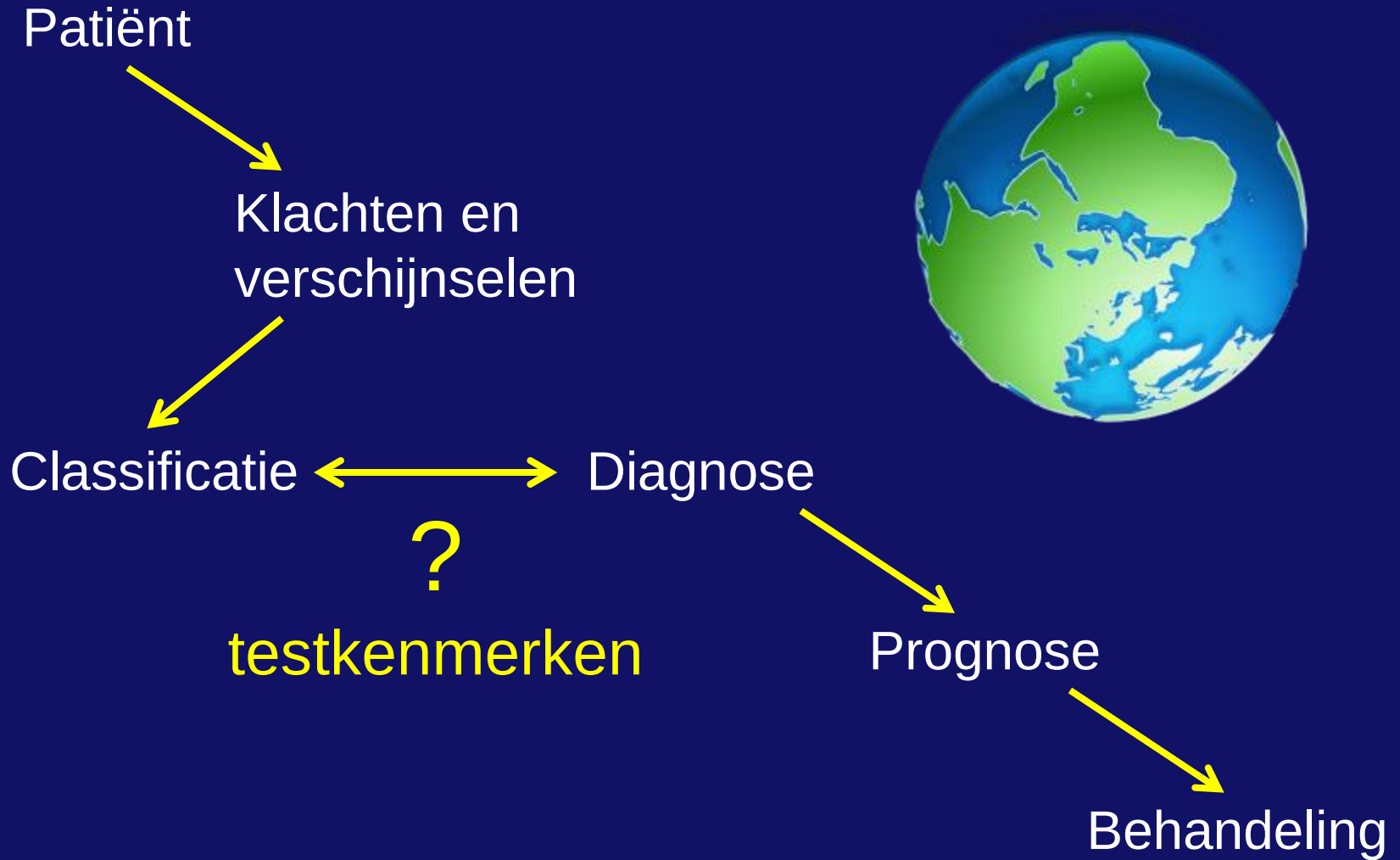


Behandeling



**Verlies van
Informatie!**

Instrument voor diagnostiek ?



Instrument voor diagnostiek ?

Classificatie $\longleftrightarrow$ Diagnose
?

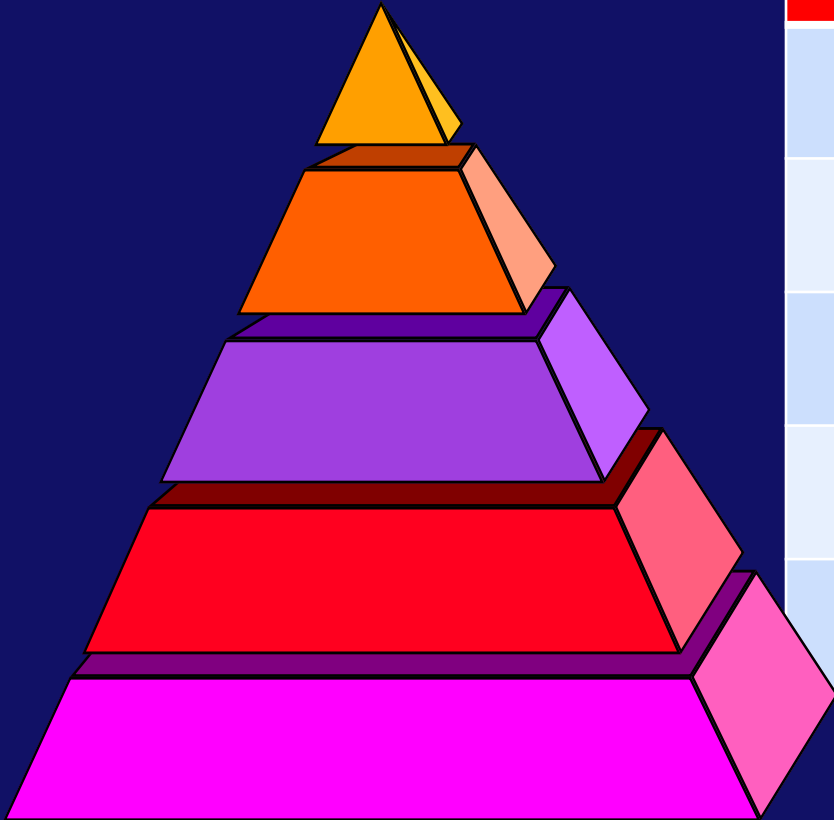


Sensitiviteit	Specificiteit
0,9	0,9

Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
N = 50	N = 50	50%

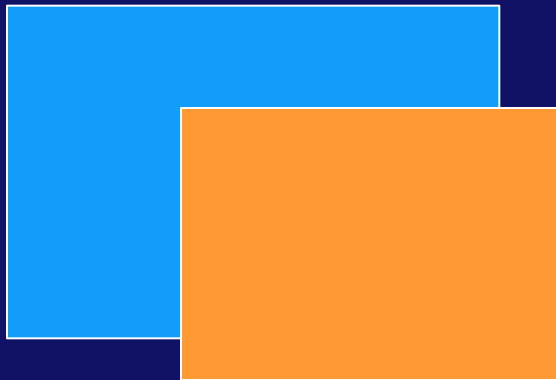
	Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
Classificatie	N = 5	N = 45	50%
Geen classificatie	N = 45	N = 5	





Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
N = 50	N = 50	50%
N = 500	N = 50	9%
N = 5000	N = 50	1%

Classificatie $\longleftrightarrow$ Diagnose
?



Sensitiviteit	Specificiteit
0,9	0,9

Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
N = 500	N = 50	9%

	Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
Classificatie	N = 50	N = 45	17%
Geen classificatie	N = 450	N = 5	

Classificatie $\longleftrightarrow$ Diagnose
?



Sensitiviteit	Specificiteit
0,9	0,9

Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
N = 5000	N = 50	1%

	Geen diagnose	Diagnose	Prevalentie
Classificatie	N = 500	N = 45	11%
Geen classificatie	N = 4500	N = 5	

Diagnostische validiteit tussen populaties?



Weg dan maar met die met de classificatie ?

Brit. J. Psychiat. (1968), 114, 1-9

Psychiatric Diagnosis: A Comparative Study in North Carolina, London and Glasgow*

By MYRON G. SANDIFER, ANTHONY HORDERN, GERALD C. TIMBURY
and LINDA M. GREEN



Functionele psychosen

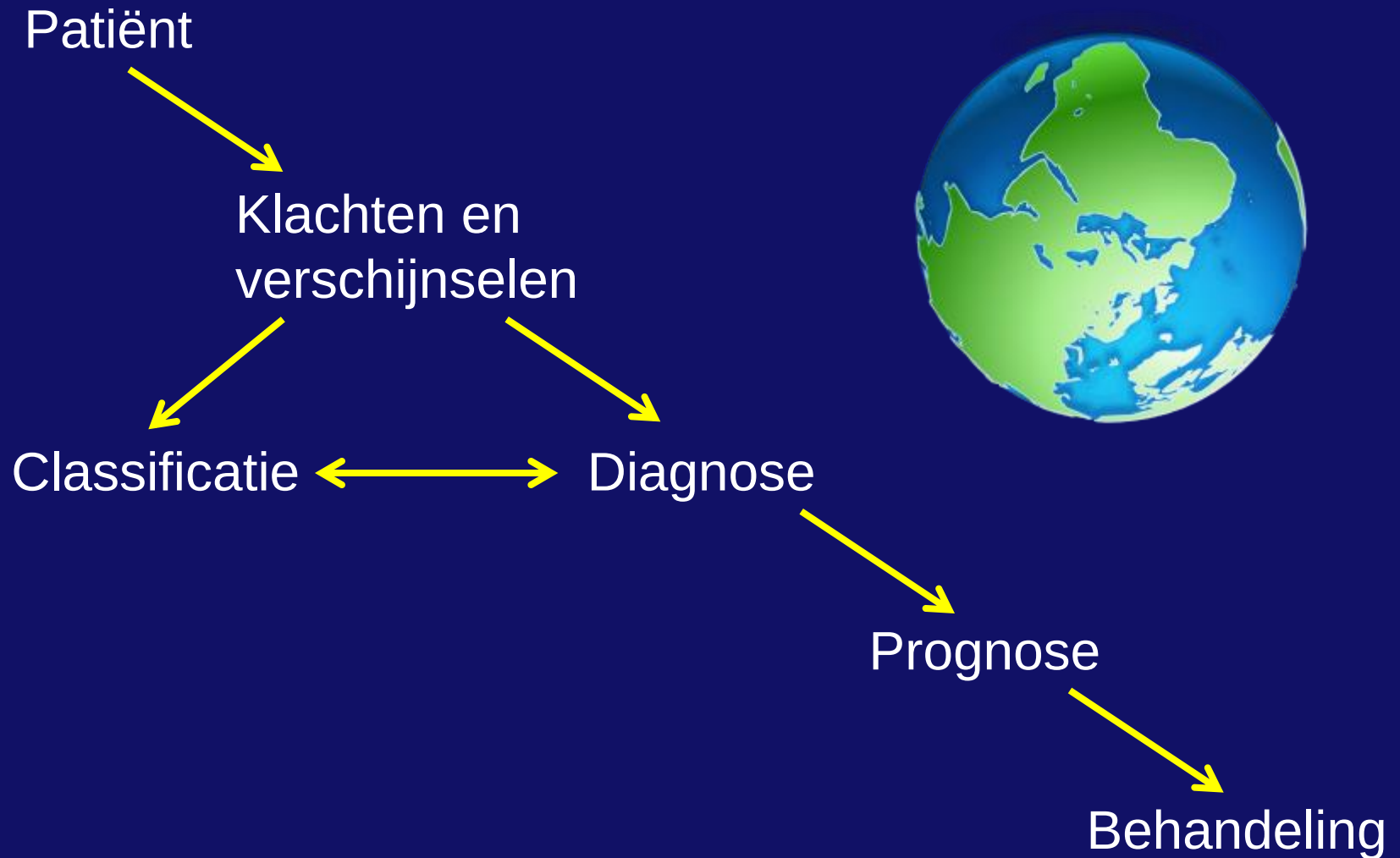


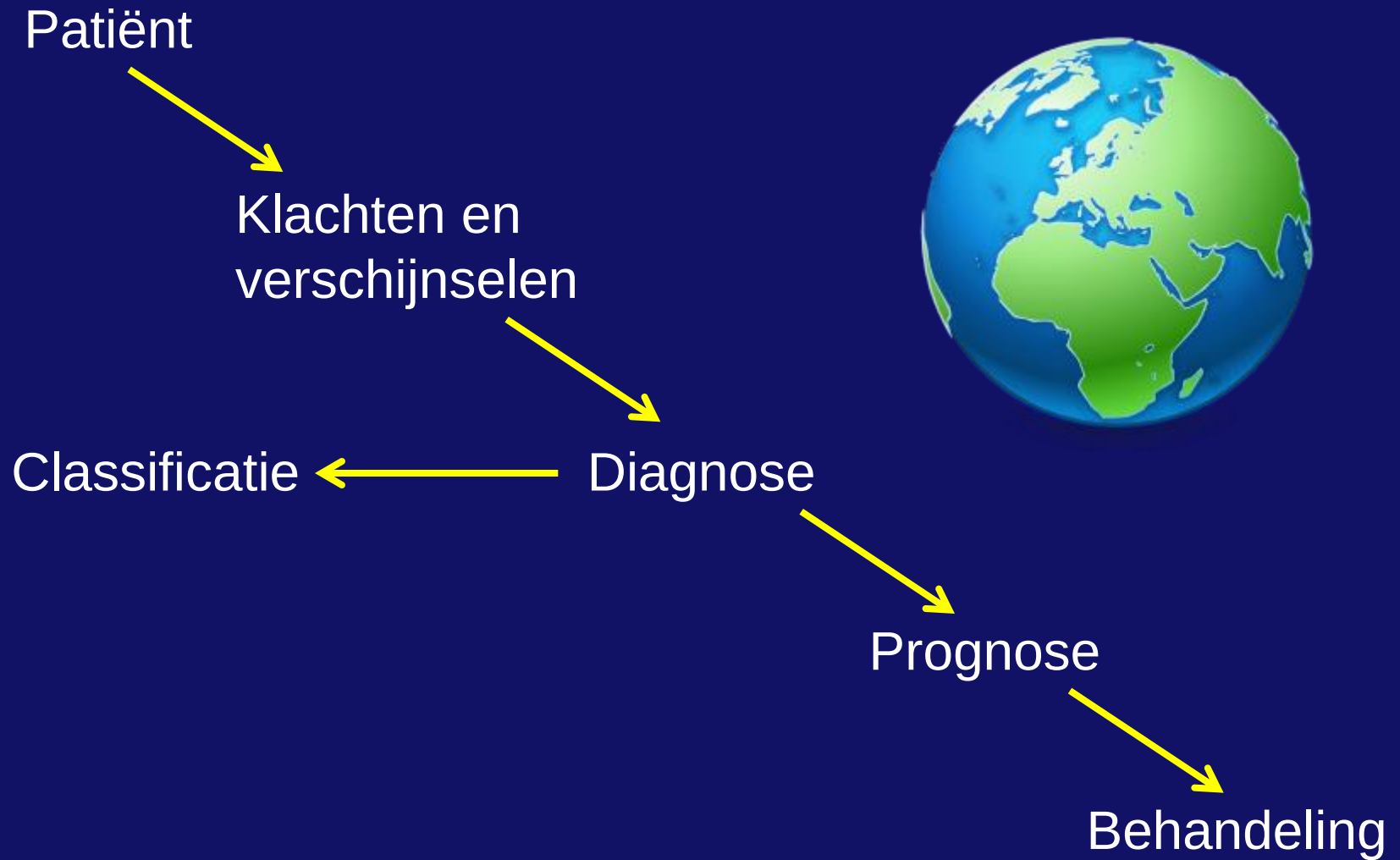
Manisch-depressieve psychose

“What’s the use of their having names” the Gnat said, “if they won’t answer to them?” “No use to *them*”, said Alice, “but it’s useful to the people that name them, I suppose. If not, why do things have names at all?”

Lewis Carroll, *Through the Looking Glass*

Verwarring diagnose en classificatie





Klachten en verschijnselen

Context, begin, beloop, duur

Bijkomende factoren

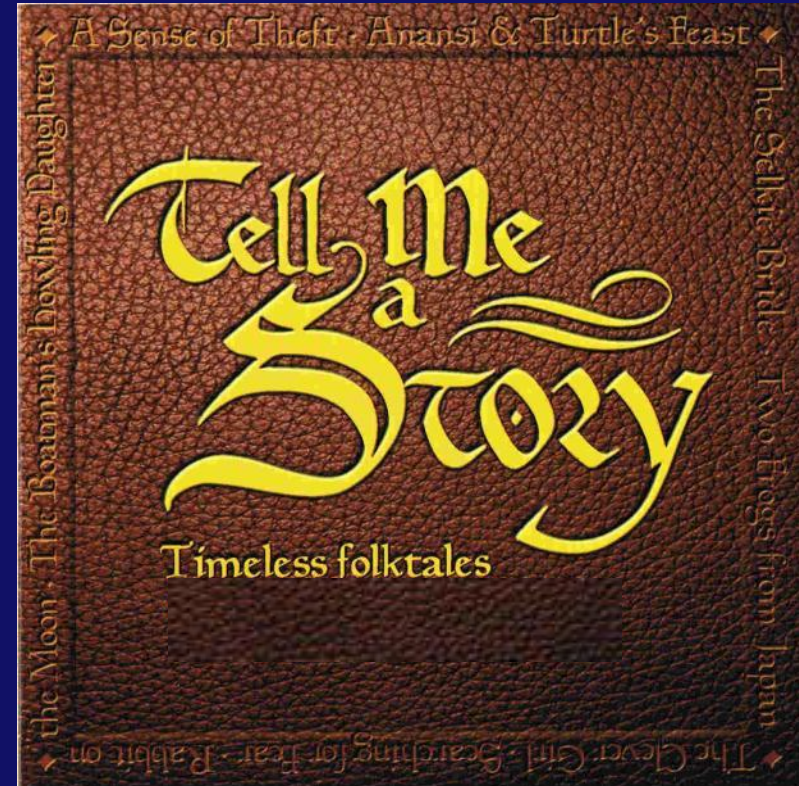
Belemmeringen

Familie anamnese

Weging van symptomen

Eigen onderzoek

Etiologische overwegingen



OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Essay

Met DSM en ICD eindelijk betrouwbare classificatie voor psychiatrische diagnoses

Moet de tijd worden teruggezet ?

Volkskrant

Classificatie breed verward met diagnostiek

Irene de Fous - 09/09/13, Volkskrant

Farmaceutische industrie speelt handig in op onzekerheid

Populaire classificatie per abuis aangezien voor handboek

Open Letter to the DSM-5

Diagnosing the D.S.M.
By ALLEN FRANCES

Is depression overdiagnosed?

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd

Opgeleid met DSM: *is there room for doubt?*

Ralph Kupka
Hoogleraar Psychiatrie | Bipolaire Stoornissen
VU Medisch Centrum, Amsterdam

Symposium Dilemma's rond DSM5 in de dagelijkse praktijk
21 maart 2013



GGZ inGeest

partner van VUmc



VU University
Medical Center
Amsterdam



Er is geen goeie ouwe tijd

Het beeld van de psychiatrie

Het gesprek met de patiënt

Is there room for doubt?

Er is geen goeie ouwe tijd

Het beeld van de psychiatrie

Het gesprek met de patiënt

Is there room for doubt?

Herman Boerhaave (1709)

Kortbondige Spreuken wegens de Ziektens



(a) DE DOLLIGHEID.

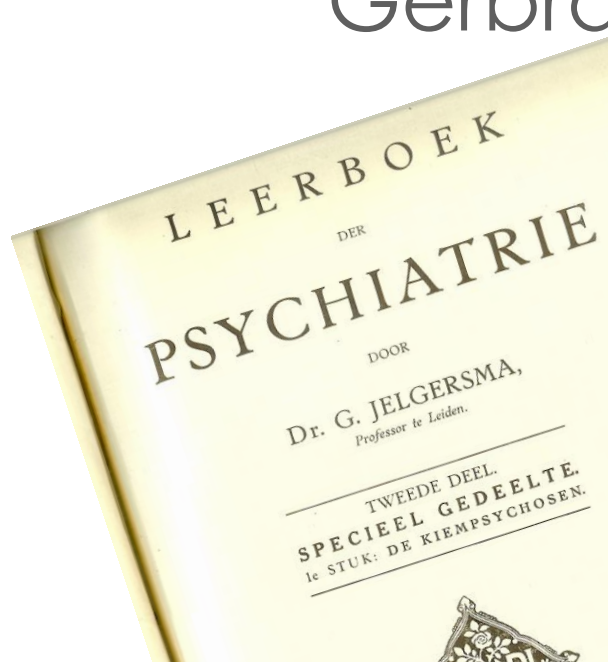
1118. *Indien de droefgeestigheid (1089.) tot zo ver inwafcht, dat 'er zo groote een schudding van 't herssensvugt komt, waar door in een wreede verwoedheid gedreven word, werd dolligheid genaamt.*

1119. *Welke maar in trap verschild van een droevige Melancholy, is een spruit van deze, komt uit dezelve oorzaaken voort, pleeg byna met dezelve geneesmid delen genesen werden.*

1123. *Inwerping in de Zee, indompeling in die herhaald, zo lang 't verdragen kan werden, is 't voornaamste geneesmiddel.*

1124. *Te vergeeffsch alles beproeft door alle geneesmiddelen, zo zyn een aderborsing, ambyen, roode lopen, waterzucht, een groote toevallige bloedstorting, derde daagsche koortzen, en vierde daags daar by komende, heilzaam geweest.*

Gerbrand Jelgersma (1911)



AMSTERDAM.
JELGERSMA & HOLKEMA'S BOEKHANDEL.
(K. GROESBEEK & PAUL NIJHOFF.)



DE MANISCH-DEPRESSIEVE PSYCHOSE.

HOOFDSTUK II.

A. ALGEMEENE KARAKTERISTIEK VAN HET ZIEKTEBEELD.

De groote groep psychosen welke wij onder dezen naam vereenigen, biedt in hare verschijnselen eene groote verscheidenheid aan. Evenals bij dementia praecox, bij 't chronisch alcoholisme enz., vinden wij ook hier vormen vereenigd, die in hun uitwendig voorkomen slechts weinig op elkaar gelijken. Eerst door een nauwkeuriger onderzoek en door vergelijking der symptomen onderling, en vooral door hunne wijze van ontwikkeling en verloop, kunnen wij er in slagen, het gemeenschappelijke te vereenigen en het wezenlijke in 't ziektebeeld te begrijpen. Wij beginnen met van de algemeene kenmerken der ziekte een kort overzicht te geven.

De manisch-depressieve psychose kenmerkt zich door een optreden in aanvallen. De frequentie van deze aanvallen is zeer verschillend en schommelt tusschen één toestand zijn collapsverschijnselen niet ongewoon. Onze moderne therapie beschikt over een middel, dat in dergelijke toestanden levensreddend kan zijn; dit is het geprolongeerde lauwe bad, eene therapeutische inrichting, die in vele gevallen toepasselijk, hier echter van groote beteekenis is. Gewoonlijk worden de patienten in het bad rustiger; in elk geval verbruiken zij minder lichaamskracht en komen zij gewoonlijk spoedig tot rust.

P.C. Kuiper (1975)

PROF. DR. P.C. KUIPER HOOFDSOM DER PSYCHIATRIE



tomencomplexen waarbij stoornissen met hallucinaties en wanen op de voorgrond staan. Wij behandelen nu de toestandsbeelden 10, 11, 16 en 17, die plegen te worden besproken in het kader der stemmingsafwijkingen, manieën en depressies. Silbermann noemt de manische toestand, de melancholische toestand, de depressieve toestand en de geagiteerd-depressieve toestand. – Het heeft een goede zin dat Silbermann's systeem de volgorde kiest: paranoïsche toestand, manisch toestandsbeeld, melancholisch toestandsbeeld, dan de amnestische toestanden, verwardheid en opwindingstoestand, dan de depressies. De hiërarchie der symptomen is: bewustzijnsstoornis, stupor, hallucinaties, wanen, amnesie, verwardheid, ontremming en dan de depressie. Bij melancholie en manie komen wanen voor, daarom komen ze eerder aan de orde dan de depressies, die na de amnestische beelden komen. Ik behandel de manie en de vormen van melancholie en depressie in verband met elkaar omdat de stemmingsanomalie bij deze beelden zo'n belangrijke rol speelt. – Hier volgen de definities:

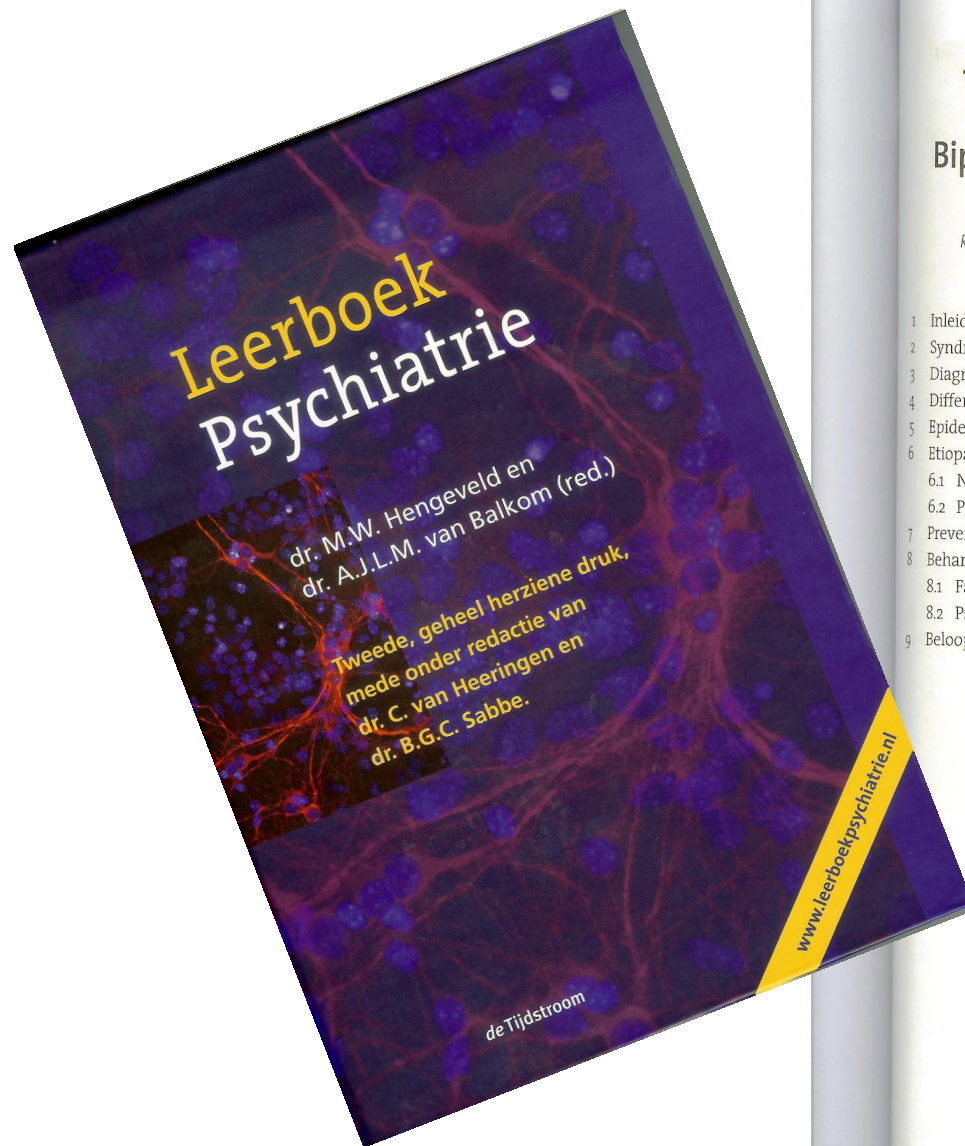
(10) MANISCH TOESTANDSBEELD: *toestand waarbij de patiënt wanen vertoont in combinatie met zelfoverschatting en motorische en/of verbale ontremming, bij afwezigheid van bewustzijnsdaling, of mutisme en bewegingloosheid, of hallucinaties, of paranoïdie.*

(11) MELANCHOLISCH TOESTANDSBEELD: *toestand waarbij patiënt wanen vertoont in combinatie met depressiviteit en zelfdeprecieatie en/of hypochondrische preoccupatie, bij afwezigheid van bewustzijnsdaling, of mutisme en bewegingloosheid, of hallucinaties of paranoïdie.*

(16) DEPRESSIEVE TOESTAND: *toestand waarbij patiënt depressief is, bij afwezigheid van bewustzijnsdaling, of mutisme en bewegingloosheid, of hallucinaties, of wanen, of geheugendefecten, of desoriëntatie, of verward denken, of illusionaire vervalsingen, of persoonsmiskennenning, of motorische en/of verbale ontremming, of angst.*

(17) GEAGITEERD-DEPRESSIEVE TOESTAND: *toestand waarbij patiënt depressief is in combinatie met motorische en/of verbale ontremming, en/of in combinatie met angst, maar bij afwezigheid van bewustzijnsdaling, of mutisme en bewegingloosheid, of hallucinaties, of wanen, of geheugendefecten, of desoriëntatie, of verward denken, of illusionaire vervalsingen, of persoonsmiskennenning.*

Wij kijken samen even naar de definitie van de manie. Wanneer een patiënt ontremd is en grootheidswanen uit, heeft hij dus een manie. Zou hij daarbij hallucineren dan spreken wij van een paranoïsch-hallucinatoir toestandsbeeld. Is het bewustzijn bij dit alles gedaald dan spreken we van delier. Heeft de patiënt een paranoïde waan dan spreken we van een paranoïsch toestandsbeeld. Spreken we van een manisch syndroom



10.2

Bipolaire stemmingsstoornissen

Ralph Kupka en Willem Nolen

- 1 Inleiding
- 2 Syndromen
- 3 Diagnostiek
- 4 Differentiële diagnose
- 5 Epidemiologie
- 6 Etiopathogenese
 - 6.1 Neurobiologische factoren
 - 6.2 Psychologische factoren
- 7 Preventie
- 8 Behandeling
 - 8.1 Farmacologische behandeling
 - 8.2 Psychologische behandeling
- 9 Beloop

Casuïstiek op www.leerboekpsychiatrie.nl:

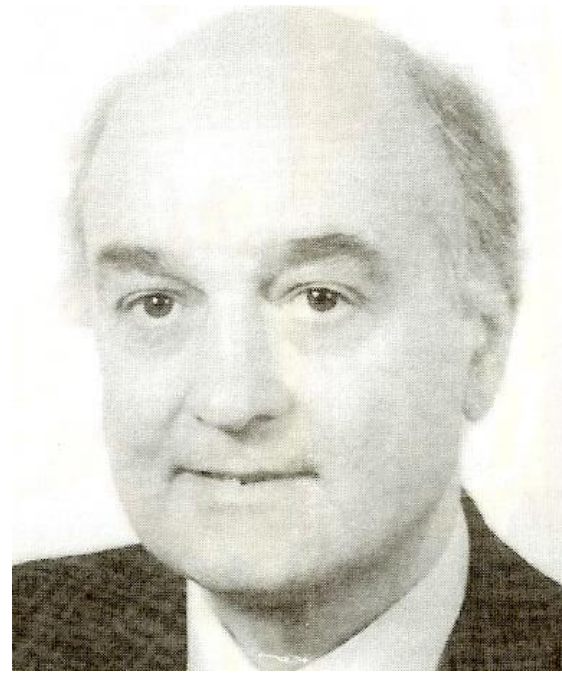
23

Hij heeft al zijn meubels uit het raam gegooid!

Ralph Kupka

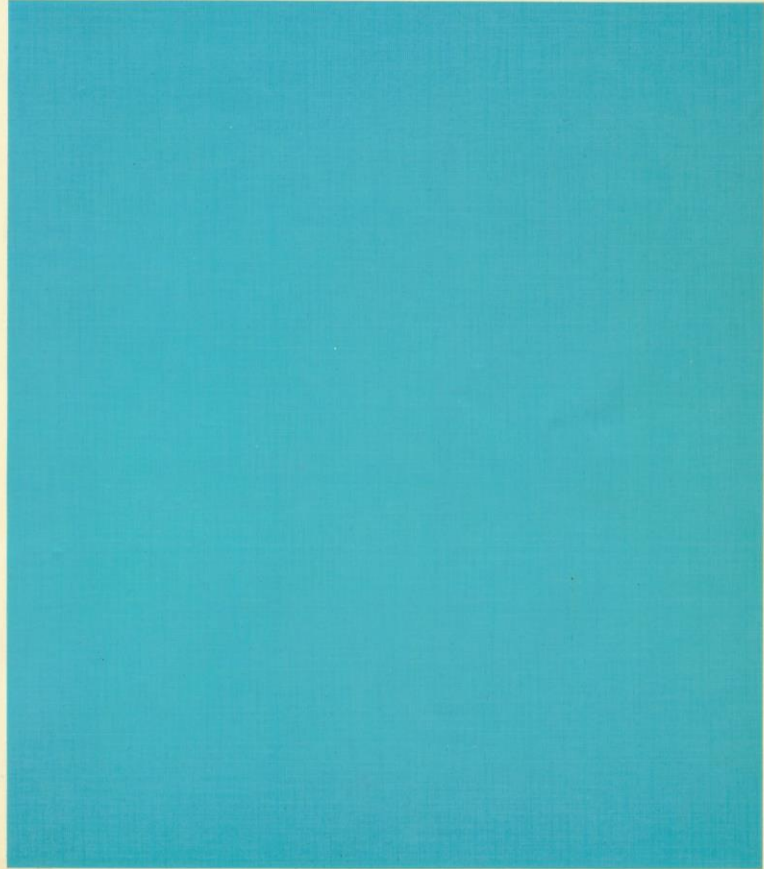


P.C. Kuiper



Frans de Jonghe

PROF.DR.P.C.KUIPER
HOOFDSOM DER
PSYCHIATRIE



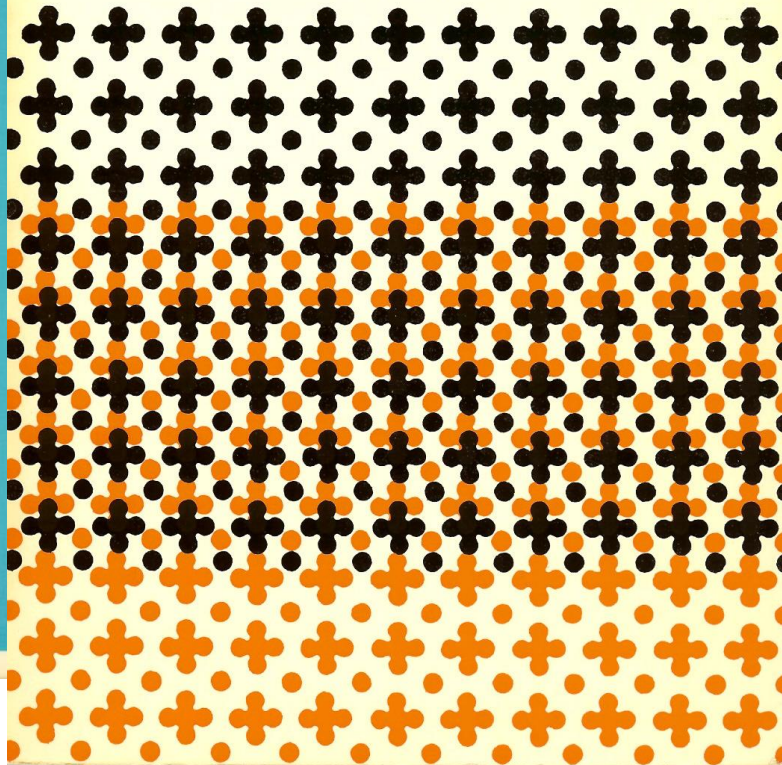
PROF.DR.P.C.KUIPER

HOOFTDSCHEN

Prof. Dr. P. C. Kuiper

PSYCHI

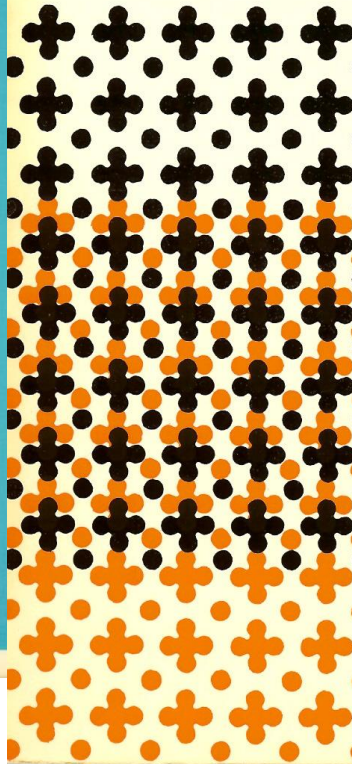
neurosenleer



PROF.DR.P.C.KUIPER
HOOFDSC
PSYCHI

Prof. Dr. P. C. Kuiper

neuro



P. C. Kuiper

De mens en zijn verhaal

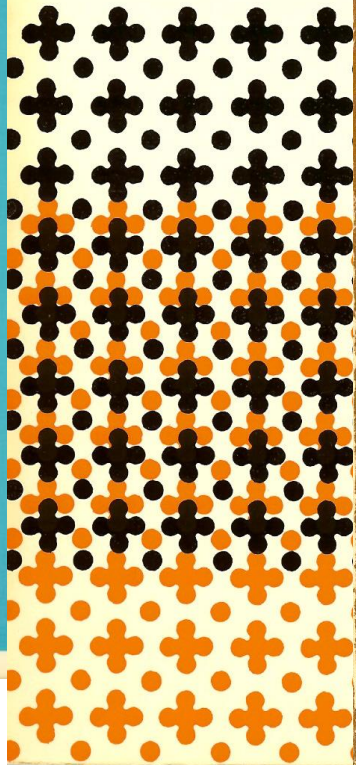


Athenaeum paperback

PROF.DR.P.C.KUIPER
HOOFDSC
PSYCHI

Prof. Dr. P. C. Kuiper

neuro



P. C. Kuiper

De mens en zijn v



Athenaeum paperback

Van Loghum Slaterus

P.C.Kuiper

Verborgen
betekenissen

Psychoanalyse,
fenomenologie,
hermeneutiek

PROF.DR.P.C.KUIPER HOOFDSOM DER PSYCHIATRIE

PSYCHIATRISCHE ZIEKTEBEELDEN

BELOOPSVORMEN, SYNDROMEN, ZIEKTEN

In dit hoofdstuk is de behandeling van de psychiatrische ziektebeelden aan de orde. Hetgeen de student in de psychiatrie zal moeten leren vaststellen wanneer hij met zijn patiënten geconfronteerd wordt, is het *toestandsbeeld*. Dan volgt onderzoek naar de beloopsvorm, dan komen de oorzakelijke factoren aan de orde. Voor de beschrijving der toestandsbeelden gaan wij uit van het door mijn medewerker Silbermann opgestelde systeem: het CHAM-systeem[*], niet op bijbelse gronden aldus genoemd, CHAM is het woord gevormd door de beginletters van de woorden Consequent Hiërarchisch Arbitrair en Monothetisch. In dit hoofdstuk behandelen wij de toestandsbeelden, de beloopsvormen, d.i. toestandsbeeld plus beloopsvorm, en ook wordt op causale factoren ingegaan waar dit voor het begrip noodzakelijk is. Ik geef hier de rij toestandsbeelden:

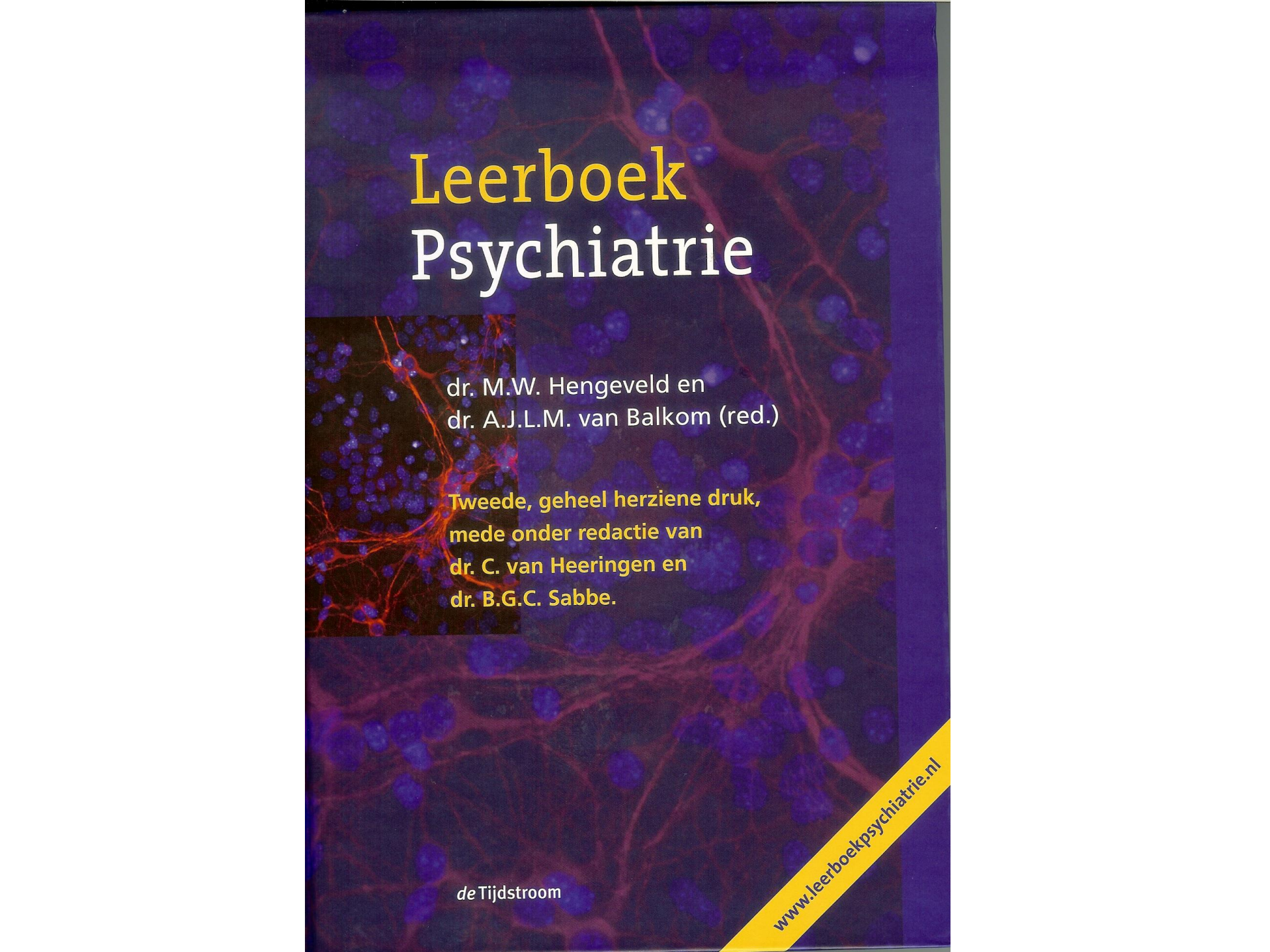
(1) Coma	}	<i>Bewustzijnsstoornis</i>
(2) Sub-coma		
(3) Soporeuze toestand		
(4) Schemertoestand		
(5) Delirante toestand	—	<i>Stupor</i>
(6) Stuporeuze toestand		
(7) Paranoïsch-hallucinatoire toestand	}	<i>Hallucinaties</i>
(8) Hallucinatoire toestand		
(9) Paranoïsche toestand	}	<i>Wanen</i>
(10) Manisch toestandsbeeld		
(11) Melancholisch toestandsbeeld		
(12) Amnestische toestand	}	<i>Amnesie</i>
(13) Amnestisch-confabulatoire toestand		
(14) Verwardheidstoestand	—	<i>Verwardheid</i>
(15) Opwindingstoestand	—	<i>Ontremming</i>
(16) Depressieve toestand	}	<i>Depressie</i>
(17) Geagiteerd-depressieve toestand		
(18) Angst-toestand	—	<i>Angst</i>
(19) Gedragsanomalie	—	<i>Gedragsanomalie</i>
(20) Hyperesthetisch-emotioneel toestandsbeeld	—	<i>Affectlabiliteit</i>

Er is geen goeie ouwe tijd

Het beeld van de psychiatrie

Het gesprek met de patiënt

Is there room for doubt?



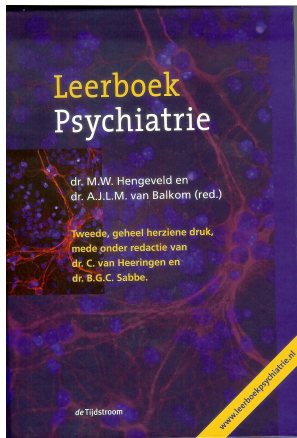
Leerboek Psychiatrie

dr. M.W. Hengeveld en
dr. A.J.L.M. van Balkom (red.)

**Tweede, geheel herziene druk,
mede onder redactie van
dr. C. van Heeringen en
dr. B.G.C. Sabbe.**

de Tijdstroom

www.leerboekpsychiatrie.nl



Deel II Psychiatrische ziektebeelden

Cognitieve stoornissen

Psychotische stoornissen

Stemmingsstoornissen

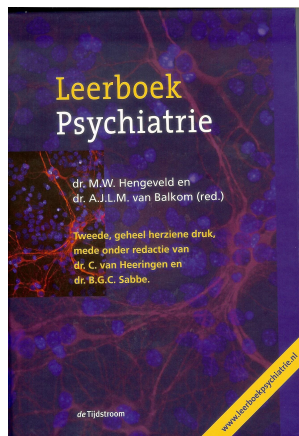
Angst- en dwangstoornissen

Stress- en aanpassingsstoornissen

Stoornissen met vooral lichamelijke symptomen

Conatieve stoornissen

Persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen



1 Inleiding

De bipolaire stoornis is een ernstige, recidiverende stemmingsstoornis die wordt gekenmerkt door het afwisselend optreden van depressieve, manische, hypomanische en gemengde episoden, met daartussen relatief symptoomvrije intervallen van kortere (dagen tot weken) of langere (maanden tot jaren) duur. Deze stoornis stond vroeger bekend als de manisch-depressieve stoornis. Zoals in hoofdstuk 10.1 is vermeld, worden de bipolaire stoornissen in de DSM-IV gerangschikt onder de stemmingsstoornissen.

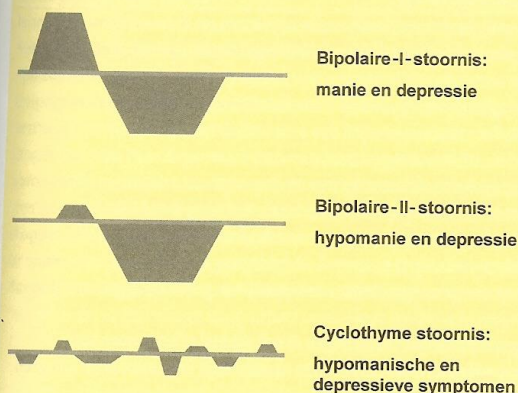
De bipolaire stemmingsstoornis wordt onderscheiden in verschillende subtypes, waarvan de bipolaire I-stoornis het meest bekend is. Hierbij treden naast depressieve episoden ook manische episoden op. Bij de bipolaire II-stoornis komen er naast de depressieve slechts hypomanische episoden voor, die bovendien vaak onopgemerkt blijven, zodat er ogenschijnlijk sprake lijkt te zijn van een recidiverende depressie. De cyclothyme stoornis is een minder ernstige variant, waarbij er over een lange periode wel frequent elkaar afwisselende depressieve en manische symptomen aanwezig zijn, maar nooit volledige depressieve of manische episoden zijn opgetreden. Figuur 10.2.1 geeft een schematische weergave van deze subtypen.

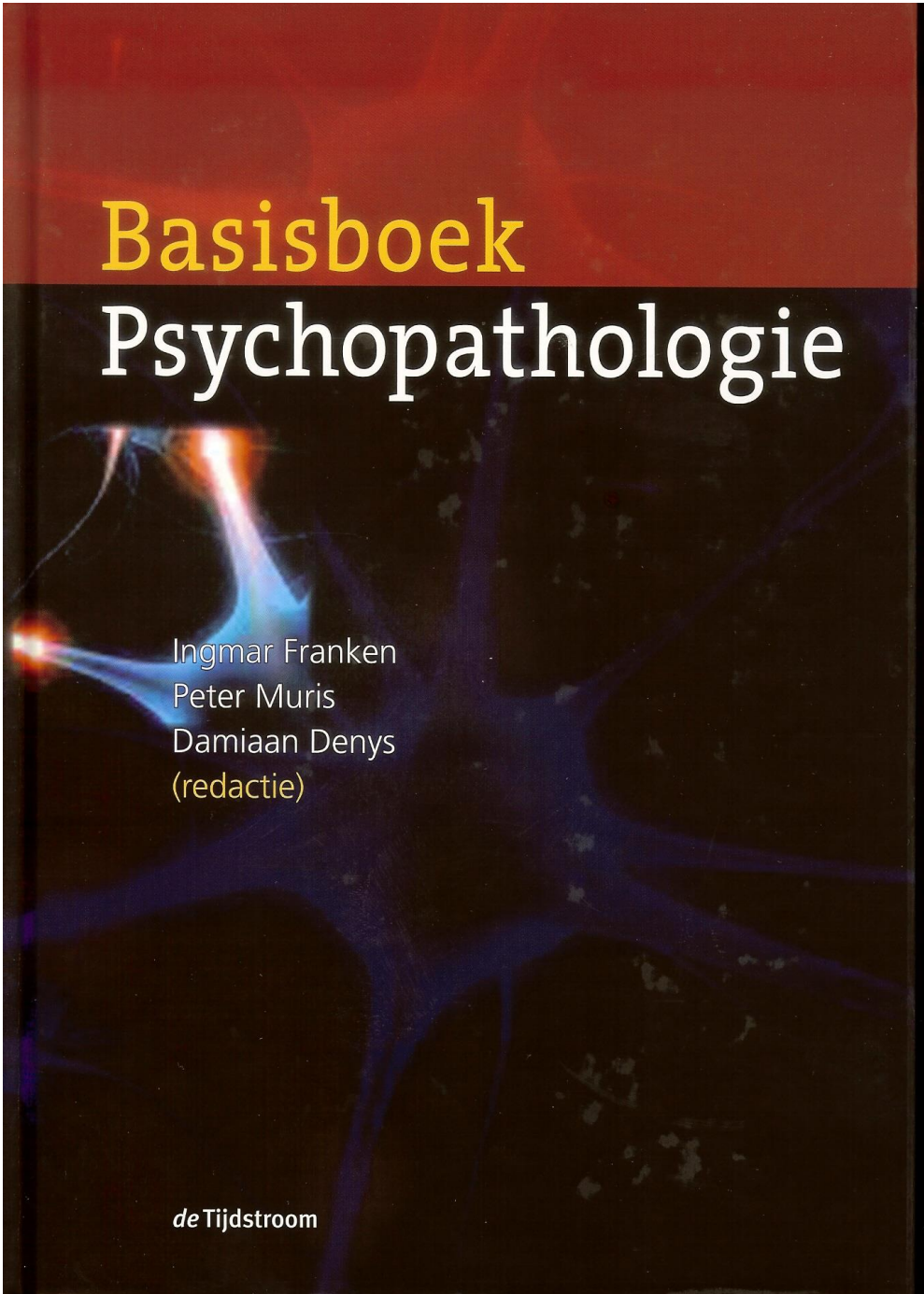
De bipolaire stoornis begint veelal in de jonge volwassenheid en duurt voort tot in de ouderdom, waardoor de stoornis een grote invloed op het leven van de patiënt kan hebben. Een vroegtijdige diagnose en adequate behandeling zijn daarom van groot belang.

2 Syndromen

De bipolaire stoornis wordt gekarakteriseerd door het optreden van hypomanische of manische episoden. Daarbij is er sprake van een euforie of prikkelbare stemming. Het meest kenmerkend is echter de toegenomen activiteit, waarbij de patiënt overmatig energiek is en een vermin-

Figuur 10.2.1 Schematische voorstelling van de verschillende subtypen van de bipolaire stoornis zoals geclassificeerd in DSM-IV

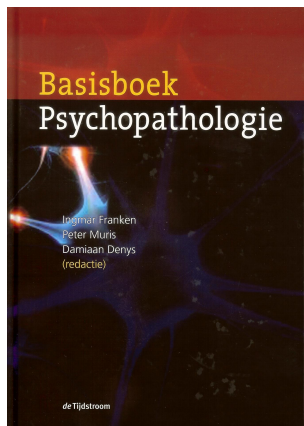




Basisboek Psychopathologie

Ingmar Franken
Peter Muris
Damiaan Denys
(redactie)

de Tijdstroom



DEEL 5 STEMMINGSSTOORNISSEN

Hoofdstuk 20

Depressie – 337

Paul Bouvy, Tom Birkenhäger, Walter van den Broek, Witte Hoogendijk

Hoofdstuk 21

Bipolaire stoornissen – 353

Ralph Kupka, Ursula Klumpers, Nienke Jabben

DEEL 6 ANGSTSTOORNISSEN

Hoofdstuk 22

Paniekstoornis en agorafobie – 375

Koen Schruers, Klara De Cort, Peter Muris

Hoofdstuk 23

Specifieke fobieën – 393

Jorg Huijding

Hoofdstuk 24

Sociale angststoornis – 407

Marisol Voncken, Sandra Mulken, Corine Dijk

Hoofdstuk 25

Obsessieve-compulsieve stoornis – 423

Reinier Prosée, Nienke Vulink, Damiaan Denys

Hoofdstuk 26

Posttraumatische stressstoornissen – 443

Miranda Olff

Hoofdstuk 27

Gegeneraliseerde angststoornis – 459

Colin van der Heiden

DEEL 7 SOMATOFORME STOORNISSEN

Hoofdstuk 28

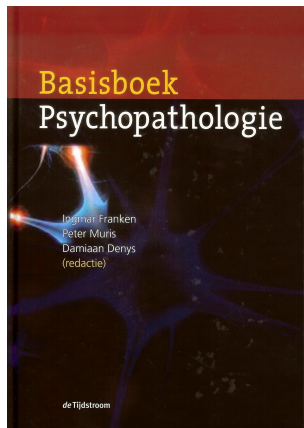
Conversiestoornis – 473

Rianne de Kleine, Karin Roelofs, Agnes van Minnen

Hoofdstuk 29

Pijnstoornis – 485

Annelies Lammertyn, Geert Crombez, Johan Vlaeyen



De psychiater stelt vast dat er naast de recidiverende depressie met vitale kenmerken sprake is van recidiverende hypomanische episoden, en stelt als diagnose: bipolaire II-stoornis bij een familiale belasting voor stemmingsstoornissen.

Tabel 21.1 DSM-IV-criteria voor stemmingsepisoden

Depressieve episode

Kernsymptomen

Depressieve stemming

Verlies van interesse of plezier

Bijkomende symptomen (vier of meer)

Verandering van gewicht of eetlust

Insomnie of hypersomnie

Psychomotore agitatie of remming

Moeheid of verlies van energie

Gevoelens van waardeloosheid of schuld

Verminderde concentratie of besluiteloosheid

Doodsgedachten of suïcidegedachten

Symptomen duren ten minste twee weken en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren.

Manische episode

Kernsymptoom

Abnormale en voortdurend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming

Bijkomende symptomen (drie of meer)

Opgeblazen eigenwaarde of grootheidsideeën

Afgenomen behoefte aan slaap

Spreekdrang

Gedachtevlucht

Verhoogde afleidbaarheid

Toegenomen activiteit of agitatie

Activiteiten met sociaal pijnlijke gevolgen

Symptomen duren ten minste één week (of elke duur indien de patiënt opgenomen wordt) en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren.

Hypomane episode

Kernsymptoom en bijkomende symptomen als bij een manische episode, maar er zijn géén psychotische verschijnselen en opname is niet noodzakelijk.

Symptomen duren ten minste vier dagen, gaan gepaard met een onmiskenbare en waarneembare verandering van het functioneren, maar veroorzaken géén significante beperkingen van het functioneren.

Gemengde episode

Er wordt gedurende ten minste één week voldaan aan de criteria voor een manische en een depressieve episode, hetzij gelijktijdig, dan wel in snelle afwisseling.

KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY

NINTH EDITION



EDITORS

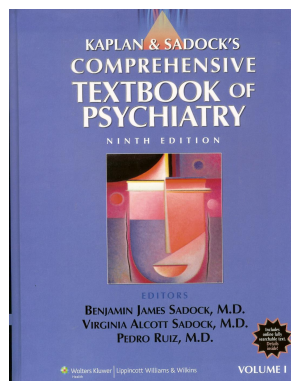
BENJAMIN JAMES SADOCK, M.D.
VIRGINIA ALCOTT SADOCK, M.D.
PEDRO RUIZ, M.D.

Includes
online fully
searchable text.
Details
inside!



Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins
Health

VOLUME I



ern Specifier

attern of major
olar II disorder, or

hip between the
ar I disorder or
rder, recurrent, and
appearance of the
er).

is an obvious effect
e.g., regularly being

in to mania or
me of the year (e.g.,

isodes have
sonal relationships
sonal major
that same period,
scribed previously)
major depressive
individual's lifetime.

Association: *Diagnostic*
ext rev. Washington,

experience increased
the spring. In the fall
ve sugars, and overeat
patients is associated
s. These data suggest
disorders rather than
e of the clinical phe-
belong to the bipolar
pression has received
epressions; the former
hotoperiods), and the
ure. The DSM-IV-TR
in Table 13.7-6.

I desire is seen in de-
men experience tem-
women are often un-
to participate in it, a
ychotherapists might
al conflict and might
e attention to conjugal
results in erectile fail-
ological consultation,
al dysfunction rather
e delayed by the focus
n with depressive dis-
ants before receiving
This is less likely to oc-
ment with such agents
n clinically depressed
od disorder. Selective
y aggravate the sexual
ends to improve it.

sive disorder may ex-
pansive nature. These
s as well; hence, the

sexual drive can be considered the *fifth reverse vegetative*
evening worsening of mood, initial insomnia, hypersomnia,
weight gain). Several patients have derived temporary reversal of
depression after intense sexual encounters. In these depressed
increased sexual drive, intensity, or both may indicate a mixed
of bipolar disorder (type II). Further scrutiny in such cases
reveals a premonitory cyclothymic or hyperthymic temperament.
data suggest that, depending on the breadth of the criteria
to 70 percent of depressions with atypical features belong to
ular spectrum.

Syndrome

clinical depression, the psychopathology of mania (Table
can be conveniently discussed under mood, psychomotor,
ion, and cognitive disturbances. The clinical features of mania
usually the opposite of those of depression. Thus, instead of low-
mood, thinking, activity, and self-esteem, there is elevated mood,
of ideas, psychomotor acceleration, and grandiosity. Despite
contrasts, the two disorders share such symptoms as irritability,
anxiety, and agitation. Actually, an excess of the latter symp-
escalating intensity suggests a mixed phase or mixed episode
(13.7-8) of mania and depression occurring simultaneously.
TR does not specifically mention the foregoing signs and
symptoms, which recent research has identified as clinical pointers
mixed states. Manic and mixed episodes represent the hall-

Table 13.7-7.

DSM-IV-TR Criteria for Manic Episode

A distinct period of abnormally and persistently elevated,
expansive, or irritable mood, lasting at least 1 week (or any
portion if hospitalization is necessary).
During the period of mood disturbance, three (or more) of the
following symptoms have persisted (four, if the mood is only
irritable) and have been present to a significant degree:
(1) Inflated self-esteem or grandiosity
(2) Decreased need for sleep (e.g., feels rested after only 3 hours
of sleep)
(3) More talkative than usual or pressure to keep talking
(4) Flight of ideas or subjective experience that thoughts are
racing
(5) Distractibility (i.e., attention too easily drawn to unimportant
or irrelevant external stimuli)
(6) Increase in goal-directed activity (socially, at work or school,
or sexually) or psychomotor agitation
(7) Excessive involvement in pleasurable activities that have a
high potential for painful consequences (e.g., engaging in
unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish
business investments)
The symptoms do not meet criteria for a mixed episode.
The mood disturbance is sufficiently severe to cause marked
impairment in occupational functioning or in usual social
activities or relationships with others or to necessitate
hospitalization to prevent harm to self or others, or there are
psychotic features.
The symptoms are not due to the direct physiological effects of a
substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other
treatment) or a general medical condition (e.g., hyperthyroidism).
Manic-like episodes that are clearly caused by somatic
antidepressant treatment (e.g., medication, electroconvulsive
therapy, or light therapy) should not count toward a diagnosis of
bipolar I disorder.

Reprinted with permission from American Psychiatric Association: *Diagnostic*
and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington,
DC: American Psychiatric Association; 2000.



Table 13.7-8.
DSM-IV-TR Criteria for Mixed Episode

- The criteria are met for a manic episode and a major depressive episode (except for duration) nearly every day during at least a 1-week period.
 - The mood disturbance is sufficiently severe to cause marked impairment in occupational functioning or in usual social activities or relationships with others or to necessitate hospitalization to prevent harm to self or others, or there are psychotic features.
 - The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e.g., hyperthyroidism).
- Note:** Mixed-like episodes that are clearly caused by somatic antidepressant treatment (e.g., medication, electroconvulsive therapy, or light therapy) should not count toward a diagnosis of bipolar I disorder.

Reprinted with permission from American Psychiatric Association: *Diagnostic*
and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington,
DC: American Psychiatric Association; 2000.

mark of what was once termed *manic-depressive psychosis* and is
currently termed *bipolar I disorder*.

Although milder or hypomanic features (Table 13.7-9) can con-
tribute to success in business, leadership roles, and the arts, recur-
rences of even mild manic symptomatology are typically disruptive.
The elated mood tends to produce overoptimism concerning one's



Table 13.7-9.
DSM-IV-TR Criteria for Hypomanic Episode

- A distinct period of persistently elevated, expansive, or irritable mood, lasting throughout at least 4 days, that is clearly different from the usual nondepressed mood.
 - During the period of mood disturbance, three (or more) of the following symptoms have persisted (four, if the mood is only irritable) and have been present to a significant degree:
(1) Inflated self-esteem or grandiosity
(2) Decreased need for sleep (e.g., feels rested after only 3 hours of sleep)
(3) More talkative than usual or pressure to keep talking
(4) Flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing
(5) Distractibility (i.e., attention too easily drawn to unimportant or irrelevant external stimuli)
(6) Increase in goal-directed activity (socially, at work or school, or sexually) or psychomotor agitation
(7) Excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences (e.g., the person engages in unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish business investments)
 - The episode is associated with an unequivocal change in functioning that is uncharacteristic of the person when not symptomatic.
 - The disturbance in mood and the change in functioning are observable by others.
 - The episode is not severe enough to cause marked impairment in social or occupational functioning or to necessitate hospitalization, and there are no psychotic features.
 - The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e.g., hyperthyroidism).
- Note:** Hypomanic-like episodes that are clearly caused by somatic antidepressant treatment (e.g., medication, electroconvulsive therapy, or light therapy) should not count toward a diagnosis of bipolar II disorder.

Reprinted with permission from American Psychiatric Association: *Diagnostic*
and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington,
DC: American Psychiatric Association; 2000.

DSM-IV-TR psychiatisch classificatiesysteem

Stemmingsepisodes

○ Depressieve episode (Major Depressive Episode)

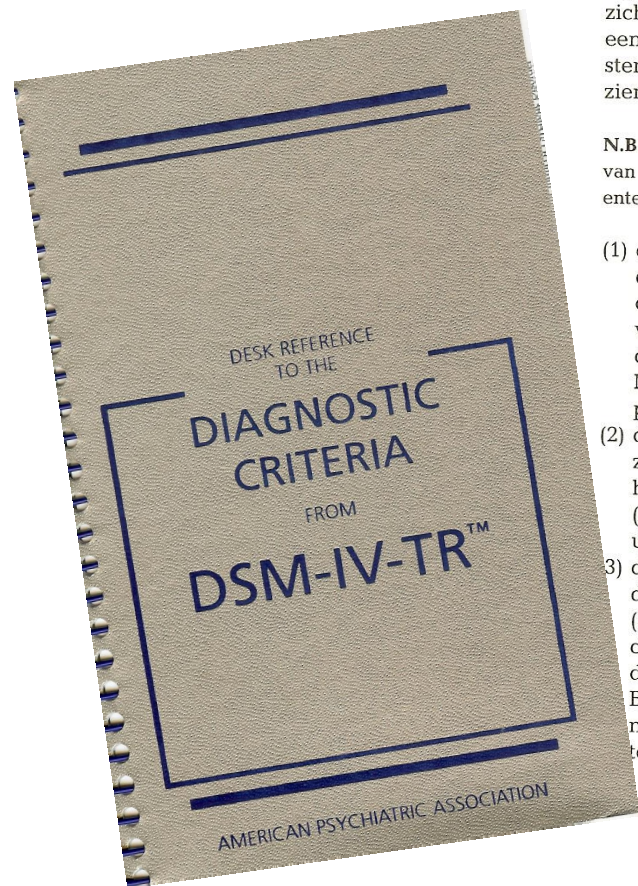
- A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

N.B.: Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening, of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties.

- (1) depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand). **N.B.:** Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn
- (2) duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
- (3) duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. **N.B.:** Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename

- (4) insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
- (5) psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag
- (6) moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- (7) gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid met of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag
- (8) verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
- (9) terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidedgedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

- B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode' (zie pagina 207).
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).
- E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een geliefd persoon zijn de symptomen lan-



DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FOURTH EDITION

DSM-IV™

Wat leest u ?

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DESK REFERENCE
TO THE

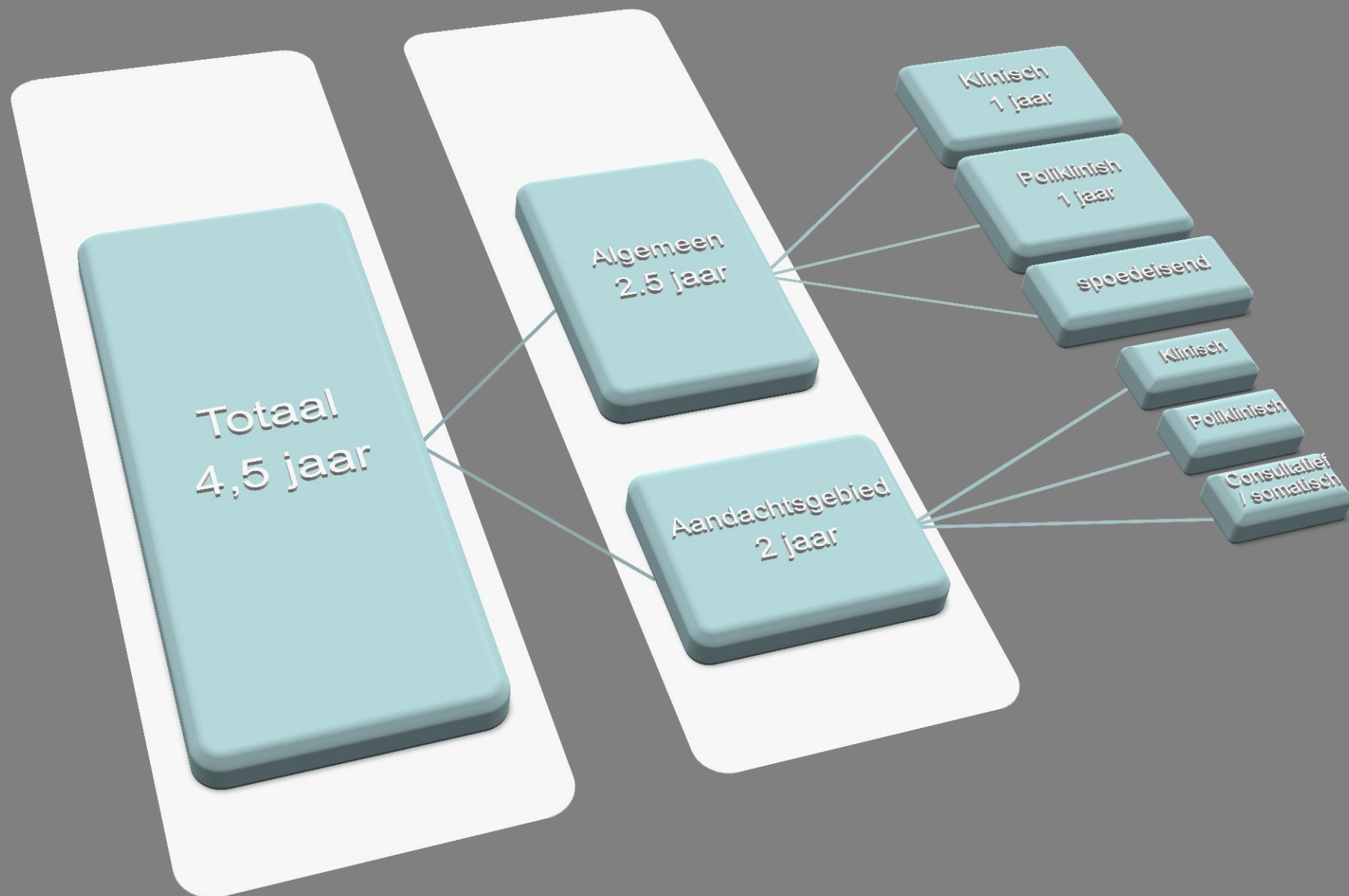
DIAGNOSTIC
CRITERIA

FROM

DSM-IV-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

De opleiding tot psychiater



HOOP

Herziening
Opleiding en
Onderwijs
Psychiatrie

deTijdstroom

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE



Competentiegebieden van de medisch specialist

1. Medisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie
7. Professionaliteit

(Canmeds)

Bijlage II

Specialismegebonden competenties psychiatrie

1 Medisch handelen

1.1 De psychiater bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied

Ten aanzien van psychopathologie, het psychisch functioneren in het algemeen en diagnostiek heeft de psychiater grondige kennis van de volgende punten.

- Alle aspecten van de psychopathologie, namelijk:
 - de omschrijvingen en de fenomenologische kenmerken van alle psychiatrische symptomen en pathologische persoonlijkheidskenmerken;
 - de criteria voor alle psychiatrische diagnoses volgens de meest recente internationale classificatiesystemen (DSM en ICD);
 - de differentiaaldiagnostische mogelijkheden.
- Pathogenetische mechanismen van psychiatrische symptomen, ziektebeelden, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.
- De gangbare theoretische modellen en hun empirische ondersteuning, daarin begrepen evolutionaire, genetische, neurobiologische, psychologische, sociale en culturele factoren, die oorzakelijk, bijdragend en onderhoudend zijn aan psychiatrische problematiek.
- Somatische oorzaken van psychiatrische symptomen in het kader van differentiaaldiagnostiek

1.2 De psychiater past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence-based toe

Competenties ten aanzien van diagnostiek en indicatiestelling

- Anamnese (inclusief sociale anamnese).
- Heteroanamnese.
- Biografie.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Differentiaaldiagnose.
- Indicatiestelling aanvullende diagnostiek (laboratorium, biologisch, psychologisch, psychiatrisch) en interpretatie van de bevindingen (voor psychologische en psychiatrische diagnostiek: interpretatie van de bevindingen vanuit de gangbare theoretische modellen: cognitief, leertheoretisch, experiëntieel, psychodynamisch, systeemtheoretisch en groepsdynamisch).
- Samenbrengen, integreren en interpreteren van bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen in de context van levensfase, levensloop en levensomstandigheden.
- Psychiatrisch-diagnostische classificatie, differentiële diagnostiek en diagnostische formulering bij alle leeftijdscategorieën.
- Indicatiestelling voor behandeling.
 - adequaat hanteren richtlijnen en EBM-systematiek;
 - farmacotherapie en andere biologische behandelingen;
 - somatische behandeling bij psychiatrische patiënten;
 - psychotherapie: individuele, relatie-, gezins- en groepsbehandeling;
 - begeleiding;
 - revalidatie en rehabilitatie;
 - overige, inclusief ECT en lichttherapie.

Bijlage IV

Ziektegebonden leerdoelen medisch handelen voor het aandachtsgebied volwassenen-psychiatrie

Kennis en vaardigheden gekoppeld aan thema's

1 Cognitieve stoornissen

Bij uitstek in de thema's: klinische psychiatrie, consultatieve psychiatrie, ziekenhuispsychiatrie, verslavingspsychiatrie, psychiatrie bij verstandelijk beperkten, somatische gezondheidszorg.

1.1 Delirium

Kennis

Algemeen

- De pathofysiologie van het delirium.
- Risicofactoren zoals oudere leeftijd, hersenschade, zintuigdefecten, ondervoeding en midde-
lengebruik.
- Luxerende factoren zoals infectie, koorts, dehydratie, elektrolytstoornis, polyfarmacie, anticholinerg werkzame psychofarmaca, deficiënties, onttrekking van middelen, intoxicatie, operatie.

Diagnose

- De diagnostische criteria voor delirium door een somatische aandoening, intoxicatie, onthouding of multipale oorzaken.
- Differentiële diagnostiek: dementie, depressieve stoornis, psychotische stoornis, dissociatieve stoornis.
- Indicaties voor somatisch onderzoek.

Therapie

- Medicamenteuze behandeling.
- Elektroconvulsietherapie.
- Psychologische interventies (realiteitsoriëntatie, bescherming).
- Juridische kaders: onvrijwillige opname en dwangbehandeling.
- Preventieve maatregelen.

Vaardigheden

- Signaleren en diagnose stellen.
- Oorzakelijke factoren herkennen en indicatie stellen voor somatisch specialist.
- Indicatie stellen voor, en uitvoeren en bewaken van medicamenteuze behandeling.
- Herkennen en behandelen van bijwerkingen van medicamenteuze behandeling.
- Structurerende, psychologische en beschermende interventies en adviezen.
- Psycho-educatie aan patiënt, naasten en somatische behandelaars.

Er is geen goeie ouwe tijd

Het beeld van de psychiatrie

Het gesprek met de patiënt

Is there room for doubt?



GGZ inGeest

partner van VUmc



VU University
Medical Center
Amsterdam





'IK WIL GEEN PSYCHIATER DIE VRAAGT, 'IK WIL EEN PSYCHIATER DIE ANTWOORDT.'



“The examination
that best delineates a clinical condition
is like a *conversation*,
not an *interrogation*”

Fink & Taylor, *Melancholia* (2006)

M.W. Hengeveld
W.J. Schudel

HET PSYCHIATRISCH ONDERZOEK

derde, geheel herziene druk

de Tijdstroom

DIAGNOSTIEK

Persoon / probleem georiënteerd

Symptoom / stoornis georiënteerd

DIAGNOSTIEK

Persoon / probleem georiënteerd

Symptoom / stoornis georiënteerd

CLASSIFICATIE

**Speciële
anamnese**

Observatie

Exploratie

Testen

**Hetero-
anamnese**

**Medische
gegevens**

**Biografische
anamnese**

Klachten en symptomen

Verloop in de tijd

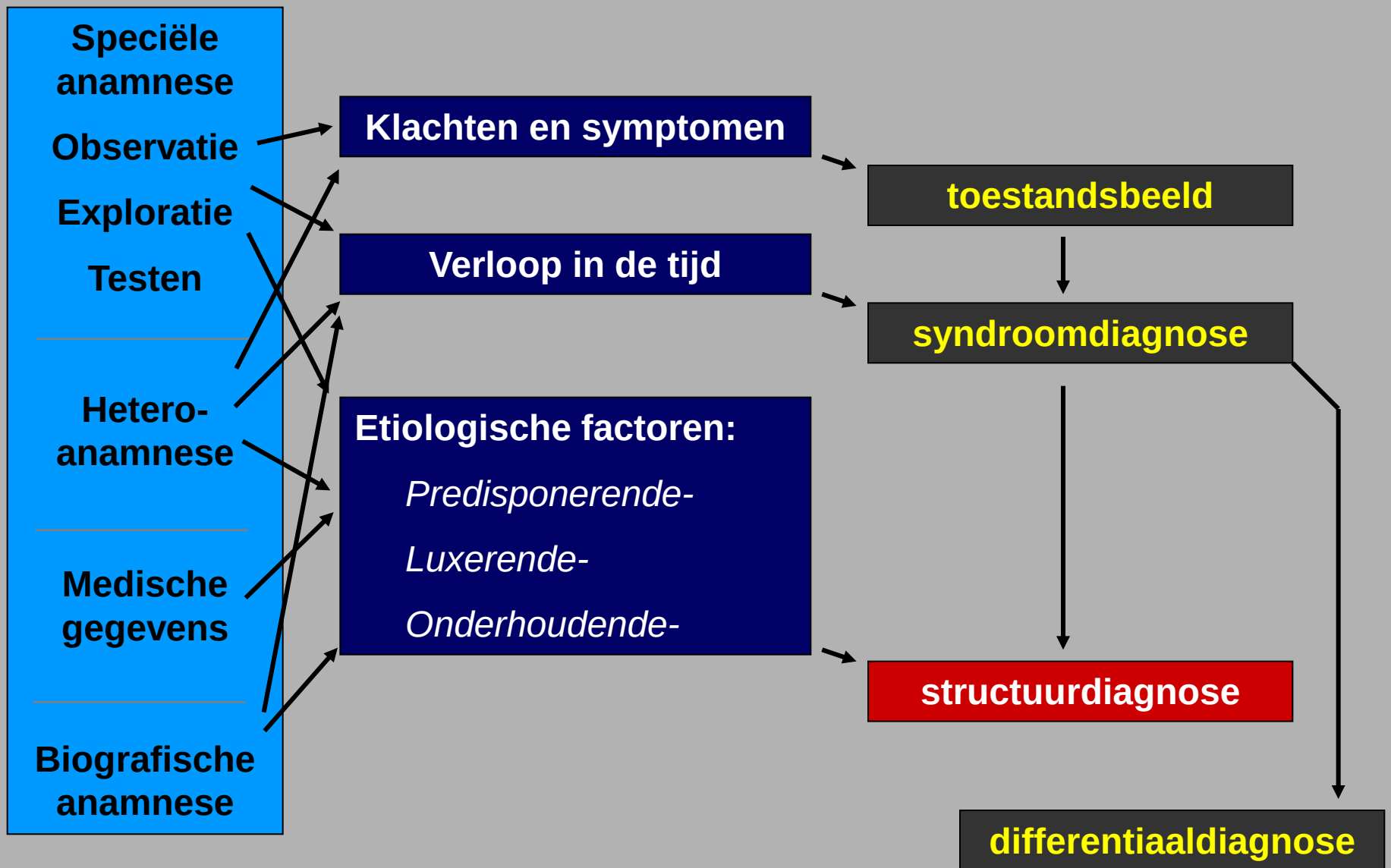
Etiologische factoren:

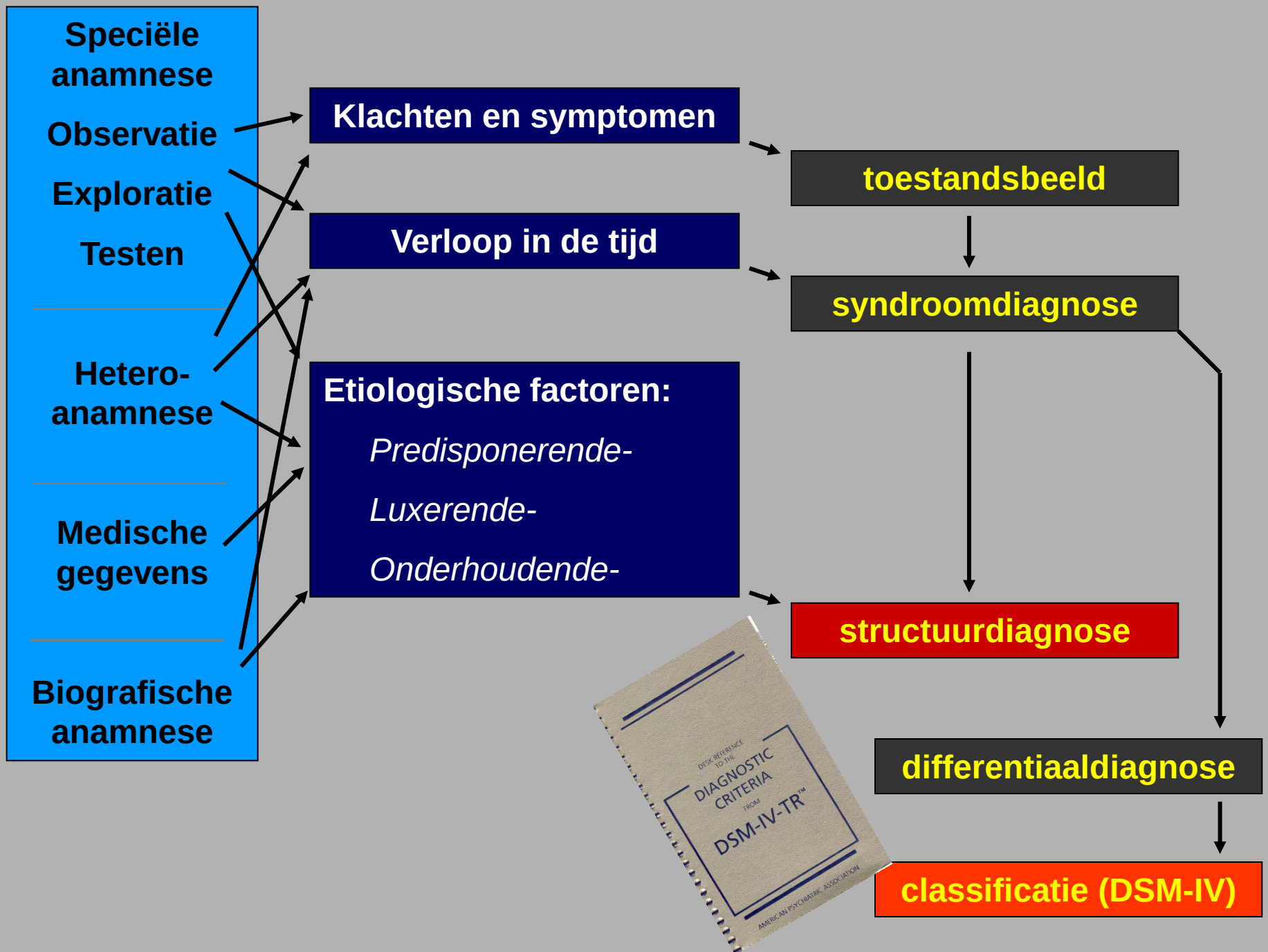
Predisponerende-

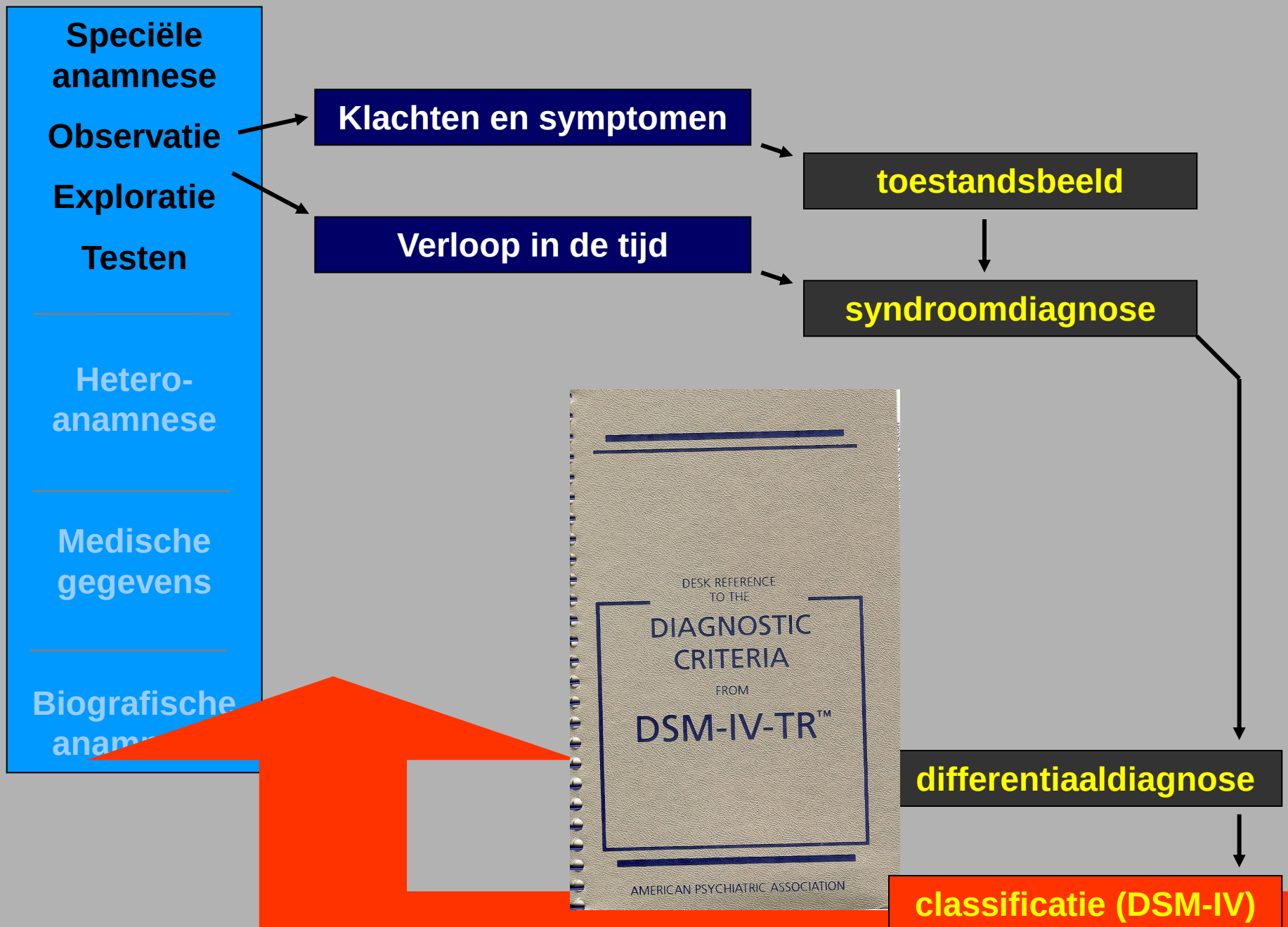
Luxerende-

Onderhoudende-







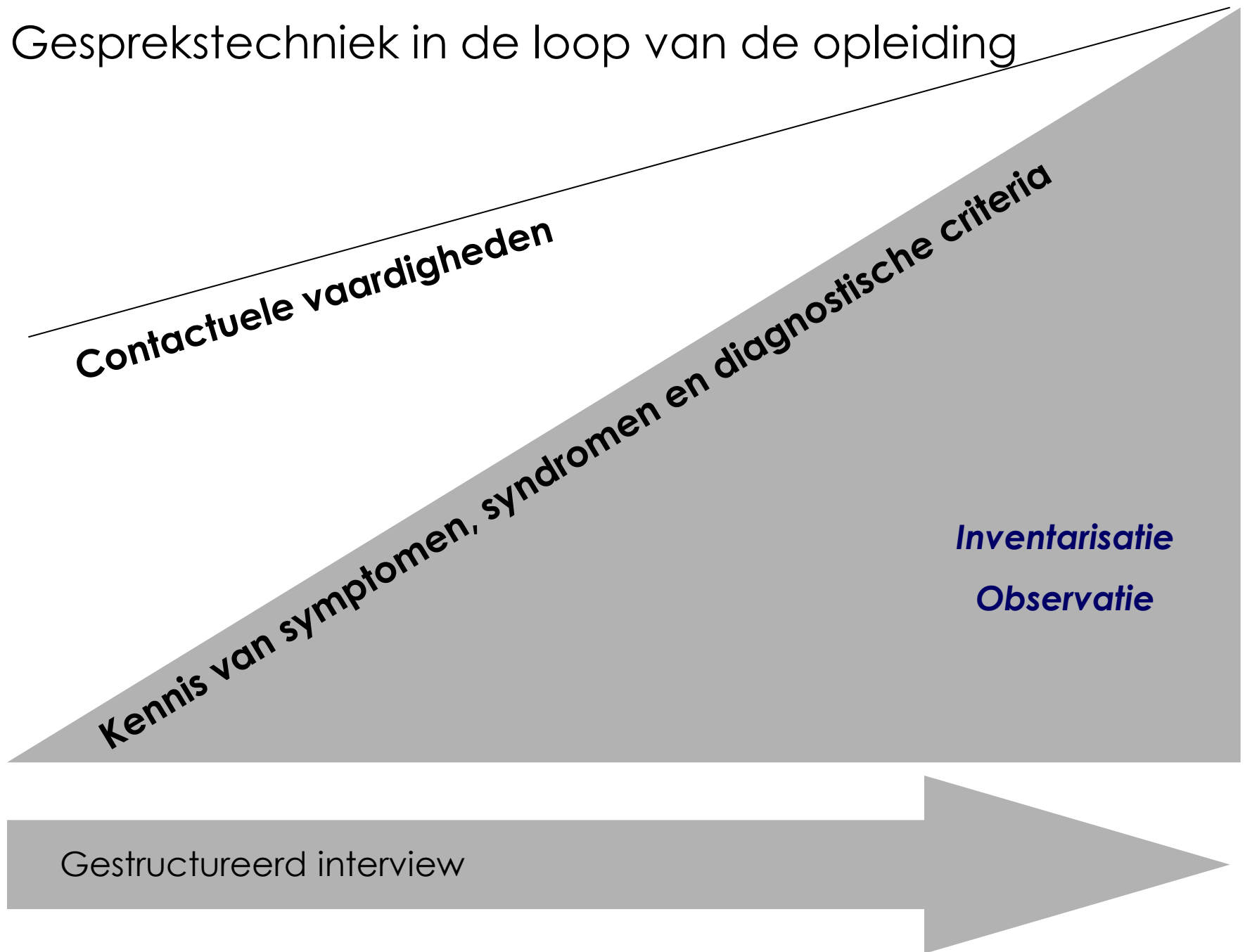


Gesprekstechniek in de loop van de opleiding

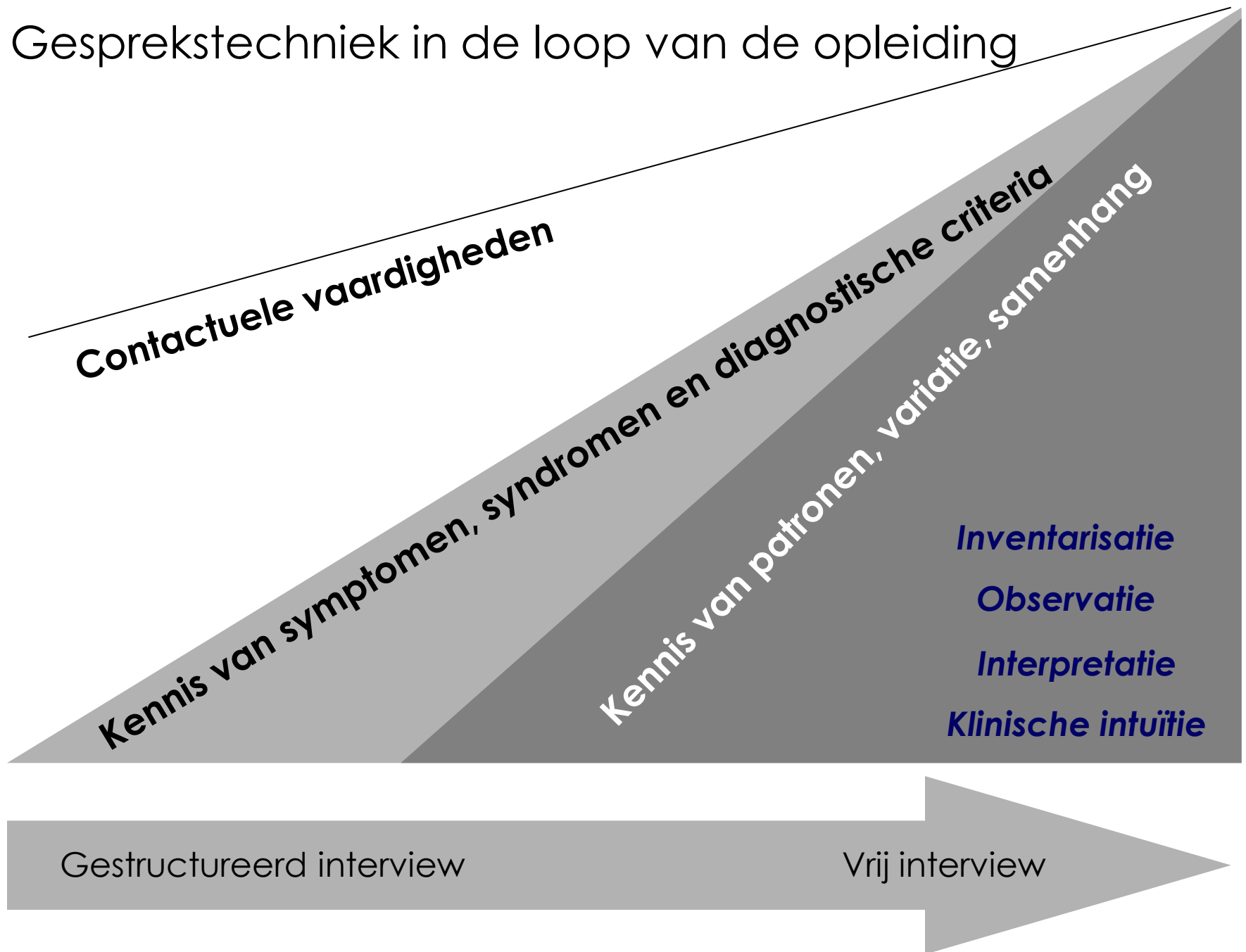
Contactuele vaardigheden



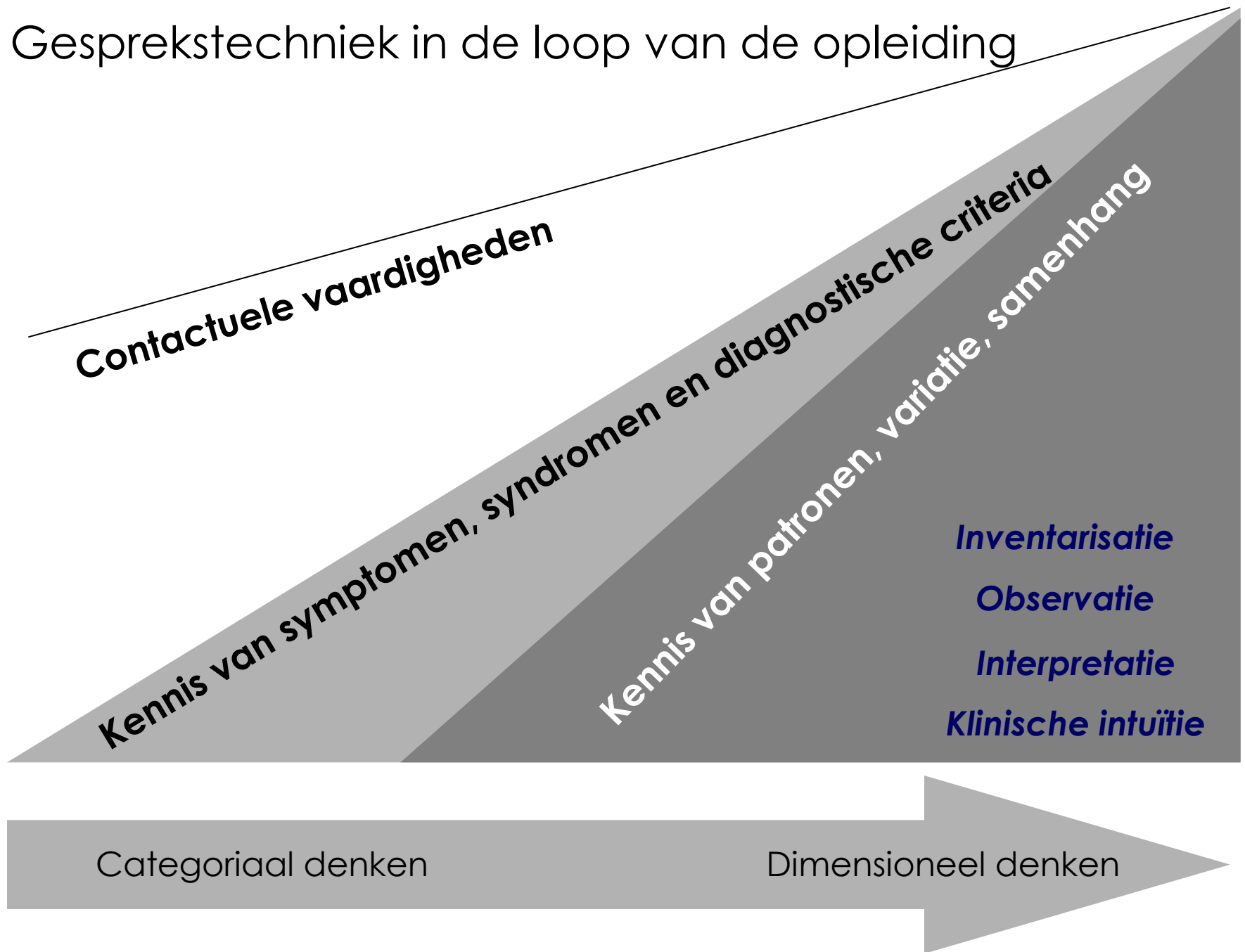
Gesprekstechniek in de loop van de opleiding



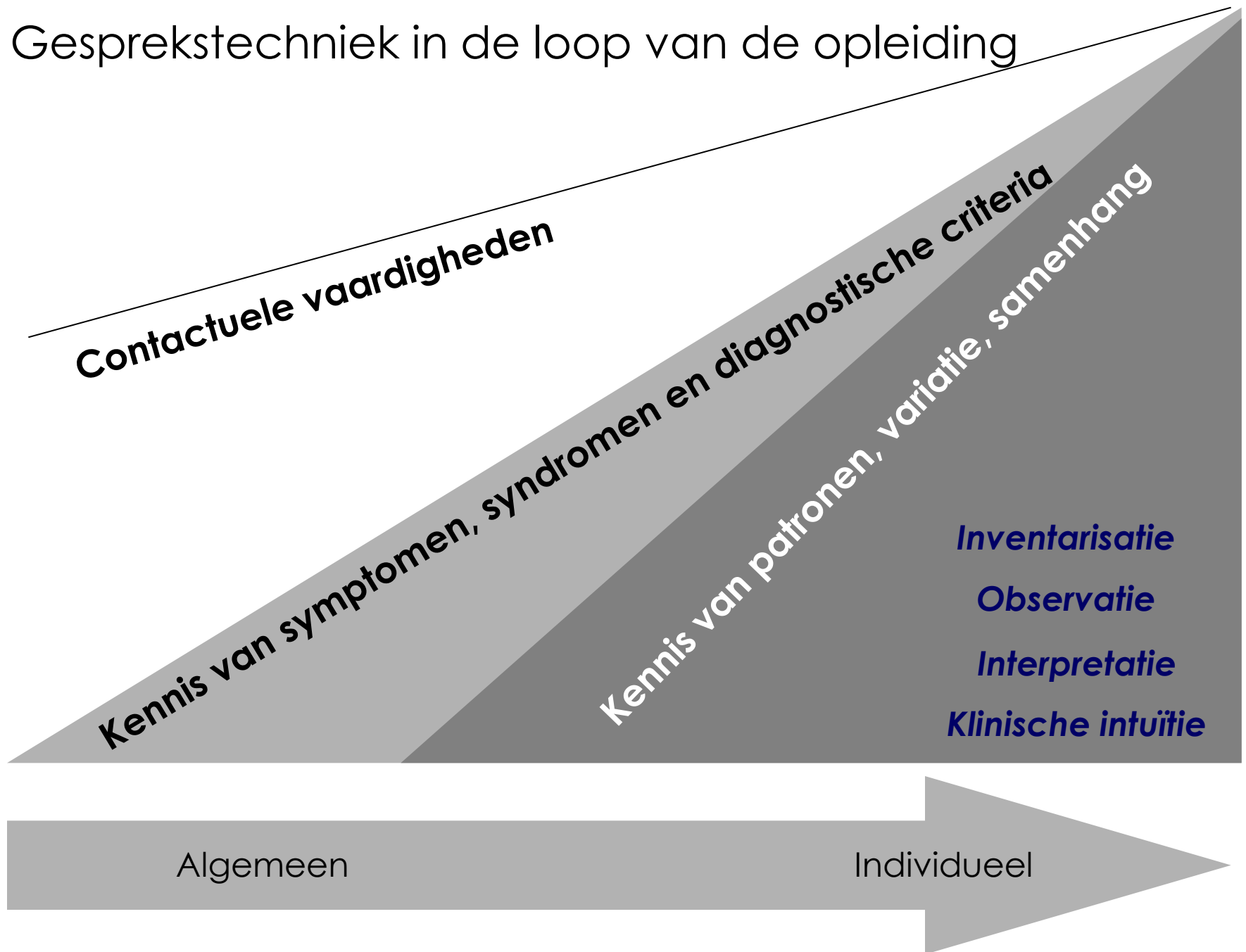
Gesprekstechniek in de loop van de opleiding



Gesprekstechniek in de loop van de opleiding



Gesprekstechniek in de loop van de opleiding



Er is geen goeie ouwe tijd

Het beeld van de psychiatrie

Het gesprek met de patiënt

Is there room for doubt?

Voordelen van het DSM-systeem voor de psychiatrie-opleiding

Het huidige DSM-IV systeem bestaat sinds 1994, en wijkt niet essentieel af van DSM-III (1980) en DSM-III-R (1987).

Deze consistentie van de verschillende DSM-versies (inclusief DSM-5, 2013) zorgt voor duidelijkheid, continuïteit en stabiliteit.

Het internationale karakter van het DSM-systeem (en de samenhang met het ICD systeem) maakt dat psychiaters wereldwijd met hetzelfde classificatiesysteem worden opgeleid.

De diagnostische criteria geven een duidelijk houvast bij het inventariseren van psychopathologische symptomen.

Risico's van het DSM-systeem voor de psychiatrie-opleiding

Het huidige DSM-IV systeem bestaat sinds 1994, en wijkt niet essentieel af van DSM-III (1980) en DSM-III-R (1987).

Het DSM-systeem is daarmee bepalend voor het beeld van de psychopathologie in de opleiding van vele generaties psychiaters.

De consistentie van de verschillende DSM-versies (inclusief DSM-5, 2013) suggereert een solide nosologische basis voor psychopathologie.

Er is gerede twijfel over de afgrenzing van de huidige psychiatrische aandoeningen en de hoge mate van “comorbiditeit”.

Preoccupatie met diagnostische criteria hinderen het op de persoon gerichte diagnostische onderzoek.

Omdat DSM “etiologisch neutraal” en uitsluitend symptoomgericht is raakt de persoonlijke context en betekenis van psychiatrische decompensaties naar de achtergrond.

Aanbevelingen voor de psychiatrie-opleiding

In de opleiding tot psychiater (en psycholoog) moet een gedegen kennis van de DSM classificatie hand in hand gaan met kennis over de oorspronkelijke uitgangspunten en beperkingen van het systeem

Besteed aandacht aan de historische ontwikkeling van de psychiatrische nosologie om het tijdsgebonden karakter te (h)erkennen

Combineer stoornisgerichte altijd met probleem-georiënteerde diagnostiek

Formuleer naast een DSM-classificatie altijd een structuurdiagnose

Kijk ook eens in de ICD-10

Laat ruimte voor twijfel

Dank voor uw aandacht



GGZ inGeest

partner van VUmc



VU University
Medical Center
Amsterdam



DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd

Medisch beroepsgeheim 'in beweging'

Tessa van den Ende, advocaat



Eed

N e d e r l a n d s e a r t s e n e e d (2 0 0 3)

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. **Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.** Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. **Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.** Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.

Beroepsgeheim

- Artikel 7:457 BW: *“hulpverlener”*
- Zowel medische als niet-medische gegevens
- Ratio: voorkomen dat zieken ervan zouden worden weerhouden geneeskundige hulp in te roepen uit vrees dat hetgeen aan de geneeskundige zou blijken of zou worden toevertrouwd, openbaar zou worden (e.v. HR 20 april 2001, NJ 2001,600)
- Belang is vrije toegang tot de zorg

Juridisch kader

- Toestemming (*let op van wie!*)
- Conflict van plichten (*belang te dienen dat zwaarder weegt dan het belang dat door het beroepsgeheim wordt beschermd*)
- Zwaarwegend belang (*erfrechtelijk geschil*)
- Zeer uitzonderlijke omstandigheden (*bijv. Bij het oplossen van een moord*)
- Verplichting op grond van de wet (*bijv. Zvw, Wet op de jeugdzorg, Kwaliteitswet zorginstellingen*)

Juridische kader

Als al doorbraak dan:

- Subsidiariteit (*kan het doel worden bereikt op een minder ingrijpende manier*)
- Proportionaliteit (*weegt het voordeel van doorbreking op tegen het nadeel van de doorbreking?*)
- Zorgvuldig
- Uitsluitend met het oog op doel doorbreken geheimhoudingsplicht

Tuchtrecht

- Artikel 47 lid 2 Wet BIG: de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige.
- Tuchtnormen artikel 47 Wet BIG:
 - handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten;
 - handelen of nalaten in de hoedanigheid van hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

Tuchtrecht

- Artikel 48 lid 1 Wet BIG tuchtrechtelijke maatregelen:
 - waarschuwing;
 - berisping;
 - geldboete van ten hoogste 4500 euro;
 - (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar;
 - gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen;
 - doorhalen van de inschrijving in het register.

Tuchtrecht: aantallen

- Schending beroepsgeheim 45 klachten over 2012
- 1572 ingekomen klachten regionale tuchtcolleges 2012
- Van alle afgehandelde klachten (1625): 231 gegrond (42%), waarvan 146 waarschuwing, 45 berisping, 15 doorhaling
- 493 ingekomen hoger beroep Centraal Tuchtcollege 2012

Casuïstiek

Balpenmoord

Een therapeute meldde de politie dat een cliënt van haar had verteld, dat hij zijn moeder in 1991 een balpen in het hoofd had geschoten. Daarvoor werd de jongen in eerste instantie wegens moord tot 12 jaar cel veroordeeld. Vrijgesproken in hb toen proeven uitwezen dat het helemaal niet mogelijk is een Bic onbeschadigd in een hoofd te schieten.

Casuïstiek

- Een psychotherapeut mag uitsluitend met een in een therapeutische sessie afgelegde verklaring van de cliënt naar de politie stappen, indien er - direct - zwaarwegende risico's zijn verbonden aan het zwijgen, en het doorbreken daarvan de enige mogelijkheid is het dreigende gevaar te keren..
- De therapeute heeft altijd beweerd dat daarvan sprake was. Ze was bang was dat haar cliënt na de 'moord' op zijn moeder, ook zijn vriendin zou doden.

Casuïstiek

Alphen aan de Rijn

- Hadden de GGZ-hulpverleners de politie moeten informeren van de aanvraag voor een wapenvergunning?
- *“Ook als niet acuut maar wel persistent aanwezig gevaar voor derden”* (extern onderzoek)
- Niet (kenbaar) stil gestaan bij een mogelijk persistent ernstig gevaar voor de patiënt zelf en voor derden ten gevolge van mogelijk wapenbezit in combinatie met fascinatie wapens. (IGZ)

Casuïstiek

Volkert van der G.

- Psychiater laat zich uit over mogelijke stoornis in Vakblad Psy en de Volkskrant.
- *“De uitlatingen van de psychiater betreffen geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Psychiater heeft als deskundige aandacht gevraagd voor een aspect dat zijns inziens door anderen mogelijk was onderbelicht. Geen strijd met het openbare/algemene belang van een goede individuele gezondheidszorg.”*

Casuïstiek

De zaak Tulleken

- Tulleken zijn vrouw (journalist bij de NRC) publiceert in de krant een artikel over de gezondheidstoestand van prins Friso na zijn ski-ongeluk. De medische informatie is afkomstig uit een gesprek tussen Tulleken en de behandelend arts (in Oostenrijk), waar de vrouw van Tulleken (toevallig) naast stond.
- Geen onderdeel van behandelteam. Als wel rechtstreeks had doorgespeeld aan zijn vrouw, nog maar de vraag of het beroepsgeheim zou zijn geschonden.

Casuïstiek

- **Fraude in de zorg**
- De zaak 'Marque'
- Een psychiater stelt de diagnose, terwijl een tweetal anderen (niet-artsen) potentiële patiënten benaderen. OM loopt op meerdere fronten aan tegen geheimhoudingsplicht.
- Brf minister VWS d.d. 16 januari 2013: wijziging wet als het gaat om fraude en beroepsgeheim.

Onder de aandacht en weldra beweging

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd



DSM-5 vanuit het perspectief van de Zorgverzekeraar

21 maart 2013



Inhoudsopgave

- Misverstanden
- Rol van zorgverzekeraar in het zorgstelsel
- Problemen in de uitvoering bij de zorgverzekeraar
- Oplossingsrichtingen
- Balans opgemaakt: DSM 5 *versus* DSM IV
- Samenvatting

Misverstanden

- Alle DSM diagnoses zijn verzekerde zorg
- Alle DSM diagnoses vallen onder het domein van de ggz
- Een zorgverlener die in staat is om in DSM te typeren is automatisch hoofdbehandelaar

Rol van zorgverzekeraar

- Toezien op rechtmatigheid cq gepast gebruik
- Sturen op doelmatigheid

Wat heeft zorgverzekeraar nodig?

1. Prestatieomschrijving waarin relatie wordt gelegd tussen zorgvraag en behandelinzet
2. Verankering van diagnose in productstructuur in combinatie met ernst symptomen, impact op functioneren en beloop van het ziektebeeld (stagering)
3. Kunnen inkopen van zorg voor herkenbare patiëntengroepen
4. Duidelijke afbakening van verzekerde zorg
5. Kunnen sturen op uitkomsten van zorg



Problemen in de uitvoering - productstructuur

- Prestatiecode xxx xxx xxx xxx
 ZT D B 'oude V'
- Ontbreken diagnose informatie bij
bijzondere productgroepen en
behandeling kort
- Onduidelijke categorieën voor
hoofddiagnosegroepen
- Geen relatie tussen diagnose en inhoud
en inzet van behandeling

Problemen in de uitvoering systeemcontroles

- Wie typeert de DBC?
- Registratie diagnose
- Wie opent en sluit een DBC?
 - Wanneer een DBC openen
 - Een nieuwe initiële DBC openen
 - Een parallelle DBC openen

Problemen in de uitvoering

afbakening curatieve ggz

- Afbakening tussen Zvw, AWBZ, WMO, Onderwijs, Justitie, niet verzekerde zorg (rechtmatigheid en doelmatigheid)
- Afbakening binnen curatieve ggz in de Zvw tussen basis ggz en specialistische ggz (doelmatigheid)

Oplossingsrichtingen (1)

Productstructuur

- Tijdelijk: afleiding naar rode en groene producten
- Toevoegen zorgvraagzwaarte aan de DBC GGZ productstructuur
- Structureel: “Echte” DBC's in de ggz met een relatie tussen zorgvraag en behandelinzet (stagering en profilering)

Variabelen in zorgvraagzwaarte model

- Aard van de stoornis (indeling DSM IV diagnoses)
- Ernst van de stoornis naar impact op functioneren
- Nevendiagnoses
- Complicerende factoren
- Verloop van de stoornis
- Ernst van de stoornis naar symptomatologie
- Somatische co-morbiditeit

Oplossingsrichtingen (2)

Afbakening geneeskundige ggz

- Heldere aanspraken en labelling van diagnoses en stagering in ziekteproces

Categorie A

- Psychische stoornissen (as I en II DSM IV) waarvoor de G-GGZ primair gericht is op het herstel of voorkomen van verergering (verbetering/stabilisatie) van de psychische stoornis.

Voorbeelden: depressieve stoornis, paniekstoornis

- Psychische stoornissen met een chronisch verloop, met accent op begeleiding bij zelfredzaamheid en participatie

Categorie B

- Psychische stoornissen (as I DSM IV) waarbij sprake is van een medisch gezien stationair, min of meer onveranderbaar toestandbeeld met blijvende tekortkomingen (bv. gebreken zoals bij ontwikkelingsstoornissen), die effect kunnen hebben op de (ontwikkeling) van zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van betrokkenen

Voorbeelden Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, stoornis van Gilles de la Tourette

Niet verzekerde GGZ

- Geen psychische stoornis
 1. (Neurocognitieve) ziektebeelden met een primair somatische achtergrond
 2. Psychische klachten
 3. Psychische stoornissen bij wet uitgesloten

DSM 5 *versus* DSM IV

Pluspunten

- Opname dimensie voor ernstmaat
- GAF vervangen door WHO-DAS

Vraagpunten

- Medicalisering door uitbreiding van of versoepeling drempelwaarde voor het stellen van diagnoses?

Samenvatting

- Huidige inbedding van diagnostische informatie is onvoldoende voor uitvoeren rol zorgverzekeraars in stelsel
- Verbetering van productstructuur ggz is noodzakelijk
- Verbetering van informatievoorziening is noodzakelijk
- Afbakening van aanspraken is noodzakelijk

- Dank voor uw aandacht

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd

DSM5 in de dagelijkse praktijk

Joeri Tijdink
InGeest/VUmc

Disclosure

- (nog) geen banden met farmaceut
- www.dejongepsychiater.nl

Wat gaan we doen?

- Casus
- Inleiding DSM5
- Veranderingen
- Conclusie
- Discussie

Henk

- Henk is 39 jaar
- Sinds 15^e jaar dingen gaan verzamelen
- Hij durft niets weg te gooien
- Henk is somber en slaapt slecht
- Politie => stankoverlast
- Sinds 4 jaar in ziektewet
- Sinds 10 jaar gescheiden.
- 6 halve liters bier/dag

Huis van Henk



Hoarding Disorder

- Nieuwe Diagnose DSM5
- Persisterende moeite om dingen weg te gooien, ongeacht hun waarde
- Het veroorzaakt significante stress op verschillende terreinen in het leven
- Het wordt niet veroorzaakt door:
 - OCD or OCP
 - Psychotische stoornis
 - Depressieve stoornis
 - PTSS

Diagnose DSM-IV

As I -Obsessief compulsieve stoornis,
compulsief verzamelen

- Depressieve stoornis

- Alcoholafhankelijkheid

As II Geen diagnose

As III geen diagnose

As IV gescheiden, sociaal geïsoleerd

As V GAF score 40

Albert



Casus Albert

- Albert begon pas op zijn 9^e te praten
- Heeft weinig behoefte aan sociale contacten
- Albert is hyper intelligent
- Hij heeft moeite om langdurende relaties aan te gaan en inschattingen te maken over emoties van anderen

Diagnose DSM-IV

- As I M. Asperger
- As II Geen Diagnose
- As III Geen diagnose
- As IV Beperkt sociaal steunsysteem
- As V Gaf score van 80

Dave



Casus

- Jongen van 11 jaar
- 5 woede-aanvallen per week
- Slaat dan zijn ouders
- Is veel dysfoor gestemd/geirriteerd
- Maakt ruzie met vriendjes op school
- Heeft veel woede aanvallen op voetbalclub
- 3 jaar symptomen

DSM-IV

- As I Uitgesteld
 - Oppositioneel gedragsstoornis
 - Bipolaire stoornis bij kinderen
- As II Geen Diagnose
- As III Geen Diagnose
- As IV Problemen met primaire verzorgers, schoolproblemen
- As V GAF score 50

Classificatie DSM5

- Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)
 - Ernstige woede-uitbarstingen (>3x/week)
 - Persisterende geïrriteerde of boze stemming
 - Minimaal 12 maanden bestaand
 - Min 6 jaar, max 10 jaar bij ontstaan
 - Beperkingen op meerdere terreinen

Problemen DSM IV

- Symptoomoverlap binnen stoornissen
- Classificeren op basis van symptomen tellen
- Gebaseerd op klinische consensus
- Weinig oog voor relationele aspecten van de stoornis

DSM V

Abridged
Version:

Don't worry,
Be happy!

Doel DSM5

- Accurate definitie van psychiatrische stoornissen
- Nieuwe classificatie op empirisch bewijs²
- Meer hybride classificatiesysteem met updates (Sectie III)
- Meer valide dan DSM IV¹

Doel DSM5

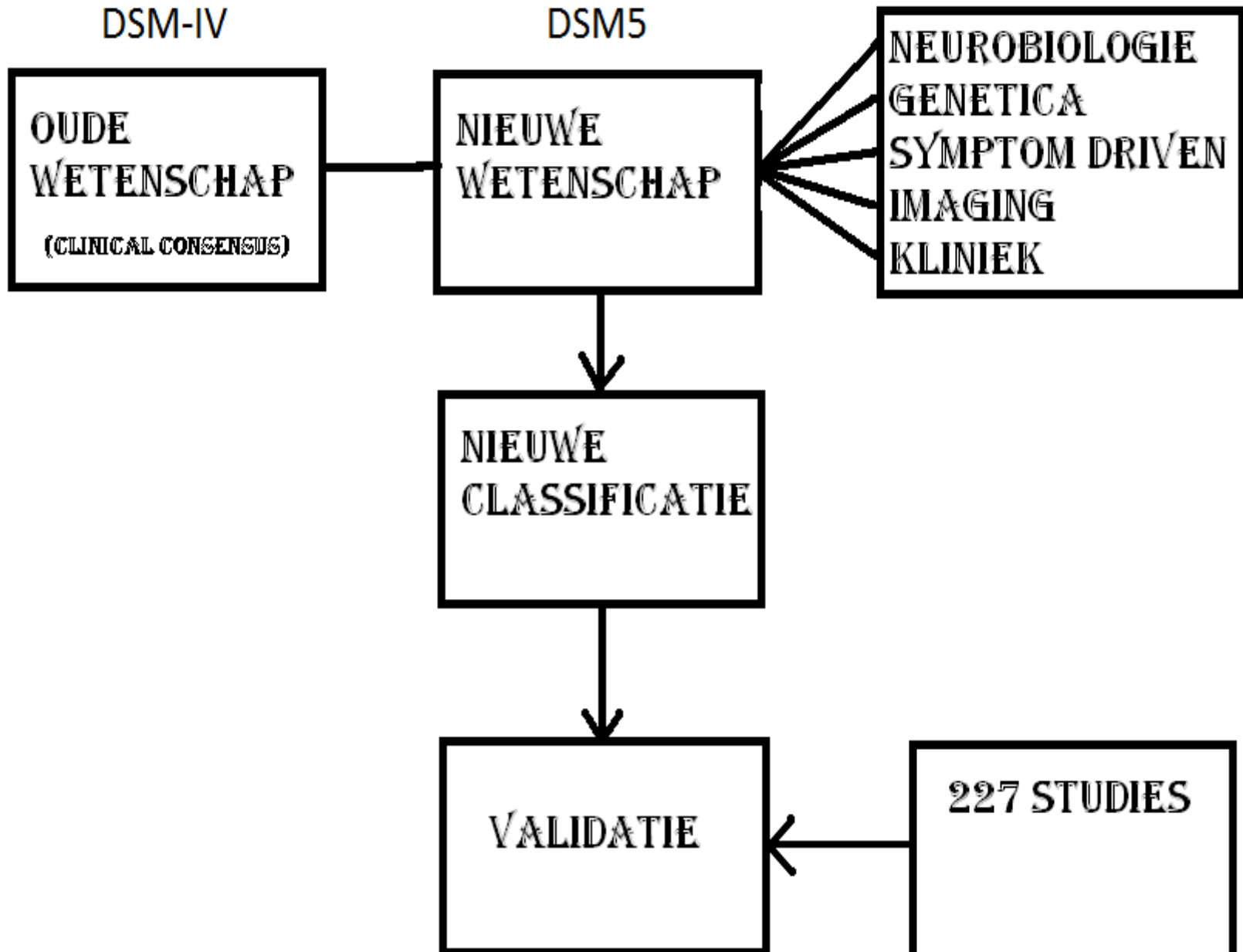
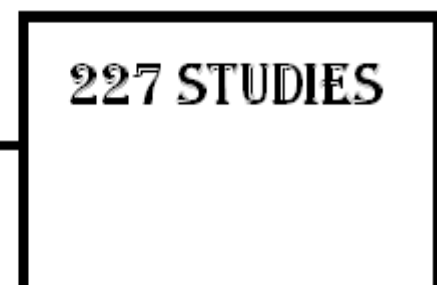
- Terugdringen van NAO diagnoses
- Meer tijd voor diagnostiek
- Betere staging van stoornissen
- Meer in lijn met ICD-10 (WHO)
- Meer focus op risicofactoren binnen diagnose
- Verminderen van stigma

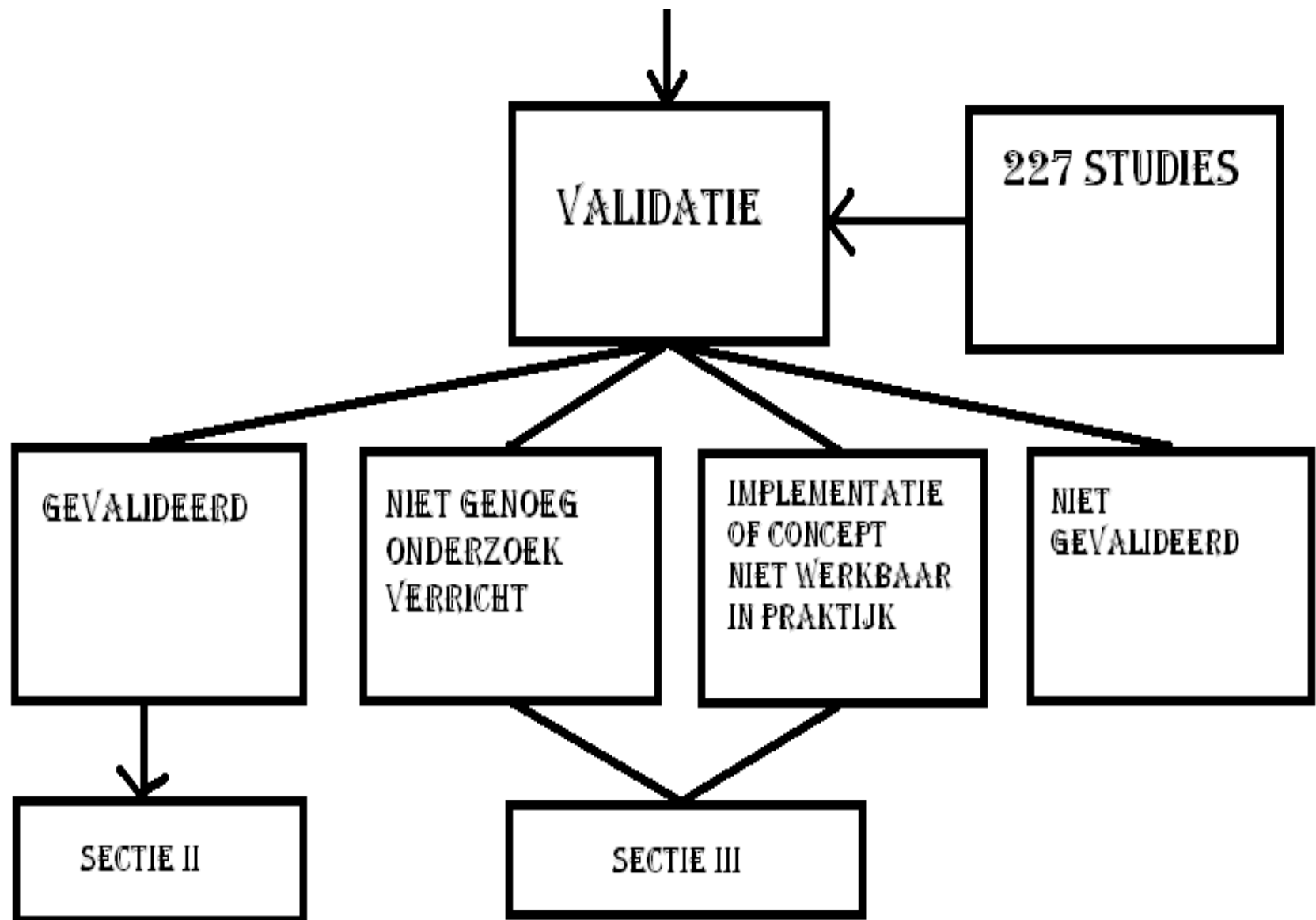
Evolutie DSM5

- 2010: 6 weken input: 8000 comments
- 2011: 2000 comments
- Mei 2012: 3^e evaluatie, laatste comments
- Fieldtrials vanaf 2010 testen van DSM5 op betrouwbaarheid, validiteit, haalbaarheid en klinische toepasbaarheid.
- 3500 patiënten geëvalueerd

DSM-IV

DSM5





Organisatie DSM5

- Sectie I
 - Uitleg over gebruik van classificatie
- Sectie II
 - 20 Categorieën
- Sectie III
 - Veranderingen die eerst verder onderzoek vereisen.

Verandering

- Verandering leidt tot weerstand
- Maar...
 - Transitie leidt altijd tot ontwikkeling.
- DSM5 is in ontwikkeling; nu nog incompleet en imperfect.

Grootste veranderingen

- Verdwijnen van multiaxiaal model
- Nieuwe codes (A01, B14 etc)
- 2 jaar 'grace' period voor definitieve versie in 2015
- Essential specifier

Essential specifier

1. Syntoon vs dystoon voor alle diagnoses
 - Inzicht specifier: 3 opties (good, ambivalent, no insight met motivationele component)
2. Comorbiditeit en suicidaliteit
3. Invloed van leeftijd, geslacht en cultuur
4. Severity Index of impairment

20 Categorieën

- A. Neurodevelopmental disorders
- B. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
- C. Bipolar and Related Disorders
- D. Depressive Disorders
- E. Anxiety Disorders
- F. Obsessive-Compulsive and Related Disorders
- G. Trauma and Stress Related Disorders

20 Categorieën

H. Dissociative Disorders

I. Somatic Symptom Disorders

J. Feeding and Eating Disorders

K. Elimination Disorders

L. Sleep-Wake Disorders

M. Sexual Dysfunctions

N. Gender Dysphoria

O. Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders

20 Categorieën

- P. Substance Use and Addiction Disorders
- Q. Neurocognitive Disorders
- R. Personality Traits That Effect Treatment
- S. Paraphilias
- T. Other Disorders

Sectie III

- Verder onderzoek:
 - Attenuated psychosis syndrome
 - Mixed anxiety depression
 - internet gaming disorder
 - non suicidal self-injury
 - suicidal behavioral disorder
 - Personality traits

Niet geaccepteerde diagnoses

- Anxious depression
- Hypersexual disorder
- Parental alienation syndrome
- Sensory processing disorder

Terug naar Henk



DSM5 Classificatie

- G4 Hoarding Disorder
 - Ambivalent, heeft weinig inzicht, is gemotiveerd om te veranderen
 - Geen suicidaliteit, comorbide depressieve stoornis, stoornis in het alcoholgebruik
 - Henk is door zijn verzameldwang al zijn vrienden kwijtgeraakt.
 - Severity Index: 3

Terug naar Albert



DSM5 Classificatie

- A1 Autisme spectrum stoornis
 - Syntoon want er is inzicht.
 - Geen suicidaliteit of comorbiditeit
 - Problemen met primaire steungroep, zoekt weinig contact, veel met wetenschap bezig
 - Severity index Score: 1

Dave



DSM5 Classificatie

D1 Disruptive mood Dysregulation Disorder (DMDD)

- Dystoon. Geen ziekte-inzicht, geen motivatie voor verandering/behandeling
- Comorbide ODD, geen suïcidaliteit
- Forse problemen in steunsysteem, schoolproblemen
- Severity Index: 2

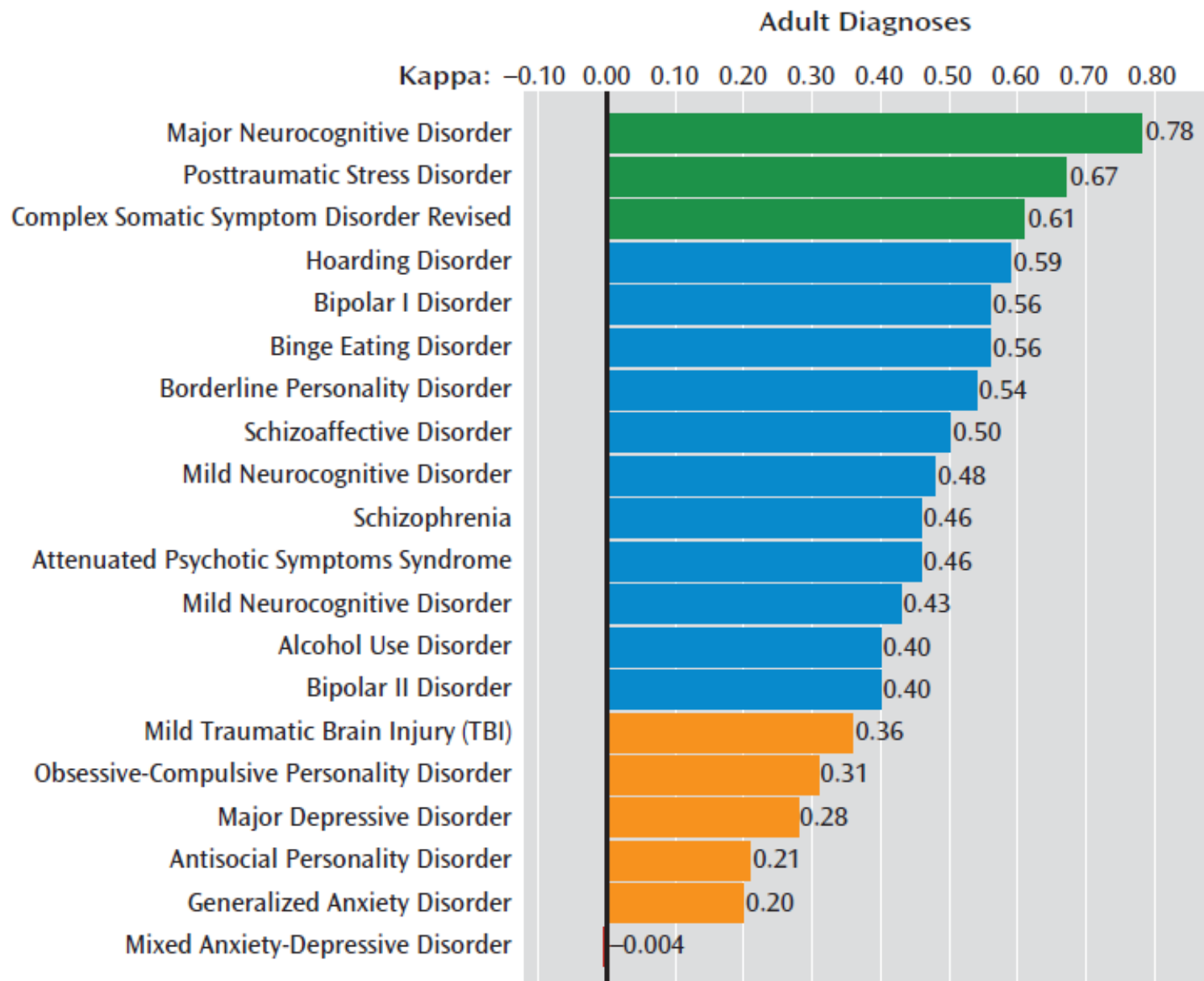
Conclusie

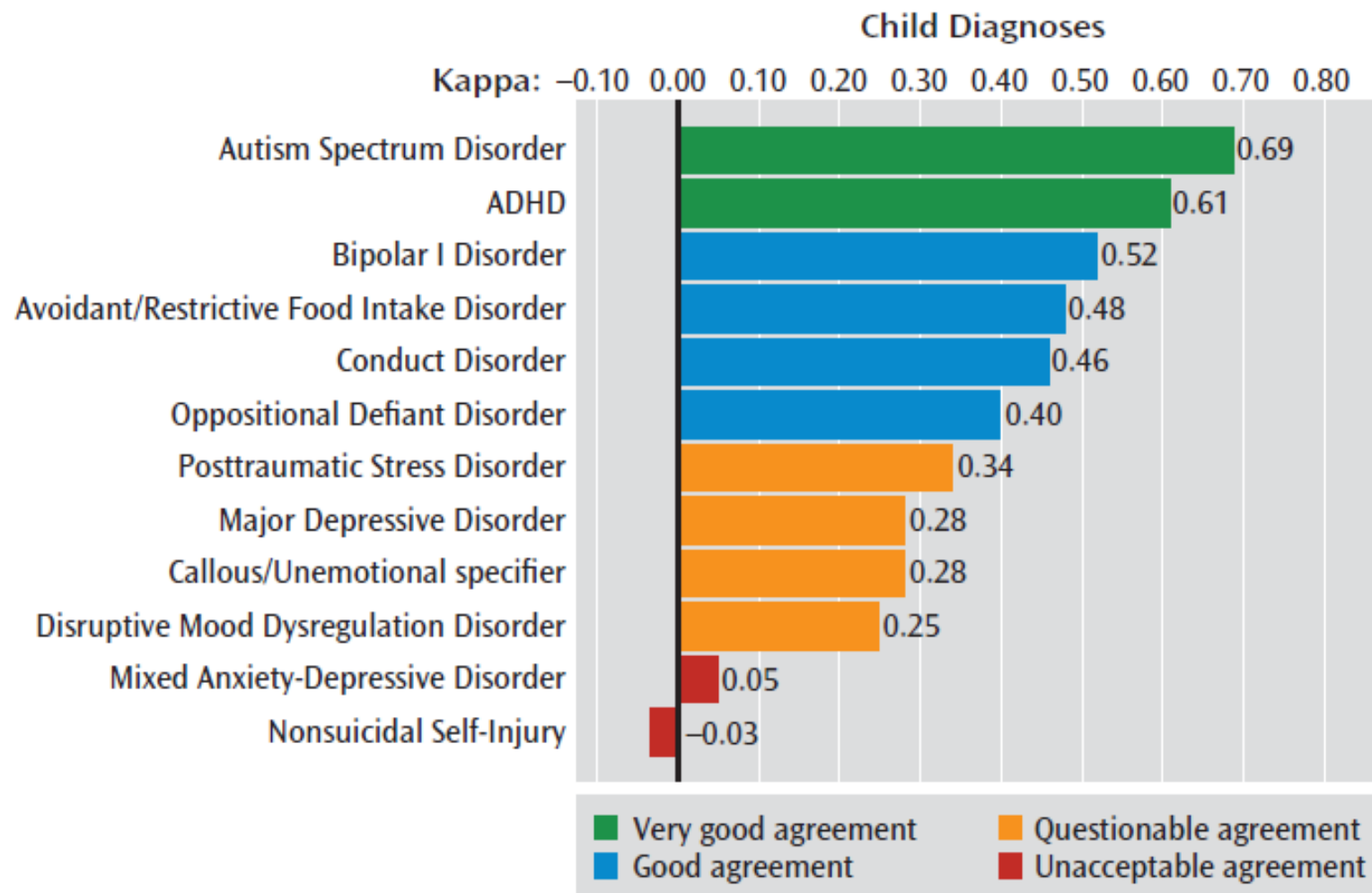
- Veel verandering
- We gaan op een andere manier psychiatrische ziekten classificeren

Vragen?

- J.tijdink@dejongepsychiater.nl

FIGURE 1. Interrater Reliability of Diagnoses From the Initial DSM-5 Field Trials^a





^a Some of the kappa statistics did not pass the criterion of a standard error less than 0.1. They are included here for illustrative purposes. See the field trial reports for further details (3–5).

Reactive Attachment Disorder

- Responds to relationships with avoidance
- Behavior is consequence of inconsistent nurturing from five realms.
- Behavior is not due to Autism Spectrum Disorder
- Symptoms displayed before the age of six
- Severity index of 2 or 3 across time and
- circumstances must be met for diagnosis

Disinhibited Social Engagement Disorder

- 1. Disinhibited Modifier for RAD in DSM IV-TR
- 2. Absent reticence approaching unfamiliar adults
- 3. No boundaries in relationships
- 4. Behavior is consequence of inconsistent nurturing in five
realms
- 5. Behavior is not better explained by ADHD
- 6. Symptoms displayed before the age of six
- A severity index of 2 or 3 across time and circumstances is essential for diagnosis

The five pathogenic care realms

- Persistent disregard for child's emotional needs
- Persistent disregard for child's physical needs
- Repeated changes in primary caregivers
- Raised in settings with limited opportunities for stable attachments
- Persistent harsh punishment or other types of grossly inept parenting
- One, or more, of these five essential specifiers for the diagnosis

5 pathogenic care realms diagnoses

- 1. Reactive Attachment Disorder
- 2. Disinhibited Social Engagement Disorder
- 3. PTSD in Children
- 4. Disruptive Mood Dysregulation Disorder
- 5. Dissociative Disorders in Children
- 6. Oppositional Defiant Disorder
- 7. Conduct Disorder (Sociopathy Specifier)
- 8. Dyssocial Personality

DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

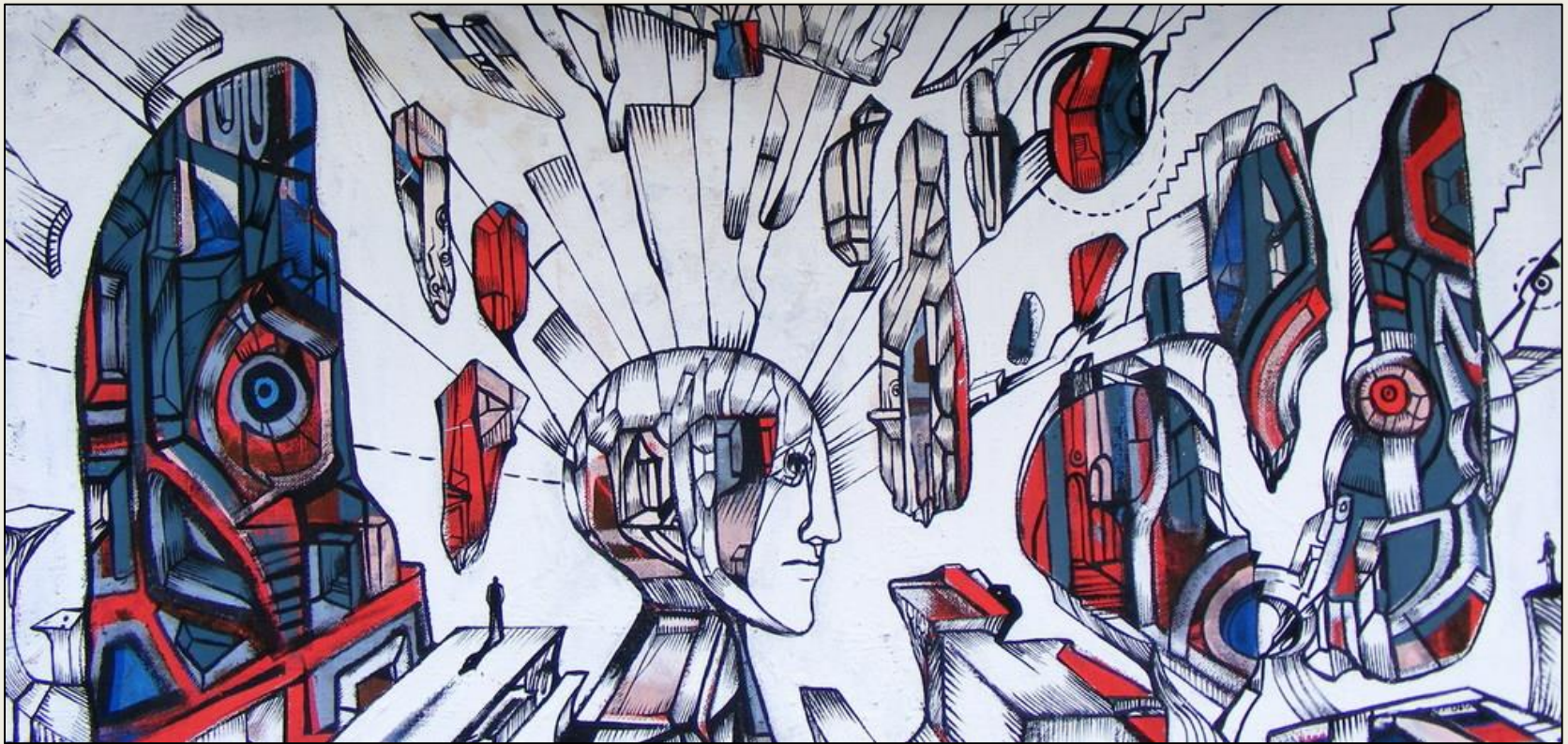
Geaccrediteerd

DSM-5 & Patiënten



Jaap van der Stel – HS Leiden / GGZ inGeest – 21-3-13

Deel I | Visie op DSM-5



Standpunten over DSM-5 (1)

Het product | Heel complex systeem; wonder dat het er straks is.

Van IV naar 5 | Verbetering door meer oog voor dimensies (i.p.v. discrete categorieën) én spectra.

Het proces | In geen sector wordt zo breed / open gediscussieerd over typologie van aandoeningen.

Wat is het? | Het classificeert / hulpmiddel bij maken onderscheidingen bij onderzoek patiënten.

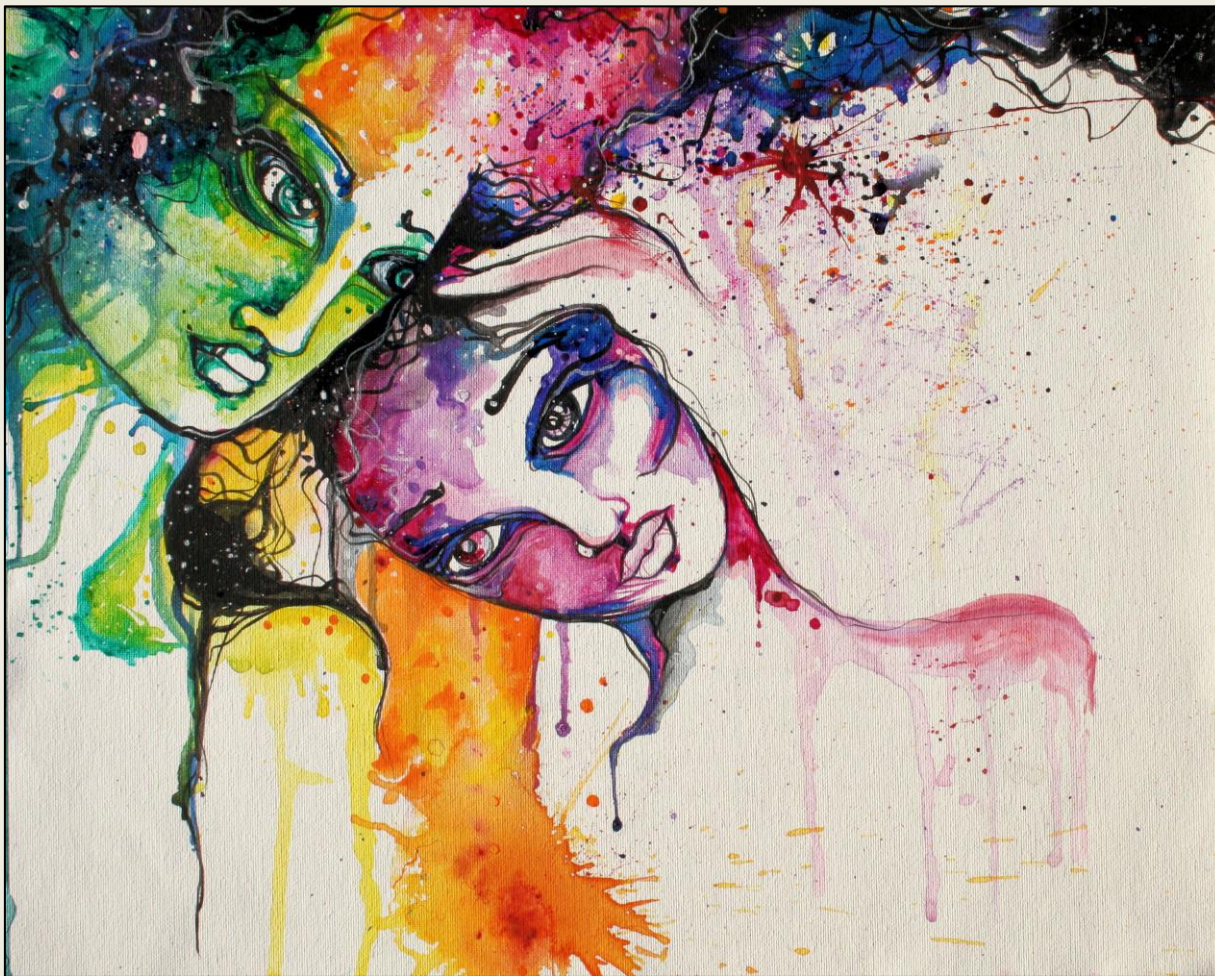
Wat doet het niet? | Geen diagnostisch systeem.
Dus: 'DSM-diagnose' bestaat niet.

Standpunten over DSM-5 (2)

Beperkingen |

- Beschrijft 'eindstadia' van disfunctionele, schadelijke psychische ontwikkelingen.
- Doet dit goeddeels door clustering van symptomen in combinatie met ernst en duur.
- Geen integratie neuropsychologische kenmerken stoornissen (psychische disfuncties).
- Weinig / niet geschikt voor het in kaart brengen aangrijpingspunten voor vroegtijdig signaleren / handelen.

Deel II | En de patiënten?



Belangen patiënten

Standpunten organisaties? | DSM-5-discussie heeft geen prominente rol gespeeld in strategie patiëntenorganisaties.

Hun belangen? | Verschillen niet zozeer van die van ons allemaal:

- **Geen stigmatisering.**
- **Getrouwe weergave werkelijkheid.**
- **Adequate hulp.**
- **Waarborg van rechten.**
- **Weten hoe het verder gaat + wat je zelf kunt doen.**

Wat kan DSM-5 voor patiënten? (1)

Wat niet?

Stigma bestrijden? | Staat ± los van DSM-5.

Niettemin: psychiatrie is aan zet.

Informatie over achtergronden? | DSM-categorie zegt hierover weinig tot niets.

Informatie over beloop / herstel? | Idem.

Diagnose stellen? | Het classificeert slechts.

Prognose stellen? | Dit kan het zeker niet.

Indicatie voor behandeling? | Geenszins.

Wat kan DSM-5 voor patiënten? (2)

Wat wel?

Communicatie | Schept enige orde / duidelijkheid.

Invloed op emoties |

- Weten wat er is, perkt onzekerheid in.
- Maar: ongunstig bericht verhoogt dit juist.

‘Gunstig’: onderbouwen claims | Toegang tot gespecialiseerde voorzieningen / vergoedingen.

‘Ongunstig’: legitimatie dwang | Argument bij rechtszaken / opname in (forensische) instelling.

Wat mist?

Deze tijd | Actieve, geïnformeerde patiënten en hun sociale omgeving *zijn* en/of *moeten* op weg naar eigen regie / herstel en zelfregulatie.

Belang publieksvoorlichting | Wat mist is goede communicatie met patiënten / publiek over:

- **Wat kan / doet de DSM? Wat betekent een klassering?**
- **Veranderingen van IV naar 5. Consequenties voor direct betrokkenen.**
- **Verschil tussen klassering toestand aan de hand van de DSM en diagnostiek.**

Deel III | Wat te doen?



Toch: niet zomaar zoveel debat

Psyche / soma | Onjuist om psychische stoornissen op één lijn te zetten met somatische aandoeningen:

- **Enerzijds: beide ingebed in biologie.**
- **Anderzijds: psychische aandoeningen hebben betrekking op het *wezen* van de mens: zijn of haar ‘zelf’.**
 - **Dit zelf is biologisch, psychologisch, sociaal én cultureel bepaald.**
 - **Biologisch reductionisme slaat de plank mis.**
- **Vanwege dit specifieke kenmerk van een psychische stoornis: volstrekt terecht dat ‘iedereen’ er bovenop zit.**

Wat kunnen we doen?

Zorgvuldigheid betrachten |

- **DSM gaat over stoornissen, niet over de ‘mensen met’ stoornissen.**
 - **Kun je opvatten als ‘kritiek’ – maar dat is niet terecht.**
- **Belangrijk in het klinisch onderzoek / hulpverlening: maak duidelijk dat de persoon / ‘de mens’ centraal staat.**
 - **Dus: praat nooit over ‘autisten’, ‘schizofrenen’, ‘verslaafden’, ‘ADHD’ers’, ‘borderliners’ (óók niet als ze er niet bij zijn).**

(Zelf)stigma’s voorkomen | Moeilijkheid: je ‘bent’ niet je stoornis, – en in zekere zin ook weer wel.

- **Aandoening beïnvloedt én is deel van je identiteit.**
 - **Dus: steun cliënten en hun omgeving bij acceptatie / integratie.**

Tot slot

Door met DSM-5? | Het is een hulpmiddel en er is in zijn soort geen alternatief

Dus? |

- Negeren is dom.
- **Afschaffen is zinloos.**
- Vernieuwen een 'hell of a job'.

Maar | Als hulpmiddel beperkt. Daarom:

- **Behoeft aan alternatieve hulpmiddelen met focus op ontwikkeling.**
- **Gericht op: vroegtijdig signaleren + voorkomen ontstaan en/of ongunstig beloop psychopathologie.**

Het einde



DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

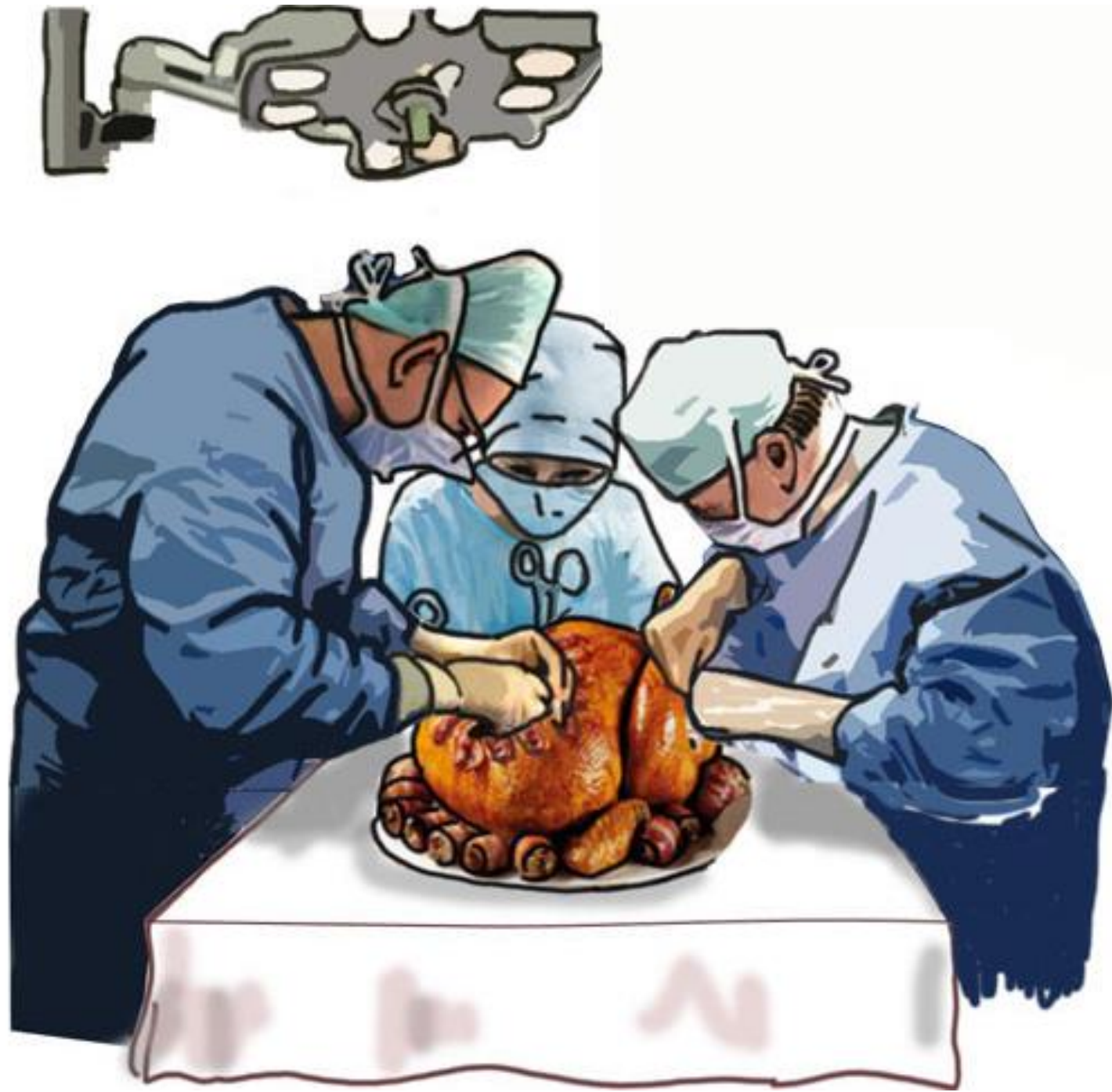
Geaccrediteerd

DSM-5

D!SCURA

DISCUSSIEFORUM IN DE ZORG VOOR SPECIALISTEN,
BESTUUR EN MANAGEMENT













← CHIRURGIE
← UROLOGIE
← RADIOLOGIE
← TRAUMATOLOGIE
↑ EUTHANASIE
← DERMATOLOGIE
PROFESIONNELE
AUTONOMIE →

**Nee hoor,
gewoon blijven
slikken!**



DBM2: (Dr Bram Methode)

**U
spoort**



**of u
spoort
niet**

Hoeveel
Risperdal gaat
u bestellen?



wilt u een
diagnose?

of liever een
classificatie?

Hebt u niet
gewoon een
pilletje?



**Stelt u zich niet
gewoon een
beetje aan?**





Nee dat komt in
DSM niet voor...

U mankeert
dus gelukkig
niets.

Bovendien bent u al
boven de twintig, dus....

Beroepsgeheim?



**Ik heb nog
nooit van
mijn
beroep een
geheim
gemaakt!**

Die verzekering...

**...zal
mij
een
zorg
zijn.**



dit is Bram

hij is 58 jaar

hij is hyperintelligent

hij maakt nooit fouten

hij heeft altijd gelijk

...maar hij wordt niet altijd begrepen



Van Ewijk



2

Verheul



2

En wanneer
merkte u dit
voor 't eerst?



Een aardig
congresje

...

maar...

...eigenlijk
wist ik
alles al.



DISCURA
CONGRES 2013

21 MAART 2013

BUSINESS UNIVERSITEIT NYENRODE

CONGRES



DSM-5

DILEMMA'S ROND DSM-5
IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Geaccrediteerd