



DSM 5

Oude wijn in nieuwe zakken?

Dr. Anne-Marie Despiegelaere

Neuropsychiater

AZ KLINA 30/01/17



- Rusteloze benensyndroom
- Aandachtsdeficientie-/hyperactiviteitsstoornis
- Morfodysforie
- Norm-overschrijdend-gedragstoornis
- Histrionische persoonlijkheidsstoornis

Taalprobleem?



Historiek

- DSM I APA 1952
officieel classificatiesysteem
- DSM II APA 1968
gebruik van meerdere classificaties
- DSM III 1980 multiaxiale systeem-5 assen
aansluitend aan de ICD 9
1987 DSM III-R: nieuwe stoornissen (verstoorde
lichaamsbeleving) toch ook nog
“egodystone homoseksualiteit”
- DSM IV 1994 meer wetenschappelijk gefundeerd
compatibel met ICD 10
Klinische significantie: lijden? Beperkingen?
- DSM V 2014



Huisartsenboekje

- NL: -geen behandeling indien geen “DSM”
aanmelding
 - geen vergoeding zorg indien
 - geen As I diagnose
 - aanpassingsstoornis
 - bij opname GAF max 45

Belgie: hospitalisatieverzekeringen GAF!



- **STAP 1**
- Is er sprake van een psychische stoornis?
- DD psychosociale factoren
- Mogelijke oorzaak van de psychische stoornis:
Alcohol – drug – geneesmiddel?
- Mogelijke oorzaak in een lichamelijke aandoening
- Nagebootste stoornis? Simulatie?



- Stap 2
- Wat zijn de belangrijkste symptomen?
- Differentiatie in het desbetreffende hoofdstuk



Uit de startblokken

Casus 1: 46j vrouw, mentaal en fysiek uitgeput – denkt aan de dood

-30 kg, angst, hyperventilatie, depressief

Recent behandeling St. Augustinus ZH voor BMhalsCa: radio en chemo

Tijdens behandeling (ex) vriend leren kennen

Pt gaat inwonen met zoon

Vriend: ernstige gedragsproblemen – alcohol++

Gevolg patient: soc. isolement – minder eten – negatief zelfbeeld – slechte zelfverzorging

Recent relatiebreuk – krijgt nu nog doodsb bedreigingen van hem

VG: werkte – zelfredzaam – geen psy VG – rugklachten-CTS Li

Opname: eerst 3w diarree gehad – kreeg kortdurend SSRI HA

Verkrampte spieren in gezicht. Door de stress en door zichzelf op te boeien. Buikkrampen en buikloop + braken

Verkrampte handen: spasmofilie?



- Psychiatrische stoornis?
- Alcohol-drugs-medicatie?
- Somatische oorzaak?
- Simulatie – Nagebootste stoornis?



LABO ELEKTROLIETEN

Osmolaliteit	281	mOsmol/kg	275 - 295
Natrium	141	mmol/L	136 - 145
Kalium	- 2.72	mmol/L	3.50 - 5.10
Chloride	- 97	mmol/L	98 - 107
Calcium	- 1.29	mmol/L	2.15 - 2.50
Calcium (albumine gecorrigeerd)	- 1.49	mmol/L	2.10 - 2.60
Fosfaat	1.43	mmol/L	0.81 - 1.45
Magnesium	- 0.18	mmol/L	0.66 - 1.07



Opname gastro-entero

Correctie ionen

Oorzaak langdurig gebruik PPI?

+

Bij controle: depressief beeld nog aanwezig, milder.

+

Psychosociaal: geen woonst

Diagnose?



- **Diagnose volgens DSM-IV (hypothese):**
- - *As 1 (Psychiatrisch):* Depressie en angst bij patiënte met BM-halskanker in VG
- - *As 2 (Persoonlijkheid):* Uitgesteld
- - *As 3 (Somatisch):* Hyperventilatie, gespannen aangezichtsspieren, diarree, maaglast, braken tgv forse ionenstoornissen: milde hypokaliëmie, ernstige hypomagnesiëmie en hypocalciëmie.
- - *As 4 (Stressfactoren):* Doodsbedreigingen van ex-vriend, opvolgonderzoeken voor baarmoederhalskanker, inwonend bij zuster.
- - *As 5 (Functioneren):* GAF 25



Casus 2 52j franssprekende man, meldt zich voor opname wegens paranoïde gedachtengang – sociaal isolement – ernstig dysfunctioneren in de thuissituatie.

Kan zijn klachten weinig specifiek benoemen.

Geen sociaal netwerk: moeder woont in Spanje, familie in Marokko.

Komt weinig buiten – kan niet werken -

Lich.: lage rugklachten

Gewerkt tot een 2-tal jaar geleden.

Presentatie: wat geagiteerd praten in individuele gesprekken – praat over stemmen die hij hoort – denkt dat iedereen tegen hem is – goed oogcontact – doet verder geen vreemde uitspraken.

Op zaal: Natte handdoeken op de verwarming leggen – ramen wijd openzetten als het vriest – al snel dusdanige conflicten dat patient op een eenpersoonskamer wordt gelegd. Iedereen is tegen hem. Is autoriteitsgevoelig: erg beleefd tegen de juiste personen.

Daarnaast ook “malpartout” klachten waarvoor kinesitherapie

Cocainespiegel bij opname positief , pat blijft ontkennen



- Diagnose
- Paranoïde of andere pers st?
- Hallucinaties in kader van psychose?
- of?



Psychische stoornis?

Alcohol- drugs-medicatie?

Lichamelijk?



Elementen die meespelen:

Op 1-pers kamer gaat het goed

Vroegere kamergenoten komen vertellen dat patiënt hen zegt dat hij zich paranoïde voordoet omdat hij anders niet opgenomen kan blijven.

Functioneert thuis niet maar doet zijn was en plas op de afdeling wel

Psychose wordt nooit opgemerkt

Goed contact in individuele gesprekken

Stelt zich geen doelen voor de opname.

Simulatie?

Kenmerken van antisociale persoonlijkheidsstoornis?

Ontwenning cocaine en andere?

Of toch paranoïde pers st.



- **Casus 3** 28-j vrouw, 2 kinderen 4-7j welke door moeder opgevoed worden.
- Toename depressieve klachten- Kan niet meer genieten, heeft geen ontspanning meer. Ziet geen positieve zaken meer in het leven. Veel nachtmerries. Slaapt slecht. Veel huilen zonder reden.
- Komt tot niet veel meer. Zelfmoordgedachten
- Woede-uitbarstingen. Chaos in het hoofd – drukte – prikkelbaar
- VG: misbruik door stiefvader – 2 broers – moeder alcoholiste– tijd in internaat gezeten als kind..
- Geen opleiding vgs pt wegens "te dom".
- -Momenteel 26j oudere vriend, welke drinkt . Wil ADHD test
- Op de afdeling: erg aandachtzoekend – claimt hulpverleners – schrijft haar misbruik uit in 5-6 bladzijden met alles tot in de kleinste details en maakt kopieën voor psychologen /soc. Dienst/psychiater/VPK – de verhalen worden erg uitvergroot: moeder liep met 30 messen achter haar –
- Vertelt grenzeloos in de groep over haar misbruik . Ook grenzeloos naar haar misbruikers toe: wil dat we een gesprek organiseren met haar broers met als doel om excuses te bekomen.
- **Wie maakt de beslisboom?**



Psychische stoornis?

Alcohol- drugs-medicatie?

Lichamelijk?

Beslisboom

Hoofdsymptoom:

-Emotionele en gedragssymptomen tgv extreme
verwaarlozing en seksueel geweld

Psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen (p49)

Overmatig familiair gedrag van een kind jegens
onbekende volwassenen, na extreem ontoereikende verzorging

Ontremd-sociaalcontactstoornis

+ zwakbegaafdheid – Geen ADHD!



Casus 4 50-j aankoopmanager – ontslagen op zijn werk

Zoekt obsessief naar nieuw werk

Moest maandag beginnen op nieuwe werk. Blokkeert voor de deur, kan niet uit zijn wagen stappen – denkt dat hij niet de juiste kleding aan heeft.

Sinds nieuwe job: slecht slapen – gewichtsverlies – spanning – ijsberen en piekeren-meldt relatiestoornissen

Psy: bijna mutistische , rigide man – somber – verlatingsangst – woordvindproblemen: blokkages

Formeel – onzeker – schuldgevoelens – wat achterdocht – vlak affect – geen contact met anderen

D?



Paniekstoornis

Gegeneraliseerde angst

Depressie

ASS?

Perfectionisme?



- **Diagnose volgens DSM-IV:**
- - *As 1 (Psychiatrisch):* Gegeneraliseerde angststoornis, ernstig met paranoïde gedachtengang en depressieve stemming
- - *As 2 (Persoonlijkheid):* Weinig zelfvertrouwen/assertiviteit, perfectionistische trekken
- - *As 3 (Somatisch):* *subjectief: geheugenstoornissen tgv depressie/angst*
- - *As 4 (Stressfactoren):* Financieel, werk.
- - *As 5 (Functioneren):* GAF-score: 35 opname/ontslag 60



Na ontslag thuis: partner meldt dat patient enerzijds veel beter is

Maar: zeer druk – minder slapen – erg actief – prikkelbaar

Bij tennissen bal hard naar de tegenstanders slaan – ongepaste uitspraken doen zoals schelden op zijn vrienden

D?



Hypomane periode =

periode van minstens 4 dagen

met een abnormaal verhoogde , expansieve of prikkelbare stemming en doelgerichte activiteit en of energie

-grandiositeit

-minder slaap

-spraakzaam

-gedachtenvlucht

-verhoogde afleidbaarheid

Oorzaak:?



SSRI

Na halveren reeds rustiger

Na stop binnen **1 week** herstel

As I Hypomane periode als bijwerking van medicatie



Casus 5 40j man komt met de vraag voor diagnostiek

Vertelt een zeer warrig verhaal over zijn sociale problemen – gebrek aan sociale contacten: heeft geen vrienden meer – werkloos terwijl hij een goede opleiding heeft – voelt zich daar erg slecht over

Wil een gesprek over zijn diagnose waarbij hij zeer veel fantaseert over seks met kinderen. Hij noemt het zijn pedoseksuele verlangens.

Claimt dat hij nooit iets met kinderen gedaan heeft, wel seksuele contacten met mannen /en of hoeren.

Klin.: zeer slordig geklede man, onverzorgd voorkomen, druk, vult de hele kamer – praat aan een stuk door – chaotisch denken - toch niet echt contactgroei / geen wederkerigheid– grenzeloos –ook iets dwingends/rigide. Daagt mij voortdurend uit om een diagnose te stellen. Hoge lijdensdruk.

D?



1.ADHD?

2.ASS?

3.Pedofilie?



- **Casus 6 Anamnese:**

- 28j vrouw, Relatiebreuk sinds 6 maanden
- Sedertdien progressief toegenomen drankmisbruik, niet dagelijks, wanneer ze alleen thuis is.
- Erg eenzaam...kan niet alleen zijn
Over haar vroegere relatie: was steeds aantrekken en afstoten. Toen de breuk kwam kon ze dit niet verwerken.
- Ze had een relatie met Jurgen, 36j met een kindje, had nooit het gevoel dat dit een 'echte relatie' was, partner gaf frequent dubbele signalen.
- Alleenwonend sinds begin dit jaar,
- Bedrijf waar ze voor werkte ging failliet: gevolg ontslag.
- Nieuw werk, doch slechte ervaring; moeilijke bazen, veel druk en stress.

- Sinds februari progressief beginnen drinken, wijn en bier.
- Op piekmomenten (na haar ontslag) tot 2,5 tot 3 flessen wijn/dag.

- 5-tal weken geleden zelf trachten ontwennen.
- 3w succesvol nuloctie kunnen handhaven.
- Gecrasht na relatiebreuk: zelf beëindigd ivm bedrog vriend.
- Gevolg: intoxicatie -opname EPSI Erasmus.

- Nadien overname PAAZ KLINA.

Initiële werkdiagnose D?



- **D: Alcoholmisbruik**
- **Tgv Relatiebreuk**



- **Klachten**
- Geen 'drive' meer hebben, minder actief, anhedonie.
- Voedingspatroon goed, In- en doorslaapproblemen.
- Gevoel niet goed genoeg te zijn en te moeten compenseren naar partner toe
- Constant aan het denken, psycholoog had het als een vorm van ADHD omschreven. Angstig als ze alleen is.
- **Toestandsbeeld bij opname:**
- Zeer verzorgde 28j patiente, ziet er jonger uit dan kalenderleeftijd, wat teveel gemaquilleerd.
- Minimaliseert haar drankgebruik aanvankelijk wat
- Bovengemiddelde intelligentie.
- Komt soms wat theatraal over, maar is meer een façade waaronder een negatief zelfbeeld.
- Stemming is verdrietig, depressief. Suïcidegedachten latent aanwezig
- Kan gedachten niet stilzetten en zegt gek te worden in haar hoofd
- Wil goed kunnen slapen, veel nachtmerries (droomt dan bijvoorbeeld dat ze haar familie zal vermoorden...



- **DD??**
- **1.ADHD?**
- **2.Borderline stoornis?**
- **3.Theatrale persoonlijkheidsstoornis?**
- **4.Angststoornis?**



- **Biografische gegevens:.**
- Ouders gescheiden
- Mama: onderzoeksrechter, veel miserie gezien in haar carrière, daardoor overbezorgd naar dochter toe. Controleerde haar tot in het extreme. Had niet het gevoel met alles terecht te kunnen bij moeder "omdat deze daar ongerust van zou worden"
- Papa: nuchtere man, liet haar meer vrijheid, kon er ook meer tegen zeggen. Goede relatie
- **Psychiatrische voorgeschiedenis:**
- Jeugd: eetstoornis. Lijkt nu terug op te duiken. Niet professioneel behandeld toen.
- In haar jeugd ook wel eens automutilatie.
- 2009, angstaanvallen en hyperventilatie. Succesvol behandeld, start SSRI
- 2010 depressie en angst.
- April 2016 psychotherapeut: liep aanvankelijk goed, doch laatste tijd minder, had zelf afhankelijkheidsprobleem en praatte meer en meer over zichzelf)
- In verleden wel eens geëxperimenteerd met drugs (cocaïne en een halve pil xtc), doch daar bleef het bij.
- 09/2016 tot 30/09/16 opname Erasmus: (para)suicidepoging met 2 tab valium en alcohol.



- Gesprek met moeder:
- Nooit problemen met A. tot 17-18j.
- Altijd minder structuur gehad dan zus, die uit zichzelf veel studeerde.
- Moeder vreest voor persoonlijkheidsstoornis: kleedt zich graag extravagant, soms over de grenzen gaan: foto van zichzelf in zwarte doorschijnende body met benen open en biljetten in haar hand op Instagram. Je ziet niet echt iets maar toch...
- Soms angstig
- Erg bezig met uiterlijk en daarin ook soms wat ver gaan: extensions, wave laten zetten enz.
- Weinig geduld, - verdraagt geen kritiek - soms te emotioneel.
- Veel aandacht vragen en trekken - steeds verkeerde partnerkeuze door haar uiterlijk / gedrag.
- Kan wel erg entertainend zijn, heel gezelschap laten lachen.
- Negatief zelfbeeld.



- Werkdiagnose opname (stagiaire):
- **Diagnose volgens DSM-IV:**
 - - *As 1 (Psychiatrisch):* Misbruik benzodiazepines
 - Misbruik v alcohol: binge drinking
 - Aanpassingsstoornis met angst en depressieve gevoelens
 - - *As 2 (Persoonlijkheid):* uitgesteld.
 - - *As 3 (Somatisch):* -
 - - *As 4 (Stressfactoren):* primaire steun: relatiebreuk - werkproblemen -
 - - *As 5 (Functioneren):* GAF 45

Klopt dit?



- Info ouders na opname:-op verjaardagsfeest van moeder dronken toekomen en voor iedereen enkele glazen alcohol achter elkaar opdrinken.
- - A. had op laatste werk “last had met haar bazen” omdat zij op een beurs moest staan en daar zo dronken werd dat zij letterlijk niet meer op haar benen kon staan en met een taxi door haar werkgever naar huis gebracht moest worden, waarna ontslag
- -het alcoholmisbruik bestaat al langer en is een groter probleem dan wat A. ons doet geloven.
- -functioneert thuis niet: moeder moet haar appartementje gaan schoonmaken, zelfs vuilbak op straat gaan zetten.
- Moeder wil diagnose weten en advies: psychotherapie CGT?
- Ouders vragen of de diagnose borderline stoornis van toepassing is op hun dochter?



- **Kenmerken borderline stoornis:**
- Meest voorkomende pers stoornis 1,6-5,9% - nog steeds 8-10% suïcide
- Duurzaam patroon van instabiliteit van interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en affect, impulsiviteit, begin op jong volwassen leeftijd en aanwezig in uiteenlopende context
- **5 kenmerken**
- **1.** Verlatingsangst
- **2.** Instabiele en intense interpersoonlijke relaties met afwisseling tussen extreem idealiseren en devalueren
- **3.** Identiteitsstoornis: duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
- **4.** Impulsiviteit op min. 2 gebieden: die potentieel zelfbeschadigend zijn:
 - -geld verkwisten –seks – middelenmisbruik – roekeloos auto rijden –eetbuien
- **5.** Recidiverend suïcidale gedrag, dreiging, of automutilatie
- **6.** Affectieve instabiliteit als gevolg van duidelijke reactieve stemming
 - -intens dysfoor – prikkelbaar – angstig –gedurende enkele uren , zelden langer dan enkele dagen
- **7.** Chronisch gevoel van leegte
- **8.** Inadequate , intense woede of moeite om boosheid te beheersen
 - -woede-uitbarstingen – vechtpartijen
- **9.** voorbijgaande , stress-gerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen



Belangrijkste kenmerk ter differentiatie?

- **DD ADHD versus Borderline stoornis**
- **DD Borderline stoornis versus Bipolaire stoornis**



- **Casus 3**
- 21-jarige jongeman meldt zich spontaan op de forensische polikliniek.
- Hij heeft angst dat hij ooit iets ergs zal doen. Patiënt vertelt dat hij zich bijna dagelijks masturbeert terwijl hij naar pornografie kijkt op zijn PC. Het is iets dwangmatig, hij kan het niet laten.
- Deze seksuele driften zijn zo hevig dat patiënt vreest dat hij ooit iemand op straat zal aanranden. Hij wil er vanaf.
- Daarnaast heeft hij last van spontane erecties, vooral wanneer hij fietst.
- Hij denkt homo te zijn. Hij had nog nooit een relatie, laat staan een seksuele relatie.
- Later in zijn verhalen vertelt patiënt dat hij zich erg aangetrokken voelt tot een vrouw, zij zit in het bestuur van zijn studentenclub en wekt gevoelens bij hem op. Hij lacht daarbij wat heimelijk.
- Tijdens het onderzoek zien we een erg verlegen, verzorgde jongeman die intelligent overkomt. Hij praat stil en er is vluchtig oogcontact wat toegeschreven wordt aan zijn schroom om zijn verhaal te vertellen.
- Tijdens de hele duur van het gesprek tikt hij met zijn vinger tegen zijn kin of voorhoofd, trammelt soms repetitief met zijn vingers op de tafel.
- **Waaraan denken we?**



- **ADHD?**
- **ASS?**
- **Gilles de la Tourette?**
- **Seksuele dysfunctie tgv?**



- Bio: gezin met 7 kinderen. Vader pastor Gereformeerde Protestantse kerk. Moeder huisvrouw.
- Studeert met succes informatica. Woont op kamers in een studentenhuis. In het huis voelt hij zich goed, hij zit daar samen met zijn vrienden.
- Van kindsaf diagnose ASS. Zwakbegaafd zusje met ernstige ASS
- en 2 broers, normaal begaafd met ASS.
- Neemt reeds van jongsaf Rilatine 3x20mg - Risperdal 1mg.
- Wij moeten deze medicatie niet voorschrijven want moeder regelt dit voor de vier kinderen.

- **Verder onderzoek:**
- Seksuologe gaat met hem aan de slag.
- Ik stel voor de medicatie eens te verminderen. Priapisme??
- Patient halveert Risperdal, en stopt een tijdje, zonder resultaat.
- Rilatine wil hij niet verminderen; hij is overtuigd dat dit er niets mee te maken heeft en heeft dit nodig voor zijn studies omdat hij zich anders niet kan concentreren op zijn studies.
- Psycholoog van het zedenprogramma en de seksuologe gaan beide verder met exploratie van zijn seksuele verlangens, om inzicht te krijgen in wat er gebeurt. Psycholoog werkt aan groei naar volwassenheid /zelfstandigheid en identiteit.
- Er verandert weinig. Risperdal wordt opnieuw op 1mg gezet.
- Slaagt in zijn studie en gaat nog 1j doctoreren
- Zijn doctoraatsjaar verloopt goed, hij moet niet meer echt studeren en het theoretische onderzoek ligt hem goed.
- Hij heeft besloten om na zijn studie niet meer thuis te gaan wonen.
- De therapie is intussen (succesvol?) afgerond.
- Patient vraagt om nog laagfrequent langs te komen zodat ik zijn medicatie kan voorschrijven (een soort groei naar zelfstandigheid).



- Enkele maanden later belt patiënt mij plots op met de mededeling dat hij toch gestopt is met Rilatine en zijn klachten hiermee zo goed als verdwenen zijn.
- Hij masturbeert nog wel af en toe en kijkt hierbij nog wel wat porno. Maar de vervelende erecties overdag zijn verdwenen.

Moraal van het verhaal?

D?



- **Einddiagnose: ?**
- **ASS met ADHD klachten als onderdeel van ASS**
- **Seksuele dysfunctie door een middel namelijk amfetamines**



- **Criteria ASS**
 - Persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie
 - In uiteenlopende situaties, actueel of in de voorgeschiedenis
 - Blijkend uit minimaal 3 kenmerken
-
- Deficiënties in de sociaal-emotionele wederkerigheid;
 - Abnormale contactname – geen normale gespreksinteractie – verminderd delen van interesses, emoties of affect tot een onvermogen om sociale interacties te initiëren en te beantwoorden
 - Deficiënties in het non-verbale communicatieve gedrag dat gebruikt wordt voor sociale interactie:
 - Slecht geïntegreerde verbale en non-verbale communicatie –abnormaal oogcontact en lichaamstaal –deficiënties in het gebruiken en begrijpen van gebaren tot het ontbreken van gezichtsuitdrukkingen en non-verbale communicatie
 - Deficiënties in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties
 - -problemen met aanpassen van gedrag aan verschillende sociale omstandigheden
 - -moeite met deelnemen aan fantasiespel - moeite met maken van vrienden
 - -tot totale afwezigheid van belangstelling voor leeftijdsgenoten