



# DSM- 5

*Een stap in de goede/foute richting?*

Prof. dr. S. Claes  
U.Z. – K.U.Leuven



# DSM5

Waarom we de DSM nodig hebben

Van 4 naar 5: een paar voorbeelden



# De DSM:

een megacomplot tussen psychiaters  
en farmaceutische industrie?

**HAVIDOL**<sup>®</sup>  
(avafynetyne HCl)  
20mg tablets and suppositories

**WHEN MORE  
IS NOT ENOUGH**

HAVIDOL IS THE FIRST AND ONLY TREATMENT  
FOR DYSPHORIC SOCIAL ATTENTION CONSUMPTION  
DEFICIT ANXIETY DISORDER (DSACDAD)

Use the ZING SELF ASSESSMENT TOOL

 **Take the Quiz**

**New!**  
HAVIDOL  
gift ideas  
in the shop



# Geen psychiatrie zonder diagnose

- Artsen en therapeuten denken diagnostisch
  - dia – gignoskein: uit elkaar kennen, onderscheiden
  - Elke “school” hanteert zijn eigen diagnostisch systeem
- Patiënten vragen een diagnose
  - Wat is er met mij aan de hand?
- Diagnostisch systeem is noodzakelijk om communicatie tussen hulpverleners mogelijk te maken
- Diagnostisch systeem is noodzakelijk om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken



# Wat kenmerkt de DSM als diagnostisch systeem?

## Atheoretisch

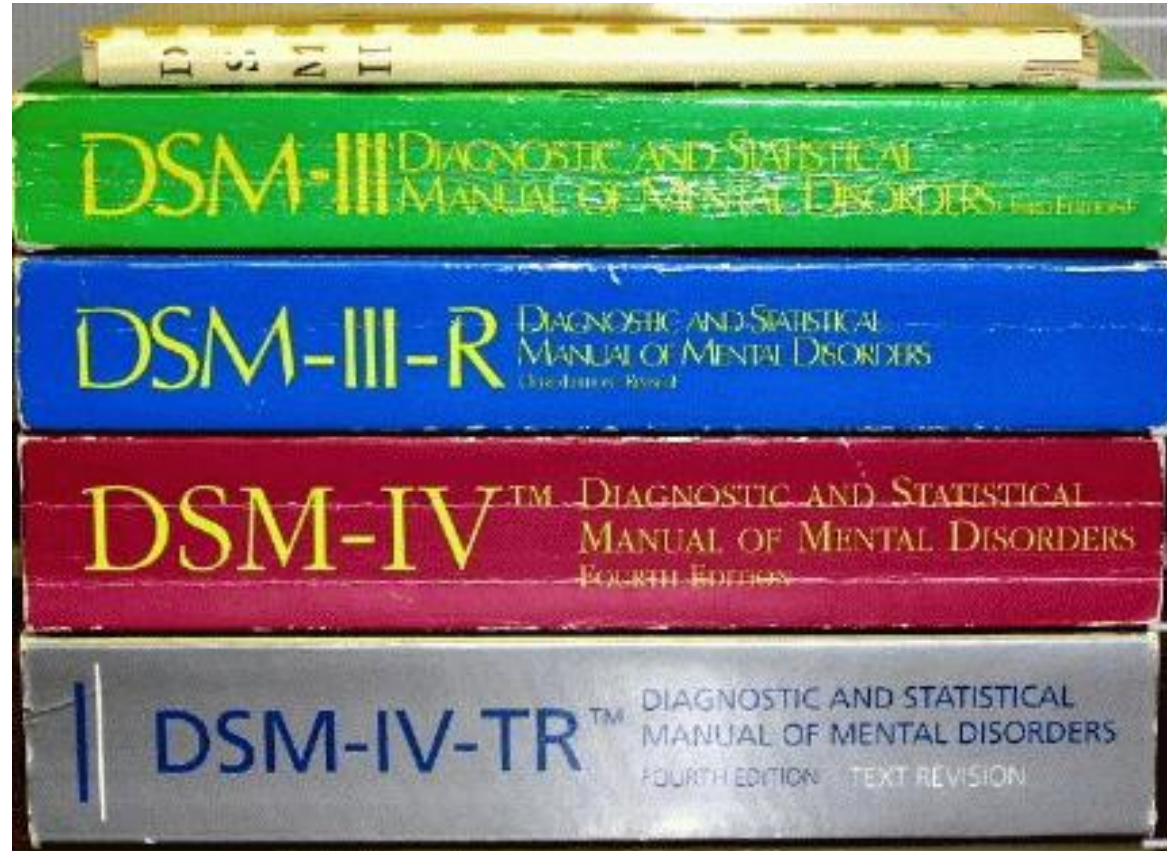
Geen onderliggend verklaringsmodel, noch psychologisch, noch biologisch

Uit beide hoeken wordt dit betreurd!

## Zuiver descriptief

Beschrijving van (clusters van) symptomen, tijdsduur, ...

# DSM Amerikaans?







## Een DSM diagnose...

- Is een poging om de veelheid van symptomen die een patiënt op een bepaald ogenblik vertoont, samen te vatten in een syndroom
- Is geen reëel bestaande entiteit
  - Altijd voorlopig van aard
- Zegt niets over de oorzaken
  - Overigens bijna steeds multifactorieel
- Biedt geen dynamische verklaring
- Zegt niets over de behandeling
  - Vb.: “Depressie in engere zin”



# Wat is een bruikbare diagnose?

*Volgens Robins & Guze (1) en Kendler (2)*

1. Afscheiding van andere ziektebeelden
2. Genetische aggregatie binnen families
3. Typisch verloop
4. Typische respons op behandeling (farmaco + psycho)

**Voldoen DSM diagnoses aan deze criteria?**

- Robins E, Guze SB. Am J Psychiatry 1970; 126: 983-987.
- Kendler KS. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 969-973.c





# DSM5

- Waarom we de DSM nodig hebben
- Van 4 naar 5: een paar voorbeelden



# De DSM aanpassen: een delicate zaak...

Bij het opstellen van DSM-5: **4 doelstellingen**

1. Veranderingen moet de klinische bruikbaarheid verhogen
2. Aanbevelingen moeten conform zijn met wetenschappelijke evidentie
3. DSM-5 moet in continuïteit zijn met de vorige edities
4. Er zijn geen a priori beperkingen aan de omvang van de aanpassingen

**Een delicaat evenwicht...**



# Hoe komt een nieuwe DSM tot stand?

## Mega-proces

- Tien jaar voorbereiding
- Task force, study groups, working groups, ...
- Publieke reacties
- Field trials

## Wetenschap of belangen?

- Zonder twijfel spelen belangen een rol; er is niet zoiets als waardenvrije wetenschap
  - Industrie
  - Therapeutische stromingen



# American Psychiatric Association DSM-5 Development

 Search DSM-5

- Home
- About DSM-5
- Meet Us
- Research Background
- General Resources
- Proposed Revisions
- Newsroom

## DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis

Publication of the fifth edition of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) in May 2013 will mark one of the most anticipated events in the mental health field. As part of the development process, the preliminary draft revisions to the current diagnostic criteria for psychiatric diagnoses are now available for public review. We thank you for your interest in DSM-5 and hope that you use this opportunity not only to learn more about the proposed changes in DSM-5, but also about its history, its impact, and its developers. Please continue to check this site for updates to criteria and for more information about the development process.

### A Message from the DSM-5 Task Force Chairs

Dear Reader,

Welcome to the newly relaunched DSM-5 Web site.

We are pleased to present some noteworthy changes to our DSM-5 proposals that have occurred since this site was first launched in February 2010. Over the past year, members of the DSM-5 Task Force and Work Groups have updated draft DSM-5 diagnostic criteria to reflect the input received from the voluminous (8000+) comments you, as our viewers, submitted to this Web site during the February-April 2010 commenting period. Recent changes have also been informed by ongoing reviews of the literature and data analyses.

### Click Here for Important Note for DSM-5 Field Trials Participants

The 2nd period for submitting comments and suggestions to the web site regarding the proposed diagnostic criteria revisions, and the newly proposed organizational structure for DSM-5 took place from May 4th-July 15th. We are appreciative of your ongoing interest in contributing to this process. During our first comment period, we received over 8600 comments from you, our viewers. We encourage you to spend time on this site to investigate the myriad ways your comments helped shape some of the recent updates to the proposed diagnostic criteria. During the second comment period, we received over 2000 comments and our work groups are actively reviewing your input. Thank you for taking the time to provide your insights, experiences, and expertise toward these important issues.

### What Specifically Has Changed on This Site?

You will notice several changes to this Web site since we first launched in February 2010. Numerous disorders contain updated criteria. For example, nearly all of the **Bipolar and Related Disorders** contain updates. We have also posted several newly proposed disorders, such as **Premenstrual Dysphoric Disorder**. Furthermore, we have added many diagnostic-specific severity measures, including the **Anxiety, Obsessive-Compulsive-Related, and Trauma-Related Disorders**. A detailed listing of all changes to

### What's New

**DSM-5 Revisions to Personality Disorders Reflects Major Change**

**What's New on This Web Site?**

**Proposed DSM-5 Organizational Structure**

**Revised! Frequently Asked Questions about DSM**

**A Statement from Kenneth S. Kendler, M.D., on the proposal to eliminate the grief exclusion criterion from Major Depression**

**Revised! DSM-5 Field Trial**





# Categorieën of dimensies?

*“One, if not the major difference between DSM-IV and DSM-V will be the more **prominent use of dimensional measures** in DSM-V”*

*Regier et al., Am J Psychiatry 2009; 166: 645-50.*

*Moeten we naar een dimensionele psychiatrie?*

*Veel pro's en con's...*



# Depressie in DSM-5 (1)

Voorstel	Toevoegen van <b>dimensies van ernst</b> aan MDD
Rationale	Niet enkel de diagnose is van belang, maar ook de ernstgraad
Criteria	Wellicht gebruik makend van de “Patient Health Questionnaire” (PHQ-9) en/of de “Clinical Global Impression” schaal
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernstgraad is vaak informatief, zowel klinisch als researchmatig</li><li>• Laat toe om de evolutie te volgen</li><li>• Kritiek op het MDD concept (vb. E. Shorter)</li><li>• Milde Majeure Depressie moet geen medicatie krijgen? (cf. Kirsch – paper)</li></ul>
Nadelen	Inter-rater betrouwbaarheid is niet zeer hoog; dit speelt niet voor het volgen van de evolutie



# Depressie versus verdriet...

Eén van de moeilijkste opdrachten voor de praktiserende clinicus:  
hoe lijn ik normaal menselijk verdriet af van de pathologische  
toestand die we depressie in engere zin noemen?

*The normal and expected response to an event involving significant loss (e.g, bereavement, financial ruin, natural disaster), including feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite and weight loss, may resemble a depressive episode. The presence of symptoms such as feelings of worthlessness, suicidal ideas (as distinct from wanting to join a deceased loved one), psychomotor retardation, and severe impairment of overall function suggest the presence of a Major Depressive Episode in addition to the normal response to a significant loss.*





# Depressie in DSM-5 (3)

Voorstel	Toevoegen van “ <b>gemengde angst – depressie</b> ” als een nieuwe diagnose?
Rationale	Uit DSM-5 “field-studie” in 400 psychiatrische ambulante patiënten blijkt dat 10 % hieraan zou lijden, los van andere diagnoses en stabiel in de tijd. Andere studies spreken dit tegen.
Criteria	3-4 symptomen van DSM-IV MDD gedurende 2 weken en 2/5 symptomen van een specifieke angstschaal
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vervangt wellicht vage diagnoses zoals “burnout”</li><li>• Vermijdt dat de clinicus twee diagnoses moet stellen</li></ul>
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wankele empirische basis</li><li>• Gevaar psychiatrisering van aanpassingsreacties?</li></ul>

Voorstel	Toevoegen van “ <b>gemengde angst – depressie</b> ” als een nieuwe diagnose?
Rationale	Uit DSM-5 “field-studie” in 400 psychiater-geleide ambulante patiënten blijkt dat 10% hieraan voldoet, meer dan andere diagnoses en stabiel in de tijd. Recentere studies spreken dit tegen.
Criteria	3-4 symptomen van MDD gedurende 2 weken en 2/5 symptomen op een specifieke angstschaal
Voordelen	• Vermindert overlap met wellicht vage diagnoses zoals “burnout” • Vermindert dat de clinicus twee diagnoses moet stellen
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wankele empirische basis</li><li>• Gevaar psychiatrisering van aanpassingsreacties?</li></ul>

Section III



# Persoonlijkheidsstoornissen

- Sterke verandering tegenover DSM-IV
- Basis wordt een dimensioneel model
- Categorieale diagnose blijft mogelijk, maar gebaseerd op dimensionele scores

Hybride oplossing



# Persoonlijkheidsstoornissen

- A. Significant **impairments in self** (identity or self-direction) and **interpersonal** (empathy or intimacy) functioning.
- B. One or more **pathological personality trait domains** or trait facets.
- C. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are relatively **stable across time** and consistent **across situations**.
- D. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are not better understood as normative for the **individual's developmental stage or socio-cultural environment**.
- E. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are **not solely due to the direct physiological effects** of a substance (e.g., a drug of abuse, medication) or a general medical condition (e.g., severe head trauma)



# A. Levels of personality functioning (1)



## Self

- **Identity:** Experience of oneself as unique, with clear boundaries between self and others; stability of self-esteem and accuracy of self-appraisal; capacity for, and ability to regulate, a range of emotional experience
- **Self-direction:** Pursuit of coherent and meaningful short-term and life goals; utilization of constructive and prosocial internal standards of behavior; ability to self-reflect productively

## Interpersonal

- **Empathy:** Comprehension and appreciation of others' experiences and motivations; tolerance of differing perspectives; understanding of the effects of own behavior on others
- **Intimacy:** Depth and duration of positive connections with others; desire and capacity for closeness; mutuality of regard reflected in interpersonal behavior



## B. Pathological personality trait domains

5 grote domeinen, partieel gebaseerd op systemen die bestaan voor evaluatie van de normale persoonlijkheid

### Negatieve Affectiviteit

Ondervindt frequent hevige negatieve emoties

### “Detachment”

Trekt zich terug uit sociale interacties

### Antagonisme

Stelt gedrag dat hem/haar in conflict brengt met andere personen

### Disinhibitie

Stelt impulsief gedrag, zonder nadenken over mogelijke gevolgen

### Psychoticisme

heeft ongewone en bizarre ervaringen



# Persoonlijkheidsstoornissen

Toch nog “categoriale diagnoses”

1. Borderline Persoonlijkheidsstoornis
2. Obsessief-Compulsieve Persoonlijkheidsstoornis
3. Vermijdende Persoonlijkheidsstoornis
4. Schizotypale Persoonlijkheidsstoornis
5. Antisociale Persoonlijkheidsstoornis
6. Narcissistische Persoonlijkheidsstoornis

## 1. Persoonlijkheidsstoornis met specifieke kenmerken

NB: Paranoïde, Schizoïde, Theatrale en Afhankelijke PS zijn verdwenen





# Persoonlijkheidsstoornissen

## Voordelen van het nieuwe systeem

- Soepeler dan het vorige
- Aangeven van de ernstgraad
- Aangeven van concrete punten die kunnen leiden tot doelstellingen voor psychotherapie
- Mogelijk om categorieën te mijden

## Nadelen van het nieuwe systeem

- Complex voor patiënt én behandelaar
- Arbeidsintensief

Veel werk voor psychologen!



# Psychose: ook hier ernstgraad

Categorieën (vb. Schizofrenie, waanstoornis, ...) worden behouden, maar aangevuld met **ernstgraad**: wordt gescoord op 8 factoren

- Hallucinaties
- Wanen
- Desorganisatie
- Abnormaal psychomotorisch gedrag
- Negatieve symptomen (beperkte emotionele expressie, avolitie, ...)
- Cognitieve deterioratie
- Depressie
- Manie

Elke factor krijgt een score tussen 0 – 4

Bijvoorbeeld score 3 op “Hallucinaties” komt overeen met:

“Aanwezig en matig (enige druk om stemmen te beantwoorden, of voelt zich enigszins verontrust door de stemmen)”



# “Attenuated Psychosis Syndrome”

**A. Karakteristieke symptomen:** minstens één van de volgende moeten voorkomen in gedempte (“attenuated”) vorm met intacte realiteitstoetsing, maar met voldoende ernst en/of frequentie om niet miskend te kunnen worden

- 1) Wanen
- 2) Hallucinaties
- 3) Gedesorganiseerde spraak

**B. Frequentie:** symptomen uit criterium A moeten in de laatste maand aanwezig zijn, en moeten voorkomen met een frequentie van minstens één maal per week in de laatste maand

**C. Progressie:** symptomen uit criterium A moeten begonnen zijn in of significant verslechterd zijn het laatste jaar

**D. Verstoring / hinder:** symptomen uit criterium A veroorzaken voldoende verstoring en hinder om een hulpvraag te veroorzaken bij de patiënt of zijn ouders/omgeving

**A. Karakteristieke symptomen:** minstens één van de volgende moeten voorkomen in gedempte (“attenuated”) vorm met intacte realiteitstoetsing maar met voldoende ernst en/of frequentie om niet miskend te kunnen worden

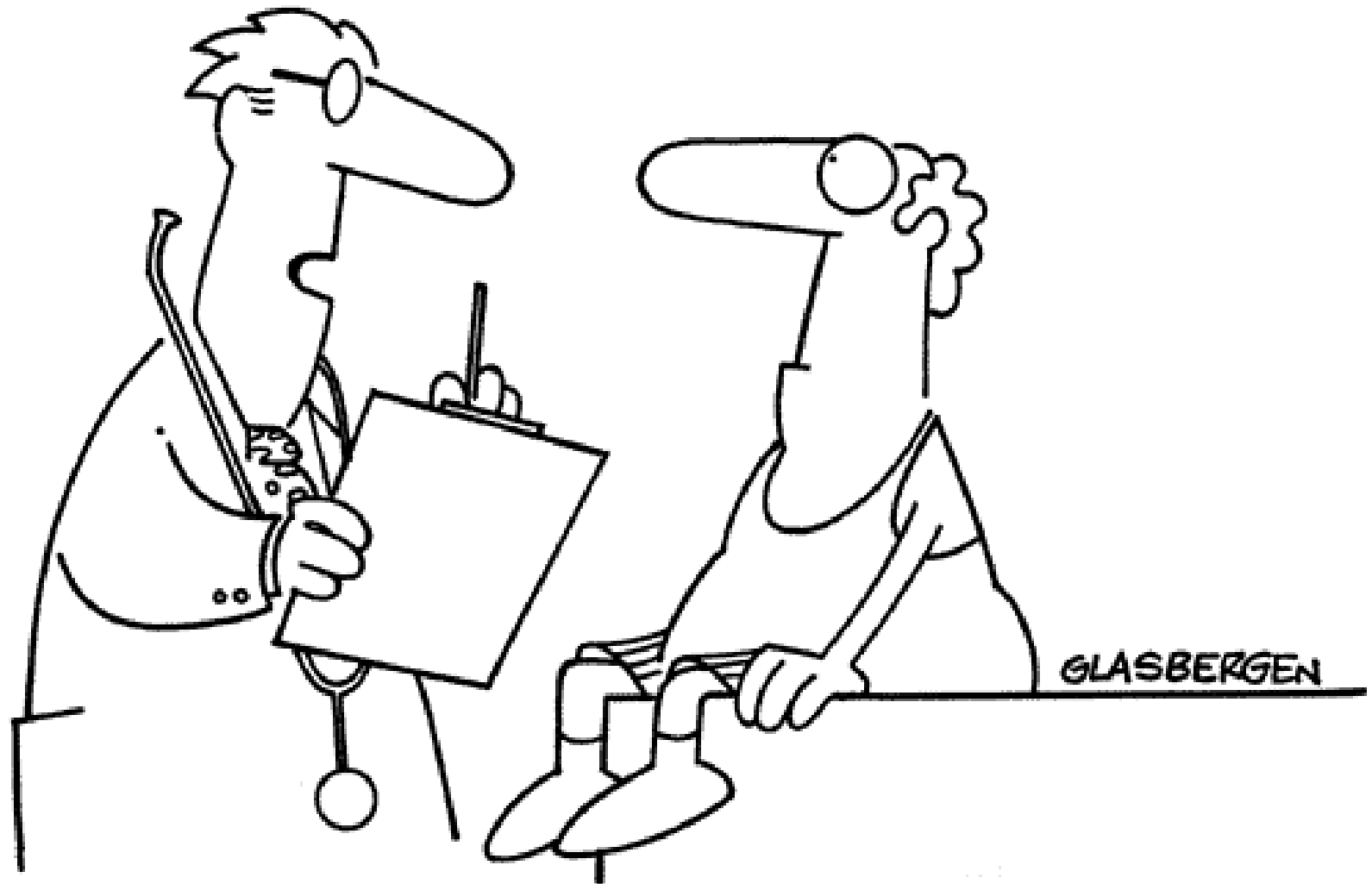
- 1) Wanen
- 2) Hallucinaties
- 3) Gedesorganiseerde spraak

**B. Frequentie:** symptomen uit criterium A moeten de laatste maand aanwezig zijn, en moeten voorkomen met een frequentie van minstens één maal per week in de laatste maand

**C. Progressie:** symptomen uit criterium A moeten begonnen zijn in of significant verslechterd zijn

**D. Verslechtering:** symptomen uit criterium A veroorzaken voldoende verstoring van de levenswijze om een hulpvraag te veroorzaken bij de patiënt of zijn ouders/omgeving

Section III



**“We can’t find anything wrong with you, so we’re going to treat you for Symptom Deficit Disorder.”**



# Conclusie

- Nog niets definitief
- Geen radicale breuk met DSM-4
- Meer dimensionele benadering, bij persoonlijkheidsstoornissen, maar ook in andere domeinen
- Toch behoudt van de gekende categorieën
- Vaak integratie van ernstmetingen
  - Veel voordelen, ook potentieel beperking van “ongebreideld medicatiegebruik”, maar arbeidsintensief!
- Meer nuances, maar dus ook meer werk voor de clinicus
- Op naar DSM-6 !



# BCNBP National Day

## Vrijdag, 7 December

### Huis van Chièvre, Begijnhof, Leuven

Afternoon Session: DSM-V - Chair: M. Dierick, Ugent.

- 14.00 DSM-V a general overview  
*Florence Thibault, President WFSBF, CHU Rouen, France.*
- 14.30 DSM-V on mood disorders  
*Stephan Claes, Dept. Psychiatrie, KU Leuven*
- 15.00 DSM-V on personality disorders  
*Patrick Luyten, Fac. Psychologie, KU Leuven*
- 15.30 DSM-V: critical approach from a neuroscience point of view,  
*Roshan Cools, UMC, Nijmegen*
- 16.00 Discussion

[www.bcnbp.org](http://www.bcnbp.org)