



Team van psychiaters:

Emma van der Meulen

Jaap van der Veer

Dick Lam

Hans van Eck

Sjef Prick

Esther Peters

Frits van der Wurff, psychiater

Februari 2018



Psychiatrie

Cardiologie

Interne geneeskunde

Neurologie

Neuropsychologie

Oogheelkunde

Orthopedie

Reumatologie

Revalidatiegeneeskunde

Plastische chirurgie

Urologie

Verzekeringsgeneeskunde



Van DSM-IV naar DSM-5

- Inleiding
- Van DSM-IV naar DSM-5
- Wijzigingen in DSM-5 ten opzichte van DSM-IV
- PTSS volgens de DSM-5: zin of onzin
- Samenvatting

Categorale cluster

- Er is een eindig aantal afzonderlijke geestesziekten
- Oorzaak ligt in een biologische afwijking (nosologie van Kraepelin)
- Deze afwijking markeert een breuklijn tussen ziekte en gezond

Dimensionale cluster

- Psychiatrische patiënten verschillen niet wezenlijk van gezonde mensen. Ze hebben eenzelfde aanleg
- Geestesziekten ontwikkelen zich d.m.v. psychische mechanismen die iedereen hanteert, zoals verdringing en projectie en als reactie op gebeurtenissen of problemen die iedereen meemaakt
- Er is dus sprake van een continuüm, lopend van psychose-neurose- normaal

Evolutie van de DSM: Tijdslijn

categoriaal

- 1918 The statistical manual for use op institutions for the insane

dimensioneel

- 1952 DSM-I 106
- 1968 DSM-II 182

categoriaal

- 1980 DSM-III 265
- 1987 DSM-III TR 292

Tijdslijn

categoriaal

- 1994 DSM-IV
- 2000 DSM-IV TR telden 297
- 2013 DSM-5 telden 3x zoveel stoornissen als in de DSM-I

verwachting

- 2015 (in de VS) DSM 5-1, 5.2

Wijzigingen in DSM-5 t.o.v. DSM-IV

- De assenstructuur is verlaten
- Duidelijk definitie van een psychische stoornis
- In plaats van de GAF-score kan nu de score op de WHODAS-2.0 genoteerd worden
- De hoofdstukken zijn anders ingedeeld (betere afstemming op de ICD-11)
- Een aantal hoofdstukken zijn opgesplitst
- De hoofdstukken zijn zoveel mogelijk ingedeeld naar de ontwikkeling

Wijzigingen in DSM-5 t.o.v. DSM-IV

- De stoornissen, die doorgaans in de kindertijd of de jeugd beginnen staan niet meer in een apart hoofdstuk, maar zijn verplaatst naar de hoofdstukken waar ze inhoudelijk in passen
- Bij elke diagnose moet worden nagegaan welke 'in stand houdende factoren' aanwezig zijn
- DSM-5 kent geen diagnose niet anderszins omschreven (Nao) meer: PDD-NOS verdwijnt
- Er zijn zogenaamde risico-syndromen toegevoegd aan de DSM-5
- Wijzigingen t.o.v. de vertaling van de DSM-IV

WHODAS (I)

- WHO systeem bevat de ICD en ICF
- Is gebaseerd op de ICF
- Bestrijkt zes domeinen:
 1. Begrijpen & communiceren (cognitie)
 2. Bewegen & zich verplaatsen (mobiliteit)
 3. Zelfverzorging
 4. Omgaan met anderen
 5. Activiteiten (werk en studie)
 6. Deelname aan de samenleving (participatie)

WHODAS (II)

- Drie afnamevarianten
 1. interviewversie
 2. zelfinvulversie
 3. 'proxy' versie

Stress gerelateerde stoornissen

Stress gerelateerde stoornissen in de DSM-IV

- Rouwreactie als een V-code, bijkomend probleem als reden van zorg
 - Aanpassingsstoornis (als aparte categorie)
-

- Acute stressstoornis (ASS)
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

beide ondergebracht bij de angststoornissen

Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornis in de DSM-5

- Reactieve hechtingsstoornis
- Ontremd-sociaalcontactstoornis
- Posttraumatisch-stressstoornis
- Posttraumatisch-stressstoornis bij kinderen van 6 jaar of jonger
- Acute stressstoornis
- Aanpassingsstoornissen
- Andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis
- Ongespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis

Criteria voor de PTSS in de DSM-IV categorie angststoornissen

- A. Blootstelling aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing is:
 1. zelfondervonden of getuige is geweest, of geconfronteerd met levensbedreiging, ernstige verwonding, bedreiging lichamelijke integriteit met
 2. gepaard gaande met intense angst/schrik, hulpeloosheid of afschuw
- B. Herbeleving van het trauma
- C. Aanhoudende vermijding van prikkels of afstomping van algemene reactiviteit
- D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid
- E. De symptomen B, C en D duren langer dan één maand en de stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren

Diagnostische kenmerken PTSS in de DSM-5

- Blootstelling aan een of meer traumatische gebeurtenissen (criterium A)
- Intrusieve herbelevingen (criterium B)
- Vermijding (criterium C)
- Negatieve veranderingen in cognities en stemming (criterium D) (nieuw)
- Verhoogde arousal en reactiviteit

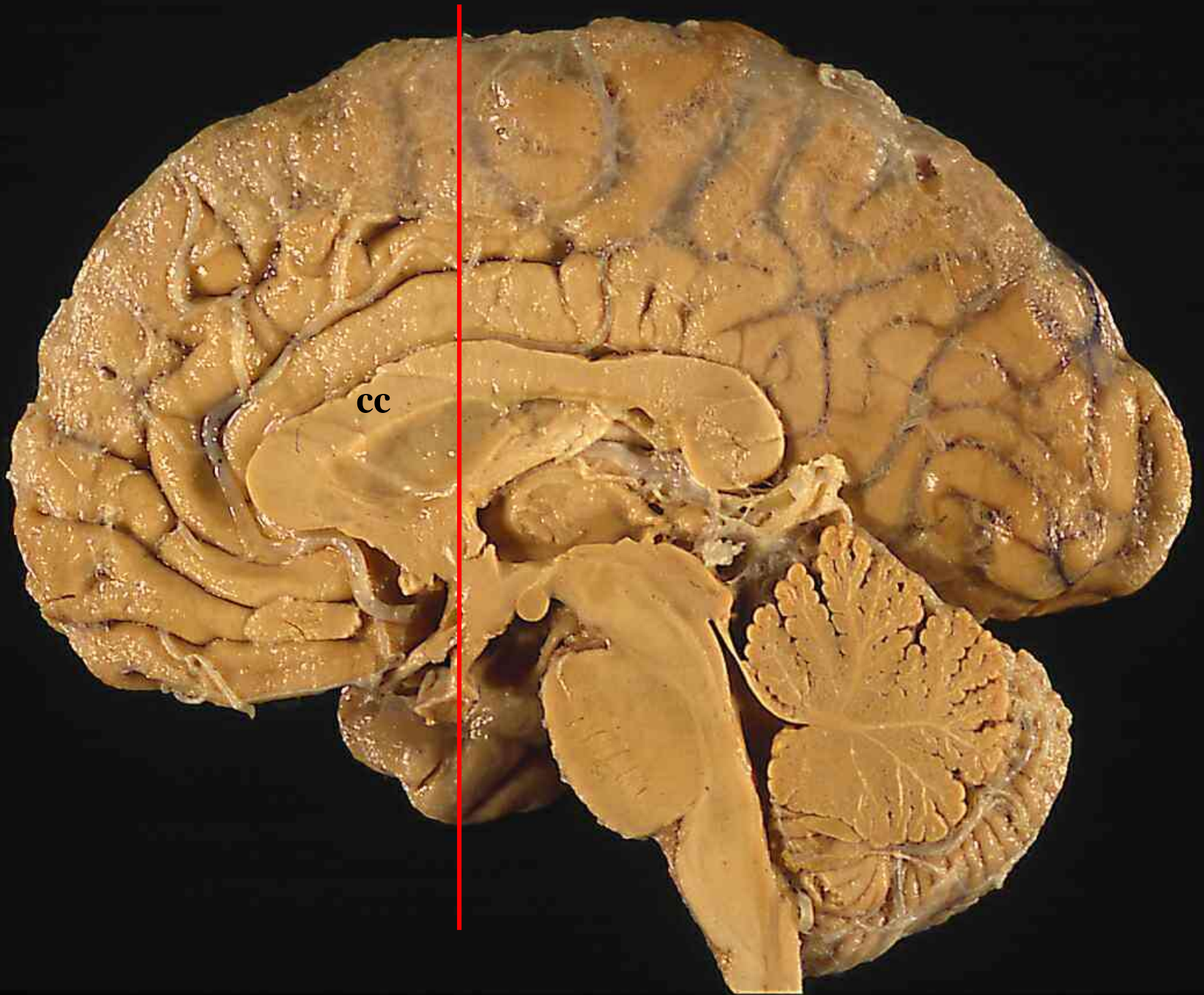
Specificeer met dissociatieve symptomen en/of met uitgestelde expressie

Verandering criteria PTSS in de DSM-5 t.o.v. de DSM-IV

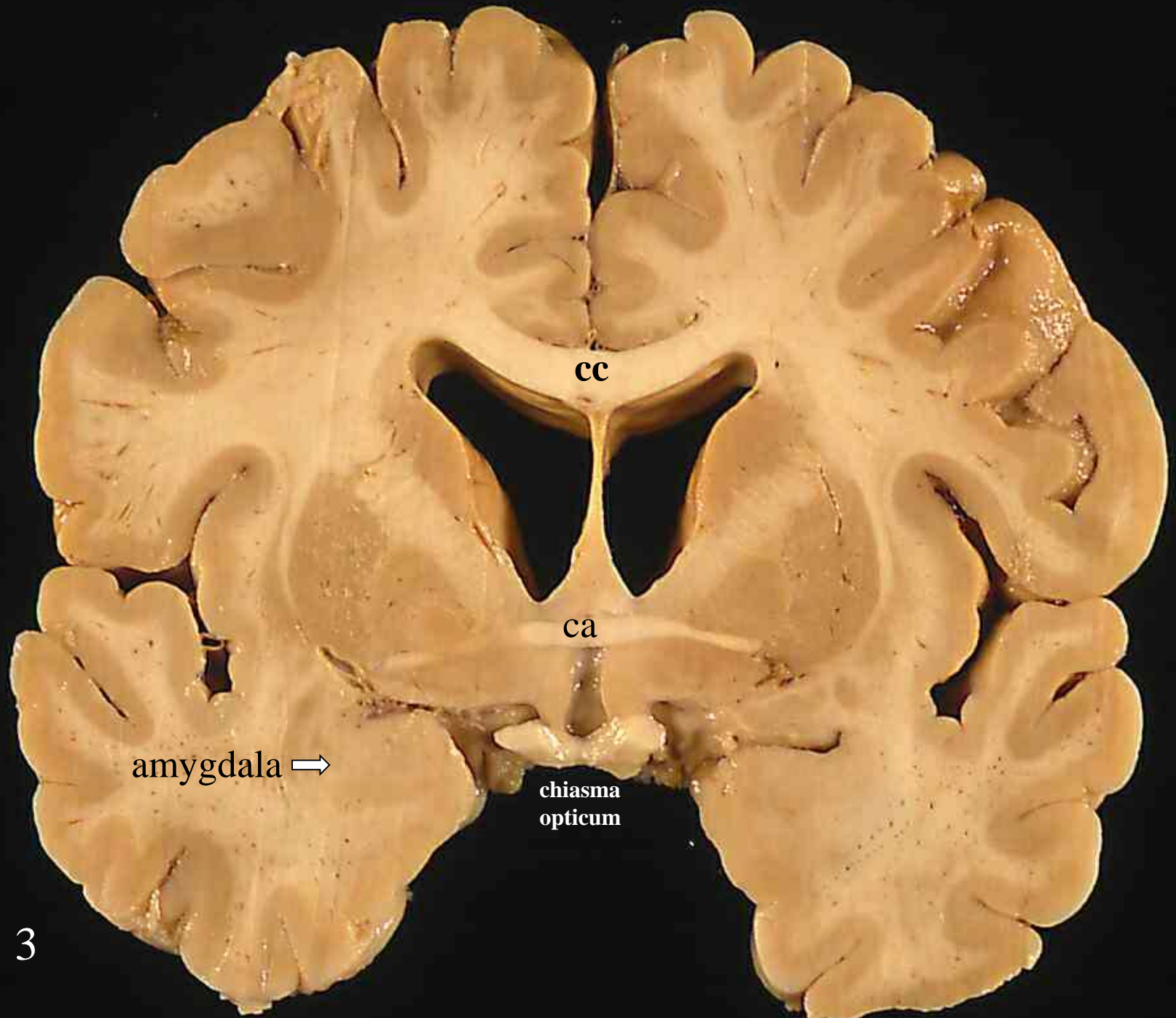
- Verplaatsen van de diagnose uit de categorie angststoornissen naar een nieuwe categorie: Psychotrauma en stressor gerelateerde stoornissen, met de volgende wijzigingen van:
 - A criterium:
 1. Cluster A2 is niet meer vereist.
 2. Naast zelf ondergaan, getuige geweest, of voortdurende confrontatie is het vernemen van een trauma bij een familielid of vriend(in)
 - B criterium: intrusieve herbeleving (om verschil aan te brengen met ruminaties)
 - D criterium: is nu een nieuwe categorie namelijk Negatieve verandering in cognitie en stemming

Verandering criteria PTSS in de DSM-5 t.o.v. de DSM-IV *vervolg*

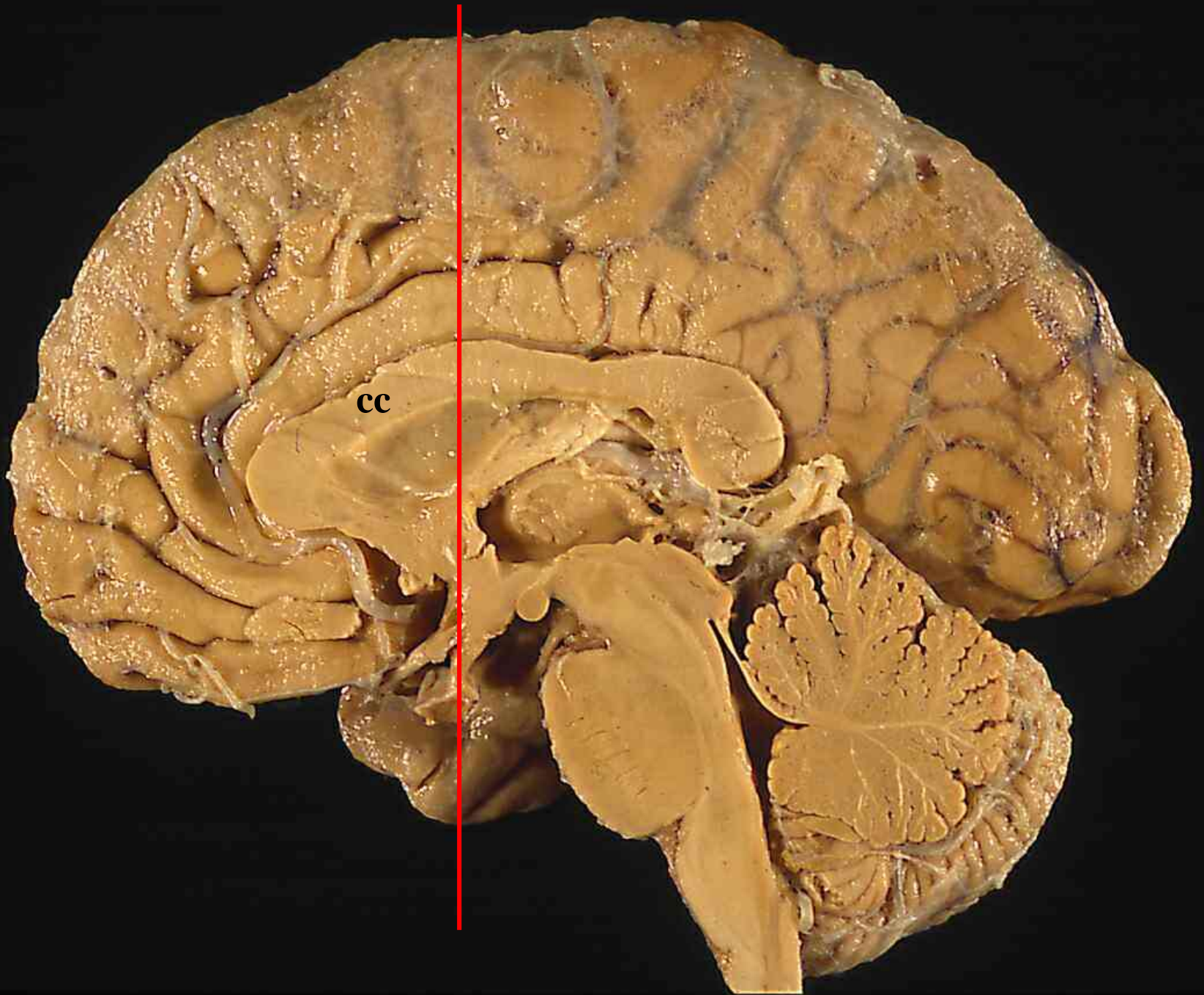
- E criterium (in de DSM-IV het D criterium) wordt; duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit, gerelateerd aan de psychotraumatische gebeurtenis(sen), met toevoeging van een nieuw symptoom roekeloos of zelfdestructief gedrag
- F criterium is het E criterium van de DSM-IV
- H is toegevoegd; de stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (medicatie/alcohol) of aan een somatische aandoening
- Specificaties zijn veranderd; geen acuut of chronisch meer, verlaat begin wordt met uitgestelde expressie
- Nieuw diagnostisch scoringsalgoritme: C verlaagd van 3 naar 1 symptoom, D aan 3 symptomen voldoen, E minimaal aan 3 (was 2) symptomen voldoen



cc



3



cc

Behandelaar of niet

- Betrokkene dient mij meer te overtuigen (doorvragen of confronteren)
- Diagnosticeren is meer dan classificeren
- Verhaal van betrokkene versus eigen bevindingen
- Vragenlijsten, wees voorzichtig
- Klachtenpresentatie cave overraporteren en/of onderpresteren
- Verhoogde stress gaat vaak samen met vergeetachtigheid

LAAT DIE GORE DETAILS
UIT UW JEUGD MAAR
ACHTERWEGE, MENEER FOND-
BACH, IK HEB NET GEGETEN!





Ze gooien granaten naar je.



Ze beschieten je met machinegeweren.
Kun je opstaan, wegrennen?

Beloop

- Kan op elke leeftijd (na het eerste jaar) ontstaan
- Symptomen beginnen meestal binnen 3 maanden na het trauma, soms met vertraagde of incomplete of verlate expressie van symptomen
- In eerste fase na trauma moeilijk af te bakenen van een acute stressstoornis (DD normale reactie)
- Luxerende en fasciliterende factoren: evenwicht tussen stressor en kwetsbaarheid en tegenwoordig veel belangstelling voor veer- en spankracht

Beloop *vervolg*

- Omgevingsfactoren
- Gebrek aan sociale steun
- Culturele factoren (slachtofferrol)
- Psychiatrisch voorgeschiedenis
- Erfelijke belasting
- Persoonlijkheid (passieve of actieve coping)
- Te snelle debriefing (Bijlmerramp)

Co-morbiditeit

- Overmatig gebruik alcohol (zelfmedicatie)
- Gebruik van sedativa (slaapmiddelen)
- Cannabis (of polidrug) gebruik
- Depressieve of angst/paniekstoornis
- Dwangstoornis of dwangmatige cognitieve stijl
- Hypnagoge/pseudo hallucinaties (vooral bij rouw)
- Fobieën
- Gedragsstoornis; roekeloos of risicovol gedrag (TS, te hard rijden, conflicten, gebruik van geweld)
- Posttraumatische persoonsverandering (ICD criteria)
Kip-eiprobleem

Onderhoudende factoren

Persoonsgebonden factoren

- Temperament; Novelty-seeking; prikkelzucht, impulsiviteit, extravagantie, driftig, actieve vermijding van frustratie
- Passieve copingstijl
- Problemen met de impuls en emotie regulatie
- Vroege (sequentiële) traumatisering (type II trauma, Borderline Pd)

Cognitieve factoren; stoornis van de executieve functies, verandering van de informatie verwerking

Culturele en socio-economische factoren (rol, financiën), gemis aan sociaal support. Vaak een andere klachten presentatie

Genetische factoren

Behandeling

- In de meeste gevallen alleen psycho-educatie, niet te snel starten met specifieke therapie,
- Specifieke psychotherapie
 - EMDR
- Medicamenteus



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing



Vragen?

Cardiologie - Interne geneeskunde - Neurologie - Neuropsychologie -
Oogheelkunde - Orthopedie - Reumatologie - Revalidatiegeneeskunde - Plastische
chirurgie - Psychiatrie - Urologie - Verzekeringsgeneeskunde