

ONDERZOEK

PTSS volgens de nieuwe DSM-5: zin of onzin?

Op basis van heel recent Amerikaans onderzoek lijkt 30.3% van de veteranen en 5.4% van de algemene populatie in de VS in aanmerking te komen voor een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) diagnose volgens de nieuwe DSM-5 criteria. In vergelijking met de DSM-4 criteria (respectievelijk 39.9 en 9.8%) zijn deze percentages beduidend lager. Deze verschillen in prevalentie roepen de nodige vragen op over de onderliggende structuur van het concept PTSS. Wat zijn bijvoorbeeld de belangrijkste verschillen in de diagnose PTSS tussen de DSM-4 versus DSM-5? Je kunt je zelfs afvragen of het concept PTSS eigenlijk wel bestaat. Miller en zijn collega's onderzochten op basis van een online vragenlijst-onderzoek de prevalentie en structuur van de herziene criteria voor PTSS.

Belangrijke wijzigingen in de herziene criteria voor PTSS volgens de DSM-5 zijn het verplaatsen van de diagnose uit de categorie 'angststoornissen' naar een nieuwe categorie 'trauma en stressgerelateerde stoornissen'. Naast de indeling van symptomen in 4 clusters (B, C, D, en E) in plaats van 3 clusters, komen er 3 nieuwe symptomen bij waardoor er in totaal 20 symptomen te diagnosticeren zijn (zie Tabel 1). Cluster B wordt omgedoopt van 'herbelevingen' naar 'intrusieve herinneringen', maar blijft inhoudelijk onveranderd. De belangrijkste reden voor de

naamswijziging is de nadruk op intrusieve versus ruminatieve processen. Negatieve gedachten die steeds maar weer terugkeren en waar geen controle over te krijgen valt, komen namelijk voor bij diverse stoornissen.

Het nieuwe cluster C krijgt de naam 'Aanhoudende vermijding van prikkels die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)'. Cluster D in de DSM-5 is aangepast in 'Negatieve veranderingen in cognities en stemming die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)'. Er zijn twee nieuwe symptomen aan dit cluster toegevoegd om aanhoudende negatieve cognities en stemming te kunnen diagnosticeren.

Cluster E was in de DSM-4 cluster D en wordt

nu 'Veranderingen in prikkelbaarheid en reactief vermogen die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)'. Twee grote veranderingen vinden plaats in dit cluster: (1) er wordt een nieuw symptoom toegevoegd 'roekeloos of zelfdestructief gedrag', (2) de symptoomvolgorde van dit cluster wordt gewijzigd. In de herziene versie van de DSM-5 wordt ook een nieuw diagnostisch scoringsalgoritme voor PTSS opgenomen, waarbij voor het vaststellen van PTSS er minimaal één symptoom uit cluster B, één symptoom uit cluster C, drie symptomen van cluster D en drie symptomen uit cluster E vereist zijn.

Deze reorganisatie en herdefiniëring van PTSS symptomen in de DSM-5 heeft gevolgen voor de diagnostiek als ook voor de structuur van het

Tabel 1 – Overzicht symptoomclusters DSM-4 versus DSM-5 voor PTSS

Symptoomclusters DSM-4 PTSS (APA, 2004) Symptoomclusters DSM-5 PTSS (Miller et al., in press)

A. De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring	A. -
B. De persoon herbeleeft het trauma voortdurend	B. Aanhoudende intrusieve herinneringen aan de traumatische gebeurtenis(sen)
C. Aanhoudende vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken of afstomping van het reactief vermogen	C. Aanhoudende vermijding van prikkels die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)
D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid	D. Negatieve veranderingen in cognities en stemmingen die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)
	E. Veranderingen in prikkelbaarheid en reactief vermogen die samenhangen met de traumatische gebeurtenis(sen)

ONDERZOEK

concept. *Current* en *life time* prevalentiecijfers voor PTSS verschillen tussen de DSM-4 en de DSM-5 voor zowel de algemene bevolking als Amerikaanse veteranen. Opvallend is het verschil in *current* PTSS cijfers, met name onder de algemene bevolking in de VS. PTSS zou dan voor de helft minder worden gediagnosticeerd. Is er dan sprake van overdiagnosticeren volgens de huidige criteria? Of hebben we al die tijd naar de verkeerde symptomen gekeken? Of zijn de criteria strenger gemaakt opdat minder mensen een stoornis zullen hebben en dus minder zorg behoeven?

Het onderzoek van Miller en collega's laat bovendien zien dat de nieuwe structuur voor PTSS ook beter past in bovengenoemde steekproeven op basis van een factoranalyse, behalve voor symptomen als 'psychogenetische amnesia' en 'problemen door zelfdestructief gedrag'. Deze kunnen beter als markers van een subtype van PTSS worden aangemerkt in plaats van kernsymptomen van PTSS.

Het ziet er naar uit dat op basis van de herziene criteria PTSS na een schokkende gebeurtenis minder vaak voor gaat komen, maar komen we daarmee voldoende tegemoet aan de zorgbehoefte van mensen die last hebben van de gevolgen van schokkende gebeurtenissen? Kunnen slachtoffers van oorlog, rampen en seksueel geweld nog wel terecht met hun hulpvraag bij de gespecialiseerde GGZ? Of moeten geüniformeerden die last hebben van PTSS

klachten meer worden teruggeworpen op hun veerkracht? Waarschijnlijk moeten mensen met PTSS-klachten meer gebruik gaan maken van informele zorg of komen zij terecht in de basis GGZ in plaats van de gespecialiseerde GGZ. Dit betekent een verschuiving van cliëntstromen in de huidige ketenzorg met als voordeel kostenbesparing.

De structuur van PTSS roept ook de nodige discussie op in internationaal onderzoek. Het is onduidelijk of PTSS wel een eenduidig concept zou zijn. Misschien verwarren we wel het normale aanpassingsproces na schokkende gebeurtenissen met disfunctioneren. Volgens McNally (2003) bijvoorbeeld, zouden posttraumatische stress klachten bij veteranen na de uitzending deel uitmaken van het psychologische aanpassingsproces. Diverse recente studies tonen ook aan dat er verschillende aanpassingstrajecten zijn in reactie op blootstelling aan oorlogservaringen (Berntsen et al., 2012; Bonanno et al., 2012). Het meest voorkomende aanpassingstraject is 'veerkrachtig' waarin mensen weinig posttraumatische stress reacties vertonen en een gezond functioneren laten zien (>80%). Minder voorkomende trajecten zijn herstel, een chronisch of een verlaat traject van posttraumatische stress symptomen. Op basis van deze bevindingen zou de geestelijke gezondheidszorg aan mensen na schokkende gebeurtenissen zich meer moeten richten op deze gedifferentieerde aanpassingstrajecten in plaats van het kostbare herzien van een psychiatrische diagnose.

De DSM-5 zal naar verwachting in mei 2013 verschijnen. Voor actuele informatie: www.dsm5.org

Literatuur

- Berntsen, D., K.B. Johanessen, Y.D. Thomsen, M. Bertelsen, R.H. Hoyle & D.C. Rubin (2012), 'Peace and war: Trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms before, during and after military deployment in Afghanistan', in: *Psychological Science*, 23, pp. 1557-1565.
- Bonanno, G.A., A.D. Mancini, J.L. Horton, T.M. Powell, C.A. Learthmann, E.J. Boyko, T.S. Wells, T.I. Hooper, G.D. Gackstetter & T.C. Smith (2012), 'Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study', in: *The British Journal of Psychiatry*, 200, pp. 317-323.
- Miller, M.W., E.J. Wolf, D. Kilpatrick, H. Resnick, B.P. Marx, D.W. Holowka, T.M. Keane, R.C. Rosen & M.J. Friedman, (2012, September 3), 'The Prevalence and Latent Structure of Proposed DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in U.S. National and Veteran Samples', in: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication. doi: 10.1037/a0029730
- McNally, R.J. (2003), 'Progress and controversy in the study of Posttraumatic Stress Disorder', in: *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.

MICHAELA SCHOK is psycholoog/onderzoeker bij het Veteraneninstituut en redactielid Cogiscope.