

JOHN W. BARNHILL
[REDACTIE]

CASUSBOEK DSM-5[®]



AMERICAN
PSYCHIATRIC ASSOCIATION

UITGEVERIJ BOOM
AMSTERDAM

© 2015 American Psychiatric Publishing, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m van de Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l vijfde lid Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

Databankenrecht op deze uitgave wordt voorbehouden.

Dit werk is eerst uitgegeven in de Verenigde Staten door American Psychiatric Publishing, een divisie van de American Psychiatric Association, Arlington, VA, Verenigde Staten. Copyright © 2014. Alle rechten voorbehouden.

Dit werk wordt in Nederland uitgegeven in het Nederlands door Boom uitgevers Amsterdam BV. Boom uitgevers Amsterdam BV is de exclusieve uitgever van *DSM-5*[®]: *Casusboek*, de Nederlandse vertaling van *DSM-5*[®] *Clinical Cases* (John W. Barnhill, redactie) in het Nederlands voor wereldwijde distributie.

Correcte referentie van deze titel:
Barnhill, J.W. (2015). *DSM-5*[®]: *Casusboek*. Amsterdam: Boom.

Voor gebruik van enig deel van het vertaalde werk is schriftelijke toestemming vereist van Boom uitgevers Amsterdam BV.

De American Psychiatric Association is niet betrokken bij de vertaling van dit werk van de Engelse naar de Nederlandse taal en is niet verantwoordelijk voor fouten, omissies of andere mogelijke gebreken in de vertaling van het werk.

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2014. All rights reserved.

First published in The Netherlands by Boom uitgevers Amsterdam BV in Dutch. Boom uitgevers Amsterdam BV is the exclusive publisher of DSM-5[®] Clinical Cases, edited by John W. Barnhill in Dutch for distribution worldwide.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Boom uitgevers Amsterdam BV.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Dutch language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Typografische verzorging:
René van der Vooren, Amsterdam

ISBN 978 90 8953 435 4
NUR 772

www.dsm-5-nl.org
www.boompsychologie.nl

Inhoud

Verantwoording bij de vertaling	13
Dankbetuiging	15
Inleiding	23
Opmerking bij dit boek	27

1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Inleiding	29
<i>Robert Haskell, MD</i>	
1.1 Een second opinion over autisme	31
<i>Catherine Lord, PhD</i>	
1.2 Driftbuien	35
<i>Arshya Vahabzadeh, MD; Eugene Beresin, MD; Christopher McDougale, MD</i>	
1.3 Studieproblemen	38
<i>Rosemary Tannock, PhD</i>	
1.4 Problemen op school	41
<i>Arden Dingle, MD</i>	
1.5 Ongedurig en afgeleid	44
<i>Robert Haskell, MD; John T. Walkup, MD</i>	

2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Inleiding	49
<i>John W. Barnhill, MD</i>	
2.1 Emotioneel verward	51
<i>Carol A. Tamminga, MD</i>	
2.2 Steeds vreemder	54
<i>Ming T. Tsuang, MD, PhD, DSc; William S. Stone, PhD</i>	
2.3 Spirituele hallucinaties	57
<i>Lianne K. Morris Smith, MD; Dolores Malaspina, MD, MPH</i>	
2.4 Mind control	60
<i>Rajiv Tandon, MD</i>	
2.5 Verdrietig en psychotisch	63
<i>Stephan Heckers, MD, MSc</i>	
2.6 Psychoses en cannabis	66
<i>Melissa Nau, MD; Heather Warm, MD</i>	
2.7 Onder de vlooiën	69
<i>Julie B. Penzner, MD</i>	

3 Bipolaire-stemmingsstoornissen

Inleiding 73

John W. Barnhill, MD

3.1 Opgewonden 76

Donald M. Hilty, MD

3.2 Terugkerende depressiviteit 80

Michael Gitlin, MD

3.3 Suïcidale preoccupaties 83

Maria A. Oquendo, MD

3.4 Episodische depressiviteit 86

Victoria E. Cosgrove, MD; Trisha Suppes, MD, PhD

3.5 Prikkelbaar en somber 90

Robert L. Findling, MD, MBA

3.6 God heeft mij genezen! 93

Stephen J. Ferrando, MD

3.7 Op een vreemde manier stil 96

Jessica Daniels, MD

3.8 Een post-partumomslag 100

Ian Jones, MRCPsych, PhD

3.9 Angst 103

Holly A. Swartz, MD

4 Depressieve-stemmingsstoornissen

Inleiding 107

John W. Barnhill, MD

4.1 Chagrijnig en prikkelbaar 109

William C. Wood, MD

4.2 Post-partumsomberheid 113

Kimberly A. Yonkers, MD; Heather B. Howell, MSW

4.3 Verdrietig en depressief 116

Richard A. Friedman, MD

4.4 Geen zin meer om te leven 119

Anthony J. Rothschild, MD

4.5 Wanhoop 122

Cheryl Munday, PhD; Jamie Miller Abelson, MSW; James Jackson, PhD

4.6 Al jaren down 125

Benjamin Brody, MD

4.7 Stemmingsschommelingen 127

Margaret Altemus, MD

4.8 Stress, drugs en ellende 130

Edward V. Nunes, MD

- 4.9 Omgaan met de ziekte van Parkinson** 133
Thomas W. Meeks, MD
- 4.10 Situationele stemmingsschommelingen** 136
Joseph F. Goldberg, MD
- 4.11 Ploeteren** 140
Peter D. Kramer, MD
- 4.12 Insomnia en lichamelijke klachten** 143
Russell F. Lim, MD

5 Angststoornissen

- Inleiding** 147
John W. Barnhill, MD
- 5.1 Bang en ongerust** 149
Loes Jongerden, MA; Susan Bögels, PhD
- 5.2 Paniek** 152
Carlo Faravelli, MD
- 5.3 Verlegenheid in de adolescentie** 155
Barbara L. Milrod, MD
- 5.4 Vlieg angst** 158
Katharina Meyerbröker, PhD
- 5.5 Altijd onder spanning** 160
Ryan E. Lawrence, MD; Deborah L. Cabaniss, MD
- 5.6 Angst en cirrose** 162
Andrea DiMartini, MD; Catherine Crone, MD

6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

- Inleiding** 167
John W. Barnhill, MD
- 6.1 Depressiviteit** 168
Mayumi Okuda, MD; Helen Blair Simpson, MD, PhD
- 6.2 Bacteriën** 172
Dan J. Stein, MD, PhD; Helen Blair Simpson, MD, PhD; Katharine A. Phillips, MD
- 6.3 Preoccupaties met het uiterlijk** 175
Katharine A. Phillips, MD
- 6.4 Depressiviteit en angst** 178
David Mataix-Cols, PhD; Lorena Fernández de la Cruz, PhD
- 6.5 Haar uittrekken** 181
Dan J. Stein, MD, PhD

7 Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Inleiding 185

John W. Barnhill, MD

7.1 Gevaarlijk gedrag 187

Daniel S. Schechter, MD

7.2 Twee reacties op psychotrauma 190

Matthew J. Friedman, MD, PhD

7.3 Een autowrak 193

Robert S. Pynoos, MD, PhD; Alan M. Steinberg, PhD; Christopher M. Layne, PhD

7.4 Een kort lontje 195

Lori L. Davis, MD

7.5 Compleet gestrest 198

Cheryl Munday, PhD; Jamie Miller Abelson, MSW; James Jackson, PhD

7.6 Longkanker 201

Anna Dickerman, MD; John W. Barnhill, MD

7.7 Overdosis 203

Megan Mroczkowski, MD; Cynthia R. Pfeffer, MD

8 Dissociatieve stoornissen

Inleiding 207

John W. Barnhill, MD

8.1 Verdrietig en alleen 209

Richard J. Loewenstein, MD

8.2 Ben er niet helemaal bij 213

Daphne Simeon, MD

8.3 Dissociaties 216

Roberto Lewis-Fernández, MD

9 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Inleiding 219

Anna Dickerman, MD; John W. Barnhill, MD

9.1 Pijn en depressie 221

James A. Bourgeois, OD, MD

9.2 Somatische klachten 224

James L. Levenson, MD

9.3 Chronische Lymeziekte 227

Robert Boland, MD

9.4 Insulten 230

Jason P. Caplan, MD; Theodore A. Stern, MD

9.5 Buikpijn 233*Joseph F. Murray, MD***9.6 Kortademig 236***Janna Gordon-Elliott, MD***10 Voedings- en eetstoornissen****Inleiding 239***John W. Barnhill, MD***10.1 Buikpijn 241***Susan Samuels, MD***10.2 Onder de groeicurves zakken 244***Eve K. Freidl, MD; Evelyn Attia, MD***10.3 Hoofdpijn en vermoeidheid 246***Jennifer J. Thomas, PhD; Anne E. Becker, MD, PhD***10.4 Braken 250***James E. Mitchell, MD***10.5 Gewichtstoename 253***Susan L. McElroy, MD***11 Stoornissen in de zindelijkheid****Inleiding 257***John W. Barnhill, MD***11.1 Driftbuien en somatische klachten 258***David H. Rubin, MD***12 Slaap-waakstoornissen****Inleiding 263***John W. Barnhill, MD***12.1 Moeite met doorslapen 265***Charles F. Reynolds III, MD***12.2 Angstig en slaperig 268***Maurice M. Ohayon, MD, DSc, PhD***12.3 Slaperigheid 271***Brian Palen, MD; Vishesh K. Kapur, MD, MPH***12.4 Gevoel van kriebel en krioelende beestjes 274***Kathy P. Parker, PhD, RN*

13 Seksuele disfuncties

Inleiding 277

John W. Barnhill, MD

13.1 Seksueel disfunctioneren? 278

Cynthia A. Graham, PhD

13.2 Seksuele problemen 281

Richard Balon, MD

14 Genderdysforie

Inleiding 285

John W. Barnhill, MD

14.1 Aanpassing geslachtsaanduiding 287

John W. Barnhill, MD; Friedemann Pfäfflin, MD

15 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen

Inleiding 291

John W. Barnhill, MD

15.1 Kent de regels niet 293

Juan D. Pedraza, MD; Jeffrey H. Newcorn, MD

15.2 Niet mee te leven 296

Emil F. Coccaro, MD

16 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

Inleiding 301

Jonathan Avery, MD

16.1 Een 'typische' alcoholist 302

Marc A. Schuckit, MD

16.2 Alcoholonttrekking 305

Roger D. Weiss, MD

16.3 Verslaving 307

Petros Levounis, MD, MA

16.4 Pijn in de knie 310

Jonathan Avery, MD; Stephen Ross, MD

16.5 Een neerwaartse spiraal 314

Charles H. Silberstein, MD

16.6 Stress en middelenmisbruik 317

Li Jin, DO; Daryl Shorter, MD; Coreen Domingo, DrPH; Thomas R. Kosten, MD

16.7 Gokken 321

Silvia Bernardi, MD; Carlos Blanco, PhD

17 Neurocognitieve stoornissen

- Inleiding** 325
John W. Barnhill, MD
- 17.1 Somberheid** 326
John W. Barnhill, MD
- 17.2 Geagiteerd en verward** 330
José R. Maldonado, MD
- 17.3 Somber en teruggetrokken** 332
Peter V. Rabins, MD, MPH
- 17.4 Verward en uitgeput** 335
George S. Alexopoulos, MD
- 17.5 Stijf en vergeetachtig** 338
James E. Galvin, MD, MPH
- 17.6 Achterdocht en hallucinaties** 342
Lorin M. Scher, MD; Barbara J. Kocsis, MD
- 17.7 Opeens opstandig** 345
Stuart C. Yudofsky, MD; Robert E. Hales, MD, MBA

18 Persoonlijkheidsstoornissen

- Inleiding** 351
John W. Barnhill, MD
- 18.1 Persoonlijkheidsconflicten** 354
Larry J. Siever, MD; Lauren C. Zaluda, BA
- 18.2 Zonderling afgezonderd** 357
Salman Akhtar, MD
- 18.3 Bezorgd en met een bizarre preoccupatie** 360
Kristin Cadenhead, MD
- 18.4 Oneerlijkheid** 363
Charles L. Scott, MD
- 18.5 Kwaad en kwetsbaar** 366
Frank Yeomans, MD, PhD; Otto Kernberg, MD
- 18.6 Pijnlijk suïcidaal** 369
Elizabeth L. Auchincloss, MD
- 18.7 Ontevredenheid** 372
Robert Michels, MD
- 18.8 Verlegenheid** 375
J. Christopher Perry, MPH, MD
- 18.9 Controle over de relatie** 378
Michael F. Walton, MD

19 Parafiele stoornissen

Inleiding 383

John W. Barnhill, MD

19.1 Sadisme 386

J. Paul Fedoroff, MD

19.2 Fetisjismestoornis? 389

Richard Balon, MD

19.3 Seksuele misdrijven 392

Nancy J. Needell, MD

Register 397

Verantwoording bij de vertaling*

Voorwaarde voor een goed casusboek is dat de gevalsbeschrijvingen herkenbaar zijn voor de lezers. We hebben daarom bij de vertaling van de op werkelijke Amerikaanse patiënten gebaseerde casusbeschrijvingen de volgende wijzigingen aangebracht om ze zo veel mogelijk te laten lijken op patiënten uit de Nederlandse klinische praktijk:

- ▶ We hebben de autochtone patiënten Nederlandse namen gegeven, in dezelfde alfabetische volgorde als in het Amerikaanse origineel.
- ▶ De naam en achtergrond van immigranten of andere patiënten met een buitenlandse achternaam hebben we aangepast aan de Nederlandse situatie.
- ▶ Voor Nederland ongebruikelijke medicatie hebben we naar de Nederlandse standaarden omgezet.
- ▶ Wanneer vragenlijsten werden genoemd, hebben we daar steeds geprobeerd een Nederlands equivalent voor te vinden.
- ▶ Van alle Amerikaanse afkortingen van stoornissen hebben we Nederlandse afkortingen gemaakt; als belangrijkste voorbeeld kan ADHS voor ADHD worden genoemd.

Het viel mij op dat de psychiatrische diagnostiek in het Amerikaanse origineel op een heel andere wijze wordt beschreven (en wellicht ook gedaan) dan in Nederland gebruikelijk is. Zo is er nauwelijks onderscheid in de beschrijving van de anamnese en die van het onderzoek. De anamnese wordt niet in de woorden van de patiënt beschreven, zoals bij ons gebruikelijk, maar is doorspekt met psychopathologische termen. Bijvoorbeeld in de anamnese van casus 3.4: 'These episodes generally included depressed mood, anergia, amotivation, hypersomnia, hyperphagia, deep feelings of guilt, decreased libido, and mild to moderate suicidal ideation without plan.' Wij hebben dat als volgt vertaald: 'Tijdens deze episoden had zij een sombere stemming, energieverlies, gebrek aan motivatie, verhoogde slaapbehoefte en eetlust, diepe schuldgevoelens, een verminderde behoefte aan seks en, in lichte tot matige ernst, suïcidegedachten zonder plan.'

Daarentegen wordt in de beschrijving van het status-mentalisonderzoek dikwijls verwezen naar wat de patiënt ontkent of heeft gezegd, in plaats van dat er psychopathologische symptomen worden genoteerd. Mijn indruk is dat dit laatste voortkomt uit defensief handelen: daarmee dekt de psychiater zich in tegen eventuele claims. Zo wordt in het verslag van het psychiatrisch onderzoek van casus 10.5 geschreven: 'She denied guilt, suicidality, and hopelessness. (...) She denied psychosis and confusion.' We hebben dit vertaald als: 'Er zijn geen psychotische symptomen

* Dit hoofdstuk is toegevoegd aan de Nederlandse editie. Deze verantwoording, en de voetnoten van Michiel W. Hengeveld, zijn niet geredigeerd door de APP.

of verwardheid. (...) Ze heeft geen schuldgevoelens, suïcidaliteit of gevoelens van hopeloosheid.' Uit dit laatste voorbeeld blijkt bovendien dat we bij de beschrijving van het status-mentalisonderzoek in Nederland niet alleen de psychische klachten en verschijnselen objectiveren tot psychiatrische symptomen, maar ook dat we daarbij een andere volgorde aanhouden dan de Amerikanen: eerste de cognitieve, dan de affectieve en dan de conatieve symptomen.

Overigens is mij ook opgevallen dat bij een groot aantal gevalsbeschrijvingen het verslag van het status-mentalisonderzoek geheel ontbreekt. Mogelijk is dit het gevolg van de opdracht aan de auteurs om het aantal woorden te beperken. Maar in ons land zou het niet vermelden van het status-mentalisonderzoek in het dossier van een patiënt kunnen leiden tot een tuchtrechtelijke sanctie. We hebben het toch maar zo gelaten.

Mede door deze aanpassingen aan de Nederlandse klinische praktijk verwachten we dat dit casusboek bijzonder goed bruikbaar zal zijn voor de clinicus en de docent bij het leren toepassen van de DSM-5. Voor psychiaters en psychologen en voor hun opleidingen is niets immers leerzamer dan het klinische voorbeeld.

Leiden, februari 2015

Mede namens het vertaalteam,

PROF. DR. MICHIEL W. HENGEVELD

Inleiding

DSM-5: Casusboek is bedoeld voor gebruik naast het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, de Nederlandse vertaling van het standaardwerk van de American Psychiatric Association (APA). Het casusboek volgt de indeling van de DSM-5 (de negentien hoofdstuktitels zijn dezelfde als die van de eerste negentien hoofdstukken van de DSM-5) en heeft hetzelfde hoofddoel (klinische relevantie). In beide boeken zijn van veel psychiatrische stoornissen alle criteria opgenomen. Beide boeken kunnen door mensen van buiten de ggz worden gebruikt, maar toch geldt voor beide dat een ervaren klinisch oordeel noodzakelijk is om het verschil tussen normaal en pathologisch te kunnen zien bij het kiezen van een stoornis, het vaststellen van bepaalde classificatiecriteria en het herkennen van belangrijke comorbiditeit.

Wel verschilt het casusboek fundamenteel van de DSM-5 voor wat betreft de vorm waarin de informatie wordt gepresenteerd. In alle negentien hoofdstukken staan casussen die zijn geselecteerd omdat zij een of meer DSM-5-classificaties beschrijven en elke casus (102 in totaal) wordt gevolgd door een korte diagnostische uitleg. Sommige casussen zijn opgenomen om een veelvoorkomende classificatie toe te lichten, andere om de ambiguïteit en controverses te tonen die de discussie rond de DSM-5 zo hoog hebben doen oplopen. De casusbesprekingen bevatten soms zeer veel informatie, maar soms ook niet alle informatie die nodig is voor een classificatie. Sommige patiënten zijn transparant en eerlijk, andere geven informatie die onzeker, onvolledig, misleidend of onwaar is. Sommige patiënten kwamen zelfstandig naar een spreekuur, andere werden door naasten gebracht of door de politie. In sommige gevallen kan al snel met wederzijdse instemming een stoornis worden vastgesteld. In andere gevallen komt pas op het allerlaatst een aantal cruciale zaken aan het licht. In weer andere gevallen wordt de stoornis pas duidelijk als de auteur bepaalde informatie toelicht die in eerste instantie irrelevant was of tegenstrijdig leek. De casusbesprekingen weerspiegelen dan ook wat in de klinische ervaring heel gebruikelijk is.

Aan elke auteur is steeds gevraagd zich op te stellen als de expert die 'over de schouder' van de lezer meekijkt en het denkproces begeleidt dat nodig kan zijn om tot een diagnostisch begrip van de patiënt te komen. De begrenzing van ongeveer duizend woorden voor casus en bespreking samen betekent dat deze beide niet uitputtend zijn, maar juist door die beperking kan het boek heel goed laten zien hoe een ervaren clinicus complexe klinische data omzet naar een differentieële classificatie. Ook krijgt de lezer hierdoor een zeer gerichte leerervaring binnen één sessie.

Aan elke auteur is tevens gevraagd een classificatie te kiezen bij de casus. Zoals in de DSM-5 is toegelicht, is de hoofdclassificatie de stoornis die na onderzoek de belangrijkste aanleiding voor poliklinische behandeling of opname is. Ook is de auteurs gevraagd om alle logische comorbide classificaties te noemen.

In de afzonderlijke casusbesprekingen evenals in de inleidingen bij ieder hoofd-

stuk zijn daarnaast veranderingen ten opzichte van de DSM-IV toegelicht. Behalve veranderingen die van invloed zijn op individuele classificaties, heeft de DSM-5 ook een aantal bredere veranderingen opgeleverd met betrekking tot de classificatie van stoornissen. Het assensysteem is bijvoorbeeld verdwenen, hoewel de afzonderlijke onderdelen daarvan nog wel deel uitmaken van de klinische beoordeling. De DSM-5 geeft aan dat alle aanwezige psychiatrische en somatische diagnoses bij elkaar genoemd moeten worden in plaats van ingedeeld in As I, II of III. De focus op aanwezige psychosociale en omgevingsfactoren (As IV in de DSM-IV) blijft van belang voor de klinische beoordeling. Om aanwezige psychosociale stressoren beter te kunnen classificeren, maakt de DSM-5 gebruik van het systeem van de Wereldgezondheidsorganisatie, namelijk de V-codes uit de ICD-9. As V bestond uit de Global Assessment of Functioning (GAF), maar vanwege het gebrek aan duidelijkheid en de omstreden psychometrische eigenschappen hiervan, is in de DSM-5 gekozen voor de WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS), opgenomen in deel III van de DSM-5.

Een andere algemene verandering in de classificatie is gelegen in de clustering van brede classificatiecategorieën op een manier die correspondeert met ontwikkelings- en levensfasen. De DSM-5 begint bijvoorbeeld met classificaties die waarschijnlijk grotendeels met vroege ontwikkelingsprocessen te maken hebben (bijvoorbeeld neurobiologische ontwikkelingsstoornissen), vervolgt met classificaties die in het algemeen wat later ontstaan (bijvoorbeeld schizofreniespectrum-, bipolaire, depressieve en angststoornissen) en eindigt met classificaties die het vaakst op volwassen en latere leeftijd optreden (bijvoorbeeld neurocognitieve stoornissen). Ook binnen de classificatiecategorieën is dat geprobeerd. Zo begint het hoofdstuk over eetstoornissen met pica en het hoofdstuk over depressieve-stemmingsstoornissen met een bespreking van een nieuwe DSM-5-stoornis, de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis.

Een uitgebreidere bespreking van de veranderingen in de DSM-5 staat in de inleiding bij elk hoofdstuk, evenals in de afzonderlijke casusbesprekingen.

DSM-5: Casusboek is zodanig van opbouw dat het specifiek de classificaties behandelt uit de eerste negentien hoofdstukken in deel II van de DSM-5. (Deel I bevat de inleidende hoofdstukken.) De onderwerpen uit de laatste hoofdstukken van deel II komen verspreid door het casusboek in verschillende casussen aan bod. Hoofdstuk 21 van de DSM-5 behandelt bijvoorbeeld stoornissen door bijwerkingen van medicatie, zoals het maligne neurolepticasyndroom of dystonie door medicatie. Hoofdstuk 22 van deel II behandelt problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, maar geen psychische stoornis zijn. Voorbeelden zijn problemen in het gezin, financiële problemen en andere psychosociale problemen die, zoals hiervoor beschreven, met enkele tientallen V-codes zijn gemarkeerd. Evenals de bijwerkingen van medicijnen komen deze psychosociale problemen op plaatsen waar ze van toepassing zijn, verspreid door het boek aan bod.

De classificatiecriteria uit deel II van de DSM-5 zijn weliswaar uitgebreid herzien, maar er is nog geen wetenschappelijke onderbouwing voor de grootschalige toepassing van de instrumenten, technieken en classificaties die in deel III worden besproken. Toch wordt in de besprekingen van dit casusboek een aantal van deze instrumenten (bijvoorbeeld het Cultural Formulation Interview) en classificaties behandeld (bijvoorbeeld nieuwe classificatiemodellen voor persoonlijkheidsstoornissen, het subklinisch psychotisch syndroom en niet-suïcidale zelfbeschadiging).

Het laatste deel van de DSM-5 bestaat uit bijlagen, met een bespreking van een aantal veranderingen ten opzichte van de DSM-IV en een technische woordenlijst. Dit casusboek bij de DSM-5 bevat wel voorbeelden waarin deze aan de orde komen, maar de lezer wordt geadviseerd om de DSM-5 zelf te lezen om alle aspecten van het psychiatrische classificatiesysteem in detail te begrijpen.

Mensen kunnen onder veel verschillende vormen van gedrag, gevoelens en gedachten lijden en het classificatiehandboek dat in ons beroep daarvoor gebruikt wordt, de DSM-5, geeft een evidence-based overzicht van deze complexiteit. Maar zonder klinisch inzicht kan zelfs het beste handboek niet leiden tot een effectief begrip van de patiënt. *DSM-5: Casusboek* is bedoeld als hulpmiddel om onze klinische expertise te cultiveren en te leren hoe we de recentste inzichten op het gebied van de psychiatrische classificatie effectief kunnen gebruiken.