

PHILIP R. MUSKIN  
[REDACTIE]

**OEFENBOEK**  
**DSM-5<sup>®</sup>**

DE CLASSIFICATIECRITERIA  
IN VRAGEN  
EN ANTWOORDEN

AMERICAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION



**Boom**

© 2016 American Psychiatric Association Publishing, p/a Boom uitgevers 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 vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://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](http://www.stichting-pro.nl)).

Databankenrecht op deze uitgave wordt voorbehouden.

Dit werk is eerst uitgegeven in de Verenigde Staten door American Psychiatric Association 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®: Oefenboek*, de Nederlandse vertaling van *DSM-5® Self-Exam Questions* (Philip R. Muskin, redactie) in het Nederlands voor wereldwijde distributie.

Correcte referentie van deze titel:  
Muskin, P.R. (red.) (2016). *DSM-5®: Oefenboek. De classificatiecriteria in vragen en antwoorden*. 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 Association 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® Self-Exam Questions, edited by Philip R. Muskin, 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 627 3 | NUR 772

[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)  
[www.dsm-5-nl.org](http://www.dsm-5-nl.org)

# Inhoud

Voorwoord 7

## Deel I – Vragen

Inleiding DSM-5 11

- 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 13
- 2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 40
- 3 Bipolaire-stemmingsstoornissen 51
- 4 Depressieve-stemmingsstoornissen 57
- 5 Angststoornissen 69
- 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 77
- 7 Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen 84
- 8 Dissociatieve stoornissen 95
- 9 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 99
- 10 Voedings- en eetstoornissen 107
- 11 Stoornissen in de zindelijkheid 112
- 12 Slaap-waakstoornissen 115
- 13 Seksuele disfuncties 124
- 14 Genderdysforie 128
- 15 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 130
- 16 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 140
- 17 Neurocognitieve stoornissen 153
- 18 Persoonlijkheidsstoornissen 162
- 19 Parafiele stoornissen 171
- 20 Meetinstrumenten (deel III van de DSM-5) 174
- 21 Culturele formulering (deel III van de DSM-5) 178
- 22 Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (deel III van de DSM-5) 183
- 23 Verklarende woordenlijst van technische termen (Appendix van de DSM-5) 187

**Deel II – Antwoorden**

- Inleiding DSM-5 193
- 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 196
  - 2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 253
  - 3 Bipolaire-stemmingsstoornissen 277
  - 4 Depressieve-stemmingsstoornissen 290
  - 5 Angststoornissen 316
  - 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 334
  - 7 Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen 348
  - 8 Dissociatieve stoornissen 371
  - 9 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 380
  - 10 Voedings- en eetstoornissen 398
  - 11 Stoornissen in de zindelijkheid 408
  - 12 Slaap-waakstoornissen 415
  - 13 Seksuele disfuncties 434
  - 14 Genderdysforie 444
  - 15 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 449
  - 16 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 469
  - 17 Neurocognitieve stoornissen 497
  - 18 Persoonlijkheidsstoornissen 518
  - 19 Parafiele stoornissen 537
  - 20 Meetinstrumenten (deel III van de DSM-5) 543
  - 21 Culturele formulering (deel III van de DSM-5) 550
  - 22 Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (deel III van de DSM-5) 561
  - 23 Verklarende woordenlijst van technische termen (Appendix van de DSM-5) 570
- Medewerkers aan de Amerikaanse editie 574

# Voorwoord

Deze zelfstudiegids is een aanvulling op, en geen vervanging van een grondige bestudering van de DSM-5. In de recentste editie van het classificatiehandboek is een nieuwe reeks classificaties opgenomen, terwijl veel bekende classificaties zijn behouden. Ook bevat de DSM-5 nieuwe diagnostische benaderingen. Ons doel bij de voorbereiding van deze gids was de lezer uit te dagen, hopelijk op een aangename manier, om de nieuwe classificaties te leren kennen, de wijzigingen ten opzichte van de DSM-IV te begrijpen, en zichzelf te scholen in nieuwe benaderingen in de diagnostiek. Sommige vragen zullen voor de hand liggen of gemakkelijk zijn en enkele vragen zullen juist heel moeilijk te beantwoorden zijn. Bij het doorwerken van dit boek zult u stoornissen ontdekken waarover u meer zou willen weten, maar ook gerustgesteld worden over de onderwerpen waar u al goed in thuis bent.

Door een boek te schrijven over een boek dat op dat moment nog in wording was, hebben de auteurs van dit boek — een groep artsen en docenten — een enorme taak op zich genomen. Deze taak bestond eruit de DSM-5 te bestuderen met als doel anderen te helpen zichzelf te onderwijzen.

In deze zelfstudiegids is afgezien van commentaar op of beschouwingen over de diagnostiek. De auteurs hebben de opbrengst van dit boek aan een charitatieve instelling gedoneerd.

*New York*

PHILIP R. MUSKIN, MD

## Deel I **Vragen**

# Inleiding DSM-5

- I-1** De DSM-IV maakte gebruik van een multiaxiaal classificatiesysteem. Wat is er in de DSM-5 gebeurd met dit meerassige systeem?
- A** De DSM-5 maakt gebruik van een ander multiaxiaal systeem.
  - B** Het multiaxiale systeem van de DSM-IV is in de DSM-5 behouden.
  - C** De DSM-5 maakt gebruik van een niet-axiale manier om classificaties vast te leggen.
  - D** As I (klinische stoornissen) en As II (persoonlijkheidsstoornissen) zijn in de DSM-5 behouden.
  - E** As IV (psychosociale en omgevingsproblemen) en As V (algehele beoordeling van het functioneren) zijn in de DSM-5 behouden.
- I-2** Juist of onjuist: de Global Assessment of Functioning (GAF)-schaal (DSM-IV, As V) blijft een aparte categorie die moet worden gecodeerd in de DSM-5.
- A** Juist.
  - B** Onjuist.
- I-3** Om de diagnostische specificiteit te verbeteren, is de vroegere categorie 'niet anderszins omschreven' (NAO) in de DSM-5 vervangen door twee opties voor klinisch gebruik: 'andere gespecificeerde' [stoornis] en 'ongespecificeerde' [stoornis]. Welke van de volgende uitspraken over het gebruik van de aanduiding 'ongespecificeerd' is *juist*?
- A** De aanduiding 'ongespecificeerd' wordt gebruikt wanneer de arts ervoor kiest om niet de reden te specificeren waarom niet aan de criteria voor een specifieke stoornis wordt voldaan.
  - B** De aanduiding 'ongespecificeerd' wordt gebruikt als er geen sprake is van een erkende 'andere gespecificeerde' stoornis (bijvoorbeeld een recidiverende korte depressieve stoornis of seksuele aversie).
  - C** De aanduiding 'ongespecificeerd' wordt gebruikt wanneer iemand minder dan drie symptomen heeft van een van de erkende stoornissen binnen de betreffende classificatiecategorie.

- D** De aanduiding 'ongespecificeerd' wordt gebruikt wanneer iemand symptomen heeft van stoornissen in twee of meer diagnostische categorieën.
- E** De aanduiding 'ongespecificeerd' wordt gebruikt wanneer de arts van mening is dat de aandoening van tijdelijke aard is.



# 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

- 1.1** Welk van de volgende kenmerken is *niet* vereist voor een DSM-5-classificatie verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis)?
- A** Totaal IQ dat lager is dan 70.
  - B** Deficiënties in de intellectuele functies, bevestigd door een klinische beoordeling.
  - C** Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheid.
  - D** Optreden van de symptomen gedurende de ontwikkelingsperiode.
  - E** Deficiënties in de intellectuele functies, bevestigd door een geïndividualiseerde, gestandaardiseerde intelligentietest.
- 1.2** Een 7-jarige jongen in groep 4 vertoont aanzienlijke vertraging in zijn vermogens om te redeneren, problemen op te lossen en te leren van zijn ervaringen. Op school ontwikkelen zijn lees-, schrijf- en rekenvaardigheden zich traag. Gedurende zijn hele ontwikkeling blijven deze vaardigheden achter bij die van leeftijdgenoten, hoewel hij wel trage vorderingen maakt. Deze deficiënties beperken zijn vermogen om te spelen met leeftijdgenoten op een bij zijn leeftijd passende manier en om thuis vaardigheden te leren die nodig zijn voor een zelfstandig leven. Hij heeft dagelijks continu hulp nodig bij basisvaardigheden (aankleden, eten en wassen; maken en leren van schoolwerk). Welke van de volgende classificaties past het best bij dit beeld?
- A** Uitgebreide neurocognitieve stoornis, ontstaan op de kinderleeftijd.
  - B** Specifieke leerstoornis.
  - C** Verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis).
  - D** Communicatiestoornis.
  - E** Autismespectrumstoornis.
- 1.3** Een 7-jarige jongen in groep 4 vertoont aanzienlijke vertraging in zijn vermogens om te redeneren, problemen op te lossen en te leren van zijn ervaringen. Op school ontwikkelen zijn lees-, schrijf- en rekenvaardigheden

zich traag. Gedurende zijn hele ontwikkeling blijven deze vaardigheden achter bij die van leeftijdgenoten, hoewel hij wel trage vorderingen maakt. Deze deficiënties beperken zijn vermogen om te spelen met leeftijdgenoten op een bij zijn leeftijd passende manier en om thuis vaardigheden te leren die nodig zijn voor een zelfstandig leven. Hij heeft dagelijks continu hulp nodig bij basisvaardigheden (aankleden, eten en wassen; maken en leren van schoolwerk). Wat is de juiste mate van ernst bij het actuele beeld van deze patiënt?

- A Licht.
- B Matig.
- C Ernstig.
- D Zeer ernstig.
- E Kan niet worden vastgesteld zonder een IQ-score.

**1.4** Welke van de volgende uitspraken over de verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) is *onjuist*?

- A Mensen met een verstandelijke beperking hebben in vergelijking met leeftijdgenoten van hetzelfde gender en dezelfde taalachtergrond en sociaal-culturele groep deficiënties in de algemene psychische functies en in het bijzonder in het dagelijkse adaptieve functioneren.
- B Bij mensen met een verstandelijke beperking is de totale IQ-score een valide beoordeling van de algemene psychische vaardigheden en het adaptieve functioneren, zelfs als subtestscores zeer tegenstrijdig zijn.
- C Mensen met een verstandelijke beperking kunnen problemen onderkennen bij het reguleren van hun gedrag, emoties en interpersoonlijke relaties en bij het behouden van hun motivatie in het leerproces.
- D De verstandelijke beperking gaat over het algemeen samen met een IQ van twee standaardafwijkingen onder het populatiegemiddelde, wat neerkomt op een IQ-score van ongeveer 70 of lager ( $\pm 5$  punten).
- E Bij het vaststellen van een verstandelijke beperking moet rekening worden gehouden met factoren die de prestaties kunnen beïnvloeden, zoals de sociaal-culturele achtergrond, moedertaal, bijkomende communicatie-/taalstoornis, en motorische of zintuiglijke beperkingen.

**1.5** Welke van de volgende uitspraken over de classificatie van een verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) is *onjuist*?

- A Ook als er geen significante deficiënties in het adaptieve functioneren zijn, kan de classificatie worden toegekend aan iemand met een IQ dat lager is dan 70.
- B Iemand met een IQ hoger dan 75 voldoet niet aan de classificatiecriteria, zelfs niet als er beperkingen in het adaptieve functioneren zijn.

- C Bij iemand met een IQ hoger dan 75 en ernstige deficiënties in het adaptieve functioneren zou forensisch onderzoek toch kunnen leiden tot een classificatie.
- D Het adaptieve functioneren omvat de drie domeinen van het conceptuele, sociale en praktische functioneren.
- E De specificaties licht, matig, ernstig en zeer ernstig zijn gebaseerd op IQ-scores.

**1.6** Welk van de volgende symptomen is *geen* diagnostisch kenmerk van de verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis)?

- A Een totaal IQ dat lager is dan 70.
- B Het onvermogen om complexe dagelijkse taken (bijvoorbeeld geldbeheer, nemen van medische beslissingen) uit te voeren zonder ondersteuning.
- C Lichtgelovigheid, met naïviteit in sociale situaties en een neiging om zich gemakkelijk naar anderen te schikken.
- D Gebrek aan bij de leeftijd passende communicatieve vaardigheden voor het sociale en interpersoonlijke functioneren.
- E Alle bovenstaande zijn diagnostische kenmerken van de verstandelijke beperking.

**1.7** Welke van de volgende uitspraken over het adaptieve functioneren bij de classificatie van een verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) is *juist*?

- A Het adaptieve functioneren is gebaseerd op iemands IQ-score.
- B 'Deficiënties in het adaptieve functioneren' verwijst naar problemen met de motorische coördinatie.
- C Ten minste twee domeinen van adaptief functioneren moeten verzwakt zijn om aan criterium B voor de classificatie van een verstandelijke beperking te voldoen.
- D Het adaptieve functioneren bij de verstandelijke beperking kan met de tijd verbeteren, hoewel dit beperkt kan worden door de bovengrens van de cognitieve capaciteiten en de ermee samenhangende ontwikkelingsstoornissen.
- E Mensen die in de kindertijd een classificatie verstandelijke beperking hebben gekregen, zullen doorgaans in de volwassenheid aan de criteria blijven voldoen, zelfs als hun adaptieve functioneren verbetert.

- 1.8** Welke van de volgende uitspraken over de ontwikkeling van en de risicofactoren voor een verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) is *juist*?
- A** De classificatie verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) mag niet worden toegekend wanneer een bekend genetisch syndroom comorbide is, zoals het syndroom van Lesch-Nyhan of het syndroom van Prader-Willi.
  - B** De etiologie beperkt zich tot perinatale en postnatale factoren en sluit prenatale gebeurtenissen uit.
  - C** Bij ernstige vormen van verworven verstandelijke-ontwikkelingsstoornissen kan de stoornis abrupt ontstaan na een ziekte (bijvoorbeeld een hersenvliesontsteking) of hoofdletsel tijdens de ontwikkelingsperiode.
  - D** Als de verstandelijke beperking het gevolg is van een verlies aan eerder verworven cognitieve vaardigheden, zoals het geval is bij ernstig traumatisch hersenletsel, mag de classificatie verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) niet worden toegekend.
  - E** In ongeveer 33% van de gevallen zijn prenatale, perinatale en postnatale oorzaken van de verstandelijke-ontwikkelingsstoornis aantoonbaar.
- 1.9** Welke van de volgende uitspraken over het beloop van de verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) is *juist*?
- A** Een vertraging in de motorische, sociale en taalontwikkeling is voor de leeftijd van 2 jaar niet vast te stellen.
  - B** Een verstandelijke beperking die veroorzaakt wordt door een aandoening (bijvoorbeeld hersenvliesontsteking) of door hoofdletsel tijdens de ontwikkelingsperiode moet worden geclassificeerd als een neurocognitieve stoornis, en niet als een verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis).
  - C** Een verstandelijke beperking is altijd niet-progressief.
  - D** Een uitgebreide neurocognitieve stoornis kan comorbide zijn met een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis.
  - E** Zelfs als vroege en aanhoudende interventies gedurende de hele kindertijd en volwassenheid leiden tot een verbeterd adaptief en intellectueel functioneren, blijft de classificatie verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) van kracht.
- 1.10** Bij de DSM-5-classificatie verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) zijn specificaties van ernst — licht, matig, ernstig, en zeer ernstig — opgenomen, waarmee de mate van ondersteuning in diverse domeinen van het adaptieve functioneren kan worden vastgesteld.