

De oppositionele-opstandige stoornis in DSM-5 en de introductie van de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis

Walter Matthys

In vergelijking met DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) zijn in DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) vier belangrijke wijzigingen doorgevoerd voor de oppositionele-opstandige stoornis. Ze kunnen gezien worden als een verbetering, met uitzondering van de eerste.

De oppositionele-opstandige stoornis wordt nu ondergebracht in een ander hoofdstuk dan de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en de autismespectrumstoornis (ASS). In DSM-IV maakten ze alle drie nog deel uit van stoornissen die op de kindereleeftijd kunnen worden vastgesteld. In DSM-5 echter, behoren ADHD en ASS tot de groep neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Criteria hiervoor zijn een vroege aanvang (voordat kinderen naar groep 3 gaan), het vaak samen met elkaar voorkomen (comorbiditeit) en ontwikkelingstekorten die leiden tot beperkingen in het functioneren. Het is merkwaardig dat de oppositionele-opstandige stoornis niet deel uitmaakt van deze groep, want de diagnose kan betrouwbaar bij kinderen jonger dan zes jaar worden gesteld (Bunte et al. 2013), comorbiditeit met ADHD komt vaak voor (Egger en Angold 2006) en neurocognitieve ontwikkelingsachterstanden, bijvoorbeeld in executieve functies, kunnen bij jonge kinderen worden vastgesteld (Schoemaker et al. 2012, 2014). De oppositionele-opstandige stoornis is in DSM-5 nu samen met de normoverschrijdend-gedragsstoornis ondergebracht in het hoofdstuk Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen, waartoe ook de antisociale-persoonlijkheidsstoornis behoort.

Deze beslissing is op grond van wetenschappelijk bewijs onterecht, maar past binnen een al lang bestaande neiging om deze diagnose (overigens samen met de normoverschrijdend-gedragsstoornis) te isoleren van andere aandoeningen bij kinderen en adolescenten, waarbij eenzijdig de nadruk wordt gelegd op het verhoogde

Prof. dr. W. Matthys (✉)
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland
e-mail: W.Matthys@uu.nl

Prof. dr. W. Matthys
Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland

risico bij beide stoornissen op criminaliteit en de ontwikkeling van een antisociale-persoonlijkeitsstoornis. Onderzoek spreekt deze eenzijdige benadering tegen. Zo blijkt uit de longitudinale Dunedin-studie dat de oppositionele-opstandige stoornis en de normoverschrijdend-gedragsstoornis van alle stoornissen vastgesteld op de kinderleeftijd de *enige* waren die aan *alle* stoornissen in de volwassenheid voorafgingen, waaronder depressie en angststoornissen (Kim-Cohen et al. 2003).

Als de oppositionele-opstandige stoornis op de kinderleeftijd ook aan depressie en angststoornissen in de volwassenheid voorafgaat, dan moet deze aandoening wel heterogeen van aard zijn. Dit nu is het tweede verschil tussen DSM-IV en DSM-5: de onderkenning van de heterogene aard van de symptomen van de oppositionele-opstandige stoornis. Op grond van onderzoek naar de factorstructuur van dezelfde acht symptomen als die van DSM-IV, worden deze symptomen in DSM-5 opgedeeld in drie groepen. Er is een groep van vijf symptomen die ondergebracht wordt onder de term ruziezoekend / openlijk ongehoorzaam gedrag, een groep van drie symptomen die de benaming boze/prikkelbare stemming heeft gekregen, en ten slotte is er het symptoom hatelijk of wraakzuchtig zijn. Overigens zouden de symptomen die vallen onder boze/prikkelbare stemming, namelijk ‘is vaak boos en ontevreden’, ‘is vaak lichtgeraakt of snel geërgerd’, en ‘verliest vaak zijn of haar kalmte en wordt snel driftig’, ook kunnen worden gezien als emotionele symptomen en problemen met emotieregulatie. Boosheid is immers een emotie, en driftig zijn kan het gevolg zijn van een falende regulatie van boosheid.

Op grond van deze drie groepen symptomen kan de oppositionele-opstandige stoornis beschouwd worden als een gemengde stoornis van zowel gedrag als stemming of emotie (Matthys en West 2014). Dit blijkt niet alleen uit de samenhang van de symptomen, maar ook uit het beloop. Kinderen met een oppositionele-opstandige stoornis lopen niet alleen een risico op de ontwikkeling van een normoverschrijdend-gedragsstoornis, maar ook op die van een angst- of depressieve stoornis (Burke et al. 2005; Stringaris en Goodman 2009). De ontwikkeling van een normoverschrijdend-gedragsstoornis hangt samen met het cluster ruziezoekend/openlijk ongehoorzaam gedrag en wraakzuchtig gedrag, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis samenhangt met het cluster symptomen die vallen onder boze/prikkelbare stemming (Stringaris en Goodman 2009). Op langere termijn, in de volwassenheid, kan een oppositionele-opstandige stoornis zowel resulteren in angststoornissen en depressieve stoornissen, als in misbruik van en verslaving aan alcohol en andere middelen (Rowe et al. 2010).

Ten derde wordt in DSM-5 specifiek omschreven wanneer bepaald gedrag als een symptoom mag worden beschouwd. Dit is nodig, want driftig worden en weigeren te voldoen aan verzoeken van volwassenen komen ook bij zich gunstig ontwikkelende kinderen voor. In DSM-IV moest dit gedrag ‘vaak’ voorkomen, maar wat is ‘vaak’? In DSM-5 wordt ‘vaak’ nader gespecificeerd, afhankelijk van de leeftijd. Bij een kind jonger dan vijf jaar moet het gedrag op de meeste dagen van de week voorkomen in de afgelopen zes maanden. Bij een kind van vijf jaar of ouder moet het gedrag op z’n minst één keer per week voorkomen in de afgelopen zes maanden. Voor beide leeftijdsgroepen geldt een uitzondering voor het symptoom ‘hatelijk en wraakzuchtig zijn’; dat hoeft maar twee keer te zijn

voorgekomen in het afgelopen half jaar. Deze specificering van ‘vaak’ is gebaseerd op onderzoek (Egger en Angold 2006) en voorkomt dat overbezorgde klinici een diagnose toekennen aan een kind dat zich niet duidelijk zorgwekkend ontwikkelt en, omgekeerd, dat terughoudende klinici geen diagnose toekennen terwijl er wel sprake is van een duidelijk probleem.

Ten vierde wordt de ernst van de stoornis gespecificeerd in mild, matig of ernstig, afhankelijk van het voorkomen van de symptomen in één of meer situaties: thuis, op school, op het werk of in de groep leeftijdsgenoten. Komen de symptomen enkel voor in één situatie, dan is de ernst mild. Komen enkele symptomen voor in op z'n minst twee situaties, dan is de ernst matig. Bij de ernstige vorm komen enkele symptomen voor in drie of meer situaties. Ook de toevoeging van deze dimensionale benadering van de oppositionele-opstandige stoornis kan gezien worden als een winstpunt.

DSM-5 heeft het de clinicus niet makkelijk gemaakt door de introductie van een nieuwe diagnostische categorie, namelijk de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, gekenmerkt door driftbuien en een aanhoudend prikkelbare of boze stemming. Het opnemen van deze nieuwe stoornis heeft veel stof doen opwaaien, want deze stoornis vertoont een grote overlap met andere stoornissen, waaronder de oppositionele-opstandige stoornis (Copeland et al. 2013). Vanwege een gebrek aan empirische onderbouwing voor deze nieuwe diagnostische categorie heeft een taakgroep die de herziening van de International Classification of Diseases voorbereidt, dit is de ICD-11, geadviseerd om deze nieuwe categorie niet in te voeren, maar de clinicus de mogelijkheid te bieden om bij de oppositionele-opstandige stoornis te specificeren of er al dan niet sprake is van het voorkomen van chronische prikkelbaarheid en boosheid (Lochman et al. 2015). In vergelijking met DSM-5 is deze benadering behoudender, maar zij onderkent wel het belang van het voorkomen van ernstige stemmingsproblemen bij de oppositionele-opstandige stoornis.

Wat hierbij onbevredigend blijft, is de beperkte beschrijving van de stemmingsproblemen zelf. Zowel in de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis als in de oppositionele-opstandige stoornis wordt niet zozeer de specifieke kwaliteit van de stemming zelf omschreven, als wel de uiting ervan in gedrag: driftbuien, prikkelbaarheid en boosheid. Daarentegen zou de specifieke kwaliteit van de stemming zelf beschreven kunnen worden als ontstemd, humeurig, nors en misnoegd (Matthys en Lochman 2018). Verder onderzoek naar deze kwaliteit van de stemming is zeer de moeite waard. Er komen vragen op, zoals: gaat deze kwaliteit van stemming geleidelijk over in een gedrukte stemming, samenhangend met de verdergaande cognitieve ontwikkeling van het kind en de adolescent? En in welke mate spelen hierin negatieve interacties met de omgeving een rol, mede uitgelokt door tevens voorkomend ruziezoekend / openlijk ongehoorzaam gedrag?

Hoe we aankijken tegen de symptomen ‘boos en ontevreden zijn’, ‘lichtgeraakt en snel geërgerd zijn’, en ‘driftig zijn’ heeft ook consequenties voor de behandeling. Wanneer we ze interpreteren als emotionele symptomen (want boosheid is een emotie) en problemen met emotieregulatie, dan staan ons cognitief gedrags-therapeutische interventies ter beschikking die erop gericht zijn om kinderen en

adolescenten te leren beter om te gaan met hun boosheid. Maar als we ze interpreteren als een stemmingsprobleem, zoals DSM-5 doet, moeten we dan niet erkennen dat we hier in de behandeling van de oppositionele-opstandige stoornis te weinig aandacht aan besteden? Bij een kind of adolescent met een boze en prikkelbare stemming zouden we in ieder geval samen met ouders en leerkrachten kunnen uitzoeken wat de mogelijke onderliggende oorzaken zijn van die stemmingsproblematiek, zoals onvoldoende aansluiting bij leeftijdsgenoten, gepest of getiranniseerd worden, of een te hoog verwachtingsniveau op school (Matthys en Boersma 2017, 2018).

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e druk.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e druk.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bunte, T.L., Schoemaker, K., Hessen, D.J., Heijden, P.G.M. van der, & Matthys, W. (2013). Clinical usefulness of the Kiddie-Disruptive Behavior Disorder Schedule in the diagnosis of DBD and ADHD in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 681–690.
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., & Lathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioural disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 1200–1210.
- Copeland, W.E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 173–179.
- Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313–337.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 709–717.
- Lochman, J.E., Evans, S.C., Burke, J.D., Roberts, M.C., Fite, P.J., Reed, G.M., Peña, F.R. de la, Matthys, W., Ezpeleta, L., Siddiqui, S., & Garralda, E.M. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*, *14*, 30–33.
- Matthys, W., & Boersma, C. (2017). *Gedragsproblemen bij kinderen: wegwijzer voor ouders van kinderen met brutaal, boos en agressief gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Boersma, C. (2018). *Brutaal, boos of agressief gedrag op school: omgaan met sociaal storend gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2018). Future directions. In J.L. Lochman & W. Matthys (red.), *The Wiley handbook of disruptive and impulse-control disorders* (pag. 502–517). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W., & West, D. van (2014). Gedragsstoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij & M. Danckaerts (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pag. 255–280). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 726–738.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S.A., Espy, K.A., Deković, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 111–119.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Espy, K.A., Deković, M., & Matthys, W. (2014). Executive functions in preschool children with ADHD and DBD: an 18-month longitudinal study. *Developmental Neuropsychology*, *39*, 302–315.

Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, head-strong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 404–412.

Prof. dr. Walter Matthys is kinder- en jeugdpsychiater n.p. en emeritus hoogleraar agressie bij kinderen aan de Universiteit Utrecht.