

Jack Schaffer en Emil Rodolfa

KOMPAS

ICD-10-CM

Een gids voor diagnostiek en classificatie
van psychische en gedragsstoornissen

Kompas ICD-10-CM

Een gids voor diagnostiek en classificatie van psychische en gedragsstoornissen

Jack Schaffer en Emil Rodolfa

Vertaald door Ineke Kuiper Translations

ISBN 978 90 8850 732 8

NUR 772

© 2017 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag 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 artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost) te wenden.

Copyright © 2016 American Psychological Association.

Alle rechten voorbehouden. Met uitzondering van hetgeen is toegestaan onder de Amerikaanse Copyright Act van 1976 mag niets uit deze uitgave zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever worden verveelvoudigd of op enigerlei wijze worden verspreid, in wat voor vorm dan ook, met inbegrip van scannen, digitaliseren en opnemen in een informatieopslag- en terughaaldsysteem.

Gepubliceerd door de
American Psychological Association
750 First Street, NE
Washington, DC 20002-4242, VS
www.apa.org

This Work was originally published in English under the title of: *A Student's Guide to Assessment and Diagnosis Using the ICD-10-CM* as a publication of the American Psychological Association in the United States of America. Copyright © 2016 American Psychological Association (APA). The Work has been translated and republished in the Dutch language by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

*Voor mijn gezin – Jan, Josh, Alethea,
en hun kinderen – Sophia, Soleil, Solomon en Aurora*
– Jack Schaffer

En die van mij – Mary Jo, Kit, en Joie
– Emil Rodolfa

INHOUD

Inleiding	11
Welkom in onze wereld	12
Kritisch denken	15
Wat wordt er bedoeld?	16
Opmerking voor opleiders	18
1 De ICD-10: een beknopte handleiding	19
1.1 Een korte geschiedenis van de ICD	19
1.2 De ICD-10-CM	21
1.3 De grondbeginselen van de ICD	22
1.4 Het ICD-10-CM-coderingssysteem	24
1.5 Extra aanduidingen in het ICD-10-CM-coderingssysteem	27
1.6 Algemene overwegingen bij het diagnosticeren	29
1.7 Waarom wordt de ICD gebruikt?	31
2 Psychologisch onderzoek: de basis van diagnostiek	33
2.1 Wat is abnormaal gedrag?	33
2.2 Wat is diagnostiek?	37
2.3 Doelen van de diagnose	38
2.4 Valkuilen van een diagnose	42
2.5 De kans op fouten	46
3 Een psychologisch onderzoek verrichten en een diagnose stellen	61
3.1 Gegevens verzamelen	62
3.2 Betekenis ontlenen aan de gegevens	72
3.3 Een interventie- of dispositieplan ontwikkelen	74
4 De ICD-10-CM gebruiken: casus 1 – Lynn	79
4.1 De casus: Lynn	80
4.2 Overwegingen bij psychologisch onderzoek	84
4.3 Diagnostische overwegingen	87
4.4 Afsluitende opmerkingen	96

5 De ICD-10-CM gebruiken: casus 2 – John Smith	97
5.1 Overwegingen bij psychologisch onderzoek	99
5.2 Diagnostische overwegingen	105
5.3 Afsluitende opmerkingen	107
6 De ICD-10-CM gebruiken: casus 3 – Anne Sanchez	109
6.1 Psychologische tests	112
6.2 Testresultaten	113
6.3 Overwegingen bij psychologisch onderzoek	115
6.4 Diagnostische overwegingen	123
6.5 Afsluitende opmerkingen	127
7 Ethiek van psychologisch onderzoek – uw patiënten beschermen	129
7.1 Casus 1 – Lynn	134
7.2 Casus 2 – John Smith	143
7.3 Casus 3 – Anne Sanchez	150
8 Risicobeheersing – uzelf en uw patiënten beschermen	157
8.1 Wet- en regelgeving	160
8.2 Toestemming na informatie	164
8.3 Vrijgeven van informatie	169
8.4 Casus 1 – Lynn	172
8.5 Casus 2 – John Smith	177
8.6 Casus 3 – Anne Sanchez	181
9 Dispositie – het psychologisch onderzoek is klaar, wat nu?	187
9.1 Evidence-based practice	187
9.2 Behandeling en theorie	191
9.3 Zorgstandaard	192
9.4 Casus 1 – Lynn	193
9.5 Casus 2 – John Smith	199
9.6 Casus 3 – Anne Sanchez	202
10 Hulpbronnen – voorbereiden op het werk van een psycholoog	207
10.1 ICD en diagnostiek	207
10.2 Extra hulpmiddelen voor diagnostiek	208
10.3 Psychologisch onderzoek	209
10.4 Afnemen van een klinisch interview	209
10.5 Richtlijnen voor de praktijk	210
10.6 Evidence-based practice	211

10.7 Ethiek en risicobeheersing	213
10.8 Hulpbron voor andere hulpbronnen	214
Bijlage A: protocol interview	215
Bijlage B: relevante formulieren	219
B1: voorbeeld van de verklaring over het beleid met betrekking tot de privacy	219
B2: voorbeeld van een formulier voor toestemming na informatie	223
B3: voorbeeld van een algemeen formulier voor het vrijgeven van informatie	226
Dankbetuigingen	229
Literatuur	231
Over de auteurs	251

INLEIDING

Dit boek maakt deel uit van een serie boeken die door de American Psychological Association (APA) werden gepubliceerd over het classificatiesysteem dat bekend staat als de Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD). Dit classificatiesysteem werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Zoals we in hoofdstuk 1 uitgebreid beschrijven, is de ICD sinds het midden van de negentiende eeuw de standaard die voor internationale medische classificatie wordt gebruikt. Inmiddels is de tiende editie (ICD-10; WHO, 2016) in gebruik, terwijl de elfde editie volgens planning in de loop van 2017 door de WHO zal worden verspreid. Als u terwijl we de ICD-10 bespreken graag al wat meer wilt weten over de toekomstige aanpassingen en de ontwikkeling van de ICD-11, raadpleeg dan Tyrer e.a. (2011). De ICD-10 werd in 1990 door de WHO goedgekeurd en in 1994 was het gebruik ervan in de meeste landen van de wereld ingevoerd (WHO, 2016). De WHO staat het elk land toe de ICD aan de eigen specifieke klinische behoeften aan te passen. In de Verenigde Staten wordt die aanpassing de Clinical Modification¹ genoemd, vandaar de naam ICD-10-CM (National Center for Health Statistics van de VS, 2015).

Op 1 oktober 2015 werd in de Verenigde Staten overgestapt van het gebruik van de ICD-9 naar het gebruik van de ICD-10 omdat de beperkingen van de ICD-9 in toenemende mate merkbaar en problematisch werden, met name met betrekking tot het aantal beschikbare diagnostische categorieën. Hoewel de ICD oorspronkelijk een lijst met doodsoorzaken was, die vervolgens werd uitgebreid zodat ook ziektebeelden er deel van konden gaan uitmaken, wordt onderkend dat niet alle gezondheidsgerelateerde problemen in een van deze twee categorieën onder te brengen zijn. Daarom is de ICD-10-CM flexibel genoeg voor het opnemen van allerlei aanwijzingen en symptomen die in het dossier van een patiënt terecht zouden kunnen komen en waarover het verzamelen van gezondheidsinformatie zinnig kan zijn. Tegelijkertijd is het zo dat het systeem niet erg bruikbaar is als

1 In Nederland wordt die aanpassing de klinische modificatie genoemd.

het aantal categorieën niet beperkt is. Dus is in de ICD-10-CM een balans gevonden tussen volledigheid en bruikbaarheid. Het doel van het ICD-project was steeds het bieden van een specifieke categorie voor elke aandoening die invloed heeft op het welzijn van de populatie of die met enige frequentie optreedt.

Bovendien is het standaardclassificatiesysteem dat in de VS door overheidsinstanties (zoals Medicare en Medicaid) en door de meeste particuliere verzekeraars wordt gebruikt niet de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) van de American Psychiatric Association (bijvoorbeeld de versie van 2013) – iets wat bij vele of wellicht de meeste psychologen niet bekend is – maar juist de ICD (wat specifieker: tot aan 1 oktober 2015 was dat de ICD-9-CM en vanaf 1 oktober 2015 is dat de ICD-10-CM). De overstap van de ICD-9-CM naar de ICD-10-CM bracht belangrijke veranderingen in de codering met zich mee, zoals we in hoofdstuk 1 zullen beschrijven. In het kort komt het erop neer dat de codes die voor de vierde editie van de DSM (American Psychiatric Association, 1994) en voor de ICD-9-CM werden gebruikt zo goed als identiek waren. Bij de ontwikkeling van de vijfde editie van de DSM (American Psychiatric Association, 2013) is er een verschil ontstaan tussen de codes van de twee systemen (zoals in de nummering waarmee naar een specifieke diagnose wordt verwezen), en met het in gebruik nemen van de ICD-10-CM zijn die verschillen nog verder toegenomen.

Daarom is deze reeks door de APA gepubliceerde boeken bedoeld om zorgverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg, en dan met name psychologen, voor te lichten over het gebruik van het ICD-systeem, in het bijzonder de ICD-10-CM. Het doel is daarbij zorgverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg te helpen beter te begrijpen welke vereisten zorgverzekeraars stellen aan hun declaraties op basis van de ICD-10-CM en om hen te helpen consistentere te worden in de wijze waarop ze denken over en diagnosticeren binnen een in toenemende mate geglobaliseerde psychologie.

WELKOM IN ONZE WERELD

Dit boek richt zich op de ICD-10-CM en is geschreven voor doctoraalstudenten en coassistenten binnen de psychologie. Ons specifieke doel daarbij is een bijdrage te leveren aan hun voorbereiding op de diagnostische taken waar ze voor staan als ze in de zeer nabije toekomst als praktiserend psycholoog aan de slag gaan. Met andere woorden, dit boek is geschreven om studenten te helpen te leren denken als een psycholoog, waartoe ook het in de praktijk brengen van kritische denkvaardigheden behoort, net als het leren gebruiken en toepassen van het classificatiesysteem van de ICD-10. We zijn er echter stellig van overtuigd dat het diagnostisch proces voor de psycholoog onderdeel is van een groter geheel,

waarbij het beoordelen van de persoonlijkheid, de sociale context, de behoeften, de problemen en de sterke kanten van de personen met wie ze werken centraal staan. Daarom richt dit boek zich grotendeels op het psychologisch onderzoek. Daarbij plaatsen we het stellen van een diagnose volgens de ICD-10-CM centraal.

Naast deze korte inleiding bestaat dit boek uit tien hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt een beknopte handleiding gegeven van het ICD-10-CM-systeem, met als doel het bieden van een historische context voor het ICD-systeem en, nog belangrijker, van de specifieke stappen die moeten worden gezet om met behulp van het ICD-10-CM-systeem bij de juiste diagnostische code uit te komen.

In de hoofdstukken 2 en 3 worden het psychologisch onderzoek en de diagnostiek nader onderzocht. In deze hoofdstukken wordt een overzicht gegeven van de talloze punten die een psycholoog tijdens het psychologisch onderzoek van een individu in overweging neemt om tot een diagnose te komen. Voor de ervaren psycholoog is het psychologisch onderzoek van een persoon een eindeloos interessant en uitdagend proces. Het doel is om in een tijdsbestek van enkele uren en met een beperkt aantal psychologische hulpmiddelen een persoon zodanig te begrijpen dat de doelen van het psychologisch onderzoek kunnen worden bereikt, ongeacht of het bij die doelen gaat om het bieden van psychotherapie en het bijdragen aan het oplossen van enkele problemen, om het verrichten van een psychologisch onderzoek dat resulteert in een rapportage voor een rechtbank, zoals het geval kan zijn bij de forensische psychologie, of om het schrijven van een reactie aan degene die de persoon heeft doorverwezen. Wat het proces zo interessant en uitdagend maakt, zelfs voor de ervaren psycholoog, is de complexiteit die zich voordoet als we proberen een gecompliceerd mens te begrijpen. Voor een student kan die complexiteit ontmoedigend zijn. In hoofdstuk 3 trachten we een overzicht te geven van het proces en van enkele van de uitdagingen die zich voordoen bij het op zich nemen van de bijzondere taak een poging te doen een ander mens te doorgronden. Vanzelfsprekend bevatten deze twee hoofdstukken niet alle informatie over het psychologisch onderzoek waarover een student dient te kunnen beschikken. Daarom worden in hoofdstuk 10 extra hulpbronnen vermeld die wellicht nuttig kunnen zijn. De hoofdstukken 2 en 3 bieden echter een filosofisch perspectief met betrekking tot het psychologisch onderzoek dat tot het diagnostisch proces leidt, waarbij kennis en vaardigheden onontbeerlijk zijn om dit proces op de juiste wijze en competent uit te voeren.

De hoofdstukken 4, 5 en 6 vormen de kern van dit boek. In elk van deze drie hoofdstukken wordt een casus beschreven die als basis dient voor het bespreken van problemen die zich in het psychologisch onderzoeksproces voordoen. In deze drie casussen, die gedeeltelijk zijn gekozen vanwege de vaak gebruikte diagnostische categorieën van de ICD-10-CM en gedeeltelijk vanwege de klinische ervaring van

de twee auteurs, worden drie zeer verschillende klinische situaties behandeld. De eerste casus, die in hoofdstuk 4 wordt beschreven, betreft een verwijzing naar een opleidingskliniek voor psychologisch onderzoek als onderdeel van een behandelproces. In dit hoofdstuk wordt besproken welke punten studenten die psychologische diensten verlenen in overweging moeten nemen. De tweede casus, die in hoofdstuk 5 wordt beschreven, betreft een verwijzing naar een psychologisch onderzoek binnen een medische omgeving, waarbij de mogelijkheid aanwezig is dat er een follow-up in de vorm van behandeling zou kunnen gaan plaatsvinden. Deze casus verschilt in die zin van de eerste casus dat er bij de verwijzing maar weinig specifieke informatie werd gegeven, iets wat in de praktijk vaak voorkomt. De uitdaging is dan te achterhalen wat er moet worden gedaan en op welke wijze. Bij de derde casus, die in hoofdstuk 6 wordt beschreven, gaat het om een verwijzing door een advocaat. Bij deze verwijzing is sprake van een zeer complexe sociale geschiedenis. De patiënt die in deze casus wordt beschreven, presenteert zich met zeer uitdagende psychologische vraagstukken. Er heeft verwijzing voor een psychologisch onderzoek plaatsgevonden waarbij geen vervolgbehandeling mogelijk is. We hebben deze drie casussen uitgekozen omdat ze een reeks typische problemen en situaties bevatten die we in de klinische praktijk tegenkomen. Na het beschrijven van elke casus bespreken we het proces dat een psycholoog doorloopt tijdens het nadenken over een klinische casus. We onderzoeken op welke wijze het psychologisch onderzoek moet worden benaderd, waarmee we doelen op de te gebruiken onderzoeksmethoden en op het soort gegevens dat we moeten verzamelen. Vervolgens bekijken we wat de invloed is die deze verzamelde gegevens hebben op de diagnostische besluitvorming en op de differentiële diagnose die we aan de hand van de ICD-10-CM stellen.

Deze drie casussen staan ook centraal in de hoofdstukken 7 tot en met 9. In deze hoofdstukken vragen we de lezers hun kritische denkvaardigheden te blijven toepassen op de gepresenteerde informatie. Dit zijn vaardigheden waarvan we vinden dat ze een centrale rol spelen binnen een competente beoefening van de psychologie. (Verderop gaan we nader in op kritisch denken, ook dat is in onze ogen een belangrijk onderwerp.)

In hoofdstuk 7 wordt onderzocht hoe ethische kwesties deel uitmaken van een professionele beoefening van de psychologie. Het begint met een algemene presentatie van ethische normen, waarna we verdergaan met de ethische kwesties die door elk van de drie casussen worden opgeworpen.

In hoofdstuk 8 bespreken we de risico's die zich kunnen voordoen, waarbij we bespreken hoe beroepskrachten ervoor kunnen zorgen dat de risico's die zich bij de beoefening van de psychologie voordoen tot een minimum worden beperkt. Na enkele algemene opmerkingen over risicobeheersing bespreken we hier ook de mogelijke risico's die elk van de drie casussen met zich meebrengt, met daarbij

methoden voor het minimaliseren van deze risico's en het maximaliseren van de positieve uitkomsten, zowel voor de patiënt als voor de psycholoog.

In hoofdstuk 9 wordt de dispositie behandeld, waarmee wordt bedoeld hoe iemand op een bepaalde casus reageert om de gestelde doelen te kunnen bereiken, ongeacht welke doelen dit zijn. Bij de eerste casus presenteren we een mogelijk behandelplan dat op basis van de gegevens uit die casus zou kunnen worden opgesteld. Bij casus 2 gaat het primair om een onderzoekscasus, maar worden ook behandel mogelijkheden onderzocht. Casus 3 is een casus waarbij het uitsluitend om psychologisch onderzoek gaat, dus ligt de focus van de discussie op hoe een casus met die beperking kan worden benaderd.

In hoofdstuk 10 zijn een aantal hulpbronnen voor de nieuwe psycholoog verzameld. Tijdens onze carrière hebben we op veel van deze hulpbronnen vertrouwd. Veel ervan zijn klassiekers waarvan bijgewerkte edities beschikbaar zijn, en al deze boeken of websites zijn nuttig en bieden richtlijnen voor de beoefening van de psychologie. In dit hoofdstuk worden hulpbronnen beschreven voor de volgende onderwerpen, aangevuld met een opmerking over extra hulpbronnen: ICD, diagnostiek, psychologisch onderzoek, het afnemen van interviews, richtlijnen voor beoefening van de psychologie, evidence-based practice, ethiek en risicobeheersing.

KRITISCH DENKEN

We zijn er zeker van dat u na uw inschrijving aan de universiteit geweest bent op het belang van kritisch denken. Maar wat verstaan we onder kritisch denken? De talloze definities van kritisch denken (Brookfield, 1987; Clayton, 2007; Facione, 2013; Scriven & Paul, 1987) benadrukken allemaal de noodzaak dat de denker (dat wil zeggen: u) niets zomaar aanneemt, maar dat hij alle informatie waarover hij beschikt systematisch en grondig onderzoekt, en zijn denkbeelden over deze informatie op de proef stelt, om daarna conclusies te trekken op een wijze die getuigt van zelfdiscipline en zelfonderzoek. In het hele boek bespreken we dit proces en de extra redenen die er zijn om kritisch te denken.

Kritisch denken is van essentieel belang voor de beoefening van de psychologie. De ASPPB (Association of State and Provincial Psychology Boards) heeft dit concept opgenomen in haar raamwerk voor competenties waarover psychologen behoren te beschikken wanneer zij hun licentie ontvangen (ASPPB, 2014a; Rodolfa e.a., 2013). De ASPPB vermeldt drie competenties voor de beoefening van de psychologie die specifiek het concept van kritisch denken bevatten:

- 1 Het selecteren van relevante wetenschappelijke onderzoeksliteratuur en het kritisch beoordelen van de aannames, beeldvorming, methodologie, interpretatie en generaliseerbaarheid ervan.

- 2 Het interpreteren, evalueren en integreren van de resultaten van activiteiten op het gebied van dataverzameling binnen de context van wetenschappelijke/professionele kennis voor het formuleren en herformuleren van werkhypotheses, conceptualisaties en aanbevelingen.
- 3 Het helder verwoorden van een rationale voor de besluitvorming rondom de psychologische dienstverlening waarbij op objectieve ondersteunende gegevens wordt vertrouwd (bijvoorbeeld op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, op basisfrequenties en op epidemiologische gegevens).

Naarmate u verder vordert op de weg naar het bevoegd beoefenen van de psychologie zult u ontdekken dat registerhouders van u verwachten dat u in staat bent om kritisch te denken over uw werk als psycholoog. Het is ook belangrijk op te merken dat de academische verenigingen binnen de psychologie samen hebben gewerkt aan het ontwikkelen van competentie modellen, net als de organisatie binnen de psychologie die trainingsprogramma's accrediteert. Al deze competentie modellen erkennen het belang van kritisch denken bij het ontwikkelen van psychologische competenties en het functioneren van de psycholoog.

Zoals u uit deze discussie kunt opmaken, zijn we ervan overtuigd dat kritisch denken van essentieel belang is om als psycholoog werkzaam te kunnen zijn, iets wat ook door de beroepsgroep wordt benadrukt. Dit boek is geschreven om u juist daarbij te helpen.

WAT WORDT ER BEDOELD?

Voordat we dit hoofdstuk afronden, vinden we het belangrijk om nog drie kwesties kort te bespreken. Ten eerste onze keuze om de term patiënten te gebruiken in plaats van cliënten. Binnen de psychologie is er geen universeel geaccepteerde term waarmee wordt verwezen naar de personen aan wie we psychologische dienstverlening verstrekken. De term patiënt wordt over het algemeen binnen een medische setting gebruikt, maar heeft het nadeel dat het een hiërarchische relatie impliceert. De term cliënt wordt het meest gebruikt binnen de klinische psychologie, maar deze term komt oorspronkelijk uit de zakenwereld en heeft het nadeel dat het een professionele relatie impliceert waarin de therapeut informatie en advies biedt zoals ook een accountant of een advocaat dat zou kunnen doen, en er geen sprake is van een betrokken relatie waarbij de therapeut een psychische stoornis behandelt. We beschikken niet over een ideale term voor een persoon die bepaalde psychische problemen ervaart en die om die reden op zoek is naar een zorgverlener met expertise op het gebied van luisteren die hulp kan bieden bij het onderzoeken van verschillende gedragsmatige en cognitieve mogelijkheden, en die als behandelaar van de psychische problemen helpt bij het aanleren van nieuw gedrag en

nieuwe cognitieve vaardigheden. Daarom hebben we ervoor gekozen de term patiënt te gebruiken, gedeeltelijk omdat dit boek zich richt op klinisch psychologisch onderzoek en diagnostiek, en gedeeltelijk omdat we geloven dat de term patiënt de relatie tussen de psycholoog en de persoon die zich hiervoor meldt nauwkeuriger weergeeft. Maar het was een lastige keuze. We gebruiken de term cliënt echter om te verwijzen naar niet-individuele ontvangers van psychologische dienstverlening, zoals stellen/echtparen, families of organisaties.

Een tweede punt dat hierbij een rol speelt, is de wijze waarop de patiënt wordt aangesproken: gebruiken we de voornaam of blijft het formeler? We hebben er om verscheidene redenen voor gekozen om bij Lynn (casus 1, zie hoofdstuk 4) haar voornaam te gebruiken en bij John Smith (casus 2, zie hoofdstuk 5) en Anne Sanchez (casus 3, zie hoofdstuk 6) een formelere benadering te gebruiken. Een eerste overweging daarbij is de situatie van waaruit het contact tot stand is gekomen en welke aanspreekvorm het beste bij die situatie past. De casus van Lynn speelde zich af in een universitaire omgeving waarbij de meeste ontvangers van psychologische dienstverlening studenten zijn en studenten worden gewoonlijk bij hun voornaam aangesproken. In die situatie kan het gebruik van een formelere aanspreekvorm op zijn best onprettig aanvoelen, en op zijn slechtst afstand creëren.

In andere situaties, bijvoorbeeld wanneer er wordt doorverwezen vanuit een medische of forensische omgeving, zoals bij casus 2 en 3, is een formelere aanspreekvorm veel gebruikelijker. Bovendien worden de meeste artsen en psychologen binnen een medische omgeving uitsluitend aangesproken met 'Dr.'. Als een medische of psychologische zorgverlener zijn of haar patiënt vervolgens bij de voornaam noemt, kan dat respectloos overkomen, omdat het de ongelijkwaardigheid van de relatie benadrukt. Bij de bespreking van de casus van Anne Sanchez gebruiken we de formelere aanspreekvorm niet alleen vanwege de situatie, maar ook vanwege de verwijzingsbron, een advocaat. Bovendien draagt een formele benadering bij aan het definiëren van de aard van de professionele relatie en aan het bewaken van grenzen.

Juist omdat de aanspreekvorm wordt bepaald door de context en door de aard van de professionele relatie brengen we dit onderwerp ter sprake en geven we het belang ervan aan. Hoe u uw patiënten aanspreekt, is iets wat u zorgvuldig moet afwegen en wat u rechtstreeks met uw patiënten moet bespreken. Om deze kwestie aan de orde te kunnen stellen hebben we in dit boek gekozen voor het gebruik van beide aanspreekvormen, om daarmee aan te geven dat het belangrijk is te overwegen welke vorm in een bepaalde situatie het beste kan worden gebruikt.

Ten derde, in dit boek gebruiken we herhaaldelijk de termen diagnostiek en psychologisch onderzoek. Hoewel er een verband is, is het niet hetzelfde. Bij diagnostiek gaat het om het kiezen van een specifieke categorie die op een persoon van toepassing wordt verklaard. In dit boek gebruiken we het classificatiesysteem van

de ICD-10-CM voor dat doel. Een psychologisch onderzoek is het proces waarin we de vraagstukken en problemen van de persoon die zich als patiënt heeft gemeld proberen te begrijpen. Men gebruikt het psychologisch onderzoek om tot een diagnose te komen, en vice versa. Dit onderscheid wordt in de hoofdstukken 2 en 3 uitgebreider besproken.

Ook het verschil tussen de beschrijvende en de dynamische diagnostiek (Oyebo-de, 2008) is relevant voor dit boek. In de beschrijvende diagnostiek, de benadering die door de ICD-10-CM wordt gebruikt, richten we ons op dat wat er is, wat er speelt. Dit houdt in dat personen worden ingedeeld op basis van de aanwijzingen en symptomen waarmee ze zich presenteren. We doelen hiermee op het gedrag, de cognitie en de emoties die in die persoon aanwezig zijn. In de dynamische diagnostiek wordt getracht uit te leggen waarom die symptomen aanwezig zijn. Gewoonlijk gebeurt dit met behulp van theorieën op het gebied van gedrag, cognitie en affectie. Met deze theorieën worden de onderliggende oorzaken van de symptomen uitgelegd. In dit boek proberen we vooral te beschrijven en niet uit te leggen. Daarmee bedoelen we dat we de processen beschrijven die noodzakelijk zijn om te begrijpen wie de patiënt is, welke objectieve en subjectieve ervaringen die persoon heeft, hoe die persoon zich aan anderen presenteert, en of die ervaringen en dat gedrag op enigerlei wijze abnormaal zijn. We doen geen poging om de onderliggende oorzaken van dergelijk gedrag te verklaren. Dat is een andere taak voor een ander boek.

Ten slotte hopen we dat dit boek bijdraagt aan uw begrip van de ICD-10-CM, dat het uw bekwaamheden op het gebied van het evalueren, diagnosticeren en in overweging nemen van disposities voor uw patiënten vergroot, dat het uw vaardigheid om als psycholoog te denken verrijkt en dat het u een basis biedt voor het zetten van een volgende stap waarbij u uw kennis onder zorgvuldige supervisie in de praktijk kunt gaan brengen.

OPMERKING VOOR OPLEIDERS

Dit boek is primair bedoeld voor gebruik tijdens een universitaire opleiding, met name bij de vakken psychologisch onderzoek en psychopathologie. Het richt zich op de vraagstukken die een rol spelen bij het aangaan van het psychologisch onderzoeksproces en het beschrijft hoe iemand gebruik kan maken van een diagnostisch systeem, zoals de ICD-10-CM, om tot een beter diagnostisch beeld van de patiënt te komen. We werken aan de ontwikkeling van een casusboek ter begeleiding van dit boek, en ook dat boek wordt opgenomen in de APA-reeks over de ICD-10-CM. Dit casusboek helpt studenten bij het onderzoeken van de zestien diagnostische categorieën binnen het raamwerk dat in dit boek wordt gegeven.



1

DE ICD-10: EEN BEKNOPTE HANDLEIDING

De *Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* (ICD) is een compendium met ziekten en doodsoorzaken dat is opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2016), een instelling van de Verenigde Naties die is belast met het houden van toezicht op en het internationaal bevorderen van de volksgezondheid. Als onderdeel van deze globale missie van het opsporen en interpreteren van doodsoorzaken en ziekten in de hele wereld ontwikkelde de WHO de ICD, waarvan inmiddels de tiende editie verkrijgbaar is (ICD-10).

De ICD is uitgegroeid tot een internationaal standaardsysteem voor het diagnosticeren en rapporteren van ziekten. In de Verenigde Staten wordt dit systeem door artsen gebruikt voor het stellen van een diagnose bij lichamelijke ziekten en voor het bepalen van de doodsoorzaak. Bovendien wordt het door private verzekeringsmaatschappijen, zoals Medicare en Medicaid, gebruikt voor het bepalen van de vergoedingen voor praktiserende medische zorgverleners.

1.1 EEN KORTE GESCHIEDENIS VAN DE ICD

Tijdens de eerste vergadering in Brussel in 1853 gaf het International Statistical Congress richting aan de ontwikkeling van een lijst met doodsoorzaken. In de volgende vergadering in 1855 werd deze lijst aangenomen om daarna in de vier daaropvolgende vergaderingen verder te worden aangepast. De opvolger van deze organisatie was het International Statistical Institute, dat in 1891 in Wenen bijeenkwam. Dit instituut stelde een commissie in die als taak kreeg het werk aan deze lijst voort te zetten en zo een universeel acceptabel classificatiesysteem voor doodsoorzaken te ontwikkelen. Zo werd het eerste internationale classificatiesysteem geboren, dat grotendeels was gebaseerd op het systeem dat door de stad Parijs werd gebruikt, dat op zijn beurt weer was gebaseerd op een synthese van systemen die in Engeland, Duitsland en Zwitserland werden gebruikt. Om-

dat ze de waarde ervan inzagen, adopteerden een aantal steden en landen in Europa en Zuid-Amerika dit classificatiesysteem. In 1898 gaf de American Public Health Association de aanbeveling om dit systeem te gaan gebruiken in Canada, Mexico en de Verenigde Staten, met als extra aanbeveling het systeem eens per tien jaar te reviseren zodat veranderingen in kennis en in terminologie zouden kunnen worden verwerkt (ICD, deel 2). Om dergelijke herzieningen mogelijk te maken werden in de jaren 1900, 1909, 1920, 1929 en 1938 opnieuw internationale conferenties georganiseerd. Tijdens de vijfde internationale conferentie in 1938 werd ingezien dat er ook behoefte bestond aan een corresponderende lijst met uitgebreide oorzaken van ziekten, al dan niet fataal. Daarom werd toen de aanzet gegeven tot het ontwikkelen van een dergelijke lijst.

Bij dit initiatief werd als beginpunt een onderzoek gebruikt dat in 1929 onder de verantwoordelijkheid van de regering van de VS was verricht naar methoden voor het selecteren van de belangrijkste doodsoorzaken. In 1945 leidde dit tot het aanstellen van de leden voor het nieuw opgerichte Committee on Joint Causes of Death door de minister van Buitenlandse Zaken van de VS. Deze commissie bracht niet alleen ziekten in kaart die tot mortaliteit leiden, maar registreerde ook de morbiditeit van ziekten, dat wil zeggen de mate waarin een ziekte het begin is van of bijdraagt aan een reeks medische voorvallen die tot de dood of tot een stoornis kunnen leiden.

In 1948 werd de WHO opgericht. De WHO is een gespecialiseerde instantie binnen de nieuw gevormde Verenigde Naties die als doel heeft het wereldwijd bevorderen van de gezondheid. Een van haar eerste acties was het plannen van en deelnemen aan de Sixth Decennial Revision Conference voor het bijwerken van de *International List of Causes of Death*. Deze conferentie bouwde voort op het werk van de Committee on Joint Causes of Diseases, de Amerikaanse commissie die in 1945 vergaderde. De resultaten van het werk van die conferentie werden gepubliceerd als de zesde editie van de *International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (ICD-6, WHO, 1949). De conferentie markeerde het begin van een nieuw tijdperk voor de internationale classificatie van ziekten. Naast het goedkeuren van een uitgebreide systematiekleer met betrekking tot mortaliteit en morbiditeit – overlijden en ziekte – werd door de internationale samenwerking het wereldwijd verzamelen van statistische gegevens over gezondheid bevorderd. In de vier decennia daarna, van 1949 tot 1992, zagen vier opeenvolgende revisies van de ICD het daglicht. In 1978 werd een begin gemaakt met een belangrijke ontwikkeling met betrekking tot de diagnostiek binnen de geestelijke gezondheidszorg, toen de WHO een samenwerkingsproject aanging met de Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration van de VS. Deze samenwerking had als doel het verbeteren van het diagnostisch proces op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (WHO, 1993). De ICD-10 – waarin ook