

Een introductie van het meerassige classificatieschema bij de ICD-10. Een kritische beschouwing

door P.C.A.M. den Boer, A. de Jong, R. Giel en J.A. Jenner

Gepubliceerd in 1995, no. 5

Samenvatting

De Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen heeft als WHO Collaborating Centre in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Groningen in 1993 geparticipeerd in een serie internationale proefnemingen met de conceptversie van het meerassige schema bij het ICD-10-classificatiesysteem. Verwacht wordt dat de definitieve versie binnenkort zal worden gepubliceerd. Vooruitlopend daarop wordt het schema in dit artikel geïntroduceerd en besproken aan de hand van de in de proef opgedane ervaringen en in vergelijking met het meerassige systeem van de DSM. Omdat het belang van het vastleggen en de bestudering van de gevolgen van ziekte voor de kwaliteit van het leven van psychiatrische patiënten steeds meer toeneemt, wordt gepleit voor een aparte classificatie, onafhankelijk van de bestaande diagnostische systemen.

Inleiding

Sinds haar ontstaan, nu bijna honderd jaar geleden, heeft de *International Classification of Diseases* (ICD, indertijd nog *International List of Causes of Death* geheten) haar waarde en relevantie als instrument voor epidemiologisch onderzoek afdoende bewezen. Generalisaties naar bevolkingsgroepen maakten het bijvoorbeeld mogelijk om infecties onder controle te brengen door organisatie van gezondheidszorg. Hierin lag de negentiende-eeuwse basis voor volksgezondheid. Later, toen men de acute infecties onder controle had, traden andere ziekten op de voorgrond, waarbij de manifestatie van de ziekte en de behandeling daarvan belangrijker werden dan de mogelijkheden voor primaire preventie. Sinds de oprichting van de World Health Organization (WHO) na de Tweede Wereldoorlog heeft de verdere ontwikkeling van de ICD onder auspiciën van deze organisatie plaatsgevonden. De zesde revisie van de ICD uit 1948 was de eerste die in dit kader werd gepubliceerd. De huidige versie (ICD-10) stamt van 1992. Er wordt verwacht dat deze versie ongeveer twee decennia in gebruik zal blijven (Sartorius e.a. 1993).

De ICD heeft betrekking op de gehele gezondheidszorg. Een hoofdstuk (tot ICD-9 hoofdstuk V; in ICD-10 hoofdstuk V(F)) is gewijd aan psychiatrische aandoeningen (zie Van Yperen e.a. 1992). In dit artikel willen we de ontwikkelingen rond dit hoofdstuk nader beschouwen, waarbij we speciaal aandacht willen besteden aan de ontwikkeling van het meerassige schema dat in de loop van dit jaar zal worden gepubliceerd.

Hoofdstuk V(F) van de ICD-10

Het in administratief opzicht meest in het oog springende verschil tussen de laatste twee versies van de ICD is de wijze van categorisering. In ICD-9 werden uitsluitend numerieke codes gehanteerd. Voor de hoofdcategorieën liepen deze van 000 naar 999, waarbij die van 290 tot en met 319 voor de psychiatrie waren gereserveerd. In ICD-10 is men overgestapt naar een alfanumerieke codering, lopend van A00 naar Z99 (het drie-karakter-niveau). De categorieën F00 naar F99 behoren tot hoofdstuk V. Daarmee is

het aantal categorieën voor psychiatrische aandoeningen toegenomen van dertig tot honderd. Hoewel niet alle mogelijkheden al zijn ingevuld, mag toch wel worden gesproken van een forse uitbreiding. Andere aspecten van de wijze van notering zijn vrijwel onveranderd gebleven. Verdere detaillering van de categorieën wordt verkregen door een decimale onderverdeling met behulp van een vierde karakter. Voor sommige diagnostische groepen kan een vijfde of zesde karakter worden gebruikt, bijvoorbeeld voor het vastleggen van kenmerken als het beloop of de ernst.

De inhoudelijk meest opmerkelijke wijziging is het wegvallen van de traditionele scheiding tussen neurose en psychose (vergelijk de DSM). Sommige categorieën zijn verder overzichtelijker gerangschikt, zoals de aandoeningen ten gevolge van organische oorzaken. Aan het blok 'schizofrenie' zijn enkele nieuwe categorieën toegevoegd. De affectieve stoornissen zijn nu gegroepeerd naar hoofdthema's van descriptieve gelijkenis. De gedragsyndromen (zoals eetstoornissen) en de stoornissen geassocieerd met fysiologische dysfuncties en hormonale veranderingen, zijn in één categorie samengebracht en gedetailleerder beschreven. Ten slotte is er een nieuw blok met gedragsstoornissen in de volwassen leeftijd toegevoegd, zoals pathologisch gokken, brandstichten en stelen.

De conceptversie van hoofdstuk V(F) van de ICD-10 is onderzocht in een wereldwijde proef ('field trial'), waarbij in 39 landen door 711 klinici 15.302 individuen werden onderzocht. Sartorius e.a. (1993) vonden bij de gezamenlijke interviews een bevredigende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de meeste categorieën. Over het algemeen werd het gebruik gemakkelijk gevonden. Minder bevredigend waren de betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de categorieën van de persoonlijkheidsstoornissen, hetgeen overigens overeenkomt met de bevinding dat deze diagnostiek in het algemeen minder betrouwbaar overkomt. Om dit probleem op te lossen wordt gezocht naar een dimensionele classificatie (Widiger e.a. 1987; Cloninger 1987; Zimmerman en Corryell 1990; Ekselius e.a. 1993) in plaats van een categoriale classificatie, zoals bestaat voor de DSM-III-R, respectievelijk DSM-IV en voor de ICD-10.

Okasha e.a. (1993) bevestigden de mogelijkheid tot internationale vergelijkbaarheid in een proef in Arabische landen, waarbij de ICD-9, de ICD-10 en de DSM-III-R onderling werden vergeleken. Kappa-correlaties werden berekend voor de intra- en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Met de ICD-10 werd de hoogste betrouwbaarheid gevonden voor zowel de hoofdcategorieën (drie-karakter-niveau) als de subcategorieën (vier-karakter-niveau). De resultaten voor de DSM-III-R waren minder indrukwekkend, maar correspondeerden nauw met de resultaten van de field trial door Spitzer e.a. (1979). De internationale bruikbaarheid van het ICD-classificatiesysteem is een hoofddoel van de WHO. Dit is een belangrijk onderscheid met de DSM. In de inleiding van de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) wordt door Spitzer geadviseerd het gebruik van deze classificatie in niet-westerse culturen kritisch te beschouwen.

De resultaten van de proef met het concept zijn verwerkt in de uiteindelijke versie van de ICD-10. Deze werd in 1992 gepubliceerd (*Clinical descriptions and diagnostic guidelines*; World Health Organization 1992). Recentelijk verscheen hiervan de Nederlandse vertaling (World Health Organization 1994). Een jaar daarvoor verschenen ten slotte de *Diagnostic criteria for research* (World Health Organization 1993).

Tegelijk met de ontwikkeling van de ICD-10 is door de WHO ook de ontwikkeling van enkele onderzoeksinstrumenten in gang gezet. In de eerste plaats zijn er de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing e.a. 1990). De SCAN bestaat in feite uit een aantal onderdelen, die gebruikt kunnen worden om de psychopathologie en het gedrag geassocieerd met de grotere psychiatrische stoornissen bij volwassenen vast te stellen en te classificeren. Het onderdeel voor meting van de psychopathologie is een voortgezette ontwikkeling van de Present State Examination

(PSE; Wing e.a. 1974). Een set computer-algoritmen (CATEGO5) is beschikbaar om de data die met behulp van de SCAN-schalen werden verzameld, in te voeren en te bewerken. In de uitvoer kunnen zowel DSM-III-R- als ICD-10-categorieën worden weergegeven. De nieuwste versie van de SCAN is van 1993. Deze is inmiddels in het Nederlands vertaald (Giel en Nienhuis 1993). Nieuwe ontwikkelingen worden nog steeds verwerkt; zo zal er binnenkort een aanvulling komen, nu de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) is verschenen.

Naast de SCAN, die alleen te gebruiken is door goed getrainde klinisch onderzoekers, is er ook een instrument ontwikkeld voor gebruik in bevolkingsonderzoek: de Composite International Diagnostic Interview (CIDI; American Psychiatric Press 1993). Dit interview kan door getrainde leken worden afgenomen.

De volgende, nog te nemen, stap in het geheel van de ontwikkeling van de ICD, is de publikatie van een meerassig classificatieschema, behorend bij hoofdstuk V(F). De ICD-10 volgt daarmee de ontwikkelingen in het DSM-systeem. Dit schema zal in de loop van dit jaar worden gepubliceerd. Enige tijd geleden is de conceptversie in verschillende landen aan een proef onderworpen.

Het meerassige schema van de ICD-10

Sinds de jaren zestig zijn er verschillende pogingen ondernomen om tot meerassige diagnostische classificatiesystemen te komen. Het eerste ruim gebruikte systeem was dat van de DSM-III. Gezien de pogingen om beide internationaal gehanteerde classificaties nader op elkaar af te stemmen, lag het voor de hand te verwachten dat er ook voor hoofdstuk V(F) van de ICD-10 een dergelijk systeem zou worden ontworpen. In dat kader analyseerde Mezzich (1988) een twintigtal meerassige systemen naar de volgende klinische aspecten: psychiatrisch syndroom, persoonlijkheid, intelligentie, ontwikkelingsstoornis, ziektebeloop, ernst van de ziekte, adaptief functioneren, etio-pathologie, fysieke conditie en psychosociale stress.

De meeste van deze systemen presenteerden een uitwerking van twee hoofddiagnostische aspecten: fenomenologie aan de ene kant en biologische en psychosociaal oorzakelijke of geassocieerde factoren aan de andere kant. De specifieke assen betroffen hoofdzakelijk psychiatrische syndromen, gevolgd door etio-pathogenetische formulering, persoonlijkheid, psychosociale stressoren en fysieke stoornis. Minder vaak werden genoemd: het ziektebeloop, intelligentie of mentale retardatie, ontwikkelingsstoornis, ernst van de ziekte en adaptief functioneren. De meeste systemen bevatten vier of vijf assen. In zijn conclusie kwam Mezzich tot de aanbeveling voor een meerassige ICD-10 met de volgende drie assen: *psychopathologische aspecten*, *fysieke aspecten* en *sociale aspecten*.

In de conceptversie van het meerassige systeem is deze aanbeveling niet geheel gevolgd. Waarschijnlijk heeft men in verband met de al eerder genoemde pogingen tot wederzijdse afstemming besloten om de opzet van de DSM nauwkeuriger te volgen. De conceptversie omvat de volgende drie assen.

As I: klinische diagnoses

As I is gereserveerd voor het noteren van de pathologie. Dat betreft in elk geval de psychopathologie, zoals omschreven in hoofdstuk V(F). Op de veranderingen ten aanzien van de vorige versie van de ICD is hierboven al ingegaan. Naast de psychopathologie wordt ook expliciet gevraagd naar notatie van andere dan psychiatrische problematiek, uiteraard volgens de overige hoofdstukken in ICD-10. Hiermee komt As I in het meerassige systeem in feite overeen met de eerste drie assen (syndromale diagnose, respectievelijk ontwikkelingsstoornis en persoonlijkheidsstoornis en somatische diagnose) in het DSM-systeem. Bij het stellen van meer diagnoses wordt de richtlijn gegeven dat de hoofddiagnose overeen moet komen met het ziektebeeld dat de aanleiding tot de consultatie heeft gegeven.

As II: beperkingen

As II van het meerassige systeem betreft de beperkingen in het maatschappelijke functioneren, die al dan niet het gevolg van de pathologie kunnen zijn. De as is wat de methodologie betreft grotendeels vergelijkbaar met As V in het DSM-systeem. Er wordt een schaal (WHO Disability Diagnostic Scale, WHO-DDS) gebruikt met dezelfde schaalbreedte (lopend van 0 naar 99). De schaal is voorzien van enkele ankerpunten: bij elk nieuw tental (de schaalpunten 10, 20, 30, enzovoorts) wordt een korte beschrijving gegeven van het gedrag. Gevraagd wordt om de score te baseren op de beste schatting van het niveau van functioneren, in relatie tot het maximale niveau dat verwacht kon worden, gegeven de socio-culturele achtergrond van de te beoordelen persoon.

Er is de mogelijkheid tot het beoordelen van het algemene niveau van functioneren. Daarnaast kunnen de volgende vier deelaspecten van het functioneren met behulp van dezelfde schaal worden beoordeeld:

- a. de persoonlijke verzorging, inclusief het vermogen om zich staande te houden;
- b. het beroepsmatige functioneren (inclusief studie en huishoudelijk werk);
- c. het functioneren binnen het eigen gezin en familie;
- d. het functioneren in breder maatschappelijk verband (samen met anderen, bijvoorbeeld gedurende de vrije tijd).

Voor alle beoordelingen geldt dat ze onafhankelijk van eventueel bestaande problemen van somatische of psychiatrische aard moeten worden gemaakt. Wel wordt gevraagd om aan te geven in welke mate deze problemen hebben bijgedragen tot het ontstaan van de beperkingen. Er wordt verder nadrukkelijk op gewezen dat alle beoordelingen gemaakt moeten worden tegen de achtergrond van de verwachtingen in de sociaal-culturele omgeving waarin de beoordeelde thuishoort.

As III: omgevingsfactoren en factoren gerelateerd aan de persoonlijke levensstijl

Op As III kan de beoordelaar aangeven welke externe factoren naar zijn of haar mening het voorkomen, het beloop en de behandeling van de problemen hebben beïnvloed of zullen beïnvloeden. Als hulpmiddel bij de beoordeling staat een lijst van zogenaamde Z-codes ter beschikking, die is afgeleid van hoofdstuk XXI van de ICD-10. De lijst is onderverdeeld in twee hoofdcategorieën: factoren gerelateerd aan omgeving en omstandigheden, en factoren gerelateerd aan de persoonlijke levensstijl en het hanteren van problemen in het dagelijks leven. Beide hoofdcategorieën zijn weer verder onderverdeeld in negen respectievelijk twee subcategorieën. Evenals bij As II moeten beoordelingen geschieden tegen de socio-culturele achtergrond van te beoordelen persoon.

Field trials met de conceptversie van het meerassige systeem

Met de hierboven beschreven conceptversie van het meerassige systeem is proefgedraaid in zeventig centra in dertig landen (Janca 1994). Zoals gezegd participeerde de afdeling Sociale Psychiatrie van de RUG in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis in Groningen in deze *field trials*. De doelstelling was meervoudig:

1. Het onderzoeken van de toepasbaarheid en het gemak van het gebruik van de meerassige presentatie van de hoofdstuk V(F) van de ICD-10 in het dagelijks werk van psychiaters en ander personeel in de gezondheidszorg;

2. het identificeren van problemen die bij het gebruik van het meerassige schema ervaren zijn;
3. het onderzoeken van de tussen-beoordelaarsbetrouwbaarheid van elk van de assen van het schema;
4. het determineren van de ervaren bruikbaarheid van de meerassige presentatie van de ICD-10 ten behoeve van:
 - (a) ondersteuning van beslissingen met betrekking tot de routinepatiëntenzorg,
 - (b) training van medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg,
 - (c) onderzoek naar etiologie, beloop en behandeling van psychiatrische stoornissen,
 - (d) statistische rapportage en geestelijke gezondheidsdoelstellingen;
5. het verkrijgen van specifieke aanbevelingen ten behoeve van het toepasbaar maken van het meerassige systeem voor elk van de hierboven genoemde doelstellingen.

In Groningen werd het praktische deel van het onderzoek uitgevoerd door drie psychiaters. Zij doorliepen de volgende drie fasen van het onderzoek:

1. De eerste fase was gericht op het vertrouwd raken met het nieuwe meerassige systeem. Daartoe werd het materiaal bestudeerd en vervolgens toegepast bij ten minste vijf van de eigen patiënten.
2. In de tweede fase werden twaalf door de WHO verstrekte gevalbeschrijvingen door ieder van de deelnemende klinici beoordeeld en van commentaar voorzien. Naderhand werden onderling ervaringen uitgewisseld.
3. Tijdens de derde fase werden tien via de polikliniek gerecruteerde patiënten door een van de psychiaters geïnterviewd in het bijzijn van een van de twee overigen. De tijdens de gezamenlijke interviews aanwezige psychiaters dienden vervolgens onafhankelijk van elkaar tot een meerassige diagnose te komen. In paneldiscussies werd ten slotte het gevraagde commentaar op het nieuwe systeem verzameld.

In de loop van 1994 zullen de bevindingen uit de proeven met het meerassige systeem en het systeem zelf door de WHO worden gepubliceerd. Hierop vooruitlopend en ter introductie van het systeem willen we in de rest van dit artikel over de bevindingen uit Groningen rapporteren. Omdat de *field trials* niet gericht waren op beproeving van As I, zullen we ons daarbij beperken tot de Assen II en III.

Opmerkingen bij As II

Op As V in de DSM-III(-R) is veel kritiek uitgeoefend (zie De Jong 1991). Het belangrijkste inhoudelijke bezwaar gold het eendimensionele karakter van de beoordelingsschaal. Van verschillende zijden werd gepleit voor opsplitsing in enkele subschalen om zo het veelzijdige sociale functioneren adequater te kunnen beoordelen. Een tweede punt van kritiek betrof de instructie voor As V in de DSM-III-R: de oordelen dienden niet langer uitsluitend op het sociale en beroepsmatige functioneren te zijn gebaseerd, maar ook op de aanwezige 'psychologische problemen'. Daarmee was een belangrijke reden voor het bestaan van de as (beoordeling van het maatschappelijke functioneren, onafhankelijk van de psychopathologie) in feite weggevallen. In de DSM-IV is de situatie niet veranderd. As V is nog steeds eendimensioneel, terwijl ook de psychologische problemen weer moeten worden meegewogen bij het maken van beoordelingen. Wel worden in een appendix twee nieuwe schalen gegeven. De eerste (SOFAS) betreft een gecombineerd oordeel over het sociale en beroepsmatige functioneren, los van de psychologische problemen. De tweede (GARF) gaat over het

niveau van functioneren van het samenlevingsverband, waarin de beoordeelde persoon thuishoort. Beide schalen zijn echter het stadium van voorstel niet gepasseerd. Ze maken dus geen deel uit van het eigenlijke meerassige systeem.

As II in het meerassige schema van de ICD-10 komt aan beide bezwaren tegemoet. In de eerste plaats is er de gelegenheid om het functioneren op vier aparte deelgebieden te beoordelen, zodat een nadere specificatie van de algemene beoordeling mogelijk is. Daarbij gaat het om deelgebieden, waarvan de klinische relevantie onmiddellijk duidelijk zal zijn. De bij de as behorende instructie is erg kort, maar helder. Er moet gelet worden op gedrag dat afwijkt van de verwachtingen, zoals die in de voor de te beoordelen persoon gebruikelijke socio-culturele achtergrond bestaan. Of het afwijkende gedrag veroorzaakt wordt door een somatische dan wel een psychiatrische aandoening, mag in de beoordelingen verder niet worden verdisconteerd.

Door de verschillen in aanpak mag verwacht worden dat de bruikbaarheid van As II in de ICD-10 groter is dan de vergelijkbare as in het DSM-systeem. Toch zijn er nog genoeg aanleidingen voor kritische opmerkingen.

1. De schaalbreedte van de beoordelingsschaal (van 0 tot 99) suggereert een sensitiviteit die niet correspondeert met de werkelijkheid. Geen enkele beoordelaar zal in staat zijn om aan te geven wat het verschil is tussen de schaalcores 93 en 94. Een schaal met een breedte van 5 punten voldoet waarschijnlijk aan alle eisen en is in elk geval veel eenvoudiger te hanteren.
2. Er zijn geen instructies betreffende de periode en het moment van beoordeling.
3. De oorzaak voor van de verwachtingen afwijkend gedrag is soms niet aan het individu toe te schrijven, maar aan diens situatie. Zo kan de situatie op de arbeidsmarkt zeer bepalend zijn voor het beroepsmatige functioneren, terwijl ruzies in de familie door het querulante gedrag van anderen veroorzaakt kunnen worden. Het zou niet juist zijn om de te beoordelen persoon dan als dysfunctionerend te classificeren. Regels dienaangaande zijn niet in de instructies opgenomen.
4. De reden van classificatie kan van invloed zijn op de beoordeling. Tegen welke achtergrond wordt het functioneren van een langdurige APZ-bewoner vergeleken? Met dat van de bewoners van de RIBW, waarheen hij zal worden overgeplaatst? Of met anderen in de maatschappij, die dezelfde socio-culturele achtergrond hebben? Waarschijnlijk zal het eerste oordeel gunstiger uitvallen dan het tweede.

Bij de punten 2 tot en met 4 gaat het in feite om nadere specificaties van de instructie. Deze specificaties zijn in meer of mindere mate afhankelijk van praktische toepassingen van de oordelen. Het is daarom de vraag of ze in een zo algemene tekst als die van deze classificatie moeten worden opgenomen. Wel zou in een begeleidende tekst bij de as aandacht aan de hier genoemde problemen moeten worden besteed, eventueel aangevuld met enkele voorbeelden en mogelijke oplossingen. Daarnaast zou ten minste de aanbeveling moeten worden gedaan om bij elke toepassing nauwkeurig de gemaakte keuzes te vermelden, zodat anderen later altijd in staat zullen zijn om de toepassing te interpreteren of te repliceren.

Opmerkingen bij As III

De achterliggende gedachte bij deze as is dat spanningsverhogende situaties of gebeurtenissen een rol spelen in de etiologie van psychiatrische aandoeningen. Vermijding dan wel voorkoming ervan zou de ziekte gunstiger kunnen doen verlopen en het risico op een terugval kunnen verkleinen. In classificatorisch opzicht heeft de as zijn wortels mede in de toenmalige ontwikkelingen binnen de kinderpsychiatrie. In 1979 werd een vijffassig stelsel ten behoeve van deze tak van de psychiatrie

voorgesteld (Rutter e.a. 1979). De vijfde as betrof de 'abnormale psychosociale situaties'. Vanaf de derde editie is in het DSM-systeem As IV (ernst van psychosociale stressfactoren) opgenomen. In DSM-III(-R) werd nog een zevenpuntsschaal gehanteerd, volgens welke de ernst van de factoren kon worden aangegeven. In DSM-IV is deze schaal weggefallen. Er is nu nog slechts de gelegenheid om mogelijke stressoren te noteren, waarbij gebruik kan worden gemaakt van een onderverdeling in negen globale categorieën.

Onderzoek naar de rol van stressoren in de etiologie van psychiatrische ziekten is vanwege de hoge methodologische eisen niet eenvoudig (Bebbington 1987). Het blijkt vaak zeer lastig om precies vast te stellen wanneer gebeurtenissen voorkwamen en wanneer de ziekte uitbrak. Als dat echter niet gebeurt, is over richting van de causale relatie niets te zeggen, laat staan dat voorspellende uitspraken over het effect van vermijding of voorkoming mogelijk zouden zijn. Met As IV in het DSM-systeem is nauwelijks enig onderzoek verricht. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat de opzet ervan niet aan de methodologische eisen tegemoetkomt. De klinische relevantie kan om vergelijkbare redenen eveneens sterk worden betwijfeld.

Omdat de opzet in grote lijnen vergelijkbaar is, gelden deze bezwaren ook voor As III in de ICD-10. Het team in het Groningse centrum kwam dan ook tot de conclusie dat de as in de voorgestelde versie nauwelijks enige relevantie heeft. Bovendien kan betwijfeld worden of verbeteringen binnen de beperkte ruimte die systemen als ICD en DSM voor dit soort assen bieden, werkelijk mogelijk zijn.

Conclusie

In historisch perspectief is de uitbreiding van de International Classification of Diseases met een meerassig systeem interessant. Aanvankelijk werd de onder auspiciën van de WHO steeds verder ontwikkelde ICD gebruikt om door middel van goede diagnostiek en epidemiologisch onderzoek ziekten beheersbaar te maken. Nu lijkt de aandacht langzamerhand te verschuiven naar de gevolgen van ziekte, en daarmee naar de kwaliteit van leven.

De vraag is echter of het meerassige schema een adequaat hulpmiddel is voor onderzoek en voor de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Ten aanzien van de in de conceptversie opgenomen derde as (psychosociale stressoren) kan de conclusie kort zijn; deze is noch voor het ene, noch voor het andere doel geschikt. Het is bovendien de vraag of verbeteringen binnen de context van diagnostische systemen als de ICD mogelijk zijn. De geschiedenis van As IV in de DSM is wat dat betreft wellicht illustratief. Na de introductie in de derde editie is de as in DSM-IV teruggebracht tot een geheugensteuntje, een zeer globaal gestructureerde manier om gebeurtenissen te noteren.

Ten aanzien van de tweede as kan de conclusie positiever zijn. Het opsplitsen van het algemene oordeel in vier sub-oordelen is een grote verbetering ten opzichte van de vergelijkbare as in het DSM-systeem. Dat geldt ook voor de poging om contaminatie van de oordelen met kennis over de aanwezige pathologie te voorkomen. Als de 100-puntsschaal vervangen wordt door een vijf- of hooguit een zevenpuntsschaal en als bovendien expliciet gewezen wordt op de valkuilen van het beoordelen van sociaal gedrag, kan de as goed gebruikt worden om sociaal-diagnostische informatie te noteren. Voor het gebruik in onderzoek geldt echter hetzelfde als voor de derde as: de methodologie is daartoe onvoldoende uitgewerkt.

Resteert de vraag waarom door de WHO zoveel energie wordt gestoken in de ontwikkeling van een meerassig stelsel, waarvan de onderzoekswaarde afwezig en de klinische waarde beperkt is. Het antwoord moet waarschijnlijk gezocht worden in de pogingen om de verdere ontwikkeling van de ICD en de DSM zo veel mogelijk parallel te laten lopen. En omdat het DSM-systeem sinds 1980 meerassig is, zal dat ook voor de ICD moeten gelden. Bij het verschijnen van de DSM-IV werd door Van den Brink en Van Praag (geciteerd in Bergsma 1994) opgemerkt dat de ontwikkeling van de classificatie

niet alleen door resultaten van wetenschappelijk onderzoek wordt gestuurd, maar zeker ook door de behoefte aan consensusvorming. Het lijkt erop dat dit laatste in de ontwikkeling van het meerassige schema bij de ICD-10 een niet onbelangrijke rol heeft gespeeld.

Ondertussen neemt het belang van het vastleggen en de bestudering van de sociale aspecten van psychiatrische ziekten nog steeds toe, niet in de laatste plaats door de voortgaande ontwikkelingen op het terrein van de revalidatie. Zeker omdat het hierbij niet om aspecten van de ziekte zelf gaat, maar om de gevolgen ervan, is de ontwikkeling van een aparte classificatie, los van de bestaande diagnostische systemen, zeer goed verdedigbaar. Deze weg is eerder door de WHO ingeslagen met de publikatie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; World Health Organization 1980 en 1993). Of de kwaliteit van de ICIDH voldoende is om voor dit doel te kunnen worden gebruikt, moet nog worden afgewacht; de classificatie is nog in ontwikkeling. Over de toepasbaarheid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg is eerder twijfel geuit (Wiersma 1986). Door Cooper (1993) is een voorstel tot verbetering gedaan, dat zeer de moeite van het bestuderen waard is. Het is echter niet denkbeeldig dat ook de ICIDH aan de neiging tot consensusvorming ten prooi zal vallen. Als dat mocht gebeuren, moet misschien overwogen worden om andere initiatieven te ontplooiën, waarbij eventueel uitsluitend aan gebruik binnen de psychiatrie kan worden gedacht. Dergelijke initiatieven zullen voor de bestudering en verbetering van de kwaliteit van het leven van met name de chronische patiënten een grote stimulans kunnen betekenen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition, revised (DSM-III-R)*.

American Psychiatric Association, Washington DC.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington DC.

American Psychiatric Press (1993), *Composite International Diagnostic Interview*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Bebbington, P. (1987), Psychosocial etiology of schizophrenia and affective disorders. In: R. Michels (red.), *Psychiatry*. Lippincott, Philadelphia.

Bergsma, A. (1994), Een nieuwe bijbel voor zielkundigen. *NRC Handelsblad, wetenschappelijke bijlage*, 21 juli.

Cloninger, C.R. (1987), A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, p. 573-588.

Cooper, J.E. (1988), The structure and presentation of contemporary psychiatric classifications with special reference to ICD-9 and 10. *British Journal of Psychiatry*, 152 (suppl.), p. 21-28.

Cooper, J.E. (1993), *Draft papers of IDH-93*. World Health Organization (unpublished manuscript), Genève.

Ekselius, L., E. Lindström, L. von Knorring e.a. (1993), Personality disorders in DSM-III-R as categorical or dimensional. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, p. 183-187.

Giel, R., en F.J. Nienhuis (1993), *SCAN. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie*. Vertaling en bewerking. Rijksuniversiteit Groningen.

Janca, A. (1994), Persoonlijke mededeling.

Jong, A. de, P.M. van der Lubbe en D. Wiersma (1994), Social dysfunctioning in rehabilitation: classification and assessment. In: M. Moscarelli en N. Sartorius (red.), *The Economics of Schizophrenia*. In druk.

Jong, A. de (1991), Afwijkend sociaal gedrag van psychiatrische patiënten. Theoretische achtergronden, instrumenten en classificatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, p. 299-317.

Mezzich, J.E. (1988), On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 152(suppl.), p. 38-43.

Rutter, M., D. Shaffer en M. Shepherd (1979), *Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders*. World Health Organization, Genève.

Sartorius, N., Ch.T. Kaebler, J.E. Cooper e.a. (1993), Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of General Psychiatry*, 50, p. 115-124.

Spitzer, R.L., J.B.W. Forman en J. Nee (1979), DSM-III field trials: Initial inter-rater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, p. 815-817.

Wiersma, D. (1986), Psychological impairments and social disabilities: on the applicability of the ICIDH to psychiatry. *International Rehabilitation Medicine*, 8, p. 3-7.

Widiger, T.A., T.J. Trull, S.W. Hurt e.a. (1987), A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, p. 557-563.

World Health Organization (1980, 1993), *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. WHO, Genève.

World Health Organization (1993), *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Genève.

World Health Organization (1994), *De ICD-10 Classificatie van Psychische Stoornissen en gedragsstoornissen. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Nederlandse vertaling onder redactie van M.W. Hengeveld. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Yperen, T.A. van, G.L.G. Couturier en H.M.J.A. Gerritzen (1992), ICD-10 en de classificatie van psychische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, p. 439-445.

Zimmerman, M. en W.H. Corryell (1990), DSM-III personality disorder dimensions. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 178, p. 686-692.

Summary: An introduction to the multiaxial scheme of the ICD-10. A critical consideration

In 1993 the WHO Collaborating Centre Department of Social Psychiatry of the State University Groningen and the Academical Hospital Groningen have been participating in an international field trial with respect to the draft version of a multi-axial classification system of the ICD-10. The multi-axial classification system is expected to be published in 1994. Therefore we would like to introduce this system in comparison with the multi-axial system of the DSM. Because of the increasing importance of exploring the consequences of disease and the quality of life of psychiatric patients we strongly recommend a separate classification system independent from the existing diagnostic systems.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater (afd. Psychiatrie AZG); universitair docent (RUG, AZG); hoogleraar Sociale Psychiatrie (RUG); psychiater, chef de polyclinique (afd. Psychiatrie AZG). Correspondentieadres: drs. P.C.A.M. den Boer, AZG, polikliniek psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-10-1994.