

Kinderpsychiatrische classificatie

door H. M. J. A. Gerritzen

Ervaringen met een drie-assig classificatiesysteem voor kinderpsychiatrische afwijkingen

Classificeren is het groeperen van verschijnselen en combinaties van verschijnselen naar een meer of mindere mate van eenvormigheid volgens bepaalde regels, teneinde klinische 'indrukken' meer toegankelijk te maken voor wetenschappelijk onderzoek.

In dit artikel worden ervaringen weergegeven opgedaan bij het in praktijk brengen van een drie-assig classificatiesysteem voor psychische afwijkingen bij kinderen op een kinderpsychiatrische polikliniek.

Inleiding

Voor communicatie van indrukken en gegevens is een gemeenschappelijke taal onontbeerlijk. Voor het uitwisselen van wetenschappelijke gegevens en ervaringen is een volgens geëxpliciteerde regels toepasbaar instrument, wat een classificatiesysteem in feite is, nuttig. Het is zelfs noodzakelijk voor wetenschappelijk onderzoek naar het vóórkomen van bepaalde verschijnselen en afwijkingen.

'Classification is a device for reducing complexity by noting the similarities in a given mass of observations and then grouping them abstractly together in order to deal with them more easily as a conveniently small number of things' (Brill, 1972).

Diagnostiek is iets anders dan classificatie. Als classificatie beschouwd mag worden als het globaal karakteriseren van aandoeningen, die in veel opzichten op elkaar lijken, tracht diagnostiseren in engere zin niet alleen het typische, opvallende maar ook het unieke van de aandoening en de persoon die ziek is, te vatten. Dit diagnostiseren is nodig voor het individuele geval, maar geeft weinig aanknopingspunten voor het op bredere schaal doen van epidemiologisch, prognostisch en katamnestic onderzoek van grotere groepen van min of meer uniforme ziektebeelden of clusters van verschijnselen.

* Schrijver is als kinderpsychiater verbonden aan de vakgroep Kinderpsychiatrie van de RU Utrecht (hoofd: Prof. Dr. L. N. J. Kamp).

Voorgeschiedenis

Onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie (W.H.O. afdeling: Mental Health Unit) is sinds bijna tien jaar intensief gewerkt aan een herziening van Sectie V van de 'International Classification of Diseases' (I.C.D.), waarin psychische stoornissen hun plaats vinden (Lin, 1967). Voor psychische afwijkingen bij kinderen waren tot en met de achtste herziening van de I.C.D. (1968) bijna geen rubrieken beschikbaar. In dit kader heeft een van de internationale werkgroepen zich in 1967 te Parijs beziggehouden met Classificatie en Statistiek van kinderspsychiatrische afwijkingen. Dit heeft geresulteerd in een voorlopige classificatie volgens een drie-assig systeem. Dit systeem is tot stand gekomen door enkele rubrieken uit sectie V te lichten, uit te werken en onder te verdelen.

Elk kinderspsychiatrisch geval wordt volgens dit voorlopige systeem gezien vanuit drie gezichtspunten en op elk der drie daarmee corresponderende assen van rubrieken gescoord. De assen worden als volgt naast elkaar geplaatst:

As 1 'Clinical Psychiatric Syndrome'

As 2 'Intellectual Level'

As 3 'Associated or Etiological Factors'.

Hierdoor wordt het mogelijk gemaakt, dat meerdere 'harde' klinische gegevens op verschillende assen worden aangegeven. Dit komt rechtstreeks voort uit een van de uitgangspunten van het ondernomen project, en wel:

'Gezien de verscheidenheid aan theoretische concepten over aetiologie en pathogenese van psychische stoornissen, en wegens het gebrek aan bewijsmateriaal dat zou kunnen leiden tot een keuze tussen verschillende theorieën, moet de nadruk gelegd worden op het gebruik van harde klinische feiten als uitgangspunt voor het ontwerpen van een classificatie'. (Rutter e.a., 1969.)

Een tweede uitgangspunt luidde:

'Any scheme agreed on at a seminar will be put to the test through national and international exercises for further refinement and revision before a final recommendation is made for the revision of the I.C.D.'

Classificatie in de praktijk

In de Utrechtse Universiteitskliniek voor Kinderpsychiatrie is gedurende meerdere jaren ervaring opgedaan met het drie-assige classificatiesysteem. Hierbij is het door Kamp (1969) gepubliceerde classificatieschema gevolgd, dat slechts op enkele punten afwijkt van het officiële schema, dat wat later verscheen (Rutter e.a., 1969).

Hiernaast volgt een overzicht van de drie assen met hun beschikbare rubrieken.

Kinderpsychiatrische classificatie

As A Syndromen:

- 0.0 normale variatie
- 1.0 abnormale variatie
- 2.- ontwikkelingsstoornis
 - 2.1 hyperkinetisch syndroom
 - 2.2 taalstoornis
 - 2.3 andere leerstoornis
 - 2.4 motorische stoornis
 - 2.5 tics
 - 2.6 enuresis
 - 2.7 encopresis
- 3.0 asociale gedragsstoornis
- 4.0 neurose
- 5.- psychose
 - 5.1 infantiel
 - 5.2 na het 4e jaar optredend
- 6.- persoonlijkheidsstoornis
 - 6.1 ontwikkelingspsychopathie
 - 6.2 praepsychotische of borderline toestand
 - 6.3 autisme (van niet psychotische intensiteit)
 - 6.4 andere
- 7.0 psychosomatische stoornis
- 8.0 andere syndromen
- 9.0 geestelijke achterstand zonder 0.0 - 8.0

As B Intellectueel niveau:

- 0 zeer begaafd (boven 135)
- 1 begaafd (115-135)
- 2 middelmatig (90-115)
- 3 zwakbegaafd (75-90)
- 4 debiel
- 5 imbeciel
- 6 idiotoot

As C Aetiologische factoren en andere condities:

- 0.0 geen bekend
- 1.- milieufactor
 - 1.1 algemene psychologische stress in het gezin
 - 1.2 specifieke verwevenheid met de pathologie van één der ouders
 - 1.3 separatie en andere niet relationele stress
 - 1.4 materiële factoren
- 2.0 somatische (niet cerebraal)
- 3.0 epilepsie (zonder cerebrale afwijkingen)
- 4.0 cerebrale afwijkingen (zonder epilepsie)
- 5.0 cerebrale stoornis en epilepsie
- 6.0 constitutie
- 7.0 levensfase
- 8.0 andere

Wat het aantal te scoren rubrieken betreft werd in Utrecht het volgende afgesproken. Op As A der syndromen wordt in de eerste plaats het meest relevante actuele toestandsbeeld aangegeven (syndroom-a); daarnaast kan een eventueel bijkomend syndroom, maar niet als alternatief en niet om diagnostische twijfel uit te drukken, worden gerubriceerd (syndroom-b). Op As B van het intellectueel niveau wordt slechts één rubriek gescoord en wel op grond van testonderzoek en/of klinische indruk. Van de actiologische en andere condities (As C) worden alle relevante rubrieken in volgorde van belangrijkheid (a, b, c enz.) gescoord.

Bij het classificeren richten wij ons op het bestaande toestandsbeeld en de verschillende facetten worden op de drie assen gecategoriseerd. Vanzelfsprekend doen zich hierbij terminologische problemen voor en speelt lokaal spraakgebruik een rol. Niet alleen over de grenzen heen bestaat er onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over bepaalde begrippen in de (kinder)psychiatrie, ook tussen de verschillende 'scholen' in Nederland onderling bestaat er geen consensus over welke betekenis er aan een bepaalde term moet worden gehecht. Ik denk hierbij b.v. aan de begrippen 'ontwikkelingspsychose' en 'ontwikkelingspsychopathie'. Het is de bedoeling om bij deze classificatie zo dicht mogelijk bij de objectiveerbare feiten te blijven. En wanneer criteria zo duidelijk mogelijk worden geformuleerd, kan een redelijke mate van intersubjectieve overeenstemming bereikt worden.

Enkele klinische voorbeelden mogen dienen om te illustreren voor welke problemen we geplaatst worden, wanneer we het boven aangereikte systeem proberen toe te passen.

Robbie is ruim vier jaar als hij op de polikliniek wordt aangemeld wegens sinds 1½ jaar bestaande driftbuien en onzindelijkheid, zelfs af en toe voor ontlasting. Hij is de oudste van twee jongens. Zijn broertje is twee jaar jonger. Toen Robbie 13 maanden oud was, is hij een poosje droog geweest, maar zijn moeder werd een paar weken ziek en vader nam de routine minder nauwgezet over. Toen moeder uit het ziekenhuis kwam, ging Robbie in verzet. De driftbuiten stammen uit de periode dat moeder zwanger was van het broertje. Zij is een warme, sympathieke vrouw, die gemakkelijk omspringt met babies, maar als de kinderen hun autonomie trachten te bevechten, wordt ze onzeker en voelt zich onmachtig. Zij is tegen haar kind gaan schreeuwen en heeft hem geslagen. Hiervan is Robbie erg geschrokken. Hij wil niet dat M boos op hem is. Vader maakt een evenwichtige indruk. De huwelijksrelatie is goed.

De verdere anamnese leert ons, dat Robbie zich normaal heeft ontwikkeld en dat hij zich op de kleuterschool goed aanpast; hij blijkt gemiddeld begaafd.

De verschijnselen bij dit kind zijn niet uitzonderlijk; zij zijn eigen aan de kleuterfase en sluiten aan op belangrijke veranderingen in zijn leefsituatie en bij de onzekerheid van de moeder. Som-

migen zullen oordelen dat hier een neurotische ontwikkeling op de loer ligt (As A, 4.0), maar het gevoelsleven van onze kleine Robbie lijkt niet erg afwijkend en hij is niet duidelijk angstig. Moe-ten de verschijnselen dan beschouwd worden als een normale variatie (As A, 0.0) in de kinderlijke ontwikkelingsgang, of worden de grenzen van het 'normale' hier overschreden, zonder dat al ge-veesd hoeft te worden dat er blijvende structurele veranderingen in de persoonlijkheid zijn ontstaan (abnormale variatie) (As A, 1.0)?

Men raakt hier aan het probleem van de onduidelijke grenzen tus-sen de verschillende categorieën. In Utrecht zou dit geval gescoord worden als 'Abnormale variatie', gezien de niet significante ver-storing van de totale ontwikkeling. De onzindelijkheid kan hier gezien worden als deel uitmakend van het toestandsbeeld en hoeft niet apart als b-rubriek aangegeven te worden. Enuresis (As A, 2.6) wordt gescoord als deze vrij geïsoleerd voorkomt en we den-ken aan een meer biologisch gefundeerde rijpingsvertraging. Op de as van het Intellectueel functioneren scoort Robbie 'middelmag-tig' (As B, 2) en op de derde as van aetiologische factoren en an-dere condities kan gedacht worden aan

- a levensfase (As C, 7.0) en aan milieufactoren als
- b specifieke verwevenheid met de pathologie van de moeder (As C, 1.2) en
- c separatie (As C, 1.3).

Jan is 11 jaar oud als hij voor het eerst op de polikliniek komt, omdat er klachten zijn over ernstige gedragsproblemen. Sedert circa een jaar is hij agressief, onhandelbaar; hij rookt, liegt, spijbelt en is betrappt bij brandstichting.

De bevalling van Jan is moeilijk geweest en er waren vroeg voe-dingsproblemen, waarvoor ziekenhuisopname nodig was. Zijn ontwikkeling is wat vertraagd verlopen. Op de kleuterschool paste hij zich nog redelijk aan, maar op de basisschool kreeg hij langzamerhand de rol van zondebok. Het leren heeft hij er-aan gegeven. Hij is geïsoleerd in de groep en zwerft vaak rond zonder duidelijk doel. Vader is touringcarchauffeur en het hele seizoen van huis.

Moeder kan het gezin met vijf kinderen niet aan. Ze drink teveel alcohol. Tussen Jan en zijn moeder lopen de conflicten hoog op; hij heeft haar al eens met een mes bedreigd. Hij voelt zich ver-worpen. In het onderzoek blijkt hij een kwetsbare, angstige jon-gen, overgeleverd aan zijn impulsen.

Er waren bij deze prepuber onvoldoende aanwijzingen om aan een neurotische ontwikkeling te denken (As A, 4.0). Het afwijkend gedrag van deze jongen, opgroeiend in een pathologisch gezin, leidt tot duidelijke afkeuring door de omgeving. Het is asociaal in zijn context. Maar het is de vraag in hoeverre de hele stoornis erdoor gestempeld wordt. De gebrekkige regulatie, het zich isole-ren en het ageren doen hier de balans van 'Asociale gedragsstoor-

nis' (As A, 3.0) doorslaan naar een persoonlijkheidsstoornis in de zin van 'Ontwikkelingspsychopathie' (As A, 6.1).

Dirk, acht jaar, is de jongste van drie kinderen. Hij is verwezen wegens geobjectiveerde gastritis. Vader is onder behandeling voor een essentiële hypertensie. Moeder deed ruim een jaar geleden tevergeefs een suïcidepoging; ze is nog onder psychiatrische controle. Patiëntje is een ouwelijk ventje met een hoog streefniveau. Op school komt hij echter niet tot de gewenste prestaties, omdat zijn tempo zo laag ligt. Hij speelt het liefst met oudere kinderen, die hem tot zijn teleurstelling weleens afwijzen. Dit alles veroorzaakt nogal wat spanning bij Dirk. De klachten verdwenen echter snel, toen moeder geadviseerd werd minder op zijn buikklachten in te gaan en hem op een voetbalclub te doen.

Dit geval wordt door ons zonder veel aarzeling gecategoriseerd als 'Psychosomatische stoornis' (As A, 7.0) onder algemene psychologische stress in het gezin (As C, 1.1). De somatische conditie ligt besloten in het onderhevige toestandsbeeld en wordt hier dan niet apart op As C gescoord. In geval van b.v. asthma ligt dit ingewikkelder; hierbij wordt een constitutionele factor of predispositie verondersteld, die wel speciaal als aetiologische factor of andere conditie vermeld dient te worden.

Carla is bijna 9 jaar oud als zij in de kliniek wordt opgenomen. Reeds vanaf de geboorte was ze een druk kind. Na een korte ziekenhuisopname op drie-jarige leeftijd werd ze erg agressief in haar gedrag, extreem jaloers op haar jongere zusje en ontwikkelde vervolgens een pica-syndroom. Overdag was ze wel eens een tijdje zindelijk geweest.

In haar gedrag was Carla ontremd en mannen werden door haar het liefst benaderd door hun haren uit het hoofd te trekken en deze op te eten. Ze was geobsedeerd door en gepreoccupeerd met wolken en zonneschermen. Naast echolalie was er ook sprake van perseveratie. Het paediatrisch en kinderneurologisch onderzoek leverden geen aanknopingspunten op. In intellectueel opzicht functioneerde ze iets onder het bevolkingsgemiddelde. Haar schoolvorderingen lagen op het niveau van het tweede leerjaar.

Dit ernstig gestoorde meisje met haar contactstoornis, haar openliggende persoonlijkheid en haar bizar gedrag zou best onder de psychotische kinderen (As A, 5.-) geschaard kunnen worden, ware het niet dat er toch voldoende momenten aanwezig waren van betrekkelijk goede integratie. Dat haar cognitieve ontwikkeling zo weinig heeft geleden onder het reeds lang bestaande toestandsbeeld, doet ons mede besluiten haar te rubriceren als 'prae-psychotische persoonlijkheidsstoornis' (As A, 6.2).

Resultaten

Gedurende vier jaar werden van 1287 onderzochte patiëntjes de bevindingen geclassificeerd. Het betreft hier 895 jongens en 392 meisjes. In leeftijd variëren zij van 0 tot 16 jaar. De leeftijds spreiding wordt getoond in de onderstaande tabel.

Tabel 1: Leeftijdsspreiding van 1287 patiënten

leeftijd in jaren	jongens in %	meisjes in %	jongens + meisjes in %
0 - 2	3,8	4,3	4,1
3 - 4	11,9	13,0	12,4
5 - 6	16,7	15,8	16,3
7 - 8	24,3	18,3	21,3
9 - 10	20,7	20,0	20,4
11 - 12	9,5	13,6	11,5
13 - 14	9,0	9,3	9,2
> 15	3,2	5,3	4,2

Het is onze gewoonte de reden van aanmelding te rubriceren volgens onderstaande indeling. Achter elke categorie staat het percentage van voorkomen weergegeven.

Tabel 2

reden van aanmelding:	percentage
leerproblemen	17,1
achterstand in ontwikkeling	12,5
gedragsproblemen in de zin van:	
- ageren	30,7
- innerlijke conflictuositeit	16,7
- psychotische verschijnselen	3,5
diversen	19,5

De 1287 onderzochte gevallen werden volgens het drie-assige systeem geclassificeerd. De gevonden percentages voor de verschillende assen volgen hier in de tabellen 3, 4 en 5.

Discussie

Over de verschillende jaren vertonen de gevonden percentages een opvallende overeenkomst. Als het gemengde bestand, dat door de jaren heen naar onze polikliniek verwezen wordt, qua samenstelling ongeveer gelijk blijft, zouden deze terugkerende percentages kunnen wijzen op een tamelijk betrouwbare manier van rubriceren. Hierbij speelt ons inziens het locale dialect een rol en bij een steekproef naar de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek een bevredigende overeenstemming bij het maken van een keuze te bestaan. Deze bevinding bevestigt het onderzoek van een

Tabel 3: Verdeling der syndroompercentages van 1287 patiënten over vier jaren; het betreft hier 1287 a-keuzen en 246 b-keuzen; dit wil zeggen dat in 14% van de gevallen een tweede syndroomkeuze gemaakt werd

As A	jaar	1968	1969	1970	1971
	totaal aantal	419	427	422	265
0.0	normale variatie	9,1	11,7	13,6	10,9
1.0	abnormale variatie	22,6	21,2	20,6	22,5
2.-	ontwikkelingsstoornis:				
2.1	-hyperkinetisch syndroom	1,7	2,8	1,9	3,3
2.2	-taalstoornis	4,5	4,2	6,2	6,8
2.3	-andere leerstoornis	4,1	4,5	4,5	2,3
2.4	-motorische stoornis	2,9	1,6	1,0	2,3
2.5	-tics	1,4	1,4	1,4	0,8
2.6	-enuresis	4,8	2,8	2,9	6,0
2.7	-encopresis	1,7	2,3	1,2	2,3
3.0	asociale gedragsstoornis	4,8	7,7	7,1	8,3
4.0	neurose	13,1	14,6	16,2	12,4
5.-	psychose:				
5.1	-infantiel	2,6	1,2	—	0,4
5.2	-na het 4e jaar	0,3	—	—	0,8
6.-	persoonlijkheidsstoornis:	3,3			
6.1	-ontwikkelingspsychopatie		4,2	1,9	1,9
6.2	-praepsychose of borderline toestand		0,2	2,1	1,9
6.3	-autisme (van niet psychot. intensiteit)		2,3	1,6	1,9
6.4	-andere persoonlijkheidsst.		1,9	1,2	0,8
7.0	psychosomatische stoornis	2,6	0,7	2,4	1,9
8.0	andere syndromen	7,4	7,0	7,8	5,3
9.0	geestelijke achterstand zonder 0-8	13,1	7,7	6,4	7,2
		100%	100%	100%	100%

Tabel 4: Intellectueel niveau in percentages

As B	jaar	1968	1969	1970	1971
	totaal aantal	345	371	349	222
	zeer begaafd (IQ>135)	0,3	—	—	0,9
	begaafd (115-135)	13,3	14,7	9,5	11,2
	middelmatig (90-115)	51,6	49,5	54,6	53,7
	zwakbegaafd (75-90)	15,9	19,6	24,4	18,0
	debiel	13,9	10,2	7,2	10,3
	imbeciel	3,5	3,0	1,7	0,9
	idiot	0,3	—	—	—
	onbekend	1,2	3,0	2,6	5,0
		100%	100%	100%	100%

Kinderpsychiatrische classificatie

Tabel 5: Percentages aetiologische en andere condities

As C	jaar	1968	1969	1970	1971
	totaal aantal	418	479	517	280
0.0	geen bekend	17,5	17,1	8,9	13,2
1.-	milieu factoren:				
1.1	-alg. psychol. stress in gezin	28,4	27,4	22,6	23,2
1.2	-specifieke verwevenheid met pathologie van één der ouders	13,7	12,7	13,1	18,2
1.3	-separatie en andere niet relationele stress	3,7	5,6	4,5	4,3
1.4	-materiele factoren	1,0	0,4	1,2	—
2.0	somatische (niet cerebraal)	4,2	4,4	3,1	2,5
3.0	epilepsie (zonder cerebrale afwijkingen)	1,0	1,5	0,8	1,4
4.0	cerebrale afwijkingen (zonder epilepsie)	13,0	8,6	9,7	7,5
5.0	cerebrale stoornis en epilepsie	1,6	2,1	1,4	3,7
6.0	constitutie	8,9	6,7	15,6	15,0
7.0	levensfase	7,0	8,5	12,3	6,4
8.0	andere factoren	—	5,0	6,8	4,6
		100%	100%	100%	100%

Britse proefstudie (Rutter et al., 1973). Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het feit, dat sommige rubrieken moeilijk van elkaar afgrensbaar zijn gebleken en dus een overlap bezitten.

De betrouwbaarheid van de keuze van een rubriek is behalve van de beschikbaarheid van duidelijke klinische gegevens vooral afhankelijk van helder gedefinieerde criteria. Hiertoe is door de Engelse groep (Rutter et al., 1969) een aanzet gemaakt in de vorm van een omschrijving van de verschillende rubrieken, ook wel 'glossary' genoemd. Hoewel gepoogd is zoveel mogelijk waarneembare data als leidraad te nemen, blijkt uit de glossary als ook in de praktijk, dat niet voorkomen kan worden, dat gegevens ook interpretatie bevatten.

Of gedragsstoornissen b.v. als 'neurotisch' of als 'asociaal' geclassificeerd worden hangt behalve van de symptomatologie af van de omstandigheden waaronder ze optreden, de sexe van de patiënt, de te verwachten sociale aanpassing na een bepaalde tijd, en van de inhoud en de betekenis, die aan de term neurose wordt gegeven. Bij de keuze van de rubrieken spelen tevens de ernst van de afwijking, de duur en het verloop een rol.

Uit verdere research in de toekomst zal moeten blijken welke de validiteit is van de verschillende te onderscheiden categorieën in de zin van blijvende verschillen in symptomatologie, aetiologische factoren, reactie op behandeling, beloop en eventuele verbanden met toestandsbeelden, die we kennen bij andere leeftijds-groepen.

Het is niet onze bedoeling of pretentie geweest aan de hand van het bovenstaande verslag, na te gaan in hoeverre het gebruikte drie-assig classificatiesysteem een oplossing biedt voor inventarisatieproblemen in de kinderpsychiatrie. Maar de volgende conclusies mogen ons inziens wel getrokken worden.

Het drie-assige classificatiesysteem voor psychische stoornissen bij kinderen, zoals dit door Kamp in 1969 in aansluiting op het W.H.O.-seminair te Parijs over 'Classification of Psychiatric Disorders in Childhood' in Nederland werd ingevoerd, is gebleken in de praktijk toepasbaar te zijn. Als nieuw middel tot classificatie levert het op inzichtelijke wijze voor Nederland unieke gegevens op over kinderen, die naar een kinderpsychiatrische polikliniek worden verwezen. Er is een overzicht verkregen van een aantal in aanmerking komende psychiatrische toestandsbeelden, die op de kinderleeftijd van toepassing zijn. Hierbij is uit statistische bewerking gebleken, dat de percentages van de klinische syndromen opmerkelijk overeenkomen over een periode van vier jaren. Tevens is een overzicht verkregen van aanwijsbare factoren en condities, die een rol lijken te spelen bij het ontstaan van deze klinische beelden en van de spreiding van het niveau van intellectueel functioneren van de betreffende kinderen.

Door het 'ontleden' van psychische stoornissen bij kinderen volgens een dergelijk meerassig systeem wordt een ordening verkregen van anders onoverzienlijk materiaal. Nadere uitwerking van dit systeem lijkt echter wenselijk.

De verdere ontwikkeling van het drie-assig naar een meerassig systeem zal vooral gericht dienen te zijn op problemen zoals die hier kort werden beschreven. In hoofdzaak betreft het hier de onderlinge verwantschap der rubrieken, de rubriekomschrijving en de criteria en niet minder het probleem van de intersubjectiviteit.

Vermeld moge worden, dat in het kader van het nog lopende W.H.O.-project aan deze problemen uitgebreid aandacht wordt besteed onder andere in de vorm van internationale 'interjudge reliability study'.

Literatuur

- Anthony, J. (1975). *Explorations in Child Psychiatry*. Holt, Rinehart and Winston, London.
- Brill, H. (1972) in: Freedman and Kaplan, *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psych*. The Williams & Wilkins Co., Baltimore.
- Kamp, L. N. J. (1969). Kinderpsychiatrische Classificatie. *Ned. Tijdschr. voor Psychiatrie*, 11, 1-16.
- Kamp, L. N. J. (1973). Kinderpsychiatrische Classificatie; in: Hart de Ruyter, Th. en Kamp, L. N. J. *Hoofddlijnen van de Kinderpsychiatrie*, Hfdst. 9, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lin, T. (1967). The epidemiological study of mental disorders, *W.H.O. Chronicle*, 21, 509-516.
- Rutter, M. (1965). Classification and Categorization in Child Psychiatry. *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 71-83.
- Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L. et al. (1969). A triaxial classification

Kinderpsychiatrische classificatie

- of mental disorders in childhood, *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61.
- Rutter, M., Shaffer, D. and Shepherd, M. (1973). An evaluation of a proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, Vol. 3, no. 2, 244-250.
- Shepherd, M., Brooke, E. M., Cooper, J. E. and Lin, T.-Y. (1968). An experimental approach to psychiatric diagnosis: an international study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 201. Vol. 44.
- World Health Organization (1968). *International Classification of Diseases. Eight Revision*. Geneva.
- World Health Organization (1974). *Glossary of Mental Disorders and Guide to their Classification*: for use in conjunction with the I.C.D. Eight Revision. Geneva, W.H.O.