

DSM-III in de kinderpsychiatrie

door F. C. Verhulst

Inleiding

In 1980 kwam de derde editie uit van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders van de American Psychiatric Association (1980), kortweg de DSM-III.

In de ruim twee jaar sinds de verschijning van de DSM-III is er in ons land voldoende ervaring met dit systeem opgedaan om er een oordeel over te kunnen vormen. In de wereld van de volwassenenpsychiatrie zijn positieve geluiden te horen over het gebruik ervan, zoals blijkt uit twee recente artikelen in dit Tijdschrift. (Van Praag, 1982; Sloof e.a., 1982).

De classificatie van psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten stelt door de psychologische ontwikkeling van het kind, die de aard van de symptomen beïnvloedt, specifieke eisen aan een classificatiesysteem. Daarom is het van belang om de DSM-III voor het gebruik bij kinderen en adolescenten nauwkeurig te beoordelen. Dit zal dan ook het hoofdonderwerp van dit artikel zijn. Allereerst zullen enkele algemene principes van classificeren besproken worden. Daarna zullen enkele specifieke problemen die zich bij de classificatie van kinderpsychiatrische syndromen voordoen onder de loep genomen worden. Vervolgens zullen de algemene kenmerken van de DSM-III en de specifieke diagnostische categorieën vanuit de optiek van de kinderclassificatie belicht worden. Waar relevant zullen vergelijkingen gemaakt worden met de ICD-9 (WHO, 1975). Hiervoor is voornamelijk gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling door Gerritzen (1977) van het op de ICD-9 gebaseerde 5-assige systeem van Rutter e.a. (1975). Aangezien de ICD-9 de basis vormt van diverse versies in verschillende talen zullen er indien verwezen wordt naar de ICD-9 alle op de ICD-9 gebaseerde classificatiesystemen mee bedoeld worden.

Schrijver is als psychiater verbonden aan de kinderpsychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam – Sophia Kinderziekenhuis (hoofd: prof. dr. J. A. R. Sanders-Woudstra), postbus 70029, 3000 LL Rotterdam.

Classificatie in het algemeen

Voor we ons een oordeel vormen over het nut van classificatiesystemen in de psychiatrie, moeten we ons realiseren dat iedere clinicus, bewust of onbewust, dagelijks met classificeren bezig is. Voortdurend worden eigenschappen of stoornissen van individuen systematisch geordend en samengevoegd op grond van overeenkomsten om tot een klinisch oordeel te kunnen komen.

Aangezien onze kennis over psychiatrische stoornissen sterk wordt beperkt door een onvermogen om een goed onderscheid te maken tussen verschillende stoornissen onderling, is het van belang dat er classificatiesystemen bestaan die deze stoornissen goed definiëren en die het vermogen tot onderscheid maken wel bezitten.

Al te vaak gebeurt het dat studies worden verricht waarin de onderzochte groep niet goed gedefinieerd is. Het gevolg hiervan is vaak dat de conclusies van dit soort onderzoeken aan belangrijkheid verliezen of zelfs nutteloos blijken omdat het voor anderen niet duidelijk is welke de doelgroep is.

Het probleem van gebrek aan overeenstemming over de definiërende kenmerken van een bepaalde groep psychiatrische patiënten, zoals bij voorbeeld borderline patiënten, werd eerder aan de orde gesteld (Verhulst, 1981, a, b). Wellicht lijkt dit probleem wat academisch. Toch zal het duidelijk zijn dat ieder die met psychiatrische patiënten werkt, vakliteratuur leest en met vakgenoten communiceert, behoefte heeft aan een gemeenschappelijke taal. Aangezien velen vanuit een bepaalde ontwikkelingstheorie of vanuit een theorie over psychopathologie een eigen taal bezigen is het juist van belang om ook een gemeenschappelijke taal te bezitten die voor de meesten acceptabel is.

Indien we onze kennis betreffende ontwikkelingspsychopathologische vraagstukken willen vergroten, is het belangrijk dat er gebruik gemaakt kan worden van objectieve gemeenschappelijke definities. Een goed classificatiesysteem moet deze kunnen verschaffen. Er zijn nog meer voorwaarden waaraan voldaan moet worden. Quay (1979) en Rutter (1980) noemen deze voorwaarden, waarvan de belangrijkste zijn:

1. De kenmerken die een categorie of continuüm definiëren moeten duidelijk omschreven en operationeel zijn.
2. Het systeem moet een goede betrouwbaarheid bezitten. Het toewijzen van een individu aan een categorie moet consistent zijn. Dit betekent dat verschillende beoordelingsmethoden verschillende beoordelaars en verschillende beoordelingstijdstippen tot eenzelfde resultaat moeten leiden. De voor een systeem meestal als eerste getoetste eigenschap is de 'interrater reliability', hetgeen de mate van overeenstemming tussen onderzoekers weergeeft.
3. Het uiteindelijk belangrijkste criterium is de validiteit. Hiermee wordt met name bedoeld dat er zinnige verbanden aantoonbaar moeten zijn met andere variabelen zoals prognose, therapie en etiologie. Er is een relatie tussen de validiteit en de betrouwbaarheid van een systeem. De mate van betrouwbaarheid waarmee een

individue tot een klasse wordt toegewezen bepaalt het plafond van de maximaal te bereiken validiteit. Tot nu toe is voor slechts weinig diagnostische categorieën in de kinderpsychiatrie redelijke validiteit aangetoond (Rutter, 1978).

Tenslotte kan er aan een classificatiesysteem nog een heel praktische voorwaarde gesteld worden namelijk of het systeem overzichtelijk en makkelijk te hanteren is.

Classificatie in de kinderpsychiatrie

De hierboven genoemde voorwaarden gelden voor psychiatrische classificatiesystemen in het algemeen. Voor de classificatie van kinderen en adolescenten is het bovendien van belang dat er rekening gehouden wordt met het psychologisch ontwikkelingsproces en met de vaak andere waarde die er bij deze leeftijdsgroep gehecht kan worden aan symptomen. Wat dit laatste betreft geldt vaak dat symptomen bij volwassenen pathognomonisch kunnen zijn voor een bepaald ziektebeeld. Bij kinderen daarentegen is een oordeel over het adaptatieve gedrag en over de vermogens tot progressie in de ontwikkeling van belang. In de DSM-III heeft men dit onderkend. De assen IV (ernst van psychosociale stressoren) en V (hoogste niveau van adaptatief functioneren gedurende het afgelopen jaar) van de DSM-III, waarover later meer, zijn welwillende doch nog in de kinderschoenen staande pogingen om de omgevingsfactoren en het adaptatieve gedrag vast te leggen.

Verder is het voor de classificatie in de kinderpsychiatrie van belang of en in hoeverre het systeem rekening houdt met het feit dat binnen één syndroom de aard en kwantiteit van de symptomen sterk afhankelijk kan zijn van de leeftijd van het kind. De DSM-III probeert dit probleem op te lossen door de leeftijd als onderdeel van de criteria voor enkele diagnostische categorieën op te nemen. Een voorbeeld hiervan is attention deficit disorder with hyperactivity. Als typische beginleeftijd voor deze stoornis wordt drie jaar aangegeven. Omdat er meestal voor deze kinderen pas hulp gezocht wordt wanneer ze de schoolleeftijd bereikt hebben zijn de diagnostische criteria gedefinieerd voor de leeftijden van acht tot tien jaar. Voor andere leeftijden wordt aangegeven (DSM-III, p. 43) dat bij jongere kinderen de symptomen meestal ernstiger vormen aannemen en er een groter aantal symptomen aanwezig is. Het tegenovergestelde is het geval bij oudere kinderen. Classificeren we een kind met een leeftijd tussen acht en tien jaar en denken we dat de rubriek attention deficit disorder in aanmerking komt dan kunnen we gebruik maken van helder gedefinieerde criteria.

Valt het kind echter buiten deze leeftijdsgroep dan laat de DSM-III ons in de steek en moeten we het doen met vage criteria.

De oplossing die de DSM-III als categoriaal systeem (v.i.) voor dit probleem heeft gekozen is begrijpelijk. Wanneer men namelijk had willen voldoen aan differentiatie van de syndromen naar leeftijd dan zou dit voor veel stoornissen betekenen dat voor iedere leeftijd of leeftijdsgroep afzonderlijke criteria vermeld hadden

moeten worden. Dit zou het geheel zeer omvangrijk en minder overzichtelijk gemaakt hebben. Bovendien is onze kennis van de kinderpsychopathologie nog lang niet zo groot dat een dergelijk fijn onderscheid naar leeftijd gerechtvaardigd zou zijn.

Toch is het belangrijk om op deze onvolkomenheid te wijzen omdat een goed kinderclassificatiesysteem voor alle leeftijden geschikt behoort te zijn.

Een laatste algemene opmerking over de classificatie van kinderpsychiatrische syndromen is dat een systeem niet klakkeloos „volwassen” terminologie moet gebruiken voor kinderpsychiatrische stoornissen indien niet voldoende aangetoond is dat etiologie, beloop en eventueel therapie voor zo'n stoornis op alle leeftijden dezelfde zijn. Dit geldt bij voorbeeld voor de diagnostiek van depressie op de kinderleeftijd en voor het gebruik in de kinderpsychiatrie van de term schizofrenie die in het verleden veel verwarring heeft veroorzaakt.

DSM-III Algemeen

De DSM-III wordt gekenmerkt door:

- Multiaxiale classificatie (5-assig),
- categorale indeling van de klinische syndromen,
- aanwezigheid van specifieke diagnostische criteria en differentiaaldiagnostische overwegingen,
- aanwezigheid van een afzonderlijk deel voor psychische stoornissen die zich meestal voor het eerst op de kinderleeftijd of in de adolescentie manifesteren.

Er zal hier nader op deze kenmerken ingegaan worden. Verder zullen de uitkomsten van de interrater-reliability studies besproken worden.

Multiaxiale classificatie

In het voorafgaande is reeds besproken waarom het belangrijk is bij de classificatie van psychische stoornissen bij kinderen om niet alleen de klinisch-psychiatrische nosologische categorieën te betrekken maar ook informatie over adaptatief gedrag, ontwikkelingsniveau en omgevingsinvloeden.

Een meerassig stelsel biedt hiertoe in principe de mogelijkheid. DSM-III heeft gekozen voor de volgende assen:

- As I Klinische syndromen; problemen die niet toe te schrijven zijn aan een psychische stoornis en die onderwerp van aandacht of van behandeling zijn; toegevoegde codes.
- As II Persoonlijkheidsstoornissen en specifieke ontwikkelingsstoornissen.
- As III Lichamelijke stoornissen of condities.
- As IV Ernst van psychosociale stressoren.
- As V Hoogste niveau van adaptatief functioneren gedurende het afgelopen jaar.

Een groot verschil met de ICD-9 is het bij de DSM-III ontbreken van een afzonderlijke as voor het niveau van intellectueel functio-

neren. In plaats hiervan is 'mental retardation' (IQ van 70 als bovengrens) als klinisch-psychiatrisch syndroom opgenomen in As I. Dit is een ongelukkige keuze. Terwijl er voor het vastleggen van het intellectueel functioneren goed gefundeerde kwantitatieve maten bestaan wordt er gekozen voor een ja-nee oordeel waardoor veel waardevolle informatie verloren gaat. Bovendien bestaat het gevaar dat men zich in de praktijk alleen richt op het stellen van de diagnose mental retardation. Eventuele belangrijke andere stoornissen die een kind tevens kan hebben zullen dan niet vermeld worden. Achenbach (1982) geeft aan dat een afzonderlijke as voor cognitief functioneren bovendien het voordeel biedt dat belangrijke cognitieve stadia, zoals bij voorbeeld die volgens Piaget, erin onder te brengen zijn.

Op As II van de DSM-III zijn zowel specifieke ontwikkelingsstoornissen als persoonlijkheidsstoornissen aangegeven.

Het is dus mogelijk om naast het klinisch syndroom rubrieken zoals bij voorbeeld 'developmental language disorder' te gebruiken en soms zal de As II diagnose zelfs de hoofddiagnose zijn. Het verschil met de AS I diagnoses is dat die van As II te maken hebben met stoornissen waarbij het accent op het chroniciteit en diepgeworteldheid ligt. Toch is de DSM-III hier niet consequent. Er wordt bij voorbeeld verwarring gewekt door het plaatsen van de rubriek 'schizoid disorder of childhood or adolescence' op As I en die van 'schizoid personality disorder' en van 'schizotypal personality disorder' op As II. Bij de ICD-9 zijn de specifieke ontwikkelingsaandoeningen eveneens op een afzonderlijke as (As III) ondergebracht. Dit geldt niet voor de persoonlijkheidsstoornissen, die bij de ICD-9 onder de klinische syndromen gerangschikt zijn, hetgeen een nadeel is omdat beide bij één patiënt aanwezig kunnen zijn. De DSM-III heeft evenals de ICD-9 een afzonderlijke as voor het aangeven van de ernst van psychosociale stressoren. Rutter (1980) bekritiseert deze as (IV) op enkele inhoudelijke punten.

Op As V van de DSM-III moet het hoogste niveau van adaptatief functioneren gedurende het laatste jaar worden aangegeven. Eerder in dit artikel is er op gewezen dat de aanwezigheid van deze as vooral voor de kinderpsychiatrie van groot belang is. Voor het kind in ontwikkeling zegt de afwezigheid van adequate contacten met leeftijdsgenoten of met de ouders veel meer dan bij voorbeeld een diagnose zoals enuresis. In hoeverre de assen IV en V voldoen valt nog moeilijk te zeggen aangezien er nog geen onderzoek bekend is voor de validiteit ervan.

Categoriaal systeem

De DSM-III is wat betreft de eerste drie assen een categoriaal classificatiesysteem. Dit wil zeggen dat een ja-nee oordeel nodig is om te bepalen of een individu een bepaalde stoornis heeft of niet. Er is in zo'n systeem dus geen ruimte voor kwantitatieve verschillen. Deze kunnen alleen in een dimensioneel systeem tot uitdrukking komen. In de somatische geneeskunde kennen we dit probleem bij voorbeeld bij de diagnostiek van essentiële hypertensie. In de

psychiatrie, maar vooral in de kinderpsychiatrie waar immers veel minder sprake is van circumscribe en gefocusseerde symptomatologie zoals dit bij volwassenen vaak voorkomt, heeft een categoriaal systeem nadelen. Wanneer we zo'n systeem gebruiken gaat er veel informatie verloren en vaak worden we geforceerd tot het maken van een keuze. Een kind met 'attention deficit disorder with hyperactivity' bij voorbeeld kan eveneens voldoen aan een aantal (maar niet alle) criteria voor 'conduct disorder of oppositional disorder'. Deze extra informatie gaat verloren omdat we met categorieën te maken hebben en niet met kwantitatieve maten.

Eerder is naar voren gebracht dat een categoriaal systeem er zich niet goed toe leent om leeftijdsverschillen in aard en ernst van de symptomatologie te kwantificeren. Behalve voor de kinderen met vrij zeldzame circumscribe syndromen als autisme of Gilles de la

Figuur 1: DSM-III categorieën voor kinderen en adolescenten

<i>Mental retardation</i>	<i>Eating disorders</i>
Mild mental retardation	Anorexia nervosa
Moderate mental retardation	Bulimia
Severe mental retardation	Pica
Profound mental retardation	Rumination disorder of infancy
Unspecified mental retardation	Atypical eating disorder
<i>Attention deficit disorder</i>	<i>Stereotyped movement disorders</i>
With hyperactivity	Transient tic disorder
Without hyperactivity	Chronic motor tic disorder
Residual type	Tourette's disorder
	Atypical tic disorder
	Atypical stereotyped movement disorder
<i>Conduct disorder</i>	<i>Other disorders with physical manifestations</i>
Undersocialized, aggressive	Stuttering
Undersocialized, nonaggressive	Functional enuresis
Socialized, aggressive	Functional encopresis
Socialized, nonaggressive	Sleepwalking disorder
Atypical	Sleep terror disorder
<i>Anxiety disorders</i>	<i>Pervasive developmental disorders</i>
Separation anxiety disorder	Infantile autism
Avoidant disorder	Childhood onset pervasive developmental disorder
Overanxious disorder	
<i>Other disorders</i>	Atypical
Reactive attachment disorder of infancy	
Schizoid disorder	
Elective mutism	
Oppositional disorder	
Identity disorder	

Tourette zou het voor de kinderpsychiatrische classificatie voordelen geven indien we met een dimensioneel systeem konden werken. Het bespreken van de mogelijkheden van dimensionele systemen valt echter buiten het kader van dit artikel. De DSM-III is evenals de ICD-9 categoriaal wat betreft de klinische syndromen die gedefinieerd zijn in de DSM-III door diagnostische criteria.

Diagnostische criteria

De diagnostische criteria van de DSM-III zijn zoveel mogelijk descriptief. Dit houdt in dat er zo min mogelijk wordt afgeweken van het direct waarneembare. Verder is de benadering van de DSM-III atheoretisch met betrekking tot etiologie of pathofysiologische processen behalve voor die stoornissen voor welke dit duidelijk bekend en algemeen aanvaard is.

Figuur 1 geeft een overzicht van de belangrijkste diagnostische categorieën voor kinderen en adolescenten. Om verwarring te voorkomen wordt in dit artikel de Engelse benaming gebruikt. In de handleiding wordt gesteld dat de keuze van de diagnostische criteria werd bepaald door de meest recente stand van zaken in de research. Hier is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen kinder- en volwassenenpsychopathologie, omdat er bij kinderen maar weinig syndromen bekend zijn, die zo systematisch zijn onderzocht als bij voorbeeld schizofrenie en de stemmingsstoornissen in de volwassenen psychiatrie. Door dit gebrek aan voldoende onderzoekgegevens zijn de meeste criteria voor de kindersyndromen voornamelijk het resultaat van de overeenstemming tussen klinici met betrekking tot de vraag of een bepaald patroon van klinische eigenschappen van een patiënt een geestelijke stoornis is (Spitzer e.a., 1980). De diagnostische criteria zijn dan ook vaak meer het resultaat van onderhandelen dan van onderzoek.

Uiteraard valt het de DSM-III niet kwalijk te nemen dat onze systematische kennis omtrent de kinderpsychopathologie niet groter is. Dit moet ons echter niet weerhouden te beseffen dat de indruk van empirisch-wetenschappelijke gefundeerdheid die gewekt wordt in de DSM-III soms in wezen een pseudo-exactheid is. De wetenschappelijke gefundeerdheid wisselt sterk per diagnostische categorie en dit is vaak niet goed uit de tekst op te maken. Zo is het bij voorbeeld onduidelijk waarop bij encopresis het criterium van frequentie, namelijk ten minste één keer per maand na de leeftijd van vier jaar, gebaseerd is.

Desalniettemin biedt de DSM-III voor zover mogelijk steun bij het classificeren door het gebruik van diagnostische criteria. Verder wordt de afgrenzing van de diagnostische categorieën ten opzichte van elkaar vergemakkelijkt doordat bij iedere diagnostische rubriek differentiaal diagnostische overwegingen gegeven worden. Dit tezamen met de helder gestelde diagnostische criteria maakt het gehele boekwerk overzichtelijk en prettig in het gebruik.

Afzonderlijk kinderdeel

De DSM-III heeft een afzonderlijk deel voor de classificatie van

stoornissen die meestal beginnen op de kinderleeftijd of in de adolescentie. Later zullen de afzonderlijke rubrieken van dit deel besproken worden. In tegenstelling tot de ICD-9 moet bij de DSM-III eerst gekeken worden of één van de categorieën uit het kinderdeel van toepassing is. Voor volwassenen geldt dat een diagnose uit een kinderdeel gemaakt moet worden als zij als kind of adolescent één van deze aandoeningen hadden en indien deze aandoening bleef bestaan. Een geheel andere benadering hanteert de ICD-9, waar eerst gekeken moet worden of de symptomen die een kind vertoont in een volwassenencategorie vallen. Eerder in dit artikel is ingegaan op de nadelen van het gebruik van categorieën die primair voor volwassenen bestemd zijn. Er wordt in de DSM-III dus meer recht gedaan aan het ontwikkelingsaspect van psychische aandoeningen. Verder heeft de ICD-9 geen afzonderlijk kinderdeel maar zijn de kinderrubrieken tussen de volwassenendiagnoses te vinden.

Betrouwbaarheid

De interrater reliability of tussenbeoordelaar betrouwbaarheid van de assen I, II, IV en V van de DSM-III werd onderzocht door een aantal klinici paarsgewijs een aantal patiënten uit eigen werkteurte te laten classificeren. De betrouwbaarheid werd in twee fasen onderzocht. In de eerste fase werd een eerdere versie van de DSM-III gebruikt dan in de tweede.

Het betreft hier een verkennend onderzoek met diverse methodologische onvolmaaktheden. De betrouwbaarheid wordt in dit onderzoek uitgedrukt in een statistische maat, kappa. Dit getal geeft de voor kans gecorrigeerde mate van overeenkomst tussen beoordelingen weer.

Een waarde van + 1,0 geeft aan dat de overeenkomst perfect is, terwijl een waarde van 0 aangeeft dat de overeenkomst niet groter is dan op basis van kans verwacht kon worden (Kendell, 1975).

Voor de kinder- en adolescentencategorieën worden in de DSM-III (p. 471) vermeld voor As 1 een kappa van 0.68 voor fase 1 en een kappa van 0.52 voor fase 2. Opvallend aan deze gegevens is dat de betrouwbaarheid afneemt. Het is niet duidelijk waar deze afname aan is toe te schrijven. Zeker niet aan de ervaring van de klinici met het systeem want we mogen verwachten dat die eerder toegenomen moet zijn. Verder is een kappa van 0.52 teleurstellend vergeleken met een kappa van 0.72 voor de volwassenencategorieën in fase 2. Deze teleurstelling neemt nog toe als we beseffen dat diagnoses als goed overeenkomend werden gerekend wanneer ze binnen een zelfde brede diagnostische klasse vielen, zelfs als er onenigheid bestond over de specifieke diagnose. Als voorbeeld: wanneer de ene clinicus de diagnose 'attention deficit disorder with hyperactivity' en de andere 'attention deficit disorder without hyperactivity' stelde dan werd dit als goed overeenkomend gerekend. De betrouwbaarheid van de specifieke diagnoses is dus nog veel geringer. Rutter (1980) bekritiseert dan ook het feit dat de DSM-III nog meer specifieke diagnoses heeft dan de DSM-II en de ICD-9, terwijl het nut ervan niet is aangetoond en de betrouwbaarheid erdoor ver-

mindert. Het valt echter nog te bezien of deze kritiek in zijn algemeenheid geldt. De nieuwe categorie 'reactive attachment disorder of infancy' bij voorbeeld is een aanwinst en er kan niet aangetoond worden dat deze toevoeging de gemiddelde betrouwbaarheidsmaat heeft gedrukt. De kappa's voor As II zijn 0.66 voor fase 1 en 0.55 voor fase 2. Ook hier zien we een afname en eveneens zijn de uitkomsten teleurstellend indien we beseffen dat de twee algemene categorieën *developmental disorders* en *personality disorders* de enige twee waren. Vergelijken we de interrater reliability van DSM-III met die van de ICD-9 (Rutter e.a. 1975) dan is het van belang te beseffen dat in de laatstgenoemde studie de betrouwbaarheid in procenten ongecorrigeerd voor kans wordt weergegeven. Bovendien is de onderzoeksmethoden in beide studies verschillend. Rutter e.a. (1975) vergeleken diagnoses door psychiaters gesteld op basis van ziektegeschiedenissen en gegevens. Gebruik makend van brede diagnostische categorieën werd een tussenbeoordelaarovereenkomst van 67% gevonden. Indien er een kanscorrectie was toegepast zou een lager getal gevonden zijn. Alleen een studie waarin de betrouwbaarheid van beide systemen door middel van eenzelfde methode bepaald zou worden maakt een goed vergelijk mogelijk.

DSM-III specifiek

In het voorafgaande werden al terloops enkele specifieke categorieën genoemd. Hier zal wat uitvoeriger op de voor de kinderleeftijd belangrijkste rubrieken van As I worden ingegaan. Waar relevant zal de DSM-III met de ICD-9 vergeleken worden.

1. *Mental retardation*

De nadelen van het opnemen van deze categorie in As I werden reeds besproken. De indeling van de subgroepen naar IQ-niveau is identiek aan die van de ICD-9.

2. *Attention deficit disorder*

De naam 'attention deficit disorder' voor de stoornis die ook wel aangeduid wordt met termen als hyperkinetisch syndroom of MBD, is door de DSM-III gekozen omdat problemen met de aandacht en concentratie op de voorgrond stonden bij kinderen met deze stoornis. De DSM-III maakt een onderscheid tussen 'attention deficit disorder with hyperactivity' en 'attention deficit disorder without hyperactivity'. Deze laatste rubriek is bestemd voor die kinderen die aandacht- en concentratie stoornissen hebben, impulsief zijn en die in hun gedrag een slecht georganiseerde indruk maken, maar die in tegenstelling tot kinderen van de eerst rubriek juist niet hyperactief of soms zelfs onderactief zijn. De hier gekozen terminologie is consequenter dan die van de ICD-9. De ICD-9 equivalent voor de DSM-III rubriek *attention deficit disorder without hyperactivity* valt onder de hoofdgroep hyperkinetisch syndroom, waardoor de wonderlijke paradox van een hyperkine-

tisch syndroom zonder hyperkinesie ontstaat.

Hoewel er vanuit de kliniek duidelijk behoefte bestond om een categorie te creëren voor kinderen met aandachtsstoornissen zonder hyperactiviteit is tot nu toe uit empirisch onderzoek geen duidelijke steun gevonden voor het bestaan van een dergelijke afzonderlijke groep (Achenbach, 1980; Quay e.a. 1979). Achenbach (1980) toont wel aan dat de combinatie aandachtsstoornis zonder hyperactiviteit voorkomt als onderdeel van andere syndromen, zoals delinquentie. Een veel voorkomend probleem bij het classificeren van kinderen met de trias hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratiestoornissen is dat dit syndroom kan voorkomen tezamen met andere stoornissen zoals bij voorbeeld retardatie, psychosen en emotionele stoornissen. Wat dit betreft is het een voordeel van de DSM-III dat er meerdere diagnoses op As I gemaakt mogen worden, terwijl dit bij de ICD-9 niet is toegestaan en men zijn toevlucht moet nemen tot een algemene 'afvalbak' categorie.

3. *Conduct disorder*

Deze hoofdcategorie bestaat uit vijf subgroepen (zie fig. 1). De eerste drie hebben equivalenten in de ICD-9 terwijl de subgroep 'conduct disorder socialized nonaggressive' niet terug te vinden is in de ICD-9. Empirisch onderzoek (Achenbach e.a. 1979) toonde een syndroom aan dat alleen bij meisjes voorkomt en dat sterk overeenkomt met 'conduct disorder socialized nonaggressive', hetgeen een steun is voor het bestaan van deze rubriek in DSM-III. De kritiek van Rutter (1980) dat de uitbreiding van het aantal diagnostische categorieën niet gerechtvaardigd is omdat zij niet stoelt op research, gaat wat dit betreft dan ook niet op. Kinderpsychiaters die vertrouwd zijn met de diagnose ontwikkelingspsychopathie (zie ook De Witte, 1982) zullen zich wellicht afvragen of het niet juist is om de symptomatologie van het ontwikkelingspsychopathologische kind te beschouwen als een persoonlijkheidsstoornis in plaats van een conduct disorder aangezien bij deze kinderen de chroniciteit en diepgeworteldheid zo kenmerkend is.

Echter de DSM-III categorie 'antisocial personality disorder' op As II is wonderlijk genoeg de enige persoonlijkheidsstoornis die beneden de 18 jaar niet gesteld mag worden. In het algemeen is het juist dat voorzichtigheid geboden is bij het diagnostiseren van een persoonlijkheidsstoornis bij kinderen die immers nog in ontwikkeling zijn.

Er zijn maar weinig vormen van kinderpsychopathologie waarbij door follow-up onderzoek bekend is wat de uiteindelijke uitkomst op volwassen leeftijd zal zijn. Hierop geldt één uitzondering en dat betreft kinderen met antisociaal gedrag. Robins (1979) stelt dat diverse onderzoeken hebben aangetoond dat een groot deel van de kinderen met antisociaal gedrag later als volwassene ook antisociaal gedrag vertoont. Het lijkt dan ook juist om kinderen die aan de criteria van 'antisocial personality disorder' voldoen wat betreft hun symptomatologie onder deze rubriek te kunnen classificeren.

4. *Anxiety disorders of childhood*

De eerste subcategorie van deze hoofdgroep is 'separation anxiety disorder' (zie fig. 1). In tegenstelling tot de ICD-9 heeft de DSM-III voor dit syndroom een afzonderlijke rubriek. De auteurs stellen dat hoewel separatieangst een vorm van fobie is, er toch sprake is van een syndroom met unieke kenmerken die typisch zijn voor de kinderleeftijd. Voor de andere twee subgroepen 'avoidant disorder of childhood and adolescence' en 'overanxious' disorder zijn wel equivalenten in de ICD-9 te vinden. Het voordeel van de DSM-III rubrieken is dat zij overzichtelijker en duidelijker gesteld zijn. Rutter (1980) heeft als kritiek dat een rubriek 'andere stoornissen met angst' ontbreekt. Volgens hem zijn hierdoor een aantal kinderen niet classificeerbaar.

Het zal overigens opgevallen zijn dat er in de DSM-III geen afzonderlijke categorie voor de neurosen aanwezig is.

De term neurotische stoornis wordt in de DSM-III descriptief gedefinieerd en is te vergelijken met wat er met het psychoanalytisch begrip symptoomneurose bedoeld wordt. De neurosen zijn terug te vinden in de DSM-III als onderdeel van de hoofdcategorieën affective, anxiety, somatoform en psychosexual disorders. Voor kinderen met neurotische symptomatologie geldt dat een volwassenenrubriek gebruikt moet worden voor zover er geen specifieke kinderrubriek van toepassing is. Voor de klassieke neurotische beelden zoals de fobie en conversiehysterie zal dit geen moeilijkheden opleveren.

5. *Other disorders of infancy, childhood of adolescence*

De eerste subgroep wordt gevormd door 'reactive attachment disorder of infancy'. Andere termen voor dit syndroom zijn 'failure to thrive' en 'anacritische depressie'. Het opnemen van dit syndroom in een classificatiesysteem doet recht aan de betekenis die gehecht moet worden aan de ontwikkelingsaspecten van psychische stoornissen. We kunnen dit syndroom, dat in de ICD-9 ontbreekt, een 'echt' kinderspsychiatrisch syndroom noemen omdat het wat betreft symptomatologie en etiologie specifiek is voor de kinderleeftijd. Wat betreft de tweede subgroep 'schizoid disorder of childhood or adolescence' werd reeds de kritiek geleverd dat hier verwarring dreigt met de personality disorders. De volgende diagnose die we tegenkomen (zie fig. 1) is 'elective mutism'. De criteria voor dit syndroom zijn duidelijk gesteld maar er bestaat overlap met die voor 'avoidant disorder of childhood or adolescence' en dus mogelijk een bron van diagnostische onbetrouwbaarheid. Wanneer we de volgende subgroep, 'oppositional disorder', bekijken valt op dat hoogst waarschijnlijk veel normale kinderen aan de criteria ervan zullen voldoen. Dit heeft consequenties voor de validiteit die dan ook waarschijnlijk gering zal zijn.

De laatste subgroep, 'identity disorder', is een categorie waar het oordeel van de clinicus een grote rol speelt bij het hanteren van de criteria. De afgrenzing van deze rubriek met die van 'borderline personality disorder' is moeilijk. Overigens is de rubriek gender

identity disorder of childhood niet in het kinderdeel van de handleiding te vinden; deze is ondergebracht bij de volwassenenhoofdgroep 'psychosexual disorders'.

6. *Eating disorders*

Deze aandoeningen (zie fig. 1) zijn welomschreven en geven geen aanleiding tot moeilijkheden bij het classificeren. De in de DSM-III afzonderlijke rubrieken bulimia en pica zijn in de ICD-9 samengebracht onder de rubriek andere eetproblemen.

7. *Stereotyped movement disorders*

De DSM-III heeft drie afzonderlijke subgroepen (zie fig. 1). Zij moeten van elkaar te differentiëren zijn op basis van de duur van de aandoening, variatie in intensiteit van het symptoom en het al dan niet bestaan van vocale tics. Wat betreft het syndroom van Gilles de La Tourette (Tourette's disorder) maakt de DSM-III geen onderscheid tussen die kinderen die de aandoening levenslang behouden en de kinderen bij wie de symptomen op den duur verdwijnen. Het onderscheid tussen de DSM-III subgroepen zal niet altijd eenvoudig te maken zijn. Wat dit betreft kiest de ICD-9 de makkelijkste weg door het samenvoegen van alle tics onder één rubriek.

8. *Other disorders with psysical manifestations*

De subgroepen (zie fig. 1) van de categorie other disorders with physical manifestations zijn welomschreven in de DSM-III en zijn in de ICD-9 terug te vinden onder de rubriek 'bijzondere symptomen of syndromen niet elders geassocieerd'.

9. *Pervasive development disorders*

De diagnostische criteria voor infantile autisme, de eerste subgroep, zijn scherp gedefinieerd. Dit is in overeenstemming met de research over autisme en maakt het gebruik van deze categorie geschikt voor zowel klinische als onderzoeksdoeleinden. Vergeleken met de ICD-9-equivalent zijn de DSM-III criteria meer operationeel.

Een geheel nieuwe subgroep is 'childhood onset pervasive developmental disorder', bedoeld om de symptomatologie van die ernstig gestoorde psychotische kinderen te omschrijven bij wie zich de stoornis na dertig maanden en voor het zestiende levensjaar openbaart en bij wie niet alle criteria voor autisme aanwezig behoeven te zijn. Hoewel het nut van dit nieuwe syndroom in de praktijk zal moeten blijken, is het belangrijk dat de DSM-III in tegenstelling tot de ICD-9 geprobeerd heeft om de symptomatologie van deze sterk gestoorde kinderen in een afzonderlijke groep onder te brengen. Het is mogelijk dat verwarring gaat ontstaan tussen de hier beschreven rubriek met die van 'borderline personality disorder en schizotypal personality disorder', omdat in de literatuur over borderline kinderen symptomen genoemd worden die overeenkomen met de criteria voor 'childhood onset pervasive developmental disorder'. Verder zou het wellicht beter zijn geweest indien er geen leeftijd-

grens van 30 maanden gesteld zou zijn.

De meeste chronisch psychotische kinderen die niet aan alle criteria voor infantiel autisme voldoen vertonen stoornissen voor de dertigste levensmaand. Indien we ons strikt houden aan de gestelde leeftijdsgrens dan zou weleens kunnen blijken dat er maar zeer weinig kinderen voldoen aan de criteria van de rubriek 'childhood onset pervasive developmental disorder'.

10. *Andere diagnoses*

Een aantal kinderen dat niet volgens de specifieke kinderrubrieken te classificeren is, voldoet wel aan de criteria van de categorieën voor volwassenen zoals bij voorbeeld 'organic mental disorders' en 'somatoform disorders'. Eerder zijn de nadelen besproken van het gebruik van criteria voor volwassen patiënten indien het om kinderpsychopathologie gaat. Dit geldt met name voor de diagnose depressie op de kinderleeftijd. Bij de volwassen categorie 'major depression' heeft men in de tekst aanpassingen toegevoegd aan de criteria om deze voor de classificatie van kinderen geschikt te maken. Desalniettemin zijn de criteria sterk verwant aan de volwassen symptomatologie. Hierdoor zijn ze niet in overeenstemming met de research over depressies bij kinderen (Achenbach, 1982).

Samenvatting en conclusie

Classificatie van psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten is van het belang voor het vergroten van onze kennis over ontwikkelings-psychopathologische vraagstukken en voor de communicatie met vakgenoten. De keuze welk classificatiesysteem we moeten gebruiken plaatst ons voor problemen omdat de bestaande systemen verre van volmaakt zijn. De belangrijkste voorwaarden waaraan zo'n systeem moet voldoen zijn een goede betrouwbaarheid en validiteit. Voor zowel de DSM-III als de ICD-9 is de interrater reliability gering gebleken.

Verder geldt dat de classificatie van kinderpsychopathologie geheel eigen eisen stelt aan een systeem.

Veel van de kritiek in dit artikel naar voren gebracht geldt zowel voor de DSM-III als voor de ICD-9. De DSM-III heeft voor het gebruik in de kinderpsychiatrie echter de volgende voordelen:

1. Er is een afzonderlijk deel voor stoornissen die specifiek zijn voor de kinderleeftijd.
2. Een aantal syndromen dat van belang is voor de kinderpsychiatrie is als afzonderlijke rubrieken opgenomen.
3. Een aantal syndromen is geheel nieuw (bij voorbeeld 'conduct disorder socialized nonaggressive' en 'childhood onset pervasive developmental disorder') of zijn voor het eerst in een classificatiesysteem opgenomen (bij voorbeeld 'reactive attachment disorder of infancy'). Zoveel mogelijk belangrijke syndromen zijn op deze manier in het systeem betrokken.
4. De diagnostische criteria zijn zeer specifiek en worden overzicht-

telijk weergegeven. Zij nodigen bovendien uit tot discussie.

5. Differentiaal diagnostische overwegingen worden bij alle rubrieken gegeven.

6. Op de assen I en II mogen meerdere diagnoses gemaakt worden.

7. Een nieuwe as met als naam 'Highest Level of Adaptive Functioning Past Year' is toegevoegd.

8. In veel research wordt gebruik gemaakt van de DSM-III criteria. Behalve dat er nuttig gebruik gemaakt wordt van het systeem worden bovendien de criteria getoetst.

9. De nummering van de DSM-III rubrieken is afgestemd op het ICD-9 coderingssysteem.

Samengevat zijn de nadelen van het DSM-III systeem voor gebruik in de kinderpsychiatrie:

1. De specifieke diagnostische criteria zijn niet altijd op onderzoekgegevens gebaseerd. De criteria voor sommige categorieën zijn vrij arbitrair gekozen. Hoewel er door de specificiteit van de criteria een indruk van exactheid wordt gewekt is er in wezen soms sprake van een pseudo-exactheid. De handleiding geeft overigens aan dat de criteria niet slaafs gevolgd moeten worden.

2. Er ontbreekt een afzonderlijke as voor intellectueel functioneren.

3. De uitbreiding van het aantal diagnostische categorieën kan ten koste gaan van de betrouwbaarheid.

4. Voor een aantal nieuwe categorieën (bij voorbeeld 'oppositional disorder' en 'schizoid disorder') is de validiteit dubieus.

Classificatie van kinderpsychiatrische stoornissen levert specifieke problemen op. In een aantal opzichten is het de DSM-III gelukt om deze problemen het hoofd te bieden. Talrijke problemen blijven echter onopgelost. De waardering voor de DSM-III die van Praag (1982) in een zeer recent artikel in dit Tijdschrift uitspreekt geldt in mindere mate ook voor het kinderdeel. Echter ook voor de kinderpsychiatrie geldt mijns inziens dat de waardering de kritiek overtreft. Er wordt nu al gewerkt aan nieuwe versies van de DSM en de ICD. Laten we hopen dat beide systemen van elkaars onvolmaaktheden profiteren en dat in de toekomst toch uiteindelijk een voor ons vak bevredigend systeem zal ontstaan hoewel we moeten beseffen dat het altijd noodzakelijk zal blijven zo'n systeem bij te stellen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition.

Achenbach, T. M. (1980), DMS-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 19, 395-412.

Achenbach, T. M. (1982), *Developmental psychopathology*, John Wiley and Sons, New York.

Gerritzen, H. M. J. A. (1977), *Handleiding voor een classificatieschema schema voor psychiatrische afwijkingen bij kinderen en jeugdigen*. (niet uitgegeven), Utrecht.

Kendell, R. E. (1975), *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.

- Praag, H. M. van (1982), Een transatlantische visie op diagnostiek van depressies volgens de DSM-III. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 487-496.
- Quay, H. C. (1979), classification, in: Quay, H. C. en Werry, J. S., *Psychopathological disorders of childhood*, John Wiley and Sons, New York.
- Robins, L. N. (1979), Follow up studies in: Quay, H. C. en Werry, J. S., *Psychopathological disorders of childhood*, John Wiley and Sons, New York.
- Rutter, M. Shaffer, D. Sheperd, M. (1975), *A multi-axial classification of child psychiatric disorders*, Geneva: World Health Organization.
- Rutter, M. (1978), Diagnostic validity in Child Psychiatry. *Adv. biol. Psychiat.*, 2, 2-22.
- Rutter, M. Shaffer, D. (1980), DSM-III a step forward or back in terms of the classification of Child Psychiatric disorders? *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 19, 371-394.
- Slooff, C. J., Giel, R., de Jong, A., Wiersma, D. (1982), de classificatie van de functionele niet- affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-470.
- Spitzer, R. L., Cantwell, D. P. (1980), the DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood and adolescence. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 19, 356-370.
- Verhulst, F. C. (1981), diagnostiek van borderline patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 21-33.
- Verhulst, F. C. (1981), diagnostiek van borderline kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 675-688.
- World Health Organization (1977), *International classification of diseases*, ninth revision, Geneva.
- Witte, H. de (1982), over de diagnose 'psychopathie' bij kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 405-425.