

KINDERPSYCHIATRISCHE CLASSIFICATIE

door Prof. Dr. L. N. J. KAMP, Utrecht

INLEIDING

Onder de auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie (W.H.O. afdeling: Mental Health Unit) is in 1965 een begin gemaakt met een project voor een internationaal bruikbare ordening en benoeming (classificatie) van psychische afwijkingen. Over de noodzaak van een dergelijke classificatie zal wel weinig verschil van mening bestaan. Het ontbreken van een algemeen geldende terminologie en classificatie in de psychiatrie belemmert de uitwisseling van wetenschappelijke gegevens in hoge mate. Of bij de huidige stand van onze kennis en de vorm van publicistische uitwisselingen het doel ook al tot op redelijke hoogte bereikt kan worden, is nog wel aan twijfel onderhevig. De W.H.O. heeft de volgende weg gekozen om te trachten een bijdrage te leveren.

Er is een kerngroep van 12 psychiaters van diverse nationaliteiten en verschillende oriëntering gevormd. Deze komt ieder jaar in een ander land gedurende een week bijeen. Met behulp van een groep psychiaters uit dat land wordt tevoren klinisch materiaal verzameld en worden een aantal working papers geschreven over een onderdeel van de psychiatrie. Met nog een aantal speciaal in dit onderdeel deskundigen uit andere landen worden dan gedurende een week in discussies en beoordelingen van klinisch materiaal (ziektegeschiedenissen, videotape recordings) de problemen van dat speciale psychiatrische gebied verkend en wordt er gezocht naar een recommendatie voor de eerstkomende revisie (1975) van de International Classification of Diseases.

In 1965 werd in Londen gesproken over schizofrenie, in 1966 in Oslo over psychogene en borderline psychosen. In 1967 (11-17 oktober) vond een bijeenkomst plaats in Parijs over kinderpsychiatrische problemen. Aan deze werkgroep nam schrijver dezes deel. In 1968 kwam in Moskou de geriatrie aan de beurt.

In het hiervolgende wordt veel ontleend aan de gedachtenwisseling in Parijs. Het officiële verslag van de bijeenkomst is nog niet verschenen, maar het is de bedoeling om in zoveel mogelijk landen op zo groot mogelijke schaal ervaringen op te doen met de in Parijs besproken en daar toegepaste indeling. Het is dus niet bezwaarlijk om nu al mede te delen, hoe in de Utrechtse Kliniek voor Kinderpsychiatrie van de ervaringen, opgedaan in de Parijse werkgroep, gebruik wordt gemaakt. Daarbij bestaat de hoop, dat ook elders het schema gebruikt zal worden, zodat enigszins vergelijkbaar materiaal ter beschikking komt, afkomstig uit verschillende plaatsen en instituten in ons land. Toekomstige correcties komen dan op een bredere basis te berusten.

ALGEMENE OPMERKINGEN

Classificatie is een middel tot communicatie in wetenschappelijke zin. Classificeren moet vooral niet verward worden met het stellen van een diagnose. Het laatste is een gecompliceerder oordeel, meer genuanceerd en op het individu afgestemd en daardoor de basis voor individuele behandeling.

Classificatie is het groeperen van min of meer gelijksoortige aandoeningen. Een dergelijke ordening maakt epidemiologisch onderzoek mogelijk, maar ook voor het bestuderen van resultaten van farmacotherapie etc. is het beschikbaar zijn van een objectief hanteerbare classificatie een voorwaarde.

Over het nut van een classificatorisch systeem kan nauwelijks twijfel bestaan, maar over het 'objectief hanteren' zijn de twijfels des te groter. Hiervoor is immers nodig, dat voor elke categorie in operationele termen gedefinieerde criteria worden beschreven. De moeilijkheden hiervan zijn vooralsnog maar zeer ten dele te overwinnen.

De terminologie compliceert het vraagstuk. We kunnen daarbij twee soorten problemen onderscheiden. De eerste is die, waarbij aan eenzelfde term op verschillende plaatsen een andere betekenis wordt gehecht. Velen van ons weten langzamerhand, dat in de Verenigde Staten de term 'schizofrenie' ook fasische psychosen zonder deterioratie en desintegratieve persoonlijkheidsstoornissen zoals de degeneratieve hysterie omvat; op het Europese continent zijn wij niet gewend deze laatste als schizofrenie te bestempelen. Dit is een soort misverstand of spraakverwarring. Het lijkt eigenlijk wel oplosbaar als er meer aandacht aan werd geschonken.

Het tweede soort terminologisch probleem gaat wat dieper; hier hebben we te maken met een onduidelijkheid van de begrippen, die resulteert in slordig of onlogisch woordgebruik. Terminologische verheldering gaat hier hand in hand met het verder uitkristalliseren van de begrippen, waarvoor de termen gebruikt worden. Een voorbeeld vormt het gebied van de kinderpsychosen. Ook hier bestaan lokale dialecten: kinderschizofrenie, atypical child, ontwikkelingspsychose, infantiel autisme worden afwisselend gebruikt voor dezelfde aandoeningen. Maar daarnaast bestaat onzekerheid (of verschil in opvatting) over de kenmerken (obligate symptomen) en de aard van de ziekte. Daardoor noemt de één een toestandsbeeld psychotisch, waar een ander over oligofrenie of autistische psychopathie spreekt.

Er zal nog veel werk verzet moeten worden voordat een voldoende begripsverheldering (kennis) de basis geeft voor een classificatie, die in operationeel gedefinieerde termen gesteld kan worden en zo dus communicatie mogelijk maakt tussen verschillende personen, steden en landen.

Het is de bedoeling bij deze — uiteraard voorlopige — classificatie zo dicht mogelijk bij de waar te nemen feiten te blijven. Dat is echter geen

eenvoudige zaak, omdat bij onze observaties altijd wel theoretische gezichtspunten een rol spelen.

Een classificatie dient afgestemd te zijn op het beoogde doel. In dit geval is dit het vaststellen van *psychische afwijkingen*. Natuurlijk zijn ook allerlei andere classificaties nuttig en nodig, zoals sociologische, typologische, culturele etc.

Bij onze psychiatrische classificatie is het de bedoeling, dat bij het vaststellen van een symptoom of syndroom rekening wordt gehouden met de culturele situatie, waarin het optreedt. Een verschijnsel, dat in de ene cultuur of levensstijl gangbaar is, kan in een andere samenleving een teken van pathologie zijn. Indien deze factoren verdisconteerd worden bij het classificeren, zijn in de toekomst wellicht ook transculturele studies over psychopathologie mogelijk.

De classificatie is bedoeld om het *bestaande toestandbeeld* te karakteriseren. Een diagnostisch systeem, waarin prognoses een grote rol spelen, zou wel ideaal zijn, maar ons kunnen is in dit opzicht nog zeer beperkt. Het is mogelijk dat na één of twee jaar door de loop van het lot, door innerlijke ontwikkelingsveranderingen of andere factoren de ziekte-vorm een andere wordt, die dan ook anders geclassificeerd zou moeten worden. Binnen de doelstelling van deze classificatie is dit geen bezwaar. De ambitie of pretentie bij een kind een diagnostische classificatie voor het leven te willen stellen is niet realistisch.

DE CLASSIFICATIE

Door de Parijse werkgroep werden de psychische afwijkingen in de leeftijdsgroep van 6 tot 12 jaar als uitgangspunt genomen. Er zijn stoornissen, die bij volwassenen als psychiatrisch probleem niet of nauwelijks voorkomen, zoals het hyperkinetisch syndroom, leerstoornissen, enuresis. Ook de kinderpsychosen vormen een aparte rubriek, die niet vergeleken kan worden met psychotische toestanden bij volwassenen.

Indien er stoornissen zijn, die — hoewel gekleurd door de leeftijd — fundamentele gelijkenis vertonen met ziekten bij volwassenen, wordt de term uit de volwassenen psychiatrie aangehouden (International Classification of Diseases, 8th revision 1965). De extreem zeldzame depressies bij kinderen (vaak moeilijk van vermoeidheid te onderscheiden) en de kinderschizofrenie (contactstoornis, persoonlijkheidsverval etc.) kregen geen eigen rubriek. Deze zullen dus onder 'andere syndromen' (formulier: eerste kolom A Syndromen nr. 8) geplaatst worden en daarbij als depressie of schizofrenie moeten worden gespecificeerd (zie blz. 7).

De werkgroep te Parijs meende, dat de gekozen syndromen in grote lijnen ook voor jongere kinderen aangehouden zouden kunnen worden. Wellicht dat voor zeer jonge kinderen de toepasbaarheid gering wordt, maar slechts weinig psychiaters zien heel jonge kinderen. Aan de puberteit en adolescentie werden in Parijs geen besprekingen gewijd. Volgens een working paper (Anthony) zullen op deze leeftijd deels de volwassen

beelden gevonden worden, deels de uit de kindertijd overgebleven stoornissen en tenslotte enkele voor de puberteit specifieke syndromen. Het formulier geeft hiervoor geen aparte plaats. Specifieke puberteitsafwijkingen kunnen in kolom A onder no. 8 (andere syndromen) gerubriceerd en nader gespecificeerd worden.

Het lijkt bijzonder ongewenst om aan dezelfde term voor verschillende leeftijden een andere betekenis te geven. Voor syndroom 2 ('abnormale variaties', een weinig elegante term) werd met nadruk de term *reactieve gedragsstoornis* vermeden, omdat 'reactief' in de volwassenen psychiatrie veelal voor psychotische beelden gebruikt wordt en het hier juist om lichtere aandoeningen gaat.

Voor een enigszins betrouwbare toepassing van een classificatie vormt een kinderpsychiatrische scholing de basis. Het klinische oordeel over de relevantie der gegevens, dat op grond van kennis, methodiek en ervaring wordt verkregen, is nodig voor de keuze van een categorie of rubriek. In onze uiteenzetting wordt deze basis als bekend verondersteld in het besef, dat in verschillende psychiatrische scholen de accenten aanmerkelijk verschillen. In het volgende worden slechts enkele aanwijzingen gegeven, enkele onduidelijkheden toegelicht en op enkele tekorten in het systeem gewezen. Het blijft de vraag of dit voldoende is om als 'handleiding' de praktische toepassing in een redelijke mate te ondersteunen.

Het samenvattend formulier wordt op bladzij 7 gevonden. Het berust in grote lijnen op de besprekingen in Parijs. Niet op alle punten werd daar overeenstemming en helderheid bereikt. In de Utrechtse Kliniek voor Kinderpsychiatrie werden voor een voorlopige werkwijze enkele beslissingen genomen. Ook werden weinig essentiële modificaties voor de lokale wijze van toepassing aangebracht, die als specifiek 'Utrechts' vermeld staan en waarvan we nog moeten afwachten of die zinvol blijken te zijn.

Het gaat om *een begin*: niet om een geijkt en gedetailleerd uitgewerkt systeem. Dit past bij de situatie van de huidige kinderpsychiatrie.

Op het formulier (blz. 7) is te zien, dat het toestandsbeeld beoordeeld wordt vanuit drie aspecten:

- A het syndroom,
- B het intellectuele niveau,
- C de etiologie.

Nosologisch is dit een getuigenis van onvermogen. Er bestaat een grote verscheidenheid in opvattingen over de etiologie van psychiatrische stoornissen, en daarom kan een nosologie met causale inslag geen basis vormen voor een classificatie, die als communicatie-middel op grote schaal is bedoeld. Dit pleit niet tegen theorie- en systeemvorming. Wel lijkt het een stap vooruit om ondanks deze verschillende opvattingen naar het gemeenschappelijke te zoeken. Een dergelijke grootste gemene

Classificatie Kinderpsychiatrie (W.H.O. Seminar, Parijs, oktober 1967)

A Syndromen	B Intellectueel niveau	C Etiologische factoren en andere condities
0 normale variatie	0 zeer begaafd (boven 135)	0 geen bekend
1 abnormale variatie	1 begaafd (115-135)	1 milieufactor
2 ontwikkelingsstoornis	2 middelmatig (90-115)	.1 algemene psychologische stress in het gezin
.1 hyperkinetisch syndroom	3 zwak begaafd (75-90)	.2 specifieke verwevenheid met pathologie van één der ouders
.2 taalstoornis	4 debiel	.3 separatie en andere niet relationele stress
.3 andere leerstoornis	5 imbeciel	.4 materiële factoren
.4 motorische stoornis	6 idiotoot	2 somatische (niet cerebraal)
.5 tics		3 epilepsie (zonder cerebrale afwijkingen)
.6 enuresis		4 cerebrale afwijkingen (zonder epilepsie)
.7 encopresis		5 cerebrale stoornis en epilepsie
3 asociale gedragsstoornis		6 constitutie
4 neurose		7 levensfase
5 psychose		8 andere
.1 infantiel		
.2 na 4e jaar optredend		
6 persoonlijkheidsstoornis		
.1 ontwikkelingspsychopathie		
.2 praepsychotische of borderline toestand		
.3 autisme (van niet psychotische intensiteit)		
.4 andere		
7 psychosomatische stoornis		
8 andere syndromen		
9 geestelijke achterstand zonder 0-8		

Aangeven bij A Syndromen: — het actueel meest relevante: a.

— een eventuele 2e rubriek: b.

— A8 (andere): nader specificeren.

B Intellectueel niveau: slechts één rubriek kiezen: a.

C Etiologische factoren etc.: relevante rubrieken aangeven in volgorde van belangrijkheid door a, b, c, etc.; zoveel rubrieken als men wil.

deler kan echter geen aanspraken laten gelden, die anders georiënteerde ('diepere', specifiekere) systematiseringen beogen, zoals bijvoorbeeld Anna Freud's 'diagnostic profile'.

Alvorens speciale opmerkingen te maken over de verschillende rubrieken, eerst nog het volgende over multipele classificaties en onzekere classificaties. De werkgroep vulde tevoren enquêtes in over toegezonden ziekte-geschiedenissen en de resultaten hiervan werden statistisch bewerkt. Als indeling was een reeks syndromen aangeboden, die overeenkomst vertoont met de eerste kolom A van het formulier (blz. 7). Er werd een grote overeenstemming gevonden, speciaal onder de kinderpsychiaters. Toch zijn er natuurlijk twijfelgevallen, waarin de ene onderzoeker aan een bepaald gegeven een groter gewicht toekent dan een collega, die daardoor soms tot een andere, zij het dan meestal wel aangrenzende, categorie komt. De werkgroep in Parijs meende, dat het beter was om zich per patiënt te beperken tot het kiezen van één syndroom: het meest relevante in de onderzoeksperiode. Daarbij werd niet ontkend, dat een psychopathisch kind tevens neurotische verschijnselen kan vertonen, of een astmatisch kind dyslectisch kan zijn. Persoonlijk lijkt het mij praktisch om de mogelijkheid te hebben twee categorieën per patiënt te kunnen kiezen (wat in feite in de enquête tevoren ook reeds gedaan was). Daarbij dient dan het meest op de voorgrond staande syndroom (aan te geven met a) te worden onderscheiden van het bijkomstige (aan te geven met b). Indien er drie of meer syndromen gelijktijdig blijken te bestaan, zou ik categorie A8 willen kiezen, omdat het dan meestal bijzondere gevallen zal betreffen, en ook wel omdat de registratie anders nogal gecompliceerd wordt.

In Utrecht hebben wij om verschillende redenen behoefte aan een classificatorische ordening. Bij het groter worden van de polikliniek, een uitvoeriger en gedifferentieerder onderzoek en het toenemen van het aantal medewerkers is het nauwelijks mogelijk te overzien wat er omgaat.

De invoering van medische registratie maakt het mogelijk een classificering en ook vele milieugegevens* op ponskaarten te brengen. Hierdoor hopen wij de beschikking te krijgen over gegevens betreffende afwijkingen, hun frequentie enz.

Het is van belang na te gaan wat er per jaar omgaat, wat er verschuift in de loop der jaren, maar het overzicht is moeilijker te krijgen, naar mate de groep medewerkers toeneemt. Ook is het nodig te bedenken, dat de wetenschappelijke betrouwbaarheid bij het toepassen van zo'n classificatie door een gevarieerde groep medewerkers beperkt is, zolang geen in operationele termen gestelde criteria ten dienste staan. In de praktijk classificeert bij ons één der hoofdassistenten, nadat de assistent de gegevens heeft voorgelegd, en kind en ouders aan hem heeft voorgesteld.

* Op verzoek is het thans gangbare registratieformulier bij de schrijver verkrijgbaar.

A De syndromen

- 0 normale variatie
- 1 abnormale variatie
- 2 ontwikkelingsstoornis
 - .1 hyperkinetisch syndroom
 - .2 taalstoornis
 - .3 andere leerstoornis
 - .4 motorische stoornis
 - .5 tics
 - .6 enuresis
 - .7 encopresis
- 3 asociale gedragsstoornis
- 4 neurose
- 5 psychose
 - .1 infantiel
 - .2 na vierde jaar optredend
- 6 persoonlijkheidsstoornis
 - .1 ontwikkelingspsychopathie
 - .2 praepsychotische of borderline toestand
 - .3 autisme (van niet psychotische intensiteit)
 - .4 andere
- 7 psychosomatische stoornis
- 8 andere syndromen
- 9 geestelijke achterstand zonder 0-8

A0 *Normale variatie* — Kinderen tonen een zeer gevarieerde ontwikkelingsgang en velen geven problemen, die tot zorg van de ouders leiden, terwijl de gedragingen toch eigenlijk binnen de 'normale' ontwikkeling blijven. Als voorbeeld zou te noemen zijn koppigheid bij kleuters of angst voor het weggaan van de moeder. Het is niet altijd mogelijk te bepalen of we met een normale of abnormale variatie te maken hebben. Wie een overwegende belangstelling heeft voor de tussenmenselijke relaties in het kinderleven, zal geneigd zijn ook de ouderlijke bezorgdheid als criterium te hanteren. Dit lijkt voor deze classificatie onjuist, omdat we syndromen bij het *kind* trachten vast te stellen. De omgevingsinvloeden komen in de derde kolom (C) onder 'Etiologische factoren en andere condities' aan de orde.

A1 *Abnormale variatie* — Oorspronkelijk werd deze rubriek genoemd 'reactieve gedragsstoornissen', omdat het syndroom als reactie gezien wordt op (voor deze patiënt) ongunstige milieu-invloeden. Daarbij werd gestipuleerd, dat de symptomen zouden verdwijnen als de omgeving 'genormaliseerd' zou worden, maar dat is in het diagnostische stadium een hypothetisch criterium. Bedoeld wordt, dat er geen blijvende structurele veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur van het kind zijn opge-

treden. Er is dus geen echte scheefgroei, maar een voor ouders en/of kind hinderlijke interactie met de omgeving en wel buiten proportie voor het 'normale'. Er bestonden uiteenlopende meningen over de psychismen, die werkzaam zijn bij dit soort stoornissen. Er is altijd een praedispositie (gevoeligheid) van de kant van het kind. Soms spelen innerlijke veranderingen (bijvoorbeeld endocriene in het begin van de puberteit) een rol.

Er bestond in Parijs grote eenstemmigheid bij de beoordeling van patiënten uit deze rubriek en men wilde deze dus handhaven. Een vergelijking werd gemaakt met de rubriek, die bij volwassenen als 'transient situational disturbance' wordt aangeduid. Er werd voorgesteld te spreken over 'mild and transient disorders', maar later bleek men het er over eens te zijn, dat de stoornis niet altijd 'mild' hoefde te zijn en dat ook een langere duur niet uitgesloten is. De term abnormale variatie is weinig zeggend, maar daarom wellicht voorlopig het best bruikbaar.

A2 Specifieke ontwikkelingsstoornis — Deze ontwikkelingsstoornissen zijn typisch voor de kindertijd, waar ze het centrale pathologische gebeuren kunnen zijn. Soms zullen er gevolgen voor de volwassen persoonlijkheid uit voortvloeien. Zo is bijvoorbeeld na ernstige, niet genezen dyslexie de beroepsinpassing beperkt; bij een blijvende enuresis wordt het huwelijksleven belast. Verschijnselen uit deze rubriek kunnen bijdragen tot neurotisering.

Het is de bedoeling het aantal onder-rubrieken beperkt te houden, o.a. omdat bij kinderen een stoornis steeds een ontwikkelingsaspect heeft en deze rubriek dus onbeperkt zou kunnen worden. Alleen *stoornissen*, die voor kind en/of ouders lijden en functie-stoornis meebrengen, werden gekozen. De zgn. 'verkeerde aanwensels' of 'habit disorders' vallen er per definitie in. Als een kind duimzuigt of nagels bijt en dit geen duidelijk probleem vormt voor kind of omgeving, valt dit gebeuren onder de normale variatie (A 0).

Zoals met zo vele losse symptomen kan bijvoorbeeld enuresis een onderdeel uitmaken van de symptomatologie van praktisch ieder ander syndroom:

abnormale variatie (A 1), bijvoorbeeld bij de geboorte van een sibling;
neurose (A 4);
psychose (A 5) etc.

Een dergelijk symptoom wordt dan echter niet als 'specifieke ontwikkelingsstoornis' geboekt.

De keuze of het nog een normale variatie of een A 2 ontwikkelingsstoornis is, zal zeker tot twijfel aanleiding kunnen geven. Evenals met grensvallen in andere rubrieken, blijft de betrouwbaarheid van de classificatie beperkt, zolang we (nog) niet over operationeel gedefinieerde criteria beschikken.

A2.1 Hyperkinetisch syndroom — De actuele belangstelling voor dit

syndroom en voor de paradoxale reactie op amfetamine medicatie is groot. Ook de prognose en het vermoeden, dat de patiënt vanaf de puberteit juist hypokinetisch zou worden, droeg er toe bij deze rubriek met name te noemen. Het al of niet cerebraal gestoord zijn is voor het signaleren van het syndroom irrelevant. Dit wordt in kolom C aangegeven. Zeker is het denkbaar, dat in sommige gevallen de psychogene kant secundair is aan een organisch bepaald, maar tevens relatie-verstorend motorisch patroon.

A2.2 *Taalstoornis* — Over de dyslectische stoornissen bestaat een zich nog steeds uitbreidende literatuur. Spraakstoornissen, die sterk afwijken van wat verwacht kan worden bij een bepaald intellectueel niveau, kunnen ook in deze rubriek vallen. Differentieel diagnostische problemen zullen vooral bestaan met abnormale variatie (A 1) en neurose (A 4). Over stotteren werd in Parijs niet gesproken. Ik stel voor dit onder A 8 te rubriceren, als het de hoofdklacht vormt.

A2.3 *Andere leerstoornissen* betreffen voornamelijk de rekenstoornissen. Bij een combinatie van taal- en rekenstoornissen kunnen twee syndromen gelijktijdig worden geclassificeerd (als a en b).

A2.4 *Motorische stoornissen* — In de werkgroep was men het erover eens, dat dit een centrale bron van psychopathologie kan zijn. Onhandigheid, *petites signes neurologiques*, een ongewoon patroon van de grovere bewegingen etc. dragen bij tot het vaststellen van een 'débilité motrice'. Vaak zullen secundair leerstoornissen, neurotiseringen of 'abnormale variaties' optreden. Men moet beoordelen wat in het syndroom actueel de overhand heeft. Het is niet logisch om hier etiologische overwegingen bij te betrekken. Het klinische beeld moet doorslaggevend zijn. Het is bovendien heel goed denkbaar, dat de etiologie per geval verschillend is: constitutionele of familiale onhandigheid of een cerebrale beschadiging.

A2.5 *Tics* — Deze rubriek werd zonder veel discussie in de rij van ontwikkelingsstoornissen opgenomen. Daarbij geldt weer, dat de tics het centrale punt van het syndroom vormen. Een ziekte, als door Gilles de la Tourette beschreven, valt niet in deze rubriek, gezien de coprolalie en andere dwangverschijnselen en de minder gunstige prognose. De 'maladie des tics' wordt dus als A 8 geclassificeerd.

A2.6 *Enuresis*

A2.7 *Encopresis* — In deze rubrieken vinden we de gebruikelijke onscherpe grenzen. Soms zal de moeder al over enuresis klagen terwijl wij het beschouwen als een normale variatie van laat zindelijk worden. Soms is het verschijnsel een uiting van een neurotische ontwikkeling. Er zijn

echter gevallen, waarbij enuresis en/of encopresis centraal staan in het klachtenpatroon en waarbij we verder niet zoveel vinden. Vermoedens over een organisch zwak substraat (zeer diepe slaap) en ook wel andere lichte aanpassingsstoornissen (al was het maar ongemak van moeder of kind) bestaan, maar de onzindelijkheid staat centraal en de andere rubrieken komen niet duidelijk in aanmerking. Ik verwacht, dat deze rubrieken bij huisartsen en kinderartsen grotere aantallen zullen opleveren dan bij de kinderpsychiaters, omdat wij de meer gecompliceerde gevallen en psychisch ziekere kinderen te zien krijgen. Deze lichtere monosymptomatische beelden zouden ook als abnormale variaties geïnclassificeerd kunnen worden (A 1). In twijfelgevallen neig ik ertoe de voorkeur te geven aan rubriek A 2.6 en A. 2.7, omdat de A 1 rubriek toch al een vergaarbak dreigt te worden.

A3 *Asociale gedragsstoornis* — Dit is een nogal omstreden rubriek. Het gaat om kinderen, die storend zijn voor hun omgeving: ongehoorzaam, vechtlustig, plagerig, de orde van de klas of het gezinsleven verstorend. De patiënten vertonen niet zulke algemene afwijkingen als de gepsycho-pathiseerde kinderen (A 6). Voorts bestaan er onderzoeken, waaruit het vermoeden naar voren komt, dat de prognose op langere termijn toch niet zo gunstig is. De begrenzingsproblemen naar 'abnormale variaties' (A 1) en neurosen (A 4), waarbij dan van acting out gesproken zal worden, lijken vrij groot, en daardoor is de validiteit van deze categorisering dubieus. De stoornis is minder geïnternaliseerd dan bij een neurotische ontwikkeling. De afwijking gaat meer van het kind uit, is minder reactief dan bij de abnormale variaties. Misschien komen juist die gevallen hier bij elkaar, die in de ouderwets-klassieke terminologie mengvormen van psychopathie en neurose werden genoemd. Aangezien de werkgroep besloot tot opnemning van deze categorie, lijkt het me aangewezen om te proberen hiermee te werken.

A4 *Neurosen* — Over deze categorie werd weinig gesproken. De overeenstemming bij de diagnostische (voor-) oefeningen was groot over een geval, dat als neurotisch werd opgevat. Het is voorts bekend, dat een zeer gemengd gezelschap, deels van achter het ijzeren gordijn, in allerlei theoretische bespiegelingen, zo niet schermutselingen, terecht komt bij discussies over genese en etiologie.

Men leek aan te voelen, dat dit geen gelegenheid was dat probleem met vrucht te behandelen. Misschien was hiermee al rekening gehouden bij de keuze van de ziektegeschiedenissen die voor de diagnostische (voor-) oefeningen werden gebruikt en die weinig twijfel naar voren deden komen.

A5 *Psychosen* — De ernstige stoornissen, die tegenwoordig bij kinderen 'psychosen' worden genoemd, houden geen verband met de schizofrenie der volwassenen, op een zeer zeldzame uitzondering na. Het gaat

om een gemengde groep aandoeningen. De oorzaken zijn grotendeels onbekend of omstreden.

In de werkgroep werd een vrij uitvoerige en ingewikkelde onderverdeling van de kinderpsychosen besproken, die echter weinig instemming vond. Men besloot zich voor de classificatie te beperken tot een tweedeling:

- 1 de infantiele psychosen; deze ontstaan zeer vroeg; in ieder geval zijn vóór het derde levensjaar duidelijke tekenen aanwezig;
- 2 na het vierde jaar optredend; hierbij werd vermeld, dat een ernstige dementering tot de mogelijkheden behoorde, waarbij men o.a. aan dementie van Heller denkt en ook aan de kerngroep 'schizofrenie in de jeugdjaren'.

Hoe het ook zij, niemand was erg verrukt over deze oplossing en het probleem leek te moeilijk om tot een redelijke oplossing te komen. Mijn indruk is, dat wij in Utrecht vooral de infantiele vorm zien, terwijl de later optredende dementerende vormen (het vierde jaar lijkt als soepel te hanteren grens bedoeld te zijn) meer in consult op de neurologie gezien worden.

A6 Persoonlijkheidsstoornis (psychopathie) — Dit is als syndroombestempeling waarschijnlijk een anglicisme. Zelden durft men bij latente kinderen de diagnose psychopathie te stellen. Wij hebben daar (door prognostische voorzichtigheid ingegeven) verzachtingen en ook wel differentiaties voor, zoals psychopathiform gedrag, psychopathisering, sommige vormen van acting out, etc. In deze rubriek komen niet alleen de ernstige, de hele persoonlijkheid stempelende lastige, asociale kinderen voor. Ook de lichtere vormen van autisme (autistische psychopathen van Asperger); de borderline cases met uitgesproken Ik-zwakten en kortere desintegraties; praepsychotische toestandsbeelden worden hier bijeen geplaatst.

Het is duidelijk, dat het dus een zeer gemengde rubriek is. In dit opzicht is er overeenkomst met de afwijkingen, die bij volwassenen door sommigen nog psychopathie genoemd worden.

Bij onze gebrekkige kennis van wat er later van deze patiëntjes terecht komt, is een bijeen plaatsen van deze aandoeningen wellicht gewettigd. Anderzijds kan overwogen worden of we al niet tot een onderverdeling kunnen overgaan, ook al trachten we 'descriptief' te blijven en de etiologische overwegingen voor kolom C te bewaren.

Wij kozen voor Utrecht de volgende indeling:

- A6.1 ontwikkelingspsychopathie
 - .2 praepsychotische of borderline toestand
 - .3 autisme (van niet psychotische intensiteit)
 - .4 andere

A7 Psychosomatische toestanden — Hierover werd afgesproken, dat de hysterisch gestructureerde conversie-verschijnselen in de rubriek neurose (A 3) worden geïnclassificeerd. De differentiaal diagnostische problemen

kwamen in Parijs niet aan orde.

A8 *Andere* — Deze rubriek werd bij de classificatie enquête door de werkgroep bijna niet gebruikt. Het is ook de bedoeling hiermee spaarzaam te zijn. Bijzondere gevallen in de zin van uitzonderlijke individuele kenmerken of een bijzonder gecompliceerd beeld krijgen hier o.a. hun plaats.

A9 *Geestelijke achterstand zonder A 0-8* — Het intellectuele niveau wordt in een aparte kolom vastgelegd, o.a. op de overweging, dat oligofrenen alle andere psychische stoornissen kunnen vertonen en dat het daarom bijzonder verarmend was oligofrenie als categorie in te voeren, d.w.z. als men vasthoudt aan de beperking dat slechts één syndroom uit kolom A gekozen kan (moet) worden. Ik heb al gezegd, dat me dit voor Utrecht niet nodig en niet gewenst voorkomt en dat we een hoofd- en een tweede rubriek (a en b) zullen signaleren, terwijl we de zeer gecompliceerde aandoeningen, waar meer dan twee syndromen door elkaar heen lijken te spelen, onder A 8 zullen boeken als 'bijzondere gevallen'. Voor de rubriek A 9 blijven dus de harmonische of althans aangepaste oligofrenen over. Een op imbeciel niveau functionerende, aangepaste imbeciel wordt dan als volgt geclassificeerd: A 9; B 5; (over de etiologische rubricering zie onder C).

B *Intellectueel niveau*

0 zeer begaafd (boven 135)

1 begaafd (115-135)

2 middelmatig (90-115)

3 zwak begaafd (75-90)

4 debiel

5 imbeciel

6 idiot

De bedoeling is hier niet een — eventueel na behandeling te bereiken — potentieel niveau van intellectueel functioneren aan te geven, maar de actuele toestand tijdens het onderzoek.

De gegevens hiervoor worden echter niet alleen uit het testonderzoek betrokken, maar ook uit andere delen van het onderzoek, zoals de spelobservatie, de anamnese, schoolinlichtingen, etc.

De werkgroep stelde voor vier niveaus te onderscheiden:

1 normal or above,

2 mild defect,

3 moderate defect,

4 severe defect.

In onze kliniek in Utrecht hebben we de verleiding niet kunnen weerstaan om het eerste van deze niveaus nog verder onder te verdelen,

voornamelijk om een gedifferentieerder beeld van de begaafdheid van de polikliniekbevolking te krijgen.

Het is eigenlijk verwarrend dat die verschillende hogere niveaus ook nog — tussen haakjes — gekarakteriseerd worden door een I.Q. range. Iedereen weet dat het I.Q. afhankelijk is van de gekozen test-schaal en als zodanig behoorlijk variabel. Ik wil trachten aan te geven, waarom ik er toch de I.Q.'s, tussen haakjes, aan toevoegde. Dit is géén indicatie om automatisch het gevonden I.Q. van een of ander soms toevallig toegepaste schaal te gebruiken om daarmee de rubriek in kolom B in te vullen. De reden is, dat ondanks alle onzekerheden, die aan de hoogte van het I.Q. kleven, er een zeker klinisch spraakgebruik is, dat zich laat aangeven als:

'Een intellectueel niveau, zoals dat meestal gevonden wordt bij patiënten met een I.Q. in de range tot'

De lokaal wel gebruikte term 'Tachtigers' (I.Q. 80-89) omvat zwak-begaafde kinderen met leerproblemen, ook al kunnen we ons een ijverig kind voorstellen, dat het redt op school met een IQ van 88, dat we dan ook niet als 'tachtiger' zullen bestempelen, al klinkt dit niet logisch op het eerste gezicht. Het zijn dan de niet-intellectuele begaafdheden als toewijding, ijver, concentratie (of misschien angst om te falen), die in de praktijk belangrijk zijn. Tot de 'tachtigers' rekenen we dus soms ook kinderen, die een wat hoger of wat lager I.Q. haalden op een bepaalde schaal. Het klinische oordeel is doorslaggevend.

Voor de rubriek B zal het vooral moeilijk zijn om uitsluitend de intellectuele begaafdheid als maatstaf aan te houden. Gevoelsbegaafdheid, handigheid, praktische zin en vermogen tot introspectie hebben voor het leven grote betekenis, maar — als we kunnen — zouden we ons voor rubriek B moeten beperken tot de intellectuele functies. Deze staan echter niet geheel los van die andere zojuist genoemde begaafdheden en daarom zal ook deze rubricering feilen vertonen.

De betrouwbaarheid van de bij een testonderzoek gevonden I.Q. wordt door ons niet overschat. Het kind is niet altijd zo op zijn gemak te stellen dat het optimaal presteert. Ook wordt soms de Terman Merrill test door assistenten afgenomen bij wie ook na uitvoerige instructie het resultaat beïnvloed wordt door gebrek aan ervaring. Dit is een reden te meer om de schatting van de intelligentie te verrichten op grond van het totale onderzoek.

Verskillende onderzoekers zullen een grensgeval wellicht anders plaatsen, maar zeer waarschijnlijk toch wel in belendende categorieën.

Het is onze bedoeling om kolom B ook in te vullen indien er eventueel geen test-onderzoek is verricht. Dit zal de exactheid niet doen toenemen, maar daarover hoeven we ons toch geen te grote illusies te maken. Het lijkt echter wel mogelijk om op deze wijze grofweg een indruk te krijgen van een groep polikliniek-patiënten, die jaarlijks ongeveer 500 bedraagt.

C *Etiologische factoren en andere condities*

- 0 geen bekend
- 1 milieufactor
 - .1 algemene psychologische stress in het gezin
 - .2 specifieke verwevenheid met pathologie van één der ouders
 - .3 separatie en andere niet relationele stress
 - .4 materiële factoren
- 2 somatische (niet cerebraal)
- 3 epilepsie (zonder cerebrale afwijkingen)
- 4 cerebrale afwijkingen (zonder epilepsie)
- 5 cerebrale stoornis en epilepsie
- 6 constitutie
- 7 levensfase
- 8 andere

Het gaf een soort opluchting, toen in de werkgroep besloten werd de conditionerende momenten apart van de syndromen te noteren. Het verlostte ons van allerlei nosologische perikelen. Een opvallend gevolg was echter, dat de tevoren bij de enquetering gebruikte rubriek 'Disorders due to demonstrable acute or chronic brain condition' in kolom A (de syndromen) is komen te vervallen. Nu is het bij vele psychiatrische 'organische' syndromen niet erg frequent, dat de hersenafwijking bij het leven 'demonstrable' is. Toch lijkt hier een soort diagnostische leemte te zijn ontstaan door het uit elkaar nemen van het syndroom en de condities.

Hersenbeschadigingen, 'minimal' (dat wil meestal zeggen niet aantoonbaar) of ernstiger, zullen nu gevonden worden in allerlei syndromale rubrieken. Dit kan ook een voordeel zijn want spasticiteit, leerstoornissen, karakterafwijkingen etc. kunnen nu descriptief (kolom A) gedifferentieerd worden. Het is echter goed om zich te realiseren, dat we door deze wijze van classificeren afwijken van de gangbare diagnostische groeperingen. Met name de zgn. brain-injured children komen nu dus niet meer bij elkaar te staan in de rubriek 'syndromen'.

In kolom C is het de bedoeling om alleen factoren van duidelijke importantie te signaleren en dus ook alleen diegene, die door feitelijke observaties worden gesteund. In het bijzonder geldt dit voor C1.1 (algemene psychologische stress in het gezin), want 'er is overal wel eens wat'. De milieu-factoren werden in Parijs niet onderverdeeld. Wij hebben wel een poging tot onderverdelen ondernomen, maar beschouwen die als primitief. Een voorbeeld van de 'verwevenheid met de pathologie van één of beide ouders' kan op verschillende niveaus worden gevonden.

C1.1. *Voorbeeld*: Spanning tussen moeder en zoon na scheiding der ouders met een geheel of gedeeltelijk bewuste angst 'dat hij op zijn vader gaat lijken'. Bestaat hier pathologie bij de moeder? Meestal wel, althans een onvoldoende verwerking van de mislukking van haar huwelijk. Niet

zelden zal de gedragsstoornis van deze zoon verweven zijn met de aanduidde problematiek van zijn moeder.

C1.1. *Voorbeeld:* Sommige symptomen van kinderen corresponderen met super ego lacunes van hun ouders (*Johnson en Szurek*), hoewel dit vaak pas na een zeer uitvoerig onderzoek en/of behandeling bewust te maken is. Toch zijn hier vaak wel verbanden te vermoeden tijdens het onderzoek, al is de pathologie van de ouders latent en niet bewust. We zouden ook hier weer de 'verwevenheids'rubriek willen kiezen.

Slechts vrij kort werd in de werkgroep gediscussieerd over hereditaire en constitutionele factoren. In het voorlopige schema komen heriditeit en constitutie niet voor. In Utrecht doen wij dat wel (C 6). De reden hiervoor is niet, dat ons onderzoek op dit gebied zo intensief en extensief is. Wel menen wij niet zelden een constitutionele factor aan te mogen nemen. Zo vinden wij bij het onderzoek van autistische kinderen bij herhaling 'normale ouders', die het defect bewonderenswaardig opvangen. Als er dan in de familie wel enkele prae-autistische persoonlijkheden voorkomen, is een heriditaire factor waarschijnlijk.

Zeer uitgesproken lichaamstypen, mongolisme etc. worden ook onder C 6 genoteerd. Een onderscheid te maken tussen heriditeit en constitutie leek ons, hoewel niet altijd onmogelijk, toch te vaak arbitrair. Daarom kozen wij hiervoor slechts één rubriek (C 6).

Onder de cerebrale stoornissen (C 4 en C 5) noteren wij ook de rugmergsafwijkingen zoals myelocèle.

De desintegratieve of conflictbevorderende invloed van een bepaalde levensfase kreeg bij de W.H.O.-werkgroep geen plaats in kolom C als conditioneel moment. In het algemeen werden de problemen van kolom C daar weinig uitvoerig besproken. Tevoren werd al vermeld, dat de groep wellicht te heterogeen was om hierover in kort tijdsbestek tot zinvolle conclusies te komen. De factor van de levensfase lijkt ons echter belangrijk genoeg om — indien van duidelijke invloed — te noteren, waarvoor in Utrecht rubriek C 7 werd ingesteld.

Het is mijn indruk, dat het nog voorbarig is om een classificatie te geven, die met voldoende exactheid is toe te passen. Wel acht ik de tijd gekomen om met een voorlopig systeem te gaan werken. Inventarisatie van patiënten van M.O.B.'s, G.G. en G.D.'s, universiteitspoliklinieken komt daarvoor in aanmerking. Verdere verfijning in de zin van explicitering van criteria voor de diverse rubrieken is nodig. Dit is echter pas mogelijk, als er op grote schaal ervaring wordt opgedaan en deze bijvoorbeeld in werkgroepverband binnen de Sectie Kinderpsychiatrie nader geïntegreerd wordt.

SAMENVATTING

De mogelijkheden tot kinderpsychiatrische classificatie worden besproken op grond van gegevens, verkregen tijdens een aan dit onderwerp gewijde werkweek te Parijs

(oktober 1967) onder auspiciën van de Wereld Gezondheid Organisatie. Een registratieformulier wordt beschreven. Indien dit in het kader van Medische Opvoedkundige Bureaus, G.G. en G.D.'s en Universiteitspoliklinieken toepasbaar blijkt, zouden waardevolle gegevens verzameld kunnen worden.

SUMMARY

An account is given of a World Health Organization working party on child-psychiatric classification (Paris, October 1967) and a form for recording is presented, based on the discussions in Paris. Data gathering as indicated may be useful in different settings, especially if performed on a nationwide scale.

LITERATUUR

- 1 Johnson, A. M. and 'Antisocial acting out in children and adults', *Psycho-S. A. Szurek*, Chicago: *analytic Quarterly*, XXI, 1952.
- 2 *International Classification of Diseases*, 8th revision 1965. Published by the World Health Organization, Geneva.
- 3 'Theoretical Considerations and proposed Classification' in *Psychopathological Disorders in Childhood*. Group for the Advancement of Psychiatry. Vol. VI Report no. 62, June 1966. Mental Health Materials Center Inc. New York.

VERANTWOORDING

Het eerste als zodanig verschijnende nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie opent met een oorspronkelijke publikatie van Prof. Dr. L. N. J. Kamp.

De bijdragen van Prof. Dr. W. K. van Dijk en dkt. T. Jongsma werden als voordrachten gehouden tijdens de Wetenschappelijke Voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband en de Afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie op 27 april 1968 te Groningen.

De Redactie spreekt de wens uit dat het Tijdschrift in deze vorm voorziet in de door velen uitgesproken behoefte en dat de lezers zullen mogelijk maken dat het beklijft en in wetenschappelijk aanzien gedijt.