5.1 Dimensionele en categoriale classificatiesystemen

Kenmerken van leerlingen zijn onder te brengen in een *bestaand ordeningssysteem* of in *zelf ontwikkelde clusters.* Er bestaan twee soorten ordeningssystemen voor het psychisch functioneren van kinderen/jongeren: klinisch/psychiatrische zoals DSM-5 en ICF[1], en empirisch/statistische zoals de ASEBA-lijsten (www.aseba.nl) voor ouders (CBCL), leraren (TRF) en kinderen vanaf 11 jaar (YSR). Deze systemen hebben een wetenschappelijke onderbouwing en worden regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd. Dimensionele systemen (zoals ASEBA) passen beter bij HGD dan categoriale classificatiesystemen (zoals DSM-5, APA, 2013).

Classificeren is een bijzondere vorm van clusteren, waarbij men verschijnselen (symptomen) ordent binnen klassen (syndromen). Bij psychische classificaties bestaan de verschijnselen uit gedragingen, gedachten en gevoelens die als storend of problematisch worden beschouwd. Een belangrijk doel van classificeren (of klasseren) is het hanteren van een helder en uniform begrippenkader, zodat de communicatie transparant verloopt. In plaats van de diagnose "depressie" zegt men bijvoorbeeld "er is sprake van een depressieve stoornis, want het kind voldoet aan de criteria 1 (depressieve stemming), 2 (vermindering van interesse/plezier), 6 (moeheid/verlies van energie), 7 (gevoelens van waardeloosheid) en 8 (verminderd vermogen tot nadenken/concentreren)". Classificatiesystemen zijn oorspronkelijk gebaseerd op klinische consensus over het samengaan van diverse vormen van probleemgedrag. Ze zijn door de jaren heen bijgesteld op grond van onderzoeksgegevens. Regelmatig vindt revisie plaats, mede op grond van gegevens uit empirisch onderzoek.

Clusteren met een classificatiesysteem kan zinvol zijn bij het kiezen van een specifieke intreventie voor kinderen en jeugdigen met die classificatie en bij een gerichte verwijzing naar de jeughulp.

Er zijn twee soorten systemen: klinisch/psychiatrische en empirisch/statistische. Beide hebben een wetenschappelijke onderbouwing en worden regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd.

Klinisch/psychiatrische systemen zijn categoriaal, ze hebben twee categorieën: aanwezig of afwezig, oftewel 'alles of niets' (een kind heeft ADHD of niet). Een voorbeeld hiervan is de DSM-5. Een belangrijk doel is het hanteren van een helder en uniform begrippenkader, zodat de communicatie transparant verloopt.

[1] Voor de relatie tussen HGD en ICF, zie de Vlaamse download VL 5.1

Een ander voorbeeld is het Classificatiesysteem voor de Aard van Problemen van cliënten in de Jeugdzorg: CAP-J (Konijn e.a, 2009). Dit systeem beschrijft psychosociale problemen en stoornissen in de ontwikkeling van kinderen/jongeren èn problemen in hun gezins- en leefomstandigheden (voor meer informatie, ga naar www.HGDindejeugdzorg.nl).

Empirisch/statistische systemen zijn dimensioneel, ze beschrijven psychopathologie als een continuüm van minder naar meer, met verschillende verschijningsvormen (Grietens, 2014). De CBCL-lijsten voor ouders, leerkracht en kind zijn hiervan een voorbeeld. Een kind kan bijvoorbeeld meer of minder kenmerken van ADHD hebben, de score ligt dan in de klinische, subklinische of de normale range.

Beide systemen betreffen classificatie op gedragsniveau: een clustering van gedrag zonder te kijken naar achterliggende oorzaken. In die zin gaat het om onderkennende diagnostiek en niet om verklarende. Dat komt pas daarna: als eenmaal een stoornis is vastgesteld, dan vraagt men zich af hoe deze is te verklaren: wat heeft de stoornis doen ontstaan en wat houdt het in stand? Dit met het oog op het kiezen van de meeste geschikte aanbeveling.

Categoriaal versus dimensioneel?

Bij de dimensionele benadering, zoals de CBCL, is het mogelijk het functioneren van kinderen op verschillende dimensies of schalen te beoordelen: een kind kan hierop laag (onder de klinische norm), hoog (grensgebied) of zeer hoog scoren (boven de klinische norm). Een kind kan dus meer of minder kenmerken van een dimensie vertonen, bijvoorbeeld kenmerken van een aandachtsprobleem. Bij de classificerende benadering, zoals de DSM-5 of ICD-10, brengt men probleemgedrag onder in ruim 30 klassen, zoals een angststoornis, gedragsstoornis of autistische stoornis. Het kind voldoet aan de criteria van een classificatie of niet. Het is, in tegenstelling tot de dimensionele benadering, alles of niets. Een beetje ADHD is niet mogelijk, het is ADHD of niet (par. 2.3).

Een classificatiesysteem suggereert daarmee ten onrechte verschillen tussen kinderen met verschillende classificaties en overeenkomsten tussen kinderen met dezelfde classificatie. Kinderen met dezelfde classificatie kunnen aanzienlijk van elkaar verschillen ('de ene ADHD-er is de andere niet'), terwijl kinderen met verschillende classificaties erg op elkaar kunnen lijken (ze verschillen slechts op één symptoom waardoor de één wel voldoet aan de criteria en de ander niet). Kinderen die in dimensioneel opzicht op elkaar lijken, zijn beter vergelijkbaar: ze hebben enkele of veel kenmerken van die dimensie gemeenschappelijk. Classificeren kan bovendien leiden tot een cirkelredenering: men veronderstelt

dat een classificatie bepaalde gedragingen verklaart, terwijl deze gedragingen juist onderdeel van die classificatie zijn. Bijvoorbeeld: "ADHD veroorzaakt hyperactiviteit en impulsiviteit" of "het gebrek aan wederkerigheid in de communicatie is het gevolg van autisme".

Gezien deze bezwaren is het aan te bevelen om de dimensionele en classificerende benadering te combineren (Resing e.a., 2008). Eerst screent men met de CBCL-lijsten. Dit kan tot een onderkennende hypothese leiden. Vervolgens toetst men deze aan de criteria van een classificatiesysteem. Bijvoorbeeld, naar aanleiding van een zeer hoge score op de CBCL/TRF-dimensie Aandachtsproblemen (beide boven het 98e percentiel) formuleren we de hypothese "er is waarschijnlijk sprake van ADHD". Deze hypothese is waarschijnlijk, omdat veel kinderen met zo'n hoge CBCL/TRF-score inderdaad ADHD blijken te hebben volgens de criteria van de DSM-5. De CBCL lijsten geven ook mogelijke DSM-schalen aan.

Bronnen

Grietens, H. Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel. In: Prins, P.J.M & Braet, C. (red.) (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. p. 211 - 231. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. van der & Oudhof, M. (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

Resing, W.C.M., Evers, A., Koomen, M.Y., Pameijer, N.K. & Bleichrodt, N. (2008). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering: condities en instrumentarium*. Amsterdam: Boom.