

De diagnostiek van comorbiditeit bij patiënten met een autismespectrumstoornis

H.M. GEURTS, L. DEPREY, S. OZONOFF

ACHTERGROND Het is dikwijls lastig om te bepalen of er naast een autismespectrumstoornis (ASS) sprake is van psychiatrische comorbiditeit of dat het geobserveerde gedrag voldoende wordt beschreven door de diagnose ASS.

DOEL Aangeven wanneer men moet denken aan mogelijke comorbide stoornissen bij kinderen en volwassenen met ASS. Hierbij ligt de focus op de drie meest voorkomende comorbide stoornissen bij zowel kinderen als volwassenen met ASS, namelijk depressie, angst en ADHD.

METHODE Bespreken van de beschikbare literatuur en klinische ervaring.

RESULTATEN Bij de diagnostiek van ASS en comorbide stoornissen is het belangrijk om een gedegen ontwikkelingsanamnese te hebben. Deze ontwikkelingsanamnese kan tevens dienen als zogenaamd uitgangspunt van het gedrag van de cliënt. Veranderingen in het gedragspatroon ten opzichte van vroeger zijn dikwijls indicatief voor de aanwezigheid van een comorbide stoornis.

CONCLUSIE Aangezien ASS een levenslange stoornis is en er in de verschillende levensfasen comorbiditeit aanwezig kan zijn die ook behandeling of begeleiding behoeft, zal het diagnostische proces niet stoppen bij het vaststellen van ASS.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)11, 753-761]

TREFWOORDEN autisme, comorbiditeit, diagnostiek, ontwikkelingsanamnese

Er is steeds meer aandacht voor gedegen diagnostiek van autismespectrumstoornissen (ASS). Zo waren er in het afgelopen jaar minstens zeven congressen over autisme in Nederland. Daarnaast verscheen onlangs het rapport van de Gezondheidsraad (2009) over ASS. De grote aandacht kan ervoor zorgen dat ASS sneller wordt herkend, maar de diagnose kan ook sneller ten onrechte worden gesteld. Daarnaast is er het risico dat de diagnostiek zich vooral op ASS richt en dat de behandelaar hierdoor mogelijke comorbide stoornissen over het hoofd ziet. In dit artikel wordt aangegeven wanneer u het stellen van een comorbide diagnose kunt overwegen.

AANDACHT VOOR COMORBIDITEIT BIJ ASS

Zodra er sprake is van sociale en communicatieve beperkingen in combinatie met vreemd en/of repetitief gedrag dat gedurende het gehele leven aanwezig is, moet de clinicus alert zijn op de mogelijke aanwezigheid van ASS. Geen enkele andere conditie gaat gepaard met problemen in al deze drie domeinen. Bij het vaststellen van ASS houdt de diagnostiek niet op. Het is duidelijk dat de classificerende diagnose ASS bij een grote groep cliënten geen afdoende beschrijving geeft van het complete klachtenpatroon. Van oudsher vinden we in de literatuur beschrijvingen van kenmerken die frequent vóórkomen bij mensen met ASS (bijvoorbeeld de houtherige motoriek), maar die niet

noodzakelijk zijn voor het kunnen stellen van de classificerende DSM-diagnose. Naast deze, niet in de classificatie betrokken, kenmerken van de stoornis, is er bij veel mensen met ASS ook sprake van comorbiditeit. De bekendste (en meest voorkomende) comorbiditeit is een verstandelijke beperking, maar deze zullen we hier buiten beschouwing laten (zie Kraijer 2000 voor meer informatie over dit onderwerp). In dit artikel zullen we ons juist richten op de comorbiditeit bij zowel kinderen als volwassenen met ASS die over normale tot boven gemiddelde intellectuele capaciteiten beschikken.

Uit recente studies is naar voren gekomen dat meer dan 70% van kinderen met ASS minimaal één comorbide stoornis had en 41% zelfs twee of meer (Matson & Nebel Schwalm 2007; Simonoff e.a. 2008). Bij volwassenen zijn er tot op heden geen uitgebreide epidemiologische studies gedaan, maar ook bij deze groep is het duidelijk dat er frequent sprake is van comorbiditeit (zie o.a. Hofvander e.a. 2009). Het goed in kaart brengen van comorbiditeit is cruciaal om een compleet beeld te krijgen van de problematiek, zodat we de juiste behandeling kunnen instellen (Lecavalier 2006; Simonoff e.a. 2008). In de klinische praktijk wordt te weinig aandacht geschonken aan comorbiditeit bij ASS, waarschijnlijk mede omdat het lastig is om de aanwezige comorbiditeit betrouwbaar en valide vast te stellen. Iemand kan een specifieke combinatie van symptomen vertonen die verklaard kan worden door verschillende stoornissen samen, maar die evengoed een ongebruikelijke presentatie kan zijn van één bekende stoornis (Caron & Rutter 1991). De klinische presentatie van een comorbide stoornis kan zich bijvoorbeeld heel anders uiten bij mensen met ASS.

Bepaalde kenmerkende symptomen van een comorbide stoornis zijn bij mensen met ASS soms niet zichtbaar door: een gebrek aan cognitieve of communicatieve vermogens; het niet kunnen begrijpen van bepaalde concepten; een beperkt zelfinzicht; een beperkt vermogen tot vergelijking van het eigen gedrag met dat van leeftijdsgenoten. In dit artikel zullen we aandacht besteden aan de

meest voorkomende comorbide stoornissen bij kinderen en volwassenen met ASS. Voor een uitgebreider overzicht verwijzen we graag naar het boekhoofdstuk van Deprey en Ozonoff (2009) waarop dit artikel gebaseerd is.

ONTWIKKELINGSANAMNESE ALS UITGANGSPUNT

Voor het vaststellen van een comorbide stoornis is het belangrijk om te weten welk gedrag goed te beschrijven is met een diagnose ASS en welk gedrag niet. Als de (levenslange) diagnose ASS gesteld is, betekent dit niet dat de diagnostiek is afgerond. In de verschillende levensfasen kunnen met ASS gerelateerde problemen meer of minder op de voorgrond staan. Ook kunnen zich in de loop van het leven comorbide stoornissen ontwikkelen die extra zorg behoeven. Om deze comorbide stoornissen vast te stellen, is het belangrijk om een eerste beschrijving van het gedrag als uitgangspunt (*baseline*) van het latere gedrag van de cliënt te hebben. Veranderingen ten opzichte van een zogenaamd uitgangspunt kunnen een belangrijke aanwijzing zijn voor de aanwezigheid van andere problemen.

Wanneer er forse veranderingen zijn in het gedrag ten opzichte van het gedrag dat in het verleden werd beschreven, is dit cruciaal voor het stellen van een adequate comorbide diagnose. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een toename van repetitieve bewegingen, agressie, moeite met veranderingen, zich sociaal terugtrekken of juist vermindering van activiteiten waaraan de cliënt eerst veel plezier beleefde (Lainhart 1999). Het is hierbij belangrijk uit te sluiten dat deze gedragsveranderingen te verklaren zijn door veranderingen in de omgeving van de cliënt of door het heterotypische verloop van de stoornis. Stel dat een cliënt minder tijd besteedt aan zijn speciale interesse zoals materiaal voor het openbaar vervoer, het heelal of vogels, dan is dit mogelijk nuttige informatie voor de evaluatie van anhedonie en het begin van een stemmingsstoornis. Ook als een cliënt nieuw gedrag laat zien dat geen onderdeel van het klini-

sche beeld was, zoals automutilatie of agressie, geeft dit aan dat er een nieuwe evaluatie nodig is. Wij stellen dus dat men bij mensen, bij wie al de diagnose ASS gesteld is, aan comorbiditeit moet denken wanneer er veranderingen zijn ten opzichte van een uitgangspunt en wanneer deze veranderingen zowel voor klinische beperking (*impairment*) zorgen als voor verminderd adaptief gedrag.

Wat is nu een goed uitgangspunt? Mensen bij wie men ASS vermoedt, kunnen in verschillende levensfasen bij een diagnosticus terechtkomen. Sommige mensen komen al in de eerste levensjaren in aanraking met de hulpverlening en anderen pas als ze volwassen zijn. Het beeld op het moment dat de arts een cliënt voor het eerst ziet, zou als uitgangspunt kunnen dienen om zo later te kunnen bepalen of men alsnog een comorbide stoornis moet diagnosticeren. Het nadeel hiervan is dat men hiermee ook belangrijke informatie kan missen. Hoe weet de clinicus nu of er niet al eerder in de ontwikkeling belangrijke veranderingen in het gedrag zijn opgetreden? Het antwoord is opvallend eenvoudig. Een gedegen onderzoek van de ontwikkelingsgeschiedenis gericht op de consistentie van de symptomen over de tijd en de pervasiviteit over verschillende situaties zal de clinicus enorm helpen bij zowel het proces van de differentiaaldiagnostiek als het vaststellen van comorbiditeit. Op deze wijze kan hij of zij ten eerste bepalen of eerder in de ontwikkeling al sprake was van comorbiditeit en ten tweede of het patroon van zowel de ASS-symptomen als de comorbide stoornissen verandert over de tijd. Men kan aan comorbiditeit denken als er additionele problemen zijn die niet direct onder de ASS-criteria vallen, als er veranderingen zijn ten opzichte van het vroegere gedragspatroon die nieuwe problemen aangeven of als de cliënt helemaal niet op de ingezette interventies reageert (Lainhart 1999).

In dit artikel bespreken we zowel gedrag dat indicatief kan zijn voor het diagnosticeren van een comorbide stoornis bij de eerste keer dat men een cliënt ziet, als wel gedrag dat inderdaad een verandering is binnen het gedragspatroon van deze cli-

ent zoals bij de clinicus bekend. Een belangrijke richtlijn hierbij is dat veel van de diagnoses die van belang zijn in de differentiaaldiagnostiek met ASS eveneens de diagnoses zijn die van belang zijn bij het vaststellen van comorbiditeit. Wij zullen ons achtereenvolgens richten op angst, depressie en ADHD omdat deze drie de frequentste comorbide stoornissen bij ASS zijn. Daarnaast kunnen deze drie mogelijke comorbide diagnoses, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de persoonlijkheidsstoornissen, zowel bij kinderen als volwassenen met ASS worden vastgesteld (zie o.a. Anckarsäter e.a. 2006).

ASS EN ANGST

Angst is bij kinderen met ASS de frequentst gediagnosticeerde comorbide stoornis (Leyfer e.a. 2006; Simonoff e.a. 2008). De schattingen van het vóórkomen van deze comorbide stoornis zijn zeer variabel en zijn afhankelijk van het type angststoornis (bijvoorbeeld 7% separatieangst; 24% geeneraliseerde angststoornis; 59% specifieke fobie; Weisbrot e.a. 2005). De angst bij kinderen met ASS lijkt toe te nemen naarmate ze ouder worden (Gadow e.a. 2004). Op kleuterleeftijd zijn er nog geen verschillen in prevalentie van angst tussen kinderen met en zonder ASS terwijl kinderen met ASS in de basisschoolleeftijd en tijdens de adolescentie veel vaker een angststoornis hebben (Weisbrot e.a. 2005).

Kinderen met *pervasive developmental disorder not otherwise specified* (PDD-NOS) en syndroom van Asperger lijken ernstigere angstsymptomen te hebben dan kinderen met autisme (Weisbrot e.a. 2005). Het gaat hierbij meestal om specifieke fobieën (Evans e.a. 2005; Leyfer e.a. 2006). Lainhart (1999) veronderstelt dat deze fobieën meer voorkomen bij kinderen met ASS omdat ze door hun andere manier van informatieverwerking fenomenen zoals onweer minder goed begrijpen en dat ze moeite hebben met de onvoorspelbaarheid daarvan.

De angst bij kinderen met ASS lijkt minder te variëren over de tijd dan bij zich normaal ontwik-

kelende kinderen. Hierdoor lijkt de angst meer een trek (*trait*) dan een toestand (*state*, Leyfer e.a. 2006). Daarnaast lijken de angsten van kinderen met ASS zich vaker op één ding te richten en hangen ze samen met veranderingen in de omgeving of transities. Hierdoor voldoen ze zelden aan de criteria voor een gegeneraliseerde angststoornis (Leyfer e.a. 2006). Simonoff en collega's (2008) laten zien dat een sociale fobie frequent wordt vastgesteld, maar de vraag is of de gevonden percentages geen overschatting zijn van de daadwerkelijke comorbiditeit door de overlap in symptomen tussen ASS en een sociale fobie. Als men een angststoornis als comorbide stoornis vaststelt, zal dit eerder een specifieke angststoornis zijn dan een gegeneraliseerde. Het is belangrijk dat een comorbide angststoornis wordt erkend omdat onder andere cognitieve gedragstherapeutische interventies gericht op angststoornissen ook bij kinderen met ASS zinvol kunnen zijn.

Bij volwassenen met ASS kunnen angststoornissen eveneens als comorbide stoornis worden gediagnosticeerd. Men dacht dat deze stoornis bij volwassenen met ASS minder frequent voorkomt dan bij kinderen met ASS, maar in een recente studie werd bij 50% van de volwassenen met ASS in de loop van hun leven een angststoornis gediagnosticeerd (Hofvander e.a. 2009). Het is dus ook bij volwassenen van belang om goed in de gaten te houden of er sprake is van een comorbide angststoornis. Hierbij is het, net als bij kinderen, belangrijk om te bepalen of de angst geen preoccupatie is en dat er geen sensorische overprikkeling aan ten grondslag ligt. Het kan in deze gevallen nog steeds geoorloofd zijn om een comorbide angststoornis vast te stellen, maar de oorzaak van de stoornis kan wel consequenties hebben voor het vervolgtraject van de behandeling.

Er is veel discussie over de relatie tussen ASS-symptomen en een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS; Bejerot 2007). De behoefte dat alles gelijk blijft, de cognitieve inflexibiliteit, het sensorische zoekgedrag en het repetitieve gebruik van objecten zoals we die dikwijls zien bij ASS, worden gemakkelijk verward met OCS, hoewel dit geen

symptomen zijn van OCS. Het differentiëren van het ritualistische gedrag dat we zien bij mensen met ASS en van de compulsies zoals gezien bij OCS, is op het oog lastig.

Een differentiërend kenmerk is de prominente angst die optreedt bij mensen met OCS als een ritueel niet kan worden afgemaakt. Rituelen van mensen met ASS lijken juist plezier en rust te brengen en lijken in ieder geval minder egodystoon dan de OCS-rituelen. Het herhaaldelijk aanraken of kloppen op objecten dat bij ASS gezien wordt als sensorisch zoeken of zelfstimulerend gedrag, kunnen we ook interpreteren als compulsief gedrag. In de meeste gevallen, al kan het moeilijk zijn om dit vast te stellen in verband met problemen in zelfrapportage, dient dit gedrag bij mensen met ASS niet om indringende gedachten tegen te gaan of om angst te reduceren. Tegelijkertijd OCS en ASS diagnosticeren, zou alleen moeten gebeuren als de obsessies en compulsies niet verklaard kunnen worden door het derde deel van de triade van de symptomen van ASS, te weten de stereotiepe en repetitieve gedragingen.

Op basis van de huidige kennis vermoeden wij dat de comorbiditeit van OCS bij kinderen (Leyfer e.a. 2006) en volwassenen (Hofvander e.a. 2009) met ASS overschat wordt. Om de daadwerkelijke comorbiditeit vast te stellen zouden OCS-vragenlijsten en interviews gevalideerd moeten worden bij een ASS-populatie.

Door de duidelijke overlap tussen kerngedragingen van ASS en sommige angststoornissen zoals OCS en sociale fobie zullen klinici zeer goed moeten uitzoeken of een extra diagnose wel echt nodig is. Een belangrijk punt hierbij is dat als een kind of volwassene met ASS voldoet aan de diagnostische criteria van een angststoornis, dit niet wil zeggen dat die extra diagnose ook nodig is om het vertoonde gedrag volledig te beschrijven en te behandelen.

ASS EN DEPRESSIE

Depressie is één van de frequentste comorbide stoornissen bij volwassenen met ASS (38-53%,

Hofvander e.a. 2009; Matson & Nebel-Schwalm 2007), maar is ook een frequent voorkomende comorbide diagnose bij kinderen met ASS (circa 12%; Ghaziuddin e.a. 1992; Leyfer e.a. 2006). Men veronderstelt dat bij kinderen met het syndroom van Asperger depressie als comorbide diagnose het meeste voorkomt (circa 30%; Ghaziuddin e.a. 1992), maar Kim en collega's (2000) hebben laten zien dat depressie als comorbiditeit evenveel voorkomt bij kinderen met het syndroom van Asperger als bij kinderen met autisme die hoog functioneren. Bij volwassenen is hier nog geen duidelijkheid over. Opvallend is dat men in veel studies naar de comorbiditeit van depressie met ASS, brede leeftijdsgroepen includeert (de leeftijd varieert soms bijvoorbeeld van 6 tot 51 jaar) zonder te kijken of leeftijd van invloed is op de comorbiditeit. Verder maakt men vaak geen onderscheid tussen de verschillende types stemmingsstoornissen en gebruikt men voor alle subtypes, behalve de bipolaire stoornis, de noemer 'depressie'. Wij hebben dit in het huidige artikel overgenomen.

Sociaal-communicatieve problemen die we ook zien bij mensen met een depressie en die zich niet uitbreiden tot pragmatische communicatie, symbolische activiteiten, empathie en stereotiepe gedragingen zullen afdoende worden beschreven door de diagnose depressie. Dit is ook het geval als de sociaal-communicatieve problemen recent pas begonnen zijn en dus niet naar voren kwamen in de ontwikkelingsgeschiedenis.

Wat nu als het duidelijk is dat iemand ASS heeft, hoe herkent men dan of er sprake is van een depressie? Zoals we eerder hebben beschreven, kan de symptoomexpressie van een depressie bij mensen met ASS anders zijn dan bij mensen zonder ASS. De klacht die gepresenteerd wordt, hoeft niet stemmingsgerelateerd te zijn. Hoog functionerende mensen met autisme zijn redelijk goed in staat om hun gevoelens te communiceren, maar toch blijft het moeilijk voor ze om verdriet te laten blijken (Ghaziuddin e.a. 2002). Bij gevalsoverzichten (n=1-studies) wordt een sombere stemming dikwijls genoemd als symptoom, maar deze wordt meestal door mensen uit de omgeving van

de cliënt gerapporteerd (Stewart e.a. 2006). Slechts één cliënt was zelf in staat om over zijn eigen stemmingsverandering te rapporteren (Stewart e.a. 2006). Andere klachten bestaan bijvoorbeeld eerder uit toegenomen agressief gedrag, agitatie, prikkelbaarheid, automutilatie, compulsief gedrag, slaapproblemen, hypoactiviteit of juist een algemene achteruitgang in allerlei dagelijkse vaardigheden (Lainhart 1999).

Symptomen die mogelijk specifiek zijn voor depressie (wanneer deze comorbide is met ASS) betreffen het verlies van interesse in een onderwerp waar betrokkene zich eerst juist erg veel mee bezighield (Stewart e.a. 2006). Het lastige is dat een afname in het ritualistische gedrag door de omgeving vaak wordt geïnterpreteerd als een vooruitgang, terwijl dit juist een waarschuwingssignaal kan zijn voor de aanwezigheid van een depressie. Zowel bij kinderen als volwassenen met ASS is het dus belangrijk om te bepalen of er gedragsveranderingen zijn die niet passen bij het heterotypische verloop van ASS.

Door de ogenschijnlijke overlap tussen ASS en symptomen van een bipolaire stoornis is deze laatste nog lastiger vast te stellen. De prevalentie van een bipolaire stoornis bij ASS is onbekend (Stahlberg e.a. 2004), al wordt deze bij volwassenen geschat op 7%. Voor klinici die niet zo bekend zijn met het ASS-beeld zijn symptomen, zoals het snel geïrriteerd zijn, overactiviteit, het vele praten en gebrek aan angst, die vaker gezien worden bij een deel van de mensen met ASS, zeer lastig te differentiëren van bipolaire symptomen (Lainhart 1999; Stahlberg e.a. 2004). In de vorige paragraaf hebben we aangegeven dat deze, bij mensen met ASS, juist ook tekenen kunnen zijn van een depressie. Ook het minder slaap nodig hebben is een bekend verschijnsel bij kinderen met ASS (Polimeni e.a. 2005). Kinderen met ASS, maar zonder bipolaire stoornis, laten vaak slecht gemoduleerde, wisselende stemmingen en te sterke emotionele uitbarstingen zien (Leyfer e.a. 2006). Ze praten bijvoorbeeld veel te snel en, als ze het over hun specifieke interesse hebben, praten ze op een zeer opgewonden toon. Ook kunnen ze klachten

hebben zonder duidelijke oorzaak en dit alles kan verward worden met symptomen van een manie. Op basis van de beschikbare empirische gegevens en klinische ervaring wordt verondersteld dat comorbide ASS en bipolaire stoornis zeer zeldzaam is (Leyfer e.a. 2006). Voorzichtigheid in de diagnostiek is dus geboden.

ASS EN ADHD

De diagnose aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) mag officieel (DSM-IV-TR, APA 2000) niet gesteld worden als er al een diagnose ASS is. Toch heeft een groot aantal studies laten zien dat er bij zowel kinderen (21-50% o.a., Gadow e.a. 2006; Goldstein & Schwebach 2004; Lecavalier 2006) als volwassenen met ASS (43% Hofvander e.a. 2009) veel ADHD-symptomen aanwezig zijn. Beide stoornissen gaan samen met problemen in het luisteren naar en volgen van instructies, gestructureerd werken, stil zitten, op je beurt wachten, veel praten en anderen onderbreken. Veel van deze problemen worden gerelateerd aan de sociale en communicatieve problemen die kenmerkend zijn voor ASS.

Sommigen suggereren dat de aandachtsproblemen bij ASS kwalitatief anders zijn dan die welke we zien bij ADHD (zie o.a. Johnson e.a. 2007). ASS zou eerder samenhangen met een te veel aan focus en innerlijke afleidbaarheid terwijl ADHD eerder samen zou hangen met te weinig focus en afleidbaarheid door externe gebeurtenissen (Jensen e.a. 1997). Dit lijkt te suggereren dat we op basis van cognitieve tests, zoals aandachtstests, een onderscheid zouden kunnen maken tussen deze stoornissen. Ook zouden zulke tests een hulpmiddel kunnen zijn bij het vaststellen van comorbiditeit. Helaas blijkt dit niet het geval. In de recente literatuur over de cognitieve overlap en verschillen tussen mensen met ASS, ADHD en mensen met beide diagnoses, zien we dat de bevindingen op groepsniveau nog dermate inconsistent zijn dat er nog geen handreikingen uit naar voren komen voor de individuele diagnostiek (zie o.a. Geurts e.a. 2004). ADHD als comorbiditeit vaststel-

len kan wel zinvol zijn als de met ADHD gerelateerde klachten ook specifieke behandeling behoeven. Verscheidene studies (o.a. Arnold e.a. 2006; Posey e.a. 2006) laten zien dat bij de groep mensen met zowel ASS als ADHD andere interventies aangewezen zijn dan bij mensen met één van deze twee diagnoses.

Het hyperactieve gedrag bij kinderen met ASS verdwijnt vaak als ze ouder worden en dan blijft alleen de afleidbaarheid over (Klin e.a. 2000; Tantum 2003). Sommige kinderen bij wie reeds op de peuterleeftijd een ASS-diagnose is gesteld, kunnen later minder forse sociale problemen hebben en lijken dan niet meer te voldoen aan de ASS-diagnose, maar voldoen dan nog steeds aan de ADHD-criteria (Fein e.a. 2005). Ook hierbij geldt dat de ontwikkelingsanamnese cruciaal is aangezien er bij kinderen met ADHD in de vroege ontwikkeling minder ASS-gerelateerde problemen zijn.

DISCUSSIE

ASS is een diagnose die op zichzelf kan staan, maar er zijn ook vele mogelijke comorbide stoornissen. Voordat men kan bepalen of een stoornis comorbide is, moet men eerst vaststellen of deze stoornis de problemen niet beter kan verklaren dan de diagnose ASS. Met andere woorden, potentiële comorbide stoornissen zijn ook die stoornissen die van belang zijn voor de differentiaaldiagnostiek. We hebben in dit artikel verschillende voorbeelden gegeven, maar ieder voorbeeld is weer terug te voeren op hetzelfde diagnostische proces. Kijk eerst of het gedrag al afdoende beschreven wordt met de ASS-diagnose en bepaal daarna of het altijd al aanwezig was of dat het recent is. Dit betekent overigens ook dat de verandering in het gedrag wel in die mate aanwezig moet zijn dat deze überhaupt door de omgeving moet kunnen worden opgemerkt (Ozonoff e.a. 2005). Wees er ook op bedacht dat comorbide stoornissen zoals een depressie, zich bij mensen met ASS anders kunnen uiten dan bij mensen zonder ASS.

In dit artikel hebben we niet gesproken over

de wijze waarop ASS en andere stoornissen objectief vastgesteld kunnen worden. Voor iedere hier besproken stoornis bestaan gestandaardiseerde instrumenten (zie voor een overzicht Deprey & Ozonoff 2009), zoals zelfrapportagelijsten, vragenlijsten voor ouders en/of partners, en (semi) gestructureerde interviews en observatie-instrumenten. Ook bij de keuze van de instrumenten is het belangrijk te weten dat als een instrument geschikt is om te screenen voor bijvoorbeeld OCS in de algemene populatie dit niet wil zeggen dat dit instrument ook geschikt is voor mensen met ASS. De specificiteit en de sensitiviteit van een instrument kunnen anders zijn binnen een specifieke subpopulatie zoals ASS. Juist hierom worden er speciale instrumenten ontwikkeld voor mensen die al bekend zijn met de diagnose ASS. Op deze wijze zal minder snel ten onrechte een extra diagnose gesteld worden. Er is een sterke behoefte aan de ontwikkeling van 'ASS-vriendelijke' meetmethodes voor het vaststellen van comorbide problematiek want dit zal de diagnostiek van de comorbiditeit faciliteren.

Het is ook belangrijk om u te realiseren dat er soms sprake van comorbiditeit lijkt te zijn, maar dat dit in sommige gevallen te verklaren is door overlappende criteria, de kunstmatige indeling van syndromen of doordat een stoornis een vroege manifestatie is van een andere stoornis (Caron & Rutter 1991). Er is altijd het gevaar van het vaststellen van teveel diagnoses, al is er ook een grote kans dat momenteel juist veel comorbide problematiek wordt gemist. Dit heeft als gevolg dat mensen niet voldoende worden behandeld of zelfs verkeerd worden behandeld. Nu steeds duidelijker wordt dat het behandelen van comorbide problemen bij mensen met ASS positieve effecten heeft (o.a. Shea e.a. 2004; Sofronoff e.a. 2005) is het belangrijk dat die comorbide problemen ook goed worden vastgesteld.

Naast het effect op de behandeling is het juist vaststellen van comorbiditeit ook van belang voor het onderzoek naar de etiologie van ASS. Mensen met meerdere stoornissen zouden tot specifieke subtypes kunnen behoren die apart bestudeerd

moeten worden. Zo wordt er bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar het mogelijke belang van een comorbide verslaving bij de comorbiditeit van ADHD en ASS (zie o.a. Sizoo e.a. 2009). Daarnaast kan het regelmatig samen voorkomen van stoornissen richting geven aan het onderzoek naar gedeelde risicofactoren en onderliggende neuro-pathologische processen.

CONCLUSIE

Het correct vaststellen van primaire en secundaire diagnoses is van belang voor het dagelijkse leven van een cliënt, de behandelprogramma's en het evalueren van de uitkomsten van behandelingen. Zoals we in dit artikel hebben laten zien, is, om gedegen diagnostiek te kunnen doen, kennis nodig over een grote verscheidenheid aan stoornissen. Zo kan men de beste zorg bieden en houdt de diagnostiek bij ASS niet op met het vaststellen van de diagnose van deze stoornis.

 Dit artikel is grotendeels gebaseerd op een boekhoofdstuk van Deprey en Ozonoff (2009). In het oorspronkelijke hoofdstuk staan meer details over de diagnostiek en tips voor meetinstrumenten, maar dit is ingekort en aangepast aan de Nederlandse situatie. Waar het huidige artikel afwijkt van het boekhoofdstuk is dit de verantwoordelijkheid van de eerste auteur. M. Jansen, J. Mensink en L. Wink gaven commentaar op eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de herz. versie). Washington: APA; 2000.
- Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, e.a. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1239-44.
- Arnold LE, Aman MG, Cook AM, e.a. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 1196-205.
- Bejerot S. An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism* 2007; 11: 101-10.
- Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 1063-80.

- Deprey L, Ozonoff S. Assessment of psychiatric conditions in autism spectrum disorders. In: Goldstein S, Naglieri, JA, Ozonoff S, Red. *Assessment of Autism Spectrum Disorders*. New York: Guilford; 2009.
- Evans DW, Canavera K, Kleinpeter FL, e.a. The fears, phobias and anxieties of children with autism spectrum disorders and Down syndrome: comparisons with developmentally and chronologically age matched children. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005; 36: 3-26.
- Fein D, Dixon P, Paul J, e.a. Brief report: pervasive developmental disorder can evolve into ADHD: case illustrations. *J Autism Dev Disord* 2005; 35: 525-34.
- Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J, e.a. Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *J Autism Dev Disord* 2004; 34: 379-93.
- Gadow KD, DeVincent CJ, Pomeroy J. ADHD symptom subtypes in children with pervasive developmental disorder. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 271-83.
- Geurts HM, Verté S, Oosterlaan J, e.a. How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism? *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 836-54.
- Gezondheidsraad. *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009.
- Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord* 2002; 32: 299-306.
- Ghaziuddin M, Tsai L, Ghaziuddin N. Comorbidity of autistic disorder in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992; 1: 209-13.
- Goldstein S, Schwabach AJ. The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord* 2004; 34: 329-39.
- Hofvander B, Delorme R, Chaste P, e.a. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 2009; 9.
- Jensen VK, Larrieu JA, Mack KK. Differential diagnosis between attention-deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Clin Pediatr* 1997; 36: 555-61.
- Johnson KA, Robertson IH, Kelly SP, e.a. Dissociation in performance of children with ADHD and high-functioning autism on a task of sustained attention. *Neuropsychologia* 2007; 45: 2234-45.
- Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, e.a. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism* 2000; 4: 117-32.
- Klin A, Sparrow SS, Marans WD, e.a. Assessment issues in children and adolescents with Asperger syndrome. In: Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Red. *Asperger syndrome* (pp. 309-339). New York: Guilford; 2000.
- Kraijer D. Review of adaptive behavior studies in mentally retarded persons with autism/pervasive developmental disorder. *J Autism Dev Disord* 2000; 30: 39-47.
- Lainhart JE. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents, and siblings. *Int Rev Psychiatry* 1999; 11: 278-98.
- Lecavalier L. Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 1101-14.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, e.a. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 849-61.
- Matson JL, Nebel Schwalm MS. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Res Dev Disabil* 2007; 28: 341-52.
- Ozonoff S, Goodlin-Jones BL, Solomon M. Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 523-40.
- Polimeni MA, Richdale AL, Francis AJ. A survey of sleep problems in autism, Asperger's disorder and typically developing children. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 260-8.
- Posey DJ, Wiegand RE, Wilkerson J, e.a. Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16: 599-610.
- Shea S, Turgay A, Carroll A, e.a. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 2004; 114: e634-41.
- Simonoff E, Pickles A, Charman T, e.a. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 921-9.
- Sizoo BB, van den Brink W, Gorissen-van Eenige M, e.a. Using the Autism-Spectrum Quotient to discriminate autism spectrum disorder from ADHD in adult patients with and without comorbid substance use disorder. *J Autism Dev Disord* 2009; 39: 1291-7.
- Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syn-

- drome. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46: 1152-60.
- Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm* 2004; 111: 891-902.
- Stewart ME, Barnard L, Pearson J, e.a. Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review. *Autism* 2006; 10: 103-16.
- Tantum D. The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2003; 12: 143-63.
- Weisbrot DM, Gadow KD, DeVincent CJ, e.a. The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15: 477-96.

AUTEURS

H.M.GEURTS is werkzaam als universitair hoofddocent Klinische Neuropsychologie, afdeling Brein en Cognitie, Psychologie, Universiteit van Amsterdam en als psycholoog en

onderzoeker bij de Polikliniek Dr. Leo Kannerhuis, Amsterdam.

L.DEPREY is psycholoog op de afdeling Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, M.I.N.D. institute, University of California Davis, Sacramento.

S.OZONOFF is psycholoog en hoogleraar Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, M.I.N.D. institute, University of California Davis, Sacramento.

Correspondentieadres: dr. H.M. Geurts, faculteit Psychologie, afd. Brein en Cognitie, kamer 612, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.

E-mail: h.m.geurts@uva.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-4-2010.

SUMMARY

Assessment of comorbidity in autism spectrum disorders – H.M. Geurts, L. Deprey, S. Ozonoff –

BACKGROUND It is often difficult to determine whether there is psychiatric comorbidity in addition to an autism spectrum disorder (ASD) or whether the observed behavior is described adequately by the ASD diagnosis.

AIM To show when the possibility of comorbidity needs to be seriously considered in children and adults with ASD. We will focus on the most common comorbide disorders in children and adults with ASD, namely anxiety, depression and ADHD.

METHOD Discussion of the literature and clinical experiences.

RESULTS In order to diagnose ASD and comorbidities it is important to record a detailed developmental history. This can also serve as a baseline for the client's behaviour. Changes in the pattern of behaviour with respect to the baseline can often be indicative of the presence of a comorbid disorder.

CONCLUSION Since ASD is a life long disorder and comorbidity needing treatment or interventions can be present during various phases of life, the diagnostic procedure needs to continue even after ASD has been diagnosed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)11, 753-761]

KEY WORDS assessment, autism, comorbidity, developmental history