

Het Asperger-syndroom in de DSM-IV

door J.H. Jessurun en C. Verhagen-Redtenbacher

Gepubliceerd in 1996, no. 8

Samenvatting

In dit artikel worden de criteria van de DSM-IV voor de Stoornis van Asperger (299.80) vergeleken met die van de Autistische Stoornis (299.00). Daaruit wordt geconcludeerd dat, voornamelijk door het uitsluitende criterium dat er geen sprake mag zijn van de classificatie Autistische Stoornis om tot de classificatie Asperger te komen, in de praktijk de Stoornis van Asperger vrijwel niet

kan worden geclassificeerd. Er wordt aandacht besteed aan de taalproblemen van Aspergers en aan het wegvallen van het criterium van de motorische onhandigheid bij de DSM-IV-criteria. Het blijft van groot belang om naast de DSM-IV-classificatie *altijd* een beschrijvende diagnose te gebruiken en in de behandeling aan dit laatste het primaat te verlenen.

Inleiding

Eén van de nieuwe diagnostische classificaties opgenomen in de DSM-IV (APA 1994) is het Asperger-syndroom, een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Dit artikel is bedoeld om in kort bestek de criteria van de DSM-IV kritisch te bezien, vooral in vergelijking tot de criteria voor de Autistische Stoornis (299.00).

Het ziektebeeld is voor het eerst beschreven door Asperger (1944, 1956) en is jaren onopgemerkt gebleven. Van Krevelen heeft in de vroege jaren zestig getracht het syndroom van Asperger onder de aandacht te brengen van de Engelstalige collega's (Van Krevelen en Kuipers 1962; Van Krevelen 1963). Desondanks is de stoornis pas sinds vijftien jaar toenemend in de belangstelling, waar het artikel van Lorna Wing uit 1981 instrumenteel in is geweest (Frith 1991). Het meest kenmerkend aan deze autistische stoornis is dat de lijders eraan oppervlakkig gezien redelijk functioneren, doch vaak gebukt gaan onder een subtiel gebrek aan sociaal vermogen en een onvermogen om communicatief met de taal om te gaan; zij missen veelal net de clou (Verhagen-Redtenbacher en Jessurun 1995). Het Asperger-syndroom wordt derhalve gekarakteriseerd door een abnormale taal- en sociale ontwikkeling en tevens door de aanwezigheid van gefixeerde interesses en een beperkt scala van imaginatieve activiteiten.

Hoewel het duidelijk is dat de stoornis een neurobiologische grondslag heeft (zie bijv. Steffenberg 1991), blijkt uit de recente literatuur dat onderzoekers nog geen verschil hebben weten te ontdekken dat de diverse typen van autisme zou kunnen verklaren. Noch Steffenberg (1991), noch Gillberg (1989) vindt een verschil tussen de neurobiologische factoren van de Autistische Stoornis en de Stoornis van Asperger, hoewel de laatste wel interessante tendensen laat zien. Een probleem bij de onderzoeksopzet kan zijn dat Aspergers vaak op één hoop gegooid worden met 'high functioning'-autisten. Een wel gevonden, doch moeilijk te plaatsen, verschil tussen kinderen (vooral jongens) lijdende aan het Kanner-syndroom in vergelijking met de andere aanverwante stoornissen (inclusief het Asperger-syndroom) is dat de eersten iets vaker in de maand maart geboren schijnen te worden (Gillberg 1990).

Onderzoek daterend van vóór de opname van de stoornis in de DSM- IV wijst in de richting van een minimumprevalentie van 2,6 promille onder kinderen op een normale school (Gillberg en Gillberg 1989), hetgeen hoger is dan de prevalentie voor de Autistische Stoornis. Ehlers en Gillberg (1993) komen na een onderzoek in alle scholen van een buitenwijk van Göteborg tot een minimumprevalentie van 3,6 promille en geven aan dat als ook de vermoede gevallen erbij geteld worden, de prevalentie stijgt naar 7,1 promille. Recent hebben Verhagen-Redtenbacher en Jessurun (1995) op behandelinhoudelijke gronden getracht duidelijk te maken waarom het van belang is om binnen het autistisch spectrum het Asperger-syndroom te onderkennen. Zij benadrukken het kwalitatieve verschil in de aard van de contactstoornis. In tegenstelling tot autisten, lijden Aspergers aan hun gebrek; zij beseffen vaak al te goed dat hun het leven niet wil lukken.

DSM-IV-criteria

Indien de classificaties van de Stoornis van Asperger (299.80) en de Autistische Stoornis (299.00) naast elkaar worden gezet, valt op dat het grootste deel van de kenmerken zeer overeenkomt, doch alleen iets van plaats is verschoven. Zo komt het kenmerk 299.80 A, handelend over de kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties, op enige nuances in de tekst na, overeen met het kenmerk 299.00 A(1) en het kenmerk 299.80 B, handelend over beperkte, zich herhalende en stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten, met het kenmerk 299.00 A(3).

Het belangrijkste verschil tussen de twee stoornissen ligt, volgens de DSM-IV-criteria, op het gebied van taal. Indien we de criteria volgen, dan heeft de lijder aan de Stoornis van Asperger *geen* tekortkomingen op het gebied van taalontwikkeling of communicatieve taal.

Dit valt volgens ons moeilijk te rijmen met hetgeen uit onderzoek naar voren is gekomen. Asperger (1944, 1956) beschreef het pedante, concrete taalgebruik al en observeerde dat het gebruik van het woord 'ik' laat kwam (Asperger 1944). De problemen die Aspergers ondervinden in de communicatie was in wezen de hoeksteen waarop Verhagen-Redtenbacher en Jessurun (1995) hun betoog bouwden omtrent het lijden van de Aspergers. Ghaziuddin, Tsai en Ghaziuddin (1992) hebben de criteria die diverse auteurs hebben gesteld vergeleken en komen tot de conclusie dat problemen met taal meestal genoemd worden; zowel een vertraagde taalontwikkeling, als pedant en vreemd taalgebruik. Tevens merken zij op dat een cognitieve achterstand aanwezig kan zijn. Ehlers en Gillberg (1993) noemen in hun diagnostische criteria de volgende problemen met spraak en taal, waarvan zij er drie willen zien: (a) vertraagde ontwikkeling; (b) oppervlakkig gezien een goed expressief gebruik van taal; (c) formeel en pedant taalgebruik; (d) vreemd stemgebruik; of (e) een verminderd begrip van de taal, inclusief misinterpretaties van letterlijke/figuurlijke betekenis van taal. Szatmari, Brenner en Nagy (1989) willen op het gebied van taal twee van de volgende kenmerken zien: (a) abnormale inflectie; (b) praat te veel; (c) praat te weinig; (d) gebrek aan cohesie in het gesprek; (e) idiosyncratisch woordgebruik; en (f) repetitieve taalpatronen. In zijn studie naar de verschillen tussen Asperger-autisten en Kanner-autisten vindt Gillberg (1989) *geen* significant verschil op taalproblemen. Wel vindt hij een hoog significant verschil voor echolalie, dat bij Aspergers nauwelijks voorkomt en bij Kanner-autisten vaak. Uit dit alles volgt dat ook bij de categorie die in de literatuur omschreven wordt als Asperger, de criteria 299.00 A(2)(b), handelend over duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek te beginnen of te onderhouden, en 299.00 A(2)(c), over stereotiep en herhaald of eigenaardig taalgebruik, bijna altijd gelden. Wat betreft het spel van Aspergers is het opgevallend dat dit veelal zeer repetitief, bijna obsessief, aanwezig is (Verhagen-Redtenbacher en Jessurun 1995). Daarmede voldoen Aspergers dan toch ook aan het criterium gesteld onder 299.00 A(2)(d).

Het zal eveneens duidelijk zijn dat ook voor de Autistische Stoornis geldt dat de lijder door de stoornis significante beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren kent. Dus het onder 299.80 C apart genoemde kenmerk, dat zich dan niet herhaalt in de classificatie voor de Autistische

Stoornis, zal niet kunnen differentiëren tussen de beide beelden. Als de diverse criteria tegen elkaar worden ‘weggestreept’, komt het er derhalve op neer dat de typische Asperger vrijwel altijd *tevens* voldoet aan de classificatiecriteria voor de Autistische Stoornis. Vanwege het bij de Stoornis van Asperger geformuleerde uitsluitende criterium F zal in de praktijk de classificatie Stoornis van Asperger zeer weinig voor kunnen komen.

Het blijkt dat de DSM-IV-criteria ook de in de literatuur als Asperger aangeduide kinderen herclassificeren. Lorna Wings (1981) casus wordt in het *DSM-IV Case Book* (Spitzer e.a. 1994) bij de Autistische Stoornis ingedeeld op grond van het aanwezig zijn van een taalstoornis. Zij menen vervolgens dat deze casus illustreert dat het Asperger-syndroom vaak gebruikt wordt om een minder ernstig geval van pervasieve ontwikkelingsstoornis aan te duiden.

Het in de DSM-III-R (APA 1987) ingezette beleid heeft met het onderbrengen van de Aspergers in de Autistische Stoornis in wezen voortgang gevonden. Daarvóór konden zij, in de DSM-III, nog geclassificeerd worden als 299.8x-Atypical Pervasive Developmental Disorder (Rickaby, Carruthers en Mitchell 1991). Dit zou betekenen dat volgens de DSM-IV-criteria de 3,6 Aspergers (Ehlers en Gillberg 1993) zich straks moet vertalen in bijvoorbeeld een drastische toename van de prevalentie van de Autistische Stoornis.

Motorische onhandigheid

Waar het erop lijkt dat de meeste criteria die de DSM-IV noemt voor de classificatie van het Asperger-syndroom ook terug te vinden zijn in de classificatiecriteria voor de Autistische Stoornis, is het opvallend dat een vaak genoemd verschil tussen deze twee stoornissen in het geheel *niet* terug te vinden is. In de meeste literatuur, beginnend bij Asperger (1944), herhaald bij Wing (1981), Gillberg en Gillberg (1989), Tantam (1988) en de ICD-10 (WHO 1992), wordt stunteligheid *wel* genoemd. Tevens wordt bij de Autistische Stoornis dan een normale motorische ontwikkeling verondersteld.

Recent literatuuronderzoek uit twijfels over de motorische onhandigheid als een criterium voor Asperger. Ghaziuddin, Tsai en Ghaziuddin (1992b) merken op dat het hele symptoom van de motorische onhandigheid niet voldoende wetenschappelijk onderzocht is. Slechts bij 4 van de 42 publikaties in hun studie was er gebruik gemaakt van psychologische tests. De meeste studies operationaliseren het begrip niet, terwijl in ongeveer de helft van de studies onhandigheid genoemd werd als diagnostisch kenmerk. Ghaziuddin, Butler, Tsai en Ghaziuddin (1994) concluderen dat met coördinatietesten waarschijnlijk niet valide onderscheid te maken is tussen Aspergers en goed functionerende autisten. Toch menen zij dat er waarschijnlijk kwalitatieve verschillen zijn in de manier waarop de bewegingen verlopen. Gillberg (1989) nam in zijn studie naar het Asperger-syndroom motorische onhandigheid *niet* op in zijn definitie, juist om achteraf te kunnen bezien of met behulp van dit gegeven de differentiaaldiagnostiek tussen de Asperger-stoornis en de Autistische Stoornis gemaakt kon worden. Onhandigheid werd door hem geoperationaliseerd als een score op de grove-motoriekschaal van de Griffiths van 15 punten of meer beneden het IQ van het kind. Het verschil tussen kinderen met het Asperger-syndroom en het Kanner-syndroom was hoog significant ($p < .001$). Dit geeft dus een duidelijke aanwijzing dat motorische onhandigheid als een wezenlijk kenmerk van het Asperger-syndroom opgevat kan worden. Dit ondanks de kritiek van Ghaziuddin, Tsai en Ghaziuddin (1992b), die niet begrijpen waarom er gekozen is voor 15 punten of meer verschil (onze hypothese is dat dat samenhangt met het karakter van IQ-tests, die veelal zo gestandaardiseerd worden dat een afwijking van 15 punten één standaarddeviatie is). Hoewel het zeker van belang is dat er nader wetenschappelijk onderzoek verricht wordt naar de onhandigheid bij Aspergers, menen wij dat Ghaziuddin, Tsai en Ghaziuddin (1992b) te weinig oog hebben voor de richting waarin de resultaten wijzen.

Motorische onhandigheid is naar onze mening een criterium dat serieus genomen moet worden; en zeker vanwege de implicaties voor het onderliggende neurologische model. Gillberg (1989) stelt dat de duidelijke motorische onhandigheid een vraag opwerpt als de autistische stoornissen worden opgevat als een continuüm en bijvoorbeeld de Stoornis van Asperger wordt gezien als een milde vorm van autisme. In dat geval, zo vervolgt hij, zou ook de motorische ontwikkeling van Aspergers beter moeten zijn dan die van Kanner-autisten. En dat blijkt nu juist *niet* het geval te zijn. De implicatie is dat er *ergens* een verschil is. Dit noopt eveneens tot de vraag of er niet toch een neurobiologisch onderscheid is met betrekking tot het Kanner-autisme.

Heeft het syndroom bestaansrecht?

We staan dus voor de situatie dat strikte toepassing van de DSM-IV-criteria ertoe leidt dat het Asperger-syndroom in de praktijk niet of nauwelijks kan worden geclassificeerd. Neurobiologisch onderzoek heeft tot op heden geen verschillen kunnen ontdekken. Heeft het syndroom dan wel bestaansrecht? In de artikelen die over het Asperger-syndroom gaan is er een hoge mate van consensus over het beeld (Szatmari 1992). Hoewel er weinig interne of externe validiteit lijkt te bestaan, zijn er wellicht pragmatische redenen om desondanks tot de *diagnose* van het Asperger-syndroom te komen, ook al leidt de *classificatie* daar niet toe. Verhagen- Redtenbacher en Jessurun (1995) beargumenteren dat het onderkennen van de diagnose vooral van belang is voor het opstellen van een behandelplan. Gross (1994) beschrijft bijvoorbeeld, vanuit een onderwijsperspectief, hoe het label van groot belang is. De context in de klas, het academische en sociale curriculum, kan bij onderkenning aangepast worden, zodat het aansluit op de specifieke noden van deze kinderen.

Dat wat het van belang maakt om het Asperger-syndroom te onderscheiden, namelijk de specifieke sociale stoornis en de semantisch-pragmatische communicatieproblemen die daaraan mede ten grondslag liggen en waarop het behandelplan moet inhaken, valt tussen de wal en het schip van de binnen de DSM-IV nagestreefde uitsluitbaarheid van classificaties.

Conclusie

Vanuit zuiver wetenschappelijk oogpunt is er mogelijk weinig reden om de Asperger-stoornis te onderscheiden van het Kanner-syndroom. Immers: neurobiologisch onderzoek heeft (nog) geen verschillen aangetoond. Doch, en daarmee zijn wij het van harte eens met Gillberg (1989), is er naar onze mening vaak een klinisch belang om het onderscheid te hanteren. Het Asperger-syndroom is vaak een veel betere omschrijving voor een bepaald geval en geeft dan een betere leidraad voor het te volgen beleid. De meeste auteurs lijken een dergelijke mening aan te hangen. In die zin is het een grote misser dat de DSM-IV de Stoornis van Asperger zodanig heeft geformuleerd dat de classificatie niet of nauwelijks gesteld kan worden.

Wij zouden de volgende herformulering willen voorleggen voor het criterium 299.80 F bij de Stoornis van Asperger:

F. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis of aan schizofrenie.

Hiermede worden de bewoordingen gevolgd zoals die ook gehanteerd worden bij het uitsluitend criterium 299.00 C bij de Autistische Stoornis. De zinsnede *niet eerder* impliceert veel meer een overweging, waardoor gekeken moet worden welke van de twee stoornissen *het meest* past op de casus. Toegevoegd aan het criterium 299.80 D voor de Stoornis van Asperger zou moeten worden dat het taalgebruik bepaalde eigenaardigheden kent, in de zin van een afwijkende stemmodulatie en vreemd, maniëristisch, idiosyncratisch of pedant taalgebruik.

Aan het criterium 299.80 E zou vervolgens toegevoegd kunnen worden, dat Aspergers vaak een motorische onhandigheid laten zien.

Het criterium 299.00 C van de Autistische Stoornis zou mogelijk als volgt kunnen worden geherformuleerd:

C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan de Stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, of aan de Stoornis van Asperger (zeker in het geval van aantoonbare motorische onhandigheid).

Vervolgens willen wij benadrukken dat in de klinische praktijk classificaties veel minder van belang zijn dan diagnoses. In bepaalde gevallen zal het zo kunnen zijn dat de classificatie zo dicht bij de beschrijvende diagnose ligt, dat van daaruit dezelfde gedachten ontstaan met betrekking tot een behandelplan. In veel gevallen zal een classificatie echter niet voldoende kunnen differentiëren. Daarbij denken wij uiteraard aan het Asperger-syndroom. Maar ook een klinische entiteit als het borderline- syndroom bij kinderen valt als zodanig niet binnen de DSM-IV te classificeren; het is zeker van belang om het te onderkennen en af te scheiden van het Asperger-syndroom (Jessurun 1995).

Naar onze mening kan een classificatie een beschrijvende diagnose niet vervangen. Deze zou immers tot een behandelsbeleid moeten uitnodigen. In de praktijk blijkt echter vaak dat classificaties hoe langer hoe meer een beschrijvende diagnose vervangen. Dit wordt des te problematischer indien de classificatiecriteria zodanig geformuleerd zijn dat praktisch gezien een bepaalde classificatie niet gesteld kan worden, zoals bij de Stoornis van Asperger het geval lijkt te zijn.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*.

American Psychiatric Association, Washington DC.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Asperger, H. (1944), Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Asperger, H. (1956), *Heilpädagogiek. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen*. Springer-Verlag, Wenen (zweite, neubearbeitete und erweiterte Auflage).

Ehlers, S., en C. Gillberg (1993), The Epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1327-1350.

Frith, U. (1991), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge University Press, Cambridge.

Ghaziuddin, M., L.Y. Tsai en N. Ghaziuddin (1992a), Brief report: a comparison of the diagnostic criteria for Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 643-649.

- Ghaziuddin, M., L.Y. Tsai en N. Ghaziuddin (1992b), Brief report: a reappraisal of clumsiness as a diagnostic feature of Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 651-656.
- Ghaziuddin, M., E. Butler, L. Tsai e.a. (1994), Is clumsiness a marker for Asperger Syndrome? *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 519-527.
- Gillberg, C. (1989), Asperger Syndrome in 23 Swedish children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520-531.
- Gillberg, C. (1990), Do children with autism have March birthdays? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 152-156.
- Gillberg, C., en I.C. Gillberg (1989), Asperger Syndrome - some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631-638.
- Gross, J. (1994), Asperger Syndrome: a label worth having? *Educational Psychology in Practice*, 10, 104-110.
- Jessurun, J.H. (1995), Borderline kinderen: mede een gevolg van de moderne opvoeding? *Psyrene*, nr. 6, 5-18. (Tijdschrift van het ziekenhuis 'De Grote Beek').
- Krevelen, D.A. van (1963), On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy. *Acta Paedopsychiatrica*, 30, 124-144.
- Krevelen, D.A. van, en Chr. Kuipers (1962), The psychopathology of autistic psychopathy. *Acta Paedopsychiatrica*, 28, 22-31.
- Rickaby, G., A. Carruthers en M. Mitchell (1991), Brief report: biological factors associated with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 341-348.
- Spitzer, R.L., M. Gibbon, A.E. Skodol e.a. (1994), *DSM-IV Casebook: a learning companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
- Steffenberg, S. (1991), Neuropsychiatric assessment of children with autism: a population based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33, 495-511.
- Szatmari, P., R. Brenner en J. Nagy (1989), Asperger's Syndrome: a review of clinical features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 554-560.
- Szatmari, P. (1992), The validity of autistic spectrum disorders: a literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 583-600.
- Tantam, D. (1988), Asperger's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 245-255.
- Verhagen-Redtenbacher, C., en J.H. Jessurun (1995), Diagnose: structurele hapering in casu het Asperger Syndroom. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 461-474.
- Wing, L. (1981), Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.

World Health Organisation (1992), *International Classification of Diseases*; tenth revision. Chapter V. Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Diagnostic criteria for research. WHO, Genève.

Summary: The Asperger-syndrome in the DSM-IV

In this article the DSM-IV criteria for the Asperger-syndrome and autism are examined, concluding that as a consequence of the excluding criterium that Asperger cannot be classified if autism can be classified, it is virtually impossible to come to the first classification. The question is raised why the criterium of clumsiness has not been included in the DSM-IV, as opposed to the other classification systems. As things stand now, the authors conclude it is of the utmost importance for clinicians to *diagnose*

patients, and not only classify them, in order to force ourselves to think about treatment possibilities, goals en methods.

De auteurs zijn respectievelijk als psycholoog en als psychiater werkzaam in het Circuit Kinderen en Jeugd van de Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven. Correspondentieadres: Wilhelminaplein 3, 5611 HE te Eindhoven. E-mail: jhjessadear.IAEhv.nl

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 28-1-1996.