

ASS versus TOS: een moeilijk maar belangrijk onderscheid

Een illustratieve case report

Jakob Christiaens¹

Corine van Vliet²

Marianne Kasius³

Isabel De Grootte⁴

Francien Martin⁵

¹ Arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, Universiteit Gent – jakob.christiaens@uzgent.be

² Kinder- en Jeugdpsychiater, de Banjaard YOUZ, Parnassia Groep

² Opleider, Kinder- en jeugdpsychiater, de Banjaard YOUZ, Parnassia Groep

² Dr. in de Pedagogische wetenschappen, Kinder- en jeugdpsychiatrie UZ Gent

² Klinisch neuropsycholoog, de Banjaard

SAMENVATTING

Taalontwikkelingsproblemen zijn zowel bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) als bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) vaak een aanmeldingsreden voor verder onderzoek. Gedragmatig is er bij ASS, maar ook vaak bij TOS, sprake van repetitief gedrag, vasthouden aan routines en directe of uitgestelde echolalie. Hierdoor is het vaak lastig TOS en ASS van elkaar te onderscheiden, zeker bij kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Dit onderscheid bepaalt echter wel de aanpak en schooloriëntatie. Aan de hand van een casus schetsen we de differentiaal-diagnostiek tussen TOS en ASS en de impact die een verkeerde schooloriëntatie kan hebben op de ontwikkelingskansen.

INLEIDING

Taalontwikkelingsstoornis (TOS) is een veelvoorkomende ontwikkelingsstoornis die bij ongeveer 7 procent van de algemene populatie voorkomt (Conti-Ramsden & Durkin, 2015; Richard et al., 2019). TOS wordt omschreven als neurobiologische ontwikkelingsstoornis van genetische oorsprong die zich kenmerkt door een taalontwikkeling die aanmerkelijk achterblijft bij die van leeftijdsgenoten en die niet te wijten is aan een ongunstige taalaanbodssituatie. TOS kenmerkt zich door problemen op het gebied van taalproductie, taalbegrip of allebei. De diagnose TOS wordt gesteld op basis van uitkomsten van gevalideerde taaltests, observaties en het klinisch oordeel.

Taalontwikkelingsproblemen komen ook vaak voor bij kinderen met autismespectrumstoornis (ASS) en zijn voor ouders in veel gevallen de reden van aanmelding voor verder onderzoek (Richard et al., 2019). ASS heeft een prevalentie van rond de 1% en kenmerkt zich door tekorten in de sociale communicatie en sociale interactie, beperkte repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten. De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege ontwik-

kelingsperiode, veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of schoolse of beroepsmatige functioneren en de stoornissen kunnen niet beter verklaard worden door een verstandelijke beperking of globale ontwikkelingsachterstand (DSM-5: APA, 2013).

Bij beide groepen kinderen komen problemen op het gebied van taal voor; zich uitend in moeite met begrip van taal, de vorm van taal en het gebruik van taal. Gedragmatig kan er zowel bij TOS als bij ASS sprake zijn van repetitief gedrag, stereotiepe motorische bewegingen (zoals *fladderen*) en/of directe of uitgestelde echolalie (Simms & Jin, 2015). Verder is er bij ongeveer 50 procent van de kinderen met TOS sprake van autistiform gedrag, zoals slechte sociale relaties, zich afzijdig houden of beperkingen in het tonen van affect (Mildenberger et al., 2001). Hierdoor is het vaak lastig TOS en ASS van elkaar te onderscheiden. Daarbij was in het verleden het classificeren van TOS niet mogelijk volgens de DSM-IV indien er reeds ASS aanwezig was (APA, 2004). Dit werd bijgesteld in de meest recente DSM-5 waar de co-morbiditeit van TOS bij ASS wel mogelijk is (APA, 2013). Een eventueel

bijkomende licht verstandelijke beperking (LVB), waarbij er vaak sprake is van beperking in de adaptieve vaardigheden zoals beperkingen in sociale vaardigheden (zoals communiceren en het oplossen van sociale problemen) maakt de twee problematieken uit elkaar houden nog moeilijker. De hieronder beschreven casus illustreert het belang van correcte diagnostiek voor een gepaste schoolkeuze en optimale ontwikkelingskansen. In de discussie wordt uitgediept welke elementen hierbij van belang zijn.

GEVALSBESCHRIJVING

Adam¹, een 8-jarige jongen wordt aangemeld voor dagbehandeling bij de GGZ voor kinderen met een LVb en psychiatrische problematiek. Door ernstige gedragsproblemen is hij op dat moment al 9 maanden thuis van school. Er is vraag naar diagnostiek en behandeling in het kader van hervatting school. Bij aanmelding is er sprake van angst- en spanningsklachten, concentratie-, emotieregulatie- en stemmingsproblemen.

Voorgeschiedenis

De diagnose ASS is op de leeftijd van 5 jaar door een andere specialistische GGZ-instelling gesteld middels afname van de ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule; Lord et al., 1989) en specifieke ontwikkelingsanamnese door de kinderpsychiater. Tevens werden spraak- en taalproblemen en een vermoeden van aandachtsdeficiëntie- en hyperactiviteitsstoornis (ADHD) beschreven. Op somatisch vlak is er met uitzondering van verschillende neus-keeloorinfecties op kinderleeftijd niets te melden.

Biografie

Tijdens de zwangerschap was er sprake van depressie (ernst onbekend) bij de moeder van Adam waarvoor ze antidepressiva kreeg. Hiervoor werden moeder en kind postnataal opgevangen in een gespecialiseerde GGZ-voorziening. De ouders van Adam zijn gescheiden toen hij 2 jaar oud was. Tijdens deze periode was er onveiligheid door o.a. huiselijk geweld en stalken door vader. Rond 4 jaar werd Adam voor het eerst aangemeld bij integrale vroeghulp met aanmeldingsklacht het tempo op school niet te kunnen bijbenen en zorgen rond zijn taalontwikkeling. Initieel intelligentieonderzoek op 4-jarige leeftijd toonde een normale begaafdheid (Totaal Intelligentiequotiënt 103 op de SON-R 2^{1/2}-7). Er werd logopedische ondersteuning

gestart maar de bezorgdheden blijven. Na vaststellen van de diagnose ASS is Adam gestart in het speciaal onderwijs voor kinderen met psychische stoornissen en gedragsproblemen (cluster 4 in Nederland, type 3/9 in Vlaanderen). In de daaropvolgende maanden ontwikkelden zich problemen op school met angst- en stemmingsklachten, ernstige woedeaanvallen en driftbuien. Het toenmalig begeleidend centrum deed medicamenteuze interventies met methylfenidaat, dexamfetamine en aripiprazole, maar deze gaven of te veel bijwerkingen of hadden te weinig effect. Uiteindelijk werd de situatie op school onhoudbaar en bleef Adam gedurende 9 maanden thuis. Herhaald intelligentieonderzoek wees op zwakbegaafdheid (TIQ 82 op de SON-R 6-40), waarna Adam voor dagbehandeling bij de GGZ voor kinderen met een LVb/zwakbegaafdheid en psychiatrische problematiek werd doorverwezen. In afwachting van de start in de dagbehandeling van ons centrum werd risperidone 1 mg per dag opgestart.

Onderzoek

Tijdens de eerste periode van dagbehandeling wordt een vrolijk en vriendelijk 8-jarig jongetje gezien. Bij de start van de dagbehandeling worden, naast de reeds gestelde diagnose ASS, aanvullende hypothesen opgesteld, te weten ADHD, hechtingsstoornis en TOS. De diagnostiek is volgens de richtlijnen van het Kenniscentrum Kinderen Jeugdpsychiatrie uitgevoerd. Er worden problemen in communiceren, forse aandachtsproblemen, impulsiviteit en hyperactiviteit waargenomen. In het contact is er gebrek aan distantie. Zo reageert hij op alles wat er in de groep gebeurt, is hij alert en beïnvloedbaar. In contact met anderen is hij initieel vaak clownesk en niet afgestemd. Wel is er sprake van sociale interesse en gedeeld spelplezier. Er wordt gesteld dat er sprake is van hechtingproblematiek en diagnostisch zijn er genoeg argumenten voor de diagnose ADHD. Aangezien de sociotherapeutische interventies onvoldoende effect gaven en gezien de vroegere bijwerkingen van methylfenidaat en dexamfetamine, wordt atomoxetine opgestart om Adam in zijn functioneren te ondersteunen. Dit gebeurt met een dosis van 18 mg per dag (voor lichaamsgewicht van 35 kg) met behoud van risperidone 1 mg.

Tijdens de dagbehandeling vermindert de motorische onrust en verbeteren de aandachts- en concentratiefuncties (ongeveer halvering van scores op medicatielijsten). In de maanden die volgen verbetert de leerbaarheid (hij leert de dagen van de week, letters van het alfabet, ...) en

¹ Adam is een fictieve naam.

is er een afname van clownesk en onafgestemd gedrag. Zo komt hij meer tot sociale interactie met groepsgenoten. Ook de kwaliteit van het contact met sociotherapeuten verbetert duidelijk. Er worden nooit duidelijke stereotyperingen gezien, noch sensorische overgevoeligheden geobserveerd. Op basis van deze observaties voldoet Adam niet meer aan de DSM-criteria voor ASS. Deze diagnose wordt ingetrokken na een bijkomende onafhankelijke observatie door een tweede kinderpsychiater. Het initieel afwachtend gedrag in sociale contacten wordt beschouwd als deel van een verstoorde hechting gezien de onveilige situatie die hij doormaakte tijdens de cruciale hechtingsperiode als peuter. Verder wordt gezien de toegenomen leerbaarheid en concentratiemogelijkheden een nieuwe intelligentietest afgenomen die de eerdere vaststelling van zwakbegaafdheid bevestigde. Op basis van deze informatie en Adam zijn beperkt adaptief functioneren blijft de diagnose van LVB behouden.

Na het intrekken van de diagnose ASS wordt diagnostiek naar taalontwikkelingsstoornis (TOS) ingezet. Dit was nog niet gebeurd, doordat de beperkingen in taalontwikkeling door de behandelende logopediste gekaderd waren als passend binnen de diagnose ASS. Na onderzoek bij een extern gespecialiseerd logopedisch centrum wordt een ernstige TOS vastgesteld en wordt hij aangemeld bij een school gericht op dove, slechthorende kinderen en kinderen met een taal- spraakontwikkelingsstoornis (cluster 2-school in Nederland, type 7 in België) waar hij kort nadien kan starten.

Anderhalf jaar later blijkt de jongen opengebloeid met de ondersteuning binnen het bijzonder onderwijs specifiek voor TOS. Hij heeft een inhaalbeweging gemaakt op schools vlak en heeft vlot leren lezen. Hij voelt zich goed en toont grote inzet voor school. Ook op sociaal vlak functioneert hij beter met mooie sociale interacties, zowel met medeleerlingen als met leerkrachten. Verder kon de risperidone deels worden afgebouwd naar 0,5 mg per dag.

DISCUSSIE

Deze geschiedenis toont het belang van goede differentiaaldiagnostiek tussen ASS en TOS bij een kind met ADHD, hechtingsproblematiek en LVB, omwille van de implicaties bij de keuze voor geschikt onderwijs. Het uitgebreid bespreken van de differentiaaldiagnostiek tussen ASS en hechtingsproblemen valt buiten de scope van dit artikel, maar kan wel aangeduid worden als een extra bemoeilijkende factor voor diagnostiek. Bij kinderen met een

complex ontwikkelingsverloop is deze differentiaaldiagnostiek vaak moeilijk.

Zoals eerder vermeld, is er een sterke overlap in symptomatologie tussen ASS en TOS. Dit is voornamelijk, omdat er bij de diagnostische criteria sterk de nadruk ligt op gedrag dat afwezig is, eerder dan op de aanwezigheid van uniek gedrag (Ward & Gilmore, 2010). Bij Adam ging dit over afwezigheid van wederkerig contact met volwassenen die vermoedelijk in de onderzoeken voorafgaand aan zijn opname voor de diagnose ASS zorgden. Het aanwezig zijn van zijn sociale interesse, de mogelijkheid tot gedeelde aandacht en gedeeld spelplezier maakten dat er bij begin van de opname reeds vragen waren over de diagnose van ASS bij Adam. Dit gedrag is ook hetgeen wat testen zoals een ADOS proberen uitlokken. In contact toonde Adam naar volwassenen duidelijk dat hij tijd nodig had om vertrouwen te kunnen geven. We konden tijdens de opname observeren hoe hij gedurende de dagbehandeling mooie relaties opbouwde met de sociotherapeuten. Een kort testmoment zoals bij een ADOS-afname was vermoedelijk te kort om vertrouwen te kunnen stellen in een volwassen persoon. De verstoorde hechting door de moeilijke eerste levensjaren van Adam lijkt ons hiervoor de verklaring. Een logopedische taaltest, zoals de CELF (Clinical Evaluation of Language Fundamentals; Semel et al., 1987) is een meetinstrument voor de beoordeling van de kwaliteit van de spraak-taalontwikkeling en vooral interessant om TOS van normale taalontwikkeling te onderscheiden. Bij de diagnostiek van Adam speelde deze test geen rol, maar uit de ervaring van de auteurs blijkt dat deze test wel vaak ingezet wordt bij diagnostiek naar ASS. Dergelijke taaltesten zijn echter niet geschikt om het onderscheid tussen ASS en TOS te objectiveren (Botting & Conti-Ramsden, 2003).

Verschillende auteurs geven aan dat het onderscheid tussen ASS en TOS gemaakt kan worden door aandacht te schenken aan het sociaal gedrag, zoals de sociale *drive*, mogelijkheid tot het aanwenden van fantasie in bijvoorbeeld spel alsook op de *joint attention* (gedeelde aandacht) en non-verbale communicatie. Bij het bevragen van de ontwikkelingsanamnese moet de aandacht vooral gelegd worden op zaken zoals doen-alsof-spel en fantasiespel (Simms & Jin, 2015). Deze zaken zagen we bij Adam al bij opname aanwezig in zijn contacten met leeftijdsgenoten. Hij zocht deze op en toonde fantasiespel. Mogelijks zijn deze argumenten te weinig meegewogen geweest toen de diagnose ASS werd gesteld.

Daarnaast zijn er enkele specifieke symptomen die zo goed als enkel bij ASS voorkomen, zoals idiosyncratische echolalie (Simms & Jin, 2015) of het zeldzamere verlies van eerder verworven taalvaardigheden (Conti-Ramsden & Durkin, 2015).

Het is belangrijk om het onderscheid te maken, omdat beide diagnoses een andere aanpak vragen waarbij bij beide een vroege diagnose van belang is voor maximale ontwikkelingskansen (Feldman, 2005; Tierney et al., 2012).

De differentiaaldiagnostiek bij deze casus werd bemoeilijkt door een LVB, verstoorde hechting en de ADHD. Zoals bij kinderen met ASS, zijn er ook bij kinderen met ADHD vaak moeilijkheden met de taalpragmatiek (Simms & Jin, 2015). Dit maakt de differentiaaldiagnostiek bij kinderen met taalproblemen en ADHD, waarbij de vraag gesteld wordt of er sprake is van ASS of TOS, extra uitdagend.

Of het nu ADHD, ASS, hechting of TOS is: Multimorbiditeit komt vaak voor bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen, waarbij er een grote overlap kan zijn van symptomen passend bij de verschillende ziektebeelden. Vandaar dat experts pleiten voor multidisciplinaire diagnostiek waarbij de onderzoekers vertrouwd zijn met alle ontwikkelingsstoornissen en hechting. Psycholinguïstisch onderzoek kan helpen om onderscheid te maken tussen TOS en ASS, maar kan hierin nooit alleen staan (Botting & Conti-Ramsden, 2003; Simms & Jin, 2015). Hetzelfde geldt voor hechtingsproblemen: eenzijdige nadruk op interactionele patronen gaat voorbij aan de realiteit dat er vaak co-morbide ontwikkelingsstoornis(sen) aanwezig zijn. Deze problemen vragen elk hun specifieke, maar ook geïntegreerde aanpak.

Bovenstaande casus illustreert bovendien dat het verder zoeken naar meer aangepaste medicamenteuze therapie de procesdiagnostiek geholpen heeft. De stimulantia hielpen Adam om zijn ADHD-symptomen beter onder controle te krijgen, waardoor het beeld helderder werd en hij ook meer tot leren kwam. Symptomen die tussen de verschillende categoriale diagnoses overlappen en het beeld compliceerden, namen af waardoor het duidelijker werd dat er geen sprake was van ASS, maar van een onderliggende TOS.

Tenslotte illustreert de geschiedenis ook het belang van goede diagnostiek voor een correcte schooloriëntatie. Voor Adam in opname kwam was er sprake van schoolweigering en stagnatie in zijn groei op zijn school waar

er voornamelijk aandacht was voor zijn psychiatrische problematiek (op dat moment de ASS-diagnose). Na de opname werd Adam verwezen naar een school waar er voornamelijk rekening werd gehouden met zijn taalproblemen en waar hij in een klas terecht kwam met meer sociaal gerichte kinderen. Hier komt Adam tot leren en komt hij tot interactie met leeftijdsgenoten. Conti-Ramsden & Durkin (2015) beschrijven dat voor kinderen met TOS sociaal contact een belangrijke factor is voor de algemene ontwikkeling en groei.

Als deze kinderen in een klas terechtkomen met andere kinderen die weinig tot geen sociaal contact zoeken, zoals bij kinderen met ASS vaak het geval is, kan dit hun verdere ontwikkeling belemmeren. Dit bleek in onze casus ook het geval. Op de eerste school waarbij er te weinig aandacht was voor ondersteunen en trainen van taal, stagneerde de ontwikkeling van Adam en ontstonden stemmingsklachten. Dit is in contrast met de positieve ontwikkeling die hij doormaakte in een school gespecialiseerd in taal- en spraakstoornissen.

CONCLUSIE

Differentiaaldiagnostiek tussen ASS en TOS is op een jonge leeftijd uitdagend. Er is immers een belangrijke overlap tussen de verschillende symptomenclusters met in beide groepen stereotiep gedrag, slechte sociale relaties en zich afzijdig houden of beperkingen in het tonen van affect. Bovenstaande casus waarbij een jongen met complexe ontwikkelingsproblematiek ten onrechte de diagnose ASS kreeg, bevestigt de in de literatuur beschreven valkuilen waarbij er te veel op afwezigheid van sociale wederkerigheid wordt gefocust en te weinig in bredere hypothetische kaders wordt gedacht. De patiënt toonde initieel bij opname inderdaad een verstoorde contactname naast hyperactief gedrag en een duidelijke spraak-taalproblematiek. Daarentegen werd al bij begin dagbehandeling sociale interesse gezien en de mogelijkheid tot *joint attention*. Hierop zijn alternatieve verklarende hypothesen getoetst. Door het behandelen en stabiliseren van de gedragsproblematiek werd een zuiverder beeld verkregen. Het sociaal niet afgestemd gedrag viel weg. Hierdoor waren er genoeg argumenten om de diagnose ASS te laten vervallen waarna onderzoek naar TOS volgde. Het correct stellen van één van deze twee diagnoses is van belang voor de verdere ontwikkeling van het kind. Hierbij kan een foutieve diagnose, zoals bij deze casus, negatieve impact hebben door onder andere een onaangepaste schoolom-

geving. Om deze reden is multidisciplinaire diagnostiek door een team dat ervaring heeft met zowel TOS als ASS, en in ruimere zin de hele range aan ontwikkelingsstoornissen/psychiatrische aandoeningen, essentieel. Tijdens deze diagnostiek dient de focus te liggen op de bouwstenen van sociaal gedrag, waarvan sociaal inlevingsvermogen een van de kernaspecten is. Hierbij moeten de aanwezigheid van de sociale *drive*, en de mogelijkheid tot het aanwenden van fantasie, *joint attention* en non-verbale communicatie doorwegen bij het verwerpen van een hypothese van ASS.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text revision DSM IV-TR). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Washington DC: Author.
- Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2003). Autism, primary pragmatic difficulties, and specific language impairment: Can we distinguish them using psycholinguistic markers? *Developmental Medicine and Child Neurology*, *45*(8), 515-524. <https://doi.org/10.1017/s0012162203000963>
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2015). What factors influence language impairment? Considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *67*(6), 293-299. <https://doi.org/10.1159/000444750>
- Feldman, H. M. (2005). Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediatrics in Review*, *26*(4), 131-142. <https://doi.org/10.1542/pir.26-4-131>
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *19*(2), 185-212. <https://doi.org/10.1007/BF02211841>
- Mildenberger, K., Sitter, S., Noterdaeme, M., & Amorosa, H. (2001). The use of the ADI-R as a diagnostic tool in the differential diagnosis of children with infantile autism and children with a receptive language disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *10*(4), 248-255. <https://doi.org/10.1007/s007870170014>
- Richard, A. E., Hodges, E. K., & Carlson, M. D. (2019). Differential diagnosis of autism spectrum disorder versus language disorder in children ages 2 to 5 years: Contributions of parent-reported development and behavior. *Clinical Pediatrics*, *58*(11-12), 1232-1238. <https://doi.org/10.1177/0009922819865794>
- Semel, E. M., Wiig, E. H., & Secord, W. (1987). *CELF-R: Clinical Evaluation of Language Fundamentals: Revised*. Psychological Corporation.
- Simms, M. D., & Jin, X. M. (2015). Autism, language disorder, and social (pragmatic) communication disorder: DSM-V and differential diagnoses. *Pediatrics in Review*, *36*(8), 355-362; quiz 363. <https://doi.org/10.1542/pir.36-8-355>
- Tierney, C. D., Kurtz, M., & Souders, H. (2012). Clear as mud: Another look at autism, childhood apraxia of speech and auditory processing. *Current Opinion in Pediatrics*, *24*(3), 394-399. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328352c5a6>
- Ward, S. L., & Gilmore, L. (2010). The Autistic Behavioural Indicators Instrument (ABII): Development and instrument utility in discriminating autistic disorder from speech and language impairment and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(1), 28-42. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.07.003>
- Richtlijnen kenniscentrum Kinder en Jeugdpsychiatrie (<https://www.kenniscentrum-kjp.nl/>)