

Het comorbide landschap van ontwikkelingsstoornissen: een diagnostische gevalstudie

Séverine Van De Voorde, Herbert Roeyers

Inleiding

Een ontwikkelingsstoornis is een psychische aandoening die optreedt bij kinderen of adolescenten en een belemmering en/of afwijking vormt in de normale ontwikkeling. Vaak voorkomende ontwikkelingsstoornissen zijn: leerstoornissen (waaronder dyslexie en dyscalculie), taalontwikkelingsstoornissen, motorische stoornissen (zoals coördinatieontwikkelingsstoornis of DCD), pervasieve ontwikkelingsstoornissen (autismespectrumstoornissen), ADHD (aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit) en ticstoornissen (zoals Gilles de la Tourette). Ook verstandelijke beperking/ mentale retardatie wordt tot de ontwikkelingsstoornissen gerekend. Meer en meer valt op dat ontwikkelingsstoornissen zelden geïsoleerd voorkomen (Gilger & Kaplan, 2001; zie bijvoorbeeld Simonoff et al., 2008). Er is sprake van een zogenaamde grote comorbiditeit, een term ontleend aan de medische wereld die duidt op het samen voorkomen van minstens twee onafhankelijke ziekten/stoornissen bij dezelfde persoon (Kaplan, Crawford, Cantell, Kooistra, & Dewey, 2006). Omdat mentale stoornissen, in tegenstelling tot medische ziektes, geen duidelijk afgelijnde, onafhankelijke entiteiten zijn, is deze term eigenlijk niet zo geschikt om naar de associatie tussen ontwikkelingsstoornissen te verwijzen (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001). Toch is het tot op heden de meest ingeburgerde benaming, en om deze reden zullen we deze ook verder gebruiken in dit artikel. Het is belangrijk om het bestaan van comorbiditeit ernstig te nemen, zowel binnen het wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk. Wetenschappelijk onderzoek kan bijvoorbeeld gericht zijn op het identificeren van onderliggende cognitieve/ neuropsychologische markers van ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld executieve disfuncties bij ADHD of autisme). Door de grote comorbiditeit is het echter zeer moeilijk te achterhalen of de onderzochte cognitieve kenmerken toegeschreven kunnen worden aan de ontwikkelingsstoornis zelf of aan comorbide factoren die men, gewild of ongewild, niet in kaart bracht (Caron & Rutter, 1991; Pennington & Ozonoff, 1996). Het negeren van deze comorbiditeit zorgt dus voor relatief waardeloze onderzoeksbevindingen. In de klinische praktijk zien we dat behandelingen die comorbiditeit negeren, minder effectief zijn. Kinderen met een dergelijke complexe problematiek waarbij verschillende ontwikkelingsstoornissen aanwezig zijn, kunnen in een Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) terecht komen. Hoewel het grootste deel van de populatie in een COS bestaat uit baby's, peuters en kleuters, komt het soms voor dat ook een ouder kind wordt onderzocht wanneer de aard en de complexiteit van de problematiek dit vereisen. De taak van een COS is het opsporen en diagnosticeren van ontwikkelingsstoornissen, het voorstellen van een initieel behandelings- en begeleidingsplan en aansluitend het gericht doorverwijzen. Het onderzoeksteam bestaat uit specialisten uit verschillende domeinen (multidisciplinair team): kinderneurologen, -artsen, -psychiaters, psychologen, orthopedagogen, maatschappelijk assistenten, logopedisten en kinesitherapeuten. Het grote voordeel is dat er een combinatie van gespecialiseerde onderzoeken wordt uitgevoerd waarvan de resultaten gebundeld worden tot een integrale diagnose. Men probeert de complexiteit van comorbide problematieken te vatten door vanuit verschillende disciplines een waaier van onderzoeksmethoden en instrumenten te gebruiken. De huidige casusbespreking schetst het verloop van het diagnostische proces in deze setting bij een kind van 9 jaar met een complexe problematiek. Ze illustreert tevens dat het belangrijk is om comorbiditeiten te onderkennen om in een gepaste aanpak te kunnen voorzien.

De casus Lander

Aanmelding

is van autisme. Lander heeft al een lang hulpverleningsparcours achter de rug, waarbij hij al de diagnoses DCD en dyslexie kreeg. Hij wordt een eerste maal aangemeld op de leeftijd van 1,5 jaar (bij Kind en Gezin) omdat hij volgens de ouders “anders is dan andere kinderen”, maar daar wordt verder niets mee gedaan. Op 2,5-jarige leeftijd gaat hij naar de kleuterschool, waar hij zeer druk en chaotisch gedrag vertoont, er niet in slaagt te luisteren en nauwelijks met andere kinderen samenspeelt. Hij is zeer onhandig en staat voortdurend vol met blauwe plekken. Op 4-jarige leeftijd wordt hij aangemeld bij een logopedisch centrum omdat hij niet in zinnen spreekt en onverstaanbaar is voor buitenstaanders. Hij dubbelt de tweede kleuterklas en wordt ondertussen logopedisch behandeld. In het eerste leerjaar verdwijnt zijn drukke gedrag onder invloed van de structuur die door de juf wordt geboden. In het tweede leerjaar (hij is dan 8 jaar) loopt hij echter op schools vlak volledig vast: hij heeft problemen met taal, lezen, schrijven, spelling en tafels van vermenigvuldiging. Daarnaast merken de ouders op dat hij motorisch zeer zwak is. Hij wordt doorverwezen naar een revalidatiecentrum, waar de diagnose DCD¹ wordt gesteld en waar een behandelingsprogramma wordt opgestart (logopedie, ergotherapie, kinesitherapie). De revalidatiearts vermoedt autisme en verwijst Lander door naar het COS, waar hij op de wachtlijst terechtkomt. Hij dubbelt het tweede leerjaar en wordt enkel nog begeleid voor zijn spraak/taalproblemen. De ouders hebben de behandeling in het revalidatiecentrum stopgezet omdat het voor Lander een te grote belasting werd. Ondertussen wordt ook de diagnose dyslexie gesteld door het logopedisch centrum. Daarnaast heeft Lander 10 kg overgewicht, astma en heel veel allergieën (pollen, huisstofmijt, katten, honden...) waardoor hij vlug kortademig en vermoeid is. Hij neemt enkel medicatie voor zijn astma.

Diagnostisch proces

Lander is een jongen van 9 jaar die wordt aan-Na een telefonisch intakegesprek, waarin de gemeld in het COS met de vraag of er sprake maatschappelijke werker de hulpvraag en de anamnestiche gegevens nagaat, worden de verschillende onderzoeksmomenten vastgelegd.

Gestructureerd oudergesprek

Door de psycholoog wordt van de ouders de Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) afgenomen. Dit is een gestructureerd diagnostisch interview dat peilt naar de kenmerken van autisme op de drie domeinen: wederkerige sociale interacties, taal en communicatie, en beperkte, repetitieve en stereotiepe gedragspatronen. Op basis van het verhaal van de ouders worden er duidelijke kenmerken van autisme gezien op de drie vlakken. Hij maakt moeilijk oogcontact (kijkt boven of naast je), is niet gevoelig voor sociaal lachen, vindt het moeilijk om iemand te troosten en stelt ongepast gedrag (hij gaat bijvoorbeeld op opa's begrafenis aan iedereen zakdoekjes uitdelen en zegt tegen oma: “Nu heb jij meer plaats in bed”). Er is geen gedeelde aandacht (joint attention) of gedeeld plezier. Hij uit weinig emoties en als hij het doet, is het vaak omdat het zo hoort. Hij gebruikt weinig gebaren, imiteert weinig en kopieert zinnen (echolalie). Hij begint te huppelen en te fladderen in ongestructureerde situaties en veranderingen moeten duidelijk op voorhand aangekondigd worden. De resultaten van het interview zijn dus duidelijk indicatief voor autisme, hij scoort op alle domeinen hoger dan de cut-offwaarde. Verder geven de ouders nog aan dat hij vergeetachtig is, zeer snel afgeleid is en dikwijls in zijn eigen wereldje zit en niet reageert als hij wordt aangesproken. Anderzijds is Lander een zeer lieve, meegaande en gemakkelijke jongen. Zijn ouders maken zich ook zorgen over zijn zelfredzaamheid omdat hij motorisch zo zwak is. Hij moet bij veel alledaagse activiteiten sterk gestuurd worden. Zo worden zijn kleren in de juiste volgorde klaargelegd, krijgt hij hulp bij het wassen, heeft hij het zeer moeilijk om met mes en vork te eten en kan hij na veel oefenen nog steeds geen veters strikken. Daarnaast geven ze aan dat hij motorisch zelfs achteruitgaat. Hij kon zich vroeger bijvoorbeeld goed afdrogen en kon zijn achterwerk schoonmaken maar dit lukt nu plots niet meer.

Schoolobservatie

De psycholoog gaat naar school met als doel Lander in zijn natuurlijke context te observeren en zijn houding binnen het klasgebeuren in kaart te brengen. Op de speelplaats pendelt hij van het ene groepje kinderen naar het andere, maar vindt niet echt aansluiting. Je ziet wel dat hij geniet van de activiteiten die hij onderneemt. Hij hoort er niet echt bij maar wordt zeker niet gepest. In de klas zit hij helemaal alleen vooraan terwijl de andere kinderen in groepjes van zes zitten. Er worden heel wat aanpassingen voor hem gedaan om een zo ideaal mogelijke situatie te creëren. Het raam is afgeschermd (anders kijkt hij voortdurend naar buiten), zijn schoolmateriaal ligt in een aparte bank naast de juf (anders zit hij voortdurend te prutsen), hij heeft een lezenaar op zijn bank staan met de letters van het alfabet als hulpmiddel en er wordt voor hem met pictogrammen gewerkt. Hij doet mee met de opdrachten maar lijkt niet echt te snappen wat er in de klas gebeurt. Hij lijkt dikwijls weg te dromen en zit regelmatig met zijn duim in zijn mond terwijl hij aan zijn vingers ruikt. Hij vertoont geen storend of clownesk gedrag. Uit een gesprek met de zorgcoördinator blijkt dat hij voor taal vooruitgang boekt, zij het zeer langzaam. Er is sprake van een ernstig automatiseringsprobleem, regels bij schoolse vaardigheden blijven zeer moeilijk hangen. Lezen en spellen zijn nog steeds zeer zwak. Hij kan zijn eigen mogelijkheden moeilijk inschatten en lijkt niet te merken dat hij het veel slechter doet dan de andere kinderen. Zijn zelfbeeld is tot nu toe goed en hij heeft nog veel plezier in de dingen, maar het vraagt zo verschrikkelijk veel energie van hem dat de school zich zorgen maakt dat het hem plots te veel zal zijn. Ondanks de zeer grote inspanningen is er de vrees dat hij nog een aantal keer zal moeten overzitten.

Multidisciplinaire diagnostische batterij

Vanuit de verschillende disciplines wordt een batterij aan taken afgenomen, waarvan de keuze gebaseerd wordt op de vraagstelling en de leeftijd van het kind. Tevens laat ze toe om mogelijke bijkomende problemen in kaart te brengen. Door de psycholoog wordt een intelligentietest (WISC-III) afgenomen met als doel een beeld te krijgen van zijn intellectuele mogelijkheden en van zijn gedrag in een gestructureerde een-op-eensituatie. Hieruit blijkt dat hij normaal begaafd is (TIQ = 97, VIQ = 94, PIQ = 101), maar dat de informatieverwerking globaal traag verloopt. Tijdens de testafname zelf lukt het Lander behoorlijk om oogcontact te nemen en checkt hij regelmatig of zijn antwoord goed is. Tijdens de spontane gesprekken kijkt hij echter veel weg en zit hij met zijn handen te friemelen. Algemeen is hij behoorlijk enthousiast, geïnteresseerd en meegaand. Je ziet dat hij vatbaar is voor sociale bekrachtiging en dat hij het leuk vindt om goed te presteren. Humor ontgaat hem dikwijls. Daarnaast zegt hij een aantal vreemde dingen, bijvoorbeeld: op de vraag "Wat is water?" antwoordt hij: "Daar moet je een centje in gooien." De *logopediste* zal bij een vermoeden van autisme aspecten van de taalpragmatiek (= taalgebruik binnen de dagelijkse communicatie) onderzoeken aangezien kinderen met autisme op dit vlak meestal ernstige tekorten vertonen. Ze gaat bijvoorbeeld na of hij een gesprek kan voeren, of hij in staat is om op een adequate manier contact te nemen (verbaal en nonverbaal), of hij zich kan inleven en of hij voldoende informatie geeft zodat de luisteraar de boodschap kan begrijpen. Zij doet dit aan de hand van spontane gesprekjes over school en hobby's, het leggen van logische reeksen (prenten van een sociale situatie in de juiste chronologische volgorde leggen) en het invullen van twee stripverhalen waarbij de tekstballonnen ontbreken. Daarnaast worden ook enkele tests afgenomen om zijn taaltechnische niveau, namelijk expressieve taal en begrijpen, in kaart te brengen. Uit dit onderzoek blijkt dat hij taaltechnisch inmiddels op leeftijd zit maar op taalpragmatisch vlak heel wat tekorten vertoont. Het invullen van de stripverhalen lukte maar het leggen van logische reeksen was zeer zwak. De meeste informatie kon echter gehaald worden uit de spontane gesprekjes tussen de tests door. Wanneer hij enthousiast wordt tijdens het vertellen van een verhaal, gaat zijn zinsbouw sterk achteruit en wordt hij bijna onverstaaanbaar. Wanneer voor de hand liggende vragen worden gesteld, bijvoorbeeld over hobby's, dan geeft hij behoorlijk wat informatie. Als het the-ma van de vraag echter wat onverwacht is, kan hij enkel nog met ja/nee antwoorden. Hij gaat ook niet in op suggesties van de interactiepartner, hij voelt het niet aan, bijvoorbeeld: op de vraag of zijn paard een naam heeft, antwoordt hij "ja". Hij maakt af en toe oogcontact maar checkt heel weinig of iemand begrijpt wat hij aan het vertellen is. Hij veronderstelt bij de toehoorder bepaalde voorkennis die er niet is. Hij zegt: "Mijn zus is nu bij Siska", zonder erbij te vertellen wie dat is. Tijdens de spontane ongestructureerde gesprekken oogt hij zeer onrustig. Hij knippert met de ogen, wiebelt en kijkt weg. Aangezien Lander ook op motorisch vlak heel wat problemen vertoont, neemt de

psychomotorisch therapeut een hele reeks taken af die de verschillende domeinen van het psychomotorisch functioneren in kaart brengen. Zo worden onder meer de Vlaamse Schrijfsnelheidstest (schrijfmotoriek) en de Movement Assessment Battery for Children 2 (M-ABC-2; fijne motoriek, evenwicht, balvaardigheid) afgenomen. Op deze laatste haalt hij in totaal een percentiel van 0,1. Uit het onderzoek blijkt dat alles met een motorische component zeer veel in-spanning vraagt. Het motorisch plannen lijkt te lukken, maar het uitvoeren niet. Hij heeft een zeer hypotoon bovenlichaam – bij het springen buigt hij helemaal voorover – samen met zeer veel spanning in zijn benen. Er is sprake van een zeer gestoorde motoriek zodat de diagnose DCD zeker kan worden bevestigd.

Kinderpsychiatrisch onderzoek

De kinderpsychiater voert een gesprek met Lander om zicht te krijgen op de kwaliteit van de interactie en het sociaal-cognitieve functioneren. Uit dit gesprek en de gesprekken tijdens de andere onderzoeken blijkt duidelijk dat hij geen spontane maar zeer ingetrainde antwoorden geeft. Door in verschillende situaties exact hetzelfde antwoord te geven, lukt hij erin zijn zwakke pragmatiek tot op zekere hoogte te camoufleren. Wanneer er echter een onverwachte vraag gesteld wordt, kan hij enkel nog met ja/ nee antwoorden en valt hij dus door de mand. Hij is ook niet echt bezig met de inhoud van zijn antwoord, hij geeft een antwoord omdat dat nu eenmaal zo hoort. Op de vraag of hij vaak een bloedneus heeft, antwoordt hij: “Valt wel mee”, terwijl hij daar volgens de ouders dagelijks last van heeft.

Teamoverleg

Tijdens het teamoverleg worden de resultaten van de verschillende onderzoeken en de algemene observaties samen gelegd, wordt beslist over de diagnose en de verder te nemen stappen en wordt overlegd hoe dit naar de ouders gecommuniceerd zal worden. Het team komt tot de volgende conclusies. Er kan bevestigd worden dat er sprake is van ernstige DCD. Toch is verder neurologisch onderzoek raadzaam, vooral omdat er niet enkel sprake is van stagnatie maar ook van een terugval op motorisch vlak. Daarnaast kan ook bevestigd worden dat er sprake is van autisme, hoewel hij dit tot op zekere hoogte kan camoufleren door zijn IQ en het feit dat hij verbaal redelijk sterk is. Deze laatste diagnose zal het uitgangspunt moeten vormen van de verdere behandeling van dit kind. Tot nu toe was de aanpak te fragmentarisch: nu eens logopedie, dan weer motorische begeleiding... Er is duidelijk sprake van leerproblemen, maar of dit nu apart als dyslexie benoemd moet worden, is niet duidelijk. Leerproblemen zijn in dit geval misschien niet zozeer een aparte entiteit, maar het gevolg van de informatieverwerking die eigen is aan autisme. Ook zijn afleidbaarheid binnen de klascontext kan hierbinnen worden gekaderd. Wat het team de grootste zorgen baart, is dat hij op dit moment te weinig leert en een te grote leerachterstand aan het opbouwen is ondanks zijn goede intellectuele mogelijkheden. De vrees is reëel dat die achterstand enkel nog groter zal worden omdat de basisvaardigheden onvoldoende verworven zijn. Binnen het regulier onderwijs krijgt Lander te weinig ontwikkelingskansen omdat er onvoldoende rekening gehouden kan worden met het feit dat hij informatie op een andere manier verwerkt. Het buitengewoon onderwijs met een specifieke werking voor kinderen met autisme kan daar wel rekening mee houden. Daarnaast kan men daar ook aandacht schenken aan de ontwikkeling van zijn sociaal-communicatieve vaardigheden en kunnen zijn motorische problemen gericht aangepakt worden.

Discussie

Het blijkt in de praktijk zeer moeilijk te zijn om ontwikkelingsstoornissen in ‘zuivere’ vorm terug te vinden (Gilger & Kaplan, 2001; Kaplan et al., 2001). De bovenstaande casus illustreert dat comorbiditeit de moeilijkheidsgraad van de problematiek vergroot. Dit heeft enerzijds gevolgen voor diagnostiek en behandeling binnen de klinische praktijk, maar anderzijds ook voor de theorieontwikkeling via

wetenschappelijk onderzoek (Jensen, Martin, & Cantwell, 1997). Een belangrijk gevolg voor de klinische praktijk is dat er bij een vermoeden van een bepaalde ontwikkelingsstoornis zorgvuldig gescreend zal moeten worden voor andere stoornissen die er frequent mee geassocieerd zijn. Het bestaan van comorbiditeit noodzaakt een breed assessment dat toelaat zo veel mogelijk diagnostische informatie te verzamelen. Een multidisciplinaire aanpak is in dit geval het meest aangewezen. Het stellen van diagnoses in het veld van de ontwikkelingsstoornissen is niet alleen een complex proces maar is bovendien ook zeer specialistisch. Het is dus belangrijk dat de diagnosticus over de nodige 'knowhow' beschikt. Het COS hanteert een uitgebreid onderzoeksprotocol (oudergesprek, observatie, testbatterij) waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Het voordeel van een dergelijke grondige diagnostiek is dat ze toelaat de complexiteit van comorbide stoornissen beter te vatten waardoor de kans toeneemt dat een kind met een complexe problematiek de meest passende behandeling zal krijgen. Bij het diagnostische proces van deze casus willen we twee opmerkingen maken. Ten eerste is het zo dat vooral de zwaktes van Lander naar voren gekomen zijn. Dit heeft te maken met het feit dat het COS binnen een beperkt tijdsbestek tot een gegronde diagnose wil komen en niet zozeer handelingsgericht wil werken. Het COS zal voor verdere aanpak, begeleiding en behandeling doorverwijzen naar een gespecialiseerde voorziening. Met het oog op deze behandeling zal het uiteraard belangrijk zijn om ook de sterktes van het kind verder in kaart te brengen. Enkel door het inventariseren van het complete beeld van sterktes en zwaktes kan het meest optimale behandelingsplan opgezet worden (Gilger & Kaplan, 2001). Een tweede opmerking heeft betrekking op het stellen van meervoudige diagnoses. In principe laten de diagnostische criteria van DCD geen bijkomende diagnose van autisme toe (volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR]). Toch blijken dubbeldiagnoses in de praktijk soms nodig om kinderen de juiste behandeling te kunnen geven. Bij kinderen die slechts een diagnose krijgen en daar dan afzonderlijk voor behandeld worden, zie je dat ze jarenlang in het hulpverleningscircuit blijven rondlopen. Lander heeft er bijvoorbeeld een hulpverleningsweg van 7,5 jaar op zitten, waarin hij steeds voor elk nieuw deelprobleem apart werd behandeld, zonder afdoende resultaten. Bijkomende diagnoses zijn evenwel enkel gerechtvaardigd als ze een meerwaarde bieden voor de aanpak van het betrokken kind. Bij Lander zien we dat de leerproblemen en de afleidbaarheid in eerste instantie aan autisme worden toegeschreven. Aangepast onderwijs en ruime aandacht voor de sociaal-communicatieve beperkingen en de nood aan structuur, voorspelbaarheid zullen in de behandeling centraal staan. Follow-up zal uitwijzen of de bijkomende diagnose en specifieke aanpak ter zake nuttig en wenselijk zijn. Het bestaan van comorbiditeit moet niet alleen binnen de klinische maar ook binnen de wetenschappelijke wereld ernstig worden genomen. Wetenschappelijk onderzoek met groepen is erop gericht om algemene uitspraken te doen over een bepaalde klinische populatie. Door de grote comorbiditeit is het echter zeer moeilijk te achterhalen of de onderzochte cognitieve kenmerken wel echt eigen zijn aan de onderzochte stoornis (Pennington & Ozonoff, 1996). Ook hier zal het belangrijk zijn om zorgvuldig te screenen voor mogelijke comorbide problemen vooraleer deelnemers in de studie te includeren. Enkel dan zal groepsonderzoek een betrouwbaar beeld geven van mogelijke markers die onderliggend zijn aan de stoornis in kwestie. Dit is niet alleen belangrijk voor de theorievorming rond ontwikkelingsstoornissen maar ook voor de klinische praktijk. Als we bijvoorbeeld vinden dat kinderen met autisme over het algemeen werkgeheugenproblemen hebben maar op visueel-ruimtelijk vlak geen deficits vertonen, dan kunnen we in de therapeutische praktijk bij het individuele kind met een diagnose autisme nagaan of dit ook voor hem/haar het geval is en kan enerzijds de begeleiding gericht zijn op het trainen van het werkgeheugen en kan anderzijds geadviseerd worden visualisaties te gebruiken om te compenseren voor het gebrek aan structuur. Omgekeerd kunnen casussen als die van Lander nieuwe impulsen geven aan theorievorming en wetenschappelijk onderzoek. Ze kunnen ons bijvoorbeeld doen nadenken over de zin en onzin van categoriale diagnostische classificaties. Het frequent samen voorkomen van ontwikkelingsstoornissen is wellicht niet toevallig. Ze hebben allemaal te maken met een verstoord functioneren van het frontostriatale systeem in de hersenen. Welke stoornis zich het duidelijkst manifesteert, hangt wellicht af van hoe dit systeem bij een individu is aangetast als gevolg van een combinatie van genetische en omgevingsfactoren (zie ook Bradshaw & Sheppard, 2000). Onderzoek zal verder moeten uitwijzen of een dimensionale benadering van ontwikkelingsstoornissen niet meer zinvol is. Maar zolang we daar geen duidelijk zicht op hebben en zolang onze geestelijke gezondheidszorg 'categoriaal' georganiseerd is, is het voor de klinische praktijk op dit moment het meest aangewezen om elk kind alle diagnoses te geven waar het recht op heeft.

Conclusie

In het land van de ontwikkelingsstoornissen is comorbiditeit eerder de regel dan de uitzondering (Gilger & Kaplan, 2001). We hebben met deze casus proberen aan te tonen dat men niet enkel binnen het wetenschappelijk onderzoek maar zeker ook binnen de klinische praktijk hier rekening mee moet houden. Negeren van comorbiditeit leidt enerzijds tot nutteloze onderzoeksbevindingen en anderzijds tot eenzijdige begeleiding en interventies. Meervoudige diagnoses zijn soms nodig om voor het individuele kind een geschikt behandelingsplan te kunnen opmaken en om toegang te kunnen krijgen tot bepaalde hulpverleningsdiensten en onderwijsopties.

Noot

1. De term DCD of coördinatieontwikkelingsstoornis verwijst naar problemen met het goed op elkaar afstemmen en coördineren van bewegingen waardoor kinderen een achterstand hebben in hun motorische ontwikkeling.

Literatuur

- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Bradshaw, J. L., & Sheppard, D. M. (2000). The neurodevelopmental frontostriatal disorders: Evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain and Language*, 73, 297-320.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Gilger, J. W., & Kaplan, B. J. (2001). Atypical brain development: A conceptual framework for understanding developmental learning disabilities. *Developmental Neuropsychology*, 20, 465-481.
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Kaplan, B., Crawford, S., Cantell, M., Kooistra, L., & Dewey, D. (2006). Comorbidity, co-occurrence, continuum: What's in a name? *Child Care Health and Development*, 32, 723-731.
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 555-565.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.

Summary

High rates of comorbidity present a serious threat to the assessment of developmental disorders. Research as well as clinical practice question the idea that a developmental disorder can be seen as an isolated phenomenon. The single case study of Lander illustrates the consequences of the denial of comorbidity and the importance of multiple diagnoses in children that suffer from a variety of symptoms. Additionally, the role of comorbidity in research on developmental disorders is discussed.