

Herkenning van autismespectrumstoornissen bij volwassenen

M.W.Hengeveld, L.van Londen en R.J.van der Gaag

Zie ook het artikel op bl. 1365.

Dames en Heren,
Autisme en aanverwante pervasieve ontwikkelingsstoornissen – kortweg: autismespectrumstoornissen – bij kinderen worden steeds vaker herkend door ouders, onderwijzers en artsen. Wanneer een kind met een autismespectrumstoornis echter gemiddeld tot hoog begaafd is, kan deze ontwikkelingsstoornis tot ver in de volwassenheid onopgemerkt blijven. Dergelijke kinderen kunnen dankzij hun begaafdheid vaak nog redelijk meekomen in de overzichtelijke schoolse omgeving. Maar sommigen lopen vast in hun studie, anderen pas in hun beroep, wanneer meer eisen worden gesteld aan hun sociale vaardigheden, flexibiliteit en organisatievermogen. Weer anderen lopen vast in hun relatie, zeker wanneer er meer eisen worden gesteld aan emotionele wederkerigheid. Ook wordt de diagnose vaak niet gesteld doordat de kenmerken van een autismespectrumstoornis verscholen kunnen gaan achter andere psychiatrische symptomen, zoals angst, depressiviteit, dwangmatigheid of agressie.¹

In deze les willen wij u daarom drie patiënten presenteren bij wie pas op volwassen leeftijd de diagnose 'autismespectrumstoornis' werd gesteld, soms lang nadat een andere psychiatrische diagnose was gesteld. Met deze voorbeelden willen wij bereiken dat u de kenmerken van autismespectrumstoornis bij gemiddeld tot hoog begaafde volwassenen sneller zult herkennen.

Patiënt A is een 41-jarige, gehuwde man die door de huisarts wordt verwezen naar de psychiater vanwege een 'dreigende burn-out'. Hij heeft sinds een jaar klachten van vermoeidheid, hoofdpijn, futloosheid, 'een vol hoofd', moeite om te ontspannen en concentratieproblemen. Hij kan niet tegen drukte. De oorzaak van deze klachten ligt volgens hem in een combinatie van spanningen thuis en op het werk. Werk stapelt zich op, ook thuis. Hij kan niet goed onderscheid maken tussen wat belangrijk is en wat niet. Bovendien is hij hardleers; hij maakt keer op keer dezelfde fout. 'Het leven gaat niet vanzelf', hij zit structureel in tijdnood. Hij kan

geen plannen maken, de dag niet overzien. Hij laat zich vaak duipen, heeft het niet op tijd door als hij in de maling wordt genomen en voelt zich dan een hulpeloos kind, niet thuis in deze wereld. Hierin lijkt hij overigens op zijn vader.

Patiënt was tien jaar geleden ook 'overwerkt' en is toen behandeld door een psycholoog wegens 'verwerking van een traumatische jeugd'. Zijn moeder begreep hem niet, sloeg hem en zei dat hij het altijd beter wist – 'hetgeen ook zo was'. Hij heeft sterk de neiging om de waarheid te spreken, ook als dit hem in een moeilijk parket brengt, en is daarin heel koppig. Hij heeft zich sinds zijn jeugd onzeker gevoeld en anders dan anderen en werd geregeld in elkaar geslagen zonder te weten waarom. Later heeft hij dit verklaard als een gevolg van zijn hoogbegaafdheid. Hij noemt zichzelf motorisch onhandig, en had dyslexie. Wel is hij cum laude afgestudeerd.

Patiënt 'vlucht in hobby's': fotografie en oude camera's. Daar weet hij alles van, hij bouwt ook zelf camera's. Daarnaast is hij gefascineerd door de Duitse industriepolitiek van voor de Tweede Wereldoorlog. En hij 'verzamelt' zijn dromen, die vaak in de middeleeuwen spelen. Hij heeft ook weerstand tegen nieuwe dingen leren, zoals geld pinnen. Aan kleding geeft hij nauwelijks geld uit: 'dat is zinloos en zonde'. Hij draagt een spijkerbroek en een door zijn moeder gebreide trui. Als het aan hem lag, zou hij alleen maar Brinta eten. Pijn en warmte voelt hij nauwelijks, maar hij is wel overgevoelig voor licht. Oogcontact is bijna een pijnlijke ervaring: 'alsof de mensen door je heen kijken'.

Bij psychiatrisch onderzoek wordt een man gezien die er veel jonger uitziet dan zijn kalenderleeftijd. Hij is bij de opeenvolgende afspraken steeds hetzelfde gekleed. Patiënt kijkt de onderzoeker niet recht aan. Hij heeft veel woorden nodig om zijn verhaal te doen. Zijn intelligentie wordt geschat op hoogbegaafd. Hij neemt vragen letterlijk en kan in discussie raken over trivialiteiten. De stemming is somber en gespannen; het affect moduleert. Hij spreekt snel en met veel nadruk, met een soms overslaande stem.

Wij concluderen dat patiënt een autismespectrumstoornis heeft, gezien zijn beperkingen in de sociale interacties en de communicatie en zijn stereotiepe belangstellingen (symptomen 1a, 1d, 2a, 2c, 2d, 3a, 3b en 3d in tabel 1). Omdat hij waarschijnlijk vóór zijn derde levensjaar geen ontwikkelingsachterstand had, luidt de diagnose 'stoornis van Asperger' (tabel 2). Patiënt krijgt psycho-educatie en arbeidshulpverlening, en er worden relatiegesprekken gevoerd samen met zijn echtgenote. Hij voelt zich nu veel beter en functioneert goed op zijn werk.

Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

Hr.prof.dr.M.W.Hengeveld, psychiater.

Transparant, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Leiden.

Mw.dr.L.van Londen, psychiater.

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

Hr.prof.dr.R.J.van der Gaag, kinder- en jeugdpsychiater (tevens: Karakter,

Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Nijmegen).

Correspondentieadres: hr.prof.dr.M.W.Hengeveld

(m.w.hengeveld@erasmusmc.nl).

TABEL 1. Symptomen van autismespectrumstoornissen*

symptomen	voorbeelden
1. kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties	
a. duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag	moeite hebben met begrijpen van lichaamstaal, mimiek en gebaren van anderen; geen of weinig gebaren of gezichtsuitdrukkingen vertonen; moeite hebben met anderen aankijken, of met een strakke, borende blik; niet goed met de ogen iets kunnen uitdrukken
b. er niet in slagen om tot relaties te komen	moeite hebben met het leggen en onderhouden van contacten; moeite hebben om vrienden te maken; geen of weinig kennissen en vrienden hebben; geen of weinig rekening houden met anderen in het contact; geen of weinig behoefte hebben aan contact met andere mensen; dingen liever alleen doen dan met anderen; er last van hebben als andere mensen te dichtbij komen; niet goed kunnen samenwerken; gespannen of onrustig worden in grotere gezelschappen
c. tekort in het spontaan met anderen delen van plezier, bezigheden	geen of weinig behoefte hebben om persoonlijke ervaringen met een ander te delen; moeite hebben met vragen van hulp
d. afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid	moeite hebben met goed luisteren naar anderen, met reageren op anderen, met begrijpen wat er van je verwacht wordt en met aanvoelen van de gevoelens van anderen; niet goed begrijpen van emoties van anderen, bijvoorbeeld waarom iemand boos of geïrriteerd wordt; moeite hebben met het herkennen van eigen emoties en met het uiten van gevoelens
2. kwalitatieve beperkingen in de communicatie en de verbeelding	
a. achterstand in de ontwikkeling van de gesproken taal	moeite hebben met spreken of begrijpen van taal en met zichzelf goed uit te drukken; beter zijn in geschreven dan gesproken taal; moeite hebben met begrijpen wat anderen bedoelen en met begrijpen van niet-letterlijk taalgebruik, te letterlijk nemen wat anderen zeggen; moeite hebben met begrijpen van grapjes, ironie, sarcasme; monotone spraak vertonen, of vreemde intonatie, of een ongewoon ritme, of te harde of te zachte spraak; ongewone hoogte van de stem
b. beperkingen in het vermogen om een gesprek te beginnen en te onderhouden	moeite hebben met sociale conversatie, met 'babbelen'; moeite hebben met telefoneren
c. stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik	overbeleefde, formele, plechtstatige boekentaal gebruiken, als een notaris; gebruiken van steeds dezelfde, eigenaardige woorden
d. beperkingen in het voorstellingsvermogen	moeite hebben met 'doen alsof'; weinig fantasie hebben of zich juist te veel laten meeslepen door fantasie; moeite hebben met zich dingen voorstellen, met dingen verzinnen en bedenken, met zich voorstellen hoe iets aan te pakken, met plannen en organiseren, met zich tot dingen zetten die men wél wil en met het invullen van een onverwachts vrije dag; niet houden van romans, speelfilms of soaps, wel van non-fictie, nieuws, documentaires, natuurfilms, slapsticks of tekenfilms; moeite hebben met het overzien van de gevolgen van eigen handelen
3. beperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten	
a. sterke preoccupatie met één of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling	zich sterk bezighouden met een bepaald onderwerp, belangstelling; veel informatie verzamelen en alles willen weten over een onderwerp; lang praten over een bepaald onderwerp, belangstelling; verzamelen van niet-nuttige zaken
b. duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen	behoefte aan steeds hetzelfde; zomer en winter dezelfde kleren dragen; moeite hebben met onverwachte situaties of veranderingen; moeite hebben als dingen niet gaan zoals gedacht of gewenst; niet graag spontaan iets doen; moeite hebben met nieuwe, onbekende plaatsen of situaties, met overschakelen op iets anders en met stoppen van bezigheden; moeilijk na een onderbreking weer de draad oppakken; in paniek raken door kleine veranderingen; moeite hebben met twee of meer dingen tegelijk doen; voorkeur hebben voor gestructureerde activiteiten
c. stereotiepe en zich herhalende motorische manieren	onhandige, houterige manier van bewegen, veel struikelen; verstrakken van de motoriek bij opwinding of stress; herhaalde, doelloze, soms ritmische bewegingen maken
d. voortdurende preoccupatie met voorwerpen en feiten	graag kijken naar draaiende of bewegende voorwerpen, treinen; voorkeur hebben voor getallen; sterk geheugen hebben voor feiten en getallen; meer kennis van feiten hebben dan begrijpen van betekenissen; graag met de computer werken; overal patronen in proberen te ontdekken; moeilijk kunnen 'jokken' uit sociale wenselijkheid of om bestwil; niet tegen onrecht kunnen
4. begeleidende symptomen	
a. bijzonderheden in de waarneming en de prikkelverwerking	slecht tegen harde geluiden of fel licht kunnen; meer of juist minder gevoelig zijn voor pijn; niet houden van onverwacht aangeraakt worden; weinig last hebben van warmte of kou; een moeilijke eter zijn, sterke voorkeuren en afkeuren voor voedingsmiddelen hebben; de neiging hebben aan dingen of kleren te voelen of te ruiken; bepaalde stoffen niet prettig vinden aanvoelen; bepaalde kleuren niet prettig vinden; last hebben van hoofdpijn, een te vol hoofd; graag iets in handen hebben om mee te friemelen; meer oog hebben voor details dan voor het geheel
b. moeite met de beheersing van impulsen	plotseling optredende irritatie, woede of agressiviteit; moeite hebben met wachten

*Gebaseerd op DSM-IV² en op voorlichtingsmateriaal van het Centrum Autisme Leiden (www.centrumautisme.nl), aangevuld met vragen op de website van Personen uit het Autisme Spectrum (www.pasnederland.nl). De classificatie van de stoornis op grond van de symptomen staat in tabel 2.

TABEL 2. Classificatie van pervasieve ontwikkelingsstoornissen volgens DSM-IV²

pervasieve ontwikkelingsstoornis	totaalaantal symptomen*	beperkingen in de sociale interacties	beperkingen in de communicatie en de verbeelding	beperkte belangstelling en activiteiten
autistische stoornis	≥ 6	≥ 2 (al vóór het 3e levensjaar)	≥ 1 (al vóór het 3e levensjaar)	≥ 1
stoornis van Asperger	≥ 3	≥ 2	≥ 0 (maar als kind geen achterstand in de ontwikkeling van taal, cognitieve functies en gedrag)	≥ 1
pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS)	≥ 3 en ≤ 5	≥ 1	≥ 0	≥ 0

*De symptomen staan in tabel 1.

Patiënt B is een 32-jarige student die op advies van een vriendin van zijn moeder – die vriendin heeft een broer met de stoornis van Asperger – voor een second opinion wordt verwezen naar een autismecentrum. Sinds zijn tiende jaar heeft hij momenten van afwezigheid, wegdromen in zijn eigen wereldje, waarbij hij dingen beleeft waarvan later blijkt dat ze niet gebeurd zijn. Op de basisschool wordt hij ‘de kleine professor’ genoemd. Volgens zijn ouders is er in die tijd sprake van éénrichtingsverkeer in de communicatie, waarbij patiënt slecht naar anderen luistert. Bij een beroepskeuzeonderzoek op 16-jarige leeftijd wordt hij beschreven als een ‘in zekere zin wat merkwaardige jongeman’ die uitspraken doet ‘die men eerder van een oude wijze man zou verwachten’. Hij wordt mishandeld bij de ontgroening, waarop hij stemmen gaat horen en complottheorieën ontwikkelt. Na een ongeval aan zijn hand in de studentensociëteit wordt hij door de revalidatiearts, aan wie opvalt dat hij ‘op een bijzondere wijze communiceert’, verwezen naar een psychiater. Zo komt hij in dag- en poliklinische behandeling voor schizofrenie, later gecombineerd met een depressieve stoornis. Antipsychotische en antidepressieve medicatie doet de symptomen afnemen. Hij loopt intussen vast in verschillende technische studies, heeft een Wajong-uitkering en woont bij zijn moeder. Patiënt zou als kind een ongestoorde spraakontwikkeling hebben gehad.

Bij psychiatrisch onderzoek valt op dat patiënt bij het geven van een hand te dichtbij komt staan. Hij spreekt vrij luid en aan één stuk door in bloemrijke, abstracte en metaforische taal, waarbij hij niet let op de reacties van de onderzoeker. Hij heeft weinig besef van zijn gedrag en hoopt alleen van de antipsychotische medicatie af te kunnen. Zijn executieve functies zijn gestoord: hoewel de motivatie er wel is, komt hij tot niets, doordat hij niet goed kan plannen. Zijn intelligentie wordt als hoogbegaafd ingeschat. Zijn motoriek is housterig en onhandig. Hij heeft vrij dunne, lange vingers die hij bij ontspanning in extensie houdt.

Onze conclusie is dat patiënt de stoornis van Asperger

heeft, met de symptomen 1a, 1d, 2a, 2c en 3c in tabel 1, maar zonder ontwikkelingsachterstand als kind, met secundair een psychotische stoornis in remissie. Ook deze patiënt krijgt psycho-educatie over zijn aandoening. Daarnaast wordt hem een lage dosis van een antipsychoticum voorgeschreven. Hij krijgt gedragstherapie gericht op het aanleren van ‘beurtgedrag’ in de verbale communicatie. Hij doet inmiddels vrijwilligerswerk. Het plan is dat hij begeleid gaat wonen en dat er een bewindvoerder wordt aangesteld. Zijn welbevinden is verbeterd.

Patiënt C is een 25-jarige vrouw die op kamers woont en een uitkering heeft krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Zij is al jaren in behandeling bij een psycholoog-psychotherapeut en komt dagelijks op een vaste tijd even langs bij de huisarts. De klachten zijn begonnen toen zij 16 was, na een verhuizing. Zij kreeg toen een fixatie met eten. Zij weegt nu 52 kg bij een lengte van 1,66 m. Zij heeft een behandeling gehad voor anorexia nervosa, zonder resultaat. Verder is er bij haar onder meer gedacht aan een dysthyme stoornis, dat wil zeggen een chronische, lichte depressie, een borderlinepersoonlijkeitsstoornis en aan een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Patiënte wordt al jaren behandeld met het antidepressivum paroxetine. De huisarts verwijst haar op haar verzoek naar de psychiater voor beoordeling van de antidepressieve medicatie.

Bij het opnemen van de speciële anamnese door de psychiater vertelt patiënte dat zij altijd hetzelfde eet, bijvoorbeeld alleen drie soorten groente. Bloemkool en rijst kunnen volgens haar niet samengaan, anders wordt het ‘te wittig’. Alles met vet is ongezond. Zij eet bij voorkeur knapperige, knisperende, krakende voedingsmiddelen. ‘Kleverig, glibberig of sponzig’ eten staat haar tegen. Hongergevoel kent zij niet echt, soms voelt zij zich ‘wat gammelig’, maar dan bepaalt de klok of zij gaat eten. Na het eten gaat zij altijd wandelen, anders ‘blijft het eten plakken’. Minder dan 50 kg wil zij niet wegen, want zij wil niet te dun zijn:

‘dan zit je op de botten en krijg je het koud’. Haar vader heeft ook veel vaste gewoonten bij het eten: hij legt bijvoorbeeld zijn eten op een vaste manier op zijn bord. Volgens haar komen deze gewoonten van zijn moeder, haar oma: ‘Die is niet gezellig, en wilde ’s avonds altijd al weten hoeveel boterhammen je de volgende ochtend zou gaan eten.’

Omdat deze symptomen de psychiater eerder doen denken aan een autismespectrumstoornis dan aan een eetstoornis, vraagt deze door naar andere kenmerken van een autismespectrumstoornis. Patiënte bevestigt moeite te hebben met sociale contacten: ‘Ja, waar ga je het over hebben met elkaar? En hoe lang moet dat gesprek dan duren? Hoe lang praat je heen en weer?’ Met een vriendin van school zat zij zwijgend haar boterham te eten. Spontaan iets vertellen zal zij niet gauw doen. Zij heeft nooit een vriend gehad. Op haar eentje komt zij ook de dag wel door, al lijdt zij eronder dat zij wel eenzaam is. Als een medebewoonster van de flat haar aanspreekt, blijft zij het liefst op de gang staan, zodat het gesprek niet te lang duurt. Taal vindt zij moeilijk, zij moet lang nadenken, zij wil graag precies zijn en struikelt wel eens over een woord. ‘Getallen, ja, die zijn leuk! Ik onthoud de nummerborden van auto’s erg goed. Er loopt trouwens een spin achter u op de muur!’ Bij de psycholoog wordt zij steeds afgeleid door geluiden van de verwarming. ‘Als er een blaadje valt, ben ik helemaal uit mijn verhaal.’ Hoge tonen doen pijn aan haar oren. Knipperlichten trekken direct haar aandacht. Zij draagt het hele jaar door een trui en een broek, nieuwe kleren trekt zij niet aan. Zij heeft twee lange rokken, maar draagt die niet: ‘Al die luchtigheid om me heen is niet prettig.’ Van de vroege ontwikkeling van patiënte is alleen bekend dat zij een teruggetrokken kind was.

Bij psychiatrisch onderzoek wordt een vrouw gezien die veel jonger oogt dan haar kalenderleeftijd en op een kinderlijk naïeve wijze contact legt. Zelf geeft zij aan zich ongeveer als een 12-jarige te voelen. Zij maakt nauwelijks oogcontact. Haar aandacht is snel afgeleid door details in haar omgeving. Zij heeft wel besef van het ongewone van haar gedachten en gedrag. Haar executieve functies zijn gestoord in de zin dat zij haar leven alleen met behulp van schema’s en vaste routines kan organiseren. Haar intelligentie is naar schatting van gemiddeld niveau. Het valt op dat zij uitdrukkingen en spreekwoorden op een wonderlijke, verkeerde manier gebruikt. Patiënte is overgevoelig voor zintuiglijke prikkels. Haar stemming is somber, met suïcidale gedachten. Zij spreekt monotoon met een hoge stem. In haar gedrag is zij dwangmatig, alles moet volgens regels; zo is zij gewoon alles in haar omgeving eerst te tellen.

Wij concluderen dat patiënte formeel alleen voldoet aan de criteria voor de stoornis van Asperger (symptomen 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 2d, 3b en 3d in tabel 1), maar waarschijnlijk heeft zij een autistische stoornis, gezien het aantal en de ernst van de beperkingen in de sociale interacties en de communicatie. Naast uitgebreide psycho-educatie krijgt

patiënte wekelijks woonbegeleiding en worden haar financiën door haar vader beheerd. Medicamenteus wordt zij behandeld met een antidepressivum en een lage dosis van een antipsychoticum, waardoor zij minder rigide gedrag heeft. Haar sociale functioneren is verbeterd.

Kenmerken van autismespectrumstoornissen bij volwassenen.

Autismespectrumstoornissen worden gekenmerkt door (a) beperkingen in de ontwikkeling van wederkerige sociale contacten, (b) beperkingen in de verbale en non-verbale communicatie en verbeelding en (c) beperkte en rigide patronen van interesse en gedrag (zie tabel 1). De uitingvormen kunnen per individu en per leeftijdsfase echter sterk verschillen. Zo kan een peuter met autisme zeer in zichzelf gekeerd zijn en het contact actief uit de weg gaan. Hetzelfde kind kan als 10-jarige een schuwe contactname vertonen, waarbij het geen initiatieven neemt, maar zich passief laat benaderen. Op jongvolwassen leeftijd zien wij dan een jongeman die bijvoorbeeld gepreoccupeerd is met trainen en te pas en vooral te onpas voorbijgangers lastig valt met verhalen over de nieuwste ontwikkelingen bij de spoorwegen. De gezamenlijke noemer bij deze wisselende presentatie is dat de wederkerige afstemming op andere personen ontbreekt. Soortgelijke variatie kan men ook beschrijven op het gebied van de communicatie, lopend van weinig spontaan sprekend tot het zeer welbespraakt debiteren van kennis zonder zich af te vragen of het gelegen komt of storend is. De interesses kunnen heel fysiek zijn (alleen bepaalde kleding willen dragen) of intellectueel (alle uitslagen van tien jaar voetbalcompetitie kennen). Sommige mensen met een autismespectrumstoornis kunnen een totaal gebrek aan fantasie en voorstellingsvermogen hebben, waarbij zij alle taal heel letterlijk nemen, terwijl anderen een ongebreidelde fantasie hebben.¹

Subclassificatie en herkenning. Het gangbaarste classificatiesysteem in de psychiatrie, de DSM-IV, onderscheidt binnen de groep pervasieve ontwikkelingsstoornissen bij kinderen of adolescenten 5 stoornissen.² De belangrijkste 3 hiervan zijn de autistische stoornis (het klassiek autisme), de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS). De diagnostische criteria van deze 3 stoornissen binnen het autismespectrum staan vermeld in tabel 2. PDD-NOS is een restcategorie die in de DSM-IV nog niet goed is gedefinieerd. Het gaat om personen die door hun gebrek aan sociale sensitiviteit en eenzijdige starheid ernstig beperkt worden in hun sociaal-emotionele ontwikkeling, maar ook vaak in hun schoolse en beroepsmatige ontplooiing. Met een aantal symptomen van tenminste 3 en ten hoogste 5, met in ieder geval een symptoom binnen het domein ‘sociale interacties’, blijkt deze groep goed te onderscheiden van personen zonder autismespectrumstoornis aan de ene kant en volledige autisme aan de andere kant.¹

Bovendien moet er duidelijk sprake zijn van lijden of beperkingen in het sociaal functioneren om van een psychiatrische stoornis te mogen spreken.

Bij gemiddeld begaafde tot hoogbegaafde volwassen patiënten bij wie de diagnose pas op volwassen leeftijd is gesteld, zijn de betrouwbaarheid en de validiteit van deze diagnostische criteria echter nog niet onderzocht. Er treden tevens begeleidende symptomen op, zoals vermeld aan het einde van tabel 1. Ook hebben deze patiënten vaak disfunctioneel gedrag afgeleerd en compenserende sociale strategieën aangeleerd, waardoor het klinisch beeld afwijkt van de syndromen die kinderpsychiaters zien. Tenslotte komen naast of ten gevolge van de autismespectrumstoornis dikwijls andere psychiatrische symptomen of aandoeningen voor, zoals symptomen van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), depressieve symptomen, angstklachten, dwangsymptomen en verslaving. De gevoeligheid voor het ontstaan van een psychose in de vroege volwassenheid is, vooral bij patiënten met PDD-NOS, hoog.^{1 3}

In de praktijk hoeft de huisarts, medisch specialist of sociaal geneeskundige geen formele diagnose binnen het autismespectrum te stellen. Het belangrijkste is dat de arts aan de hand van de voorbeelden in de rechter kolom van tabel 1 de symptomen van een autismespectrumstoornis herkent, ook bij patiënten bij wie in eerste instantie een andere psychiatrische stoornis of handicap is gediagnosticeerd. Voor de specialistische diagnostiek kan de arts vervolgens de patiënt verwijzen naar een psychiater of psycholoog met expertise op dit terrein, of naar één van de autismedentra (zie bijvoorbeeld de websites van de Nederlandse Vereniging voor Autisme (www.autisme-nva.nl) en van het Kenniscentrum Autisme Nederland (www.kcan.nl)).

Dames en Heren, wanneer de diagnose 'autismespectrumstoornis' is gesteld, geeft dit vaak grote opluchting: veel van de problemen die de patiënt in zijn leven is tegengekomen, kunnen nu beter worden geplaatst. Autismespectrumstoornissen zijn weliswaar niet te genezen, maar aan de gevolgen ervan voor de patiënt en diens partner is veel te doen. De bij-

komende psychiatrische stoornis kan worden behandeld, er kan een training worden gegeven in sociale vaardigheid en in emotieherkenning, er kan gezocht worden naar beter passend werk, de partner kan worden geholpen in de omgang met de patiënt, enzovoorts. Kortom: de patiënt kan zijn of haar leven anders gaan inrichten en leren omgaan met de handicap, of met 'zijn andere mix van sterke en zwakke eigenschappen', zoals patiënt A het noemt.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 februari 2008

Literatuur

- 1 Buitelaar J, Gaag RJ van der. Ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. In: Hengeveld MW, Balkom AJLM van, redacteuren. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2005. p. 451-66.
- 2 American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij diagnostische criteria van de DSM-IV. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995.
- 3 Horwitz EH, Ketelaars CEJ, Lammeren AMDN van, redacteuren. Autismespectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen. 2e dr. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2008.

Abstract

Recognition of autism spectrum disorders in adults. – Autism spectrum disorder was diagnosed in three adults. The first patient, a married man aged 41, was referred to a psychiatrist with 'impending burn-out'. The second was a 32-year-old male student with schizophrenia and a depressive disorder who was referred to a centre for autism because a friend of his mother's knew someone with Asperger's syndrome. The third patient was a 25-year-old woman with a 'fixation on food' who was referred by her general practitioner to a psychiatrist for evaluation of longstanding use of antidepressant medication. Autism used to be thought of as a condition of childhood. Only recently has the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders become the focus of attention in adult psychiatry. It is made all the more difficult as during development into adulthood, the expression of disorders of reciprocal social interaction, communication, imagination and repetitive stereotypical thinking and actions, change.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:1353-7