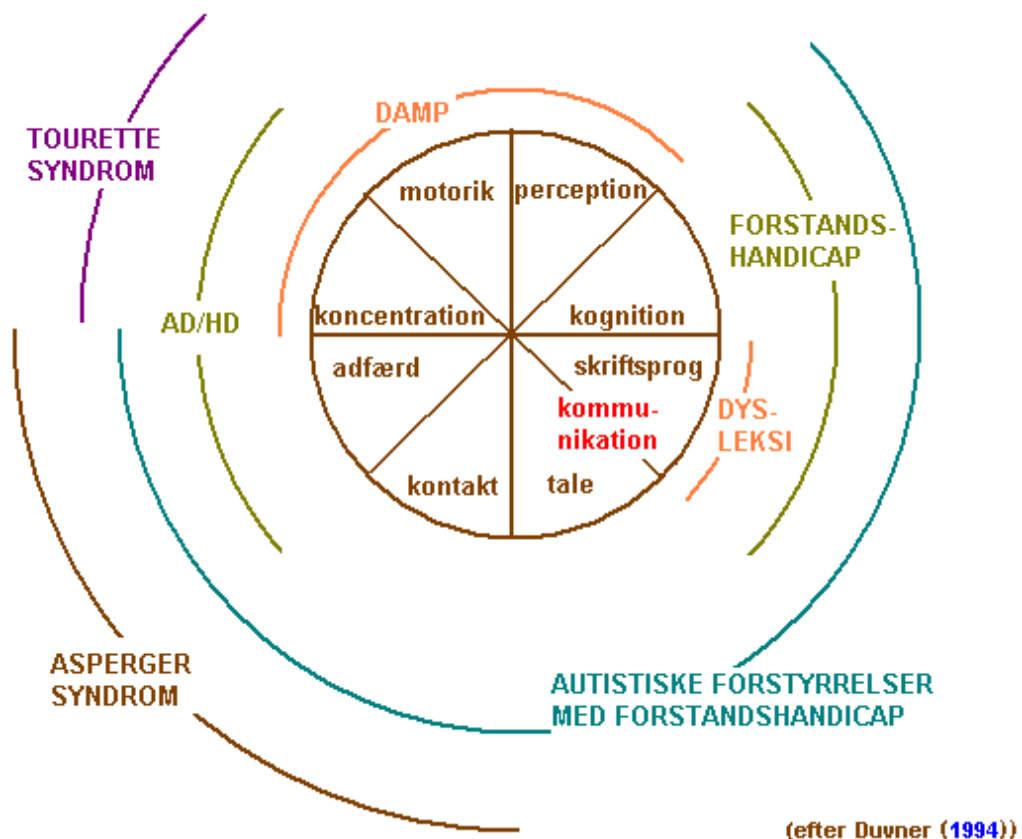


VREEMD

een artikel over ouderen met een autisme spectrum stoornis



Lian Bakker
Artikel MGZ-GGZ
Hogeschool van Amsterdam
Docentbegeleider Annemarie v.d. Voet
November 2006

Inleiding

De Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) geeft aan dat op basis van recente epidemiologische studies uit het buitenland blijkt dat bij 0,58% van de bevolking een autisme spectrum stoornis (hierna ASS genoemd) voorkomt. Het komt 4 keer zoveel bij mannen voor dan bij vrouwen. ASS komt overal ter wereld in vergelijkbare mate voor en is niet gebonden aan een sociaal-economische klasse.

De kennis over en aandacht voor aandoeningen uit het autistisch spectrum heeft in Nederland nog maar een korte geschiedenis. Onderzoek en studie richten zich vooral op kinderen. Ouderen zijn opgegroeid in een tijd waarin er geen aandacht was voor deze problematiek. Aangezien ASS een chronische handicap is, vermoed ik dat er veel ouderen zijn waarbij de diagnose niet of onjuist gesteld is. Ik vind het belangrijk dat de problematiek van ouderen met ASS begrepen wordt, zodat de bejegening kan worden aangepast aan de specifieke behoeftes.

Op de ambulante afdeling ouderen waar ik werk zijn 520 cliënten ingeschreven.

Niemand heeft de diagnose ASS. Voor zover ik na kan gaan, is deze diagnose in het verleden ook nooit gesteld. Dit roept bij mij vraagtekens op.

Ook in de vakliteratuur is niets te vinden over ouderen met ASS. Informatie voor dit artikel haal ik uit ervaringen en ik maak een vertaalslag vanuit de literatuur over kinderen en volwassenen met ASS naar ouderen.

In dit artikel wil ik me verdiepen in de volgende vraagstelling:

Hoe kan de SPV een stoornis uit het autistisch spectrum herkennen bij ouderen met een normale begaafdheid zodat de bejegening kan worden aangepast aan de specifieke behoeftes?

In eerste instantie vermeld ik de gegevens uit een verkennend onderzoek. Ik ga in op het begrip ASS, de symptomen zoals de SPV die kan zien en het onderscheid van ASS met andere ziektebeelden. Vervolgens geef ik aan wat de SPV met deze kennis kan. Tot slot worden enkele conclusies uit het stuk beschreven.

Dit artikel richt zich op de SPV, maar ik hoop dat iedere andere hulpverlener aangemoedigd wordt om alert te zijn op de kenmerken van ouderen met ASS om zo meer begrip voor deze doelgroep te krijgen.

Verkennend onderzoek

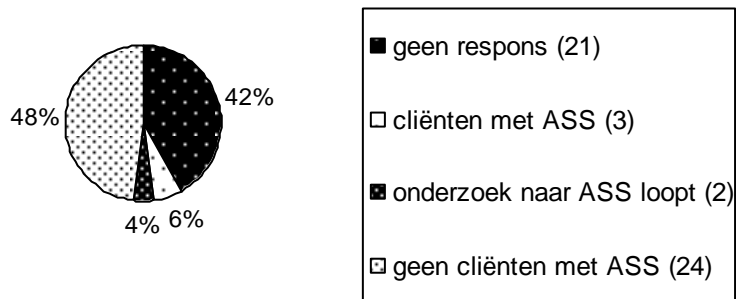
Om een idee te krijgen of hulpverleners van de GGZ bekend zijn met ouderen met ASS heb ik 50 vragenlijsten gestuurd naar 6 verschillende ambulante afdelingen. Ik heb respons gekregen van 29 mensen. Twee vragen van de vragenlijst zijn:

- Zijn er cliënten in uw case-load die een diagnose hebben binnen het spectrum van autistische stoornissen?
- Zijn er cliënten in uw case-load die geen diagnose hebben binnen het spectrum van autistische stoornissen, maar waarover u wel twijfelt?

Uit de eerste vraag blijkt dat er in totaal 3 hulpverleners zijn die aangeven cliënten met de diagnose ASS in hun case-load te hebben. Zij zijn werkzaam op dezelfde afdeling. Binnen deze afdeling laten 2 andere hulpverleners weten bezig te zijn met het

onderzoek naar ASS. Deze cliënten staan nu ingeschreven met een persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie.

case-load met ASS



Uit de tweede vraag blijkt dat 8 hulpverleners twijfelen over de juiste diagnose van hun cliënt. Ze vinden het moeilijk een duidelijk onderscheid met andere stoornissen te maken.

Er wordt spontaan door 6 hulpverleners vermeld de diagnose ASS te kunnen missen door een gebrek aan kennis. Hier is geen vraag over gesteld.

Uit dit onderzoek kan ik concluderen dat de meeste hulpverleners van de onderzochte ambulante ouderenafdelingen niet bekend zijn met cliënten met ASS. Slechts 6 % geeft aan hiermee wel bekend te zijn. Door hun onbekendheid hiermee zullen zij het beeld niet snel herkennen. Het zou kunnen zijn dat cliënten zich hierdoor minder begrepen voelen en dat de problematiek minder hanteerbaar is voor zowel de cliënt als de hulpverlener.

Onbegrip bij de omgeving en niet adequaat reageren van de omgeving kan verergering van de symptomen en klachten geven en soms tot gedragsproblemen leiden (Delfos, 2005).

Autisme Spectrum Stoornis

Tot de ASS (pervasieve ontwikkelingsstoornissen genoemd in de DSM-IV) behoren volgens de DSM-IV classificatie:

- autistische stoornis (299.00)
- stoornis van Asperger (299.80)
- pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anders omschreven (299.80)

De Stoornis Rett (299.80) en de Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (299.10) laat ik buiten beschouwing, gezien het afwijkende beeld en het beloop.

Wanneer iemand ASS heeft, zijn er bijzonderheden in het gedrag op drie gebieden:

- kwalitatieve beperkingen in de verbale en non-verbale communicatie;
- kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties;
- beperkte zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten, stoornissen in het verbeeldend vermogen.

Het hoofdkenmerk is de stoornis in het sociale contact. Deze contactstoornis manifesteert zich in verschillende verschijningsvormen, variërend van extreme afzijdigheid in het contact, passief afwachtend maar wel reagerend op uitnodigend

contact van de ander, tot claimend en bizar gedrag, overslaand naar grenzeloosheid in het contact .

Zowel het inzicht in wat anderen voelen en denken als het doorzien van sociale situaties is gestoord. Doorgaans is er sprake van allerlei varianten van bovenbeschreven problematiek. Het blijft echter voornamelijk eenrichtingsverkeer (Delfos, 2005).

Volgens de huidige stand van de wetenschap is ASS een aangeboren informatieverwerkingsstoornis, die diep doordringt tot in alle facetten van de persoonlijke ontwikkeling en levenslang aanwezig blijft. Mensen met ASS ervaren dus hun hele leven beperkingen en problemen ten gevolge van hun stoornis. De oorzaken van ASS zijn nog niet volledig bekend. Er wordt verondersteld dat erfelijkheid een rol speelt en dat er meerdere genen betrokken zijn. Ook zijn er aanwijzingen voor structurele afwijkingen in de hersenen (Delfos, 2005).

ASS manifesteert zich in de regel in de kindertijd. Bij de ouderen van nu was er in de kindertijd doorgaans geen aandacht voor de sociale ontwikkeling. Het nagaan van het beloop van de ontwikkeling van een kind is een krachtig instrument om uiteindelijk de diagnose zo volledig mogelijk en zeker mogelijk te stellen. Anders gezegd: bij het ontbreken van een ontwikkelingsanamnese is een lichte ASS, zeker bij ouderen, vrijwel niet te onderscheiden van een beeld dat door een mengeling van andere oorzaken is ontstaan, b.v. teruggetrokkenheid, rigide/dwangmatig gedrag, etc. Later in dit artikel kom ik terug op de problematiek van het onderscheiden van ASS van diverse andere ziektebeelden.

Het feit dat er wordt gesproken over een spectrum van autisme betekent ook dat elk mens met ASS uniek is. Zo bestaan er dus niet twee personen met deze stoornis die precies hetzelfde ziektebeeld hebben. Het verschilt per individu en per leeftijd in ernst en verschijningsvorm. Wel hebben zij een aantal overlappende gedragskenmerken, die binnen de waaier vallen van wat we ASS noemen. Het is m.i. belangrijk dit te beseffen zodat er niet alleen naar de groep (het etiket) wordt gekeken, maar vooral naar het individu.

Symptomen die voorkomen bij ouderen met ASS

Zoals hiervoor vermeld, staat in de DSM-IV beschreven aan welke items een ASS moet voldoen. De meeste SPV zijn niet bekend met ouderen met ASS.

Om het beeld wat concreter te maken, zodat de ouderen met ASS sneller herkend kunnen worden, volgen hier mogelijke symptomen (vrij vertaald naar Delfos, 2005, Horwitz e.a., 2004).

Symptomen binnen het domein communicatie:

Mensen met ASS hebben vaak een monotone stem die weinig aansluit bij de gespreksinhoud en de emoties daar omheen. Ze praten te hard of te zacht. Zinnen van anderen worden vaak herhaald. De communicatie is arm aan emotie. Gesprekken lopen vaak net wat anders dan je verwacht. Stiltes bij de afhoudende of passieve ouderen duren vaak wat langer dan gemiddeld. Bij de actieve persoon kan het ontbreken van stiltes een bron van irritatie zijn. Er is geen tweerichtingsverkeer in de communicatie. Ze pakken vaak de bedoeling van een vraag of opmerking niet op, waardoor er continu verduidelijking gevraagd wordt. Veelal wordt gezegd dat “hij niet weet wat hij moet zeggen” vooral in de sociaal ongestructureerde situaties. Ze hebben moeite met het selecteren van wat meer en minder belangrijk is.

De taalinhoud kan iets te clichématig zijn met onecht woordgebruik. De taal wordt letterlijk genomen. Het kost moeite wanneer er een verschil is tussen een verbale en een non-verbale uiting.

Sommigen zijn verbaal zeer begaafd. Dit verhoudt zich niet tot wat ze waar kunnen maken.

Men is loyaal aan het gezag zolang het gezag als rechtvaardig wordt beoordeeld. Binnen relaties wordt opgemerkt dat de ouderen niet anticiperen op de wensen van de ander. Sociale noden worden niet gesignaleerd of niet begrepen.

Symptomen binnen het domein van sociaal begrip en interactie:

Mensen met ASS maken vaak geen oogcontact. Ze kijken naar beneden, of naar buiten, of hebben een “lege” blik in de ogen. De gelaatsuitdrukking is constant. De lichaamshouding vaak strak, niet variërend met de sociale situatie. De handen worden vaak stil gehouden.

Aanraken wordt niet als prettig ervaren, zeker niet in onverwachte situaties.

Ze hebben moeite om te begrijpen wat er in een ander omgaat, hoe het gedrag van de ander tot stand komt en wat hun eigen gedrag voor gevolgen heeft voor de mensen om hen heen. Er is een gebrekkig zelfinzicht. Door een verminderd anticiperen binnen sociale processen is een persoon met ASS vaak wat traag in de interactie en voelt hij zich wat overvallen.

Meestal ontbreekt een adequate vriendschap. Als er vriendschappen zijn, hebben deze een nogal eenzijdig karakter. Sociaal inzicht ontbreekt waardoor er sociale blunders mogelijk zijn.

Symptomen binnen het domein van stereotype gedragingen en interesses:

Mensen met ASS hebben moeite met veranderingen in hun dagelijkse routine, onverwachte gebeurtenissen en onvoorspelbaar gedrag van een ander. Er is sprake van rigide gedrag.

Als er onverwachte veranderingen plaatsvinden, kan de persoon angstig of agressief worden of in paniek raken. Het inzicht en het overzicht nemen af. De gedragsproblematiek neemt toe.

Ook is de persoon geneigd te diep ergens in geïnteresseerd te raken. Een ander aspect is de snelle gewoontevorming en het blijven hangen in gedachten. Bij het verstoren van de gewoonte is er een snelle ontstemming. Soms is er een neiging tot verzamelen van nutteloze voorwerpen.

Er kunnen dwangmatige tics aanwezig zijn.

Mensen met ASS kunnen overgevoelig of juist ongevoelig voor prikkels zijn.

Sommigen kunnen niet tegen harde geluiden en fel licht, anderen hebben een hoge pijngrens.

Casus

Dhr. v.d. Molen is 71 jaar en heeft tot 2 jaar geleden nooit contact gehad met de GGZ. Hij werd toen opgenomen op de PAAZ nadat in korte tijd zijn moeder en een oom overleden. Hij kreeg iemand op bezoek van de woningbouwvereniging om de woning te inspecteren en reageerde daar zeer paranoïde op. Cliënt heeft altijd alleen gewoond. Hij

heeft nooit een relatie gehad omdat hij geen kinderen wilde. Op school had hij geen vrienden. Hij heeft lange tijd als kok en als heftruckchauffeur gewerkt. Op de PAAZ wordt, o.a. gezien de voorgeschiedenis, de geobserveerde achterdocht en de merkwaardige spraak, een persoonlijkheidsstoornis met cluster A trekken gediagnosticeerd. Een heteroanamnese kan niet worden afgenomen. Cliënt verhuist met veel moeite en zeer intensieve begeleiding naar het verzorgingshuis. Hij raakt gewend aan de andere omgeving en het gaat goed. Hij krijgt ondersteuning bij de dagelijkse dingen. Hij is gehecht aan zijn vaste patronen. Als ik hem bezoek, is hij zeer breedsprakig en spreekt monotoon. Hij kijkt mij nauwelijks aan en lijkt in zijn verhaal niet te wachten op een reactie. Hij heeft contact met de mensen op het dagbestedingsproject, maar dit wordt niet als relatie ervaren. Vanaf het eerste moment twijfel ik aan de diagnose.

Complexe diagnostiek

De diagnostiek van ASS bij ouderen met een normale begaafdheid staat nog in de kinderschoenen. Specifieke screeningsinstrumenten om ASS bij ouderen vast te stellen ontbreken. Er is geen protocol en er zijn geen aanbevelingen.

Het zal niet eenvoudig zijn om de zo belangrijke ontwikkelingsanamnese uit de jeugd af te nemen. Ouders leven niet meer. Hopelijk herinneren broers en zussen zich gebeurtenissen uit de kindertijd.

Veel kenmerken van het gedrag zijn verbleekt naarmate de leeftijd vordert. Ouderen zijn experts geworden in het camoufleren en compenseren van hun tekortkomingen en kennen talloze trucs waardoor de ASS niet meer opvalt. Ze hebben zich veel sociale regels aangeleerd.

Uit de volwassenenpsychiatrie blijkt dat mensen, die op latere leeftijd de diagnose ASS krijgen, zich vaak met andere problemen hebben aangemeld. Hierbij valt te denken aan: relatieproblemen, depressie, agressie. Of hun zoon krijgt de diagnose ASS, waarna ze gaan beseffen toch wel veel van deze problematiek bij zichzelf te herkennen.

Mede omdat er nog zo weinig bekend is over ouderen en ASS denk ik dat het zinnig is ook bij ouderen bedacht te zijn op aanmeldingen met andere problematiek.

In het artikel uit de PSY spreken Bos en Dijkstra over twee verschillende groepen ouderen met ASS. De ene groep heeft hun hele leven geen contact gehad bij de GGZ. Ze wisten zich min of meer zelfstandig te redden. Totdat er iets gebeurde waardoor hun leven ingrijpend veranderde. Hun moeder overleed, ze gingen met pensioen of ze moesten naar het verzorgingshuis. Aan deze verandering konden ze zich niet meer aanpassen.

De andere groep ouderen heeft wel een lange geschiedenis bij de GGZ achter de rug. Ze hebben verschillende diagnoses gekregen, variërend van psychotisch, obsessieve persoonlijkheidsstoornis tot een ontwikkelingsstoornis. Maar er is nooit echt duidelijk geweest wat er aan de hand was. Er zijn altijd twijfels gebleven.

De meeste verwarring komt voor bij de diagnostiek rondom persoonlijkheidsstoornissen, angsten, schizofrenie en tics. Enerzijds is het belangrijk een onderscheid te maken, anderzijds moet men beseffen dat er ook sprake is van een hoge co-morbiditeit tussen ASS en diverse andere stoornissen. Ik zal me hierna richten op de verschillen tussen de diverse stoornissen.

Verschillen tussen ASS en andere stoornissen bij ouderen

Zorgvuldig omgaan met het stellen van de diagnose is in het belang van de cliënt. Het is m.i. dan ook belangrijk dat dit op multidisciplinaire basis gebeurt.

Om de SPV wat handvaten te geven over het onderscheid van ASS met andere stoornissen, vermeld ik achtereenvolgens verschillen tussen ASS en persoonlijkheidsstoornissen, angsten, schizofrenie en tics (informatie uit Horwitz e.a., 2004).

Persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis op oudere leeftijd is moeilijk te onderscheiden van ASS.

Er is sprake van een overlap tussen uitingsvormen van verschillende persoonlijkheidsstoornissen en ASS. Hierbij kan worden gedacht aan: sociaal teruggetrokken bij schizoïde en schizotypisch persoon, gebrek aan empathie bij antisociaal en narcistisch persoon, problemen sociale interactie bij vermijdend persoon en starheid bij obsessief compulsief persoon.

Het onderscheid is vooral zichtbaar in de uitingsvorm en in de totstandkoming ervan. ASS en persoonlijkheidsstoornissen zijn beide ziektebeelden met een vroeg begin, een breed terrein van beperkingen en een chronisch beloop. Het begin van de uitingsvormen van de persoonlijkheidsstoornissen ligt in de adolescentie of de vroege volwassenheid. Voor ASS in de vroege jeugd. Bij de persoonlijkheidsstoornissen ligt de nadruk op de pathologische karaktertrekken, bij ASS ligt de nadruk op de stoornis in het sociale contact.

Angsten

Symptomen van een stoornis in het autistische spectrum zijn al voor het 3^{de} jaar aanwezig en daarmee dus ook de contact- en communicatiestoornis. Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS) ontstaat tussen het 6^{de} en 18^{de} jaar. Een sociale fobie ontstaat vaak tussen de 12 en de 18 jaar.

Contact- en communicatiestoornissen ontbreken bij de OCS en de sociale fobie. Een sociale fobie wordt gekenmerkt door een intense angst voor sociale situaties. Dit kan overlappen met het hoofdsymptoom van autistische stoornissen, namelijk: beperking in de sociale interactie.

Mensen met een sociale fobie zijn bang om afgewezen te worden. Degenen met ASS merken dat sociale situaties niet goed verlopen, maar ze weten niet waar dat aan ligt. Ze weten niet wat er van hun verlangd wordt.

De dwanggedachten of dwanghandelingen bij OCS hebben vaak betrekking op obsessies, wassen, controleren en tellen. De dwangverschijnselen bij ASS hebben vaak betrekking op aanraken, zelfbeschadiging, ordenen en vragen. Het dwangmatige gedrag bij ASS is bedoeld om overzicht te scheppen en te behouden.

Schizofrenie

Bij de meerderheid van mensen met schizofrenie is een achterstand in sociale-, gedrags- en intellectuele ontwikkeling op de kinderleeftijd niet aanwezig. In de levensloop van een persoon met ASS is er voor het 6^{de} levensjaar een afwijkende ontwikkeling op meerdere levensgebieden.

Bij schizofrenie is sprake van formele denkstoornissen. Deze bestaan uit misinterpretatie van de betekenis of onduidelijke verbanden tussen de verschillende zinnen. Dit is niet kenmerkend voor ASS. De inhoudelijke denkstoornis/waan die past bij schizofrenie moet niet verward worden met de obsessieve gedachten die passen bij

ASS. Zowel bij ASS als bij schizofrenie ziet men stereotiepe bewegingen optreden, die echter anders van aard zijn. Zo ziet men bij schizofrenie vaak het nabootsen van de mimiek of de bewegingen van de ander. Bij ASS ziet men een lichte vorm van fladderen, rondjes draaien of hoofdbewegingen. Deze bewegingen worden overigens vooral op latere leeftijd vaak verborgen gehouden of gecamoufleerd.

Tics

Net als bij Gilles de la Tourette (GTS) kan er ook bij ASS sprake zijn van tics. Bij ASS manifesteren de eerste tekenen zich voor het 3^{de} levensjaar, bij GTS voor het 18^{de} levensjaar. Bij ASS zijn de problemen altijd aanwezig, ook al zullen ze soms wat minder duidelijk worden. Bij GTS is er sprake van een fluctuerend verloop. Ook mensen met GTS hebben problemen met vriendschappen. Ze hebben een slecht begrip van sociale regels en vertonen sociaal onaangepast gedrag.

Taken binnen het domein van de SPV

Na aandacht te hebben besteed aan het vergroten van de herkenning van ASS bij ouderen, wil ik nu ingaan op het domein van de SPV.

In het beroepsdeelfprofiel (2004) staat vermeld “ Van sociaal-psychiatrische zorgverlening is sprake bij zorgvragers met psychiatrische- of ernstige psychosociale problemen, die aanleiding geven tot sociaal disfunctioneren. De SPV werkt outreachend en motiveert zorgvragers. Ook degenen die daar niet om vragen, maar tegelijkertijd zichtbaar en dringende behoefte hebben aan sociaal-psychiatrische zorgverlening.”

“De SPV-zorgverlening vereist een flexibele instelling, maar met een hoge mate van beoogde professionaliteit, waarbij vanuit rolmodellen het zelfzorgmanagement van de zorgvrager en zijn naasten wordt begeleid. Deze werkwijze stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden van de SPV. Zij initieert, onderhoudt en beëindigt de communicatie met de zorgvrager op professionele wijze. Zij past de stijl van communiceren aan het gewenste niveau van de zorgvrager en zijn sociale context”

De wisselwerking tussen de mens en zijn systeem staat tijdens het werk van de SPV voorop. ASS komt vooral tot uiting in de relatie van de mens met zijn systeem. Door de beperkte mogelijkheden van de mens met ASS op het gebied van communicatie en sociale interactie verkeert hij vaak in een isolement.

Dit profiel maakt de SPV bij uitstek de functionaris binnen de GGZ die zich moet richten op onderkenning van een mogelijke ASS en de begeleiding van deze persoon.

Vervolg van de casus

Onlangs ging het niet goed met dhr. v.d. Molen. Hij rookt altijd in de binnentuin. Maar deze keer zat de deur op slot en kon hij dus niet naar de tuin. Sindsdien is hij van slag. Hij reageert agressief, achterdochtig, verwaarloost zichzelf, en is nauwelijks benaderbaar. Er wordt medicatie voorgeschreven voor de achterdocht. Ik heb consultatie aan de begeleiding gegeven over het belang van structuur, passende communicatie, en veiligheid. Na een aantal weken functioneert dhr. v.d. Molen weer zoals gewoonlijk. Hij verzorgt zichzelf weer en accepteert contact.

Dit beeld doet mij erg denken aan ASS. Aangezien de cliënt weer in evenwicht is, heeft hij er naar mijn idee geen baat bij dat er heronderzoek wordt gedaan. Dhr. v.d. Molen functioneert goed met een benadering die past bij mensen met ASS.

Mogelijkheden voor de SPV

Er zijn diverse behandelingsmogelijkheden voor mensen met ASS. Te denken aan: psycho-educatie, medicatie, lotgenotencontactgroep, systeemondersteuning, dagbesteding. Er worden overal zorgprogramma's ontwikkeld voor kinderen met ASS en ook steeds meer voor volwassenen met ASS. Deze behandelingsmogelijkheden zal ik hier niet bespreken. Zij staan beschreven in de diverse zorgprogramma's.

Wat betreft de ouderen met ASS hebben we nog een inhaalslag te maken. Als de hulpverlener voldoende kennis heeft en het beeld herkent, kan de bejegening worden aangepast zodat de ouderen zich geaccepteerd en gerespecteerd voelen. Hier zal ik uitgebreid op in gaan.

Over het algemeen kan gesteld worden dat structuur (in communicatie, tijd, ruimte, persoon) rust, duidelijkheid, consequent gedrag en weinig veranderingen dan wel verrassingen van positieve invloed zijn op het gedrag van mensen met ASS.

Het houdingsaspect bij de hulpverlener hoort rustig, gelijkmatig, ondersteunend, structurend, directief en sturend te zijn.

Hierna volgen een aantal concrete aanbevelingen die van belang zijn in de hulpverlening aan ouderen met ASS (vrij vertaald naar Delfos, 2005, en v.d. Veen-Mulders, 2005).

Inhoud van de communicatie:

- In concrete taal praten.
- Op situaties anticiperen door deze voor te bespreken.
- Informatie herhalen en controleren of deze is overgekomen.
- Sociale situaties en gevolgen uitleggen.
- Bij afspraken/ instructies zeggen wat je verwacht in stellende vorm.
- Details in een breder kader plaatsen om overzicht te bevorderen.
- Bij grote spanningen eerst geruststellen. Niet de strijd aangaan op het toppunt van stress. Pas later ingaan op de inhoud.

Vorm van de communicatie:

- Om zeker te weten dat de ander aandacht heeft voor de informatie is het belangrijk dat de hulpverlener dichtbij (maar niet binnen 1 meter) de ander is. Soms werkt het goed als eerst de naam wordt genoemd.
- Zorg voor een rustige omgeving
- Meestal werkt het het beste als de hulpverlener probeert zijn toon, lichaamshouding en gezichtsuitdrukking zo neutraal mogelijk te houden. Mensen met ASS hebben moeite met het goed inschatten van non-verbale signalen. Als ze tegelijk op de inhoud en op de vorm van de communicatie moeten letten, is het moeilijk om alles met elkaar te combineren.
- Het tempo van het gesprek laag houden. Het interne schakelen van de persoon kost tijd.

Structuur bieden in tijd:

- Activiteiten opdelen in kleine overzichtelijke tijdseenheden, niet alles tegelijk bespreken.
- Aanhouden van vaste tijden voor vaste activiteiten, juist ook in periodes waarin andere structuren wegvallen.

- Afspraken opschrijven, en je aan de afspraak houden.
- De duur van het gesprek zo kort mogelijk houden.

Structuur bieden in de ruimte:

- Zorg voor weinig prikkels in een ruimte.
- De eigen omgeving dient zodanig georganiseerd te zijn dat de persoon er 'blindelings' zijn weg kan vinden, hij moet uit de omgeving af kunnen lezen wat waar wordt gedaan.
- Prikkels ordenen en visueel maken, b.v. het koppelen van activiteiten aan vaste ruimtes, het ordenen van hulpverlenerinformatie op papier.

Structuur bieden in persoon:

- Zoveel mogelijk dezelfde hulpverlener.
- De taken en mogelijkheden van de hulpverlener moeten duidelijk zijn.
- Aandacht voor continuïteit.
- Met zo min mogelijk mensen tegelijk contact, liefst 1 op 1 situatie.

Het stellen van regels:

Dit is o.a. van belang bij de overgang naar een woon- of dagbestedingvoorziening.

- De regels moeten helder en concreet zijn.
- De regels moeten consequent en consistent gehanteerd worden.

Verder is het van belang om niet alleen te kijken naar de handicap, maar vooral ook de gezonde kanten aan te spreken. Mensen met ASS hebben een stoornis, ze zijn geen stoornis. Net als ieder ander hebben ze veel positieve krachten die gebruikt kunnen worden.

Bovendien hebben ze door hun ASS een aantal kenmerken die het contact vergemakkelijken. Ze zijn toegewijd in hun relaties. Ze denken concreet en discussiëren logisch. Ze hebben geen geheime agenda's. Ze zijn in de regel eerlijk, niet rancuneus en hebben een goed geheugen.

Tot slot

In dit artikel heb ik getracht voor de SPV mogelijke herkenningspunten te beschrijven van ouderen met ASS. Zeker op oudere leeftijd is het heel moeilijk om onderscheid te maken tussen ASS en andere ziektebeelden. Om uiteindelijk tot de diagnose ASS te komen, is het onontbeerlijk meer te weten te komen over de ontwikkeling in de jeugd. Of de diagnose ASS op oudere leeftijd gesteld moet worden, moet m.i. per individu worden bekeken. Er moet worden afgewogen of het iets toevoegt voor die persoon. Van sociaal psychiatrische zorgverlening is sprake bij zorgvragers met psychiatrische of ernstige psychosociale problemen, die aanleiding geven tot sociaal disfunctioneren. De SPV is daarom bij uitstek geschikt om zich te richten op ouderen met ASS.

Als de SPV voldoende kennis heeft en het beeld herkent, kan de bejegening worden aangepast. Over het algemeen kan worden gesteld dat structuur, rust, duidelijkheid, consequent gedrag en weinig veranderingen dan wel verrassingen, van positieve invloed zijn op het gedrag van de persoon met ASS.

Bij twijfels over een mogelijke ASS bij ouderen is het raadzaam de bejegening zodanig aan te passen dat de persoon zich begrepen voelt en hierdoor problemen worden voorkomen.

Het lijkt mij zinvol als hulpverleners in de ouderensector meer kennis hebben van ASS om aansluiting te vinden en de ouderen naar eigen tevredenheid te laten functioneren. GGZ-instellingen en opleidingen moeten inspelen op deze deskundigheidsbevordering. M.i. is ASS bij ouderen een landelijk onderzoek waardig, om zo meer kennis te vergaren over deze specifieke doelgroep.

Bronnen

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- AVVV (2004). *Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. Utrecht.
- Bos, M., Dijkstra, M. (2004). *Verlag workshop autisme*. Heiloo: Van Foreest Centrum.
- Delfos, M. F. (2005). *Een vreemde wereld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Delfos, M. F. Gottmer, M. (2006). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Haddon M. (2004). *Het wonderbaarlijke voorval met de hond in de nacht*. Amsterdam/Baarn/Antwerpen: Uitgeverij Contact/De Fontein.
- Horwitz E.H. e.a. (2004). *Autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Rooijen van, M. (2005). *Autistische oudere lijkt niet te bestaan*. PSY, 9 (6), p. 4-5.
- Veen-Mulders van der, L. e.a. (2005). *Sociaal onhandig*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Interviews met diverse hulpverleners van ambulante afdelingen Jeugd, Volwassenen en Ouderen (2006).

Interviews met mensen met ASS (2006).

www.autisme-nva.nl

www.balans.nl

www.pasnederland.nl