

## Kan het zijn dat mijn man autistisch is?



Zorgstandaard: Autisme

DEZE CASUS KOMT UIT

# Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden

**A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker** (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?  
Neem dan contact op via [info@akwaggz.nl](mailto:info@akwaggz.nl). *Zo lang de voorraad strekt.*

---

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.  
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV  
Internet: [www.boompsychiatrie.nl](http://www.boompsychiatrie.nl)  
E-mail: [klantenservice@boompsychiatrie.nl](mailto:klantenservice@boompsychiatrie.nl)  
ISBN 978 90 5898 0786

**Akwa**  
**GGZ** Alliantie kwaliteit  
Geestelijke  
Gezondheidszorg

# Kan het zijn dat mijn man autistisch is?

*Jan Buitelaar, Ton van Balkom*

## Zorgstandaard: Autisme

Een 35-jarige man bezoekt met zijn echtgenote een vrijgevestigde praktijk voor psychotherapie. Zijn vrouw heeft lang op hem moeten inpraten voordat hij zich door de huisarts naar de polikliniek liet verwijzen. Uiteindelijk gaf haar dreigement ‘anders van hem te gaan scheiden’ de doorslag. Hij zegt dat zijn vrouw hem veel te afstandelijk en veel te zakelijk vindt, en dat ze geen goed emotioneel contact met hem kan krijgen. Ze kan niet goed met hem praten. Het feit dat hij haar verjaardag vergat, was voor haar de druppel die de emmer deed overlopen en was de reden om bij de huisarts een verwijzing te vragen. Ze heeft onlangs in een tijdschrift een artikel gelezen over autisme bij volwassenen en herkent haar man sterk in de beschrijvingen. Hij zegt erg op te gaan in zijn werk als computerprogrammeur en tevreden te zijn met het leven dat hij leidt. Het echtpaar heeft twee kinderen (12 en 14 jaar).

### Dilemma

De psychotherapeute die de intake gaat doen, bespreekt de informatie van de verwijsbrief met haar intervisieteam, zodat ze beter voorbereid de anamnese kan afnemen. Ze vraagt zich af of ze wel geschikt is om de diagnostiek naar autisme lege artis uit te voeren. Haar teamleden stellen haar gerust: professionals in de ggz hebben immers in principe voldoende kennis om elke psychiatrische diagnose te stellen. De teamleden geven aan dat er naast de anamnese, een heteroanamnese nodig is, zo mogelijk van iemand die de patiënt als kind heeft gekend, en ze vermoeden dat één uur voor de anamnese en één uur voor de heteroanamnese in eerste instantie voldoende moet zijn voor globale diagnostiek. Wat vindt u van dit advies?

### ***Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?***

De aanpak is niet optimaal: het zou beter zijn geweest dat het anamnesegesprek wordt afgenomen door een professional die in autisme gespecialiseerd is. De tijdsindicatie die het intervisieteam aangeeft, is erg krap gesteld. Op basis van een inventarisatie onder ervaren diagnostici kan de benodigde tijdsduur van het diagnostetraject

oplopen tot ongeveer 12-14 uur. Daarnaast kan er nog 8 uur aanvullende diagnostiek nodig zijn om inzicht te krijgen in het functioneren van de patiënt op diverse levensgebieden. Meestal is een korter diagnostisch traject afdoende. Men onderscheidt handelingsgerichte diagnostiek, die inzicht biedt in de mate en de wijze waarop de patiënt met autisme omgaat met verschillende levensgebieden en classificerende diagnostiek, die leidt tot een DSM-5-classificatie.



#### **Zorgstandaard Autisme, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring.**

Conform het advies van haar team, maakt de psychotherapeute twee afspraken in het kader van de diagnostiek van autisme.

De patiënt vertelt dat hij zijn werk zo georganiseerd heeft dat hij weinig met andere mensen te maken heeft. Hij pauzeert op zijn kamer en houdt niet van allerlei gesprekjes in de wandelgangen. Hij weet ook niet zo goed waarover hij zou kunnen praten. Vergaderingen probeert hij zo veel mogelijk te mijden. Tegen telefoneren ziet hij op; thuis neemt zijn vrouw altijd de telefoon op of doet de deur open als de bel gaat. Aan verjaardagen heeft hij een hekel. Hij heeft geen vrienden, maar bezoekt wel af en toe een oude schoolkameraad met wie hij eindeloos en enthousiast praat over sciencefictionfilms en popmuziek. Wanneer zijn vrouw daarop aandringt, gaat hij bijvoorbeeld wel met haar mee naar het tienminutengesprek van zijn kinderen op school, maar hij laat haar dan het woord doen.

Zijn vrouw vertelt dat ze hem kent vanaf de middelbareschooltijd. Hij was toen een stille en in zijn gedrag weinig opvallende medeleerling, die uitblonk in wiskunde, natuurkunde en scheikunde. Wel kon hij opeens uit de band springen door allerlei niet te stuiten verhalen over films en muziek te uiten. Ze merkte al snel dat hij zich in sociaal opzicht moeizaam bewoog en dat het initiatief tot en het plannen van sociale activiteiten geheel op haar schouders ging rusten. Ze heeft leren leven met zijn toch wel erg rigide gewoonten en patronen en probeert hem hierin te ontzien. Zo wil hij 's avonds altijd op dezelfde tijd eten en worden activiteiten in het weekeinde in een rooster vastgelegd. Hij kan enorm humeurig en chagrijnig worden wanneer daar iets tussenkomt. Zo eenmaal per maand loopt dit uit op een driftbui, waarbij hij zijn vrouw en kinderen de huid vol scheldt of zelfs bedreigt. Zijn vrouw merkt dat ze hier steeds minder tegen kan en de omgang met hem als een knellende last gaat ervaren.

Bij het statusmentalisonderzoek ziet de psychotherapeut een formele, vriendelijke en wat verlegen man. Hij is merkbaar gespannen en heeft vochtige handpalmen. Het gesprek loopt enigszins stroef, doordat hij lang denkt en veel stiltes laat vallen. Zijn antwoorden zijn kort en zakelijk. Soms kijkt hij de

onderzoeker opeens lang en doordringend aan. De aandacht is goed, de stemming is neutraal. De motoriek is houterig en enigszins gemaniëreerd. Het psychiatrisch onderzoek levert verder geen bijzonderheden op.

De psychotherapeut maakt een derde afspraak voor een uitvoerige algemene, sociale en biografische anamnese. De patiënt wordt gevraagd naar de aanwezigheid, nu en vroeger, van stemmingsstoornissen, angststoornissen, comorbide ADHD, een ticstoornis, middelenmisbruik en dwangsymptomen. Hieruit komt naar voren dat hij als puber en daarna wel enkele depressieve perioden heeft gehad die gepaard gingen met school- of ziekteverzuim, suïcidale gedachten en eet- en slaapstoornissen. Concentratie en aandacht zijn nooit een probleem geweest, ook niet vroeger op school. Plotselinge driftbuien en ontladingen zijn er wel altijd geweest, vooral wanneer vaste gewoonten werden doorbroken. De patiënt weet weinig details te vertellen over zijn sociale ontwikkeling en contacten met leeftijdgenoten in de kindertijd. Hij werd zelden op verjaardagsfeestjes uitgenodigd en soms nam zijn moeder het initiatief om andere kinderen thuis uit te nodigen als speelkameraadjes. Aangezien zijn ouders overleden zijn en de patiënt enig kind is, is een heteroanamnese van iemand die hem als kind heeft gekend niet goed mogelijk.

---

### Dilemma

De psychotherapeute heeft op basis van boekjes van het consultatiebureau, oude fotoalbums, videomateriaal en oude schoolrapporten die de patiënt nog thuis had, ondersteuning gevonden in de diagnose 'autismespectrumstoornis'. Ze bespreekt met haar intake team hoe de behandeling eruit zou moeten zien. De teamleden vinden dat de kennis in een algemene psychotherapiepraktijk tekortschiet om iemand met een autismespectrumstoornis te behandelen en willen deze patiënt verwijzen naar een TOPGGz-instelling voor autisme. De psychotherapeute geeft aan dat daar een erg lange wachttijd bestaat en oppert dat zij intussen misschien al een begin met de behandeling kan maken. Wat zou er moeten gebeuren?

---

### ***Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?***

Er is nog te weinig informatie beschikbaar om de behandeling te kunnen starten: er heeft namelijk nog geen gesprek met de patiënt en zijn vrouw plaatsgevonden over hun behandelwensen en de knelpunten waar ze tegenaan lopen in het dagelijks leven. Alle beleidsbeslissingen worden gezamenlijk (behandelaar, patiënt en zijn systeem) genomen.

Omdat bij patiënten met autisme in verschillende fasen van de behandeling andere zorgvragen kunnen bestaan die een ander behandelkader vereisen, is het niet per definitie zo dat alleen een TOPGGz- de beste zorg kan leveren. Soms kan crisisinterventie nodig zijn, of generalistische zorg in de basis-ggz, soms psychotherapie en/of farmacotherapie in de specialistische ggz. Bij complexe autistische stoornissen en/of onvolledig herstel bij ingezet beleid, kan verwijzing naar de TOPGGz wel zinvol zijn.



**Zorgstandaard Autism, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding.**

De patiënt en zijn vrouw starten de behandeling bij de psychotherapeut. Ze krijgen psycho-educatie en maken samen met de behandelaar een voorlopig behandelplan dat bestaat uit eerste-stapinterventies, zoals het versterken van copingvaardigheden en het creëren van een voorspelbare omgeving. Ze worden lid van een patiëntenvereniging voor mensen met autisme en gaan naar een lotgenotencontactgroep.

### Dilemma

Bij de lotgenotengroep hoort de patiënt ook informatie over de mogelijkheden van medicatie. De psychotherapeut ontraadt hem het gebruik ervan, omdat er geen evidentie zou bestaan dat medicatie bij volwassenen met autisme effectief is. De patiënt houdt echter voet bij stuk en wordt daarom voor advies over farmacotherapie verwezen naar een vrijgevestigd psychiater met wie de psychologenpraktijk vaak samenwerkt. Heeft de psychiater de patiënt inderdaad niets te bieden op farmacologisch gebied?

### ***Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?***

Bij de autismespectrumstoornis is er geen wetenschappelijke evidentie voor een primaire medicamenteuze behandeling. Medicatie bij autisme kan goed worden ingezet voor de vermindering van mogelijke extra problemen, zoals hyperactiviteit, aandachtstekort, angst-, dwang- of stemmingsstoornissen. Er bestaat voorlopig nog geen medicatie die de kernsymptomen van autisme vermindert. De zorgstandaard adviseert voor volwassenen risperidon of aripiprazol bij overprikkeling en gedragsproblemen, antidepressiva bij repetitieve gedachten en repetitief gedrag. Farmacotherapie moet een onderdeel zijn van een breder zorgplan en dus altijd gecombineerd worden met andere interventies.



**Zorgstandaard Autism, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.6**  
**Tweede stap interventies: medicamenteuze behandeling.**

De psychiater besluit in overleg met de psychotherapeut, de patiënt en zijn vrouw om ook medicatie toe te voegen, omdat door de psychotherapie starheid en rituelen en daarmee samenhangende ontstemmingen en driftbuien onvoldoende verminderen. In overleg met de patiënt wordt gekozen voor een lage dosering risperidon (1 mg/dag).