

Herkennen van autisme bij ouderen

Cognitieve klachten

Meneer A, 79 jaar, komt met zijn echtgenote op het spreekuur. De patiënt fietst sinds zijn pensionering dagelijks afstanden van 40 tot 80 kilometer. Onlangs is hij verdwaald en in paniek geraakt, en nu vreest hij dat er sprake is van dementie. De patiënt wilde eerst niet naar de praktijk komen, omdat hij niet wist wat hem precies te wachten stond, zoals hij al zijn hele leven onbekende situaties vermijdt. Hij vertelt snel kwijt te zijn wat hij wilde vertellen. Dat had hij vroeger ook en daarom sprak hij nooit met onbekenden. Als hij onderbroken wordt in zijn verhaal, moet hij namelijk alles vanaf het begin opnieuw vertellen. Zijn echtgenote vertelt geëmotioneerd dat de patiënt dan een erg kort lontje heeft. Tegen buitenstaanders is hij uiterst correct, maar tegen haar gedraagt hij zich niet-empathisch en soms bot. Het dieptepunt was toen de patiënt pannen door de keuken had gesmeten omdat het avondeten te laat klaar was.

Op de MMSE scoort meneer A 29/30. De huisarts stelt hem gerust ten aanzien van zijn vrees voor dementie. Ze overweegt een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en verwijst hem vanwege de gedragsproblemen door naar de ouderensychiater.

Bij psychiatrisch onderzoek valt ernstige rigiditeit in denken en handelen op. De patiënt deelt al vanaf de vroege volwassenheid zijn dagen in strakke schema's in. Toen hij vanwege een reorganisatie meer moest samenwerken, ontwikkelde hij een burn-out en ging hij met prepensioen. Sindsdien hanteert de patiënt een strak dagschema van ochtendritueel, wandelen, lunchen en fietsen. Zijn echtgenote vertelt vanaf het begin van haar huwelijk intimiteit gemist te hebben. In tranen vertelt ze hoe haar man ging werken toen haar moeder op sterven lag – hij kon niet afwijken van zijn plannen, noch haar troosten. De ouderensychiater stelt de diagnose ASS. In het daaropvolgende jaar blijft er geen sprake van progressie van de milde geheugenstoornissen.

AUTISMESPECTRUMSTOORNIS

Huisartsen kunnen geconfronteerd worden met ouderen bij wie vooral sprake is van cognitieve klachten, gedragsveranderingen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, en van wie niet bekend is dat ze een autismespectrumstoornis (ASS) hebben. Het is van belang om ASS in deze gevallen ook in de differentiële diagnose op te nemen. Het is

Samenvatting

Videler AC, Wijffels SAM, Delescen ECM. Herkennen van autisme bij ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(4):xxx

Autismespectrumstoornissen (ASS) komen ook onder ouderen voor. Ze kunnen decennialang onopgemerkt blijven, tot de eisen die de veranderingen op latere leeftijd aan een persoon stellen, het beperkte aanpassingsvermogen overschrijden. Ouderen van wie niet bekend is dat ze ASS hebben, melden zich dan bij de huisarts met cognitieve klachten, gedragsveranderingen of onbegrepen somatische klachten. We raden aan ASS in deze gevallen ook in de differentiële diagnose op te nemen.

Gedragsveranderingen onder gewijzigde omstandigheden

De 73-jarige meneer B komt vergezeld door zijn echtgenote bij zijn huisarts. De patiënt is letterlijk stilgevallen: 's morgens verzorgt hij het ontbijt, om daarna de hele dag op de keukenstoel of de bank te blijven zitten. Behalve lichte nierfunctiestoornissen vindt het lab geen afwijkingen. MMSE en Kloktest zijn niet afwijkend. De echtgenote vertelt dat ze 'gek wordt van zijn niets-doen'. Nadat de patiënt op zijn 62ste is gestopt met werken als vrachtwagenchauffeur, heeft ze een daginvulling voor hem geregeld, omdat hij buiten zijn werk geen sociaal leven of hobby's had. Toen hij een knieoperatie moest ondergaan, heeft de patiënt zijn vrijwilligerswerk afgezegd en eenmaal thuis was hij stilgevallen. Vanwege de plotse knik in het functioneren vermoedt de huisarts een depressie en daarom verwijst hij meneer B naar de ouderensychiatrie.

Bij psychiatrisch onderzoek komt een atypisch depressief toe-standsbeeld naar voren. De patiënt is psychomotorisch geremd en rumineert over wat hij in zijn leven verkeerd heeft gedaan: hij vindt dat hij collega's en zijn kinderen verwaarloosd heeft. Op citalopram, 20 mg, vermindert het rumineren en verbetert de eetlust. Maar de patiënt blijft zeer inactief. De echtgenote kan het niet opbrengen om hem weer tot activiteiten aan te zetten. Onderliggend is boosheid voelbaar over wat ze emotioneel tekort is gekomen in het huwelijk. Hij nam taal vaak letterlijk, waardoor zij zich eenzaam voelde. Als schrijnend voorbeeld beschrijft ze hoe haar man na een lange zakenreis thuiskwam en zonder haar te groeten naar de keuken was gelopen. 'Heb je me niet gemist?', vroeg ze, waarop hij antwoordde: 'Gemist? Je mist een trein, toch niet je vrouw?'

Uit de heteroanamnese blijkt een levenslang patroon van onvermogen zich te verplaatsen in anderen en extreem veel moeite met het omgaan met onvoorspelbare veranderingen in het leven. De ouderensychiater stelt de diagnose ASS.

ingewikkeld om ASS bij ouderen te herkennen en te diagnosticeren, vooral door de uitgebreide psychiatrische en somatische comorbiditeit. Bovendien zijn de symptomen van ASS vaak minder opvallend bij ouderen, die gedurende hun leven een uitgebreider gedragsrepertoire hebben aangeleerd om hun beperkingen te camoufleren.

ASS omvat een spectrum van samenhangende symptomen, dat aanwezig blijft op volwassen leeftijd. ASS is een neuropsychiatrische aandoening die bij ongeveer 1% van de mensen voorkomt en erfelijkheid speelt een grote rol.¹⁻³ Pas het laatste decennium groeit de aandacht voor autisme bij ouderen.^{4,5} Volgens de DSM-5 is sprake van een ASS als er blijvende beperkingen zijn in de sociale communicatie en de sociale in-

De kern

- Autismespectrumstoornissen komen ook onder ouderen voor.
- Oudere patiënten melden zich meestal met cognitieve klachten, gedragsproblemen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.
- Overweeg dan ook een autismespectrumstoornis.
- Verwijs de patiënt bij een dergelijk vermoeden door naar de ouderensychiatrie.

Onbegrepen somatische klachten

Mevrouw C, 69 jaar, meldt zich wekelijks in de praktijk met een scala aan somatische klachten. Ze klaagt onder andere over excessief transpireren, kortademigheid, ruggijn en algehele malaise. Bij lichamelijk onderzoek valt een zeer matige conditie op, zonder onderliggend lijden. Haar dochters vertellen dat hun moeder vanaf haar adolescentie hard gewerkt heeft in de familiezaak, een luxe banketbakkerij. Ze oogde altijd als om door een ringetje te halen. Omdat haar echtgenoot longkanker kreeg, verkochten ze de zaak en richtte mevrouw zich op de zorg voor hem. Na zijn overlijden ontwikkelde ze steeds meer lichamelijke klachten. Momenteel ligt ze vrijwel continu op bed. In het contact is ze eerder dysfoor dan somber: ze moppert op haar kinderen die haar niet serieus zouden nemen. Ze heeft haar hele leven klaargestaan voor anderen en nu is ze 'gewoon ziek'. De patiënte kan niet gerust worden gesteld en voelt zich door niemand serieus genomen. Op verdenking van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten verwijst haar huisarts haar naar de ouderenspsychiatrie.

Tijdens het psychiatrisch onderzoek raakt mevrouw C ontregeld. Ze begrijpt niet wat men van haar wil horen. Bij de ontwikkelingsanamnese valt op hoe ze niet af kon stemmen op de emotionele behoeften van anderen. Veranderingen in haar leven gingen steeds gepaard met aanvallen van transpireren en ziek voelen. Haar echtgenoot had haar altijd moeten dwingen om mee op vakantie te gaan. De dagen voor de reis en na aankomst op de plaats van bestemming was mevrouw steevast enkele dagen ziek en lag ze op bed. De terugreis kende een identiek patroon. In vertrouwde situaties wist ze hoe ze zich moest gedragen en leek ze juist voorkomend en attent. De dochters vertellen met een combinatie van verdriet en boosheid dat hun moeder nooit aanvoelde waar zij emotioneel mee bezig waren. De ouderenspsychiater stelt de diagnose ASS.

stuurde, maar nu was ze emotioneel opgebrand. Zonder haar steun viel de patiënt stil. Het wegvallen van structuur leidde tot stemmingsproblemen bij meneer B. De leegte en onduidelijkheid die ontstonden, verwarden hem. Bovendien had zijn echtgenote sociaal en emotioneel andere verwachtingen na zijn pensionering, waaraan hij niet kon beantwoorden. Dit leidde tot zelfverwijten, zonder dat hij adequaat kon invoelen hoe zijn vrouw dit alles ervaarde.

Mevrouw C had geleerd om zich in bekende situaties aangepast te gedragen, zoals in haar rol van verkoopster in de banketbakkerij en het verzorgen van haar zieke echtgenoot. Voor nieuwe omstandigheden, zoals de leegte na zijn overlijden, beschikte ze niet over een passend gedragsrepertoire. Dit patroon vertoonde ze al haar hele leven en het verergerde na het overlijden van haar man, die haar onvermogen om haar dagen te structureren altijd gecompenseerd had. Daarnaast was ze niet in staat om haar emotionele binnenwereld te benoemen. In plaats daarvan beschreef ze concrete lichamelijke sensaties die ze opmerkte en concludeerde ze dat ze ziek was. Zieke mensen liggen in bed. Bovendien werd zij – onbewust en onbedoeld – beloond voor het in bed blijven doordat de wereld voorspelbaar werd en de lichamelijke, spanningsgerelateerde klachten afnamen. Mensen met ASS beleven hun lichamelijke klachten vaak anders door hun concrete waarneming en hun onvermogen om deze in een context te plaatsen. Behalve voor henzelf blijven deze klachten voor medici dan ook onbegrepen.

In verschillende gevalsbeschrijvingen van ouderen die na hun 65ste jaar de diagnose ASS kregen valt op dat zij vooral verwezen werden in verband met cognitieve klachten, relatieproblemen, gedragsproblemen en stemmingsklachten.⁸⁻¹⁰ Deze klachten houden meestal verband met een grote verandering in het leven, zoals pensionering, verlies van de partner of opname in een instelling. De aangeleerde strategieën werken niet meer of de veranderde omgeving compenseert onvoldoende. De sociale omgeving van de patiënt vangt de tekorten op en de lijdensdruk ligt ook bij de familie. Bij (beginnende) cognitieve stoornissen neemt het vermogen om te compenseren af.

teractie, én wanneer er beperkte en herhaalde patronen van gedrag, interesses en activiteiten voorkomen.⁶ De symptomen in de triade van communicatie, interactie en rigide gedrag moeten vanaf de jeugd aanwezig zijn, maar kunnen zich pas echt op latere leeftijd manifesteren. Gedurende de levensloop kunnen de beperkingen onopgemerkt blijven door aangeleerde gedragsstrategieën en/of door een compenserend sociaal netwerk.

We beschrijven kort drie geanonimiseerde oudere patiënten met ASS.

BESCHOUWING

Net zoals meneer A ervaren mensen met ASS subjectief meer cognitieve klachten dan mensen zonder ASS, terwijl uit recent onderzoek blijkt dat ouderen met ASS met het ouder worden geen snellere cognitieve achteruitgang vertonen dan ouderen zonder ASS.⁷ Mensen met ASS hebben gemiddeld meer moeite om losse prikkels samen te voegen tot een betekenisvol geheel. Daarom duiden ze cognitieve missers eerder als iets ernstigs.⁷ Mensen met ASS hebben gemiddeld meer moeite met executief functioneren, zoals meneer A, die het lastig vond de rode draad van een gesprek vast te houden en zich aangewend had om zijn verhaal opnieuw te vertellen als hij onderbroken werd.

Meneer B had extreem veel moeite met het plannen en organiseren van zijn dagelijks leven en was zijn leven lang afhankelijk van externe structuur. Het bleek te ingewikkeld voor hem om na de knieoperatie zijn vrijwilligerswerk weer op te pakken. Zijn echtgenote had hem voorheen altijd aange-

HERKENNING EN DIAGNOSTIEK

De bovenbeschreven patiënten meldden zich vanwege andere problemen dan ASS bij hun huisarts. Alle drie hadden ze problemen met het aanpassen aan de veranderingen die samenhangen met het ouder worden. Onderliggend hadden zij problemen met de sociale communicatie, sociale interacties en het aanpassen aan veranderde omstandigheden vanwege rigide gedragspatronen. Kenmerkend voor ASS zijn problemen met inleven in anderen, contextueel denken en mentale flexibiliteit. Aangezien deze overlappen met de problemen die bij beginnende dementiesyndromen een rol spelen, kan men denken dat dergelijke patiënten last van dementie hebben.¹¹ Of deze patiënten beleven hun lichamelijke klachten anders, waardoor ze verwezen worden voor somatische diagnostiek.

De eerste stap betreft het herkennen van een mogelijke ASS. Daarbij kunnen screeningsinstrumenten zinvol zijn,



Foto Shutterstock.]]

Ouderen met een autismespectrumstoornis zijn vaak beperkt in de sociale communicatie en interactie en hebben soms rigide gedragspatronen.

zoals de Autism-spectrum Quotient (AQ), maar geen enkel screeningsinstrument is gevalideerd voor ouderen.^{12,13} Men moet alert zijn op de triade van problemen bij ASS: problemen met de sociale interactie en de communicatie, en moeite met aanpassen aan veranderingen. Deze problemen zullen zich ook voordoen in de spreekkamer. Wanneer de huisarts afwijkt van hetgeen de oudere met ASS van het consult verwacht, wordt de problematiek in de spreekkamer zichtbaar. De POH-ggz kan een bijdrage leveren aan de herkenning door een familielid te vragen naar de levensloop van de patiënt. Omdat erfelijkheid een grote rol speelt, is het zinvol om bij de familie-anamnese te vragen of ASS bij (klein)kinderen voorkomt.

Indien de huisarts vermoedt dat er sprake is van ASS, moet hij of zij de patiënt doorverwijzen naar de ouderenpsychiatrie. De psychiater stelt de diagnose op grond van een ontwikkelingsanamnese, waarbij heteroanamnestische gegevens van een naastbetrokkene zeer waardevol zijn. Hierbij maakt de psychiater gebruik van semigestructureerde interviews, die bij voorkeur bij de patiënt en een informant worden afgenomen.

Hoewel ASS niet behandelbaar is, biedt de diagnose wel nieuwe perspectieven voor patiënten, familie en betrokken zorgverleners. Psycho-educatie kan begrip en vervolgens rust brengen. Het verleden komt in een ander perspectief te staan. Patiënten en hun familie kunnen hun leven opnieuw evalueren, maar nu door de bril van ASS. Men kan rouwen om wat

er niet was en niet zal komen. Patiënten begrijpen alsnog waarom ze steeds het idee hadden anders dan anderen te zijn. Partners kunnen rouwen om het gemis van wederkerigheid en intimiteit. Vervolgens kan ruimte ontstaan voor relatie-therapie bij echt)paren of voor omgangsadvisen aan kinderen en professionele zorgverleners.

CONCLUSIE

ASS leidt bij ouderen vaak pas tot problemen als de sociale omstandigheden hun aanpassingsvermogen te boven gaan. Ze melden zich dan bij de huisarts met cognitieve klachten, gedragsveranderingen of onbegrepen somatische klachten. ASS wordt gekenmerkt door beperkingen in de sociale communicatie en de interactie, en door rigide gedragspatronen. We raden aan om in deze gevallen ASS in de differentiële diagnose op te nemen. De poh-ggz kan de huisarts ondersteunen bij de herkenning. ■

LITERATUUR

- 1 Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015;45:601-13.
- 2 Brugha TS, McManus S, Bakankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:459-65.
- 3 Krumm N, O'Roak BJ, Shendure J, Eichler EE. A de novo convergence of autism genetics and molecular neuroscience. *Trends Neurosci* 2014;2:95-105.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.