

Whitepaper: wanneer is er naast NAH ook sprake van ASS?

In de serie 'whitepapers ASS' wordt de autismspectrumstoornis (ASS) vergeleken met andere diagnoses, waarbij wordt ingegaan op differentiaaldiagnostiek en comorbiditeit.

Waarom deze whitepapers

De gedragskenmerken van ASS kunnen soms erg lijken die van andere diagnoses, wat het diagnostisch proces complex kan maken. Bij het Autisme Expertisecentrum worden, op basis van wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaringen, verschillende whitepapers gepubliceerd. Hierbij werken we vaak samen met andere professionals/instellingen.

Met de whitepapers beogen we:

1. Informatie te bieden aan diagnostici die worstelen met differentiaaldiagnostiek en comorbiditeit bij mensen met (mogelijk) ASS.
2. Input te geven aan mensen met ASS en hun naasten, zodat zij beter begrijpen waarom een bepaalde diagnose juist wel of niet is gesteld.

Deze whitepaper

In dit document gaan we in op ASS en niet aangeboren hersenletsel (NAH). De vraag vanuit de klinische praktijk is vooral wanneer je naast NAH ook ASS kunt vaststellen. Daar is deze whitepaper dan ook op gericht. Overigens is deze whitepaper gebaseerd op de huidige informatie, het is dus een 'zich ontwikkelend document'. Op basis van nieuwe informatie kunnen aanpassingen worden gedaan. Mocht u, vanuit wetenschappelijk onderzoek of de klinische praktijk, waardevolle aanvullende informatie hebben over dit onderwerp en dan horen we dit graag. U kunt dit sturen naar: a.spek@autismeexpertise.nl.

Achtergrond

De serie whitepapers wordt uitgebracht door het Autisme Expertisecentrum (Eemnes).

Aan deze whitepaper hebben meegewerkt: Annelies Spek, Helen Anema (Pro Persona), Lidia Fernandes Pinto, Renée Grevers, Michelle Kiep, Vivian Snouckaert, Linda ten Barge, Froukje de Boer, Dyanne Metten en Yuki Curiël.

Wanneer is er, naast NAH, ook sprake van ASS?

Bepaalde kenmerken/fenomenen van ASS en NAH kunnen qua uitingvorm erg op elkaar lijken. In de klinische praktijk is het vooral van belang om te weten wanneer er, naast NAH, ook sprake is van ASS. Oftewel: welke kenmerken kunnen niet verklaard worden door NAH, maar wijzen op een comorbide ASS.

Hetero-anamnese van voor het letsel

Bij het onderzoeken van comorbide ASS bij mensen met NAH is het belangrijk om iemand te spreken die de persoon al kende *voordat* het letsel plaatsvond. Aan de hand van het DSM-5 interview autismespectrumstoornissen kan dan in kaart gebracht worden of de ASS-kenmerken al vóór die tijd aanwezig waren.

Als een betrouwbare hetero-anamnese van vóór het letsel niet mogelijk is

Helaas is een dergelijke hetero-anamnese niet altijd mogelijk en moet de inschatting soms worden gebaseerd op het huidige gedrag. In dat geval is het belangrijk om te weten welke op ASS-lijkende problemen/gedragingen kunnen worden verklaard door letsel en welke niet. Deze whitepaper kan hierbij helpen. Hieronder wordt, per ASS-criterium, weergegeven wat indicatief kan zijn voor comorbide ASS en welke gedragingen beter kunnen worden verklaard door NAH.

Criteria van ASS	Verklaarbaar door NAH	Indicatief voor comorbide ASS
Beperkte sociaal-emotionele wederkerigheid	Hersenletsel kan leiden tot problemen in de sociale communicatie, zoals moeite met het opdiepen en/of registreren van emotionele en sociale informatie. Ook kan het bedenken en kiezen van passend sociaal gedrag lastig zijn. Hierdoor kunnen mensen met NAH moeite hebben met sociale gesprekken en om anderen aan te voelen, wat kan leiden tot ongepast gedrag. Mensen met NAH kunnen breedsprakig zijn, maar dan vanuit problemen met overzicht bewaren en tot de kern komen.	<u>Letterlijk nemen van de taal</u> verwacht je niet bij hersenletsel (muv fronto-temporale dementie). <u>Breedsprakigheid</u> , door een <u>gedetailleerde informatieverwerking</u> en een sterke drang naar volledigheid (uitweiden in details). <u>Precies zijn in de taal</u> , vooral qua grammatica en spelling.
Beperkingen in de non-verbale communicatie	Afvlakking en weinig gezicht expressie kan passend zijn bij NAH, vooral bij frontaal laesies. Bij hersenletsel kan het lezen van non-verbale signalen lastig zijn. Hier heeft men zelf vaak weinig zicht op, maar anderen kan dit wel opvallen.	<u>Bijzonderheden qua oogcontact</u> . <u>Beredeneren hoe non-verbale communicatie werkt</u> . Bijvoorbeeld nadenken over hoe lang je moet aankijken of wat signalen van anderen precies betekenen.
Beperking in ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties.	Vriendschappen gaan vaak verloren bij mensen met hersenletsel, bijvoorbeeld door vermoeidheid (minder energie voor contact) of beperkingen in de sociale communicatie (botheid, niet aanvoelen). De behoefte en hang naar contact blijft intact. Ook blijft er doorgaans een klein groepje over, waarmee het contact juist wel hecht en wederkerig is.	<u>In de basis beperking</u> bij het aangaan en onderhouden van <u>wederkerige, langdurige vriendschappen</u> .

<p>Stereotiepe motoriek, taal en gedrag</p>	<p>Bij letsel in de taalgebieden kun je bijzonder taalgebruik zien, maar dit gaat dan gepaard met forse spraak/taalproblemen.</p> <p>Bij NAH kan een sterke hang naar orde en controle voorkomen, als coping strategie voor de onveiligheid die is ontstaan. Hierbij gaat het vooral om overmatig structuur aanbrengen, niet zozeer om stereotiep gedrag.</p>	<p>De aanwezigheid van <u>stereotiepe taal</u> zonder verdere spraak/taalproblemen.</p> <p>Het gebruik van <u>vaste zinnen</u> in vaste situatie (door moeite met aanvoelen hoe je moet reageren).</p> <p><u>Formeel taalgebruik.</u></p> <p><u>Wiegen en fladderen.</u></p> <p><u>Stereotiep gedrag</u> zoals speelgoed in een rij opstellen. Het extreem ordenen van dingen omdat het anders niet 'klopt'.</p>
<p>Vasthouden aan hetzelfde, routines, rituelen</p>	<p>Bij NAH is de cognitieve flexibiliteit ook vaak aangedaan. Dit uit zich bijvoorbeeld in moeite om een bepaalde gedachte of onderwerp los te laten.</p> <p>Praktische veranderingen kunnen ook lastig zijn, vooral omdat deze energie vergen. Als er bijvoorbeeld onverwacht iemand voor de deur staat, dan is dit lastig omdat ze er de energie niet voor hebben, maar niet zozeer omdat het een verandering van de planning geeft.</p> <p>Routines en rituelen kunnen ook voorkomen bij NAH, vooral vanuit executieve functieproblemen. De routines zijn dan een coping strategie, bijvoorbeeld om met planningsproblemen om te gaan.</p>	<p><u>Moeite met praktische veranderingen die niet gerelateerd is aan de energiehuishouding.</u></p> <p>Bijvoorbeeld: een stoel die van plek verandert, als een bepaald product in de supermarkt op is, dat het eten net iets anders is dan je verwacht of een partner die de was anders ophangt of iets op een andere manier opruimt.</p> <p><u>Routines en rituelen zijn 'in de basis' aanwezig (niet vanuit coping).</u> Het verstoren van een routine of ritueel geeft het gevoel dat 'de dag niet meer klopt'.</p>
<p>Beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn</p>	<p>Dit is niet passend bij NAH.</p>	<p><u>Aanwezigheid van beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn.</u></p>
<p>Sensorische over / onder gevoeligheid.</p>	<p>Gevoeligheid voor geluid en licht komen regelmatig voor sinds het letsel.</p> <p>Door letsel kunnen de smaak en geur veranderen, maar je verwacht geen verhoogde sensitiviteit op deze gebieden.</p> <p>Je verwacht geen overgevoeligheid voor tactiele prikkels, behalve bij neuropathieën, maar dan is de overgevoeligheid lokaal.</p> <p>Niet-reageren op kou en warmte kan voorkomen, vanuit apathie door NAH. Je verwacht geen onder gevoeligheid op deze gebieden.</p>	<p><u>Overgevoeligheid voor geluid en licht die al het gehele leven bestaat.</u></p> <p><u>Overgevoeligheid voor smaak/textuur van eten, geur en/of tactiele prikkels die al het gehele leven bestaat.</u></p> <p><u>Onder gevoeligheid voor kou en warmte, honger, verzadiging, pijn en signalen van ziekte, die al het gehele leven bestaat.</u></p>