

Aangrijpingspunten

voor vroege herkenning ASS

Een autismespectrumstoornis (ASS) wordt vaak pas in de kleuterperiode vastgesteld, terwijl ouders zich soms al tijdens het tweede levensjaar zorgen maken. Dit is jammer, want vroegherkenning is de sleutel tot vroeginterventie, wat tot positieve resultaten kan leiden. Gelukkig kan ASS regelmatig al rond de leeftijd van 24 maanden betrouwbaar worden gesteld. Er is echter ook een groep kinderen waarbij het beeld op deze leeftijd nog niet zo duidelijk is. Maar ook dan zijn er aangrijpingspunten voor diagnostiek en behandeling.

Marrit Buruma, Titia Prinsen en Els Blijd-Hoogewys



In de klinische praktijk zien we, grofweg, twee groepen kinderen jonger dan drie jaar. De eerste groep betreft kinderen waarbij - mits zij gezien worden door ervaren klinici - het ASS-beeld inderdaad duidelijk is. Bij de tweede groep zijn er weliswaar ASS-vermoedens, maar is het beeld - ook voor ervaren klinici - nog onvoldoende duidelijk.

Groep 1: ASS is duidelijk

Bij sommige kinderen is het ASS-beeld op jonge leeftijd (2-3 jaar) al voldoende uitgekristalliseerd. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen die niet op andere mensen gericht zijn, hun eigen gang gaan, weinig initiatief nemen tot contact dan wel reageren op initiatief hiertoe van anderen en nauwelijks aandacht en plezier delen of dit alleen doen tijdens contactspelletjes met een fysieke component (rondzwaaien, kietelen, etc.).

Hoe is ASS bij deze groep kinderen te herkennen?

Kwalitatieve bijzonderheden

Bij deze kinderen zien we vaak kwalitatieve bijzonderheden, zoals het instrumenteel gebruik van het lichaam van de ander, zonder hierbij te communiceren en oogcontact te maken. Een goed voorbeeld is wanneer een kind de hand van de ouder gebruikt om een voorwerp te bedienen of de hand van de ouder ergens op legt voor hulp. Dit gedrag is niet passend binnen de normale ontwikkeling, ook niet bij kinderen met een jonger ontwikkelingsniveau.

Taalontwikkeling

De taalontwikkeling van deze kinderen verloopt vaak vertraagd of anders. Zo kan er sprake zijn van verlies van taal (eerder gesproken woordjes verdwijnen). Bij gebrek aan taal hebben zij

ook weinig andere manieren om te communiceren; zo ontbreekt vaak compensatie door gebaren en mimiek. Bij kinderen die wel taal tot hun beschikking hebben, kan het voorkomen dat zij hier nauwelijks communicatief gebruik van maken (echolalie, stereotiep taalgebruik).

Sensorische bijzonderheden

Kinderen met een duidelijk ASS-beeld op 2-3 jarige leeftijd laten ook sensorische bijzonderheden zien. Daarbij gaat het zowel om overgevoeligheden (geluiden) als ondergevoeligheden, bijvoorbeeld in lampen kijken en onvoldoende weten waar het lichaam zich in de ruimte bevindt met als gevolg dat spullen op de grond niet worden opgemerkt. Daarnaast kan er sprake zijn van ongewone belangstelling voor zintuiglijke aspecten van de omgeving, zoals voelen aan oppervlakten of vanuit ooghoeken langs lij-



nen kijken. Dit alles kan leiden tot secundaire problematiek, denk aan forse eetproblemen.

Meer of minder rigide gedrag

Op het vlak van rigiditeit zien we dat sommige van deze kinderen heftig kunnen reageren op veranderingen, overgangen en nieuwe situaties. Opvallend is dat dit op deze leeftijd vaak voorkomt bij de groep kinderen die op het gebied van sociale interactie en communicatie juist mildere beperkingen laat zien, dus de kinderen die verhoudingsgewijs wat meer gericht zijn op hun omgeving.

Daarentegen vertonen de 2- en 3-jarigen die voornamelijk op zichzelf gericht zijn en meer 'in hun eigen wereldje' verkeren op deze leeftijd vaak minder rigide gedrag. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze kinderen nog zo beperkt gericht zijn

op hun omgeving, dat informatie van anderen weinig binnenkomt en dus geen probleem vormt. Ouders vertellen dan bijvoorbeeld dat hun kind gemakkelijk mee te nemen is, niet reageert op een andere omgeving en zich overal hetzelfde gedraagt. De ervaring leert dat naarmate deze kinderen 'opener' worden, ze vaak toch meer (sensorische) overprikkeling en rigiditeit laten zien. Soms beschrijven ouders dan ook druk en opstandig gedrag (driftbuien) en geven ze daarbij aan dat hun kind nu pas een 'echte peuter' lijkt te worden.

Familieel met ASS

Soms kan een ASS-diagnose bij een familielid maken dat er bij het kind ook sneller aan ASS wordt gedacht. Ouders kunnen door dit duidelijke vermoeden verder zijn in hun verwerkingsproces en al veel relevante informatie verzameld hebben.

Geen andere hypothesen of stoornissen

De conclusie dat er sprake is van ASS kan eveneens gemakkelijker getrokken worden als er weinig of geen andere hypothesen zijn (differentiaal diagnostiek), er weinig bijkomende stoornissen zijn (comorbiditeit) en er geen gezinsproblematiek speelt die oorzaaklijk kan zijn voor het beeld dat geobserveerd wordt. Vaak is er bij deze kinderen wel sprake van enige ontwikkelingsachterstand. Daarbij kan de klinische indruk zijn dat er niet zozeer 'in vermogen' sprake is van een forse cognitieve achterstand, maar dat dit vooral wordt veroorzaakt door het niet gericht zijn op de omgeving. Kinderen volgen bijvoorbeeld niet de aandacht van anderen die hun aandacht proberen te vangen en richten of imiteren wellicht onvoldoende om goed van hun omgeving te kunnen leren. Dat kan leiden tot een (tijdelijk



Het ASS-beeld kan op jonge leeftijd al voldoende uitgekristalliseerd zijn

ke) ontwikkelingsachterstand. Ook kan het zijn dat er in het dagelijks leven geen sprake is van een ontwikkelingsachterstand, maar dat de ASS-specifieke beperkingen van het kind tijdens de testsituatie (geen aandacht volgen, niet imiteren en rigiditeit) de uitkomsten van de test drukken.

Specifieke vaardigheden

Het komt tot slot voor dat deze kinderen specifieke vaardigheden goed ontwikkeld hebben, vaak gekoppeld aan sterke eigen interesses en voorkeuren.

Daardoor kunnen ze soms ook onafhankelijker van anderen zijn, bijvoorbeeld door motorisch zeer vaardig te zijn waardoor ze zelf overal bij kunnen zonder hulp te hoeven vragen. Ook kan er sprake zijn van goede vaardigheden in het gebruik van materiaal, waarbij, zonder instructie, de opdracht direct duidelijk is (briljant puzzelen).

Groep 2: ASS is nog onvoldoende duidelijk

Dan zijn er de jonge kinderen (2-3 jaar) waarbij het beeld diffuser is, bijvoorbeeld door ernstige andere stoornissen. Dit maakt herkenning op deze leeftijd moeilijker. Voor deze kinderen kunnen de volgende kenmerken gelden.

Ontwikkelingsachterstand of -voorsprong

Een forse ontwikkelingsachterstand (ontwikkelingsniveau < 12-18 maanden) kan een eerste beeld zijn waarvan eventuele ASS-kenmerken moeilijk te onderscheiden zijn. De mogelijke afwezigheid of afwijkende ontwikkeling van 'joint attention' (gedeelde aandacht) kan hierdoor evenmin goed beoordeeld worden, want joint attention ontwikkelt zich nog gedurende het tweede levensjaar.

'Vergeleken met jongens laten meisjes met ASS soms een atypisch beeld zien'

Daarnaast zijn er kinderen waarbij 'op het oog' sprake is van subtielere ASS-kenmerken, omdat ze contactgerichter zijn en 'sociaal-technisch' goede vaardigheden laten zien (adequaat oogcontact en goede joint attention-vaardigheden). Wat ook voorkomt is dat zij hun ASS-kenmerken door goed observeren en imiteren kunnen camoufleren. Dit betreft vaak kinderen met een (boven)gemiddelde intelligentie of ontwikkelingsvoorsprong. Herkenning van ASS is dan lastiger, omdat kinderen op deze leeftijd nog

vooral 'worden beoordeeld' op de 'technische' vaardigheden. Sociaal inzicht wordt immers nog nauwelijks verwacht. Pas bij heel goed kijken, kunnen subtiele kwalitatieve bijzonderheden opvallen. Er zijn echter ook kinderen bij wie het pas op latere leeftijd duidelijk wordt.

Vluchtig en onrustig

Herkenning kan moeilijk zijn bij kinderen die op het eerste gezicht vooral vluchtig en onrustig zijn. Deze vluchtigheid is dan over de gehele linie zichtbaar, ook in het contact en de communicatie. Het is dan moeilijk te beoordelen of een kind geen oogcontact maakt omdat het hier onvoldoende op gericht is, of omdat het kind er simpelweg de tijd niet voor neemt. Dat kan te maken hebben met onderliggende ADHD, ASS of beide.

Daarom is het belangrijk om te kijken naar de context en de manier waarop het kind communiceert.

Andere problematiek

Op deze leeftijd kan het onderscheid tussen ASS en andere problematiek soms moeilijk te maken zijn. Neem het onderscheid met medische problemen, syndromale afwijkingen, hechting/trauma, overige gezinsproblematiek (psychiatrische problematiek bij ouders/brusjes, overbelaste ouders, veel onrust in gezin, ondersti-

mulering), taalproblemen en angst (waaronder selectief mutisme).

Culturele achtergrond

Tevens kan een andere nationaliteit of culturele achtergrond complicerend zijn. ASS-kenmerken kunnen dan verward worden met aanpassingsproblematiek of met taalproblemen. Soms is er sprake van andere culturele normen; zo is het maken van oogcontact in sommige culturen niet beleefd.

Onrijp beeld

Tot slot zijn er kinderen die op alle ontwikkelingsgebieden vooral een jong en onrijp beeld laten zien. Opvallend is dat deze onrijpheid dan niet te verklaren is door een ontwikkelingsachterstand. Aangezien hun vaardigheden op het gebied van contact en communicatie nog aardig in lijn zijn met andere vaardigheden, kan de diagnose ASS nog niet gesteld worden, al wordt dit wel vermoed. Deze kinderen moeten nog 'rijpen' voordat het beeld duidelijk wordt.

Meisjes

Een bijzondere subgroep zijn de meisjes met ASS. Zij kunnen, ook op deze jonge leeftijd, vergeleken met jongens een atypisch beeld laten zien. Daardoor worden ze geregeld niet aangemeld met het vermoeden van ASS, maar met andere klachten zoals overgevoeligheid, oververmoeidheid, angst of eet- en slaapproblemen. Vaak hebben ze een hoger 'schattigheidgehalte', wat de

omgeving 'blind maakt' voor het waarnemen van ASS-kenmerken. Er kan dan op het eerste gezicht sprake zijn van sociale gerichtheid, fantasiespel of gebruik van gebaren en mimiek. Bij gericht kijken, blijken ze echter een stereotiep karakter te hebben.

Handelingsperspectieven

Hoe nu om te gaan met zowel de eerste als de tweede groep kinderen? Alle vroegdiagnostiek is per definitie complex en dient door ervaren klinici - met kennis van brede variatie in de normale ontwikkeling, evenals van de uitingsvormen van ASS op jonge leeftijd - gedaan te worden.

Conclusies worden altijd gebaseerd op totaalonderzoek. ASS-diagnostiek bestaat tenminste uit: observaties, een ontwikkelingsanamnese, een goede inschatting van het ontwikkelingsniveau en eventueel aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld logopedisch of somatisch). Informatie moet afkomstig zijn van verschillende informatiebronnen (ouders, maar ook een eventueel tweede milieu, zoals een peuterspeelzaal). Maar zelfs na volledig onderzoek is het advies om toch te werken met een voorlopige ASS-diagnose (wat voor nu verklarend is voor de problematiek) en later herdiagnostiek te doen. Ook de inzet van de DC 0-5 kan overwogen worden.

Zoals beschreven in dit artikel, zijn bij de ene groep na volledige diagnostiek

de ASS-kenmerken duidelijk herkenbaar; bij de andere groep zijn ze weliswaar zichtbaar, maar is het beeld nog onvoldoende te differentiëren. Deze laatste groep kinderen verdient specifieke aandacht. Het advies is om het gedragsbeeld dan duidelijk te beschrijven, de ontwikkeling van deze kinderen nauwlettend te blijven volgen tot het beeld zich uitkristalliseert en ondertussen wel interventies in te zetten en procesdiagnostiek te doen. In geval van een vermoeden van de aanwezigheid van een tweede stoornis (comorbiditeit) kan ook overwogen worden om deze eerst te behandelen (bijvoorbeeld EMDR bij trauma) en daarna opnieuw ASS-diagnostiek te doen.

Bij dit artikel horen vijf referenties. Deze zijn opvraagbaar via vroeg@dgcommunicatie.nl

Meer weten?

Het Landelijk Netwerk Autisme Jonge Kind (LNAJK) verstrekt meer informatie over het bedrijven van goede diagnostiek van autisme bij jonge kinderen. Zo verschijnt er binnenkort een artikel met daarin een 'clinical best estimate' wat betreft ASS-diagnostiek bij jonge kinderen, gebaseerd op bestaande richtlijnen en de werkwijze van bij het LNAJK aangesloten infantteams. Voor meer informatie: raadpleeg tinyurl.com/ybmwbfum.

auteursinformatie

Alle auteurs zijn werkzaam bij het Expertise Team Jonge Kind van INTER-PSY, een GGZ-instelling in het noorden van het land. Drs. M.E. Buruma is orthopedagoog en promovendus, drs. T.M. Prinsen is psycholoog en dr. E.M.A. Blijd-Hoogewys is klinisch psycholoog en manager behandelzaken.
Email: (infant@inter-psy.nl)



Soms is het ASS-beeld bij jonge kinderen diffuser, wat herkenning op deze leeftijd moeilijker maakt