

De preoccupaties en rituelen van mensen met een autismespectrumstoornis vertonen veel overeenkomsten met de obsessies en compulsies van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. Caroline Schuurman en Chaim Shibolet beschrijven overeenkomsten en verschillen in de thematiek van de gedachten en de gedragingen. Wat is het verschil tussen dwang en drang? En kan een obsessieve-compulsieve stoornis voorkomen als comorbide stoornis bij een autismespectrumstoornis? Een overzicht.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING BIJ VOLWASSENEN MET EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS

DWANG EN DRANG BIJ AUTISME

Veel patiënten met een autismespectrumstoornis hebben repetitieve gedachten en gedragingen. Deze gedachten en gedragingen hebben veel overeenkomsten met de obsessies en compulsies van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (Gillberg & Billstedt, 2000). Tot voor kort dacht men dat een obsessieve-compulsieve stoornis niet kon voorkomen naast een autismespectrumstoornis, omdat mensen met een autismespectrumstoornis niet in staat zouden zijn na te denken of te praten over hun eigen mentale toestand, over emoties en gedachten (De Bruin, 2004). In onze klinische praktijk zagen wij eveneens als De Bruin (2004) bij kinderen, dat ook bij volwassenen met een autismespectrumstoornis een obsessieve-compulsieve stoornis leek voor te komen. Wij merkten dat het voor de vorm en inhoud van de behandeling belangrijk was een onderscheid te maken tussen repetitieve gedachten en gedragingen, en de obsessies en compulsies van patiënten zoals bij een obsessieve-compulsieve stoornis. Repetitieve gedachten en gedragingen die als copingmechanisme functioneren om de gevolgen van een autismespec-

trumstoornis te kunnen hanteren, wil je als behandelaar in de regel niet beïnvloeden. Maar wanneer deze repetitieve gedachten en gedragingen lijdensdruk geven voor de patiënt zelf of zijn omgeving, wil je dat juist weer wel.

In dit artikel willen wij naar aanleiding van onderstaande casus antwoord geven op de volgende vragen. Wat is de overlap en wat zijn de verschillen in symptomen tussen de obsessieve-compulsieve stoornis en de autismespectrumstoornis, zowel inhoudelijk als qua betekenis voor de patiënt? Bestaan er ook patiënten met zowel een autismespectrumstoornis als een obsessieve-compulsieve stoornis? Welke implicaties heeft dat voor de behandeling? Dit vraagt om precieze diagnostiek, voorafgaand aan de behandeling. Deze vragen worden na de introductie van de casus successievelijk besproken.

EEN MAN VAN 39 JAAR LIJKT OP MEERDERE GEBIEDEN GOED TE FUNCTIONEREN. Hij is een zachtvaardige en bijzonder intelligente man, die een eenmansbedrijf in de automatisering heeft. Na een eerder huwelijk heeft hij sinds twee jaar een nieuwe partner, waar-

mee hij samenwoont. Zijn hele dag wordt in beslag genomen door routines en rituelen. Hij staat 's ochtends vroeg op en begint direct, ongeacht de omstandigheden, aan eenzelfde dagelijks ritueel. Als zijn partner of kinderen zijn ritueel verstoren, is hij de hele dag van slag. Hij hervindt zijn balans pas volledig als hij de volgende ochtend zijn ritueel wel heeft kunnen vervolgen. Zeven dagen per week gaat hij naar zijn werk, dat is, naar het tuinhuis. Daar heeft hij een batterij aan computers staan waarmee hij, dankzij moderne technologie, via het internet, softwareproblemen van anderen oplost. Ook repareert hij in opdracht hardware voor particulieren. Als hij 's ochtends begint en geen werkopdracht op de e-mail heeft, gaat hij naar muziek luisteren. Hij vult zijn tijd met het steeds opnieuw beluisteren van alle platen van Gary Numan achter elkaar, op volgorde van verschijnen, één voor één, totdat ze allemaal beluisterd zijn. Het moet muziek van Gary Numan zijn en niet iets anders. Over de muziek en de geschiedenis van zijn muzikheld weet hij alles, en het moeten langspeelplaten zijn, geen cd's, omdat hij naar de ronddraaiende zwarte schijven het liefst de hele dag wil kijken. En als hij eenmaal begint met zijn platen, lukt het hem niet om uit zichzelf te stoppen. Dit alles gaat ten koste van zijn werk, zijn relatie en zijn sporadische contacten met de buitenwereld.

AUTISMESPECTRUMSTOORNIS EN OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS Een autismespectrumstoornis (Ass) is een informatieverwerkingsstoornis tot uiting komend op het gebied van sociale interactie, communicatie, stereotiepe of rigide gedragspatronen, verbeelding en zintuiglijke prikkelverwerking (Wing et al., 2002). Een obsessieve-compulsieve stoornis (ocs) kenmerkt zich door steeds terugkerende gedachten die angst en spanning oproepen, door handelingen die de angst en spanning tijdelijk verminderen en door vermijdingsgedrag om dit alles te voorkomen (Verbraak, 2004). De repetitieve gedachten en gedragingen zoals die zich bij een ocs manifesteren, worden in de regel dwanggedachten en dwanghandelingen genoemd (APA, 2000).

We stellen voor om te spreken over *drang* wanneer het gaat om repetitieve gedachten en gedragingen die als aangenaam worden ervaren, zoals dat het geval is bij een Ass. Voor het maken van de juiste diagnostische afwegingen, is het nodig de begrippen dwang en drang eenduidig te definiëren.

DWANG

Dwang is een innerlijke impuls waarbij iemand tegen zijn wil bepaalde dingen denkt of doet en daar last van heeft.

Bij autisme bieden routines en rituelen bescherming tegen externe overprikkeling

Als we over dwang spreken, moeten we in ons achterhoofd houden dat we allemaal dwangmatigheden hebben. Vrijwel alle mensen denken er wel eens aan of ze hun auto al dan niet hebben afgesloten en lopen terug om dit te controleren of voelen na het verlaten van hun huis meermalen in hun zak of de sleutel er inderdaad in zit. Dit betekent dat er een geleidelijke overgang is van als normaal niet storende dwangmatige eigenschappen naar ongezonde dwang, zoals bij de ocs. Volgens DSM-IV-TR (APA, 2000) kan dwang verdeeld worden in dwangmatige gedachten en dwangmatige handelingen.

Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende, hardnekkige gedachten of (denk)beelden. Ze zijn egodystoon (ik-vreemd), dat wil zeggen dat de patiënt zelf weet dat zijn gedrag pathologisch is. Ze zijn akelig en storend, en veroorzaken een gevoel van spanning, angst en onrust. Iemand tracht ze te negeren of te onderdrukken, of poogt ze te neutraliseren met een andere gedachte of door een handeling uit te voeren (APA, 2000).

Dwanghandelingen (compulsies) zijn zich herhalende, rituele handelingen die tegen de bewust ervaren wil worden uitgevoerd en die als egodystoon en onwenselijk worden beleefd. Ze volgen op dwanggedachten en worden uitgevoerd om onacceptabele gedachten en wensen af te weren. Zowel de handeling zelf als het niet kunnen uitvoeren van de handeling leiden tot een toename van angst en spanning (APA, 2000).

DRANG

Drang is een innerlijke neiging die als plezierig wordt ervaren en waaraan iemand geen weerstand kan bieden. Bij een Ass kan drang worden onderverdeeld in repetitieve gedachten en repetitieve gedragingen. Onder de repetitieve gedachten vallen preoccupaties en aanhoudende interesse in delen van voorwerpen, en onder de repetitieve gedragingen de routines, rituelen en stereotiepe zich herhalende motorische maniërismen (APA, 2000). Ze worden door degenen die ze hebben, ervaren als egosyntoon (ik-eigen), dat wil zeggen

dat de patiënt deze niet als pathologisch ervaart, maar als een eigen geaccepteerd deel van zichzelf.

Preoccupaties zijn steeds terugkerende, hardnekkige, rigide en stereotiepe denkbeelden, waarbij continu in herhaling wordt vervallen. Dit kan onder andere bijzondere belangstellingsgebieden betreffen, zoals een afwijkende interesse in computers, astronomie, of een ander onderwerp. Aanhoudende interesse in delen van voorwerpen zien we vooral in de sterke aandacht voor details, of bijvoorbeeld in de vorm van een overmatige interesse in glitters en flonkerende stenen.

Routines en rituelen zijn zich herhalende gedragspatronen en kunnen worden gezien als het verlengstuk in gedrag van de preoccupaties. *Stereotiepe en zich herhalende motorische manieren* zijn bijvoorbeeld fladderen of draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam.

VERSCHILLEN TUSSEN ASS EN OCS Bij patiënten met een ocs is er sprake van een normale vroegkinderlijke ontwikkeling, terwijl er bij een Ass vanaf vroege leeftijd afwijkingen opvallen (Szatmari, 1998). Met name de sociale ontwikkeling is erg relevant als onderscheidend diagnostisch criterium.

Parren (1998), Szatmari (1998), Tantam (2000) en Pijpers (2005) vermelden een aantal verschillen tussen de Ass en de ocs wat betreft de repetitieve gedachten en gedragingen; zie daarvoor Tabel 1. Een belangrijk verschil is dat de routines en rituelen bij autisme bevredigend zijn en bescherming bieden tegen externe overprikkeling, terwijl mensen met een ocs

gebukt gaan onder hun dwangmatige handelingen die steeds maar herhaald moeten worden in de hoop bepaalde angsten te verminderen. Daarbij is er bij patiënten met een ocs sprake van inzicht in de onrealistische aard van de obsessie of de angst.

Voorbeelden zoals dat van Temple Grandin (2005) die haar obsessie met dieren en machines tot haar vak gemaakt heeft, of menige Asperger die met succes in de informatietechnologie of boekhouding werkt, bewijzen dat de aanwezigheid van preoccupaties niet altijd negatief hoeft uit te pakken. Dit betekent niet dat de aanwezigheid van routines en rituelen niet nadelig en/of ongewenst kan zijn. De laatste kunnen negatieve gevolgen hebben voor de interactie met anderen omdat iemand alleen volgens bepaalde routines handelt en eist dat dingen op een bepaalde wijze of op een bepaald tijdstip worden gedaan. Het kan onrust, angst of zelfs agressie veroorzaken als iemand niet zijn routines en rituelen kan volgen. Iemand kan vanwege gedrag dat als vreemd wordt ervaren, worden gepest of buitengesloten.

Voldoet de beschreven casus aan de criteria van dwang? De behoefte om zijn routines en rituelen uit te voeren is wel sterk, zijn gedachedwalingen nemen weleens een hele dag in beslag. Maar als we de betekenis ervan uitzoeken, wordt het duidelijk dat hij de gedachten en de gedragingen zelf niet als storend ervaart, ze geen angst bij hem oproepen, maar ze juist als aangenaam, ja, zelfs als nodig omschreven kunnen worden. Hij wordt ontspannen bij het volgen van zijn rituelen en ze bieden hem structuur in zijn dagritme. Eventuele spanning ontstaat pas als de routines en rituelen

TABEL 1.

VERSCHIL TUSSEN EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS EN EEN OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS IN REPETITIEVE GEDACHTEN EN GEDRAGINGEN

AUTISMESPECTRUMSTOORNIS (DRANG)	OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS (DWANG)
Specifieke, beperkte en stereotiepe interesses	Obsessieve gedachten of compulsieve handelingen
Preoccupaties, routines en rituelen zijn concreet en bevredigend en bieden bescherming tegen externe overprikkeling	Dwang heeft een neutraliserende functie voor beangstigende gedachten of beelden
Wordt niet als misplaatst of opgedrongen ervaren en doorgaans niet erg bewust van hun stereotiep gedrag	Besef dat de dwang onnodig, tijdrovend, overdreven en onredelijk is en interfereert met een normaal functioneren
De stereotiepe interesse wordt uitgeleefd	De angst de handeling niet uit voeren, leidt tot vermijding
Geen inspanningen om drang tegen te houden	Tracht dwang te negeren of te onderdrukken
Egosyntoon	Egodystoon
Lustvol, maar kan zich tot ongewenste gewoonte ontwikkelen	Altijd lijdensdruk en angst

TABEL 2.

DIAGNOSTISCHE VRAGEN BIJ DWANG EN DRANG

In hoeverre is het passend gedrag bij een autismespectrumstoornis?

Wat is de functie van het gedrag?

Speelt angst een rol en zo ja op welke wijze?

Is er lijdensdruk (compulsies) of is het aangenaam (repetitieve gedragingen)?

Wordt de dwang als egodystoon (compulsies) of egosyntoon (repetitieve gedragingen) ervaren?

Is de drang ongewenst?

niet meer uitgevoerd kunnen worden omdat hij verstoord wordt door de buitenwereld (meestal door zijn partner). Bij hem is het dan beter om niet de term dwang te gebruiken, maar te spreken over drang wanneer we het hebben over zijn preoccupaties, routines en rituelen.

De dwang bij een ocs verschilt van de drang bij een ass. De vraag rijst of ze ook naast elkaar kunnen voorkomen.

CO-MORBIDITEIT De laatste jaren komen er steeds meer aanwijzingen dat autisme en een dwangstoornis elkaar niet hoeven uit te sluiten (Reaven & Hepburn, 2003; Lehmkuhl, 2008). Bij een onderzoeksgroep van patiënten met een ass voldeed een kwart aan de criteria voor ocs volgens de ICD-10 (WHO, 1992) en ruim de helft daarvan had obsessieve en compulsieve symptomen die samengingen met angst (Russell et al., 2005). In een onderzoek bij patiënten met een ocs had 20 procent tevens uitgesproken kenmerken van een ass (Bejerot, Nylander & Linström, 2001). Een score boven het afkappunt op de Autismespectrum Quotiënt (AQ; Baron-Cohen et al. 2001; Hoekstra et al., 2008) wijst op een mogelijke aanwezigheid van een ass. Dit was bij 4,6 % van de patiënten met ocs het geval, in vergelijking met 1,2 % bij de normale controles (Anholt et al., 2009).

Diverse onderzoekers (Gross-Isseroff, Hermesh & Weiz-

man, 2001; Winter & Schreibman, 2002; Pijpers, 2005; Cath et al., 2008) vermoeden een relatie tussen het voorkomen van autisme en dwang, waarbij er aanwijzingen zijn dat er misschien sprake is van een neurobiologische of genetische relatie tussen het repetitieve en ritualistische gedrag bij de ass en de obsessies en compulsies bij de dwangstoornis.

De dwang van patiënten met ass verschilt mogelijk van de dwang van patiënten met een ocs (McDougle et al., 1995). De eersten lijken minder gedachten te ervaren met agressieve, besmettings-, seksuele, religieuze, symmetrie- en somatische thema's dan patiënten met een ocs. De laatsten vertonen meer gedrag als schoonmaken, controleren en tellen, terwijl patiënten met een ass meer verzamelen, repetitief ordenen, vertellen of vragen, aanraken of wrijven en zelfbeschadigend gedrag vertonen.

Uit klinische beschrijvingen (Hare, 1997; Gaus, 2007; Schuurman, 2008) blijkt dat volwassenen met een ass tot op bepaalde hoogte wel degelijk in staat zijn over hun eigen cognities en emoties of die van anderen te praten. Ze doen dit wel op een ander niveau dan mensen zonder een ass met beperkingen en inschattingsfouten. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat zij wel last zouden kunnen hebben van angstcognities en neutraliserende rituelen.

DIAGNOSTIEK Bij patiënten met de diagnose ocs moet men alert zijn of er geen sprake is van een ass, omdat de kenmerken een grote mate van overlap kunnen laten zien. Maak bij patiënten met ass allereerst de afweging of er sprake is van bij het autisme passende preoccupaties of dat er sprake is van drang (ass) of dwang (ocs) (zie Tabel 1 en 2).

De diagnose ocs wordt naast de ass gesteld als de angst de handeling niet uit voeren, tot vermijding leidt, de dwang een egodystoon karakter heeft, er bij de patiënt duidelijk sprake is van lijdensdruk en het niet van voorbijgaande aard is. De diagnose drang in de zin van ongewenste gewoonte, wordt gesteld als er sprake is van preoccupaties, routines en rituelen die ontregelend zijn, maar wel een egosyntoon karakter hebben. Daarbij moet duidelijk sprake zijn van lijdensdruk voor patiënt en/of zijn omgeving. Bijvoorbeeld een patiënt die het niet kan laten om op de rommelmarkt alles wat van nut kan zijn te kopen en opslaat in huis, zodat er ruimtetekort ontstaat, of iemand die 's nachts bepaalde tv-programma's moet volgen op een forse geluidsterkte, waardoor de burens niet meer slapen, of iemand die alle mogelijke treintrajecten wil afleggen, daardoor steeds verder weg moet en geld tekort komt.

In de praktijk blijkt wel geregeld dat dwang en drang

Bij een ocs moeten handelingen steeds herhaald worden om bepaalde angsten te verminderen

door elkaar heen lopen en er geen scherpe grens is te trekken.

BEHANDELING VAN DWANG EN DRANG BIJ EEN

ASS Patiënten met een ASS zijn door hun andere gevoeligheid voor prikkels vaak over- of ondergevoelig voor prikkels. Daardoor ervaren ze telkens veel stress die de dwang en drang kunnen doen toenemen. Bij aanvang van de behandeling is het dan zinvol te analyseren welke omgevingsfactoren

daarbij een rol spelen. Van belang is na te gaan of de patiënt in zijn omgeving voldoende ondersteuning heeft en men voldoende rekening houdt met de beperkingen van de patiënt, zodat te bepalen is welke aanpassingen in de omgeving nodig zijn. Meestal is het wenselijk om mensen uit de dagelijkse leefwereld bij de behandeling te betrekken. Tijdens de behandeling vragen stoornissen in de informatieverwerking om een andere aanpak qua bejegening en een aangepaste communicatiestijl (Schuurman, 2009 en 2010; De Bruin,

TABEL 3.
ADVIEZEN HOE IN DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS REKENING TE HOUDEN MET DE AUTISMESPECTRUMSTOORNIS

PROBLEEM	ADVIES
Communicatieproblemen	Zeg wat u bedoelt, verduidelijk indien nodig, vraag door en benoem wat u van de patiënt verwacht. Probeer de persoonlijke communicatiestijl van de patiënt te begrijpen. Neem dat wat de patiënt zegt letterlijk en zoek er niet te snel een verborgen betekenis achter. Begrens patiënten wanneer ze te veel uitweiden of gaan associëren.
Moeite met overzicht	Bied visuele ondersteuning (gedragsregistratiekaarten, stappenplannen, stroomdiagrammen en schema's). Maak gebruik van cognitieve technieken met een visueel karakter, zoals visuele analoogschalen, meerdimensionaal evalueren, en het taartdiagram (Arntz & Bögels, 2000).
Snel overspoeld raken door prikkels en informatie	Straal als therapeut rust uit, doseer en wil niet te snel te veel. Wees er alert op dat uw patiënt niet overspoeld raakt. Wanneer dit toch gebeurt, blijf dan niet op iemand inpraten, maar laat de patiënt eerst tot rust komen. Accepteer bijvoorbeeld niet aankijken en gefriemel omdat uw patiënt zich dan beter kan concentreren.
Zwart-witdenken (met nadruk op zwart)	Hanteer een constructieve therapeutische houding. Geef expliciet aandacht aan dat wat goed gaat. Bouw nuancering in uw gesprekken in.
Beperkt zelfinzicht	Adviseer uw patiënt iemand uit de omgeving in te schakelen om de klachtenregistratie zo realistisch mogelijk te doen.
Geen rekening houden met context	Leg uit wat de therapie inhoudt en wat uw rol is en die van uw patiënt. Verwoord expliciet de samenhang tussen de verschillende aspecten.
Moeite met veranderingen	Bespreek hoe voorspelbaarheid kan worden vergroot. Werk met een vaste agenda.
Beperkt voorstellingsvermogen	Gebruik voorbeelden uit belevingswereld van de patiënt zelf die praktisch en concreet zijn.
Motivatatieproblemen	Maak bij de patiënten die beschikken over enig zelfinzicht gebruik van de socratische methode, waarbij gedachten worden uitgedaagd door middel van het stellen van vragen, het toetsen van hypothesen en het uitvoeren van experimenten. Het helpt patiënten om op deze wijze zelf het nut in te zien van gedragsverandering (Vermeulen, 2004).
Generalisatieproblemen	Schakel een persoonlijk begeleider in om de patiënt thuis te coachen.

Volwassenen met een ASS kunnen wel degelijk praten over hun eigen emoties of die van anderen

2009) (zie Tabel 3). Reguliere behandelprotocollen moeten worden aangepast aan de beperkingen van de mensen met ass. Het verschil in betekenis tussen dwang bij de ocs en drang bij een ass voor de patiënt heeft consequenties voor de keuze van de psychologische behandelstrategieën.

DWANG

Voor de behandeling van dwang bij volwassenen met ass is ons geen literatuur bekend. Wel zijn er enkele beschrijvin-

gen van kinderen waarbij een behandeling met cognitieve gedragstherapie succesvol was (Reaven & Hepburn, 2003; Lehmkuhl, 2008). Voor wat betreft 'fine-tuning' van de behandeling is een andere aanpak (zie Tabel 4) nodig bij een ocs bij autisme dan bij een 'reguliere' ocs (Bejerot, 2007; Cath et al., 2008; De Bruin, 2009;). In de praktijk (eigen ervaring) is de behandeling volgens het protocol van Verbraak et al. (2004) voor de behandeling van een ocs werkzaam bij patiënten met een ass, mits aangepast aan de ass. Het is een cognitief gedragstherapeutisch programma met als belangrijke onderdelen: opstellen angsthiërarchie, exposure en responspreventie, zelfcontroletechnieken en cognitieve interventies. De autistische wijze van informatieverwerking beïnvloedt het ontstaan van de dwang waardoor psycho-educatie over zowel de ass als de ocs en de relatie tussen

TABEL 4. DWANG

AUTISMESPECIFIEKE AANPASSINGEN PROTOCOL OBSESSIEVE-COMPULSIEVE STOORNIS VAN VERBRAAK EN ANDEREN (2004)

Opstellen angsthiërarchie	Patiënten met autisme ervaren en verwerken emoties anders. Maak daarom voordat een angsthiërarchie wordt opgesteld een inschatting hoe uw patiënt met emoties omgaat. Sommige patiënten ervaren spanning in het geheel niet, terwijl ze uiterlijk stijf staan van de spanning. Ze moeten dan eerst signalen van spanning leren herkennen. Met een emotiethermometer kan daarna de mate waarin de angst aanwezig is, worden aangegeven.
Exposure en responspreventie	Mensen met autisme kunnen veel moeite hebben met veranderen van gedrag. Dit komt zeker bij de exposure en responspreventie tot uiting (De Bruin, 2009). Howlin (2005) wijst erop dat het jezelf voorstellen in een situatie waarbij je angst voelt voor veel patiënten met autismespectrumstoornis niet (goed) mogelijk is. Het is dan nodig om te werken met blootstelling in reële levensechte situaties.
Zelfcontroletechnieken	Door de beperking in het voorstellingsvermogen kan het bedenken van dingen om de zelfcontrole te vergroten, moeilijk zijn. Dan kan samen met de patiënt een lijst van mogelijkheden worden opgesteld, zoals afleiding zoeken, voorbereiden op veranderingen en verschillende ontspanningstechnieken. Onderzoek in dit verband ook de functie van de preoccupaties, routines en rituelen in het omgaan met de autismespectrumstoornis. Ook deze kunnen ontspanning bieden, verveling verdrijven en/of een gevoel van controle geven.
Cognitieve interventies	Het werken met schema's waarin de oorzaak-gevolgrelaties tussen gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg worden geanalyseerd en een logische samenhang krijgen, past bij de wijze van informatieverwerking van patiënten met autismespectrumstoornis. Hierbij is wel voorzichtigheid geboden, omdat sommige mensen met autisme verward kunnen raken in hun eigen redeneringen. In dat geval kan beter gekozen worden voor het formuleren van helpende gedachten of slogans. Ook kan het gebruik van metaforen goed helpen. Vooral het vinden van een eigen metafoor waardoor je begrijpt wat er aan de hand is of hoe je het beste met je probleem kan omgaan.

beide noodzakelijk is. Evenals Bejerot (2007) zien wij in de praktijk dat door autisme de dwang soms moeilijk volledig behandelbaar is. Bij het opstellen van behandeldoelen moet dit doel dan ook niet al te hoog gesteld worden. De stappen

bij het doorlopen van het protocol moeten veel kleiner zijn dan bij de reguliere behandeling. De duur van de behandeling is vaak minstens twee keer zo lang als bij het reguliere protocol.

TABEL 5. DRANG AUTISMESPECIFIEKE AANPASSINGEN PROTOCOL ONGEWENSTE GEWOONTEN VAN HOOGDUIN EN ANDEREN (2004)	
Ketenanalyse	Toename van de preoccupaties, routines en rituelen kan een signaal zijn dat iemand overspoeld dreigt te raken. Onderliggende oorzaken van de drang hebben vaak te maken met omgevingsfactoren. Zo bleek bij een jongeman die in een woning voor mensen met autisme woonde dat zijn drang om hardop negatieve opmerkingen en ongepaste grapjes te maken, toenamen als hij met meerdere mensen aan tafel zat die luidruchtig waren. Door hem een aparte tafel te geven om te eten en de mogelijkheid om weg te lopen als de geluiden hem te veel werden, verminderde dit gedrag aanzienlijk. Maar ook het stellen van te hoge eisen kan de drang doen toenemen. Zelfs bij normaal of hoogbegaafde mensen moeten soms (deel)verantwoordelijkheden worden overgenomen en is praktische woonbegeleiding vaak noodzakelijk. Een probleem daarbij is dat niet iedere patiënt met autismspectrumstoornis voldoende zelfinzicht heeft om de ernst van de problemen in te zien en de eigen beperkingen die daarbij een rol spelen.
Stimuluscontrole	In een aantal gevallen moet de stimulus die de drang oproept aan het oog worden onttrokken, zoals bepaalde tijdschriften niet meer in huis halen of bepaalde tv-programma's niet aanzetten omdat die de aanleiding zijn voor de drang. Zo schreef R. altijd een reactie als ze een ingezonden brief las waar ze het antwoord op wist. Omdat ze op bijna alles een antwoord kon geven, was ze veel te veel tijd kwijt met het schrijven van brieven.
Stimulusresponspreventie en alternatief gedrag bevorderen	Lege tijd en verveling kunnen ontstaan wanneer iemand zich niet meer met zijn preoccupatie kan bezighouden. Stimuleer daarom altijd alternatief gedrag. Door het beperkte gedragsrepertoire van mensen met een autismspectrumstoornis kan het wijzer zijn het gedrag zo aan te passen dat het qua vorm of duur acceptabel wordt. Wanneer afspraken worden gemaakt over responspreventie, kan dit het beste zo concreet mogelijk gebeuren en visueel gemaakt worden, zoals door het opstellen van een contract. Of door het bedrag dat aan de drang kan worden besteed in een aparte portemonnee te bewaren, die alleen voor specifieke doeleinden wordt gebruikt.
Beperking in tijdsduur en plaats	Het beperken van de drang in tijdsduur en afspraken maken over op welke plaats het gedrag wordt uitgevoerd, kunnen erg helpen. Bij patiënten met een autismspectrumstoornis is er vaak sprake van alles of niets en zijn ze niet in staat tot iets daartussen. Een voorbeeld van wat bij iemand in dat geval wel werkt, is alleen om de andere dag 's avonds na het werk de computer aan.
Responsconsequentie	Het is voor de patiënt met een autismspectrumstoornis vaak erg moeilijk en frustrerend om het gedrag te veranderen, zelfs als het gaat om handelingen die uiteindelijk levensbedreigend kunnen zijn. Ze zijn in veel gevallen al overbelast. Het principe van responsconsequentie zal dan ook zeer zorgvuldig en voorzichtig gehanteerd moeten worden. Het werkt averechts als de overbelasting daardoor nog groter zou worden.

DRANG

Bij drang moet altijd voorafgaande aan de eventuele behandeling worden vastgesteld of de drang wel ongewenst is en of het negatieve gevolgen voor patiënt heeft of zijn omgeving. De drang kan een noodzakelijke strategie zijn om met de complexe buitenwereld om te gaan die eerder beschermend is. Dit geeft een duidelijke leidraad voor het wel of niet behandelen ervan. Als de drang lijdensdruk geeft, hetzij intern (psychologisch), hetzij extern (omgeving, financiën et cetera), is het raadzaam om het als ongewenste gewoonte te zien en als zodanig met cognitieve gedragstherapie te behandelen. Het behandelprotocol van Hoogduin et al. (2004) voor patiënten met ongewenste gewoontes geeft een goede basis voor de behandeling wanneer de drang ongewenst is. Het doel is om de patiënt met een ASS meer greep te laten krijgen op het gedrag. De verschillende elementen van het protocol vragen aanpassingen aan de ASS (zie Tabel 5).

TERUGVALPREVENTIEPLAN

Een behandeling wordt in de regel afgesloten met een terugvalpreventieplan. Dit plan bevat signalen van stress, gebeurtenissen die stress oproepen en ook de acties van de patiënt en de omgeving. In het gewone leven moet tijd worden ingeruimd voor de preoccupaties, rituelen en repetitieve gedragingen die rust, plezier en ontspanning geven. De zelfcontroletechnieken en ontspanningstechnieken die een patiënt heeft geleerd, kunnen op schrift als bijlage aan het plan worden toegevoegd, zodat iemand in moeilijke periodes kan terugkijken wat mogelijk helpt.

CONCLUSIE Verschillende criteria voor een OCS overlappen met die voor een ASS. Omgekeerd kan een aantal ge-

Onderzoekers vermoeden een genetische relatie tussen het voorkomen van autisme en dwang

dragskenmerken van een ASS geïnterpreteerd worden als aanwijzing voor een OCS. Repetitief gedrag is een hoofdkenmerk bij zowel de ASS als de OCS. Dwang zoals deze voorkomt bij een OCS verschilt van de drang die gezien wordt bij een ASS. Een OCS kan comorbide voorkomen bij een ASS. Het onderzoek op dit gebied heeft meestal betrekking op kinderen en adolescenten. Goede behandelstrategieën voor volwassenen ontbreken en zouden ontwikkeld moeten worden.

De behandeling van een OCS bij een ASS moet plaatsvinden door behandelaren met ervaring en gedegen kennis van autisme. Voorafgaande aan de behandeling is zorgvuldige diagnostiek van de dwangklachten essentieel. Bij de behandeling van dwang en drang bij patiënten met ASS zijn de volgende punten van belang:

- Rekening houden met de wijze van informatieverwerking
- Psycho-educatie over de autismspectrumstoornis en de relatie met drang en/of dwang
- Omgeving betrekken bij de behandeling
- Kleine stappen en meer tijd nemen
- Tijdens de sessies concreet effecten van behandeling laten ervaren
- Doelen niet te hoog stellen.

Summary

Obsessions and compulsions, preoccupations and rituals in adult autism spectrum disorder

C. Schuurman en C. Shibolet

Many people with an Autism Spectrum Disorder (ASD) have preoccupations, obsessive thoughts and compulsive behaviour. These repetitive thoughts and behaviours may have many similarities with those of Obsessive Compulsive Disorders (OCD). There are, however, clinical differences in the repetitive cognitions and behaviour patterns in patients with an ASD with or without comorbid OCD. In this article we discuss the common characteristics, the similarities, and differences of ASD and co-morbid OCD-related repetitive behaviours, based on the literature and a case study to illustrate. We will conclude with an advice regarding the adaptation of treatment protocols.

Noten

Met dank aan drs. A.P.A.M. Stockmann, psychiater en directeur behandelzaken Centrum Autisme, en prof.dr. R.A.C. Roos, neuroloog Leids Universitair Medisch Centrum, voor hun kritische opmerkingen.

Mw drs. C.H. Schuurman, Gezondheidszorgpsycholoog en teampsychooloog volwassenenteam, Centrum Autisme (onderdeel van GGZ Rivierduinen), Schuttersveld 9, Postbus 750, 2300 AT Leiden, c.schuurman@centrumautisme.nl.
 Drs. C.D. Shibolet, Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP/Gezondheidszorgpsycholoog, Centrum Autisme (onderdeel van GGZ Rivierduinen), Schuttersveld 9, Postbus 750, 2300 AT Leiden, c.shibolet@centrumautisme.nl.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anholt, G.E., Cath, D.C., Oppen, P. van, Eikelenboom, M., Smit, J.H., Megen, H. van & Balkom, A.J.L.M. van (2010). Autism and ADHD symptoms in patients with OCD. Are they associated with specific OC symptom dimensions or OC symptom severity? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 580-589.
- Arntz A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R. & Martin, J. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ). Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientist and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.
- Bejerot, S. (2007). An autistic dimension. A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism*, 11, 101-110.
- Bejerot, S., Nylander, L. & Linström, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 169-176.
- Bruin, R.M. de (2004). Met rituelen, maar wel weer leefbaar. Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een obsessief-compulsieve stoornis en een autismespectrumstoornis. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 4-13.
- Bruin, R. de (2009). Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een dwangstoornis en autisme. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 90-95
- Cath, D.C., Ran, N., Smit, J.H., Balkom, A.J.L.M. van & Comijs H.C. (2008). Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults. *Psychopathology*, 41, 101-110.
- Gaus, V.L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult asperger syndrome*. New York/London: The Guilford Press.
- Gillberg, C. & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321-330.
- Grandin, T. (2005). *Emergence. Labeled autistic*. New York/Boston: Warner Books.
- Gross-Isserhoff, R., Hermesh, H. & Weizman, A. (2001). Obsessive compulsive behavior in autism - towards an autistic-obsessive compulsive syndrome? *World Journal of Biological Psychiatry*, 2, 193-197.
- Hare, D.J., (1997). The use of cognitive-behavioural therapy with people with asperger syndrome: a case study. *Autism*, 1, 215-225.
- Hoekstra, R.A., Bartels, M., Cath, D.C. & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): a study in Dutch population and patient groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1555-1566.
- Howlin, P. (2005). *Autism and Asperger syndrome*. Oxon: Routledge.
- Hoogduin, C.A.L., Hagenaars, M.A., Minnen, A. van & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten: zelfcontroleprocedures. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (p. 63-97). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lehmkühl, H.D., Storch, Bodfish, J.W. & Geffken, G.R. (2008). Brief Report. Exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder in a 12-year-old with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 977-81.
- McDougle, C.J., Kresch, L.E., Goodman, W.K., Naylor, S.T., Volkmar, F.R., Cohen, D.J. & Price, L.H. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 772-777.
- Parren, L.F. (1998). Behandeling van preoccupaties bij hoger functionerende autistische jongeren. *Engagement*, 6, 4-9.
- Pijpers, H.J.C. (2005). Obsessief-compulsief gedrag en autisme. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 1, 22-27.
- Reaven, J. & Hepburn, S. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with asperger syndrome: a case report. *Autism*, 7, 145-164.
- Russel, A.J., Mataix-Cols, D., Anson, M. & Murphy, D.G.M. (2005). Obsessions and compulsions in asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, 186, 525-528.
- Schuurman, C.H. (2008). Cognitieve gedragstherapie in een groep voor studenten met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 81-90.
- Schuurman, C.H. (2009). Autisme met angst & dwang. Enige afsluitende notities. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 96-99
- Schuurman, C.H. (2010). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme*. Amsterdam: Hogrefe.
- Shibolet, C. (2008, oktober). *Dwang, drang en pre-occupaties*. Lezing gepresenteerd tijdens het congres van Centrum Autisme 'Realisme in Autisme', Leiden.
- Szatmari, P. (1998). Differential diagnosis of asperger disorder. In E. Schopler, G.B. Mesibov & L.J. Kuncze (Eds.), *Asperger syndrome or high-functioning autism?* New York/London: Plenum Press.
- Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with asperger syndrome. *Autism*, 4, 47-62.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., Arts, W.J.J.M., Hansen, A.M.D., & Keijsers, G.P.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis: exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (p. 63-97). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermeulen, P. (2004). *Ik ben speciaal 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme*. Berchem: EPO.
- Wing, L., Leekham, S.R., Libby, S.J., Gould, J. & Locombe, M. (2002). The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, interrater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 307-325.
- Winter, J.M. & Schreibman, L. (2002, november). *An examination of repetitive behavior in autism and obsessive compulsive disorders: brain and behavioral similarities*. Samenvatting bijdrage gepresenteerd tijdens Imfar 2002, Orlando, Florida.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO.