

Autisme en andere contactstoornissen

Vanuit neuropsychologisch perspectief

Peter van Nunen, Klinisch Psychofysioloog/ Neuropsycholoog/ GZ psycholoog

Iedere baby maakt een autistische ontwikkelingsfase door. Een periode in zijn leven waarin alles om het kind zelf draait. Waarin hij/ zij het middelpunt van de wereld is en hij/ zij relatief ongevoelig is voor prikkels vanuit de buitenwereld. Zelfs in de geschiedenis van de mensheid hebben we eeuwenlang gedacht dat onze aarde het middelpunt van het heelal was, waar alles omheen draaide. Daar is niets mis mee, als er daarna maar een periode komt waarin je beseft dat jij niet het middelpunt van de wereld bent, maar dat je een specifieke plaats inneemt in deze wereld. Een buitenwereld waarmee je kunt communiceren en zo je eigen plaats leert kennen. Als we dus spreken over kinderen of volwassenen met een autistische stoornis, dan hebben we het over mensen die problemen hebben om hun eigen plaats in deze wereld te ontdekken, die problemen hebben met de communicatie met anderen en met de sociale interactie.

Geschiedenis:

In 1943 beschreef de Amerikaanse kinderpsychiater dr. Leo Kanner elf kinderen met een aangeboren autistische stoornis van het affectieve contact (het gevoel). Later noemde hij deze stoornis: vroegkinderlijk autisme. Het waren op het oog normale kinderen, die echter erg in zichzelf gekeerd waren en nauwelijks reageerden op toenadering. Ze vermeden oogcontact en spraken niet of nauwelijks. Als ze al praatten, dan herhaalden ze vaak letterlijk wat er werd gezegd (echolalie) en ze maakten typerende bewegingen zoals wiegen of fladderen met de armen. Ze waren niet in staat om ideeën of gevoelens met anderen uit te wisselen, waardoor er geen wederzijds contact ontstond. Ze waren erg star en rigide en werden angstig, paniekerig of boos bij veranderingen. De beschrijving van Kanner van deze elf kinderen was zo precies dat het ook nu nog geldt. Andere observaties van Kanner zijn echter inmiddels achterhaald. Zo weten we nu dat het niet ligt aan de ouders, maar dat hier sprake is van een informatieverwerkings stoornis. Een stoornis dus op het niveau van het hersenfunctioneren. Kanner dacht ook dat alle autistische kinderen intelligent waren, maar we weten nu dat een groot deel van hen tevens verstandelijk gehandicapt is.

In 1944 (een jaar na de publicatie van Kanner), beschreef een Oostenrijkse arts dr. Hans Asperger een groep kinderen die hij aanduidde als lijdende aan een Autistische Psychopathie. Hij noemde dit een psychopathie, om aan te geven dat het een langdurige en stabiele aandoening was. Hij kende weliswaar het artikel van Kanner, maar dacht dat het hier om een andere aandoening ging. Deze kinderen spraken wel, maar ze hadden soms een vreemd taalgebruik en leken intelligenter. Bovendien ontwikkelden ze soms heel specifieke eigenschappen. Er waren nog geen symptomen te zien voor hun derde levensjaar en de prognose was beter. Zoals gezegd verscheen zijn artikel in 1944, maar werd het vreemd genoeg niet in het Engels vertaald (ook niet na de oorlog), waardoor de hele Angelsaksische wereld er geen kennis van had. Over communicatie gesproken! Pas in 1981 beschreef de Engelse Lorna Wing een groep, relatief hoog begaafde, kinderen met een uitgesproken beperking in de sociale interactie en noemde daarbij de observaties van Asperger. Sindsdien wordt het syndroom van Asperger in het kader van de autistische stoornissen genoemd.

Tien jaar na Kanner's eerste beschrijving beschreef de Utrechtse hoogleraar in de kinderpsychiatrie Prof. Kamp, het begrip ontwikkelingspsychose. Hij beschreef twee groepen.

De eerste groep waren de autisten zoals Kanner die beschreef en de tweede groep betrof -grensgevallen- die later -aan autisme verwante contactstoornissen- werden genoemd.

In de tachtiger jaren ontstond de term -pervasieve ontwikkelingsstoornis-. Pervasief wijst op het langdurige bestaan van de stoornis en het diep doordringen in alle facetten van de ontwikkeling. Andere stoornissen die vallen onder de pervasieve ontwikkelingsstoornissen zijn: Het syndroom van Rett (Rett 1966) en Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (Heller 1908). Deze beide aandoeningen komen echter zeer zelden voor. Alle aan autisme verwante stoornissen vallen officieel (volgens de DSM IV) nog steeds onder de term: Pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Dus ook het meer bekende PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified). Dit betekent dat we wel veel verschijnselen zien, maar onvoldoende specifiek om het nader te kunnen benoemen, of te classificeren als een bekende aandoening.

In 1993 introduceerde Lorna Wing de term -aandoeningen in het spectrum van de autistische stoornissen-. Hiermede benadrukte zij dat er weliswaar zeer veel verschillen kunnen zijn tussen personen onderling, maar dat er altijd herkenbaarheid is op de drie zogenaamde kernfuncties. Zij noemt dit -een triade van stoornissen- namelijk stoornissen betreffende: de sociale interactie, de communicatie en de verbeelding.

Doordat wetenschappers zich steeds meer gingen bezig houden met de neuropsychologie, het ontdekken van de relatie tussen het gedrag en het functioneren van de hersenen, ontstonden er steeds meer mogelijkheden om van deze stoornissen subgroepen te beschrijven, op grond van hun neuropsychologische kenmerken. Hoewel het uitgangspunt het geobserveerde gedrag is, werden deze personen dus beschreven aan de hand van het profiel bij een neuropsychologisch onderzoek. Zo worden de volgende aandoeningen wel ondergebracht in dit spectrum van de autistische stoornissen: NLD (Non-verbal Learning Disabilities syndrome) (o.a. Rourke 1989), het Sematisch Pragmatisch Syndroom (Rapin en Allen 1986) en MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder) (van der Gaag 1993). Om de verwarring nog groter te maken kunnen we zeggen dat een aandoening in het spectrum van de autistische stoornissen niet altijd even gemakkelijk te herkennen is, omdat er vaak een overlap is met verschijnselen van allerlei andere aandoeningen zoals: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), Syndroom van Gilles de la Tourette, Obsessieve Compulsieve stoornis, Gedragsstoornis of een Depressieve stoornis.

De psychologische praktijk:

In de gewone particuliere psychologenpraktijk zien we de autisten zoals Kanner die beschreef nauwelijks. De stoornissen zijn dermate ernstig, dat deze vaak al heel vroeg onderkend worden en deze kinderen in een ander hulpverleningscircuit terechtkomen. Wat we wel zien, zijn kinderen en volwassenen met mildere aandoeningen in het autistische spectrum, die vaak op jonge leeftijd al aangemeld worden door hun ouders of waarvan de school de problemen aangeeft. Het syndroom van Asperger wordt vaak zelfs pas tijdens de adolescentie (de puberteit) of de volwassenheid onderkent. Vaak wordt dan de vraag gesteld: Hoe ernstig is het? Een vraag die niet gemakkelijk te beantwoorden is, omdat we geen cijfers kunnen geven, betreffende de ernst. Het enige dat telt is, in hoeverre zij in hun functioneren hierdoor gehinderd worden. Een andere vraag is: Waar komt het vandaan, wat is de oorzaak? Ook hierop moeten we het definitieve antwoord voorlopig schuldig blijven, hoewel er wel aanwijzingen zijn, vanuit de neurologie en de neuropsychologie.

Mogelijke neurologische en neuropsychologische oorzaken.

Autisme komt vier maal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Het syndroom van Asperger zelfs negen maal zo veel. Er is dus een theorie die stelt dat autisme te maken heeft met extreme vormen van het mannelijke hersentype. Wat betekent dat? Het is inmiddels duidelijk geworden dat de biologische ontwikkeling van de hersenen van mannen en vrouwen verschilt, als men dit bekijkt vanuit een groepsgemiddelde. In een mannelijk embryo domineert het genotype XY (chromosomen) de groei van de testes (zaadballen). Op de leeftijd van ongeveer 8 weken zijn deze organen aangelegd en scheiden zij geregeld een hoeveelheid testosteron (mannelijk hormoon) af. Deze hormoonspiegel zou een bepalende invloed kunnen uitoefenen op de embryonale (voor de geboorte) ontwikkeling van de hersenen. Wat de verschillen precies zijn tussen \rightarrow mannelijke en \rightarrow vrouwelijke hersenen is echter nog onduidelijk. Kortweg gezegd zouden vrouwen over een beter ontwikkelde (of toegankelijke) linkerhersen helft beschikken en mannen over een beter ontwikkelde rechterhersen helft. Sommige onderzoekers vonden inderdaad dat bij jongensbaby's de cortex (schors) van de rechterhersen helft dikker was dan bij meisjes. Dit zou het betere visueel ruimtelijk inzicht van mannen (in het algemeen) kunnen verklaren. Anderen vonden dat het corpus callosum (de hersenbalk) bij vrouwen groter is. Dit is een dik pakket zenuwvezels dat de verbindingen vormt tussen de beide hersenhelften. Dit zou de superioriteit van vrouwen in verbaal (taalkundig) opzicht kunnen verklaren, doordat beide hersenhelften dan gemakkelijker kunnen samenwerken. Bij autisten zou dit corpus callosum zelfs nog kleiner zijn dan bij mannen in het algemeen. Zelfs ouders van autistische kinderen zouden in sterkere mate dit \rightarrow mannelijke hersentype vertonen dan controleproefpersonen van hetzelfde geslacht.

Een ander vaak gevonden verschijnsel is dat autisme te maken heeft met een stoornis in het functioneren van met name de linkerhersen helft. Zoals bekend, is de linker hersen helft dominant voor taalverwerking. De verstoorde taalontwikkeling bij autisme past dus in dit beeld. Bovendien zijn vrouwen beter in taal dan mannen, zodat de stoornis links al ernstiger moet zijn, voordat er verschijnselen optreden, zodat het eerder bij mannen dan bij vrouwen tot uitdrukking komt. Bovendien is, volgens anderen, autisme in hoge mate erfelijk en een van de genen die hiervoor verantwoordelijk wordt gehouden, ligt op een chromosoomgedeelte dat ook wordt beschouwd als de drager van een gen dat nauw betrokken is bij de taalontwikkeling. Maar niet alle verschijnselen bij autisme kunnen verklaard worden uit een stoornis in de linkerhemisfeer. Sommige functies die bij autisme ook vaak gestoord zijn, zoals zinsmelodie, niet verbale communicatie (zoals gezichtsuitdrukkingen en lichaamstaal), het begrijpen van emotionele uitingen en het op een juiste wijze inzetten van taal, zijn voornamelijk rechterhemisfeer functies. Wel is duidelijk dat de laatst genoemde eigenschappen duidelijker gestoord zijn bij mensen met het syndroom van Asperger dan bij de autisten van Kanner. Hebben we het dan toch over verschillende stoornissen, met ieder een andere oorzaak? Hebben we het hier over een zelfde controverse als bij ADHD? Immers ook bij ADHD gedrag (gedrag veroorzaakt door een concentratiestoornis) kan er een verschillende oorzaak zijn voor de problematiek. Tot op de dag van vandaag bestaan hier nog meningsverschillen over tussen de verschillende deskundigen.

Naast deze linkerhemisfeer stoornissen hebben meerdere onderzoeken ook aangetoond dat er problemen zijn aangaande de grootte van het cerebellum (de kleine hersenen). Bepaalde typen hersencellen zouden bij autisten veel minder aanwezig zijn dan bij controlepersonen. Deze zogenaamde Purkinje cellen zouden al tijdens de zwangerschap verloren gaan. Dit zou kunnen leiden tot problemen met de inhibitie (de rem in het centrale zenuwstelsel), de gerichte aandacht, de activatie en de informatieverwerking. De gevonden stoornissen in de linkerhemisfeer en het cerebellum wijzen op een neurologische ontwikkelingsstoornis die waarschijnlijk al optreedt voor de zesde maand van de zwangerschap.

Ook stoornissen in de frontale gebieden (voorkant van de hersenen) worden vaak gevonden. Er is een specifiek gebied in de prefrontale cortex dat te maken heeft met het je verplaatsen in de mentale toestand van een ander. Dit gebied heeft allerlei verbindingen met een groot aantal hersengebieden die nodig zijn om persoonlijke herinneringen op te roepen of tussen de regels van een verhaal door te lezen. Deze vaardigheden heb je nodig om een besef te hebben dat er zoiets als een denkwereld bestaat. Dit ontbreekt in meer of mindere mate bij autisten. Zij kunnen zich niet of slechts zeer moeilijk verplaatsen in de gedachten van een ander. Bij een onderzoek met normale proefpersonen zag men dat dit gebied in de hersenen sterk geactiveerd werd als ze een vraag moesten beantwoorden, die een verplaatsing in de gedachten van een ander, noodzakelijk maakte. Bij een groep mensen met het syndroom van Asperger zag men dat een ander, er onder liggend gebied, erg actief werd. De meeste mensen gebruiken dit gebied om rechttoe-rechtaan-situaties van oorzaak en gevolg te begrijpen. Ze probeerden het antwoord te ontdekken alsof ze een kruiswoordpuzzel probeerden op te lossen. Deze voorkant van de hersenen is verder van groot belang voor de zogenaamde uitvoerende functies. Dit is een verzamelnaam voor cognitieve (denk) processen op het hoogste niveau, waaronder flexibiliteit van denken en handelen en het stoppen van gedrag dat niet meer adequaat is. Dit kan de starheid van autisten in het dagelijkse leven verklaren, zoals vasthouden aan een bepaald ritueel of telkens dezelfde route nemen en de weerstand tegen veranderingen.

Sinds de ontdekking in 1961 dat, in een derde van de kinderen met autisme, er sprake is van een verhoogd niveau van serotonine in het bloed (een neurotransmitter, dus een chemische stof die ervoor zorgt dat signalen in de hersenen kunnen worden overgebracht) gaat de aandacht van onderzoekers vooral uit naar de chemische processen in de hersenen. Indien hier namelijk de oorzaak van de problematiek geheel of gedeeltelijk ligt, dan kan men met behulp van medicijnen proberen het een en ander recht te trekken. Medicamenteuze behandeling is tot nu toe met wisselend succes toegepast. Vooral nog geldt autisme echter als ongeneeslijk.

Het klinische beeld en het psychologisch onderzoek.

In de dagelijkse psychologenpraktijk richten we ons vooral op het klinische beeld (het gedrag dat we zien) en dan met name op de triade van stoornissen: de sociale interactie, de communicatie en de verbeelding.

Een algemeen beeld van de sociale interactie (de omgang met leeftijdsgenoten en anderen) krijgen we vanuit de anamnese (de aangeleverde gegevens van ouders, het kind zelf, de school of van de volwassene zelf). Vaak laten we ouders en de leerkracht ook nog vragenlijsten invullen betreffende het gedrag en de sociale vaardigheden. Bij al wat oudere kinderen en volwassenen kunnen persoonlijkheidsvragenlijsten goede diensten bewijzen. Van belang is dan ook om te weten hoe lang de problemen al bestaan, of ze bijvoorbeeld al in de vroegkindelijke ontwikkeling zijn ontstaan of al vanaf de geboorte aanwezig zijn.

Van de communicatie krijgen we vanzelfsprekend ook een persoonlijke beeld tijdens het onderzoek. Hoe reageert het kind, of de volwassene, op de onderzoeker? Is er sprake van oogcontact en niet verbale communicatie? En ook hier kan er sprake zijn van verschillende problemen. Als een kind nauwelijks praat, geen of te weinig oogcontact maakt en niet of nauwelijks reageert op lichaamstaal, dan zijn dit duidelijke aanwijzingen. Maar ook het omgekeerde kan het geval zijn. Als een kind honderduit praat en je vanaf het begin de indruk geeft dat het je al jaren kent en zijn of haar beste vriendin bent, dan wijst dit eveneens op problemen aangaande de communicatie.

Ten aanzien van de verbeelding geeft de interesse van het kind of de volwassene vaak al een aardig beeld. Als kinderen vroeger wel speelden met auto's, maar alleen door ze te rangschikken op merk of kleur, of door eindeloos aan te wielen te draaien, of ze alleen maar te laten botsen, of als ze wel met poppen speelden, maar alleen door er mee op de tafel te slaan,

dan is dit een indicatie dat de verbeelding mogelijk gestoord is. Er is wel sprake van spel, maar niet van adequaat materiaalgebruik. Er moet bovendien sprake zijn van iets vreemds, iets bizars in het gedrag. Een eindeloze fascinatie voor cijfers bijvoorbeeld, of hobby's die dan bijna altijd neerkomen op het verzamelen of classificeren van het een of ander. Soms hebben ze heel veel feitenkennis, maar kunnen dit niet integreren in andere kennis of tot een geheel samenvoegen. Met andere woorden; hun kennis is niet toepasbaar. Door bijvoorbeeld een Frans woordenboek van buiten te leren, spreek je nog geen Frans. Ze kunnen soms urenlang doorzeuren over iets wat voor een ander van geen belang is, of veel langer blijven hangen dan ze welkom zijn, of wegdromen als anderen aan het praten zijn. Gelukkig voor hen worden ze daardoor meestal niet in verlegenheid gebracht omdat ze zich in het algemeen niet bewust zijn wat anderen van hen denken.

Sommige mensen met autistische trekjes brengen het zeer ver in de maatschappij en hun vreemdheid is vaak alleen te merken door hun voorkeur om alleen te zijn, een gebrek aan empathie (invoelend vermogen), een weerstand tegen verandering en het soms alleen najagen van hun eigen interesses. Men veronderstelt wel dat veel succesvolle wetenschappers en kunstenaars in deze categorie vallen. Veel mensen met autistische trekjes hebben bijzondere talenten zoals een uitstekend geheugen (meestal voornamelijk voor losstaande feiten), een wonderbaarlijke rekenvaardigheid, een uitzonderlijk tekentalent of een absoluut gehoor. Velen van hen trouwen zelfs, maar het succes van een relatie wordt in hoge mate bepaald door het je kunnen verplaatsen in de ander. Onnodig te zeggen dat hierdoor dus vaak problemen ontstaan.

Zoals het voorgaande al aangeeft zien we dus vaak zeer verschillende gedragingen. Dit komt natuurlijk ook tot uiting in het psychologische onderzoek en dit maakt het stellen van de diagnose er niet gemakkelijker op. In het algemeen kunnen we wel een paar zaken aangeven. Echte autisten, zoals Kanner die beschreef, zien we weinig in de algemene psychologenpraktijk, zoals we al zeiden. Wel zien we kinderen met taalontwikkelingsachterstanden. Vaak is dan het Verbale IQ (taalgerelateerd) lager ontwikkeld dan het Performale IQ (meer handelingsgericht). Alhoewel we bij het syndroom van Asperger vaak het omgekeerde zien. We zien IQ's variërend van zeer laag tot zeer hoog, waarbij de Asperger's in het algemeen hoger scoren dan de PDD-NOSers. Maar bijna altijd is het profiel disharmonisch. Er is op de verschillende subtesten dus sprake van pieken en dalen. We zien dus geen hoogbegaafdheid, waarbij immers het profiel harmonisch moet zijn en nagenoeg alle scores zeer hoog. Toch worden veel van deze kinderen, met name met het syndroom van Asperger (maar vooral ook met NLD) vaak aangemeld met de vraag, of er sprake is van hoogbegaafdheid. Meestal werden ze dan, op grond van hun verbale begaafdheid, overschat. Neuropsychologisch gezien, zien we dus vaak aanwijzingen voor stoornissen in de linkerhemisfeer, maar met name vooral ook van de frontale functies, zoals star en rigide proberen problemen op te lossen en je niet kunnen inleven in de gedachtenwereld van anderen, of het van een andere kant kunnen bekijken. Ook de bijzondere eigenschappen zijn vaak opvallend aanwezig, zoals het met verbazingwekkend gemak kunnen onthouden van losse woorden. Soms letterlijk een voorgelezen verhaal kunnen navertellen, maar de boodschap in een verhaal er niet uit kunnen halen. Soms lezen zelfs jonge kinderen, letters en woorden even gemakkelijk op hun kop als rechtop. Kunnen ze legpuzzels zelfs ondersteboven goed leggen en uitstekend dingen natekenen, als ze het tenminste maar niet kunnen benoemen, een naam kunnen geven.

Als ze dus een kubus (of een doos) moeten natekenen, geeft dat problemen, omdat we iets ruimtelijks benoemen (driedimensionaal), wat alleen tweedimensionaal is getekend. We zien diepte in de tekening die er eigenlijk helemaal niet is. Het papier is immers plat (tweedimensionaal). Vooral bij mensen met het syndroom van Asperger zien we vaak problemen met het tekenen van driedimensionale figuren. Dit heeft duidelijk te maken met de specifieke functies van de linker- en de rechterhersenhelft. Goed leren tekenen doe je met je rechterhersenhelft, dan zie je alleen maar lijnen en de openingen tussen de lijnen. Benoemen doe je met

je linkerhersen helft. Als je iets wilt tekenen dat je kunt benoemen, zoals bijvoorbeeld een menselijk figuur dan zijn je hersenen geneigd te tekenen met je linkerhersen helft. Kun je niet goed dingen natekenen? Draai dan de figuur eens ondersteboven en teken alle lijnen precies na (met je rechterhersen helft) en je zult verbaasd staan over het eindresultaat, als je het na afloop omdraait.

Soms denken ze verrassend rechtlijnig, zoals een chirurg die om morgens om zeven uur al in de operatiekamer stond, maar elke avond tot twee uur om nachts wetenschappelijke artikelen las over zijn vakgebied, omdat hij dacht anders dement te worden, ondanks dat zijn collega's hem herhaaldelijk adviseerden om vroeger naar bed te gaan. Of het kind dat iedere avond, jarenlang, hetzelfde verhaaltje moest worden voorgelezen, omdat hij zeker wist dat hij anders niet kon slapen.

Zo verschillend als al deze personen kunnen zijn, zo verschillend zijn dus vaak ook de resultaten van psychologisch onderzoek. De diagnose is pas te stellen, als je alle gegevens goed bekijkt, waarbij het klinische beeld dus nog steeds het belangrijkste criterium is. Bij een kinderpsychiatrisch onderzoek wordt overigens alleen maar gekeken naar het klinische beeld. Opvallend is echter wel dat bij Autisme en PDD-NOS vaak de meeste stoornissen in de linkerhemisfeer worden gezien (naast de frontale functies), en dat het beeld bij Asperger en NLD vaak zo veel op elkaar lijkt, waarbij men overigens bij NLD niet de bizarre trekjes, zoals een preoccupatie voor bepaalde zaken of bijzondere rituelen ziet. Voorzichtig kunnen we dus concluderen dat het klinische beeld vaak wel veel op elkaar lijkt, maar dat er mogelijk toch sprake is van verschillende oorzaken voor de problematiek.

Omgang en behandeling:

Zoals gezegd is autisme vooralsnog niet te genezen. Soms kan men echter medicamenteus wel enkele symptomen bestrijden. Het is onmogelijk om één bepaalde behandeling of begeleiding aan te geven, die bij alle mensen met autisme effectief zou zijn, vanwege de al aangegeven verscheidenheid. Gedragstherapeutisch kan men vaak wel het nodige bereiken, waarbij meestal de omgeving zoals ouders of partner betrokken worden. Met name bij kinderen kan een sociale vaardigheidstraining vaak goede resultaten geven. Ook therapieën die uitgaan van ervaring, van het beleven, zoals lichaamsgerichte psychotherapie e.d. hebben vaak zeer gunstige resultaten.

Een veelbelovende -nieuwe- nog grotendeels experimentele behandelmethodede voor autisme, is Neurofeedback, ook wel EEG-biofeedback of Neuromodulatie genoemd. Ook dit is een ervaringsgerichte methode, er is sprake van een leerproces. Allereerst wordt er uitgebreid klinisch neurofysiologisch onderzoek gedaan (een EEG of hersenfilmpje). De EEG signalen worden vervolgens via computerberekeningen omgezet in een zogenaamd QEEG (kwantitatief EEG) en vergeleken met de EEG's van een grote groep gezonde mensen in een database. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek wordt er vervolgens een individueel persoonlijk trainingsprogramma opgezet. Bij de neurofeedbacktraining wordt de hersenactiviteit gemeten via elektrodes, die op het hoofd worden geplakt en zichtbaar gemaakt op een computerscherm. De psycholoog begeleidt de cliënt in het gericht sturen van de gemeten activiteit. Hierdoor kan men in bepaalde geselecteerde hersengebieden de activiteit verhogen of juist verlagen en kan men bereiken dat afzonderlijke hersengebieden beter met elkaar gaan samenwerken. Indien men deze neurofeedbacktraining combineert met andere vormen van psychotherapie dan worden er soms ongelooflijke resultaten geboekt.

Maar ook een begeleiding van de ouders in de omgang met hun kind is van wezenlijk belang. Bij al deze therapieën geldt dat er eerst sprake moet zijn van een vertrouwensrelatie tussen kind en therapeut, voordat er zelfs maar aan helpen gedacht kan worden. Therapieën die een groot beroep doen op taalbegrip en taalgebruik zijn minder geschikt, omdat dit vaak

zwakke kanten zijn en omdat het noodzakelijke zelfinzicht om over eigen gevoelens te kunnen praten, vaak ontbreekt. De basisprincipes van speltherapie, die veiligheid bieden en steun geven in een gestructureerde omgeving, zijn uitermate geschikt, met name bij jonge kinderen. Maar de uiteindelijke doelstelling van speltherapie is zelf-acceptatie en zelf-inzicht. Iets wat bij mensen met autisme meestal weer niet bereikbaar is.

In het algemeen kan men zeggen dat het belangrijk is om te zorgen voor een duidelijke en gestructureerde omgeving, een consequente aanpak, een overzichtelijk dag- en weekpatroon en stap voor stap aanbieding van informatie en uitvoering. Dus alles wat hen houvast geeft in een voor hen vaak onoverzichtelijke en niet-begrijpende wereld. Begrip, kennis van de problematiek en geduld zijn belangrijke eigenschappen voor de mensen die met Autisten omgaan. Sommige kinderen zijn aangewezen op speciaal onderwijs, terwijl anderen het wel redden binnen het reguliere onderwijs. Deze adviezen kunnen meestal wel voortvloeien uit degelijk psychologisch onderzoek. Dus ondanks de vele onduidelijkheden en hiaten in onze kennis over autisme, is een uitgebreid (neuro)psychologisch onderzoek en soms ook EEG onderzoek vaak erg nuttig, om meer inzicht en begrip te krijgen over de bestaande problematiek, zeker als men mengbeelden en een overlap van meerdere stoornissen ziet.

Eindhoven Psychologisch Instituut (EPI)
Drs. Peter E.H. van Nunen, directeur
Klinisch Psychofysioloog
Neuropsycholoog NIP
Gezondheidszorg (GZ) Psycholoog BIG
Neurofeedbackpsycholoog NIP
Geldropseweg 165, 5613 LM Eindhoven
Tel: 040-2446292/ 2447251
www.epi-groep.nl