



veranderingen in hun dagelijkse routine, onverwachte gebeurtenissen en onvoorspelbaar gedrag van een ander. Er is sprake van rigide gedrag.

Als er onverwachte veranderingen plaatsvinden, kan de persoon angstig of agressief worden of in paniek raken. Het inzicht en het overzicht nemen af. De gedragsproblematiek neemt toe.

Ook is de persoon geneigd te diep ergens in geïnteresseerd te raken. Een ander aspect is de snelle gewoontevorming en het blijven hangen in gedachten. Bij het verstoren van de gewoonte is er een snelle ontstemming. Soms is er een neiging

tot verzamelen van nutteloze voorwerpen. Er kunnen dwangmatige tics aanwezig zijn.

Mensen met ASS kunnen overgevoelig of juist ongevoelig voor prikkels zijn. Soms kunnen niet tegen harde geluiden en fel licht, anderen hebben een hoge pijngrens.

Ondersteuning

Er zijn diverse ondersteuningsmogelijkheden voor mensen met ASS. Te denken valt aan: psycho-educatie, medicatie, lotgenotencontactgroep, systeemondersteuning, dagbesteding. Er worden overal

zorgprogramma's ontwikkeld voor kinderen met ASS en ook steeds meer voor volwassenen met ASS.

Wat betreft de ouderen met ASS hebben we nog een inhaalslag te maken. Als de hulpverlener voldoende kennis heeft en het beeld herkent, kan de bejegening worden aangepast zodat de ouderen zich geaccepteerd en gerespecteerd voelen. Over het algemeen kan worden gesteld dat structuur, rust, duidelijkheid, consequent gedrag en weinig veranderingen dan wel verrassingen, van positieve invloed zijn op het gedrag van de persoon met ASS.

Dhr. Van der Molen*

Dhr. Van der Molen is 71 jaar en heeft tot 2 jaar geleden nooit contact gehad met de GGZ. Hij werd toen opgenomen op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis nadat in korte tijd zijn moeder en een oom overleden. Hij kreeg iemand op bezoek van de woningbouwvereniging om de woning te inspecteren en reageerde daar zeer paranoïde op. Cliënt heeft altijd alleen gewoond. Hij heeft nooit een relatie gehad omdat hij geen kinderen wilde. Op school had hij geen vrienden. Hij heeft lange tijd als kok en als heftruckchauffeur gewerkt. Op de psychiatrische afdeling wordt, o.a. gezien de voorgeschiedenis, de geobserveerde achterdocht en de merkwaardige spraak, een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. Een hetero-anamnese kan niet worden afgenomen. Cliënt verhuist met veel moeite en zeer intensieve begeleiding naar het verzorgingshuis. Hij raakt gewend aan de andere omgeving en het gaat goed. Hij krijgt ondersteuning bij de dagelijkse dingen. Hij is gehecht aan zijn vaste patronen. Als ik hem bezoek, is hij zeer breedspakig en hij spreekt monotoon.

Hij kijkt mij nauwelijks aan en lijkt in zijn verhaal niet te wachten op een reactie.

Vanaf het eerste moment twijfel ik aan de diagnose. Onlangs ging het niet goed met dhr. Van der Molen. Hij rookt altijd in de binnentuin. Maar deze keer zat de deur op slot en kon hij dus niet naar de tuin. Sindsdien is hij van slag. Hij reageert agressief, is achterdochtig, verwaarloost zichzelf en is nauwelijks benaderbaar.

Er wordt medicatie voorgeschreven voor de achterdocht. De verzorging krijgt informatie over het belang van structuur, passende communicatie en veiligheid. Na een aantal weken functioneert dhr. Van der Molen weer zoals gewoonlijk. Hij verzorgt zichzelf weer en accepteert contact.

Dit beeld doet mij erg denken aan ASS. Aangezien de cliënt weer in evenwicht is, heeft hij er naar mijn idee geen baat bij dat er heronderzoek wordt gedaan. Dhr. Van der Molen functioneert goed met een benadering die past bij mensen met ASS.

* dit is een gefingeerde naam – red.

Tips van Lian Bakker voor het omgaan met oudere mensen met autisme: (vrij vertaald naar Delfos, 2005, en v.d. Veen-Mulders, 2005)

Inhoud van de communicatie:

- In concrete taal praten.
- Op situaties anticiperen door deze voor te bespreken.
- Informatie herhalen en controleren of deze is overgekomen.
- Sociale situaties en gevolgen uitleggen.
- Bij afspraken/instructies zeggen wat je verwacht in stellende vorm.
- Details in een breder kader plaatsen om overzicht te bevorderen.
- Bij grote spanningen eerst geruststellen. Niet de strijd aangaan op het toppunt van stress. Pas later ingaan op de inhoud.

Vorm van de communicatie:

- Om zeker te weten dat de ander aandacht heeft voor de informatie is het belangrijk dat de hulpverlener dichtbij (maar niet binnen 1 meter van) de ander is. Soms werkt het goed als eerst de naam wordt genoemd.
- Zorg voor een rustige omgeving.
- Meestal werkt het het beste als de hulpverlener probeert zijn toon, lichaamshouding en gezichtsuitdrukking zo neutraal mogelijk te houden. Mensen met ASS hebben moeite met het goed inschatten van non-verbale signalen. Als ze tegelijk op de inhoud en op de vorm van de communicatie moeten letten, is het moeilijk om alles met elkaar te combineren.
- Het tempo van het gesprek laag houden. Het interne schakelen van de persoon kost tijd.

Structuur bieden in tijd:

- Activiteiten opdelen in kleine overzichtelijke tijdseenheden, niet alles tegelijk bespreken.

- Aanhouden van vaste tijden voor vaste activiteiten, juist ook in perioden waarin andere structuren wegvallen.
- Afspraken opschrijven, en je aan de afspraak houden.
- De duur van het gesprek zo kort mogelijk houden.

Structuur bieden in de ruimte:

- Zorg voor weinig prikkels in een ruimte.
- De eigen omgeving dient zodanig georganiseerd te zijn dat de persoon er 'blindelings' zijn weg kan vinden, hij moet uit de omgeving af kunnen lezen wat waar wordt gedaan.
- Prikkels ordenen en visueel maken, b.v. het koppelen van activiteiten aan vaste ruimten, het ordenen van hulpverlenerinformatie op papier.

Structuur bieden in persoon:

- Zoveel mogelijk dezelfde hulpverlener.
- De taken en mogelijkheden van de hulpverlener moeten duidelijk zijn.
- Aandacht voor continuïteit.
- Met zo min mogelijk mensen tegelijk contact, liefst 1 op 1 situatie.

Het stellen van regels:

- Dit is o.a. van belang bij de overgang naar een woon- of dagbestedingsvoorziening.
- De regels moeten helder en concreet zijn.
- De regels moeten consequent en consistent worden gehanteerd.

Verder is het van belang om niet alleen te kijken naar de handicap, maar vooral ook de gezonde kanten aan te spreken. Mensen met ASS hebben een stoornis, ze zijn geen stoornis. Net als ieder ander hebben ze veel positieve krachten die goed kunnen worden gebruikt. Bovendien hebben ze door hun ASS een aantal kenmerken die het contact vergemakkelijken. Ze zijn toegewijd in hun relaties. Ze denken concreet en discussiëren logisch. Ze hebben geen geheime agenda's. Ze zijn in de regel eerlijk, niet rancuneus en hebben een goed geheugen.

Tot slot

Om uiteindelijk tot de diagnose ASS te komen bij ouderen, is het onontbeerlijk meer te weten te komen over de ontwikkeling in de jeugd. Of de diagnose ASS op oudere leeftijd gesteld moet worden, moet m.i. per individu worden bekeken. Er moet worden afgewogen of het iets toevoegt voor die persoon.

Als de hulpverlener voldoende kennis heeft en het beeld herkent, kan de bejegening worden aangepast. Bij twijfels over een mogelijke ASS bij ouderen is het raadzaam de bejegening zodanig aan te passen dat de persoon zich begrepen voelt en hierdoor problemen worden voorkomen.

Het lijkt mij zinvol als hulpverleners in de ouderensector meer kennis hebben van ASS om aansluiting te vinden en de

ouderen naar eigen tevredenheid te laten functioneren. GGZ-instellingen en opleidingen moeten inspelen op deze deskundigheidsbevordering. Naar mijn mening is ASS bij ouderen een landelijk onderzoek waardig, zodat meer kennis kan worden vergaard over deze specifieke doelgroep.

Bronnen

- Delfos, M. F. (2005). *Een vreemde wereld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Horwitz E.H. e.a. (2004). *Autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Veen-Mulders van der, L. e.a. (2005). *Sociaal onhandig*. Assen: Koninklijke van Gorcum. ■

Meer informatie over ouderen met autisme

J. Schäffer (2007). *Oldtimers and autism*. Engagement met autisme, jaargang 34, nr. 3, p. 34-35.

In dit artikel vraagt ervaringsdeskundige Jan Schäffer aandacht voor de ouder wordende mens met autisme. Hij signaleert bij deze groep veel eenzaamheid en armoede en vraagt aandacht voor ondersteunende netwerken voor ouderen met autisme.

Rooijen van, M. (2005). *Autistische oudere lijkt niet te bestaan*. PSY, 9 (6), p. 4-5.