

# Multidisciplinaire richtlijn over autismespectrumstoornissen bij volwassenen: nog veel werk aan de winkel

*Johan Vereycken*

Een aangename leeservaring is het bestuderen van een multidisciplinaire richtlijn zelden. Het corpus bestaat doorgaans uit een droge opsomming van weinig consistente wetenschappelijke feiten, hier en daar obliagaat aangevuld met een nuttige praktijkervaring. Toch wekte de recent verschenen Nederlandse multidisciplinaire richtlijn autismespectrumstoornissen (ASS) bij volwassenen (Kan et al., 2013) om diverse redenen mijn belangstelling. Er is immers een grote vraag naar diagnostiek en begeleiding/behandeling van personen met autistische kenmerken. Het prevalentiecijfer van ASS bedraagt momenteel één procent van de algemene bevolking, zowel bij kinderen als bij volwassenen, met een oververtegenwoordiging van het mannelijk geslacht (American Psychiatric Association [APA], 2014). Die nieuwe richtlijn is ook van belang omdat de kennis over ASS bij hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg te wensen overlaat. Dat wordt niet alleen in deze richtlijn aangestipt, ook een recent advies van de Belgische Hoge Gezondheidsraad (2013) legt meermaals de vinger op die zere plek. Verder is de diagnostiek van ASS bij volwassenen bijzonder complex. Een ontwikkelingsanamnese is niet altijd mogelijk omdat de ouders overleden zijn, niet willen of kunnen meewerken aan het onderzoek, of omdat de aangemelde persoon het contact met de ouders verbiedt. De diagnostiek bij volwassenen met autistische kenmerken wordt voorts gecompliceerd door de veelvoorkomende psychiatrische comorbiditeit en lastige differentiaaldiagnostische overwegingen. Bij sommige volwassenen met een ASS en een normale begaafdheid kan de problematiek zich verschuilen achter imitatiegedrag of succesvolle compensatiemechanismen.

Deze richtlijn beantwoordt dus aan een reële nood in het praktijkveld. Het is een zogenaamde moederrichtlijn geworden waaruit elke beroepsgroep vervolgens elementen kan filteren die haar aanbelangt. Een keerzijde is dat er heel uiteenlopende thema's in de richtlijn aan bod komen: herkenning van autistische symptomen bij volwassenen, gespecialiseerde diagnostiek, psychotherapeutische interventies, arbeidshulpverlening, psychofarmacologische en biomedische behandelingen. Voor de Vlaamse lezer levert het soms minder relevante passages op wanneer er specifieke Nederlandse initiatieven besproken worden, bijvoorbeeld over arbeidshulpverlening. Een vraag die onmiddellijk bij me opkwam, was hoe deze richtlijn zich verhoudt tot de wijzigingen die de DSM-5 (APA, 2014) aanbrengt in het autismeconcept. Zo zijn de subtyperingen zoals het syndroom van Asperger of PDD-NOS (of atypisch autisme) verdwenen en blijft alleen de brede categorie autismespectrumstoornis over. Het gevolg

is dat heel wat problemen die volgens de DSM-IV als PDD-NOS omschreven worden, voortaan als een ‘sociale communicatiestoornis’ aangeduid worden, een nieuwe en omstreden diagnostische categorie (APA, 2014; Zinkstok & Buitelaar, 2014). Ook door de diagnostische criteria is de bezem gehaald. De domeinen sociaal gedrag respectievelijk communicatie zijn samengesmolten tot één domein, met name ‘sociale communicatie’, er is een nieuw criterium (sensorische onder- en overgevoeligheid) toegevoegd en de vertraagde taalontwikkeling is als criterium afgevoerd. Die ingrijpende definitiewijzigingen worden summier aangekaart zonder de implicaties voor de geformuleerde adviezen en aanbevelingen in deze richtlijn te vermelden. Bij de lezer ontstaat dan het oncomfortabele gevoel dat deze richtlijn gedateerd zou kunnen zijn.

## Ontwikkeling van deze richtlijn

Nadat de Nederlandse richtlijn over ASS bij kinderen in 2009 boven de doopvont was gehouden (Schothorst et al., 2009), startten in het najaar van 2010 de werkzaamheden voor de ontwikkeling van een richtlijn over ASS bij volwassenen. De opdrachtgevers waren de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Nederlands Instituut van Psychologen. De streefdatum – tweede helft van 2012 (Kan, 2012) – bleek evenwel onhaalbaar te zijn en tussen de regels door valt te lezen dat dit te wijten was aan een gebrek aan middelen. Een spijtig voorval, want anders zouden twee belangrijke kritiekpunten op deze richtlijn, die pas in 2013 verscheen, vermeden zijn. De richtlijn zou dan nauw aangesloten hebben bij de afsluiting van de literatuurstudie (september 2011) en verschenen zijn voor de publicatie van de DSM-5, waarin het autismeconcept grondig gewijzigd wordt. Een methodologisch sterk punt van de richtlijn is dat bij de analyse van de relevante onderzoeksliteratuur de kwaliteit van het bewijsmateriaal wordt meegewogen. Dat heeft echter ook een belangrijke schaduwzijde: veel onderzoeksbevindingen boeten plotseling aan belang in. Voorts stuitte de werkgroep bij de literatuurstudie op een onoverkomelijk obstakel: voor bepaalde thema’s was nauwelijks relevante onderzoeksliteratuur bij volwassenen met een ASS voorhanden omdat veel autismeonderzoek betrekking heeft op kinderen en jeugdigen. In die gevallen ging de werkgroep na of de onderzoeksbevindingen bij kinderen en jeugdigen met een ASS of bij personen met een verstandelijke beperking bruikbaar waren om aanbevelingen te formuleren voor volwassenen met een ASS. Dat is natuurlijk een riskante extrapolatie, denken we maar aan de onderzoeksresultaten over de werkzaamheid en veiligheid van psychofarmaca bij kinderen/jeugdigen met een ASS. De werkgroep blijft evenwel steeds voorzichtig in haar besluitvorming wanneer er weinig onderzoeksgegevens over volwassenen met een ASS beschikbaar zijn.

Naast vooraanstaande deskundigen op het vlak van ASS telde de werkgroep ook vertegenwoordigers van de belangenverenigingen voor personen met autisme. De conceptteksten van de werkgroep werden voorgelegd aan een klankbordgroep van experts en de werkgroep kon voorts terugvallen op de expertise van medewerkers van het Trimbos-instituut op het vlak van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Van onschatbare waarde bleek de samenwerking met de Britse werkgroep (National Institute for Health and Care Excellence [NICE]), die op hetzelfde moment een gelijkaardige richtlijn opstelde. Uit de Britse lijst van vraagstel-

lingen selecteerde de Nederlandse werkgroep relevante thema's voor de Nederlandse context. Stuk voor stuk zijn het boeiende en zeer herkenbare vraagstellingen. Bijvoorbeeld: aan welke signalen en symptomen herkennen we ASS bij volwassenen? Wat zijn de belangrijkste onderdelen van de diagnostiek van ASS bij volwassenen? Welke psychosociale interventies zijn het meest aangewezen bij deze doelgroep? Hoe effectief is farmacotherapie bij hen? De werkgroep laat bewust een aantal onderwerpen links liggen, goed wetend dat het belangrijke aspecten zijn. Forensische en verslavingszorg bij personen met een ASS komen bijvoorbeeld niet aan bod. De auteurs geven ook toe dat het begeleidingsvraagstuk onvolledig is uitgewerkt omdat er niet wordt stilgestaan bij het woonaspect, de vrijetijdsbesteding, relaties en opvoeding. Er wordt in de richtlijn ook geen plaats ingeruimd voor de neuropsychologische diagnostiek. In een volgende editie zal dat allemaal rechtgezet worden, aldus de werkgroep. Wat overblijft, is in de eerste plaats een psychiatrisch-psychologische richtlijn, zoals de werkgroep het zelf omschrijft, waarin de diagnostiek, behandeling en arbeidshulpverlening van volwassenen en adolescenten vanaf 18 jaar met een vermoeden van ASS centraal staan. Hierdoor kan de richtlijn echter bezwaarlijk een moederrichtlijn genoemd worden. Dat de neuropsychologische diagnostiek onbesproken blijft, is overigens een belangrijke lacune omdat hiermee de diagnostiek versmalt tot louter classificatie. De zogenaamde handelingsgerichte diagnostiek waarin de kwaliteiten en beperkingen van de persoon met een ASS in kaart worden gebracht (zie bijvoorbeeld Teunisse, 2009) en die vervolgens moet leiden tot concrete adviezen en begeleidingsvoorstellen, komt er in deze richtlijn bekaaid af. Ook de diagnostiek van de zorgbehoeften is volgens de auteurs onvoldoende uitgewerkt en moet in een volgende editie meer uitgewerkt worden.

Deze multidisciplinaire richtlijn omvat in feite drie grote luiken: een uitgebreid diagnostisch deel waarin systematisch de 'case identification' en de gespecialiseerde diagnostiek behandeld worden, de evaluatie van een reeks psychosociale interventies bij volwassenen met een ASS en ten slotte de beoordeling van de werkzaamheid en veiligheid van de diverse farmacotherapeutische en biomedische behandelingen bij deze doelgroep. Hierna bespreken we de belangrijkste vaststellingen en adviezen in die drie domeinen.

## Case identification

Het belang van een diagnostisch luik in deze richtlijn staat buiten kijf. Het bestaan van een reële kennislacune bij hulpverleners heeft namelijk grote gevolgen voor de aangemelde cliënt en een grote maatschappelijke impact. De classificatie ASS vormt immers de (enige) toegangspoort tot allerhande specifieke voorzieningen, financiële tegemoetkomingen en specialistische zorg. In deze richtlijn valt het diagnostisch proces uiteen in twee fasen: 'case identification' en het gespecialiseerde diagnostische onderzoek. Bij 'case identification' wordt nagegaan of de persoon die zich aanmeldt, voldoende gedragskenmerken van een ASS vertoont om het vermoeden van ASS te onderbouwen. Het is dus een vorm van screening waarbij gevalideerde en gebruiksvriendelijke lijsten van autistische kenmerken een grote rol spelen. De evaluatie van de beschikbare instrumenten toont aan dat Autism Spectrum Quotient (AQ-50) een waardevol screeningsinstrument is, maar dat de testuitslag kritisch geïnterpreteerd moet worden. Dat betekent dat alternatieve verklaringen voor een hoge testscore

overwogen moeten worden en daarmee stuiten we meteen op de grenzen van de screeningsdiagnostiek. In handen van een onvoldoende opgeleide en onervaren clinicus leidt het gebruik van korte vragenlijstjes tot veel vals positieve indicaties voor gespecialiseerde vervolgdagnostiek. De richtlijn vermeldt nog andere beperkingen van screeningsdiagnostiek aan de hand van een vragenlijstje. Niet elke aangemelde persoon beschikt over voldoende zelfkennis of probleembesef om de vragenlijst accuraat in te vullen. Bij 'case identification' kunnen ook bepaalde groepen ondergediagnosticeerd worden. Vrouwen met het syndroom van Asperger bijvoorbeeld kunnen als verlegen bestempeld worden omdat ze over behoorlijke sociale vaardigheden beschikken. Bij allochtonen kunnen communicatieve of sociale problemen verkeerdelijk worden toegeschreven aan hun culturele achtergrond. En ouderen met een vermoeden van ASS melden zich vaak aan met een blanco voorgeschiedenis omdat er vroeger geen aandacht was voor autistische kenmerken. Een belangrijk houvast voor de clinicus is alvast dat deze AQ-50-vragenlijst een positieve beoordeling in de richtlijn krijgt, in tegenstelling tot andere instrumenten, en dat men de kans op vals negatieven kan vermindern door het afkappunt te verlagen.

Aangezien tijdens de 'case identification'-fase ook differentiaaldiagnostische overwegingen een rol spelen, is dat een lastiger opdracht dan de term laat uitschijnen. Naast een goede kennis van de gedragskenmerken van ASS is een gedegen kennis van psychopathologie vereist omdat autistische gedragskenmerken niet specifiek en niet universeel zijn. Om die reden valt 'case identification' niet altijd te onderscheiden van gespecialiseerd onderzoek dat de volgende stap vormt bij een onderbouwd vermoeden van een ASS. Toch is het zinvol klinici te trainen in 'case identification' van ASS om de eenvoudige reden dat een specialistisch en multidisciplinair onderzoek bij een vermoeden van ASS tijdrovend, kostbaar en belastend is voor de onderzochte persoon. Dit gespecialiseerde onderzoek omvat een reeks van diagnostische activiteiten waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. De basiscomponenten die in de richtlijn worden opgesomd, zijn: een algemene en speciële (op ASS betrekking hebbende) anamnese, een heteroanamnese, een ontwikkelingsanamnese bij een informant die de persoon als kind gekend heeft, gedragsobservaties (in ongestructureerde situaties), een psychiatrisch onderzoek met betrekking tot psychiatrische comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek, de afname van gestructureerde vragenlijsten en een analyse van de zorgbehoeften. Een loodzware procedure die zeer belastend is voor de persoon zelf en (te) kostbaar is voor de maatschappij. De richtlijn stelt hier teleur omdat er niet wordt nagedacht over valabele en meer realistische alternatieven, bijvoorbeeld door de sleutelcomponenten van een multidisciplinaire diagnostische procedure te bepalen. De website van de testuitgeverij Hogrefe (<http://www.hogrefe.nl>) verschaft ons alvast op dat punt meer bruikbare informatie. De gouden standaard die men hier in het kader van de gespecialiseerde diagnostiek van ASS hanteert, is een gestructureerd interview van een informant (het Autism Diagnostic Interview-Revised [ADI-R]) in combinatie met een specifieke observatiemethodiek van de persoon met een ASS (Autisme Diagnostisch Observatieschema – module 4 [ADOS-2]). Een dergelijk onderzoek vergt een tijdsinvestering van ongeveer drie uur door een ervaren en getrainde clinicus. Niet onbelangrijk is dat bij deze pragmatische insteek slechts één diagnosticus betrokken is, geen gering voordeel voor cliënten die notoir problemen hebben met verandering en schakelen. Bij dat alles mag niet vergeten worden dat de gespecialiseerde diagnostiek die de richtlijn bespreekt, zich uitsluitend be-

perkt tot de classificatie, wat strikt genomen geen (handelingsgerichte) diagnose is. In de richtlijn wordt die classificerende benadering laconiek omschreven als slagboomdiagnostiek: men gaat slechts na of de onderzochte persoon al dan niet beantwoordt aan de gedragscriteria voor de DSM-classificatie ASS. Dit uitgebreide hoofdstuk over de classificatie van ASS wordt afgerond met een stroomdiagram dat een bruikbare leidraad vormt bij een vermoeden van een ASS. Samengevat stelt dit diagnostische schema het volgende. Wanneer de zorgwekkende signalen aansluiten bij een voldoende aantal autistische kenmerken, en wanneer er geen verstandelijke beperking aanwezig is en de persoon voldoende zelfinzicht vertoont, vormt de afname van de AQ-50 met een (verlaagde) afkapscore de eerste stap ('case identification'). Op basis van een hoge totaaluitslag en na uitsluiting van alternatieve verklaringen hiervoor gaat men dan over tot een gespecialiseerde en multidisciplinaire batterij van onderzoeken waarin de ontwikkelingsanamnese centraal staat en ook aandacht besteed wordt aan de psychiatrische comorbiditeit en de differentiaaldiagnostische verklaringen voor autistische kenmerken.

## Behandeling

De richtlijn spitst zich toe op de behandeling in enge zin omdat belangrijke levensdomeinen zoals wonen, vrijetijdsbesteding, relaties en opvoedingskwesties buiten beeld blijven. Overigens is echt behandelen met het oog op herstel geen optie bij mensen met een ASS omdat het om een levenslange, neurobiologische ontwikkelingsstoornis gaat. De focus van de behandeling is het behoud en zo mogelijk de verbetering van de levenskwaliteit van de persoon met een ASS, waarbij men probeert ook de naaste omgeving van de persoon met een ASS te betrekken. In de richtlijn wordt het belang van dat laatste goed gemotiveerd. Wanneer de persoon met een ASS onvoldoende probleembesef bezit, moet deze omgeving soms kunnen ingrijpen. De persoon met een ASS is ook gebaat met een goed geïnformeerde omgeving op het vlak van de sociale en communicatieve beperkingen bij ASS. Die omgeving kan overigens ook een steuntje in de rug gebruiken want de dagelijkse omgang met een persoon met een ASS is geen sinecure. Wat als de persoon met een ASS niet wil dat zijn naaste omgeving ingeschakeld wordt bij de behandeling? In de richtlijn wordt aanbevolen om daar weerwerk tegen te bieden maar wanneer dat geen vruchten afwerpt, kan men niet anders dan de weigering van de cliënt respecteren.

Bij de psychosociale interventies bij volwassenen met een ASS wordt de lijst aangevoerd door psycho-educatie. Door die techniek in groepsverband toe te passen kunnen de deelnemers hun sociale en communicatieve vaardigheden inoefenen en ook van elkaar leren. Aan de behandelaars van personen met een ASS geeft de richtlijn een belangrijke aanbeveling: ze moeten beschikken over een gedegen kennis van de typische informatieverwerkingsmechanismen van mensen met een ASS om de communicatie hierop af te stemmen. Psychotherapeuten zullen wellicht benieuwd zijn naar de effectiviteit van psychotherapeutische interventies zoals socialevaardigheidstraining en cognitieve gedragstherapie bij die doelgroep. Volgens de richtlijn vond er weinig onderzoek plaats naar de werkzaamheid van socialevaardigheidstraining bij volwassenen met een ASS en de onderzoeksresultaten over de effectiviteit zijn inconsistent. Er is ook nauwelijks onderzoek verricht naar de effectiviteit

van cognitieve gedragstherapie bij mensen met een ASS, hoewel er positieve praktijkervaringen met deze behandelingsvorm zijn wanneer men rekening houdt met hun specifieke informatieverwerkingsproblemen.

Voor de effectiviteit van arbeidshulpverlening bestaat er wel solide bewijsmateriaal. Die psychosociale interventie is broodnodig omdat een minderheid van de volwassenen met een ASS deelneemt aan het betaalde arbeidscircuit (12 à 40%). Met 'Supported Employment', een vorm van langdurige arbeidshulpverlening, boekt men positieve resultaten om die mensen in een betaalde baan te houden. Het is ook een interessante methodiek vanuit kosten-batenperspectief. Verrassend en maatschappelijk interessant is voorts dat die positieve effecten ook verkregen worden bij autistische personen met een verstandelijke beperking. Op grond van het krachtige wetenschappelijke bewijs breekt de richtlijn een lans voor ondersteunde arbeidsparticipatie van mensen met een ASS, ongeacht hun intelligentieniveau.

## Biomedische behandelingen

In dit luik gaat de aandacht vooral naar de effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca bij volwassenen met een ASS. Zijdelings komen ook eeg-neurofeedback en een resem ongewone biomedische behandelingen zoals hyperbare zuurstoftherapie en dieetinterventies aan bod. Ook hier werd de werkgroep geconfronteerd met een tekort aan degelijke onderzoeksgegevens over het gebruik van psychofarmaca bij volwassenen met een ASS. Wanneer de werkgroep dit verantwoord vond, probeerde men de onderzoeksbevindingen bij jeugdigen met een ASS of personen met een verstandelijke beperking te extrapoleren naar volwassenen met een ASS.

De farmacotherapeutische behandeling van ASS is in feite een onmogelijke opdracht omdat men het neurobiologisch substraat van een ASS niet kent, een kleine groep met een monogenetische afwijking niet te na gesproken. Psychofarmaca hebben dan ook een beperkte invloed op de autistische kernsymptomen. Dat betekent niet dat psychofarmaca niet waardevol kunnen zijn bij deze doelgroep. Dat blijkt ook uit het voorschrijfgedrag van artsen: antidepressiva en antipsychotica worden vaak voorgeschreven bij mensen met een ASS maar in de eerste plaats om de comorbide psychiatrische stoornissen te behandelen. Antipsychotica hebben bijvoorbeeld een gunstig effect op appellerend probleemgedrag en antidepressiva worden voorgeschreven omdat een depressieve stoornis een veelvoorkomende comorbide psychiatrische diagnose is bij ASS. Wanneer de persoon met een ASS psychofarmaca gebruikt, zal doorgaans ook de psychosociale belasting voor de omgeving afnemen. Ook kunnen psychofarmaca de persoon met een ASS ontvankelijker maken voor psychosociale interventies. Psychofarmaca zijn dan ook steeds onderdeel van een multidisciplinair behandelplan bij ASS waarbij men ook oog moet hebben voor de veiligheid van de patiënt. Antipsychotica kunnen bijvoorbeeld vervelende bijwerkingen hebben zoals een verhoogde eetlust, gewichtstoename, sedatie, diabetes mellitus of tardieve dyskinesieën.



## Work in progress

Met deze richtlijn beschikken hulpverleners die vaak in aanraking komen met personen met autistische gedragskenmerken over een document dat de stand van het wetenschappelijk onderzoek tot september 2011 samenvat en ordent. Bij het verzamelen van het wetenschappelijk bewijsmateriaal werd de methodologische kwaliteit van de artikelen rigoureus beoordeeld aan de hand van het GRADE-systeem (GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) waardoor heel wat uitkomsten van onderzoek te licht bevonden werden. In combinatie met het feit dat er niet altijd veel onderzoek beschikbaar was over volwassenen met een ASS – bijvoorbeeld over de effectiviteit van socialevaardigheidstraining, cognitieve gedragstherapie of psychofarmaca – resulteerde dat niet zelden in een magere oogst. In deze richtlijn zijn dan ook weinig categorieke adviezen en aanbevelingen te vinden. Dat is geen goed nieuws voor klinici die nood hebben aan concrete richtlijnen om de diagnostiek en begeleiding van personen met een ASS te standaardiseren en te funderen op wetenschappelijke evidentie. Uit deze richtlijn blijkt dan ook duidelijk dat volwassenen met een ASS een onderzoekstopic is die nog in de steigers staat. Voor onderzoekers is deze richtlijn evenwel een feest. Zij vinden er een keur aan onderwerpen in om de toekomstige onderzoeksagenda te vullen. Het siert de werkgroep dat ze expliciet aangeeft op welke punten de richtlijn tekortschiet. In het diagnostische luik staat de formeel beschrijvende diagnose van ASS centraal, wat impliceert dat men zich toespitst op de classificatie van een ASS. De handelingsgerichte diagnostiek wordt niet uitgewerkt terwijl daar toch heel wat literatuur over te vinden is (zie bijvoorbeeld Teunisse, 2009). Bij het behandelingsluik erkent de werkgroep dat er onvoldoende aandacht gaat naar de begeleidingsaspecten. Dat is natuurlijk een belangrijke hiaat omdat er bij een ASS doorgaans niet echt te behandelen valt behoudens de comorbide psychopathologie. Deze richtlijn is zichtbaar geschreven onder grote tijdsdruk. De volgorde waarin de informatie aangeboden wordt, is soms rommelig. Een richtlijn die als handelseditie verschijnt en bestemd is voor een brede groep van lezers, vangt liefst niet aan met een droge technische en methodologische inleiding en verantwoording terwijl de conceptuele verheldering van het autismebegrip, de prevalentie van een ASS en de etiologie pas in het tweede hoofdstuk te vinden zijn. Ook de signalen en symptomen die relevant zijn in het kader van ‘case identification’ van ASS, worden veel te laat gepresenteerd, met name na de paragraaf over de gespecialiseerde diagnostiek. Bij de presentatie van de resultaten van de literatuurreview en de aanbevelingen worden te veel zaken onnodig herhaald. De tekst wordt ook op een storende wijze ontsierd door talrijke tikfouten die reveleren dat de drukproeven niet of slordig zijn nagelezen. Ook de keuze om uitsluitend Engelstalige overzichtstabellen van de literatuurreviews op te nemen is aanvechtbaar in een handelseditie van een richtlijn.

Wetenschappelijk onderzoek is onbetwistbaar ‘work in progress’ en dat geldt des te meer voor deze richtlijn, die mijn verwachtingen niet kon inlossen. Te veel belangrijke vragen blijven onbeantwoord. De richtlijn maakt ook geen melding van de implicaties van de herziening van het autismebegrip in de DSM-5 voor de geformuleerde adviezen en aanbevelingen. Ergens in de richtlijn lezen we dat men ten laatste in 2019 zal nagaan of de richtlijn nog actueel is en of er een nieuwe werkgroep geïnstalleerd moet worden. Zolang moet er volgens mij niet gewacht worden, in feite kan men nu al beslissen dat binnen afzienbare tijd een revisie aan de orde is.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoge Gezondheidsraad. (2013). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8747. Levenskwaliteit van jonge kinderen met autisme en hun gezin*. Brussel: Auteur.
- Kan, C. (2012). Een multidisciplinaire richtlijn voor ASS bij volwassenen. In C. Kan, W. Verbeek, & A. Bartels (Red.), *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (pp. 235-238). Amsterdam: Hogrefe.
- Kan, C., Geurts, H.M., Van den Bosch, K., Forceville, E.J.M, Van Manen, J., Schuurman, C.H., ... Van Duin, D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schothorst, P.F., Van Engeland, H., Van der Gaag, R.J., Minderaa, R.B., Stockmann, A.P., Westermann, G.M., & Floor-Siebelink, H.A. (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Teunisse, J.P. (2009). De rol van de klinisch neuropsycholoog in de diagnostiek van autismespectrumstoornissen. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 3, 15-28.
- Zinkstok, J., & Buitelaar, J. (2014). Het hoofdstuk 'neurodevelopmental disorders' in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 162-166.

## Personalia

Dr. Johan Vereycken is klinisch psycholoog, psychotherapeut en neuropsycholoog. Hij doceert projectieve tests aan de KU Leuven en is sinds 2004 hoofdredacteur van dit tijdschrift.

E-mail: [johan.vereycken@ppw.kuleuven.be](mailto:johan.vereycken@ppw.kuleuven.be).