

Autisme: inhoud en afgrenzing van het syndroom

door Drs H. Dienske

Inleiding

In 1943 beschreef Kanner een kinderpsychiatrisch syndroom, dat later 'early infantile autism' genoemd werd. In dit artikel worden vijf kenmerkende symptomen genoemd: (1) een onvermogen op een gewone manier een relatie aan te gaan met mensen en situaties vanaf het begin van het leven, (2) een onvermogen taal voor het doel van communicatie te gebruiken, (3) een angstig-obsessieve wens de omgeving eender te houden, (4) gefascineerd worden door voorwerpen, die met fijne motoriek gehanteerd worden en (5) een goede cognitieve aanleg. Veel van de latere auteurs bevestigden het dikwijls naast elkaar voorkomen van deze symptomen, zij het met de restrictie dat niet steeds alle symptomen tezamen aanwezig zijn (zie de overzichtsartikelen van Rutter, 1968 en van Ornitz en Ritvo, 1976). Met name 'een goede cognitieve aanleg', later getoetst met behulp van IQ-tests, bleek bij autisten meermaals niet aanwezig te zijn. Volgens Rutter (1966) is dit niet te wijten aan teruggetrokkenheid en gestoord gedrag, daar het IQ grotendeels hetzelfde bleef bij de weinige kinderen die daarvan genazen of flink vooruit gingen. Hoewel met name het vroege begin van autisme, teruggetrokkenheid en taalafwijkingen als symptomen algemeen aanvaard worden, is er geen goede overeenstemming met betrekking tot de diagnose. Rimland (1968) vond dat de helft van 42 door hem als niet-autistisch geclassificeerde kinderen door anderen wel autistisch genoemd werden. Van de 24 door hem als autistisch benoemde kinderen werden er 6 door anderen als niet-autistisch beschouwd. Deze discrepanties kunnen deels samenhangen met een onbekendheid van artsen met autisme (Van der List, 1975), maar variaties in de symptomen en in de combinaties hiervan is waarschijnlijk ook van groot belang. Dit brengt ons tot de algemene problematiek van de afgrenzing van te classificeren syndromen.

Volgens Cromwell, Blashfield en Strauss (1975) kent de classifi-

Schrijver is etholoog en verbonden aan het Primatencentrum TNO te Rijswijk.

catie van psychopathologieën vijf karakteristieken: (1) vroegere symptomen, (2) momenteel waarneembare symptomen, (3) behandelingsgegevens, (4) prognose en (5) preventie. Bij het stellen van een diagnose bij een bepaalde patiënt zal men aanvankelijk slechts over de karakteristieken (1) en (2) kunnen beschikken. Wil deze eerste diagnose voorspellende waarde hebben, dan moet deze aanwijzingen voor (3), (4) en (5) bezitten. Deze ideale situatie is wat betreft autisme nog niet bereikt. Evenals bij andere syndromen rijzen onder meer twee problemen. (a) De symptomen moeten zo nauwkeurig omschreven zijn dat ze betrouwbaar over te dragen zijn. De hierboven door mij gegeven verkorte weergave van Kanner's symptoombeschrijvingen is in dit opzicht nog niet voldoende. (b) De breedte van een syndroom (dat is het aantal symptomen dat het omvat) moet optimaal gekozen worden. Blashfield (1973) heeft aangetekend dat er een omgekeerd verband bestaat tussen betrouwbaarheid van een diagnose en omvang van een diagnostische term. Zeer specifieke diagnostische categorieën kunnen doorgaans betrouwbaar worden vastgesteld, maar hebben slechts betrekking op weinig patiënten. Omgekeerd omvatten vage termen vaak veel gevallen, maar dit gaat ten koste van de betrouwbaarheid. Problemen bij het dilemma tussen omvang en betrouwbaarheid zijn bediscussieerd door Blashfield en Draguns (1976).

De *International Classification of Diseases* kende maar één lijst van diagnostische termen. Rutter en anderen (1968) brachten hierin verbetering door een drie-assige classificatie voor te stellen, namelijk een psychiatrische, een intellectuele en een etiologische. Dit systeem heeft onder meer het voordeel dat we één kind zowel onder debiel als autistisch kunnen indelen, iets dat in de praktijk blijkt te kunnen samengaan. Een nadeel is echter dat slechts één score op de psychiatrische as wordt voorgesteld, ondanks het feit dat de auteurs beseffen dat dit moeilijkheden kan geven. Waar meer dan één diagnose van toepassing is wordt een keus aanbevolen: of die ziekte waarmee de psychiater het meest mee te maken heeft, of de ernstigste afwijking moet worden gekozen. Dit weglaten van informatie is onbevredigend, niet in het minst omdat klinische diagnoses doorgaans vele aspecten van de patiënt betreffen. Verenigt men zich niet met dit voorstel, dan blijft de vraag hoeveel psychiatrische assen van elkaar onderscheiden dienen te worden en tevens hoe men dit bepaalt.

Dit artikel behandelt de wijze waarop men het syndroom autisme zou kunnen opbouwen vanuit met elkaar samenhangende symptomen. Deze symptomen zijn meestal gemeten hoeveelheden van gedragspatronen met behulp van observatiemethoden die vooral door ethologen worden gebruikt (zie Blurton Jones, 1972).

Methoden

Kinderen. Waarnemingen werden gedaan bij alle 25 kinderen beneden 11 jaar die een klinisch kinderdagverblijf ('De Hutte', te Amsterdam) bezochten gedurende tenminste een deel van de aan-

eengesloten onderzoeksperiode van 14 maanden. Bij opname bestond een voorkeur voor kinderen met autistische symptomen, maar ook kinderen die om andere redenen intensief persoonlijk contact vereisten werden opgenomen. Dientengevolge is de steekproef zeer heterogeen; in zekere zin kan men stellen dat hij representatief is voor ernstig relatiegestoorde kinderen, die ten tijde van de opname niet geschikt waren voor minder verzorgings-intensieve inrichtingen of voor scholen. Van deze heterogeniteit zal gebruik worden gemaakt voor de vraag welke kenmerken tot autisme behoren. De leeftijd varieerde van 4 tot 10 jaar. De steekproef omvatte 6 meisjes en 19 jongens.

Ruimte. De kinderen werden waargenomen in de ruimte waar ze het grootste deel van de dag verbleven, een kamer van 8,5 x 3,8 m. Hierin bevonden zich twee tafels met stoelen, een divan, veel speelgoed, waterkranen, een spiegel; er waren verscheidene mogelijkheden zich te verschuilen. Er waren doorgaans twee observatrices (verzorgsters) en 4 kinderen aanwezig.

Dagelijkse routine. Deze bestond voor alle kinderen uit (1) instructie, waarvan duur en aard aan het individuele kind was aangepast (puzzelen, eventueel wat taalonderwijs, verven, knippen, gebruik van divers speelgoed, uitleg over emoties en situaties, voorlezen, soms ook lezen, schrijven, rekenen), (2) tijdsbesteding naar keuze, (3) een maaltijd. De tijd besteed aan deze bezigheden was slechts globaal dezelfde voor de verschillende kinderen.

Waarnemer. De gedragsregistratie werd uitgevoerd door één persoon. Deze zat dicht bij de wand. Hij was zichtbaar en kon worden aangeraakt. De kinderen kenden hem en waren op zijn komst voorbereid.

Gedragsregistratie. Dit gebeurde met behulp van een toestel met 64 toetsen. Elke toets correspondeerde met een gedragspatroon (zie onder). Bij indrukken werd de begincode van de toets op ponsband geponst, gevolgd door het tijdstip van indrukken. Bij loslaten werd de eindcode, tezamen met het tijdstip geponst. Meerdere toetsen konden tegelijk ingedrukt zijn. De toetsen konden onafhankelijk van elkaar worden bediend. De tijdseenheid van registratie was 0,1 seconde. Er werd 10.000 seconde (2 uur en 47 minuten) ononderbroken geregistreerd. Bijzondere omstandigheden werden kort genoteerd en na de registratieperiode uitgewerkt.

Veel kinderen waren aanvankelijk in dit apparaat geïnteresseerd en mochten het zelf bedienen. Tijdens het registreren was de belangstelling echter gering: 18 kinderen keken minder dan 2 % van de tijd naar het toestel, 5 deden dat gedurende 2-7 % van de tijd, één kind gedurende 10 % (met tegelijk stereotiep gedrag), en één gedurende 19 % van de tijd (voerde onderwijl een gesprek met de waarnemer). Veel gedragingen kunnen tegelijk met het kijken naar het registratieapparaat voorkomen. De aanwezigheid van dit apparaat beperkte het gedrag dus niet op een directe manier. Het is wel waarschijnlijk dat zowel de waarnemer als het toestel de kinderen beïnvloed hebben. Deze invloeden, die op zich interessant

zijn, werden geregistreerd. Ze vormden slechts een deel van de vele factoren die tijdens de dagelijkse routine op de kinderen inwerkten.

Gedragscategorieën. De keuze van gedragscategorieën voor registratie is een vitale stap bij ethologisch onderzoek. Men kiest categorieën die direct, als zodanig, kunnen worden waargenomen. Zulke categorieën hebben een geringe reikwijdte (Blurton Jones, 1972). Bewegingen die meestal tegelijkertijd voorkomen, of in een vaste volgorde optreden worden doorgaans in één categorie samengevoegd (Dawkins, 1976). De grootte van het verband met voorafgaande en/of volgende gedragingen kan ook worden gebruikt voor samenvoegen dan wel splitsen van categorieën (Maurus en Pruscha, 1973). Het kan ook zijn dat er weinig verband met voorafgaande of volgende gedragingen is. Als dat zo is kan de frequentieverdeling van de tijdsduren van gedragingen op één- dan wel meervormigheid wijzen. In het laatste geval kan het mogelijk zijn een samengestelde categorie op grond van gedragscriteria te splitsen (Dienske en Metz, 1977). Aangezien de benodigde gedetailleerde informatie nodig voor dergelijke beslissingen nauwelijks beschikbaar is, werden doorgaans kleine gedragscategorieën gekozen.

Het aantal onderscheidbare gedragscategorieën is zeer groot. Bij

Tabel 1: Overzicht van de geregistreerde gedragscategorieën

<i>Sociale interactie</i>	<i>Niet specifiek communicatieve of</i>
— met volwassenen	<i>constructieve gedragingen</i>
aankijken (naar verzorgster, waarnemer)	hand bij mond
lichaamscontact (met verzorgster, waarnemer)	duim of vinger in mond
glimlachen	voorwerp in mond
lachen	voorwerp meedragen
huilen	vingerbewegingen
krijzen	complexe handbewegingen
spraak (en zingen)	repeterende bewegingen (veel vormen)
non-verbale geluiden	fladderen (armen op en neer)
— met andere kinderen	luid ademen
(wegens schaarse optreden niet opgesplitst)	star herhaalde handelings-sequenties
— door volwassene	
spreken tegen kind	<i>Lichaamshouding</i>
lichaamscontact met kind	liggen
	zitten
	staan
	lopen
	<i>Situaties</i>
	met water spelen
	handarbeid
	boek bekijken of lezen
	maaltijd
	kijken naar registratietoestel
	in spiegel kijken

de keuze ervan kregen, in verband met vragen over de aard van autisme, sociale interacties de grootste nadruk. Daarnaast werd een aantal niet specifiek communicatieve of constructieve handelingen in detail geregistreerd. Lichaamshoudingen (liggen, zitten, staan, lopen) kunnen voor een begrip van de gang van zaken niet worden gemist. Het optreden van een aantal situaties (zie tabel 1) werd geregistreerd, omdat veel kinderen zich verschillend gedroegen onder de diverse omstandigheden.

In dit artikel worden niet alle categorieën gebruikt. Ze zijn hier in hun volledigheid gegeven om een indruk te geven van een opzet van ethologisch onderzoek. Enige categorieën waarover resultaten zullen worden vermeld verdienen nader commentaar.

Aankijken van de verzorgster omvat zowel in de ogen zien als slechts naar haar gezicht kijken als ze het hoofd heeft afgewend. Wanneer daarentegen de waarnemer werd aangekeken, waren en bleven diens ogen steeds op het kind gericht.

Lichaamscontact omvat vier categorieën: handcontact, leunen tegen of met een arm leunen op de volwassene, op schoot zitten, en gedragen worden. De gemiddelde duur van deze contactvormen neemt toe in de gegeven volgorde. Aangezien hier alleen het initiatief van het kind tot lichaamscontact zal worden gebruikt, worden deze vier vormen niet nader onderscheiden.

Spraak. Elke zin die gevolgd werd door een flinke pauze (groter dan 2 seconden) werd apart geregistreerd. Zinnen die pauzeeloos op elkaar volgden, werden dus niet afzonderlijk geteld. Als de ander op zijn beurt ging spreken, werd het spreken van de eerste vanzelfsprekend als beëindigd beschouwd. De inhoud van het spreken moest buiten beschouwing blijven.

Non-verbale geluiden, die niet onder lachen, huilen, krijsen of woordloos zingen vielen waren zeer variabel van aard.

Van de *niet specifiek communicatieve en niet constructieve gedragingen* zullen vingerbewegingen, complexe handbewegingen, repeterende bewegingen en fladderen worden samengevoegd tot 'stereotypieën'. Als bij een bepaald kind meer dan één van deze handelingen voorkwamen, hadden deze dezelfde gemiddelde duur. Dit is in zekere zin een rechtvaardiging voor samennemen. Tijdens de *situaties* werden geen details van handelingen die specifiek bij die situaties hoorden geregistreerd, zoals het leeggooien van een beker water of het opplakken van elk figuurtje. De overige (bij voorbeeld sociale) handelingen werden wel tegelijkertijd geregistreerd.

Resultaten

Inleiding

Teneinde na te gaan welke symptomen als autistisch kunnen worden beschouwd en welke meer of minder buiten de grenzen van autisme vallen zijn de volgende uitgangspunten gekozen. Sociale teruggetrokkenheid, dat wil zeggen een geringe hoeveelheid sociale interactie, wordt als primair kenmerk van autisme be-

schouwd. Nagegaan zal worden in hoeverre de gedragspatronen van sociale interactie met elkaar gecorreleerd zijn. Sterk gecorreleerde gedragspatronen zullen worden samengevoegd. Vervolgens zal worden nagegaan in hoeverre andere symptomen met de mate van sociale interactie samenhangen.

Sociale interactie

Initiatieven van het kind. Het bleek dat het aantal malen per uur kijken naar de observatrice (verzorgster) en aankijken van de registrerende waarnemer sterk positief met elkaar gecorreleerd waren (rangcorrelatie coëfficiënt: Kendall's tau = + 0.60, $p = 0.0002$). Aankijken van observatrice en waarnemer worden daarom hieronder niet meer van elkaar onderscheiden, maar bij elkaar opgeteld. Voor initiatieven van het kind in het maken van lichaamscontact met observatrice en waarnemer bleek hetzelfde (tau = + 0.42, $p = 0.003$). Ook deze hoeveelheden werden bij elkaar opgeteld. Initiatieven in spraak zijn alleen beschouwd voor kinderen met een mentale leeftijd boven 2½ jaar. Er werd onderscheid gemaakt tussen opmerkingen van het kind die niet beantwoord werden en initiatieven van conversatie met de observatrice. Deze twee vormen van spreekinitiatief waren ook sterk positief gecorreleerd met elkaar (tau = + 0.50, $p = 0.002$) en zijn daarom eveneens bij elkaar opgeteld.

Tabel 2: Relatie tussen gedragskenmerken van 25 kinderen in een kinderpsychiatrisch dagverblijf

	rangcorrelatie (Kendall's tau)	p
correlatie tussen:		
aankijken - spreekinitiatieven	+ 0.40	0.02
verband rangorde in de combinatie van aankijken en spreekinitiatieven met:		
voortzetting van interacties		< 0.001*
lichaamscontact	+ 0.20	0.15
kind-kind interacties	+ 0.22	0.13
intelligentie (IQ)	— 0.003	0.98
spraakvermogen		0.31*
stereotypieën	— 0.11	0.44

* Fisher exact probability test, op basis van een verschil tussen kinderen met rang 1-12 en rang 13-25 wat betreft aankijken en spreekinitiatieven.

Van het aldus door samenvoegen ontstane totale aankijken en totale spreken waren de frequenties sterk positief gecorreleerd (zie tabel 2). Om die reden konden beide kenmerken worden samengenomen. Omdat het hier gaat om verschillende gedragspatronen werden hier de hoeveelheden niet opgeteld, maar elk kind werd voor beide kenmerken een rangnummer toegekend en deze werden per kind gemiddeld. Op grond van de volgorde in deze gemiddelden kregen de kinderen rangnummers van 1 tot 25.

Het kind met de minste initiatieven in aankijken en spraak kreeg rangnummer 1, dat met de meeste kreeg rang 25. Volgende stappen in de opbouw van het syndroom autisme betreffen het toevoegen van eigenschappen die met bovenstaande rangschikking gecorreleerd zijn.

Voortzetting interacties door het kind. Na afloop van de waarnemingsperiode probeerde de onderzoeker interactie aan te gaan met het kind. Bij de kinderen met de laagste mentale leeftijd bestond de interactie slechts uit aanraking. Bij mentaal oudere kinderen betrof dit gezamenlijk met voorwerpen spelen. Indien mogelijk werd geprobeerd een gesprek aan te knopen. Deze pogingen werden minstens vijf maal herhaald. Een deel van de kinderen negeerden alle pogingen tot toenadering en wendden zich af bij nadrukkelijke pogingen. Deze kinderen hadden de lage rangnummers 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12, en 13 wat betreft initiatief in aankijken en spreken. Enkele kinderen gingen slechts een enkele keer of zeer vluchtig op de toenadering in. Deze hadden de rangnummers 6, 8 en 9. De kinderen met veel aankijken en spreken (rangnummers 10, 11 en 14 tot 25) gingen ook in op alle of vrijwel alle toenaderingspogingen van de onderzoeker. Het overwegen van negeren van sociale initiatieven van de onderzoeker door kinderen met een rangnummer kleiner dan 13 is significant (zie tabel 2). Er was dus een zeer duidelijk verband tussen geringe hoeveelheden aankijken en spreken en het voortzetten van door de onderzoeker begonnen sociale interacties.

Lichaamscontact. De initiatieven tot het maken van lichaamscontact met volwassenen nam af met de chronologische leeftijd ($\tau = -0.37$, $p = 0.01$). Deze hoeveelheden werden daarom op leeftijd gecorreleerd. Initiatieven tot aankijken en spraak waren zwak positief gecorreleerd met lichaamscontact (zie tabel 2).

Interacties met andere kinderen. De tijd die hieraan werd besteed was zeer gering. Slechts 5 van de 25 kinderen gingen gedurende meer dan 1 % van de waarnemingstijd met andere kinderen om. Geen enkel kind kwam boven de 4,5 %. Het percentage kind-kind interacties was zwak positief gecorreleerd met de sociale initiatieven ten opzichte van volwassenen (zie tabel 2).

Conclusie. Het door Kanner genoemde kenmerk van autisme, 'een onvermogen een relatie aan te gaan met mensen' werd verdeeld in een aantal componenten (zie tabel 2). Hiervan waren aankijken, spreekinitiatieven en voortzetting van door de waarnemer begonnen initiatieven goed met elkaar gecorreleerd, en deze gedragscategorieën worden dus als de kern van het aspect sociale interactie beschouwd. Bij gering vóórkomen hiervan kan van autisme gesproken worden. Lichaamscontact en interacties met kinderen houden hiermee slechts matig verband en kunnen daarom slechts als bijkomende kenmerken voor de mate van sociale teruggetrokkenheid worden gezien.

Samenhang van sociale interactie met andere eigenschappen

Als volgende stap in de opbouw van het syndroom is nagegaan in

hoeverre andere gemeten gedragseigenschappen met de gevonden rangorde in sociale initiatieven samenhangen.

Intelligentie. Bij het bepalen van de IQ's werd getracht de invloed van sociale handicaps op de uitvoering van de test te minimaliseren. Voor kinderen met een geringe verbale vaardigheid werd de Stutsman toets gekozen. In de overige gevallen werd meestal de Stanford-Binet test gebruikt; in drie gevallen de Hawik toets. Zes kinderen hadden een IQ lager dan 50, zeven tussen 50 en 70 en voor de resterende 12 kinderen werden waarden tussen 70 en 100 gevonden. Een correlatie tussen IQ en initiatieven van aankijken en spreken was afwezig (tabel 2). Geconcludeerd wordt dat deze sociale initiatieven en intelligentie niet samenhangen.

Spraakvermogen. Negen kinderen konden of in het geheel niet spreken of gebruikten minder dan 10 verschillende woorden. Slechts één van hen was ouder dan 5½ jaar. De rangnummers van deze kinderen waren homogeen verdeeld over de schaal van sociale initiatieven (rangnummers 1, 2, 3, 6, 13, 14, 15, 17, 23). Er is dus geen verband tussen het vermogen tot spreken en sociale initiatieven (zie tabel 2). Slechts twee van deze kinderen hadden een IQ hoger dan 70 (rangnummers 2 en 3, IQ's 78 en 97). Alleen in die twee gevallen kan het niet-spreken als kenmerk van autisme dienen. In de overige gevallen zou men dit aan de lage intelligentie kunnen toeschrijven.

Kanner noemt als symptoom van autisme een 'onvermogen taal voor het doel van communicatie te gebruiken'. Bij geen van de kinderen met een matige tot goede woordenschat was een absoluut onvermogen hierin aanwezig: met allen kon verbaal gecommuniceerd worden. De inhoud van gesprekken werd niet vastgelegd. Gepoogd is echter te beoordelen in hoeverre de volgende ongunstige conversatiekenmerken in ernstige mate aanwezig waren: (a) geen antwoord op vragen geven, (b) tijdens een gesprek over een geheel ander onderwerp beginnen (vaak één onderwerp dat steeds terug kwam) en (c) opmerkingen maken met een inhoud die verdere communicatie bemoeilijkt. Het in belangrijke mate optreden hiervan was als volgt over de rangnummers van aankijken en spraak verdeeld: 5 a, b, c; 8 a, b; 11 a, c; 12 a, b, c; 16 c; 19 a, b. Deze rangnummers zijn eveneens homogeen verdeeld over de schaal van 1 tot 25. Een (ruw geschat) verminderd vermogen taal voor communicatie te gebruiken hangt dus niet samen met initiatieven in aankijken en spraak.

Stereotypieën. Het percentage van de waarnemingstijd besteed aan stereotiep gedrag werd gemeten. Slechts één kind vertoonde tijdens de waarnemingsperiode helemaal geen stereotiep gedrag. Van de overige kinderen besteedden er 18 minder dan 5 % van de tijd aan stereotypieën. Op grond van globale waarnemingen bij gezonde kinderen lijkt me dat deze hoeveelheid waarschijnlijk wel als normaal kan worden beschouwd. De 6 overigen gedroegen zich stereotiep tussen de 9 en 33 % van de tijd. De correlatie tussen de tijd besteed aan stereotypieën was niet significant gecorreleerd met initiatieven in aankijken en spraak (tabel 2).

Wat is autisme?

Uit het voorgaande blijkt dat bij de geobserveerde kinderen slechts drie van de bepaalde kenmerken goed met elkaar samenhangen: aankijken, spreekinitiatieven en het voortzetten van door een volwassene begonnen sociale interactie. Van kinderen die geringe hoeveelheden van deze drie kenmerken vertoonden kunnen we zeggen dat ze een autistische contactstoornis hebben. Het zijn immers deze waarneembare kenmerken die ons de indruk van teruggetrokkenheid geven. Het niet voortzetten van door een volwassene begonnen interacties is wel de ernstigste eigenschap omdat deze het kind moeilijk toegankelijk maakt voor therapie.

Alle drie genoemde eigenschappen hebben, wanneer we de kinderen met elkaar vergelijken, een gradueel verloop. Het is dus niet mogelijk een scherpe grens te trekken tussen wel- en niet-autistisch op grond van deze kenmerken. Het lijkt onzeker of nader onderzoek alsnog een breekpunt zal opleveren.

De gegevens voor dit onderzoek betreffen slechts één dag uit het leven van de waargenomen kinderen. Het is van belang na te gaan in hoeverre een diagnose op grond van deze beperkte gegevens overeenkomt met de in de kliniek gestelde diagnose. In de kliniek werd een zeer genuanceerde diagnose gesteld, waarbij autisme als een belangrijk maar niet noodzakelijk overheersend aspect werd beschouwd. Bij de diagnose 'autisme' werd ook de etiologie betrokken met name een begin van de teruggetrokkenheid vóór of omstreeks het tweede jaar en een grote hardnekkigheid ervan. De kinderen met de rangnummers 1, 3, 4, 5, 7, 8, 11 en 12 werden als autistisch beschouwd. Eén hiervan verbleef toen 1 jaar in de kliniek, de andere meer dan 2 jaar. Zij hadden allen hun teruggetrokkenheid zeer lang vertoond. De kinderen 2, 6, 9 en 13 waren nog maar enkele maanden ter observatie in de kliniek. Of hun teruggetrokkenheid een langdurig probleem zal blijven is dus nog niet bekend. De kinderen met de rangnummers 10 en 14-25 werden niet als autistisch beschouwd; kind 16 had vroeger wel autisme terwijl kind 19 vroeger als een grensgeval werd beschouwd. Geconcludeerd kan worden dat er een zeer goede overeenstemming is tussen de diagnose op grond van de kenmerken aankijken, spreekinitiatieven en voortzetten van communicatie en de klinische diagnose, die tijdens het waarnemen niet aan de onderzoeker bekend was.

De hierboven ontwikkelde omschrijving van autisme is beperkter dan gebruikelijk. Aangezien autisme slechts een gedeelte van de gedragseigenschappen van een kind beschrijft, geef ik er de voorkeur aan te formuleren dat een kind autisme *heeft* in plaats van dat het autistisch *is*.

Het samengaan van gedragsafwijkingen

Zoals gezegd geeft de mate van sociaal gedrag geen totaalbeeld van het kind. Enkele belangrijke onbesproken aspecten zijn asociaal gedrag, de verhouding met de ouders, neurotisch en psychotisch gedrag en de etiologie. Op deze aspecten wordt elders in

dit tijdschrift uitvoerig ingegaan door Chrisstoffels (1977). Het is echter van belang na te gaan in hoeverre ernstig autisme kan samengaan met a-sociaal en psychotisch gedrag. Ernstig a-sociaal gedrag, in de beperkte zin van een veelvuldige inbreuk op de regels van de dagelijkse gang van zaken, die tot frequent ingrijpen noopte, vertoonden de kinderen met de rangnummers 2, 8, 9, 16, 18 en 22. Het is duidelijk dat autisme en a-sociaal gedrag soms naast elkaar kunnen voorkomen. Kind 16, dat vroeger autisme had, was zijn a-sociale gedrag op 8-jarige leeftijd nog niet verloren. Psychotisch gedrag, in de zin van zeer irreeël spreken en handelen (zoals uitvoerig door Chrisstoffels beschreven), vertoonden de kinderen met rangnummers 5, 8, 11, 12 en 16. Deze kinderen behoorden tot de oudsten (6; 9 tot 10; 8 jaar). Bij twee hiervan (rangnummers 5 en 8) is het autisme zeer duidelijk. Eén kind had een vrij hoog rangnummer (12) op grond van zijn spreek-initiatieven. Deze omvatten echter, in tegenstelling tot alle andere kinderen zeer veel opmerkingen met een zodanig vreemde inhoud dat er moeilijk op kon worden ingegaan. Slechts geoordeeld op grond van aankijken en voortzetten van communicatie had hij eveneens autisme. Eén kind (11) had vroeger ernstig autisme maar is nu een grensgeval. Kind 16 had, zoals gezegd, vroeger ook autisme. Geconcludeerd moet worden dat autisme en kinderpsychose, in de hierboven omschreven beperkte betekenis, kunnen samengaan. Bij het geleidelijk afnemen van autisme kan een psychose op de voorgrond treden.

Concluderend kan worden gesteld dat autisme kan samengaan met veel stereotiep gedrag, een lage intelligentie, a-sociaal gedrag en psychotisch gedrag. De associatie tussen autisme en deze vier andere kinderpsychiatrische afwijkingen is echter toevallig, daar ze alle homogeen over de rangnummers van aankijken en spreken verdeeld zijn. Deze vier afwijkingen zijn dus niet bruikbaar voor een diagnose van autisme.

Discussie

Het onderzoek is uitgevoerd bij kinderen die door hun ernstige contactstoornissen voor intensieve begeleiding in aanmerking kwamen. De aard van deze contactstoornissen was zeer divers. De getrokken conclusies over de samenhang van gedragspatronen en klinische symptomen hebben vanzelfsprekend alleen betrekking op kinderen met ernstige contactstoornissen. Hoewel het zinrijk is kennis te vergroten met betrekking tot andere groepen van kinderen is deze beperking wel acceptabel, daar immers juist bij de contactgestoorde kinderen vragen over het definiëren van autisme de grootste rol spelen.

Het is van belang dat er een grote diversiteit in de klinische verschijnselen van de kinderen bestond. Hierdoor was het mogelijk in de communicatie van het kind graderingen te vinden van zeer autistisch via normaal tot overvragen van aandacht. Er werd een geleidelijke overgang tussen wel- en niet-autistisch gevonden. Op

grond van een groot aantal kenmerken, verschaft door ouders, meent Rimland (1968) wel een breekpunt te vinden. De door hem gegeven frequentieverdeling van zijn 'checklist score' wijkt echter niet significant af van een normale verdeling (Kolmogorov-Smirnov one-sample test, $p > 0.20$). Er is dus geen reden een breekpunt te veronderstellen.

Dat kinderen met autisme weinig frequent aankijken is door velen gemeld (zie Richer en Coss, 1976 voor een overzicht). Richer en Coss (1976) hebben dit ook gekwantificeerd. Metingen aan spreekinitiatieven zijn mij niet bekend; de geringe hoeveelheden hiervan bij kinderen met autisme zijn echter in overeenstemming met kwalitatieve rapporten in de literatuur. Ook het niet voortzetten van communicatie is een algemeen aanvaard kenmerk van autisme.

Richer (1976) vond dat kinderen met autisme significant minder vaak dan anderen sociale interacties begonnen en voortzetten tegenover andere kinderen. Dit resultaat komt niet overeen met het onze. Dit kan verklaard worden uit verschillen tussen de vergelijkingsgroepen. Tevens waren er bij de door Richer geobserveerde kinderen geen volwassenen aanwezig. Veel van de door mij waargenomen kinderen oriënteerden zich bijna uitsluitend op volwassenen.

Rutter (1968) heeft reeds benadrukt dat lage intelligentie en autisme vaak samengaan. Onze resultaten zijn hiermee in overeenstemming: het IQ van kinderen met autisme varieerde van 24 tot 97. Vier van deze kinderen hadden ook na jaren van onderricht in een goede verhouding met de verzorgster nog een laag IQ (24, 38, 43, 67).

Kanner (1943) en Eisenberg en Kanner (1956) stelden dat autistische kinderen of niet spreken, of hun spraak niet voor communicatie gebruiken. Onvermogen tot spreken bleek echter geen goed onderscheidingskenmerk te zijn, daar vele van de zwakzinnige kinderen ook niet spraken. Het niet-spreken kan alleen als toegevoegd kenmerk van autisme dienen wanneer de intelligentie voldoende is. Ook het niet gebruiken van spraak voor communicatie is geen betrouwbaar kenmerk, omdat dit niet bij alle kinderen met autisme voorkwam en ook bij kinderen zonder autisme werd waargenomen. Overigens gebruikten al deze kinderen voor een deel van de tijd hun spraak effectief voor communicatie.

Hoewel Eisenberg en Kanner (1956) reeds aangaven dat stereotiep en ritueel gedrag ook bij ernstig geretardeerde kinderen kan voorkomen, wordt deze afwijking toch nog vaak als kenmerk van autisme genoemd (bij voorbeeld Wolff en Chess, 1965; Rutter, 1968; Ornitz en Ritvo, 1976). Uit dit onderzoek blijkt dat vrijwel geen kind geheel vrij is van stereotypieën. Grote hoeveelheden kwamen slechts bij enkele van de kinderen met autisme voor en tevens bij enkele zonder autisme.

We hebben getracht het syndroom autisme te beperken tot met elkaar gecorreleerde gedragingen, gegroepeerd rond weinig initiatieven in en ingaan op communicatie. Gedragingen, of grotere en

complexere groeperingen zoals intelligentie en psychose, die hiermee niet gecorreleerd voorkwamen werden niet als kenmerk van autisme beschouwd. Dit leidde tot een aanzienlijke inperking van het begrip autisme. Veel kinderen met autisme hadden ook nog een andere handicap. Ook de kinderen zonder autisme konden meer dan één handicap hebben.

De door Rutter en anderen (1969) voorgestelde drie-assige classificatie van kinderpsychiatrische verschijnselen voorziet in het samengaan van handicaps, hoewel werd aanbevolen op de psychiatrische as zoveel mogelijk slechts één diagnose te stellen. De ervaringen met de drie-assige classificatie zijn gunstig ten opzichte van een één-assige (Rutter en anderen, 1973). Ook in Nederland werd deze classificatie bruikbaar geacht, ondanks problemen rond afgrensbaarheid en overlap (Gerritzen, 1977). Gerritzen rapporteert dat in 14 % een tweede syndroomkeuze werd gemaakt. Op grond van de door mij bestudeerde kinderen lijkt dit percentage laag. Dit hangt waarschijnlijk samen met het uitgangspunt zo veel mogelijk slechts één syndroom toe te kennen. Hiervan getuigt ook de in de door Gerritzen gegeven tabel voor kinderpsychiatrische classificatie gegeven formulering '6.3 autisme (van niet psychotische intensiteit)'. Deze restrictie wijst er op dat een kind met een psychose en met autisme alleen onder psychose wordt geclassificeerd. Dit lijkt zowel voor classificatie als diagnose onvolledig en ongewenst. Uit het hier beschreven onderzoek blijkt dat veel bij de psychiatrische as (de as A, zie Gerritzen, 1977, p. 29) ondergebrachte syndromen kunnen samengaan, zelfs meer dan twee tegelijk, maar willekeurig geassocieerd zijn. Om die reden lijkt het onvermijdelijk waar nodig meervoudige scores te geven. Hierdoor wordt ook een vollediger beeld van de patiënt gegeven, dat beter aansluit bij de doorgaans veel gedifferentieerdere klinische diagnose. Dit maakt het classificeren wel ingewikkelder maar tevens veel reëler.

Zoals in de inleiding is weergegeven is een diagnose waardevoller wanneer hij niet alleen de huidige toestand weergeeft, maar ook aanwijzingen bevat voor behandeling, prognose en preventie (Cromwell en anderen, 1975). Kinderen kunnen tegenover vreemden voor korte tijd de hier beschreven drie symptomen van autisme vertonen (Tinbergen en Tinbergen, 1972). Tegenover ouders kan dit plaatsvinden na een verbod of andere frustraties. Deze reacties zijn meestal kort van duur en dienen daarom niet als pathologisch autisme te worden gezien. De overgang van deze reacties naar autisme is echter waarschijnlijk vloeiend. Een vroeg begin van autistisch reageren en een langzaam verdwijnen ervan, en het naast autisme voorkomen van andere psychiatrische afwijkingen lijken het belangrijkst te zijn voor de prognose (zie Chrisstoffels, 1977). Richtlijnen voor therapie en preventie kunnen, zoals Tinbergen en Tinbergen (1972) beschrijven, ontleend worden aan succesvolle pogingen de kortdurende, niet-pathologische teruggetrokkenheids reacties te overwinnen.

Dankwoord

Ik ben de gehele staf van de kliniek 'De Hutte' te Amsterdam buitengewoon dankbaar om hun medewerking en sympathie tijdens het onderzoek aldaar. Drs. H. Tieken was zo vriendelijk toe te staan de door hem verzamelde IQ gegevens te gebruiken. Ik dank J. Christoffels, M. J. M. T. van den Bogaert-Botden en G. de Jonge voor hun commentaar op het manuscript, L. G. Ribbens voor zijn assistentie bij de verwerking van de gegevens en D. v. d. Velden voor het typewerk.

Literatuur

- Blashfield, R. K. (1973), Evaluation of the DSM-II classification of schizophrenia as a nomenclature. *J. Abn. Psychol.* 82, 382-389.
- Blashfield, R. K. en J. G. Draguns (1976), Toward a taxonomy of psychopathology: the purpose of psychiatric classification. *Brit. J. Psychiat.* 129, 574-583.
- Blurton Jones, N. (1972), Categories of child-child interaction. In: *Ethological studies of child behaviour*. (N. Blurton Jones, ed.) Cambridge University Press, London.
- Christoffels, J. (1977), Jonge kinderen met autistische contactstoornissen. *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 19, 459-475.
- Cromwell, R. L., R. K. Blashfield, en J. S. Strauss (1975), Criteria for classification system. In: *Issues in the classification of children*, vol. I. (N. Hobbs, ed.) Jossey-Bass, San Francisco.
- Dawkins, R. (1976), Hierarchical organisation: a candidate principle for ethology. In: *Growing points in ethology*. (P. P. G. Bateson, en R. A. Hinde, eds.) Cambridge University Press, London.
- Dienske, H. en J. A. J. Metz (1977), Mother-infant body contact in macaques: a time interval analysis. *Biol. of Behav.* 2, 3-37.
- Eisenberg, L. en L. Kanner (1956), Early infantile autism, 1943-55. *Am. J. Orthopsychiat.* 26, 556-566.
- Gerritzen, H. M. J. A. (1977), Kinderpsychiatrische classificatie. *Tijdschr. v. Psychiatrie* 19, 27-37.
- Kanner, L. (1943), Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child* 2, 217-250.
- List, J. H. A. van der (1975), *Het zich autistisch gedragende kind en zijn ouders*. Landelijke Stichting ter Behartiging van de Belangen van Autistische Kinderen en hun Ouders (BBAKO).
- Maurus, M. en H. Pruscha (1973), Classification of social signals in squirrel monkeys by means of cluster analysis. *Behaviour* 47, 106-128.
- Ornitz, E. M. en E. R. Ritvo (1976), The syndrome of autism: a critical review. *Am. J. Psychiat.* 133, 609-621.
- Richer, J. M. (1976), The social-avoidance behaviour of autistic children. *Anim. Behav.* 24, 898-906.
- Richer, J. M. en R. G. Coss (1976), Gaze aversion in autistic and normal children. *Acta Psychiat. Scand.* 53, 193-210.
- Rimland, B. (1968), On the objective diagnosis of infantile autism. *Acta Paedopsychiat.* 35, 146-170.
- Rutter, M. (1966), Prognosis: Psychotic children in adolescence and early adult life. In: *Childhood autism: clinical, educational and social aspects*. (J. K. Wing, ed.) Pergamon Press, London.
- Rutter, M. (1968), Concepts of autism: a review of research. *J. Child Psychol. Psychiat.* 9, 1-25.
- Rutter, M., S. Lebovici, L. Eisenberg e.a. (1969), A tri-axial classification of mental disorders in childhood. An international study. *J. Child*

Autisme: inhoud en afgrenzing van het syndroom

Psychol. Psychiatry 10, 41-61.

Rutter, M., D. Shaffer, M. Shepherd (1973), An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders. *Psychol. Med.* 3, 244-250.

Tinbergen, E. A. en N. Tinbergen (1972), Early childhood autism: an ethological approach. *Advances in ethology* 10, 1-53.

Wolff, S. en S. Chess (1965), A behavioural study of schizophrenic children. *Acta Psychiat. Scand.* 40, 438-466.