

# It takes two to tango

*Shared decision making in de behandeling van alcoholafhankelijkheid bij autismespectrumstoornis*

## Inleiding

Peter<sup>1</sup> is een 53-jarige, gehuwde man die recent gediagnosticeerd is met pervasive development disorder not otherwise specified (PDD-NOS). Hij is in behandeling voor alcoholafhankelijkheid bij de ambulante verslavingszorg, waar hij al twee keer achtereenvolgens heeft geweigerd om de geplande detoxificatie te ondergaan. Peter is van mening dat hij niet kan stoppen met drinken als niet eerst zijn andere problemen worden opgelost.

### **PDD-NOS**

PDD-NOS behoort met autisme, het syndroom van Rett en het syndroom van Asperger tot de autismespectrumstoornissen (ASS). ASS is een ontwikkelingsstoornis, waarbij de persoon vanaf de vroege jeugd beperkingen heeft op drie gebieden: kwalitatieve beperking in wederkerige sociale interacties, kwalitatieve beperkingen in verbale en non-verbale communicatie en beperkt voorstellingsvermogen en een rigide organisatie van het denkpatroon en het gedrag (American Psychiatric Association, 2007). Op basis van verschillende buitenlandse onderzoeken wordt een prevalentie van ASS binnen de algemene populatie gemeten tussen de 1 en 1,6 procent (Baird et al., 2006; Baron-Cohen et al., 2009). Bij autisme zijn pervasieve stoornissen op alle drie de domeinen aanwezig. Het syndroom van Asperger wordt gekenmerkt door pervasieve stoornis in sociale interactie en in de ontwikkeling van de normale verbale expressie. PDD-NOS voldoet niet volledig aan de criteria van autisme of het syndroom van Asperger, maar heeft wel een pervasieve stoornis in de sociale interacties (Lunegård, Hallerbäck & Gillberg, 2011). De DSM-IV-classificatie PDD-NOS wordt, evenals de autistische stoornis, stoornis van Asperger en pervasieve ontwikkelingsstoornis, in de DSM-5 geclassificeerd als autismespectrumstoornis (APA, 2014).

<sup>1</sup> Peter is een gefingeerde naam. De patiënt heeft toestemming verleend voor het gebruiken van zijn gegevens.

## PDD-NOS en alcoholafhankelijkheid

Verslaving wordt gezien als een psychiatrische ziekte, die zich kenmerkt door afhankelijkheid en hunkering naar een bepaald middel, waarbij tevens sprake is van controleverlies in het gebruik (APA, 2007). Indien iemand naast een psychiatrische stoornis problemen heeft met het gebruik van een of meerdere psychoactieve stoffen, en beide stoornissen interageren met elkaar, spreken we van dubbele diagnose. Door de onderlinge negatieve interactie kan een vicieuze cirkel ontstaan van elkaar onderhoudende problemen, die zich uitbreiden naar verschillende levensgebieden (Dom et al., 2013).

Uit onderzoek blijken raakvlakken te bestaan tussen middelenafhankelijkheid en ASS, en een sterk verhoogd risico op comorbiditeit van deze stoornissen (Dom et al., 2013). Mogelijke verklaring hiervoor is de dopaminerge component, die zowel bij ASS als bij verslaving een rol speelt (Langen et al., 2011). De dopaminerge factor kan een verstoring in het beloningssysteem in de hersenen geven en verhoogt de kans op herhaald gedrag en beloningzoekend gedrag, dat tot verslaving kan leiden (Ridley, 1994; Schellekens et al., 2009).

In een Nederlands klinisch onderzoek naar stoornissen in het gebruik van middelen bij patiënten met ASS wordt een prevalentie gemeten van dertig procent (Sizoo et al., 2010). Middelenmisbruik gerelateerd aan alcohol laat bij patiënten met PDD-NOS een hogere prevalentie zien (28 procent) dan binnen de algemene bevolking (2,9-4,5 procent) (Hofvander et al., 2009; Laar et al., 2014). Ondanks deze hoge prevalenties wordt groep met ASS noch in de Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling bij dubbele diagnoses (Meer et al., 2003), noch in de Multidisciplinaire richtlijn voor stoornissen in het gebruik van alcohol (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009) belicht, waardoor onderbouwde richtlijnen voor een geïntegreerde behandeling van verslavingsproblematiek bij ASS ontbreken (Singh, Hellemans & Dom, 2012). Het Handboek dubbele diagnose geeft wel enkele onderbouwde behandeladviezen (Dom et al., 2013).

In deze gevalsbeschrijving staat de volgende probleemstelling centraal: Een patiënt met PDD-NOS en alcoholafhankelijkheid heeft, ondanks eerdere instemmingen, meerdere malen geweigerd de geplande klinische detoxificatie te ondergaan, waardoor de behandeling stagneert.

## Gevalsbeschrijving

Bij Peter is sprake van complexe problematiek, waaronder alcoholafhankelijkheid, een depressieve stoornis en PDD-NOS. Peter drinkt vanaf zijn 17de jaar alcohol.

Sinds bij Peters vrouw in 2008 multiple sclerose is gediagnosticeerd,

is het alcoholgebruik toegenomen tot dagelijks gebruik van vijf à zes halve liters bier.

Bij Peter is sprake van gebrek aan sociaal emotionele wederkerigheid, een rigidedenkpatoon, hoge prikkelgevoeligheid en gedetailleerde waarneming. Hij neigt ertoe taal te letterlijk te nemen en heeft moeite met communicatie, waardoor hij zich al zijn hele leven niet begrepen voelt. Daarnaast rapporteert Peter klachten als sombere stemming, slecht slapen, vermoeidheid, hostiliteit en spanningen.

Peter heeft de LTS afgerond en is inmiddels 32 jaar werkzaam in hetzelfde bedrijf met het bedienen van een graafmachine. Sinds zijn vrouw ziek is, zorgt Peter, naast zijn fulltime baan, voor een deel van het huishouden. In zijn vrije tijd houdt hij zich bezig met de verzorging van zijn vier paarden. Hiernaast heeft Peter een zeer beperkt sociaal netwerk. Peter komt trouw op de afspraken en is zeer consciëntieus in eenmaal genomen besluiten.

### **Ziektevoorgeschiedenis**

Peter is eerder opgenomen geweest op de dubbelediagnoseafdeling (DD) voor detoxificatie, in 2010 en 2013. Deze opnamen heeft Peter als onprettig ervaren. Door zijn problematiek kwam hij in conflict met medepatiënten en hulpverlening. Zijn afstandelijke en rigide opstelling gaven aanleiding tot het vermoeden van een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Na uitgebreid onderzoek is Peter tijdens de laatste opname gediagnosticeerd met PDD-NOS. Vanuit het behandelbeleid kreeg Peter een psycho-educatiemodule aangeboden, gericht op het verhogen van inzicht in zijn eigen mogelijkheden en de ASS gerelateerde problematiek. Peter stopte hiermee na een korte periode, omdat hij niet tevreden was over de behandeling. Enkele maanden later viel Peter weer terug in alcoholgebruik.

Peter werd opnieuw aangemeld voor detoxificatie, maar trok zich vlak voor de geplande opnamedatum terug. In de periode hierna deden zich meerdere wisselingen van behandelaren voor, alsook het vertrek van zijn psycholoog.

De verpleegkundig specialist in opleiding (vsio) maakte voor het eerst kennis met Peter bij de overdracht van de vorige behandelaar, waarbij een tweede aanmelding voor detoxificatie met Peter is besproken. Peter werd erg boos en weigerde wederom een opname voor detoxificatie.

### **Diagnostiek en classificatie**

De benodigde gegevens voor diagnostiek zijn verzameld door psychiatrisch onderzoek, heteroanamnese en dossieronderzoek, waaronder het eerder afgenomen psychologisch onderzoek. De beschrijvende diagnostiek is samengevat in de DSM-IV classificatie (APA, 2007).

Op as 1 zijn alcoholafhankelijkheid (303.90) als hoofddiagnose, de-

pressieve stoornis NAO (311.00) en PDD-NOS (299.80C) gesteld. Op as II en III zijn geen diagnoses gesteld. Op as IV zijn problemen binnen de primaire steungroep en problemen gebonden aan de sociale omgeving gesteld. Op basis van de ernstige sociale problemen heeft Peter een GAF-score van 50.

De verpleegkundige diagnostiek is geclassificeerd volgens de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Nederlandse WHO-FIC Collaboration Centre, 2001). Volgens de ICF heeft Peter een ernstige stoornis in hunkering (b1303.3), een ernstige stoornis in de motivatie (b1301), een ernstige beperking in cognitieve flexibiliteit (b164.3), een ernstige stoornis in de psychosociale functies (b122), een ernstige beperking in tussenmenselijke interacties (d720.3) en een ernstige beperking in het omgaan met stress en andere mentale eisen (d 2409.3).

### **Externe factoren**

De bevorderende factoren in de behandeling zijn zijn partner, zijn werk, de landelijke leefomgeving en het feit dat Peter heel consciëntieus is. Het landelijke gebied geeft ook seizoensgebonden geluidsoverlast van landbouwwerktuigen. Door een beperking in het filteren van omgevingsgeluiden vormt dit periodiek een belemmerende factor. De onvoorspelbare drukte in huis van thuiszorg, familie en vrienden vormt tevens een belemmerde factor.

Verpleegkundig diagnostisch (Herdman & Kamitsuru, 2014) is er sprake van een beslisconflict, (00083), voortkomend uit een opgebouwd wantrouwen in de hulpverlening door eerdere negatieve ervaringen en meerdere wisselingen van behandelaren, zich uitend in beperkte motivatie voor het nemen van een beslissing voor detoxificatie. Overmatig alcoholgebruik is het centrale probleem en kan gezien worden als ineffectieve coping (00069), voortkomend uit de PDD-NOS en de stemmingsstoornis, zich uitend in spanningen en inadequate sociale interacties. Anderzijds is het alcoholgebruik een onderhoudende factor bij de klachten op het gebied van stemming, slaap- en energiepatroon, geclassificeerd als risicovol gedrag voor de gezondheid (alcohol) (00188). Onduidelijkheid over wat de gestelde diagnose PDD-NOS betekent voor het dagelijks functioneren van Peter is geclassificeerd als kennistekort (00126), mogelijk voortkomend uit een gestoorde informatieverwerking en beperkte communicatieve vaardigheden, samenhangend met de PDD-NOS.

### **Shared decision making**

Uitgaande van het beslisconflict als het centrale probleem om te komen tot behandeling, en de elkaar onderhoudende factoren van complexe psychiatrische klachten wordt gekozen voor shared decision making (SDM). SDM gaat uit van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het

recht op optimale uitleg over de ziekte en de behandelingsmogelijkheden (Hamann, Leucht & Kissling, 2003). SDM erkent dat de meningen van de hulpverlener over de behandeling, risico's en bijwerkingen niet noodzakelijkerwijs hetzelfde zijn als die van de patiënt. SDM vereist kennis van, en begrip voor de persoonlijke waarden en prioriteiten van de patiënt (Hamann, Leucht & Kissling, 2003). SDM is een gestructureerde interventie om tot een behandelovereenstemming te komen (Joosten, De Jong, De Weert-Van Oene, Sensky & Van Der Staak, 2009). Het kan een essentiële rol spelen bij gebrek aan best practices bij moeilijk behandelbare ziektes, waardoor conflicten over de behandeling kunnen worden vermeden (Deegan & Drake, 2006).

### **Verloop van behandeling**

De poliklinische contacten met de vsio zijn in eerste instantie gericht op het opbouwen van een behandelrelatie. Middels SDM zijn behandeldoelen opgesteld, gericht op de factoren die de motivatie tot gedragsverandering belemmeren.

De verpleegkundige interventies en behandeldoelen zijn gekozen op basis van de gestelde verpleegkundige diagnoses met behulp van de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2010) en de Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011) (zie tabel 1).

De motivatie tot veranderingsbereidheid is bij start en na vijf weken gemeten met de Readiness to Change Questionnaire 2 voor alcohol (RCQ-2). Volgens de richtlijn is dit het meest geschikte meetinstrument om veranderingsbereidheid te meten (Van der Meer et al., 2003). Peter scoorde in de start op de overpeinzingsfase met elf punten. Daarnaast zijn stemmingsklachten driemaandelijks gemeten met de MATE-10 (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) (Schippers & Broekman, 2011).

De medicamenteuze behandeling is in eerdere behandelingen uitvoerig onderzocht en Peter is nu ingesteld op psychofarmaca waarop een optimaal resultaat bereikt is. Medicamenteuze ondersteuning vergt voor het actuele behandeldoel geen aandacht. Een van de belangrijkste stressoren voor Peter was dat hij niet wist wat de diagnose PDD-NOS voor hem persoonlijk betekent. Peter en zijn vrouw kregen tijdens huisbezoeken psycho-educatie over PDD-NOS, waarbij de ASS-symptomen zijn vertaald naar de persoonlijke klachten en beperkingen van Peter. Tevens zijn prikkelgevoeligheid en belemmerende omgevingsfactoren in kaart gebracht. De vsio heeft met Peter en zijn vrouw mogelijkheden besproken hoe storende prikkels beperkt kunnen worden om meer rust en voorspelbaarheid te creëren in de leefomgeving.

Naast motiverende gespreksvoering afgestemd op de fase van gedragsverandering waarin Peter zich bevond (Prochaska, Norcross & Diclemente 1994), is E-health aangeboden, gericht op het herkennen van

**Tabel 1**  
Behandeling

| <b>Probleem NANDA</b>                          | <b>Doelen NOC</b>  | <b>Interventies NIC</b>   |
|--|--|---|
| Beslisconflict (00083)                         | Motivatie<br>Besluitvorming over<br>alternatieven in de zorg   | Opbouwen vertrouwens-<br>relatie<br>Shared decision making<br>Motiverende gespreks-<br>voering<br>Psycho-educatie<br>Afstemming op patiënt-<br>factoren<br>Directief, niet-autoritair<br>benadering |
| Ineffectieve coping<br>(00069)                 | Coping<br>Beheersen van<br>stressoren<br>Gezinsfunctioneren<br>Sociale vaardigheden<br>Stopgedrag<br>alcoholmisbruik | Psycho-educatie<br>Afstemming op patiënt-<br>factoren<br>Betrekken van systeem<br>Directief, niet-autoritair<br>benadering<br>E-health<br>Zorgprogramma autisme                                     |
| Risicovol gedrag voor<br>de gezondheid (00018) | Stopgedrag<br>alcoholmisbruik  | Behandeling van<br>middenmisbruik<br>Verbetering van de<br>probleemhantering  |
| Kennistekort (000126)                          | Kennis ziekteproces  | Voorlichting ziekteproces<br>E- Health<br>Betrekken van systeem<br>Zorgprogramma autisme  |

in- en externe stressoren en omgaan met spanningen (Caroll et al., 2005; 2008; De Wild & Vedel, 2013).

Peter is opnieuw aangemeld bij het zorgprogramma autisme, waarbij de vsio een bemiddelende rol had, aangezien voor behandeling binnen dit zorgprogramma abstinentie geprefereerd wordt. In het behandelcontact heeft de VSio een directieve, niet-autoritair bejegening. Dit heeft de voorkeur bij patiënten met Ass, omdat zij veel behoefte hebben aan autonomie enerzijds, en behoefte aan duidelijkheid anderzijds (Vermeulen, 2005). De vsio toonde nieuwsgierigheid in het specifieke karakter van de klachten en de beperkingen van Peter en had aandacht voor de belevingen en emoties, ook als deze niet direct zichtbaar waren. Deze nieuwsgierigheid van de hulpverle-

ner wordt in de literatuur als effectief beschreven (Vermeulen, 2005; Schuurman, 2010; Bosma, Van Zanten & Sonneborn, 2014). De behandelcontacten zijn steeds volgens eenzelfde agenda doorlopen, om overzicht en structuur te bieden. Rekeninghoudend met de gestoorde informatieverwerking is informatie regelmatig en inzichtelijk herhaald aangeboden met gebruik van whiteboard, of verwijzing naar de E-healthmodule (Kan et al., 2013; Vermeulen, 2005).

### Resultaten

Na korte tijd was er sprake van een groeiende vertrouwensrelatie. Dit bleek uit een verminderde hostileiteit jegens de hulpverlening en groeiende motivatie voor detoxificatie van alcohol. Peter scoorde in de tweede meting na vier weken 15 op de actiefase van de RCQ-2. Op de MATE-10 scoorde Peter minder op stemmingsklachten.

Peter gaf aan dat duidelijkheid over hetgeen de diagnose PDD-NOS voor hem betekent, heeft bijgedragen aan spanningsreductie.

Middels SDM zijn de mogelijkheden voor detoxificatie besproken, waarbij de keuze viel op ambulante detoxificatie in het daghospitaal.

Peter was vijf maanden na detoxificatie nog steeds abstinente, hij rapporteerde beduidend minder spanningen en ook zijn stemming was verbeterd. Peter heeft na detoxificatie de E-healthmodule niet meer verder willen afmaken, aangezien hij geen last meer had van spanningen. Het advies van de vsio was om dit weer op te pakken, aangezien spanningen weer kunnen optreden.

### Discussie

Non-compliance staat op de eerste plaats van oorzaken bij het falen van een behandeling, voor zowel medicatietrouw als het opvolgen van non-medicamenteuze therapie (Shea, 2006).

Het succes in deze casus begint bij de zorgvuldig opgebouwde behandelrelatie. SDM lijkt hierop een positieve invloed te hebben gehad. Door SDM is tegemoetgekomen aan de vraag van Peter om eerst aandacht te geven aan zijn spanningsklachten. Mogelijk heeft dit bijgedragen aan de groeiende veranderbereidheid, besluitvorming en therapietrouw.

In onderzoeken bij verschillende patiëntengroepen is SDM geassocieerd met hogere compliance, betere participatie in psycho-educatie, meer kennis over het eigen ziektebeeld en vertrouwen in de behandeling (Matthias et al., 2014; Hamann et al., 2006; Zijlstra & Goossens, 2007; Clarke et al., 2015). Kennis over eigen autisme, zowel de positieve als de negatieve betekenissen van de persoonlijke karakterdimensies, wordt in literatuur als essentieel beschreven voor de acceptatie. Het kan onrust verminderen en ondersteunt het zelfonderzoek naar

de functie van het middelengebruik (Vuijk, De Nijs, Vitale, Simons-Spong & Hengelveld, 2012).

Positieve behandelresultaten door het inzetten van E-healthmodules (Caroll et al., 2005; 2008; De Wild & Vedel, 2013) konden in deze casus niet worden bevestigd.

## Conclusie

Shared decision making lijkt een positief effect te hebben op de behandeling van alcoholafhankelijkheid en ass.

Het succes in deze gevalsbeschrijving lijkt mede te danken aan het feit dat sDM bevorderend werkt voor het opbouwen van een vertrouwensband. Een band tussen hulpverlener en patiënt zonder welke een succesvolle behandeling niet kan bestaan.

Door sDM wordt aandacht gegeven aan de persoonlijke twijfels, wensen en mogelijkheden van de patiënt, hetgeen een positief effect lijkt te hebben op de besluitvorming en therapietrouw. Het voorziet in een aanpak, afgestemd op de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

Op basis van deze gevalsbeschrijving is geen algemeen geldende uitspraak mogelijk over de effectiviteit van sDM als interventie bij alcoholafhankelijkheid en ass. Hiervoor is meer praktijkgericht onderzoek nodig. Gevalsbeschrijvingen als deze kunnen een goede aanvulling zijn om te komen tot good practices voor complexe dubbelediagnoseproblematiek, waarbij onderbouwde richtlijnen voor behandeling ontbreken.

Deze gevalsbeschrijving laat zien dat de verpleegkundig specialist de aangewezen persoon is voor het diagnosticeren, plannen en uitvoeren van complexe zorg bij hulpvragen op het verpleegkundig domein.

## Summary

The prevalence of substance use disorders in patients diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) who are admitted to a mental care-facility is 30 percent. Patients with Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS) measure a higher prevalence of alcohol abuse and alcohol dependence than in the general population. In spite of this high prevalence of substance use in patients with ASD, this group is not included in the guidelines for dual diagnosis, neither in the multidisciplinary guidelines for substance use disorders.

This casestudy shows that the use of shared decision making is most probably effective in the treatment of a patient with PDD-NOS and alcohol addiction.

Shared decision making is based on clinical evidence and the patient's informed preferences for a tailor-made approach to induce better disease management and a better collaboration between clinician and patient.

To integrate shared decision making into the treatment of substance dependence with comorbid ASD more practical research is needed.

*Keywords:* Autism, alcohol dependency, shared decision making.



## Literatuur

- American Psychiatric Association (2007). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- American Psychiatric Association, (2014). Beknopt overzicht van de criteria DSM-5: Nederlandse vertaling van Desktop reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T. & Meldrum, D. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.
- Baron-Cohen, S., Scott, F. J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F. E., et. Al. (2009). Autism spectrum prevalence: a school-based UK population study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 500-5009.
- Bosma, M., Zanten, J. van & Sonneborn, C. (2014). Ass en verslaving, Behandelervaringen in een DD-programma. *Verslaving*, nr. 1, 2014.
- Bulechek, G. M., Butcher H. K. & Mc Closkey Dochterman, J. (2010) (derde druk). *Nederlandse vertaling van Nursing Intervention Classification*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Caroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., Gordon, M. A., Portnoy, G. A. & Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 881-8.
- Caroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:749-55.
- Clarke, E., Puschner, B., Jordan, H., Williams, P., Konrad, J., Kawohl, W., Bär, A., Rössler, W., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Nagy, N., Süveges, A., Krogsgaard Bording, M. & Slade, M. (2015). Empowerment and satisfaction in a multinational study of routine clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2015; 131:369-378. DOI:10.1111/acps.12365.
- Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 11, 1636-1639.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B., van der Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, S. van, Schoevers, R. & Wamel, A., van (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Bush, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2006; 114: 265-273.
- Hamann J., Leucht S. & Kissling W. (2003) Shared decision-making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 107: 403-409.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2014) *Tenth Edition Nursing Diagnoses. Definitions and Classifications 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Stahlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal Intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. Doi:10.1186/147-244X/9/35.
- Joosten, E. A. G., Jong, C. A. J. de, Weert de-van Oene, G. H., Sensky, T. & Staak, C. P. F., van der (2009). Shared decision-making reduces drugs use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78:245-253.
- Kan, C. C., Geurts, H. M., Sizoo, B. B., Verbeeck, W. J. C., Schuurman, C. H., Forceville, E. J. M., Vrijmoed, D., Veldboom, E., Stekelnburg, F., Manen, J. van, Bosch, K. van den, Bosch, A. van den, Hermens, M., Peters, A., Majo, M. C., Shields, N., Zon, N. & Duin, D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij Volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Laar, M. W. van, Ooyen Houben, M. M. J., Crutz, A. A. N., Meijer, R. F., Croes, E. A., Ketelaars, A. P. M. & Pol, P. M. van der (2014). Nationale Drug Monitor. *Jaarbericht 2013-2014*. Utrecht: Timbos Instituut.

- Langen, M., Durston, S., Kas, M. J., Engeland, H. van & Staal, W. G. (2011). The Neurobiology of repetitive behaviour: ...and man. *Neuroscience & Biobehavioural Reviews*, 35, 356-365.
- Lunegård, T., Hallerback, M. U. & Gillberg, C. (2011) Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917.
- Matthias, M. S., Fukui, S., Kukla, M., Eliacin, J., Bonfils, K. A., Firmin, R. L., Oles, S. K., Adams, E. L., Collins, L. A. & Salyers, M. P. (2014). *Psychiatric Services December 2014*: Vol. 65 No.12.
- Meer, C. van der, Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R., Kerkmeier, M., Blanken, P. & Klerk, C. de (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Parnassia Addiction Research Center.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2011) *Nederlandse vertaling van Nursing Outcomes Classifications*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2009). *Multidisciplinaire richtlijn. Stoornissen in het gebruik van Alcohol*. Utrecht: Trimbos Instituut Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie; International classification of functioning, disability and health: ICF. (2001). WHO-FIC Collaborating Center, RIVM. Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Diclemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Ridley, R. M. (1994). The Psychology of pervasive and stereotyped behavior. *Progress in Neurobiology*, 44, 221-231.
- Schellekens, A. F., Oosterwijk, A. W., Ellenbroek, B., Jong, C. A. de, Buitelaar, J. K., Cools, L. et al. (2009). The dopamine agonist apomorphine differentially affects cognitive performance in alcohol dependent patients and healthy controls. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009; 19: 68-73.
- Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2011). *Handleiding en protocol voor afname, Scoring en gebruik van de MATE 2.1*. Nederlandse bewerking. Nijmegen: Bureau Beta.
- Schuurman, C. (2010). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme. een praktisch behandelprogramma voor volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Shea, S. C. (2006). *Improving Medication Adherence. How to talk with patients about their medications*. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health Inc.
- Singh, S. K. B., Hellemans, H. & Dom, G. (2012). Autismspectrumstoornis en verslaving: een onbekende comorbiditeit? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54, 893-897.
- Sizoo, B., Brink, W. van den, Koeter, M., Gorissen, Eenige van, M., Wijgaarden-Cremers, P. & Gaag, R. J. van der (2010). Treatment seeking adults with Autism or ADHD and co-morbid Substance Use Disorder: Prevalence, Risk factors and Functional disability. *Drug and Alcohol Dependence*. 107 (2010) 44-50.
- Vermeulen, P. (2005). *Ik ben special, dl 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme*. Berchem: EPO.
- Vuijk, R., Nijs, F. P. A. de, Vitale, S. G., Simons-Sprong, M. & Hengeveld, M. W. (2012). Persoonlijkhedaspecten bij volwassenen met autismspectrumstoornissen gemeten met de Temperament and Character Inventory (TCI). *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54, 699-707.
- Wildt, W. A. J. M. de & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: focus voor de toekomst. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, 11, 907-913.
- Zijlstra, P. & Goossens A. (2007). Shared Decision Making in de psychiatrie. *TSG* jaargang 85 nummer 2 pagina 92.

### Samenvatting

De prevalentie van stoornissen in het gebruik van middelen bij patiënten in klinische behandeling, gediagnosticeerd met autismespectrumstoornis (ASS) in Nederland is 30 procent. Bij patiënten met PDD-NOS (pervasive development disorder not otherwise specified) wordt een hogere prevalentie gezien van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid dan binnen de algemene bevolking. Ondanks deze hoge prevalenties wordt de patiëntengroep met ASS noch in de richtlijnen voor behandeling van dubbele diagnose, noch in de multidisciplinaire richtlijn voor stoornissen in het gebruik van alcohol belicht. Het Handboek dubbele diagnose geeft wel enkele onderbouwde behandeladviezen. Deze gevalbeschrijving laat zien dat het toepassen van shared decision making effectief kan zijn in de behandeling van alcoholverslaving bij een patiënt met PDD-NOS.

Shared decision making voorziet in een betere regievoering en samenwerking tussen behandelaar en patiënt, en is geassocieerd met betere behandelresultaten. Om een algemeen geldende uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van SDM bij alcoholafhankelijkheid en ASS is meer praktijkgericht onderzoek nodig.

*Trefwoorden:* autisme, alcoholafhankelijkheid, shared decision making.