



**rijksuniversiteit  
groningen**

**Omgaan met (het eigen) autisme: aandacht voor de  
identiteitsontwikkeling binnen SDARI en ReAttach voor personen  
met een autismespectrumstoornis.**

**Dealing with (one's own) autism: attention to identity  
development within SDARI and ReAttach for persons with an  
autism spectrum disorder.**

Master Thesis – Klinische Psychologie

Onderzoeksverslag

Büşra K1sacık

S2519038

December 2022

Examinator: dr. Kirstin Greaves-Lord

Tweede beoordelaar: dr. Julie Karsten

Afdeling Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportage vaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

A thesis is an aptitude test for students. The approval of the thesis is proof that the student has sufficient research and reporting skills to graduate, but does not guarantee the quality of the research and the results of the research as such, and the thesis is therefore not necessarily suitable to be used as an academic source to refer to. If you would like to know more about the research discussed in this thesis and any publications based on it, to which you could refer, please contact the supervisor mentioned.

## **Abstract**

There is not much known in the literature about the identity development of persons with autism spectrum disorder (ASD). That is why this master thesis takes part of a qualitative study named 'Dealing with one's own Autism.' In an earlier phase of the mentioned study, people with ASD, their families and professionals were interviewed, from which two lists were composed. The first list includes themes (needs/requirements) that people with ASD believe are important for their identity development. The second list consists of different treatments that were considered to meet (some of) the needs of persons with ASD in their identity development. This master thesis focuses on two treatments, namely: the Socio-Dramatic Affective-Relational Intervention (SDARI) and ReAttach. The aim of this qualitative study is to analyze whether the indicated needs are potentially met in the treatments SDARI and ReAttach and if so, to what extent. Thematic analysis was used as method to draw connections between the information from the treatments and the list of themes. The results show that the SDARI and ReAttach meet the majority of needs. The SDARI covers ten of the sixteen themes (identified needs) and ReAttach eleven of the sixteen themes. Both treatments seem to suit certain needs of people with ASD who experience issues related to their identity. An important point of discussion is that the themes are often indirectly represented in the SDARI and ReAttach. In addition, a manual for the SDARI does not exist (yet) and for ReAttach there are thus far few scientific studies. However, the SDARI might be a clever way to playfully practice with distinct identity roles whereby the learned skills are assumed to generalize to everyday life. ReAttach can possibly be seen as a treatment to create optimal conditions, namely stress-regulation, before starting on issues surrounding identity development.

*Keywords:* autism spectrum disorder, identity development, well-being, SDARI, ReAttach

## Samenvatting

In de literatuur is er weinig bekend over de identiteitsontwikkeling bij personen met een autismespectrumstoornis (ASS). Daarom onderzoekt deze studie hoe hieraan kan worden bijgedragen. Deze masterthese maakt onderdeel uit van een overkoepelende kwalitatieve studie ‘Omgaan (met het) eigen Autisme. In een eerdere fase van het overkoepelende onderzoek zijn personen met ASS, hun naasten en professionals geïnterviewd waaruit twee lijsten zijn opgesteld. De eerste lijst omvat thema’s (behoeften/eisen) die volgens personen met ASS belangrijk zijn voor de identiteitsontwikkeling. De tweede lijst bestaat uit verschillende behandelingen die mogelijk tegemoetkomen in deze behoeften. Deze masterthese focust zich op twee behandelmethodieken, namelijk: de *Socio-Dramatic Affective-Relational Intervention* (SDARI) en ReAttach. Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om te analyseren of de behandelmethodieken tegemoetkomen in de behoeften van personen met ASS en zo ja, welke thema’s dit zijn. Er is gebruikt gemaakt van thematische analyses om de informatie van de behandelmethodieken te koppelen met de lijst van thema’s. Uit de resultaten blijkt dat de SDARI en ReAttach aan het merendeel van de behoeften tegemoet komt. De SDARI komt tegemoet in tien van de zestien thema’s (geïdentificeerde behoeften), en ReAttach in elf van de zestien thema's. Beide behandelingen lijken geschikt voor personen met ASS die problemen ervaren rondom identiteitsproblematiek. Een belangrijke kanttekening is dat de thema’s vaak indirect (impliciet) behandeld worden binnen de SDARI en ReAttach. Daarnaast ontbrak een handleiding voor de SDARI en is ReAttach een nieuwe en relatief onbekende behandeling waar nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar bestaat. De SDARI lijkt echter een goede manier om spelenderwijs te oefenen met verschillende identiteitsrollen waarvan wordt aangenomen dat de geleerde vaardigheden worden gegeneraliseerd naar het dagelijkse leven. ReAttach kan mogelijk gezien worden als een behandeling om de optimale randvoorwaarden

te creëren, namelijk het reguleren van stress en spanning, alvorens er gestart kan worden aan kwesties rondom de identiteitsontwikkeling.

*Sleutelwoorden:* autismespectrumstoornis, identiteitsontwikkeling, welbevinden, SDARI, ReAttach

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	<b>7</b>
Autismespectrumstoornis .....	7
Autismespectrumstoornis en pesten.....	7
Effecten van sociale exclusie.....	8
Camoufleren en compenseren.....	10
Wederzijds onbegrip .....	11
Identiteitsontwikkeling .....	12
Interventies en vraagstelling .....	16
<b>Methode</b> .....	<b>17</b>
Adaptive Intervention Mapping.....	17
De huidige studiefase.....	18
Wat is een thematische analyse?.....	19
Interventies .....	20
<b>Resultaten</b> .....	<b>23</b>
SDARI .....	23
ReAttach: e-book .....	30
ReAttach: proefschrift .....	35
<b>Conclusie en discussie</b> .....	<b>41</b>
SDARI .....	41
Conclusie SDARI .....	43
ReAttach .....	44
Conclusie ReAttach .....	47
Ontbrekende thema's .....	49
Aanvullende thema's .....	51
Sterke punten en beperkingen van het onderzoek .....	52
Suggesties voor nader onderzoek .....	55
<b>Literatuur</b> .....	<b>58</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>77</b>
Bijlage 1: factoren van kwetsbaarheid.....	77
Bijlage 2: het REPIM-model .....	79
Bijlage 3: de vier identiteitsstatussen van Marcia (1980).....	80
Bijlage 4: persoonlijk en collectief zelfvertrouwen .....	82
Bijlage 5: lijst van thema's .....	84
Bijlage 6: uitleg stappenplan thematische analyse .....	86
Bijlage 7: uitleg SDARI en de vijf spellen .....	88
Bijlage 8: achtergrondinformatie ReAttach en de kernelementen .....	92
Bijlage 9: stapsgewijze beschrijving van een ReAttach-sessie.....	100
Bijlage 10: resultaten thematische analyse SDARI .....	103
Bijlage 11: resultaten thematische analyse ReAttach .....	105
Bijlage 12: samenvatting ReAttach: e-book en proefschrift.....	107
Bijlage 13: Child Behavior Checklist (CBCL) .....	121
Bijlage 14: Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) .....	125
Bijlage 15: uitvoering W.A.R.A. ....	126
Bijlage 16: Korte Klachten Vragenlijst (KKL).....	127
Bijlage 17: invloeden van verschillende therapieën binnen ReAttach .....	128
Bijlage 18: de verschillende behandeltechnieken binnen ReAttach voor de behandeling van ASS	130

## **Inleiding**

Deze masterhese gaat over personen met een autismespectrumstoornis (ASS) en de problemen die zij ervaren op het gebied van hun identiteitsontwikkeling. Er wordt kort informatie gegeven over de diagnose ASS en daarna wordt ingegaan op hoe deze personen vaak het doelwit zijn van sociale uitsluiting en de consequenties hiervan. Hierna worden een aantal theorieën op het gebied van identiteitsontwikkeling besproken. Ten slotte wordt de vraagstelling benoemd.

### **Autismespectrumstoornis**

Autisme is een neurologische ontwikkelingsstoornis die zich kenmerkt door persistente problemen met sociale communicatie en interactie (American Psychiatric Association, 2013). Dit houdt in dat er problemen zijn op gebieden als sociale wederkerigheid, non-verbale communicatie voor sociale interactie en vaardigheden in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties (American Psychiatric Association, 2013).

Personen met ASS hebben onder andere moeite met de *Theory of Mind* (Baron-Cohen, 2000; Baron-Cohen et al., 1985), emotieregulatie (Samson et al., 2014), centrale coherentie (Happé & Frith, 2006) en executieve functies (O’Hearn et al., 2008; Vaidya et al., 2020). Verder is de literatuur met betrekking tot sekseverschillen bij personen met ASS (voor zover het kernsymptomen en psychiatrische comorbiditeit betreft) inconsistent, incompleet of tegenstrijdig (Prosperi et al., 2021).

### **Autismespectrumstoornis en pesten**

Personen met ASS verlangen naar sociale interacties, wat tegenstrijdig is met het stereotype beeld dat van ze wordt gecreëerd (Hull et al., 2017). Ze worden echter vaak buitengesloten en gepest (Hull et al., 2017). Middels een reviewonderzoek benoemen Schroeder et al. (2014) zeven risicofactoren waardoor personen met ASS als bijzonder kwetsbaar worden gezien om het slachtoffer te zijn van pesten. In bijlage 1 worden deze

factoren samengevat. De prevalentie percentages verschillen binnen het reviewonderzoek, maar de resultaten bieden een sterke indicatie dat kinderen en adolescenten met ASS een verhoogd risico lopen om gepest te worden in vergelijking met normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten (Schroeder et al., 2014). Ondanks kritiek op het reviewonderzoek (Maïano et al., 2016), komen de resultaten grotendeels overeen met de meta-analyse van Maïano et al. (2016). Uit deze analyse komt naar voren dat jongeren met ASS meer worden gepest in vergelijking met normaal ontwikkelende kinderen en kinderen met bijzondere leerbehoeften (dyslexie, ADHD, etc.).

Verder laten de analyses van Maïano et al. (2016) zien dat schoolgaande jongeren met ASS significant vaker het doelwit zijn van pesten in het reguliere onderwijs of gemengde instellingen dan in instellingen voor speciaal onderwijs. Hierdoor is er vaak sprake van sociale buitensluiting, waardoor personen met ASS geen onderdeel uitmaken van een *peer group*. Als gevolg hiervan ontwikkelen zij geen sociale identiteit (of onvoldoende) omdat ze geen leeftijdsgenoten hebben die als klankbord fungeren en wie zij kunnen spiegelen. Het vaak slachtoffer zijn van pesterijen wordt in verband gebracht met veel psychische problemen bij personen met ASS (Cappadpcia et al., 2012). Bovendien is aangetoond dat er significant meer depressieve klachten zijn bij personen met ASS in vergelijking met controlegroepen (Stewart et al., 2006).

### **Effecten van sociale exclusie**

Het reviewonderzoek van Schroeder et al. (2014) en de meta-analyse van Maïano et al. (2016) geven sterke indicaties dat personen met ASS te maken hebben met negatieve sociale ervaringen. Trimmer et al. (2017) hebben middels het welbekende Cyberball-paradigma (Williams et al., 2000) onderzocht wat de psychologische en fysiologische effecten zijn van sociale uitsluiting bij volwassenen met ASS. Het Cyberball-spel is een virtueel balspel dat wordt gebruikt om gevoelens van uitsluiting op te wekken. In het originele Cyberball-



experiment roept sociale uitsluiting van het spel negatieve gevoelens op bij de proefpersonen en een verminderd gevoel van zelfrespect en verbondenheid in de groep (Williams et al., 2000).

De effecten van uitsluiting worden vergeleken tussen personen met ASS en een controlegroep. De psychologische effecten worden gemeten aan de hand van een vragenlijst die 'fundamentele behoeften' en de huidige stemming meet. De fysiologische effecten worden gemeten aan de hand van hartslagmetingen en metingen van huidgeleiding.

Uit de resultaten van Trimmer et al. (2017) blijkt dat volwassenen met ASS net zo goed in staat zijn als de controlegroep om te identificeren wanneer ze worden uitgesloten van het spel. De psychologische effecten die werden gevonden is dat beide groepen een significant groter gevoel van controle, verbondenheid, eigenwaarde en een betekenisvol bestaan ervaren wanneer ze gelijk worden behandeld in het spel, dan wanneer ze worden uitgesloten door de 'andere spelers'. Dit positieve gevoel zou versterkt kunnen worden met hulp van interventies.

De fysiologische effecten zijn nagenoeg significant met een trend naar meer 'arousal' (hogere hartslag en huidgeleiding) wanneer ze worden uitgesloten van het spel dan wanneer ze gelijk worden behandeld. Dit geldt voor beide groepen. Volgens de auteurs is dit een indicatie van angst en emotionele pijn bij het buitensluiten van de desbetreffende persoon. Het gevoel van uitsluiting wordt geregistreerd in de hersendelen waar ook fysieke pijn wordt geregistreerd (Kelly et al., 2012, geciteerd in Trimmer et al., 2017)

Eén aspect van dit onderzoek is vooral interessant. Op basis van zowel de psychologische als fysiologische metingen, lijkt het erop dat personen met ASS mogelijk niet goed zijn 'afgestemd' op hun fysiologische reacties. Hoewel ze een verhoogde mate van 'arousal' ervaren wanneer ze werden uitgesloten van het spel, uitten ze dit verschil niet in hun stemmingsbeoordelingen. Personen met ASS rapporteerden over het algemeen een negatievere stemming dan de controlegroep, maar er werd geen verschil gevonden tussen de

inclusie- en uitsluitingscondities.

Deze ‘dissociatie’ tussen wat zich automatisch in het lichaam afspeelt en de vertaling hiervan naar het bewustzijn en de rapportage, wordt door de auteurs gezien als een karaktertrek bij personen met ASS. Zij hebben meer moeite met hun fysiologische signalen betekenis te geven en ze in woorden te vatten als emoties. Er wordt in deze these aangenomen dat de dissociatie tussen de fysieke ervaringen en het cognitieve bewustzijn, invloed heeft op het reguleren van emoties en daarmee ook de identiteitsontwikkeling.

### **Camoufleren en compenseren**

Het is algemeen bekend dat mensen bang zijn voor afwijzing en uitsluiting en daarom conformeren, gehoorzamen of hun gedrag veranderen om geaccepteerd te worden (Hull et al., 2017). Volgens Hull et al. (2017) is dit een van de redenen waarom personen met ASS hun autisme proberen te verbergen. Hull et al. (2017) noemen dit ‘camoufleren’ en dit wordt gezien als een copingstrategie. De meeste personen met ASS camoufleren omdat ze als normale mensen behandeld willen worden, voor hun eigen veiligheid en welzijn, en voor het vergroten van connecties en vriendschappen. Het nadeel is dat camoufleren veel energie kost, omdat er sprake is van constante monitoring van de situatie. Hierdoor voelt voelen personen met ASS zich vaak uitgeput en geven sommigen aan dat ze last hebben van extreme angst en stress.

Het is ook een uitdaging voor hun eigen identiteit. Camoufleren beïnvloedt de perceptie van het zelf, omdat ze de authenticiteit van hun eigen identiteit in twijfel beginnen te trekken. Ook niet-autistische personen spelen sociaal wenselijke rollen, en compenseren daardoor ook (Livingston et al., 2019), maar zij zijn zich er minder van bewust of blijven voldoende loyaal aan hun authentieke zelf waardoor ze zich niet te verwijderd voelen van wie ze in de kern zijn (persoonlijke communicatie, K. Greaves-Lord, 1 december 2021). Door hun autisme te verbergen, kunnen personen met ASS niet zijn wie ze in werkelijkheid zijn, waardoor (een

gedeelte van) hun eigen identiteit ‘verloren’ gaat. Dit alles heeft invloed op hoe de persoon naar zichzelf kijkt, hoe diegene in zijn wel zit en in bredere zin op de identiteitsontwikkeling.

### **Wederzijds onbegrip**

We hebben allemaal warmte, respect en acceptatie nodig van anderen. Carl Rogers geeft aan dat deze behoefte aan positieve waardering is aangeboren en altijd een rol zal spelen gedurende ons leven (Rogers, 1957). Contact met anderen kan ons het gevoel geven ergens bij te horen, en gewaardeerd en geliefd te zijn. Personen met ASS zijn hierin niet anders; volgens McGovern en Sigman (2005) neemt het verlangen naar sociale contacten toe tijdens de adolescentie, maar dit verlangen blijft vaak on vervuld vanwege gebreken in de sociale interactie.

Het is belangrijk om te benoemen dat het contact tussen personen met en zonder ASS verder wordt belemmerd door wederzijds onbegrip. Personen met ASS hebben moeite om de bedoelingen en emoties van niet-ASS personen in sociale interacties te verwerken en te begrijpen, maar niet-ASS personen zijn evenmin in staat om de gedachten en emoties van ASS-personen te begrijpen. Milton (2012) beschrijft dit als het ‘dubbele-empathieprobleem’. Het dubbele-empathieprobleem zorgt voor moeizaam verlopend contact tussen de twee groepen, wat door het *Reciprocal Effects Peer Interaction Model* (REPIM-model) wordt verklaard op twee niveaus (Humphrey & Symes, 2011). Het REPIM-model is te vinden in bijlage 2.

Enerzijds hinderen de problemen in sociale cognitie en een gebrek aan geschikte vaardigheden de mogelijkheid om positieve relaties op te bouwen met leeftijdsgenoten bij personen met ASS. Anderzijds leidt een gebrek aan bewustzijn en begrip vanuit leeftijdsgenoten tot verminderde acceptatie van verschillen. Deze combinatie van interne en externe factoren leidt tot een verminderde kwaliteit van interactie tussen de twee groepen. Volgens het REPIM-model komen beide groepen hierdoor in een negatieve spiraal terecht.

Wanneer de relatie met leeftijdsgenoten slecht is, wordt de kwetsbaarheid voor sociale afwijzing groter (Humphrey & Symes, 2011). Dit is vooral een punt van aandacht bij personen met ASS, omdat zij geen of een klein sociaal netwerk hebben en daardoor weinig sociale steun krijgen. Dit verhoogt de kans op eenzaamheid bij personen met ASS en afzondering van hun leeftijdsgenoten. Met bepaalde interventies zou deze situatie mogelijk verbeterd kunnen worden. Het bovengenoemde heeft invloed op hoe een persoon naar zichzelf kijkt, hoe diegene in zijn vel zit en in bredere zin op de identiteitsontwikkeling.

### **Identiteitsontwikkeling**

Het valt buiten het bestek van deze masterthese om de geschiedenis van en onderzoeken naar identiteit en identiteitsontwikkeling samen te vatten. Daarom is een bescheiden selectie gemaakt van de meest invloedrijke personen en theorieën op dit gebied. Er wordt eerst ingegaan op het werk van Erik Erikson en James Marcia. Daarna worden de *Social Identity Theory* (SIT) en de resultaten van Cooper et al. (2017) gebruikt als informatiebronnen over de sociale identiteit.

### ***Erik Erikson***

Identiteitsontwikkeling is een complex proces. Erikson (1959) heeft op dit domein veel werk gedaan en is het meest bekend geworden door zijn ideeën over de identiteitscrisis. Erikson's ideeën leidden tot de theorie van psychosociale ontwikkeling (Erikson, 1959) waarin hij acht stadia identificeert die elke persoon doorloopt van zijn geboorte tot de dood. In deze these zal niet worden ingegaan op alle stadia, omdat wordt verondersteld dat dit bij de meeste personen algemene kennis is.

Wel is het interessant om dieper in te gaan op stadium vijf (identiteit versus identiteitsverwarring). In dit stadium wordt de eigen identiteit ontwikkeld: de identificaties<sup>1</sup> die zijn ontwikkeld in de kindertijd worden gereorganiseerd en opnieuw uitgelijnd om uiteindelijk gevormd te worden tot een volwassen identiteit. Hoewel de identiteitsontwikkeling plaatsvindt gedurende het hele leven, maakt een individu in deze fase de grootste stappen (Erikson, 1959). De begeleiding van ouders en rolmodellen staat centraal in deze fase. Zij geven steun en voorbeeldfuncties om te imiteren. Als dit stadium succesvol wordt afgerond, is er sprake van een *identity achievement*.

Als een individu stadium vijf niet succesvol afrondt, kan er een identiteitscrisis ontstaan. Erikson omschrijft de identiteitscrisis als een periode waarin eerdere identificaties van een persoon niet langer worden ervaren als geschikt; ze zijn niet goed afgestemd op de nieuwe sociale context van de persoon en er is nog geen geïntegreerde volwassen identiteit vastgesteld, met als resultaat een gevoel van identiteitsverwarring (Côté, 2018). In de pubertijd is het gebruikelijk een identiteitscrisis te ervaren en te (her)ontdekken wie men is, maar voor personen met ASS kan dit een terugkerend thema zijn dat ook in latere fasen weer optreedt als zij in een nieuwe sociale context terecht komen door bijvoorbeeld verandering van de woonplaats of het werk.

Bij de transitie van stadium vijf naar zes staan vrienden en partners meer centraal. Deze ontwikkeling vindt plaats in de vroege volwassenheid (20-40 jaar). Leeftijdsgenoten staan nu meer centraal dan de ouders en zij spelen vaak een belangrijke rol als ‘klankbord’. Als vrienden afwezig zijn, stagneert de identiteitsontwikkeling. In dit stadium kunnen betekenisvolle relaties met anderen ontstaan, oftewel intimiteit. Wanneer er geen intieme relaties worden gevormd, kan een individu zich geïsoleerd en eenzaam voelen en gaan

---

<sup>1</sup> Er is een verschil tussen ‘identiteit’ en ‘identificaties’ en dit legt Erikson (1968) uit op de volgende manier: “Identity formation [...] begins where the usefulness of identification ends. It arises from the selective repudiation and mutual assimilation of childhood identifications and their absorption in a new configuration” (p.159).

twijfelen aan zijn sociale rol en identiteit. Uit literatuur blijkt inderdaad dat eenzaamheid een significant probleem is bij personen met ASS (Kasari & Sterling, 2014).

### ***James Marcia***

Voortbordurend op de ideeën van Erikson, ontwikkelde James Marcia (1980) de *Identity Status Theory*. Marcia's idee is dat het identiteitsgevoel wordt bepaald door de keuzes en verbindingen (*commitments*) die worden aangegaan met betrekking tot bepaalde persoonlijke en sociale eigenschappen. Volgens Marcia (1980) spelen twee processen een rol bij de identiteitsontwikkeling: exploratie en binding.

Het proces van exploratie wordt omschreven als een periode van actieve verkenning waarin iemand kijkt naar de verschillende aspecten van zichzelf en waarin verschillende rollen en overtuigingen worden overwogen. Deze periode van actieve verkenning is een periode van crisis. De crisis is in dit geval niet iets negatiefs, maar juist iets positiefs. Men is actief bezig met het uitzoeken over wat er wel of niet bij diegene past. Hier komen veel mensen met autisme minder (of niet) aan toe, omdat ze geen veilige basis ervaren van waaruit ze durven te exploreren en experimenteren.

Het proces van binding verwijst naar de mate van persoonlijke investering en in hoeverre iemand zich zeker voelt over zijn idealen en overtuigingen. Meestal is dit een probleem voor personen met ASS, omdat zij vanuit hun absolute denkstijl graag 100% zekerheid willen, terwijl in werkelijkheid idealen en overtuigingen constant aan verandering onderhevig zijn (persoonlijke communicatie, K. Greaves-Lord, 1 december 2021). Personen met ASS kunnen meestal niet goed omgaan met veranderingen, omdat zij de behoefte hebben aan stabiliteit (Amaral et al., 2012). Dit bemoeilijkt het aanpassen en/of corrigeren van overtuigingen. Ook de verminderde vaardigheid om informatie in het bredere geheel te integreren, een zwakke centrale coherentie (Farmer et al., 2017), helpt niet mee in het aanpassen van overtuigingen. In realiteit kan men nooit volledig aanhanger blijven van iets, waardoor die behoefte aan

volledige binding nooit haalbaar is. Hierdoor kunnen personen met ASS zich wat verloren voelen (persoonlijke communicatie, K. Greaves-Lord, 1 december 2021).

Marcia (1980) ontwikkelde vier identiteitsstatussen door exploratie en binding in een dimensie te plaatsen, deze zijn: brede identiteit, ongevormde identiteit, gevormde identiteit en vroeg gevormde identiteit. In bijlage 3 staan de beschrijvingen van deze identiteitsstatussen.

De identiteitsstatussen van Marcia zijn niet statisch wanneer ze eenmaal zijn doorlopen; er kan een ‘heronderzoek’ plaatsvinden nadat een binding is aangegaan (Meesus et al., 2012). Uit de bovenstaande twee alinea’s kan worden afgeleid dat personen met ASS gecategoriseerd kunnen worden bij ‘ongevormde identiteit’. Het zou voordelig zijn voor hun persoonlijke ontwikkeling als personen met ASS meer zouden exploreren met verschillende ideeën en sociale rollen. Dit zou eventueel mogelijk gemaakt kunnen worden met behulp van interventies.

### ***De sociale identiteitstheorie***

Erikson (1968) geeft in zijn theorie aan dat de eigen identiteit mede wordt gevormd door sociale interacties. Ook Marcia (1980) concludeert dat blootstelling aan (passende) rolmodellen een belangrijk onderdeel is van de identiteitsontwikkeling. De sociale identiteitstheorie die is ontwikkeld door Henri Tajfel en John Turner (1979) gaat hierover.

De verschillende groepen waarmee iemand zich identificeert, beïnvloeden het gevoel en de perceptie van wie men is. De term ‘sociale identiteit’ wordt hiervoor gebruikt (Tajfel, 1979). Voorbeelden van groepen zijn: sociaaleconomische klassen, culturen, etniciteiten, religies, maar ook voetbalclubs en het soort muziek waarnaar wordt geluisterd. Groepen geven ons een gevoel van verbondenheid, zelfverzekerdheid en trots. Dit is extra uitdagend voor personen met autisme, omdat zij per definitie problemen ervaren met sociale interacties.

Volgens de sociale identiteitstheorie worden verschillen tussen groepen en de overeenkomsten binnen een groep vergroot. Dit kan verklaren waarom personen met ASS niet

worden opgenomen als volwaardig lid van de meerderheidsgroep. De emotionele stress die gepaard gaat met de behoefte om ergens bij te horen (Baumeister & Leary, 1995; Fiske, 2009) suggereert dat een positief groepsgevoel juist belangrijk kan zijn voor het welzijn van personen met ASS. Dit wordt ondersteund door de resultaten van het grootschalige onderzoek van Cooper et al. (2017). Voor personen met ASS is de persoonlijke zelfwaarde significant afhankelijk van de groepswaarde. In bijlage 4 is een toelichting hierover te vinden.

### **Interventies en vraagstelling**

Gezien de omvang van negatieve sociale ervaringen met leeftijdsgenoten, de mate waarop personen met ASS worden gepest (Mañano et al., 2016; Schroeder et al., 2014); en de psychologische en fysiologische effecten (Trimmer et al., 2017; Williams, 2000), is het van vitaal belang om personen met ASS sociale en emotieregulatievaardigheden en copingstrategieën aan te leren. Personen met ASS hebben niet alleen moeite met het vormen van hun persoonlijke identiteit (Erikson, 1959), maar twijfelen ook aan hun sociale identiteit (Hull et al., 2017; Humphrey & Symes, 2011; Tajfel & Turner, 1979) en waar ze passen in termen van hun minderheidsstatus binnen de meerderheidscultuur van niet-autistische leeftijdsgenoten. Ook komen zij minder toe aan exploratie en binding (Marcia, 1980) gezien hun ASS-gerelateerde kenmerken.

Om personen met ASS te kunnen helpen in hun identiteitsontwikkeling, wordt onderzocht in hoeverre de interventies Socio-dramatic affective-relational intervention (SDARI) en ReAttach hieraan kunnen bijdragen. De onderzoeksvraag luidt daarom als volgt: bevatten de interventies SDARI en ReAttach onderdelen die de thema's voor identiteitsontwikkeling dekken, die belangrijk worden geacht door personen met ASS? Zo ja, welke zijn dit? In de methodesectie wordt informatie gegeven over deze interventies.



## Methodie

### Adaptive Intervention Mapping

Deze masterthese is onderdeel van een overkoepelende kwalitatieve studie (Omgaan met het eigen autisme), die gebruik maakt van de *Adaptive Intervention Mapping* methode (AIM-methode) (Belansky et al., 2013). Hierin wordt beoogd een geïntegreerd beleid te ontwikkelen voor een probleemstelling. Binnen het overkoepelende onderzoek is de centrale probleemstelling dat bij de doelgroep(en) op dit moment nog onvoldoende kennis bestaat over het omgaan met (het eigen) autisme en de deelaspecten daarvan. Daarnaast is ook de relatie met algemeen welbevinden en zingeving onvoldoende duidelijk. Het eerste doel van het project ‘Omgaan met (het eigen) Autisme’ was dan ook het ontwikkelen van een conceptueel model over het omgaan met (het eigen) autisme op basis van literatuur en een interviewstudie. Het tweede doel, waar deze masterthese aan bijdraagt, is om dit conceptuele model te gebruiken voor de ontwikkeling van een geïntegreerd beleid om de kennis over het omgaan met het eigen autisme en de relaties met het welbevinden en zingeving op pakkende wijze terecht te laten komen bij de doelgroepen.

De AIM-methode is een planningsproces en heeft drie belangrijke kenmerken:

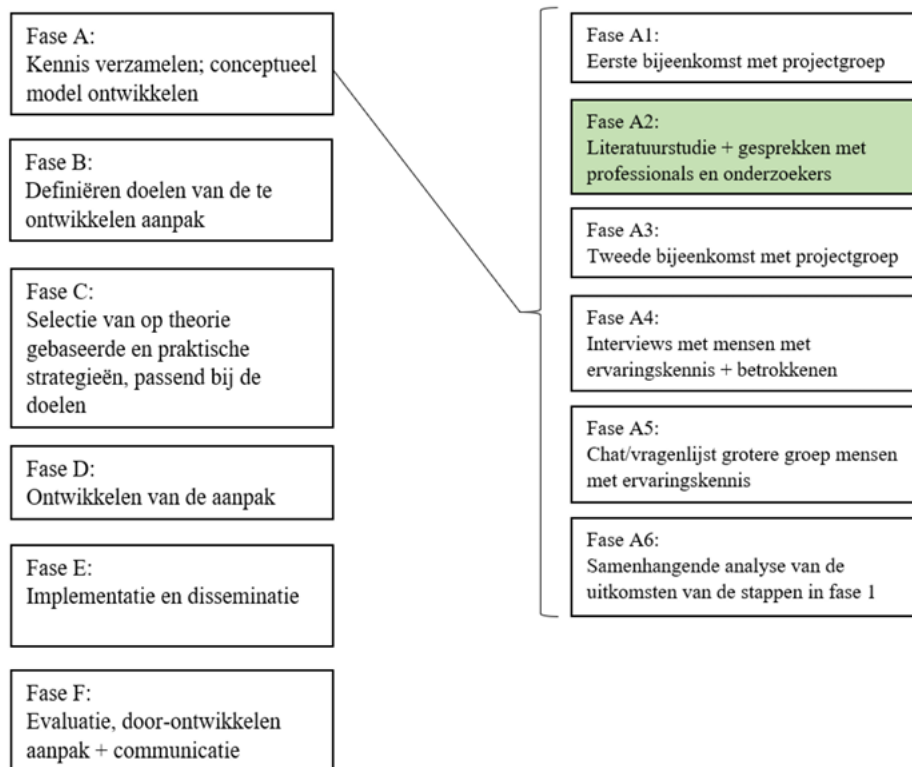
1. Het geeft erkenning dat menselijk gedrag wordt beïnvloed door interpersoonlijke relaties, en door de fysieke, sociale en organisatorische omgevingen waar de persoon zich in bevindt.
2. Bij het ontwikkelen van interventiestrategieën wordt gebruik gemaakt van gedragstheorieën en ‘*known best practices*’.
3. Het maakt gebruik van vroege planning voor evaluatie, aanpassingen en duurzaamheid.

Deze methode doorloopt zes fasen met elk subfasen. Het is een opeenvolgend proces, maar niet per se lineair. Wel is elke volgende stap gebaseerd op resultaten uit de vorige stap. Bij de ontwikkeling van het beleid worden vanaf het begin personen met ASS betrokken, maar ook familieleden, partners, de verschillende hulp/zorgverleners, beleidsmakers et cetera. Alle

input van deze personen die zitting nemen in de projectgroep, worden in het proces betrokken. Daarmee wordt relevantie, acceptatie, passende contextuele en culturele aanpak en implementeerbaarheid bevorderd.

## Figuur 1

*Opbouw onderzoek 'Omgaan met (het eigen) autisme'*



## De huidige studiefase

Deze studie vindt plaats in fase A, subfase A6 (figuur 1) van het grotere onderzoek. Fase A (de operationele fase) bestaat uit kennis verzamelen en een conceptueel model opstellen. In de eerdere subfasen van dit project is middels literatuuronderzoek, interviews en participatieve discussiegroepen verhelderd wat mensen met autisme nodig hebben in de zoektocht naar hun identiteit. Op basis van deze behoeften is een lijst van thema's (eisen) opgesteld, die te vinden is in bijlage 5.

Daarnaast is naar aanleiding van de opgedane kennis een lijst van 26 interventies opgesteld die mogelijk componenten bevatten die voldoen aan de lijst van eisen. De componenten

kunnen bestaan uit trainingen, zelfhulpboeken, opdrachten of andere onderdelen van een interventie. Inmiddels is een deel van de interventies onderzocht, hierbij is bekeken of deze componenten bevatten die de identiteitsontwikkeling bevorderen bij mensen met autisme. De resterende interventies worden nader onderzocht, middels thematische analyses.

### **Wat is een thematische analyse?**

Een thematische analyse is een stapsgewijze onderzoeksmethode om patronen in kwalitatieve gegevens te ontdekken, analyseren en rapporteren (Braun & Clarke, 2006). Gegevens die geschikt zijn voor thematische analyse, zijn transcripten van interviews, teksten uit boeken, bladen of kranten. In bijlage 6 is een uitgebreider uitleg over de thematische analyse te vinden. Het huidige onderzoeksproject beslaat verschillende soorten materiaal. De opgestelde lijst van interventies bestaat zoals eerder vermeld uit trainingen, zelfhulpboeken, opdrachten of andere onderdelen van een interventie die zullen worden geanalyseerd.

Het doel van de huidige thematische analyse is om de componenten (onderwerpen of strategieën) van de te onderzoeken interventies te identificeren en inzichtelijk te maken in hoe deze zich verhouden tot de lijst van thema's (het conceptuele model). Een thematische analyse kan verschillende benaderingen hebben. De manier van thema's identificeren kan data gedreven (inductief) en/of theoretisch gedreven (deductief) zijn (Braun & Clarke, 2006).

De huidige these gebruikt een combinatie van de twee benaderingen. Aan de ene kant worden de data geanalyseerd met een inductieve benadering waarbij per methode wordt gekeken wat de belangrijkste thema's/componenten zijn zonder hier vooraf al keuzes in te maken. Vervolgens wordt deductief gekeken of de uitkomsten aansluiten bij de eerder opgestelde lijst van eisen/thema's. Met deze vergelijking kan vervolgens de onderzoeksvraag worden beantwoord.

De keuze voor een thematische analyse heeft meerdere voordelen vergeleken met andere kwalitatieve methodes (Braun & Clarke, 2006). De voornaamste reden is dat het een

toegankelijke analyse is waarmee relatief snel data inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

Daarnaast is het makkelijk om de resultaten van analyse te gebruiken of te implementeren in de te ontwikkelen aanpak.

## **Interventies**

In de huidige studie worden de interventies SDARI en ReAttach geanalyseerd aan de hand van de thematische analyse. Er zal worden onderzocht of de geïdentificeerde behoeften (bijlage 5) worden tegemoet gekomen in de vijf spellen van SDARI en in het proefschrift en e-book van Paula Bartholomeus over de relatief nieuwe interventie ReAttach. De interventies zullen in de volgende subparagraaf nader worden toegelicht. Hierna worden de resultaten van de SDARI en ReAttach besproken en ten slotte ter discussie gesteld.

### ***SDARI***

*Socio-Dramatic Affective-Relational Intervention* (SDARI) is een interventie voor mensen met autisme waarbij drie componenten centraal staan (Lerner et al., 2011):

1. Drama trainingen en improvisatiespelen voor het oefenen van sociale vaardigheden.
2. Het heeft een focus voor het opbouwen van relaties tussen leeftijdsgenoten, maar ook tussen de deelnemer en de trainer voor het verbeteren van de sociale vaardigheden.
3. Het kiezen en bevorderen van leeftijdsgebonden activiteiten die de motivatie vergroten.

Een omschrijving van de SDARI en de spellen is te vinden in bijlage 7. In de praktijk is er een veelvoud aan keuze voor improvisatiespellen, omdat het buiten het bereik valt van deze masterthese om ze allen te analyseren, is ervoor gekozen om de volgende vijf spellen te onderzoeken: Cluedo, Gibberisch, Emotion ball, One Wordt Story en Pass the Clap. Deze spellen zijn gekozen, omdat dr. Lerner et al. (2011) deze spellen expliciet benoemd in het artikel '*Socio-dramatic affective-relational intervention for adolescents with Asperger syndrome and high functioning autism*'. Het spel Cluedo is toegevoegd in overleg met dr. K. Greaves-Lord.

## ***ReAttach***

ReAttach is een transdiagnostische interventie die is ontwikkeld door dr. Paula Bartholomeus (Bartholomeus, 2021). ReAttach kan bij kinderen en volwassenen worden ingezet om te ondersteunen bij het “verwerken van psychologische stress en het ontwikkelen van stresstolerantie, adaptieve (pro)-actieve coping stijlen en veerkracht” (ReAttach Academy<sup>a</sup>, z.d.). Omdat ReAttach een transdiagnostische interventie is, kan deze worden ingezet bij een brede doelgroep zoals bij personen met ASS, OCS en trauma- en stemmingsstoornissen. Zorgverleners kunnen een geaccrediteerde training volgen van 6 maanden om de basisvaardigheden aan te leren (ReAttach Academy<sup>b</sup>, z.d.).

Een ReAttach-sessie kan er anders uitzien voor elke persoon; afhankelijk van de problematiek en de behoeften kunnen verschillende modules worden ingezet. Hierin heeft ReAttach een eclecticische aanpak. In de discussiesectie wordt nader ingegaan op de voor- en nadelen van een eclecticische benadering.

ReAttach bevat elementen uit verschillende behandelmethodieken, zoals de schematherapie, Ayres sensorische integratie (ASI) training, sociaal-cognitieve training, cognitieve bias-modificatie, *mindfulness-based cognitive* therapie, compassiegerichte therapie en speltherapie. Op pagina 13 van Bartholomeus (2021) en in tabel 1.1. op pagina 22 van Bartholomeus et al. (2018) is meer informatie hierover te vinden. Verder is in bijlage 17 een overzicht te vinden van de verschillende behandelmethodieken en bijbehorende wetenschappelijke bronnen die Bartholomeus (2021) heeft gebruikt.

Dr. Paula Bartholomeus benadrukt dat er veel verschillen zijn in het psychisch functioneren. Daarom richt ReAttach zich op transdiagnostische processen in de cognitieve verwerking van informatie, emoties en gebeurtenissen. Dit zijn onder andere: aandacht, sensorische informatieverwerkingsprocessen, emotieregulatie, copingstijlen, cognitieve bias

en sociale relaties (Bartholomeus, 2018, p.11). De volgende punten zijn kernelementen van ReAttach (Bartholomeus et al., 2018, p.9):

1. Gezamenlijke aandacht en verbinding
2. Proactieve *arousal* en gedeeltelijke affectregulatie
3. Optimale schemaverwerking, activatie en deactivatie van bedreigingen
4. Cognitieve bias-modificatie
5. Zintuigelijke en verhalende differentiatie: ‘het opnieuw vertellen’

In bijlage 8 is meer achtergrondinformatie over ReAttach en de kernelementen te vinden.

Volgens dr. Bartholomeus is het voordeel van ReAttach dat een cliënt, ongeacht zijn diagnose, niet hoeft te praten tijdens een behandeling. Zij omschrijft ReAttach ook wel als lichaamsgerichte psychotherapie (ReAttach Academy<sup>a</sup>, z.d.). De therapeut begeleidt de cliënt middels haar stem door denkopdrachten te geven en met lichte ritmische aanrakingen op de handen van de cliënt. “Het zorgt ervoor dat de cliënt in staat wordt gesteld om de juiste informatie op te halen, te registreren en te (her)plaatsen. Met ReAttach ontstaan er nieuwe inzichten, krijg de cliënt meer rust en overzicht en kan zij werken aan persoonlijke leerdoelen” (ReAttach Academy<sup>a</sup>, z.d.).

ReAttach voor autisme bestaat uit de volgende elementen: arousalregulatie, tactiele stimuli, gezamenlijke aandacht, verwerking van meervoudige sensorische integratie en cognitieve bias-modificatie. In bijlage 9 is omschreven hoe een ReAttach-sessie verloopt bij personen met autisme. Verder is in bijlage 18 een overzicht te vinden van de verschillende elementen en de bijbehorende wetenschappelijke bronnen die Bartholomeus (2021) heeft gebruikt.

## Resultaten

### SDARI

De volgende spellen van de SDARI zijn geanalyseerd: Pass The Clap, Gibberish, One Word Story, Emotion Ball en tot slot Cluedo. Thema's die in elk spel worden 'getraind' zijn zelfvertrouwen/zelfbeeld, identiteitsdomeinen en integratie in de samenleving. Alle genoemde spellen worden in groepsverband uitgevoerd. Het vereist enige mate van zelfvertrouwen om voor een groep te staan, vooral wanneer er gebreken aanwezig zijn in de sociale omgang wat inherent is aan de diagnose ASS. Dit kan ervoor zorgen dat iemand uit zijn comfortzone wordt gehaald en om hiermee om te gaan, vereist ook enige mate van zelfvertrouwen. Door in een groep samen te oefenen, experimenten en te leren worden personen met ASS aangemoedigd om zichzelf op een creatieve manier te uiten. Door met verschillende spellen te oefenen en daarmee verschillende rollen te exploreren wordt er geoefend met verschillende identiteitsdomeinen. Bovendien wordt verwacht dat het zelfvertrouwen zal groeien (door te oefenen en te experimenten) met als belangrijke randvoorwaarde dat er een veilige groeps sfeer aanwezig is. Vragen die hierbij kunnen worden gesteld zijn: 'Hoe verhoud ik mij tot anderen binnen een groep? Wat zullen anderen over mij denken en vinden? Op welke manier heeft mijn inspraak invloed op de groep?'. Deze laatste vraag heeft ook invloed op de volgende thema die gesteld is door de doelgroep, namelijk: integratie in de samenleving. Bij het thema 'integratie in de samenleving' spelen imago en reputatie een rol. In het dagelijks leven kunnen de bovenstaande vragen worden *getriggered* als het ware. De ervaringen, antwoorden en zelfinzage die de 'speler' krijgt binnen de spellen, kan hij vervolgens integreren in het dagelijks leven/de samenleving. In bijlage 10 is een samengevat overzicht van de resultaten te vinden.

#### *Pass the Clap*

Uit de lijst van eisen komen de volgende thema's aan bod in het spel Pass The Clap (PTC): zelfvertrouwen, identiteitsdomeinen, integratie in de samenleving, zelfveroordeling en 'opvullen van hiaten in het bestaand interventie-aanbod'.

Voor het spel PTC is het belangrijk dat de speler oogcontact maakt met een andere speler en dat ze op dat moment direct synchroon klappen. Wanneer dit niet lukt, zou de speler gefrustreerd kunnen raken en zichzelf kunnen veroordelen. Het is dus mogelijk dat het spel PTC voldoet aan het thema om te leren omgaan met zelfveroordeling. Als laatste voldoet het spel PTC aan het thema, opvullen van hiaten in het bestaand interventie-aanbod. Dit zijn aanvullende zinvolle componenten die tegemoet komen aan ontbrekende onderdelen in het bestaande aanbod van de interventies. Wanneer er wordt gecommuniceerd tussen personen, is het belang van non-verbale overdracht van informatie groot (Trimboli & Walker, 1987, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018). Volgens het 7-38-55 model van Mehrabian (1971) bestaat 7% van de communicatie uit de letterlijke inhoud van de boodschap, 38% bestaat uit stemgebruik, toon, volume en intonatie en het grootste gedeelte, namelijk 55%, bestaat uit lichaamstaal.

Bij het spel PTC worden verschillende vormen van non-verbale communicatie geoefend en geleerd. Het spel leert de deelnemers om rechtop te staan en tegelijkertijd oogcontact te maken met de andere speler. Tevens leert het de participant afstemming te zoeken met de andere speler, aangezien ze pas door kunnen gaan met het spel wanneer ze tegelijkertijd klappen. Indirect leren de spelers verschillende vormen van non-verbale communicatie. De spelers worden namelijk (onbewust) 'beloond' wanneer er oogcontact en afstemming plaatsvindt met andere deelnemers. Het spel PTC is één van de weinige spellen die de non-verbale communicatie indirect leert aan de participanten. Hierdoor is de kans groter dat de participanten de motivatie hebben om daadwerkelijk oogcontact te maken met andere mensen, vanwege de speelse wijze waarop het spel wordt gegeven en gespeeld.



## ***Gibberish***

Uit de lijst van thema's komen vooral de volgende thema's aan bod in het spel Gibberish: zelfvertrouwen, identiteitsdomeinen, integratie in de samenleving, identiteitszoektocht en zelfacceptatie. In het spel Gibberish wordt er geleerd om te communiceren met klanken, tonen (intonatie), emotie/gezichtsexpressie en lichaamshouding. Hiermee worden (onbewust) communicatiestrategieën aangeleerd. Het is van belang om samen te werken en leren andermans perspectief in te nemen.

Voor de meeste personen gaat het vanzelf om een bepaalde intonatie, houding en gezichtsuitdrukking aan te nemen die overeenkomt met de boodschap die hij of zij wil overbrengen. Personen met autisme hebben hier echter meer moeite mee (Gorissen-van Eenige, 2007). Door te oefenen met het spel gibberish, waarbij een bepaalde boodschap moet worden overgebracht in fantasietaal, leren de deelnemers om op een speelse manier te oefenen met deze vaardigheden.

De boodschap die moet worden uitgespeeld kan oneindig veel opties hebben en dezelfde boodschap kan door verschillende personen op verschillende manieren worden uitgebeeld. Zo leert iemand wat zijn voorkeursstijl is van communiceren. Een persoon kan dan bij zichzelf nagaan, 'hoe vind ik het fijn om iets te vertellen?', 'welke stijl past bij mij?', 'waar voel ik me prettig of onprettig bij?'. Zo leert de persoon zichzelf beter kennen en wordt mogelijk voldaan aan het thema identiteitszoektocht.

Bovendien, door te oefenen met uiteenlopende rollen krijgt de deelnemer de kans om verschillende domeinen van zijn identiteit te onderzoeken. Denk bijvoorbeeld aan domeinen op het gebied van carrière- en studiekeuzes, politieke identificering, identificering met andere personen/groepen, intieme banden, religie, enzovoort. Een speler leert om een bepaalde boodschap over te brengen en zich in te leven in deze rol. Zo kan iemand bij zichzelf nagaan hoe hij of zij zich hierbij voelt. Dit zou inzichten kunnen bieden voor iemands

identiteitszoektocht. Parallel hieraan zou men kunnen bedenken hoe zijn of haar rol past in de samenleving en hoe dit kan worden geïntegreerd in de huidige maatschappij.

Daarnaast kan dit spel helpen om zelfacceptatie te vergroten, namelijk door meer inzicht en vertrouwen te krijgen in de manier hoe jij je wensen, ideeën en behoeften aangeeft, des te meer je tot bedaring kan komen over hoe jij bent, wat je voorkeuren zijn en waarin je sterktes- en zwaktes liggen. Hoe beter je leert om op een boodschap op een adequate manier aan te geven, hoe beter de communicatie wordt met een ander.

### ***One Word Story***

Uit de lijst van thema's komen de volgende thema's aan bod in het spel One Word Story (OWS): zelfvertrouwen, identiteitsdomeinen, integratie in de samenleving, existentiële angsten, zelfacceptatie en zelfveroordeling. OWS leert spelers samen te werken door een samenhangend verhaal te vertellen. Een speler zou het spannend kunnen vinden om iets in te brengen in de groep. Dit kan invloed hebben op je imago en reputatie. Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid tot afkeuring van de rest van de groep. Voor het spel OWS is het noodzakelijk dat elke speler een woord inbrengt. Dit vereist zelfvertrouwen. Zelfvertrouwen kan een persoon bezitten, maar ook aanleren. De speler wordt bij het spel 'gedwongen' om inspraak te hebben. Hierdoor kan het zelfvertrouwen groeien. Vervolgens kan hij de opgedane kennis integreren in het dagelijks leven.

Er zou voldaan kunnen worden aan het thema van existentiële angsten. De vragen: 'Doe ik ertoe (in de groep)? Maak ik de juiste keuzes?' spelen hierbij een rol. Elke speler heeft invloed op het uiteindelijke verhaal. OWS vergt inbreng van alle deelnemers. Het kan voor de speler een uitdaging zijn om te onderzoeken op welke manier zijn woord invloed heeft op het verhaal. Vragen die de speler zichzelf kan stellen zijn: 'Is het woord wat ik inbreng wel goed? Word ik uitgelachen als ik het verkeerde woord zeg of ervoor zorg dat het geen samenhangend verhaal meer is?'. Door deze vragen te stellen leert de speler niet alleen zijn

eigen rol kennen binnen de groep, maar zijn ervaringen en opgedane kennis kan hij/zij integreren in het dagelijks leven. Echter kan de speler zichzelf veroordelen wanneer hij het ‘verkeerde’ woord inbrengt. Het is de uitdaging van de speler om met deze mogelijke tegenslag om te gaan. Het gevolg kan zijn dat iemand zichzelf leert te accepteren en om te gaan met tegenslagen wanneer hij/zij bijvoorbeeld het verhaal niet af kan maken.

Zelfacceptatie kan dus een thema zijn die ook wordt voldaan in OWS.

### ***Emotion Ball***

Uit de lijst van thema's komen vooral de volgende thema's aan bod in het spel Emotion Ball: zelfvertrouwen, identiteitsdomeinen, integratie in de samenleving, identiteitszoektocht, existentiële angsten, zingeving, betekenisvol leven en zelfveroordeling vs. zelfacceptatie.

Emoties spelen altijd een rol in het dagelijkse leven. Het spel Emotion Ball probeert personen met ASS te helpen om eigen emoties te herkennen en benoemen en om onderscheid te maken tussen de verschillende emoties. Dit soort oefeningen kunnen een basis bieden om de emoties van een ander te herkennen en hier een betekenis aan te geven. Door te oefenen met het herkennen en benoemen van emoties, geeft dit personen met ASS handvatten om gevoelens onder woorden te brengen. Een stap verder zou zijn om te leren hoe men adequaat handelt ten aanzien van bepaalde emoties. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn: ‘Herken je deze emotie bij jezelf? Zo ja, geef een beschrijving van wat er gebeurt in je lichaam bij deze emotie’, ‘Wat helpt jou om hier mee om te gaan?’. Juist omdat personen met ASS vaak moeite hebben met het reguleren van hun emoties zou dit spel hen hierbij kunnen helpen.

Het vergroten van vaardigheden om emoties adequaat bij jezelf te herkennen en onder woorden te brengen, heeft ontzettend veel invloed op allerlei aspecten in het leven. Het kan helpen om emoties in perspectief te brengen en betekenis te geven aan je leven. Het kan helpen te ontdekken wat voor betekenis je geeft aan je emoties en gedachten. Daarnaast kan

het helpen existentiële angsten te overwinnen, doordat je je bewust wordt van eventuele angsten en leert om betekenis te geven aan (complexe) gevoelens.

Bewustwording kan de eerste stap zijn naar verandering. Door emoties te onderzoeken is er een mogelijkheid om deze te beoordelen. Een persoon kan bijvoorbeeld teleurgesteld worden in zichzelf wanneer hij merkt niet goed om te kunnen gaan met bepaalde emoties. Dan is zelfveroordeling mogelijk, maar ook zelfacceptatie. Wanneer je je emoties (h)erkent en de ruimte geeft voor die emoties, leer je deze een plek te geven of te accepteren. Hierdoor is het mogelijk dat er wordt geoefend met de thema's zelfveroordeling en zelfacceptatie. Dit heeft vervolgens invloed op het zelfbeeld en zelfvertrouwen. Vragen die kunnen worden beantwoord zijn: 'Hoe denk ik over mezelf als ik boos ben?', 'Wat zegt het over mij als ik verdrietig ben?'. Emoties (h)erkennen kan iemand helpen tijdens zijn/haar identiteitszoektocht.

### ***Cluedo***

Uit de lijst van thema's komen vooral de volgende thema's aan bod in het spel Cluedo, deze zijn: zelfvertrouwen, identiteitsdomeinen, integratie in de samenleving, identiteitszoektocht, identiteitscrisis en zelfacceptatie. Dit zijn in totaal zes van de zestien thema's die zijn opgesteld door personen met autisme en hun naasten. Je identiteit wordt onder andere gevormd door je overtuigingen, waarden en normen. Dit zijn essentiële bouwstenen over wie je bent, wat je doet en hoe je denkt. Cluedo biedt de mogelijkheid voor de spelers om verschillende identiteiten aan te nemen door in de huid te kruipen van de 'moordenaar' of het 'slachtoffer' of b.v. verschillende beroepen. Op deze manier kan aan het thema identiteitszoektocht worden voldaan. Zo kan de deelnemer spelenderwijs een zoektocht afleggen en ervaren welke rollen welk gevoel oproepen en wat bij hem past.

Identiteitscrisis houdt onder andere in dat er een onmacht is om verschillende aspecten van de eigen identiteit tot een geheel te kunnen integreren. Aangezien Cluedo de mogelijkheid

biedt om verschillende identiteiten aan te nemen, kan de speler ontdekken wat passend is voor hem. Als een persoon met autisme deze vaardigheid ontwikkelt, zou hij dit kunnen toepassen in zijn eigen leven. Hij leert verschillende perspectieven te integreren in zijn eigen identiteit. Bijvoorbeeld wanneer hij iemand ‘speelt’ die zelfverzekerd is, kan hij dit toepassen in het dagelijks leven. Zo kan diegene ontdekken hoe een ander zich gedraagt wanneer hij zelfverzekerd is. Deze ervaringen kan hij toepassen in het dagelijks leven.

Binnen het spel Cluedo wordt er beroep gedaan op het vermogen je te identificeren met andere mensen (personages). Dit zou een goede eerste oefening kunnen zijn om in aanraking te komen met verschillende rollen binnen een identiteitsdomein. De ervaringen en inzichten die worden opgedaan kunnen vervolgens helpen met de identiteitszoektocht.

Zelfacceptatie gaat over jezelf aanvaarden en accepteren zoals je bent (in het reine komen met jezelf, begrip ontwikkelen voor jezelf). Doordat je met verschillende emoties oefent en deze toont, leert de speler (enigszins) hoe verschillende emoties voelen en dat emoties er mogen zijn en te verdragen zijn. Het doorvoelen, ervaren en verdragen van emoties speelt een belangrijke rol in het accepteren van jezelf (je eigen emoties kennen en serieus nemen + hierin een balans vinden). Dit zou een eerste voorzichtige stap kunnen zijn voor een persoon met ASS om zichzelf te leren kennen én accepteren.

Zelfvertrouwen is de mate waarin iemand vertrouwen heeft in het eigen kunnen. Het spel Cluedo speel je met meerdere personen. Je kan je eigen ideeën inbrengen en/of de spelimpulsen van anderen accepteren. Dit vergt enige mate van zelfvertrouwen, omdat je moet durven beslissingen te nemen en ruimte durft in te nemen en te geven in het spel. Daarnaast staan sommige spelers voor een groep om de personages te spelen, wat als spannend/beangstigend kan worden ervaren. Deze spanning/angst aangaan en verdragen werkt als een soort ‘exposure’. Door vaak met personages te oefenen voor een groep, kan dit een persoon met ASS (enige mate van) zelfvertrouwen aanleren.

## **ReAttach: e-book**

Voor het lezen van de resultaten wordt sterk geadviseerd om eerst bijlage 12 te lezen, omdat ReAttach een nieuwe en onbekende behandeling is. In bijlage 11 is een samengevat overzicht van de resultaten te vinden.

### ***Hoofdstuk 1***

In dit hoofdstuk wordt algemene informatie gegeven over de achtergrond van ReAttach en door welke stromingen in de psychologie de verschillende onderdelen van ReAttach zijn geïnspireerd. Voornamelijk komen de volgende thema's naar voren: betekenisvol leven, zingeving, levensfilosofie, zelfveroordeling, identiteitsopvattingen en identiteitsdomeinen. In de volgende alinea's wordt onderbouwd waarom deze thema's naar voren komen.

Volgens ReAttach lijkt elk psychologisch of psychiatrisch probleem te ontstaan of zich te manifesteren in de context van een relatie, hetzij met jezelf, een andere persoon of personen, je lichaam, et cetera. Het gaat altijd om een relatie met iets of iemand. In de filosofie van ReAttach zijn alle mentale representaties relationeel en contextueel en kunnen diagnoses, ziektes en persoonlijkheden niet op zichzelf staan zonder context. Dit wordt uitgelegd aan de cliënt voor de start van de therapie en dit denkkader met overtuigingen van het leven worden gedurende de therapie gevolgd, waardoor er wordt voldaan aan het thema levensfilosofie.

ReAttach bestaat verder uit vijf kernelementen. Aan de hand van [1] gezamenlijke aandacht wordt er fysiek contact gemaakt door op de handen te tikken van de cliënt. Hierdoor wordt de productie van oxytocine gestimuleerd (Moberg, 2003, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018, p.11). Ook wordt er oogcontact gemaakt met de cliënt. De therapeut probeert een omgeving voor een veilige hechting te faciliteren om zo onveilige, ambivalente en gedesorganiseerde hechtingstijlen te veranderen. Het concept van hechting heeft overlap met het thema identiteitsdomeinen, omdat de intieme banden van een persoon ook binnen dit thema passen. Personen met autisme hebben moeite om intieme banden aan te gaan (Brown &

Klute, 2003; Carter et al., 2014) en dit kernelement kan personen met ASS mogelijk leren hoe ze een veilige hechting kunnen aangaan.

Door het getik van de handen wordt er ook gewerkt aan [2] proactieve *arousal*. Dit heeft te maken met de spanning die iemand ervaart. Er zijn als het ware drie ‘standen’: lage spanning, overspanning en optimale spanning. Volgens Bartholomeus et al. (2018) heeft arousalregulatie twee doelen: leren om spanning te reguleren en reflectief te denken.

Het omgaan met en reguleren van de spanning kan niet direct worden gekoppeld aan de opgestelde thema's van identiteitsontwikkeling. Indirect heeft het wel invloed op de meeste thema's, omdat regulatie van de spanning in verschillende facetten van het leven naar voren komt. Zo suggereert Siegel (1999) dat er tussen de uitersten van sympathische hyperarousal en parasympatische hypoarousal een ‘*window*’ van optimale *arousal* is, waarin emoties als draaglijk kunnen worden ervaren. Het reguleren van spanning (arousal) binnen die *window of tolerance* zorgt ervoor dat gevoelens en gedachten kunnen worden getolereerd (Fisher & Ogden, 2007, geciteerd in Corrigan et al., 2011), waardoor cliënten de ruimte kunnen krijgen om reflectief te denken. Een optimale spanningstoestand kan daarom worden gezien als een randvoorwaarde om tot leren en (zelf)ontwikkeling te komen.

Bij [3] optimale schemaverwerking wordt de cliënt in staat gesteld om concepten, objecten of schema's te verwerken of hiermee te oefenen terwijl er sprake is van optimale spanning. Er wordt aandacht gegeven aan het geven van betekenis aan bepaalde aspecten van het leven. Dit hoort bij de thema's betekenisvol leven en zingeving.

Ook kan een cliënt leren denken over andere personen en kan hij zich (proberen) voor te stellen dat hij de andere persoon is die aan zichzelf denkt (metacognitie). Op deze manier zou geoefend kunnen worden met de ToM, waar personen met ASS vaak moeite mee hebben (Baron-Cohen, 2000; Richardson & Wood, 2012). De focus ligt op schema- of conceptverwerking zonder dat gevoelens van overspanning of gevaar worden ervaren, want

als de spanning te hoog of te laag is, verloopt de informatieverwerking niet optimaal (Siegel, 1999).

Bij [4] cognitieve bias-modificatie gaat het om het aanpassen van concepten (zo nodig het zelfconcept) en ‘nieuwe dingen leren creëren’. Een cliënt kan bijvoorbeeld worden gevraagd te zoeken naar nieuwe manieren om assertief te zijn, complexe gevoelens onder woorden te brengen, zichzelf te kalmeren of compassie voor zichzelf te hebben. Zelfcompassie is het niet veroordelen van jezelf en constructieve opvattingen creëren over jezelf (identiteit). Dit raakt direct aan de thema's zelfveroordeling en identiteitsopvattingen.

Bij het laatste kernonderdeel, [5] het leven opnieuw fantaseren, wordt de cliënt aangemoedigd om een nieuw verhaal over zichzelf te vormen. Het richt zich op het maken van een film over het eigen leven waarbij een cliënt zo ver terug of voorruit kan als diegene wil. Dit raakt aan de thema's betekenisvol leven (hoe had ik mijn eigen leven willen inrichten en waarom?) en identiteitsdomeinen (er kan een film worden gemaakt over de verschillende domeinen in het leven).

## ***Hoofdstuk 2***

In dit hoofdstuk komt geen enkel thema voor identiteitsontwikkeling naar voren. Er wordt geïmpliceerd, aan de hand van verschillende onderzoeksresultaten, dat oxytocine een rol speelt in de pathofysiologie van onder andere ASS. Volgens bepaald onderzoek zijn afwijkingen in specifieke oxytocinereceptoren een risicofactor voor het ontwikkelen van ASS. In bijlage 12 is hier meer informatie over te vinden. Indirect heeft de informatie in dit hoofdstuk wel een link met de thema's, omdat in het vormen van sociale en/of romantische relaties oxytocine een rol speelt, punten waarmee personen met ASS moeite ervaren.

## ***Hoofdstuk 3***

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe ReAttach kan bijdragen in het behandelen van angststoornissen. De informatie en onderwerpen in dit hoofdstuk zijn niet direct gerelateerd



aan de thema's. Het thema existentiële angsten komt mogelijk wel naar voren. Volgens de thematische analyse van Livingston et al. (2019) heeft het hebben van een rol in de maatschappij een positieve invloed op de kwaliteit van leven. Personen met ASS vinden het echter vaak moeilijk een plek te vinden in de maatschappij (Livingston et al., 2019), waardoor ze zich kunnen afvragen of zij ertoe doen (persoonlijke communicatie, K. Greaves-Lord, september 2021). Dit kan ervoor zorgen dat een persoon met ASS zich eenzaam voelt, wat zich vaak uit in stress en angst (Freeth et al., 2013; White et al, 2011, geciteerd in Reed et al., 2016). Hierdoor kunnen vragen over of het leven zin heeft naar voren komen. Zo vermelden verschillende onderzoeken (Cassidy & Rogers, 2017; Segers & Rawana, 2014, geciteerd in Pelton et al., 2020) dat volwassenen met ASS hogere suïcidaliteitscijfers hebben dan volwassenen zonder ASS.

#### ***Hoofdstuk 4***

In dit hoofdstuk wordt de nadruk gelegd op de verschuiving van een unidimensioneel perspectief op autisme naar een netwerkmodel (Nuijten, 2016, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018), waarbij er rekening wordt gehouden met de complexiteit van een diagnose. Het protocol voor autisme wordt hier uitgebreid uitgelegd, te zien in bijlage 9. Volgens de auteurs kunnen personen met ASS baat hebben bij ReAttach, omdat het kan helpen bij het verminderen van problemen in het dagelijks leven. Voor het monitoren van de beoogde vermindering van problemen in het dagelijks leven, gebruiken Bartholomeus et al. (2018) de *Autism Treatment Evaluation Checklist* (ATEC) als referentiekader (bijlage 14). Door de ATEC te gebruiken, richt ReAttach zich op een breed aantal 'probleemgebieden' binnen ASS en daarmee ook op een aantal aandachtspunten. Deze aandachtspunten staan vermeld in Bartholomeus et al. (2018) op pagina's 65-66.

De aandachtspunten voor zelfbewustzijn, zelfacceptatie en zelfreflectie horen bij het thema zelfacceptatie. Zelfacceptatie vereist het accepteren en omarmen van je eigen imperfecties, maar daarvoor is eerst zelfbewustzijn en zelfreflectie nodig.

De aandachtspunten voor het ontwikkelen van sociaal initiatief, betrokkenheid en sociale vaardigheden vallen mijns inziens onder het thema integratie in de samenleving. Door initiatief te nemen op sociaal vlak, wordt betrokkenheid getoond. Door betrokken te zijn kan men zich ‘mengen’ in de samenleving waarbij de mogelijkheid wordt gecreëerd voor positieve ervaringen. Het nemen van initiatief en daarmee betrokken te blijven in de samenleving kan een persoon met ASS helpen sociale vaardigheden te blijven ontwikkelen. Door op deze manier te blijven oefenen, hoopt men dat het zelfvertrouwen in het eigen kunnen groeit. Ook het aandachtspunt voor zelfverantwoordelijkheid kan het zelfvertrouwen goed doen. Bijvoorbeeld, een persoon met ASS kan bij problemen zelfmedelijden hebben en vervallen in passief gedrag, maar kan hij hierin ook proactief zijn en de verantwoordelijkheid nemen om initiatieven te ontplooiën en de regie te nemen over het eigen leven.

De aandachtspunten voor emotieregulatie en gedragsregulatie zou ik niet direct kunnen koppelen aan een thema. Uiteraard is het reguleren van je emoties en gedrag een belangrijke randvoorwaarde om onder andere succesvol te functioneren in de samenleving, je studie en werk goed voort te kunnen zetten en (intieme) relaties te ontwikkelen. Dit zou wellicht een nieuwe thema kunnen zijn dat een hiaat in het bestaande interventie-aanbod opvult. In de discussiesectie wordt hierop ingegaan.

## ***Hoofdstuk 5***

Dit hoofdstuk is gewijd aan de onderliggende neurofysiologische factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van autisme (bijlage 12). De informatie en onderwerpen die worden besproken in dit hoofdstuk, zijn niet direct te relateren aan de thema's die zijn opgesteld voor de identiteitsontwikkeling. Uiteraard spelen genen, de ontwikkeling als foetus,

het immuunsysteem en omgevingsfactoren allemaal een rol in de persoonlijkheid en identiteitsontwikkeling van iemand. Echter zijn de thema's niet direct te relateren.

### **ReAttach: proefschrift**

Voor het lezen van de resultaten wordt sterk geadviseerd om bijlage 12 te lezen, omdat hier een samenvatting wordt gegeven van de achtergrondinformatie, de opzet van de onderzoeken en de bevindingen. In bijlage 11 is een samengevat overzicht van de resultaten te vinden.

### ***Hoofdstuk 1***

Dit hoofdstuk geeft, naast achtergrondinformatie over ReAttach, ook een vooruitzicht van de komende hoofdstukken. In het e-book is echter al achtergrondinformatie gegeven over ReAttach en om informatie niet dubbel mee te nemen in de thematische analyse is dit hoofdstuk uitgesloten.

### ***Hoofdstuk 2***

Dit onderzoek is gebaseerd op de schematherapie van Jeffrey Young (Young et al., 2003). Volgens Bartholomeus (2021) vormen vroege maladaptieve schema's een barrière voor een gezonde emotionele ontwikkeling en het ontwikkelen van een 'gezonde volwassene'. Het verminderen van deze schema's kan ervoor zorgen dat een persoon weer in contact komt met zijn basisbehoeften en gevoelens.

Het verschil tussen de schematherapie en ReAttach is dat ReAttach zich niet focust op trauma, dysfunctionele schema's of maladaptief gedrag. In plaats daarvan wordt er gewerkt aan het verwerken van negatief affect, het vormen van associaties en cognitieve bias-modificatie. In het kort gaat het over het reguleren van stress en spanning en daarmee emoties.

Het thema identiteitsopvattingen komt naar voren in dit hoofdstuk. Dit zijn opvattingen die iemand heeft gevormd over zijn identiteit. Deze opvattingen kunnen ook negatief zijn, zoals bij een maladaptief schema. ReAttach biedt de mogelijkheid om negatieve schema's (identiteitsopvattingen) over jezelf te veranderen.

### **Hoofdstuk 3**

Dit onderzoek is gericht op de emotionele en gedragsproblemen van kinderen zoals gemeten met de *Child Behaviour Checklist* (CBCL), waarbij wordt onderzocht of ReAttach deze problemen kan verminderen. In bijlage 13 is de CBCL-vragenlijst te vinden. De thema's die naar voren komen in dit hoofdstuk zijn: identiteitsopvattingen, zelfvertrouwen, integratie in de samenleving, identiteitsdomeinen en zelfacceptatie.

Als er sprake is van emotionele en gedragsmatige problemen, dan heeft dit invloed op de identiteitsopvattingen van het kind, omdat normafwijkend gedrag vaak negatieve reacties uitlokt (Hanimoğlu, 2018). Door met ReAttach te werken aan deze problemen, kan er gewerkt worden aan positieve (identiteits)opvattingen over het zelf. Een kind met angstproblemen kan bijvoorbeeld leren omgaan met zijn angst<sup>2</sup>. Of wanneer een kind met gedragsproblemen leert om alternatief (positief) gedrag in te zetten, ontstaat er ruimte voor positieve leerervaringen. Hij zal daardoor beter met anderen kinderen om kunnen gaan waardoor uiteindelijk de integratie in de samenleving soepeler zal verlopen.

De emotionele en gedragsproblemen hebben invloed op de verschillende identiteitsdomeinen. Bijvoorbeeld de rol op school als leerling, de onderlinge relaties die een kind (niet) heeft met andere kinderen of zijn rol als clubgenoot bij het sporten. Als ReAttach deze problemen kan verminderen, zal dit uiteindelijk positieve invloed hebben op de rollen die een kind heeft in verschillende identiteitsdomeinen. Verder zou het thema zelfacceptatie relevant kunnen zijn, omdat een kind met ASS bijvoorbeeld kan leren om te gaan met zijn klachten, maar het zal wel een 'kwetsbaarheid' blijven die bij de persoon hoort.

### **Hoofdstuk 4**

---

<sup>2</sup> Een disclaimer hierbij is dat de CBCL wordt ingevuld door ouders, niet door het kind zelf, dus of het kind zelf minder angst ervaart is niet onderzocht. Hiermee hoort rekening te worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten.

De informatie in dit hoofdstuk kunnen niet direct worden gekoppeld aan de thema's, omdat het gaat om het verminderen van dagelijkse problemen bij personen met ASS die zijn gemeten met de *Autism Treatment Evaluation Checklist* (ATEC). Het gaat hierbij om basale ontwikkelingsvaardigheden zoals glimlachen, reageren op de eigen naam en het bewustzijn van de omgeving. De ATEC-items zijn te vinden in bijlage 14. Uiteraard hebben alle ATEC-items te maken met de ontwikkeling van het kind en daardoor ook indirect met de identiteitsvorming van het kind/ de jongere, maar hierin worden geen directe relaties gezien. Bovendien gaat het om het verminderen van de symptomen die horen bij ASS, wat op zichzelf zeer breed is.

### ***Hoofdstuk 5***

W.A.R.A. staat voor *Wiring Affect with ReAttach*. In bijlage 15 is de uitvoering van W.A.R.A omschreven. Tijdens W.A.R.A. wordt er gewerkt aan het 'preconceptuele' negatieve affect, anders gezegd, gevoelens waar nog geen woorden voor zijn (Bartholomeus, 2021, p.84). Het idee van het 'preverbale affect' kan worden ondersteund door resultaten uit experimenten op het gebied van visuele maskering en woordherkenning die aantonen dat hersengebieden geïdentificeerd kunnen worden die betrokken zijn bij onbewuste taalprocessen (Diaz & McCarthy, 2007). Een aanzienlijk deel van de menselijke ervaring is volgens Wilson en Bar-Anan (2008), geciteerd in Ivonin et al. (2014), niet beschikbaar voor het bewustzijn. Carl Jung noemt dit het 'persoonlijke onbewuste': dit is "een opslagplaats voor alle gevoelens, herinneringen, kennis en gedachten van een individu in het onbewuste" (Jung, 1981, geciteerd in Ivonin et al., 2014, p.221).

Het onderwerp W.A.R.A. en de informatie die hierbij hoort is niet direct te linken aan de thema's voor identiteitsontwikkeling. Wellicht zou de W.A.R.A.-techniek ingezet kunnen worden bij het thema identiteitscrisis. Een 'identiteitscrisis' is een normatief maar stressvol onderdeel van de ontwikkeling: een periode die zich kenmerkt door verandering en

disbalans/instabiliteit (Erikson, 1959). Het kan extra moeilijk zijn bij personen met ASS om dit soort verwarrende en negatieve gevoelens onder woorden te brengen. Hierbij zou de W.A.R.A. mogelijk ondersteuning kunnen bieden. Het verminderen van negatief affect, zal indirect invloed hebben op alle domeinen van de identiteit. Een persoon kan hierdoor misschien meer zelfverzekerd worden of zich meer ontspannen voelen, wat ruimte biedt om meer te exploreren en in contact te komen met zichzelf en anderen. Het insteken op preconceptuele gevoelens kan een nieuw thema zijn dat een hiaat in het bestaand interventie-aanbod opvult. In de discussiesectie wordt hierop ingegaan.

### ***Hoofdstuk 6***

In dit hoofdstuk wordt het effect van face-to-face W.A.R.A. vergeleken met online W.A.R.A. Het idee voor het aanbieden van W.A.R.A. op afstand is ontstaan tijdens de coronapandemie. Wanneer W.A.R.A. face-to-face wordt gegeven, co-reguleert de therapeut de spanning en zintuiglijke verwerking van de cliënt. Dit vereist de nabijheid van de therapeut en fysiek contact door zachtjes op de handen van de cliënt te tikken.

Bij online W.A.R.A. instrueert de therapeut de cliënt om de spanning en sensorische verwerking zelf te reguleren door middel van verbale instructies en oefeningen. In beide gevallen is het doel van W.A.R.A. om onaangename gevoelens te conceptualiseren door middel van sensorische integratie en associatieve geheugenvorming (Bartholomeus, 2021, p.99). Omdat dit onderzoek over hetzelfde onderwerp en dezelfde techniek gaat zoals in het vorige hoofdstuk, gelden dezelfde redenen waarom het zou kunnen passen bij het thema identiteitscrisis. Wel biedt online W.A.R.A. een extra strategie, door de mogelijkheid te bieden om zelf de spanning te leren reguleren. In de discussiesectie wordt hierop ingegaan.

### ***Hoofdstuk 7***

Dit onderzoek is gebaseerd op de twee onderzoeken beschreven in hoofdstuk vijf en zes waarbij het gaat om het verminderen van negatief affect. Ook dit pilotonderzoek is

geïnspireerd door de confrontaties en gevolgen waar men mee te maken had tijdens de coronapandemie. In dit pilotonderzoek wordt bekeken of ReAttach psychologische stress kan verminderen en de veerkracht (*resilience*) kan versterken.

Voor de operationalisatie van ‘psychologische stress’ is gebruik gemaakt van de Korte Klachten Lijst (KKL). De KKL bestaat uit veertien items (symptomen) die vaak in de psychiatrie voorkomen (Lange et al., 2018). Deze items zijn in bijlage 16 te vinden. Het doel van ReAttach is om kwetsbare personen meer stressbestendig te maken (verhogen van de veerkracht) door aandacht te besteden aan copingstijlen. Copingstijlen kan een nieuwe thema zijn dat een hiaat in het bestaande interventie-aanbod opvult. In de discussiesectie wordt hierop ingegaan. Hierdoor zou het thema zelfvertrouwen relevant kunnen zijn. Wanneer personen met ASS beter leren omgaan met tegenslagen, kan ook het zelfvertrouwen in het eigen kunnen worden vergroot.

Voor de operationalisatie van veerkracht is de Nederlandse versie van de *Resilience Scale* gebruikt (Wagnild & Young, 1987). Hierbij gaat het om hoe een persoon omgaat met tegenslagen, uitdagingen en moeilijkheden. Ook dit raakt direct aan het nieuwe thema copingsstijlen. “De RS-NL maakt onderscheid tussen de schalen Persoonlijke competentie (zelfvertrouwen, onafhankelijkheid, doorzettingsvermogen) en Acceptatie van Zichzelf en Leven (aanpassingsvermogen, flexibiliteit, gebalanceerde kijk op het leven)” (Emblom, z.d.). Het aandachtspunt voor persoonlijke competentie raakt aan het thema zelfvertrouwen. Je persoonlijke competenties zorgen ervoor dat je je kunt onderscheiden van anderen en hoe beter je deze vaardigheden beheerst, hoe meer dit je zelfvertrouwen een *boost* kan geven. Het aandachtspunt voor acceptatie van jezelf en het leven raakt direct aan de thema zelfacceptatie.

## ***Hoofdstuk 8***

Dit hoofdstuk geeft algemene discussiepunten over de gevonden resultaten van hoofdstukken twee tot en met zeven en de tekortkomingen van de onderzoeken. Om informatie

niet dubbel mee te nemen in de thematische analyse, is dit hoofdstuk uitgesloten. Wel worden de benoemde discussiepunten meegenomen in de discussiesectie van deze masterthese.



## **Conclusie en discussie**

Deze masterthese is onderdeel van een overkoepelende kwalitatieve studie: ‘Omgaan met (het eigen) Autisme’. Het doel hiervan is om een conceptueel model te ontwikkelen en daaruit voortkomend een integrale aanpak op te stellen over het omgaan met autisme. De relevantie van deze masterthese is dat deze zich verdiept in twee interventies en hiermee informatie levert aan de hoofdonderzoeker dr. Kirsten Greaves-Lord. Op deze manier levert deze masterthese een bijdrage aan de ontwikkeling van een integrale aanpak.

De onderzoeksvraag van deze masterthese zal per interventie worden beantwoord. Ook zullen er per interventie belangrijke discussiepunten worden besproken met daaropvolgend een conclusie. Verder zullen er aanbevelingen worden gedaan voor aanvullende thema’s en worden de ontbrekende thema’s besproken. Ten slotte, zullen de beperkingen van het huidige onderzoek worden belicht en worden er suggesties gedaan voor toekomstig onderzoek.

### **SDARI**

Het antwoord op de onderzoeksvraag is: ja, de SDARI komt tegemoet aan bepaalde behoeften die door mensen met autisme en hun naasten zijn aangegeven. De thema’s die naar voren komen zijn: identiteitszoektocht, identiteitscrisis, zelfvertrouwen, integratie samenleving, identiteitsdomeinen, existentiële angsten, betekenisvol leven, zingeving, zelfacceptatie en ‘opvullen van hiaten in bestaand interventie-aanbod’. Dit zijn 10 van de in totaal 16 thema’s. De thema’s die naar voren komen verschillen echter per spel, dit is te zien in bijlage 10. Er zou geconcludeerd kunnen worden dat de SDARI goed kan aansluiten bij personen met ASS die problemen bij de identiteitsontwikkeling ervaren, mits hierbij rekening wordt gehouden met de voor- en nadelen van de SDARI.

### ***Voordelen SDARI***

Een voordeel van de SDARI is dat personen met ASS spelenderwijs en op een interactieve manier in contact komen met andere personen met ASS. Omdat zij vaak worden

buitengesloten en gepest (Mañano et al., 2016; Schroeder et al., 2014), kan het fijn zijn om onder ‘gelijksoortigen’ te zijn. In een dergelijke groep kan er namelijk ruimte ontstaan voor herkenning en erkenning van de problemen die zij ervaren. Op deze manier zou een positief groepsgevoel de persoonlijke zelfwaarde kunnen verhogen (Baumeister & Leary, 1995; Cooper et al., 2007; Fiske, 2009).

Verder biedt de SDARI een veilige omgeving om te kunnen experimenteren en exploreren middels verschillende spellen, opdrachten en (identiteits-)rollen. Dit is gunstig, gezien de meeste personen met ASS tegen dezelfde klachten of problemen aanlopen, waardoor ze elkaar (mogelijk) beter begrijpen en elkaar als voorbeeld kunnen nemen om van te leren (klankbord). Er wordt aangenomen dat onder deze condities een persoon met ASS zich vrij, veilig en gemotiveerd genoeg voelt om zich te ontplooien mede door sturing en ondersteuning van de groepstherapeut(en).

### ***Nadelen SDARI***

Het is belangrijk om te benoemen dat niet elke persoon met ASS geschikt zal zijn om deel te nemen aan de SDARI. De spellen vinden plaats in groepsverband en bij bepaalde personen met ASS zijn de klachten dusdanig ernstig dat het niet mogelijk is om deel te nemen aan een groepssetting. Aan de hand van een intakegesprek kan er geïndiceerd worden of de SDARI geschikt is als behandeling.

Een tamelijk grote tekortkoming is dat er (nog) geen handleiding of protocol bestaat voor de SDARI. Daarom zijn er voor de thematische analyse een aantal wetenschappelijke artikelen van dr. Lerner gebruikt, waaruit vier spellen zijn gekozen. Eén ander spel is gekozen door overleg met de thesebegeleider K. Greaves-Lord. De thematische analyse is uitgevoerd aan de hand van de (beperkte) spelomschrijvingen in de artikelen en door eigen conceptuele inzichten. Dit zorgt ervoor dat er sprake is van bias, omdat de interpretatie van de spellen deels wordt beïnvloed door de denkkaders van de onderzoekers (Barker & Pistrang, 2021).

Bovendien bestaat de SDARI uit vele andere (rol)spellen en gezien de omvang van deze masterthese, zijn die niet meegenomen in de analyse. De spellen in de artikelen waren de meest voor de hand liggende opties om te analyseren, waardoor er sprake is van een gemakssteekproef. Dit betekent dat de selectie van de vijf spellen niet groot genoeg is om de vele andere spellen die de SDARI aanbiedt, te representeren. De spellen die niet zijn meegenomen in de analyse sluiten wellicht minder goed of beter aan bij de lijst van thema's.

Verder zijn de relaties tussen de spellen en de thema's vaak indirect gerelateerd. Zo kan bijvoorbeeld het spel 'Emotion Ball' bijdragen aan het thema zelfacceptatie, door te leren emoties te herkennen bij jezelf en anderen en hierin zelfinzichten te krijgen. Ook worden er handvatten gegeven om gevoelens onder woorden te brengen. Dit zijn allemaal randvoorwaarden voor zelfacceptatie. Echter, dit betekent niet dat er volledig wordt voldaan aan dit thema. Zelfacceptatie is een proces dat tijd nodig heeft en complex is en niet kan worden aangeleerd door enkel met emotieherkenning te oefenen. Dit zou mogelijk betekenen dat een persoon met ASS veel tijd moet investeren in de SDARI om lang genoeg te oefenen met de spellen, zodat de geleerde vaardigheden kunnen worden gegeneraliseerd naar het dagelijks leven.

### **Conclusie SDARI**

Een aantal belangrijke behoeften waar de SDARI aan tegemoet komt, is onder andere herkenning, erkenning, steun, begrip en een veilige omgeving om (met anderen) te experimenteren en exploreren. Op deze manier zou het identiteitstype 'gevormde identiteit' langzaam kunnen worden ontwikkeld (Marcia, 1980). Naar aanleiding van de analyse en resultaten wordt de SDARI geadviseerd aan personen met wat in de DSM-IV-TR Asperger-syndroom en hoog functionerend autisme wordt genoemd (American Psychiatric Association, 2000). Met de SDARI wordt gepoogd personen met ASS (ontwikkelings-)vaardigheden aan te leren die zij kunnen implementeren in het dagelijkse leven. Hierbij wordt verwacht dat er een

positieve feedbackloop ontstaat in de interactie met andere personen en dat er ruimte ontstaat om positieve ervaringen op te doen die de zelfontplooiing bevorderen.

### **ReAttach**

Het antwoord op de onderzoeksvraag is: ja, ReAttach komt tegemoet aan bepaalde behoeften die door mensen met autisme en hun naasten zijn aangegeven. De thema's die naar voren komen zijn: identiteitsopvattingen, identiteitscrisis, zelfvertrouwen/zelfbeeld, integratie samenleving, levensfilosofie, identiteitsdomeinen, existentiële angsten, betekenisvol leven, zingeving, zelfacceptatie en zelfveroordeling. Dit zijn 11 van de in totaal 16 thema's, te zien in bijlage 16. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat ReAttach een geschikte interventie is voor personen met autisme, vooral wanneer de problematiek speelt rondom kwesties als de identiteitsontwikkeling. Immers, bijna alle thema's zijn aanwezig in ReAttach. Hierbij moet rekening worden gehouden met de voor- en nadelen.

### ***Voordelen ReAttach***

Volgens Bartholomeus et al. (2018) onderscheidt ReAttach zich doordat het een transdiagnostische interventie is die zich richt op het veranderen van bias in de informatieverwerking en het automatiseren van nieuwe adaptieve cognitieve processen om realistische concepten van het zelf, anderen en de wereld te (her)ontdekken. ReAttach heeft vijf kernelementen, maar deze kunnen aangepast worden aan de behoeften van een cliënt. Indien nodig kunnen andere modules, zoals de W.A.R.A., worden toegevoegd. Het voordeel hiervan is dat er zorg op maat kan worden gegeven. ReAttach richt zich niet op een bepaald cluster van klachten of symptomen, omdat ReAttach het onderliggende mechanisme van informatieverwerkingsprocessen poogt te beïnvloeden. Het voordeel hiervan is dat ReAttach bij een brede doelgroep kan worden ingezet.

Ook bij personen met ASS lijkt het voordelen te hebben omdat het niet nodig is om te praten voor een behandeling met ReAttach. Bij sommige personen met ASS is er sprake van

een taalontwikkelingsachterstand waarbij de communicatie wordt belemmerd (American Psychiatric Association, 2013). Zij vinden het moeilijk om zich te uiten in taal waardoor het onder woorden brengen van gevoelens ook wordt bemoeilijkt (Trimmer et al., 2017). In zulke gevallen kan ReAttach een uitkomst bieden. De auteurs van het e-book (Bartholomeus et al., 2018) geven aan dat ReAttach kan worden ingezet vanaf een jonge leeftijd. Ook de <sup>a</sup>GGZ Standaarden (2017) raden aan om vroeg symptomen te signaleren en te behandelen.

Bovendien biedt ReAttach een extra optie door W.A.R.A. online aan te bieden. Dit heeft twee voordelen. Enerzijds is het een toegankelijke behandeltechniek die kan helpen om de initiële psychische nood te verlichten (Bartholomeus et al., 2018). Sinds de toenemende vraag naar psychologische ondersteuning als gevolg van de huidige coronapandemie (Hilbert et al., 2022), kan online therapie een uitkomst bieden voor kwetsbare personen. Anderzijds, door op afstand zelfreguleringsstrategieën aan te reiken worden cliënten begeleidt in het zelf leren reguleren van de spanning. Zo kan er geoefend worden om het juiste spanningsniveau (*window of tolerance*) op te zoeken (Ogden & Fisher, 2007).

Verder is ReAttach een kortdurende interventie die vaak bestaat uit vijf tot tien behandelingen. Dit is efficiënt in de tijdsinvestering en het betekent ook dat er in korte tijd kan worden gewerkt aan de behandeldoelen. Bovendien kan ReAttach worden gezien als een ‘eerste hulp’ behandeling om preventief in te zetten wanneer negatieve gevoelens beginnen op te lopen. Het kan worden gebruikt als een zelfregulatiehulpmiddel bij personen met ASS, waarbij ze leren om emoties vroegtijdig te signaleren en deze bij te sturen. Dit zal ten goede komen aan hun zelfcontrole en autonomie. Ten slotte adviseren Bartholomeus et al. (2018) om ReAttach in te zetten naast lopende behandelingen zoals schematherapie om aan te vullen bij de behandeldoelen of om het in te zetten als terugvalpreventie.

### ***Nadelen ReAttach***

Naast de bovengenoemde voordelen zijn er ook veel discussiepunten te benoemen. De onderzoeken die zijn gedaan naar de effecten van ReAttach hebben allemaal een aantal fundamentele tekortkomingen. De steekproeven zijn klein en er is meestal sprake van een gemakssteekproef (niet gerandomiseerd). Verder zijn er geen follow-up data en geen controlegroepen aanwezig. Het onderzoeksdesign is vaak simpel, waarbij er alleen wordt gekeken naar de gemiddelde totale voor- en nameting, zonder statistische analyses te doen naar *confounding* variabelen. Zo zijn de proefpersonen vaak zeer heterogeen. Enerzijds zijn dit tekortkomingen die vaak te verwachten zijn bij pilotonderzoeken, ReAttach is immers een nieuwe behandeling waar nog weinig wetenschappelijke literatuur over bestaat. Men moet ergens beginnen met het inventariseren van de effecten. Anderzijds moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat er door bovengenoemde tekortkomingen geen causale verbanden kunnen worden gelegd tussen ReAttach en de behandelresultaten. Ook kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd naar klinische populaties.

Verder worden er in het e-book en proefschrift begrippen gebruikt die niet duidelijk geoperationaliseerd worden, bijvoorbeeld ‘mentaliseren’, ‘affect regulatie’ en ‘associatieve geheugenvorming’. Er wordt door Bartholomeus en de auteurs gepoogd om uit te leggen wat de begrippen inhouden, maar dit blijft oppervlakkig.

Bovendien worden er vage begrippen gemeten, zoals ‘negatieve gevoelens waar nog geen woorden voor bestaan’. Dit roept de vraag op of het mogelijk is om veranderingen van onaangename gevoelens te meten en evalueren. In hoofdstuk twee van het proefschrift worden bijvoorbeeld maladaptieve schema’s gemeten. Schema’s zijn langdurige processen (Young et al., 2003), maar ReAttach is een kortdurende interventie waarbij geen follow-up data en geen controlegroepen aanwezig zijn. Dit roept logischerwijs veel vragen op, onder andere: zijn de effecten van de interventie toe te schrijven aan ReAttach of zijn er andere factoren die invloed hebben? Is er een behandel-effect wanneer er rekening wordt gehouden met *confounding*

variabelen? Zo ja, hoe groot is dat effect dan en hoelang blijft het behandel­effect aanhouden? Ook zijn de keuzes voor bepaalde statistische analyses te bediscussieren, maar dit valt buiten het bestek van deze masterthese.

Nog een punt van kritiek is het protocol van ReAttach voor personen met ASS in Bartholomeus et al. (2018). Hier wordt uitgelegd hoe een sessie stapsgewijs verloopt. De uitleg van het protocol blijft mijns inziens nog onduidelijk, waardoor het meer vragen oproept dan beantwoordt (bijlage 9). Bijvoorbeeld: wat houdt ‘sociaal cognitieve training’ werkelijk in? Hoe wordt coherente informatieverwerking gefaciliteerd? Daarnaast is het belangrijk om te benoemen dat ReAttach niet bedoeld is voor complexe problematiek, daar is de behandeling te simpel voor. De problematiek bij personen met ASS is echter vaak complex.

### **Conclusie ReAttach**

Het is discutabel of ReAttach een op zichzelf staande behandeling is, omdat het bestaat uit meerdere componenten van al langer bestaande behandelingen, zoals de schematherapie. Mijns inziens is ReAttach een innovatieve en eclecticische behandel­methode. Bij eclecticische therapie passen ervaren therapeuten hun werk aan op wat het beste is voor de cliënt (Ramaioli & Faccio, 2012). Zij houden zich niet vast aan een enkele theorie om een cliënt te helpen. Er wordt geprobeerd om te voldoen aan de behoeften van de cliënt, door gebruik te maken van meerdere behandel­technieken, om zo de cliënt de beste behandeling aan te bieden (Ramaioli & Faccio, 2012).

Een eclecticische benadering heeft voordelen (Norcross, 2005; Prochaska et al., 2005). Deze zijn onder andere dat het nuttig is voor meerdere en complexe problemen, dat de therapeut meer flexibel is en dat de therapie wordt aangepast aan de cliënt in plaats van andersom.

Nadelen van een eclecticische benadering zijn onder andere dat er geen duidelijke of voorspelbare structuur is, dat het voor de cliënt onvoorspelbaar of verwarrend kan aanvoelen en dat wanneer een onervaren therapeut verschillende technieken zomaar door elkaar haalt, de

therapie ineffectief en zelfs gevaarlijk kan zijn (Norcross, 2005; Prochaska et al., 2005). Op de websites van de *International Integrative Psychotherapy Association*<sup>3</sup> en de *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*<sup>4</sup> is meer informatie te vinden over de eclectische (integratieve) benadering.

Door verschillende behandeltechnieken te gebruiken voor de problematiek en uitdagingen van een cliënt, wordt er gepoogd om maatwerk te leveren. Om dit te doen, probeert een eclectische therapeut de cliënten in al hun complexiteit te begrijpen om hen te helpen hun doelen te bereiken (Ramaioli & Faccio, 2012). Dit raakt aan het idee van Bartholomeus et al. (2018) waarbij wordt betoogd dat een persoon alleen te begrijpen is in zijn relationaliteit (ubuntu). Zo benoemt Hanemaaijer (2022) dat de identiteitsontwikkeling niet los kan worden gezien van de omgeving of het milieu van iemand met autisme. Daarom lijkt ReAttach aan te sluiten bij de doelgroep ASS, omdat de problematiek vaak multifactorieel en daardoor complex is en alleen begrepen kan worden door rekening te houden met ‘het hele plaatje’.

ReAttach kan worden gebruikt als een ‘voorbehandeling’, bijvoorbeeld wanneer een persoon met ASS op de wachtlijst staat voor zorg in de (S)GGZ. ReAttach kan een persoon met ASS helpen om stress te reduceren en te reguleren. Een persoon kan niet aan zijn identiteitsontwikkeling werken wanneer hij te veel (hyper-arousal) of te weinig (hypo-arousal) spanning ervaart. ReAttach kan helpen om de rust te hervinden door het spanningsniveau optimaal te houden (Fisher & Ogden, 2007). Dit rustpunt kan worden gezien als een randvoorwaarde voor de identiteitsontwikkeling.

De pilotonderzoeken (Bartholomeus, 2021) wijzen op belovende (voorlopige) resultaten, maar er is meer onderzoek nodig om concreet iets te zeggen over de effectiviteit ervan. De onderzoeken moeten in ieder geval een controlegroep hebben waarbij de proefpersonen bij

---

<sup>3</sup> <https://integrativeassociation.com/>

<sup>4</sup> <https://www.sepiweb.org/>



voorkeur worden gerandomiseerd in een gecontroleerde setting. Follow-up data zijn noodzakelijk om uitspraken te doen over de duur van de effecten.

### **Ontbrekende thema's**

De SDARI en ReAttach komen niet tegemoet in de volgende thema's/behoefte: identiteitstypen, identiteitszoektocht, identiteitssynthese, gevormdheid van de identiteit en congruentie (en volledigheid) zelfkennis en gerepresenteerde zelf (imago). Daarnaast ontbreekt het thema 'levensfilosofie' in de SDARI. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat deze thema's nog steeds erg breed zijn. In de volgende alinea's worden een aantal argumenten benoemd voor het ontbreken van deze thema's/behoefte.

Het thema 'identiteitszoektocht' is bijvoorbeeld zeer breed. In de omschrijving wordt de definitie meer gespecificeerd door deze te richten op de identiteitstypen zoals Marcia (1966) deze omschrijft. Het is echter moeilijk dergelijke thema's te vinden in een andere behandeltechniek, behalve als deze is gebaseerd op de ideeën van Marcia of als er specifiek rekening wordt gehouden met de verschillende aspecten van de identiteit.

Het thema 'gevormdheid van de identiteit' wordt omschreven als een eindpunt (van een identiteitszoektocht). Hierbij zou ik de volgende vragen willen stellen: *wanneer* is de identiteit voldoende gevormd? Wanneer heeft een persoon *het gevoel* dat zijn identiteit voldoende is gevormd? *In welke* mate zou een dergelijke 'verzadiging van gevormdheid' aanwezig moeten zijn? Deze vragen maken het lastig om een dergelijk thema te vinden in een andere behandeltechniek.

Het thema 'identiteitssynthese' raakt aan (of moet misschien als onderdeel worden gezien van) het thema 'gevormdheid van de identiteit'. Bij het thema 'identiteitssynthese' gaat het om hoe duidelijk het is (a) wie iemand is, (b) waar hij voor staat, (c) waar hij trots op is, en (d) wat voor hem belangrijk is. Wanneer men op deze onderdelen een concreet antwoord kan geven, zou men kunnen beargumenteren dat (een deel van) de identiteit is gevormd. Het

probleem is echter dat het thema identiteitssynthese onderverdeeld kan worden in vier subthema's. Naar mijn mening wordt het daarom moeilijk om een dergelijk thema te detecteren in een andere behandeltechniek.

Het thema congruentie (en volledigheid) zelfkennis en gepresenteerde zelf (imago) is mijns inziens moeilijk te vinden in een andere behandeltechniek, omdat het specifiek gaat over de overeenstemming tussen de zelfkennis en het beeld dat iemand van zichzelf laat zien. Ook gaat het over de mate van volledigheid van de zelfkennis. Mijns inziens kan ook dit thema verder worden verdeeld in 'congruente zelfkennis' en 'gepresenteerde zelf'. De relatie tussen deze twee thema's zou wellicht apart gevraagd kunnen worden. De interventies SDARI en ReAttach gaan echter niet direct over de thema's zelfkennis en gepresenteerde zelf. Tenslotte raakt het thema 'levensfilosofie' niet aan de ideeën en opdrachten in de spellen die voor de SDARI zijn geanalyseerd.

De bovenstaande informatie roept wellicht de volgende vraag op: hoe kan een persoon met ASS wel werken aan de ontbrekende thema's/behoefte? Dit zou een onderzoeksvraag op zichzelf kunnen zijn en is daarom niet zo snel te beantwoorden in dit onderzoeksverslag. Wel verwijst ik de geïnteresseerde lezer door naar het werk van mede-masterstudenten Klinische Psychologie, waarin deze thema's wel worden benoemd. De benoemde ontbrekende thema's zijn aanwezig in het werk van Kreuk (2022) waarin zij de creatieve therapie 'zelf in beeld' van Celine Schweizer heeft geanalyseerd. Verder zijn er vier van de ontbrekende thema's aanwezig in het werk van Hanemijer (2022), waarin hij het hulpboek 'Plan C – Minder stress, minder autisme' van Marjon Kuipers en Saskia Buma heeft onderzocht. In tabel 1 is overzichtelijk gemaakt welke thema's te vinden zijn in de mastertheses van Kreuk (2022) en Hanemaaijer (2022).

**Tabel 1**

*De masterthesen waarin de ontbrekende thema's aanwezig zijn.*

	<b>Zelf in Beeld door Kreuk (2022)</b>	<b>Plan C – Minder Stress minder autisme door Hanemaaijer (2022)</b>
<b>Identiteitstypen</b>	X	
<b>Identiteitszoektocht</b>	X	X
<b>Identiteitssynthese</b>	X	X
<b>Gevormdheid identiteit</b>	X	
<b>Congruentie zelfkennis</b>	X	X
<b>Levensfilosofie</b>	X	

### **Aanvullende thema's**

Verder lijken er een aantal nieuwe thema's naar voren te komen binnen ReAttach, zoals emotieregulatie, gedragsregulatie, copingstijlen en het insteken op preconceptuele gevoelens. In de literatuur wordt ASS geassocieerd met sterke emotionele reacties (Mazefsky et al., 2013) en problemen met de emotieregulatie (Samson et al., 2012). Het niet goed kunnen omgaan met emoties uit zich in gedrag zoals de *meltdowns* vermeld door Mazefsky et al. (2013), maar ook zelfbeschadigend gedrag, driftbuien en agressief gedrag (Maskey et al., 2013). Uiteraard hoort er rekening te worden gehouden met het feit dat de gedragsuitingen van personen met ASS variabel zijn (Mazefsky & Minshew, 2010). Emotieregulatie- en gedragsproblemen zijn indirect gerelateerd aan de identiteit van een persoon. Niet alleen zorgt het voor een negatieve feedbackloop bij leeftijdsgenoten zoals beschreven in het REPIM-model (Humphrey & Symes, 2011), het zorgt ook voor veel stress bij de ouders/verzorgenden (Olson et al., 2022). Daarom lijken emotieregulatie- en gedragsproblemen relevante thema's.

Copingstijlen is een relevant thema omdat het ‘omgaan met het eigen autisme’ ook te maken heeft met het ‘omgaan met tegenslagen die gepaard kunnen gaan met het hebben van autisme’. Uit het onderzoek van Sinclair (2022) komt naar voren dat personen met ASS meer vermijdende en minder toenaderende copingstijlen gebruiken dan neurotypische leeftijdsgenoten. Ook vinden personen met ASS vermijdende copingstijlen effectiever dan neurotypische leeftijdsgenoten. Daarom is het trainen van adaptieve copingstijlen van belang.

Verder zou een nieuw aangrijpingspunt voor behandelingen het insteken op pre-conceptuele gevoelens kunnen zijn. Vooral in de pubertijd en in de overgang naar een nieuwe levensfase als jongvolwassene, kunnen complexe gevoelens naar voren komen (Erikson, 1968; Guyer et al., 2016). In de literatuur wordt veelvuldig benoemd dat personen met ASS vaak moeite hebben met het identificeren, beschrijven en uiten van hun emoties (Oakley et al., 2022; Ryan et al., 2021; Trimmer et al., 2017). Het constructief uiten van emoties heeft naar mijn mening invloed op alle domeinen van de identiteitsontwikkeling. In plaats van over gevoelens te praten, kan er worden gestart op een lager niveau, het pre-conceptuele emotionele niveau, om personen met ASS te ondersteunen bij hun gevoelens.

De bovenstaande thema's stonden nog niet op de themalijst, maar kunnen ook nuttig zijn voor de identiteitsontwikkeling van personen met ASS. Er wordt aanbevolen dat de integrale aanpak rekening houdt met deze thema's, omdat ze mogelijk van belang kunnen zijn.

## **Sterke punten en beperkingen van het onderzoek**

### ***Sterke punten***

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er contact is opgenomen met de uitvinders van de SDARI en ReAttach, respectievelijk dr. Matthew Lerner en dr. Paula Weerkamp-Bartholomeus. De heer M. Lerner heeft de tijd genomen om via videobellen een presentatie te geven over de SDARI, waarin hij zijn eigen onderzoeksresultaten heeft gedeeld en achtergrondinformatie heeft gegeven. Verder is er de gelegenheid geweest om vragen te

stellen om onduidelijkheden te verhelderen. Daarnaast is er telefonisch en via e-mail contact geweest met mevrouw P. Bartholomeus. In de literatuur is er op dit moment zeer beperkte informatie beschikbaar over ReAttach, maar mevrouw Bartholomeus is zo vrijgevig geweest om haar proefschrift op te sturen voor de thematische analyse.

Een ander sterk punt is dat er middels dit kwalitatieve onderzoek de mogelijkheid is geweest om verdiepende informatie te vergaren over de twee interventies. Een voordeel van de thematische analyse is dat het een rijkere beschrijving van en dieper inzicht in de data geeft dan alleen cijfers (Castleberry & Nolen, 2018). De thematische analyse heeft daarnaast nog meer voordelen, deze zijn te vinden in Braun en Clarke (2006), Verhoeven (2020) en Barker en Pistrang (2021).

Het overkoepelende onderzoek zit momenteel in een fase waarin uiteenlopende interventies worden geanalyseerd om te beoordelen of deze tegemoetkomen in de behoeften van personen met ASS. In deze fase is het daarom belangrijk om gedetailleerd onderzoek te doen zodat de hoofdonderzoekers deze informatie kunnen gebruiken om een keuze te maken in het selecteren van interventies voor het geïntegreerde beleid.

### ***Beperkingen***

‘Identiteitsontwikkeling’ is een zeer breed begrip. Naar aanleiding van de interviews met de personen met ASS is er een lijst met thema’s (geïdentificeerde behoeften) opgesteld. Dit zijn thema’s die volgens de doelgroep het begrip ‘identiteitsontwikkeling’ zou moeten omvatten. Het voordeel hiervan is dat de doelgroep kan laten weten wat zij belangrijk achten en dat er hierdoor een rijke omschrijving ontstaat van de onderdelen die de identiteitsontwikkeling zou moeten bevatten. Een nadeel is dat deze thema’s abstract zijn. Het thema ‘identiteitssynthese’ wordt bijvoorbeeld omschreven als: het smeden van een sterke identiteit waarbij duidelijk is wie iemand is, waar hij voor staat en trots is op wat belangrijk voor hem of haar is. Dit thema bestaat in principe uit vier subthema’s, namelijk: wie is

iemand; waar staat hij voor; wat maakt hem trots en wat vindt hij belangrijk? Ook roept het de vraag op wanneer een identiteit 'sterk genoeg is gesmeed'. Dit maakt het interpreteren van de thema's lastig.

Ondanks deze tekortkoming is er geprobeerd om zo objectief mogelijk de thema's vast te stellen door samen te werken met een mede-masterstudent. Zo benoemen Castleberry en Nolen (2018) dat de beoordeling door meerdere onderzoekers kan helpen om te verzekeren dat de groeperingen van gegevens consistent zijn. Een groepsdiscussie tussen onderzoekers (in dit geval gaat het om twee personen) helpt volgens Vaismoradi et al. (2016) om de validatie van een thema te vergroten.

Anderzijds roept het de vraag op wanneer een element uit een interventie écht voldoet aan een thema, wanneer niet helemaal duidelijk is wát het thema inhoudt. Dit wordt des te moeilijker wanneer er geen handleiding is voor de thematische analyse, zoals bij de SDARI. Daarom moet er rekening mee worden gehouden dat er bij de interpretatie van de thema's bias aanwezig kan zijn vanuit de denkkaders van de onderzoeker (Barker & Pistrang, 2021). Volgens Vaimoradi et al. (2016) kan er sprake zijn van subjectiviteit wanneer er onvoldoende tijd wordt genomen om aannames en verschillende perspectieven over het onderzoeksonderwerp te bespreken in een team.

Ook is er conceptuele overlap tussen de thema's. Zo overlappen de thema's betekenisvol leven (de betekenis van het leven voor iemand) en zingeving (de waarde, betekenis en bedoeling die iemand aan zijn leven geeft). Dit maakt het lastig om thema's van elkaar te onderscheiden en de informatie vanuit de interventies te koppelen aan de thema's. Deze abstracte thema's komen niet letterlijk voor in een interventie; de meeste thema's zijn bijvoorbeeld aanwezig bij ReAttach, maar vaak gaat het om een indirecte relatie met de informatie.

## **Suggesties voor nader onderzoek**

Gezien de omvang van deze masterthese zijn er vijf spellen geanalyseerd voor de SDARI. Mocht naar aanleiding van deze masterthese de interesse zijn gewekt over de SDARI en wordt er overwogen om deze op te nemen in de integrale aanpak, dan wordt aangeraden om de steekproef van het aantal spellen uit te breiden. Op deze manier ontstaat er een beter beeld van de SDARI. Hierdoor kan er met meer zekerheid een conclusie worden getrokken over de aansluiting van de spellen op de lijst van thema's. Het advies is om bijvoorbeeld een nieuwe masterstudent Klinische Psychologie te selecteren die zich alleen zal richten op de SDARI. Daarnaast wordt aanbevolen om bij een aantal personen met ASS een diepte-interview af te nemen die de SDARI/ dramatherapie hebben gehad. Hierin kan bevestigd worden of zij vinden dat deze methodiek aansluit bij hun behoeften op het gebied van identiteitsontwikkeling en wat volgens hen de toegevoegde waarde ervan is.

Mocht er naar aanleiding van deze masterthese worden besloten om ReAttach mee te nemen in de integrale aanpak, dan wordt geadviseerd om een verdiepende analyse door een nieuwe masterstudent Klinische Psychologie uit te laten voeren. Er wordt geadviseerd om in gesprek te gaan met de ontwikkelaar van ReAttach (dr. Bartholomeus) om een concreter beeld te krijgen van ReAttach en zijn onderdelen. Verder worden er in het e-book en het proefschrift van ReAttach zeer uiteenlopende behandelingen en stromingen in de psychologie benoemd waaruit ReAttach is ontstaan. Voor de transparantie is het belangrijk om duidelijk te krijgen wat de precieze bouwstenen van ReAttach zijn en van welke bestaande behandelingen ReAttach is afgeleid. Is er sprake van een op zichzelf staande behandeling of is ReAttach feitelijk een eclectische samenvoeging? Ten slotte wordt er sterk geadviseerd om een aantal, bijvoorbeeld tussen de vijf en tien (afhankelijk van de omvang van de masterthese), interviews af te nemen bij personen met ASS die de behandeling ReAttach hebben gehad. Hoe ervaren zij ReAttach en reduceert het bijvoorbeeld inderdaad het stressniveau? Krijgen

zij meer rust en daardoor momentum om zich (enigszins) te ontplooien en te experimenteren?  
Wat zijn hun meningen hierover?

Tot slot, er is geen *one size fits all* behandeling voor personen met ASS, dat is inmiddels duidelijk (Lord et al., 2022). In bijlage 10 en 11 is te zien in welke behoeften de interventies SDARI en ReAttach tegemoet komen. In tabel 1 is te zien in welke behoeften de SDARI en ReAttach tekortkomen, maar welke alternatieve therapieën/zelfhulpboek hier wel in tegemoetkomen. In principe ‘vervullen’ deze vier behandeltechnieken alle behoeften die zijn opgesteld, dit betekent echter niet dat het hiermee is gezegd.

ASS is namelijk een dimensionele stoornis (American Psychiatric Association, 2013) met multifactoriële oorzaken (<sup>b</sup>GGZ Standaarden, 2017) die invloed hebben op verschillende domeinen in het leven. Daarnaast hoort er rekening te worden gehouden met de verschillende levensfasen, omdat elke levensfase weer andere rollen en verantwoordelijkheden met zich meebrengt (Erikson, 1959; <sup>c</sup>GGZ Standaarden, 2017; Lord et al., 2021). Daarom hoort er mijns inziens rekening te worden gehouden met een *stepped care* model bij het ontwikkelen van een integrale aanpak.

Bij een *stepped care* model wordt eerst de minst intensieve behandeling aangeboden en indien nodig, wordt de behandeling stapsgewijs omgezet naar een intensiever of specialistisch behandeling (Lord et al., 2021). In het model dat Lord et al. (2021) hebben ontwikkeld, wordt er rekening gehouden met de heterogeniteit en het profiel van sterke en zwakke punten van de persoon met ASS en zijn familie. Ook wordt er rekening gehouden met dat dit profiel in de loop van de tijd kan veranderen. Voor de te ontwikkelen integrale aanpak is het daarom mijn advies om te inventariseren, aan de hand van dit *stepped care* model, welke behoeften van de identiteitsontwikkeling in de verschillende levensfasen meer op de voorgrond staan. Zo kan er een beter aansluiting zijn tussen de aangeboden behandeltechnieken en de behoeften in de identiteitsontwikkeling.



Ten slotte, in de literatuur is een scala aan therapieën en behandeltechnieken te vinden om personen met ASS te helpen (Autisme Expertise, z.d.; Dickson et al., 2021), maar het belangrijkste is of deze tegemoetkomen in de doelen, uitdagingen en behoeften van personen met ASS. Daarom is mijn voornaamste aanbeveling om vooral in contact te blijven en samen te werken met personen met ASS, hun naasten en professionals bij het ontwikkelen van een integrale aanpak.

## Literatuur

- Abelenda, A. J., & Rodríguez Armendariz, E. (2020). Evidencia científica de integración sensorial como abordaje de terapia ocupacional en autismo [Scientific evidence of sensory integration as an approach to occupational therapy in autism]. *Medicina*, 80 Suppl 2, 41–46.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2013). *Child Behaviour Checklist for Ages 6-18*. Geraadpleegd op 5 oktober 2022, van <https://aseba.org/wp-content/uploads/2019/02/schoolagecbcl.pdf>
- Amaral, J. L., Collins, S., Bohache, K. T., & Kloos, H. (2012). Beyond the Black-and-White of Autism: How Cognitive Performance Varies with Context. In H. Kloos, B. J. Morris, & J. L. Amaral (Eds.), *Current Topics in Children's Learning and Cognition*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/53937>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Andrews-Hanna, J. R., Smallwood, J., & Spreng, R. N. (2014). The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1316(1), 29–52. <https://doi.org/10.1111/nyas.12360>
- Autisme expertise. (z.d.). *Behandeling*. Geraadpleegd op 2 december 2022, van <https://www.autismeexpertise.nl/index.php/behandeling/>
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20–46. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1207/s15327957pspr1001\\_2](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1207/s15327957pspr1001_2)

- Bartholomeus, P. J. P. W. (2021). *ReAttach: A transdiagnostic intervention for adults and children with mental health problems*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20211109pb>
- Barker, C., & Pistrang, N. (2021). Choosing a qualitative method: A pragmatic, pluralistic perspective. In P. M. Camic (Ed.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*, 2nd ed. (pp. 27–49). American Psychological Association. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0000252-002>
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. In N. Bray (Ed.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 23, pp. 169–184). Academic Press
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., and Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 21, 37–46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Bartholomeus, P., Petter, S., Srivastava, A., Marazziti, D., & Poletaev, A., Trajkovski, V., & Fitzgerald, M. (2018). *Autism: is there a place for ReAttach therapy? A promotion of natural self-healing through emotions rewiring*. Geraadpleegd op 20 september 2022, van <https://www.fioritieditore.com/en/prodotto/autism-is-there-a-place-for-reattach-therapy-a-promotion-of-natural-self-healing-through-emotions-rewiring/>
- Bateman A. & Fonagy P. (2016). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford University Press, Oxford.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beard, C. (2011). Cognitive bias modification for anxiety: Current evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 299–311. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1586/ern.10.194>
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1991). Anxiety and depression: An information processing

perspective. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention*. (pp. 41–54). Harwood Academic Publishers.

Belansky, E. S., Cutforth, N., Chavez, R. A., Waters, E., & Bartlett-Horch, K. (2011). An adapted version of Intervention Mapping (AIM) is a tool for conducting community-based participatory research. *Health promotion practice, 12*(3), 440–455.

<https://doi.org/10.1177/1524839909334620>

Borsboom, D., Bockting, C. & Hardeman, E. (2017). Tegen de stroom in: de netwerktheorie. *GZ - Psychologie 9*, 8–12. <https://doi.org/10.1007/s41480-017-0058-4>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.

Brown, B. B., & Klute, C. (2003). Friendships, cliques, and crowds. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 330–348). Malden, MA: Blackwell.

Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(2), 266–277. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-011-1241-x>

Carter, E. W., Common, E. A., Sreckovic, M. A., Huber, H. B., Bottema-Beutel, K., Gustafson, J. R., Dykstra, J., & Hume, K. (2014). Promoting social competence and peer relationships for adolescents with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education, 35*(2), 91–101. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/0741932513514618>

Cassidy, S., & Rodgers, J. (2017). Understanding and prevention of suicide in autism. *The Lancet Psychiatry, 4*(6), e11. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S2215-0366\(17\)30162-1](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S2215-0366(17)30162-1)

Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in pharmacy teaching & learning, 10*(6), 807–815.

<https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>

- Chang, W. L., Liu, Y. S., & Yang, C. F. (2019). Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3560. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193560>
- Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 844–854. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/ejsp.2297>
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and the window of tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17–25. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/0269881109354930>
- Côté, J. E. (2018). The enduring usefulness of Erikson’s concept of the identity crisis in the 21st century: An analysis of student mental health concerns. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 18(4), 251–263. <https://doi.org/10.1080/15283488.2018.1524328>
- Cozolino L. (2014). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. W.W. Norton & Company, New York.
- Craig, J., & Baron-Cohen, S. (2000). Story-telling ability in children with autism or Asperger syndrome: A window into the imagination. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 37(1), 64–70.
- Crane T. e Patterson S. (2001). *Introduction. History of the Mind-Body Problem*. Routledge, London.
- Diaz, M. T., & McCarthy, G. (2007). Unconscious word processing engages a distributed network of brain regions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(11), 1768–1775. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1162/jocn.2007.19.11.1768>

- Dickson, K. S., Lind, T., Jobin, A., Kinnear, M., Lok, H., & Brookman-Frazee, L. (2021). A systematic review of mental health interventions for ASD: Characterizing interventions, intervention adaptations, and implementation outcomes. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(5), 857–883. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10488-021-01133-7>
- Dodge K.A. (1991). Emotion and social information processing. In J. Garber K.A. Dodge (Eds). *Development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge University Press, NY.
- Embloom. (z.d.). *Resilience Scale – Nederlandse versie (RS-NL)*. Geraadpleegd op 12 oktober 2022, van <https://www.embloom.nl/content/rs-nl/>
- Ensie. (2016). *Ontologie*. Geraadpleegd op 7 december 2022, van <https://www.ensie.nl/sander-weijers/ontologie>
- Ensie. (2022). *Pathogenese*. Geraadpleegd op 7 december 2022, van <https://www.ensie.nl/geneeskundige-encyclopaedie-1929/pathogenese>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ewen, R. B. (2003). Carl. R. Rogers. Self Actualization Theory (I). In D. Riegert & J. Planer (Eds.), *An Introduction to Theories of Personality* (pp. 195-215). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Farmer, G. D., Baron-Cohen, S., & Skylark, W. J. (2017). People With Autism Spectrum Conditions Make More Consistent Decisions. *Psychological Science*, 28(8), 1067–1076. <https://doi.org/10.1177/0956797617694867>
- Feldman, R.S. (2009). *Discovering the Life Span*. Uitgever: Pearson Educated Limited.
- Fisher, J., & Ogden, P. (2007) Sensorimotor psychotherapy. In: Courtois CA, Ford JD (eds) *Treating Complex Post-traumatic Disorders*. New York: Guilford Press, 312–328

- Fiske, S. T. (2009). *Social beings: Core motives in social psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Freeth, M., Bullock, T., & Milne, E. (2013). The distribution of and relationship between autistic traits and social anxiety in a UK student population. *Autism, 17*(5), 571–581.
- Gade C.B.N. (2012). *What is Ubuntu? Different Interpretations among South Africans of African Descent*. South
- <sup>a</sup>GGZ Standaarden. (2017). *Zorgstandaard: Autisme*. Geraadpleegd op 2 november 2022, van [https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/signalering-vroege-  
onderkenning-en-preventie/de-vier-fasen-van-het-zorgproces](https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/signalering-vroege-onderkenning-en-preventie/de-vier-fasen-van-het-zorgproces)
- <sup>b</sup>GGZ Standaarden. (2017). *Over autisme: hoe ontstaat autisme en hoe verloopt het?* Geraadpleegd op 2 december 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/over-autisme/wat-is-autisme>
- <sup>c</sup>GGZ Standaarden. (2017). *Over autisme: kenmerken van autisme in relatie tot levensfasen*. Geraadpleegd op 2 december 2022, van [https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/over-autisme/hoe-ontstaat-  
autisme-en-hoe-verloopt-het/kenmerken-van-autisme-in-relatie-tot-levensfasen](https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/over-autisme/hoe-ontstaat-autisme-en-hoe-verloopt-het/kenmerken-van-autisme-in-relatie-tot-levensfasen)
- Giacomucci, S., & Marquit, J. (2020). The effectiveness of trauma-focused psychodrama in the treatment of PTSD in inpatient substance abuse treatment. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsyg.2020.00896>
- Gordon, I., Voos, A. C., Bennett, R. H., Bolling, D. Z., Pelphrey, K. A., & Kaiser, M. D. (2013). Brain mechanisms for processing affective touch. *Human brain mapping, 34*(4), 914–922. <https://doi.org/10.1002/hbm.21480>
- Gorissen-van Eenige, M. (2007). Lees-de-ogen-test (reading the mind in the eyes test) bij volwassenen met autisme. *Psychopraxis 9*, 191–194 (2007). <https://doi.org/10.1007/BF03072377>

- Guli, L.A., Wilkonson, A.D., & Semrud-Clikeman, M. (2008). Social competence Intervention Program: A Drama-Based Intervention for Youth on the Autism Spectrum. *Social Work with Groups*, 32(3), 243–246. <https://doi.org/10.1080/01609510902737254>
- Guyer, A. E., Silk, J. S., & Nelson, E. E. (2016). The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 74–85. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.neubiorev.2016.07.037>
- Hanemaaijer, T. (2022). *Thematische analyse van twee programma's voor de identiteitsontwikkeling van mensen met autisme*. [Masterscriptie, Rijksuniversiteit Groningen]. Scriptierepository. Geraadpleegd op 29 november 2022, van <https://gmwpublic.studenttheses.ub.rug.nl/1086/>
- Hanımoğlu, E. (2018). Deviant Behavior in School Setting. *Journal of Education and Training Studies*, 6(10), 133-134.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 525. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Haut, K. M., Dodell-Feder, D., Guty, E., Nahum, M., & Hooker, C. I. (2019). Change in objective measure of empathic accuracy following social cognitive training. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsy.2019.00894>
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389–1398. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0006-3223\(03\)00465-7](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0006-3223(03)00465-7)
- Hilbert, K., Boeken, O., Asbrand, J., Seemann, S., Langhammer, T., Praxl, B., Horváth, L., Ertle, A., & Lueken, U. (2022). Who is seeking help for psychological distress associated with the COVID-19 pandemic? Characterization of risk factors in 1269 participants accessing



low-threshold psychological help. *PLoS ONE*, 17(7). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1371/journal.pone.0271468>

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-017-3166-5>

Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism*, 15(4), 397–419. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/1362361310387804>

Ivonin, L., Chang, H.-M., Díaz, M., Català, A., Chen, W., & Rauterberg, M. (2015). Beyond cognition and affect: Sensing the unconscious. *Behaviour & Information Technology*, 34(3), 220–238. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/0144929X.2014.912353>

Jamieson, J. P., Mendes, W. B., Blackstock, E., & Schmader, T. (2010). Turning the knots in your stomach into bows: Reappraising arousal improves performance on the GRE. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(1), 208–212. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jesp.2009.08.015>

Jamieson, J. P., Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2012). Mind over matter: Reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(3), 417–422. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0025719>

Jung, C.G., 1981. *The archetypes and the collective unconscious*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kasari, C., Gulsrud, A. C., Shire, S. Y., & Strawbridge, C. (2022). *The JASPER® model for children with autism: Promoting Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and*

*Regulation*. The Guilford Press.

- Kasari, C., & Sterling, L. (2014). Loneliness and social isolation in children with autism spectrum disorders. In R. J. Coplan & J. C. Bowker (Eds.), *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone*. (pp. 409–426). Wiley Blackwell.
- Kelly, M., McDonald, S., & Rushby, J. (2012). All alone with sweaty palms: physiological arousal and ostracism. *International Journal of Psychophysiology*, 83(3), 309–314.
- Kemps, E., Tiggemann, M., Cibich, M., & Cabala, A. (2019). Cognitive bias modification for energy drink cues. *PLoS ONE*, 14(12). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1371/journal.pone.0226387>
- Klein, A. M., Salemink, E., Hullu, E., Houtkamp, E., Papa, M., & Molen, M. (2018). Cognitive bias modification reduces social anxiety symptoms in socially anxious adolescents with mild intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3116–3126. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-018-3579-9>
- Kreuk, L. (2022). *Van realistische zelfkennis naar zelfacceptatie, zelfrealisatie en welbevinden*. [Masterscriptie, Rijksuniversiteit Groningen]. Scriptierepository. Geraadpleegd op 29 november 2022, van <https://gmwpublic.studenttheses.ub.rug.nl/1185/>
- Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J.P., & Blankers, M. (2018). Korte Klachten Lijst (KKL). *Gedachten uitpluizen*. Geraadpleegd op 5 oktober 2022, van <http://www.directievetherapie.nl/downloads/DT-20-04-384.pdf>
- Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & Levine, K. (2011). Socio-dramatic affective-relational intervention for adolescents with Asperger syndrome & high functioning autism: Pilot study. *Autism*, 15(1), 21–42. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/1362361309353613>
- Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). Constructing emotion: The experience of fear as a

conceptual act. *Psychological Science*, 19(9), 898–903. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1467-9280.2008.02174.x>

Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *The Behavioral and brain sciences*, 35(3), 121–143. <https://doi.org/10.1017/S0140525X11000446>

Livingston, L. A., Shah, P., & Happé, F. (2019). Compensatory strategies below the behavioural surface in autism: A qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 766–777. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S2215-0366\(19\)30224-X](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S2215-0366(19)30224-X)

Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M. M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., Simonoff, E., ... McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet (London, England)*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01541-5)

MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 107–123. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0021-843X.111.1.107>

MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189–217. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052>

Mahapatra, S., Vyshedsky, D., Martinez, S., Kannel, B., Braverman, J., Edelson, S. M., & Vyshedskiy, A. (2018). Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) Norms: A "Growth Chart" for ATEC Score Changes as a Function of Age. *Children (Basel,*

Switzerland), 5(2), 25. <https://doi.org/10.3390/children5020025>

Maïano, C., Normand, C. L., Salvas, M., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 9(6), 601–615. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/aur.1568>

Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology*, 9(11), 159-187.

Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>

Maskey, M., Warnell, F., Parr, J. R., Le Couteur, A., & McConachie, H. (2013). Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(4), 851-859.

Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679–688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>

Mazefsky, C. A., & Minshew, N. (2010). Clinical pearl: The spectrum of autism-from neuronal connections to behavioral expression. *The virtual mentor*, 12(11), 867-72. DOI:[10.1001/virtualmentor.2010.12.11.cpr11-1011](https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.11.cpr11-1011)

McGovern, C. W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 401–408.

Meesus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2012). Identity statuses as developmental trajectories: a five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>

- Mehrabian, Albert. (1971). *Silent Messages*, Wadsworth Publishing Company, particularly pp. 42-43.
- Miley, K., Fisher, M., Nahum, M., Howard, E., Rowlands, A., Brandrett, B., Woolley, J., Hooker, C., Biagiante, B., Ramsay, I., & Vinogradov, S. (2019). Six month durability of targeted cognitive training supplemented with social cognition exercises in schizophrenia. *Schizophrenia research: Cognition*, 20, 100171.  
<https://doi.org.10.1016/j.scog.2019.100171>
- Milton, D. E. (2012). On the ontological status of autism: the ‘double empathy problem.’ *Disability & Society*, 27(6), 883-887.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A replication study using a modified version of the probe detection task. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 595–604. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7967\(98\)00158-2](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/S0005-7967(98)00158-2)
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.) *Child Behaviour Checklist (CBCL)*. Geraadpleegd op 10 oktober 2022, van <https://www.nji.nl/instrumenten/child-behavior-checklist-cbcl>
- Neumann, I. D., & Landgraf, R. (2012). Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends in Neurosciences*, 35(11), 649–659.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.tins.2012.08.004>
- Neumann, I. D., & Slattery, D. A. (2016). Oxytocin in general anxiety and social fear: A translational approach. *Biological Psychiatry*, 79(3), 213–221. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.biopsych.2015.06.004>
- Nissen E., Gustavsson P., Widström A.M. & Uvnäs-Moberg K. (1998). Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean section. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 19, 49-58.
- Norcross, J. C., Karpik, C. P., & Lister, K. M. (2005). What is an integrationist? A study of

- self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1587–1594. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/jclp.20203>.
- Oakley, B. F. M., Jones, E. J. H., Crawley, D., Charman, T., Buitelaar, J., Tillmann, J., Murphy, D. G., & Loth, E. (2022). Alexithymia in autism: Cross-sectional and longitudinal associations with social-communication difficulties, anxiety and depression symptoms. *Psychological Medicine*, 52(8), 1458–1470. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S0033291720003244>
- O’Hearn, K., Asato, M., Ordaz, S., & Luna, B. (2008). Neurodevelopment and executive function in autism. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1103–1132. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S0954579408000527>
- Olson, L., Chen, B., Ibarra, C., Wang, T., Mash, L., Linke, A., Kinnear, M., & Fishman, I. (2022). Externalizing behaviors are associated with increased parenting stress in caregivers of young children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(3), 975–986. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-021-04995-w>
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751–780. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Pellicano, E., & Burr, D. (2012). When the world becomes ‘too real’: A Bayesian explanation of autistic perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(10), 504–510. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.tics.2012.08.009>
- Pelton, M. K., Crawford, H., Robertson, A. E., Rodgers, J., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2020). Understanding suicide risk in autistic adults: Comparing the interpersonal theory of suicide in autistic and non-autistic samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(10), 3620–3637. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-020-04393-8>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration., 2nd ed.* (pp. 147–171). Oxford University Press. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0007>
- Prosperi, M., Turi, M., Guerrera, S., Napoli, E., Tancredi, R., Iglizzi, R., Apicella, F., Valeri, G., Lattarulo, C., Gemma, A., Santocchi, E., Calderoni, S., Muratori, F., & Vicari, S. (2021). Sex differences in autism spectrum disorder: An investigation on core symptoms and psychiatric comorbidity in preschoolers. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 14*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fnint.2020.594082>
- <sup>a</sup>ReAttach Academy. (z.d.). *Over ReAttach*. Geraadpleegd op 20 september 2022, van <https://reattachacademy.com/over-reattach/>
- <sup>b</sup>ReAttach Academy. (z.d.). *ReAttach Basisopleiding*. Geraadpleegd op 20 september 2022, van <https://reattachacademy.com/academy/basisopleiding/>
- Reed, Phil & Giles, Ashleigh & Gavin, Martha & Carter, Neil & Osborne, Lisa. (2016). Loneliness and Social Anxiety Mediate the Relationship between Autism Quotient and Quality of Life in University Students. *Journal of Developmental and Physical Disabilities. 28*. 10.1007/s10882-016-9504-2.
- Rhodes J. & Jakes S. (2009). *Narrative CBT for Psychosis*. Routledge, New York.
- Richardson, C. E., & Wood, R. A. (2012). *Autism spectrum disorders: new research* (Ser. Neurodevelopmental diseases-- laboratory and clinical research). Nova Biomedical, Nova Science Publishers.
- Rimland, B., & Edelson, S.M. (z.d.) *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*. Geraadpleegd op 5 oktober 2022, van <https://www.annehinesmd.com/s/ATEC-AUTISM-Spectrum-Disorder-Checklist.pdf>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.

*Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Romaioli, D., & Faccio, E. (2012). When Therapists Do Not Know What to Do: Informal Types of Eclecticism in Psychotherapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(1), 10–21. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2012.92>

Ryan, C., Cogan, S., Phillips, A., & O'Connor, L. (2021). Objective and subjective measurement of alexithymia in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(6), 2019–2028. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-020-04665-3>

Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion*, 12(4), 659–665. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0027975>

Samson, A. C., Phillips, J. M., Parker, K. J., Shah, S., Gross, J. J., & Hardan, A. Y. (2014). Emotion dysregulation and the core features of autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1766–1772. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-013-2022-5>

Sano, M., Yoshimura, Y., Hirosawa, T., Hasegawa, C., An, K., Tanaka, S., Naitou, N., & Kikuchi, M. (2021). Joint attention and intelligence in children with autism spectrum disorder without severe intellectual disability. *Autism Research*, 14(12), 2603–2612. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/aur.2600>

Sartre J.P. (1956). *Being and Nothingness*, trans. Hazel E. Barnes. Philosophical Library, 1, New York.

Schaaf, R. C., Dumont, R. L., Arbesman, M., & May-Benson, T. A. (2018). Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 72(1), 7201190010p1–7201190010p10.



<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028431>

- Schoen, S. A., Lane, S. J., Mailloux, Z., May-Benson, T., Parham, L. D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. C. (2019). A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 12(1), 6–19. <https://doi.org/10.1002/aur.2046>
- Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., & Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1520–1534. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-013-2011-8>
- Segers, M., & Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism Research*, 7(4), 507–521. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/aur.1375>
- Shillingsburg, M. A., Frampton, S. E., Walters, D. S., & Gayman, C. M. (2022). Teaching joint attention skills to pairs of children with autism. *Behavioral Interventions*, 37(3), 626–639. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/bin.1864>
- Siegel DJ. (1999) *The Developing Mind*. New York: Guilford.
- Sinclair, B. (2022). The relationship between stress, coping and affective distress symptoms in young people with autism spectrum disorder [ProQuest Information & Learning]. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 83, Issue 8–B).
- Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2018). Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: Self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsyg.2018.02442>

- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism, 10*(1), 103–116. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/1362361306062013>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-37). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., Sweeney, T., & Crane, C. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness, 11*(2), 279–290. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s12671-018-1087-9>
- Trimboli, A., & Walker M. (1987). Nonverbal dominance in the communication of affect: A myth? *Journal of Nonverbal Behavior 11*(3), 180-190.
- Trimmer, E., McDonald, S., Kelly, M., & Rushby, J. A. (2017). The physiological and psychological effects of ostracism in adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(8), 2326–2335. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10803-017-3146-9>
- Vaidya, C. J., You, X., Mostofsky, S., Pereira, F., Berl, M. M., & Kenworthy, L. (2020). Data-driven identification of subtypes of executive function across typical development, attention deficit hyperactivity disorder, and autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(1), 51–61. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/jcpp.13114>
- Vaismoradi, Mojtaba & Jones, Jacqueline & Turunen, Hannele & Snelgrove, Sherrill. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice, 6*(8), 100-110. <https://doi.10.5430/jnep.v6n5p100>
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse*. Nel Verhoeven & Bloom uitgevers Amsterdam.

- Wagnild G. & Young, H (1987). *Resilience Scale – Nederlandse versie: handleiding* (Nederlandse bewerking Michael Portzky). Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Weerkamp-Bartholomeus, P. J. P. W. (2015). Reattach a new schema therapy for adults and children? Part I: Adults. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 12(1–2), 9–13.
- White M. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W W Norton & Company, New York
- White, S.W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1858–1868
- White, S. W., Ollendick, T. H., & Bray, B. C. (2011). College students on the autism spectrum: Prevalence and associated problems. *Autism*, 15, 783–801
- Wikipedia. (2015). Salutogenese. Geraadpleegd op 7 december 2022, van <https://nl.wikipedia.org/wiki/Salutogenese#:~:text=Salutogenese%20is%20een%20begrip%20dat,middelpunt%20van%20de%20pathogenese%20staan.>
- Williams, K. D., Cheung, C. K. T., & Choi, W. (2000). Cyberostracism: Effects of being ignored over the Internet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 748–762. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0022-3514.79.5.748>
- Williams, K. D. (2009). Ostracism: A temporal need-threat model. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 41, pp. 279–314). Academic Press.
- Wilson, T. D., & Bar-Anan, Y. (2008). Psychology. The unseen mind. *Science (New York, N.Y.)*, 321(5892), 1046–1047. <https://doi.org/10.1126/science.1163029>
- Wolynn M. (2017). *It Didn't Start With You: How Inherited Family Trauma Shapes Who We Are and How to End the Cycle*. Penguin Books, London.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

Zhang, M., Ying, J., Song, G., Fung, D. S. S., & Smith, H. (2019). Web-Based Cognitive Bias Modification Interventions for Psychiatric Disorders: Scoping Review. *JMIR mental health*, 6(10), e11841. <https://doi.org/10.2196/11841>

## Bijlagen

### Bijlage 1: factoren van kwetsbaarheid

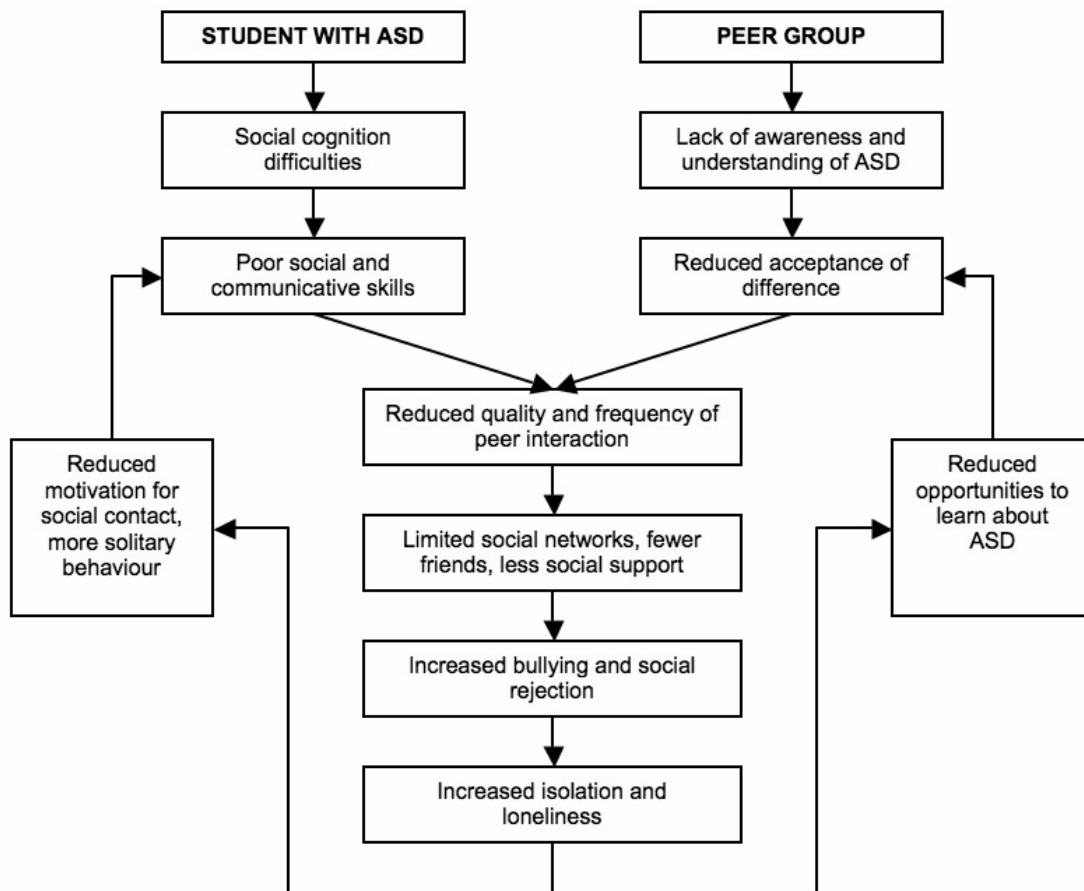
Volgens het reviewonderzoek van Schroeder et al. (2014) waarbij zeventien wetenschappelijke artikelen zijn geanalyseerd, zijn er zevental factoren die personen met ASS kwetsbaar maken om het slachtoffer te zijn van pesten. Deze zijn het volgende:

1. Moeilijkheden met het vormen en onderhouden van positieve relaties met leeftijdsgenoten brengen kinderen en adolescenten met ASS in een verhoogd risico om gepest te worden. Aanwezigheid van vrienden wordt geïdentificeerd als beschermende factor, waar zij vaak een gebrek aan hebben (door problemen in sociale interactie). Dit resulteert in minder kansen om deel te nemen aan sociale interacties waardoor hun sociale vaardigheden verder verminderen. Dit komt overeen met het REPIM-model (Humphrey & Symes, 2011).
2. Gebreken in de *Theory of Mind* (Baron-Cohen, 2000; Baron-Cohen et al., 1985) verhoogt het risico om gepest te worden. Tekorten hierin maakt het voor personen met ASS moeilijker om sociale signalen te begrijpen dan normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten, wat de kans verhoogd op marginalisatie en conflicten met leeftijdsgenoten.
3. Moeilijkheden in het begrijpen van de gedachten van een ander, heeft weer invloed op het vermogen van personen met ASS om de feedback van anderen over hun eigen gedrag te monitoren. Vaak ontstaan hierin misverstanden, wat de kans op pesten vergroot.
4. Assertiviteit en effectieve communicatie worden gezien als beschermende factoren tegen pesten. Problemen met communicatie verhoogt het risico om gepest te worden.
5. Personen met ASS hebben problemen met emotieregulatie. Als een individu de neiging heeft om sterke emotionele en/of gedragsreacties te vertonen op de pester, werkt dit averechts: dat soort reacties blijkt de pester meer aan te moedigen.
6. Leeftijdsgenoten kunnen de gedragspatronen, beperkte interesses en activiteiten die

kenmerkend zijn voor personen met ASS vreemd vinden en als ‘anders’ ervaren. Dit verhoogt het risico om gemarginaliseerd te worden binnen de groep van leeftijdsgenoten en een target te worden van pesters. Ook dit komt overeen met het REPIM-model (Humpherey & Symes, 2011).

7. Personen met ASS kunnen ook risico lopen om gepest te worden vanwege hun verhoogde kans om agressief te reageren en beperkte mogelijkheden om sociale problemen effectief op te lossen.

## Bijlage 2: het REPIM-model



*Noot.* Overgenomen uit “Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings” door N. Humphrey en W. Symes, 2011, *Autism*, 15(4), 397–419.

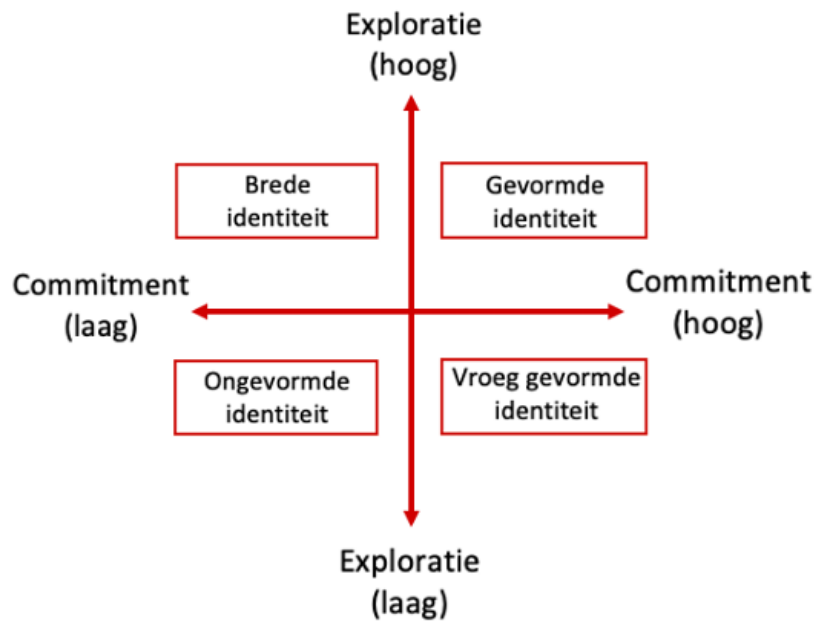
### **Bijlage 3: de vier identiteitsstatussen van Marcia (1980)**

Als er sprake is van een ongevormde identiteit, dan heeft dit individu weinig tot geen opties verkend en heeft hij daarom geen binding met een bepaalde optie of keuze. Bij een brede identiteit heeft iemand nog niet besloten waar hij zich aan gaat binden, maar dit individu denkt wel na over zijn opties en probeert deze ook te verkennen (een crisis). Dit is goed, zolang een persoon hierin niet te lang blijft hangen. Denk hierbij aan een middelbare scholier die verschillende vakken uitprobeert en op deze manier erachter komt dat haar interesses goed passen bij handvaardigheid en minder goed past bij wiskunde en natuurkunde. Er wordt gesproken over een vroeg gevormde identiteit bij het binden aan een bepaalde keuze zonder eerst een periode van verkenning door te maken. Denk hierbij aan iemand die uit een familie komt waarbij het beroep als advocaat veel wordt beoefend en dit persoon daarom ook besluit om advocaat te worden, zonder eerst te kijken naar andere opties. Tot slot, wanneer men zijn opties heeft verkend en daarna besluit om zich te binden aan een keuze is er sprake van een gevormde identiteit. Het laatst genoemde is een lang proces en wordt vaak niet gerealiseerd aan het einde van de adolescentie. Personen met een gevormde identiteit voelen zelfacceptatie, een stabiele zelfdefinitie en zijn toegewijd aan hun identiteit. In figuur 1 zijn de identiteitsstatussen in een dimensie gezet.



## Figuur 1

*De vier identiteits-statussen van Marcia (1980)*

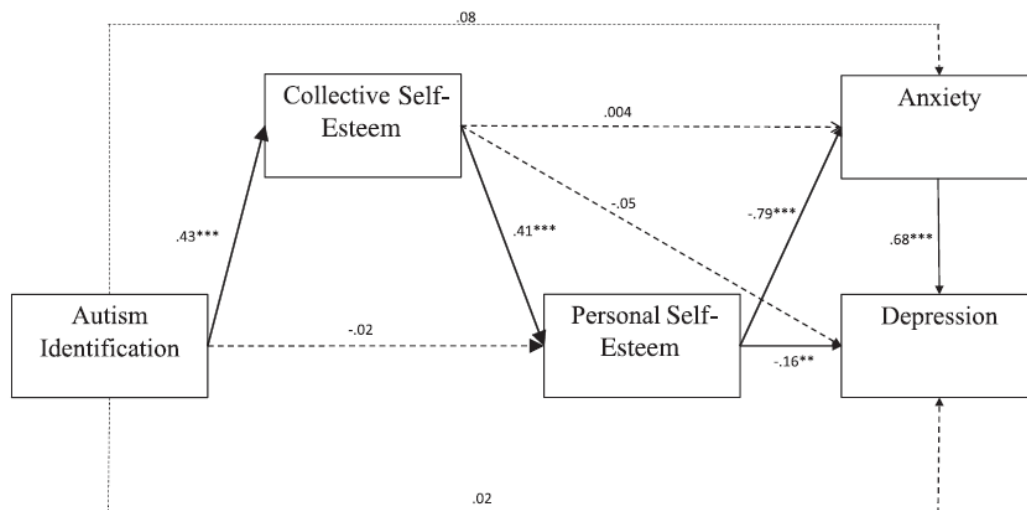


*Noot.* De vier identiteitsstatussen van Marcia. Overgenomen uit “Discovering the Lifespan,” door R. S. Feldman, 2009, Uitgever: Pearson Educated Limited.

#### Bijlage 4: persoonlijk en collectief zelfvertrouwen

Cooper et al. (2017) hebben een grootschalig onderzoek uitgevoerd naar de relaties tussen de sociale identiteit, zelfvertrouwen en mentale gezondheid bij personen met ASS in vergelijking met normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten (controlegroep). Zelfvertrouwen wordt verdeeld in persoonlijk en collectief zelfvertrouwen. Het verschil tussen dit twee is dat het eerste betrekking heeft op het individu (persoonlijke waarde) en het laatste op de groepsidentiteit (groepswaarde).

Personen met ASS hebben een significant lager persoonlijk zelfbeeld en meer last van depressie en angst dan de controlegroep (Cooper et al., 2017). Autisme-identificatie is positief geassocieerd met het persoonlijk zelfvertrouwen door de associatie met het collectief zelfvertrouwen (moderator). Verder is autisme-identificatie indirect (negatief) geassocieerd met depressie en angst door de collectieve zelfvertrouwen en persoonlijk zelfrespect. Een positief collectief zelfvertrouwen (een groepsidentiteit) is belangrijk voor personen met ASS.



\* $p < .05$ ; \*\*\* $p < .001$ ; standardized regression coefficients appear on each path.  
This model controls for sex, sexuality, and educational level.

Fig. 1: Standardized coefficients for model with both direct and indirect paths

*Noot.* Model tussen autisme-identificatie en de verschillende moderatoren en mediators.

Overgenomen uit “Social identity, self-esteem, and mental health in autism”, door Cooper et al., 2017, *European Journal of Social Psychology*, 47(7), p.850.

## **Bijlage 5: lijst van thema's**

### **1. Identiteitsopvattingen**

Opvattingen die iemand gevormd heeft over zijn of haar identiteit.

### **2. Zelfvertrouwen/zelfbeeld**

Zelfvertrouwen is de mate waarin iemand vertrouwen heeft in het eigen kunnen; zelfbeeld is de manier waarop iemand naar zichzelf kijkt; het geheel aan gedachten, ideeën en oordelen over zichzelf (dit hoeft niet in overeenstemming te zijn met de werkelijkheid).

### **3. Identiteitszoektocht; exploratie-commitment**

De zoektocht naar de identiteit met inachtneming van de schalen exploratie en commitment zoals Marcia (1966) deze heeft geïntroduceerd.

### **4. Gevormdheid identiteit**

De mate waarin de identiteit gevormd is.

### **5. Identiteitstypen**

De verschillende type identiteiten die iemand gevormd heeft.

### **6. Levensfilosofie**

De overtuigingen van iemand over het leven en de manier waarop hij of zij in het leven staat.

**7. Identiteitsdomeinen** (carrière- en studiekeuzes, politieke identificering, identificering met andere personen/groepen; Intieme banden, morele ontwikkeling; wat goed en wat fout is, religie, etc.)

De verschillende domeinen waarbinnen identiteit een rol speelt en waaraan iemand zijn of haar identiteit ontleent, zoals werk, opleiding, politieke voorkeur, identificatie met groepen of andere mensen, moraliteit, religie.

### **8. Congruentie (en volledigheid) zelfkennis en gepresenteerde zelf (imago)**

De mate waarin de zelfkennis congruent en volledig is en in overeenstemming is met het beeld dat iemand van zichzelf afgeeft.

### **9. Integratie samenleving (Imago <> reputatie)**

Dit aspect gaat over een goede integratie in de samenleving waarin imago (beeld dat iemand oproept) en reputatie (hoedanigheid waaronder iemand bekend staat) een rol spelen.

**10. Identiteitscrisis** (impact op mentale gezondheid), normatief onderdeel van de ontwikkeling maar wel stressvol.

De onmacht om verschillende aspecten van de eigen identiteit tot een geheel te kunnen integreren; een periode die zich kenmerkt door verandering en disbalans/instabiliteit in het zijn.

### **11. Existentiële angsten** (doe ik er toe, bestaansreden, doet het leven ertoe?)

De angsten die gepaard gaan met de eindigheid van het leven, zin/zinloosheid van het leven, de juiste keuzes in het leven maken en eenzaamheid versus verbondenheid.

### **12. Betekenisvol leven (meaning of life)**

De betekenis van het leven voor iemand, de betekenis die hij eraan geeft.

### **13. Zingeving**

Dit thema gaat over de waarde, betekenis en bedoeling die iemand aan zijn leven geeft (overlap met thema 12).

### **14. Zelfacceptatie**

Jezelf aanvaarden en accepteren zoals je bent (in het reine komen met jezelf, begrip ontwikkelen voor jezelf).

### **15. Zelfveroordeling**

Jezelf veroordelen op wie je bent, wat je wel en niet doet of gedaan hebt, jezelf dingen kwalijk nemen.

### **16. Identiteitssynthese**

Dit thema gaat over het smeden van een sterke identiteit waarbij duidelijk is wie iemand is, waar hij voor staat en trots op is en wat belangrijk voor hem of haar is. Identiteitssynthese staat haaks op identiteitsverwarring.

### **17. Opvullingen hiaten bestaand interventie-aanbod**

Aanvullende zinvolle componenten die tegemoet komen aan ontbrekende onderdelen in het bestaande aanbod van de interventies.

## **Bijlage 6: uitleg stappenplan thematische analyse**

Volgens Verhoeven (2020) bestaat de thematische analyse uit zes stappen: fragmenteren, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren en presenteren. De **eerste stap** van de thematische analyse bestaat uit de ontdekkingsfase, waarbij er in eerste instantie beschikbaar materiaal gefragmenteerd wordt. Dit gebeurt voornamelijk door het beschikbare materiaal door te lezen, gezien er vaak sprake is van tekstmateriaal.

Fragmenteren gebeurt dus door de tekst te lezen en herlezen totdat er relevante tekstdelen verdeeld kunnen worden in componenten. Hierbij is het van belang dat het tekstdeel altijd samengevat moet worden door één begrip, kernwoord(en), idee of oneliner. Het fragmenteren gebeurt naast het lezen van het materiaal ook door middel van de toepassing van een word of excel bestand, waarin begrippen doorzocht worden met de zoekfunctie. De **tweede stap** van de ontdekkingsfase bestaat uit het coderen van de (tekst) fragmenten (componenten). Dit gebeurt tijdens het selecteren van de fragmenten, waarbij het fragment samengevat wordt door één begrip of eventuele oneliner. Tijdens het coderen worden vier vaste stappen doorlopen, waarbij de eerste stap exploratief coderen is. Hierbij wordt elk stukje tekst gecodeerd en wordt er een kernwoord aan gekoppeld. Bij de tweede stap relevant coderen, wordt er opnieuw gekeken of de codes nog relevant zijn m.b.t. het fragment. Tijdens de derde stap, uniek coderen, worden er overlappende codes geïntegreerd in een overkoepelende code. Bij de laatste stap voorlopig groeperen, worden de codes voorlopig onderverdeeld in thema's en gegroepeerd.

De **derde stap** van de thematische analyse bestaat uit de reductiefase, waarbij er in eerste instantie gebruik wordt gemaakt van thematiseren. Bij thematiseren worden alle codes van de fragmenten in grotere categorieën geclusterd. Deze onderwerpen staan in relatie met andere onderwerpen en de probleemstelling, waarbij de gevonden onderwerpen een representatieve samenvatting is van al het materiaal. Tijdens de tweede stap van de reductiefase, het reviseren

en verfijnen van de gevonden thema's/onderwerpen, wordt opnieuw nagegaan in hoeverre de voorlopige thema's (die naar voren komen in de analyse) goed gedekt worden. Wanneer de voorlopige thema's uit de analyse onvoldoende representatief zijn, zullen de thema's gereviseerd en verfijnd moeten worden door middel van (her)ordering. Tijdens het ordenen van de thema's zal er gekeken worden of er sprake is van hoofd- en subthema's en in hoeverre deze een relatie met elkaar hebben. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt of thema's wederzijds verband hebben, een onderdeel van een andere thema is of dat er een oorzaak en gevolg relatie is tussen de thema's.

De **volgende stap** van de thematische analyse zal bestaan uit de reflectiefase, waarbij er in eerste instantie thema's vastgesteld en gestructureerd worden. Dit gebeurt door de thema's te evalueren, te interpreteren en vervolgens te verduidelijken waar de thema's op gebaseerd zijn. Tevens worden de relaties tussen thema's verduidelijkt dat karakteriserend is voor het onderwerp. Tot slot zal er in de eerste stap van deze fase een link worden gelegd tussen de probleemstelling en de gevonden verbanden tussen de thema's, waarbij vervolgens de resultaten samengevat worden in een kaart, tekst of tabel. Tijdens de tweede stap van de reflectiefase en de laatste stap van de thematische analyse zullen de gevonden resultaten verklaard en beschreven worden. In dit geval zal er een masterscriptie geschreven worden, waarbij deze methodesectie gevolgd zal worden door een resultatensectie, conclusie en discussie.

## **Bijlage 7: uitleg SDARI en de vijf spellen**

SDARI maakt gebruik van een handleiding die gericht is op groepstherapie. Het is ontwikkeld om deelnemers te helpen bij het ontwikkelen en oefenen van sociale vaardigheden. Verschillende vaardigheden worden beoefend aan de hand van spellen. Daarnaast is er de mogelijkheid om met één spel meerdere vaardigheden te beoefenen. Zo beoogt het spel 'gibberish' te werken aan vaardigheden als (a) samenwerken, (b) lichaamstaal, (c) stem-intonatie en (d) het aannemen van een ander perspectief waarmee sociale cognitie wordt getraind (Lerner et al., 2011). De nadruk wordt vooral gelegd op sociale betrokkenheid in plaats van hoe correct het gedrag is uitgevoerd; daarmee benadrukt SDARI het experimenteren met authentiek gedrag.

De SDARI is voortgebouwd op bestaande sociale vaardigheidstrainingen. Echter zijn er in de literatuur aanbevelingen geweest om de sociale motivatie te verbeteren en de generalisatie van het gedrag te vergroten (White et al., 2007). De technieken die worden gebruikt in SDARI bevatten twee componenten die voldoen aan deze aanbevelingen: enerzijds wordt er gebruik gemaakt van positieve sociale bekrachtigers, anderzijds worden leeftijdsgebonden strategieën ingezet die zorgen voor het nemen van initiatief. De bekrachtigers bestaan uit: foutloos lesgeven, het ontwikkelen van een verzorgende en leuke omgeving, duidelijke sociale regels, positieve gedragingen en meerdere trainers om vaardigheden mee te oefenen. Voorbeelden van leeftijdsgebonden strategieën zijn videogames en niet-competitieve fysieke activiteiten.

Het SDARI-curriculum omvat activiteiten welke gebaseerd zijn op variaties van drama -en improvisatie spellen (zie bijvoorbeeld Guli, Wilkinson, & Semrud-Clikeman, 2008). Volgens Lerner et al. (2011) bieden dergelijke activiteiten kansen om individuele interesses prosociaal te gebruiken. Dit heeft een aantal voordelen. Het zorgt ervoor dat de motivatie voor participatie wordt vergroot en de complexiteit van 'echte' sociale interactie wordt nagebootst



zonder dat het te overweldigend is voor de deelnemer. Deze activiteiten trainen deelnemers in specifieke non-verbale wederzijdse interactie-aanwijzingen, waar personen met ASS juist vaak moeite mee hebben. Aangezien de vaardigheden generaliseerbaar zijn, kan de deelnemer het gedrag ook in andere settings toepassen. Door te oefenen en experimenten met gedrag in een veilige groep, kunnen personen met ASS ontdekken welk gedrag bij ze past en authentiek voelt. Zo kunnen zij ontdekken wat hun persoonlijke morele waardes zijn en welk gedrag daarbij past.

Op 6 december 2021 is er een ZOOM meeting geweest met dr. Matthew Lerner, de uitvinder van SDARI. Dr. Lerner heeft een korte presentatie gegeven over hoe de SDARI is ontstaan en de theoretische achtergrond hiervan. In dit gesprek is er een verzoek gedaan voor het inzien van de handleiding, zodat deze kan worden gebruikt voor de thematische analyse. Dr. Lerner heeft aangegeven dat er op dit moment geen handleiding beschikbaar is en dat hij op een flexibele wijze te werk gaat. Dr. Lerner kiest, aan de hand van de behoeften van de deelnemers, de spellen uit voor zijn programma.

### ***Cluedo***

Cluedo is, naast een bordspel, ook een improvisatiespel. De spelers moeten uitbeelden wie de moord heeft gepleegd (beroep), vanuit welke emotie de moordenaar dit heeft gedaan en op welke locatie. Deze suggesties worden willekeurig gedaan door het publiek. Het publiek moet op het einde raden met welk wapen de moord gepleegd is. Het doel van het spel voor de spelers is om zo creatief mogelijk de spelsuggesties van het publiek aan elkaar te verbinden in een coherent maar verrassend scenario.

### ***Gibberish***

Gibberish is een improvisatie spel waarbij de spelers een ‘fantasietaal’ spreken. Er wordt gecommuniceerd door middel van gefantaseerde klanken. Door de betekenisloze woorden, leren kinderen hun behoeften duidelijk te maken aan de hand van de toon waarop iets gezegd

wordt, door klanken, emotie/gezichtsexpressie en lichaamshouding. Ze leren het belang van samenwerking, flexibele sociale cognitie en ze leren andermans perspectief aan te nemen (Lerner et al., 2011).

### ***Emotion Ball***

Emotion Ball werkt aan de hand van gekleurde ballen met gezichten die verschillende uitdrukkingen van emoties laten zien of aan de hand van één bal met de verschillende gezichten erop. In de meeste gevallen gaat het om de volgende emoties: blij, boos, bang, bedroefd, beschaamd en verrast. Emotion Ball leert deelnemers om emoties te kunnen herkennen, deze te benoemen, empathie te tonen, andermans perspectief aan te nemen en emoties te imiteren (non-verbale communicatie). De emotie bal kan voor verschillende doeleinden worden gebruikt. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

1. Tijdens het spel kan een deelnemer de bal opgooien in een groep. Een andere deelnemer vangt de bal. Wanneer de rechterduim zich dicht bij een emotie/gezicht bevindt, verteld degene wanneer hij of zij die emotie voor het laatst voelde in een verhaalvorm.
2. Het bovenstaande spel kan ook op een andere manier worden gespeeld. Nogmaals zal een deelnemer de bal opgooien in de groep. Deze keer wordt er geen verhaal verteld over wanneer ze de specifieke emotie hebben ervaren, maar beelden ze het gevoel uit zonder het woord te zeggen. De andere groepsleden moeten dan raden om welke emotie het gaat. Hierbij wordt een koppeling gemaakt tussen het uiten van een emotie en lichamelijke sensaties. Er lijkt namelijk een dissociatie te zijn tussen wat personen met ASS ervaren en wat zij uiten (Trimmer et al., 2017).
3. Wanneer een deelnemer moeite heeft met het benoemen van een situatie wanneer hij/zij voor het laatste de bepaalde emotie voelde, kan hij/zij 'de beste vriend' scenario gebruiken. De deelnemer benoemt dan een situatie wanneer zijn/haar beste vriend(in) de emotie, die op de bal te zien is, voelde. Dit zorgt voor het creëren van empathie.

### ***One Word Story***

One Word Story werkt op de volgende manier: een persoon zegt één woord om het verhaal te beginnen. De persoon links van hem/haar benoemt het volgende woord en dit gaat zo door totdat iedereen aan de beurt is geweest. Het doel van het spel is om een kloppend, samenhangend verhaal te vertellen. One Word Story leert kinderen samen te werken, andermans perspectief aan te nemen, de toon van hun stem aan te passen en een inhoudelijk samenhangend verhaal te leren vertellen (*organized speech* in plaats van *disorganized speech*) (Lerner et al., 2011).

### ***Pass the Clap***

De deelnemers staan in een cirkel tijdens het spelen van Pass the Clap. Eén van de deelnemers draait zich naar links of rechts, kijkt een andere deelnemer aan. Wanneer er oogcontact is, moeten ze allebei tegelijkertijd klappen met hun handen. De deelnemer met wie oogcontact is opgezocht moet vervolgens hetzelfde doen bij een van de andere deelnemers. Het doel van het spel is om tegelijkertijd te klappen, wanneer dit niet gebeurt moeten de deelnemers net zolang klappen totdat het klappen wel synchroon gebeurt. De deelnemers leren oogcontact te maken, aandachtig te zijn door te letten op non-verbale communicatie en zo meer afstemming en synchronie in het contact te ontwikkelen.

## **Bijlage 8: achtergrondinformatie ReAttach en de kernelementen**

In de psychologie is de ‘*Cartesian-Split*’ welbekend (Crane en Patterson, 2001, geciteerd in Bartholomeus, 2018), waarbij een scheiding wordt gemaakt tussen de geest en het lichaam. Descartes’ hypothese van ‘*Cogito ergo sum*’ (ik denk, dus ik ben) gaat ervan uit dat het bestaan en begrip voortkomen uit de cognitie, zoals dit af te leiden is uit ‘*cogito*’. De meeste therapeutische tradities gaan ervan uit dat de geest superieur is aan het lichaam, volgens Bartholomeus et al. (2018).

Ondanks de kritiek op het geest-lichaam dualisme gebruiken, volgens Bartholomeus et al. (2018), bijna alle psychotherapeutische interventies de ‘*cogito*’ als hun basis voor therapie. Dit betekent dat ‘zij’ vertrouwen op het spreken, luisteren, het cognitief herstructureren van informatie en het creëren van nieuwe betekenissen, in een poging om verandering teweeg te brengen in de manier waarop mensen zich voelen. Bartholomeus et al. (2018) vragen zich af waarom de cognitie als hoofdmethode wordt gebruikt in therapieën en waarom er geen afstand wordt genomen van de ‘*Cartesian-split*’, van de ‘*Cogito ergo sum*’. Volgens Bartholomeus et al. (2018) strookt deze redenering niet met onderzoeksresultaten waarbij wordt aangegeven dat de menselijke communicatie grotendeels bestaat uit non-verbale communicatie. Dus waarom zou de basis voor een therapie bestaan uit verbale communicatie?

Volgens Bartholomeus et al. (2018) wordt er vooral in de psychiatrie te veel geleund op het geest-lichaam dualisme, omdat zij te veel vertrouwen op medicamenteuze interventies. In de psychiatrie is men grotendeels afhankelijk van het toedienen van psychotrope stoffen als methode voor therapie. Zo omschrijft Bartholomeus et al. (2018), gebaseerd op het werk van Healey (2016), dat er medicijnen zijn die de emotionele staat (= *emotional arousal*) beïnvloeden, zoals lage arousal (dysthymisch), normale/optimale arousal (euthymisch) en hoge arousal (hyperthymisch). Ook probeert men in de psychiatrie het affect te beïnvloeden door de afgifte van bepaalde neurotransmissie te manipuleren (Healey, 2016, geciteerd in

Bartholomeus et al., 2018). Er wordt aangenomen dat deze manipulatie van het affect en arousal vervolgens de cognitie reguleert, wat volgens Bartholomeus et al. (2018) de kernontologie<sup>5</sup> van de psychiatrie vormt. Hier wordt juist de gevoelens en het affect vóór de cognitie geplaatst.

Uit de informatie in de bovenstaande alinea wordt geredeneerd dat het manipuleren van het affect en arousal, de negatieve en maladaptieve cognitie zal veranderen. Dan, zo betoogt Bartholomeus et al. (2018), wordt de methode voor therapie niet meer ‘Cogito ergo sum’, maar ‘Sentio ergo sum’ (ik voel, dus ik ben). Het laatste suggereert dat de psychiatrische ontologie impliceert dat emoties en arousal vóórafgaan aan de cognitie in het menselijk bestaan, in plaats van andersom. Bartholomeus et al. (2018) is aanhanger van het laatste. Zij baseert zich op de neurowetenschapper Dodge (1991) die stelt dat alle vormen van cognitieve verwerking worden gestimuleerd en geïntegreerd door emoties of affect evenals processen die de cognitie organiseren, versterken en verzwakken. Hierdoor wordt de ontologische stelling dat ons bestaan begint met het voelen in plaats van denken.

ReAttach gaat uit van de bovenstaande stelling en is ervan overtuigd dat het voelen [=sensing] én affect qua ontwikkeling vóórafgaan aan de cognitie, waardoor zij voelen ‘Sentio’ vóór het denken ‘Cogito’ plaatsen. ReAttach gelooft echter, dat voelen [=sensing] relationeel van aard is. Bartholomeus et al. (2018) baseert dit op het onderzoek van Cozolino (2014), die zou aantonen dat *voelen en het leren verwerken van voelen* een relationeel fenomeen dat is “gelokaliseerd in de gehechtheidconstellaties waarin we bestaan”, ook wel de ‘sociale synapse’ genoemd. Dit zou overeenkomen met de notie van Wolynn (2017) geciteerd in Bartholomeus et al., (2018) dat transgenerationeel trauma wordt doorgegeven op non-verbaal niveau.

---

<sup>5</sup> Ontologie = “Ontologie is een tak binnen de filosofie waarin ‘het zijn’ van het geheel van dingen wordt behandeld. Ontologie wordt daarom ook wel de zijnsleer genoemd. De traditionele ontologie wordt vaak ook gezien als een tak van de metafysica” (Ensie, 2016).

Volgens Bartholomeus et al. (2018) kan men de zintuigelijke verwerking, het affect en het levensverhaal van een persoon niet begrijpen als een geïsoleerde variabele of fenomeen. Wel zou dit te begrijpen zijn door enerzijds rekening te houden met de relationaliteit of de banden (hechtingen) die een persoon heeft en anderzijds door de ‘relationele ruimte’ en de hechtingen waarin we bestaan ter discussie te stellen.

Dit standpunt heeft ook invloed op taal, want taal wordt ons altijd gegeven door anderen, degenen die ons opvoeden en onderwijzen. Bartholomeus et al. (2018) omschrijven dat in de wereld van woorden, die ons door taal en onderwijs worden gegeven, we verschijnselen tegenkomen die we alleen kunnen identificeren door rekening te houden met hun relationaliteit of context. Bartholomeus et al. (2018) geloven dat hetzelfde principe geldt voor de menselijke waarneming: dit is een relationeel fenomeen en dit moet begrepen en geholpen worden in de context van relationaliteit. Verder benoemt Bartholomeus et al. (2018) dat men in gedachten moet houden dat we al een relatie met onszelf hebben vanwege het feit dat we aan onszelf denken, Sartre (1956) noemde dit de dualiteit van de geest.

Dit leidt volgens Bartholomeus et al. (2018) naar het volgende ontologische dilemma: we zijn geen 'ik', maar ik ben een innerlijk 'wij' en een onderdeel van een groter 'wij'. Daarom moeten de ontologie, pathogenese<sup>6</sup> en salutogenese<sup>7</sup> in deze context worden begrepen. Bartholomeus et al. (2018) geven aan dat elk psychologisch of psychiatrisch probleem lijkt te ontstaan of zich manifesteert in de context van een relatie, hetzij met zichzelf, een andere persoon of personen, iemands lichaam, enzovoort. Volgens hen gaat het altijd om een relatie met iets of iemand.

De ontwikkelaar van ReAttach kan zich vinden in het Afrikaanse filosofische concept van ‘ubuntu’. Gade (2012) geciteerd in Bartholomeus et al. 2018 beschrijft ubuntu als een

---

<sup>6</sup> Pathogenese = “de leer van het ontstaan der ziekten” (Ensie, 2022).

<sup>7</sup> Salutogenese = “Salutogenese is een begrip dat de socioloog Aaron Antonovsky (1923 – 1994) heeft voorgesteld. Daarbij gaat het om een benadering van de mens, die zich richt op factoren die gezondheid en welbevinden stimuleren” (Wikipedia, 2015).

verwijzing naar de mensheid waarbij er een universele band is die ons allemaal verbindt, vaak vastgelegd in de vertaling 'ik ben, omdat we zijn'. Deze ontologische positionering van 'ik ben omdat we zijn' vormt een centrale overtuiging of aanname van het ReAttach-model, dat wil zeggen dat ons bestaan, lijden en gezondheid, evenals therapieën, alleen kunnen worden begrepen in relationaliteit.

ReAttach vervangt de 'Cogito ergo sum' door 'Sentio ergo sum', omdat het gelooft dat emotie voorafgaat aan cognitie. Bovendien gelooft dr. Paula Bartholomeus erin dat deze processen collectief en onderling verbonden zijn, waardoor het 'ik' moet worden vervangen door een 'wij'. Dit creëert de volgende ontologie voor ReAttach: "Sentimus ergo sumus": 'We voelen, dus we zijn'. Omdat Bartholomeus et al. (2018) ervan uitgaan dat personen in de eerste plaats voelen voordat zij denken, zou de primaire methode van therapeutische interventies moeten bestaan uit de manipulatie van de sensorische waarneming, affect en *arousal*. Pas als dit is bereikt, worden taal- en cognitieve herstructurering toegevoegd om het proces van mentaliseren te vergemakkelijken.

### ***Kernelementen ReAttach***

***1 - Gezamenlijke aandacht (=joint attention) en verbinding.*** Gezamenlijke aandacht en verbinding wordt bereikt door het maken van fysiek contact. De therapeut zit tegenover de cliënt en raakt zijn handen aan door er (ritmisch) op te tikken. Ook wordt er (een korte tijd) oogcontact gemaakt. Verder wordt de cliënt geïnstrueerd om de stem van de therapeut te volgen. Hiermee wordt geprobeerd om een veilige manier van hechting en gezamenlijke aandacht te creëren, wat volgens onderzoek (zo benoemen Bartholomeus et al. 2018) een optimale conditie is om te leren. Er wordt gefocust op het vormen van een therapeutische relatie.

***2 - Proactieve arousal en gedeeltelijke affectregulatie.*** In de psychiatrie gebruikt men psychotrope medicatie om het centrale zenuwstelsel te beïnvloeden om vervolgens effect te

hebben op het perifere zenuwstelsel. Deze medicatie kan, volgens Bartholomeus et al. (2018), grofweg worden categoriseerd in stimulanten (voor het verhogen van arousal), kalmeringsmiddelen (voor het verlagen van arousal) en stabiliseringsmiddelen (voor het stabiliseren van arousal). ReAttach vindt het nadelig wanneer een cliënt voor langdurige perioden afhankelijk is van medicatie. Zij geven aan dat ze de noodzaak hiervan inzien voor (ernstige) toestandsbeelden. Echter, de effecten van medicatie die men 'indien nodig' kan innemen (wat dus bedoeld is voor korte perioden van actieve werking) kan volgens ReAttach ook op een andere manier worden gerealiseerd.

Door het ontwikkelen van een soortgelijk concept als in de psychiatrie, maakt ReAttach gebruik van drie niveaus van arousal. Dit doen zij door op verschillende frequenties te tikken op de handen. De drie niveaus zijn: lage arousal, ook wel 'rustgevende of mentaliserende modus' genoemd; optimale arousal, ook wel 'speelmodus' genoemd en hyperarousal, ook wel 'bedreiging-activering/manie-modus' genoemd. Respectievelijk zou dit volgens Bartholomeus et al. (2018) corresponderen met de volgende stemmingen: dysthymie, euthymie en hyperthymie. Bovendien geven de auteurs aan dat het tikken met de juiste hoeveelheid druk, de afgifte van oxytocine stimuleert zoals onder meer wordt gesuggereerd door Nissen et al. (1998), geciteerd in Bartholomeus et al. 2018.

Te hard tikken (drukken) zou ervoor zorgen dat cortisol en dopamine worden afgegeven. Meer informatie hierover kunt u vinden op pagina 11 in Bartholomeus et al. (2018). Deze kernelement van ReAttach kan arousal reguleren, oxytocine triggeren en veilige gehechtheid nabootsen, terwijl er gezamenlijke aandacht wordt gecreëerd. Bartholomeus et al. 2018 benoemen dat dit belangrijke onderdelen zijn van therapeutische verandering.

**3 - Optimale schemaverwerking, activatie en deactivatie van bedreigingen.** Wanneer gezamenlijke aandacht en optimale arousal is gerealiseerd, probeert de therapeut de cliënt in staat te stellen om concepten, objecten of schema's te verwerken of te oefenen tijdens de



optimale arousal (speelmodus). Concepten, objecten of schema's verwijzen naar mentale representaties, wat bijvoorbeeld individuen of groepen mensen kunnen zijn, maar ook relaties, plaatsen, activiteiten en emoties. Het vermogen om jezelf succesvol te verhouden tot je interne en externe objecten (via interne representaties) of concepten is afhankelijk van het vermogen tot mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2016, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018). Vaak is de belangrijkste focus het concept van andere personen. Een cliënt kan op een 'speelse manier' leren denken over anderen tijdens optimale arousal.

Volgens Bartholomeus et al. (2018) kan op deze manier elke mentale representatie van de cliënt, onder omstandigheden van optimale arousal, veilige hechting en waarbij oxytocine wordt afgegeven, opnieuw worden verwerkt. Dit kernelement komt onder andere sterk overeen met de ideeën van de constellatietheorie, hechtingstheorie, objectrelatietheorie, mentalisatietheorie, systeemtheorie.

**4 - Cognitieve bias-modificatie.** ReAttach heeft drie 'lagen' van cognitieve bias-modificatie, welke algemeen aangeduid worden als het (a) 'aanpassen van concepten', (b) het 'leren van nieuwe dingen' en (c) het 'her-verbeelden van het leven'. Wat deze lagen met elkaar gemeen hebben, is dat ze meestal worden toegepast wanneer de cliënt in een lage arousal wordt gebracht, zodat verbeelding, verwerking en mentalisatie in een kalme en reflectieve toestand kan plaatsvinden. De therapeut geeft de instructies grotendeels in de optimale arousal stand om 'speelse focus' te creëren.

**De eerste laag**, het 'aanpassen van concepten' lijkt volgens Bartholomeus et al. (2018), p.15, sterk op het werken aan de psychoanalytische verdediging, die primitieve splitsing wordt genoemd, waar dingen zwart of wit zijn, goed of slecht, schuldig of onschuldig. Een wereld van binaire tegenstellingen in mentale representaties. Ook heeft het overeenkomsten met Padesky en Greenberger's (2005) *thought records*, geciteerd in Bartholomeus et al. (2018). *Thought records* hebben als doel om een meer gebalanceerd beeld te krijgen van

bedreigings-activerende concepten door middel van het testen van hypothesen. Deze laag biedt de kans om, bijvoorbeeld, obsessieve en traumatische objecten te ‘de-alarmeren’ door een persoon alle aspecten van een gebeurtenis, concept of een persoon te laten voorstellen en integreren, zodat een meer evenwichtige mentale representatie kan worden ‘*gementaliseerd*’. Hiermee wordt gepoogd om onnodige fragmentatie, primitieve splitsing of hyperfocus op bedreigende concepten te verminderen.

**5 - Zintuiglijke en narrative differentiatie: ‘opnieuw vertellen’.** De tweede laag, het ‘leren van nieuwe dingen’, is gericht op het creëren van iets nieuws in plaats van iets te veranderen. Bartholomeus et al. (2018) vergelijken het met *guided discovery* waarbij de verbeelding wordt gebruikt om ervaringen te creëren en te mentaliseren. Een cliënt kan op deze manieren dingen leren die misschien ontbreken of nuttig zijn, bijvoorbeeld compassie, assertiviteit en zelfrespect.

Een cliënt zou bijvoorbeeld het concept van succes kunnen verdelen in kleinere en grotere successen, successen van de dag enzovoort, om de dwangmatigheid rond het overpresteren te verminderen. Mensen zijn, volgens Bartholomeus et al. (2018) geneigd om emoties te clusteren en ernaar te handelen, zoals woede. Aan de cliënt kan gevraagd worden om te zoeken naar verschillende manieren om woede te begrijpen, zoals angst, schaamte, teleurstelling en verdriet. Het mentaliseren van woede leidt kan leiden tot het relativeren van emoties. Daarna kan aan de cliënt gevraagd worden om nieuwe manieren te vinden het gevoel te begrijpen, bijvoorbeeld dat woede die niet gevaarlijk is, maar een signaal is dat men gekwetst of bedreigd is. Zo kan woede bijvoorbeeld worden gementaliseerd als een ‘noodzakelijk alarmsysteem’ om begrip te vragen voor je angst of kwetsbaarheid.

**De derde laag**, het ‘her-verbeelden van het leven’ heeft sterke overeenkomsten met de ‘*narrative therapy*’ die samenhangende verhalen proberen te bevorderen (White, 1990, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018, p.17) óf de *narrative* cognitieve gedragstherapie

(Rhodes en Jakes, 2009, geciteerd in Bartholomeus et al., 2018). Het moedigt de cliënt aan om een nieuw verhaal over zichzelf te vormen. Anders dan de benaderingen van narratieve gesprekstherapie, richt Reattach zich op de cliënt zodat hij of zij een film kan maken over zijn leven. In deze laag kan de cliënt worden gevraagd om een specifieke film te maken, zoals 'het assertieve leven', of 'het dappere leven', of 'het veilige leven'. Dit kan ook zonder instructie, die in veel opzichten veel breder en creatiever kan zijn.

## **Bijlage 9: stapsgewijze beschrijving van een ReAttach-sessie**

Voor de stapsgewijze beschrijving van een ReAttach-sessie bij personen met autisme, is het *e-book* van Bartholomeus et al. (2018) geraadpleegd. Deze informatie kunt u nalezen in het vierde hoofdstuk '*Treatment of autism aspects and overlapping symptomatology*' in subparagraaf 4.3 '*ReAttach for autism protocol*'. Hierin wordt het protocol in dertien stappen toegelicht. Deze zijn als volgt:

1. ReAttach begint met de externe spanningsregulatie middels het gedrag van de therapeut en door optimale voorwaarden te bieden voor het optimale spanningsniveau.
2. Onder het juiste (optimale) spanningsniveau start de therapeut met het activeren van het sociale beloningssysteem door zachte fysieke aanrakingen, namelijk door het tikken op de handen waardoor de stimulatie van de oxytocineproductie wordt gestimuleerd. Wanneer het sociale beloningssysteem goed genoeg is geactiveerd om verder te gaan, zal de persoon met autisme sociaal initiatief tonen richting de therapeut, door bijvoorbeeld oogcontact te maken.
3. De therapeut zal de persoon met autisme uitnodigen om deel te nemen aan gezamenlijke aandacht (=joint attention) terwijl er oogcontact wordt gehouden.
4. Er worden geluiden toegevoegd of er worden verbale aanwijzingen gegeven om auditieve informatieverwerking te activeren.
5. De therapeut zal een beroep doen op de emotionele expressie, bijvoorbeeld door iemand met autisme aan het lachen te maken.
6. Aan volwassenen wordt gevraagd om de ogen te sluiten voor de sociaal cognitieve training. Kinderen mogen hun ogen open houden. Bij kinderen is het belangrijk om oogcontact te blijven houden en betrokken te blijven bij de gezamenlijke aandacht (=joint attention).

7. De sociaal-cognitieve training begint met het concept van ‘het zelf’ en de verbale stimuli van de naam.
8. Personen die belangrijk zijn voor de persoon met autisme moeten herkenbaar zijn, zoals: ouders, collega's en vrienden. Voor sommige individuen met autisme is het erg moeilijk om op deze concepten te concentreren. Het is dan wellicht een optie om een preoccupatie zoals ‘Pokémon’ te kiezen als een begin voor de eerste oefeningen van conceptualisering.
9. Voor personen met autisme en een normale intelligentie of sociaal-emotionele leeftijd boven de 3 of 4 jaar, is het belangrijk om door te gaan met de affectieve mentalisatie stimulatie. Dit vereist alleen activering, wat betekent dat de therapeut de persoon met autisme zal vragen “om het eens te proberen”. Verbale aanwijzingen worden eventueel aangepast om de persoon met autisme te helpen door te gaan. Goede uitleg vóór de start van de sessie is verstandig, vooral bij hoogfunctionerende personen met autisme. Zij hebben de neiging om een sessie te onderbreken en verbale aanwijzingen als “te doen alsof je bent ... of door de ogen te kijken van” ter discussie te stellen.
10. Voor personen met autisme die in staat zijn om affectieve mentalisatie aanwijzingen te volgen, kan de meeste complexe verbale aanwijzing worden toegevoegd welke gaat over de relatie tussen twee personen. De verwerkingstijd moet minimaal 20 seconden zijn om meervoudige sensorische verwerking te automatiseren.
11. Het activeren van samenhangende concepten van het zelf en belangrijke anderen is niet voldoende om zelfbewustzijn, zelfreflectie en zelfregulering mogelijk te maken. Er is een ontwikkelingsachterstand in coherente informatieverwerking, wat betekent dat de opgeslagen informatie in het langetermijngeheugen nog steeds gefragmenteerd is en dat de concepten die worden geoefend tijdens ReAttach sterker kunnen worden door de ‘puzzelstukjes’ (concepten) op een coherente manier toe te voegen. De therapeut zal de cliënt vragen om zoveel mogelijk aspecten van het zelf en belangrijke anderen te

doorzoeken terwijl zij coherente verwerking faciliteert door op een langzamer tempo te tikken op de handen. Het is belangrijk dat de therapeut zich richt tot het zelf en de concepten die 'ingevuld' moeten worden.

12. Sommige personen met autisme hebben veel fantasie, terwijl anderen geen verbeeldingskracht ontwikkelen (Bartholomeus et al., 2018, p.68; Craig & Baron-Cohen, 2000). Verbeelding is een zeer belangrijke vaardigheid volgens Bartholomeus et al. (2018), omdat men verbeeldingskracht nodig heeft om te anticiperen op toekomstige gebeurtenissen, voor executieve vaardigheden (organisatie en planning) en om doelen te stellen voor de eigen ontwikkeling. Met Cognitieve Bias Modificatie (CBM), kan de verbeelding worden getraind door de persoon met autisme "probeer je eens voor te stellen dat ..." oefeningen te geven (Bartholomeus et al., 2018, p.54). Succesvolle activering van de verbeelding kan volgens Bartholomeus et al. (2018) worden gedetecteerd door spontane sociale communicatie
13. Tijdens elke sessie van ReAttach voor autisme wordt de multisensorische verwerking en het coherent denken geautomatiseerd (door herhaling) en worden nieuwe leermogelijkheden gecreëerd door het geactiveerde ontwikkelingspotentieel te vergroten. De aspecten van de autisme checklist (Achenbach & Rescorla, 2013) dienen als richtlijn voor de therapeut om toekomstige ontwikkelingsdoelen formuleren, te monitoren en te evalueren (bijlage 13).

## Bijlage 10: resultaten thematische analyse SDARI

Lijst van thema's	Pass the clap	Gibberish	One Word Story	Emotion ball	Cluedo
Identiteitsopvattingen					
Identiteitstypen					
Identiteitszoektocht		X		X	X
Identiteitscrisis					X
Identiteitssynthese					
Gevormdheid identiteit					
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	X	X	X	X	X
Congruentie zelfkennis en gerepresenteerde zelf (imago)					
Integratie samenleving		X	X		X
Levensfilosofie					
Identiteitsdomeinen	X	X	X		X
Existentiële angsten			X	X	
Betekenisvol leven		X		X	
Zingeving		X		X	
Zelfacceptatie		X	X	X	X
Zelfveroordeling	X		X		

---

Opvullen van hiaten bestaand interventie-aanbod	X
-------------------------------------------------	---

---



## Bijlage 11: resultaten thematische analyse ReAttach

Lijst van thema's	E-book	Proefschrift
Identiteitsopvattingen	X	X
Identiteitstypen		
Identiteitszoektocht		
Identiteitscrisis		X
Identiteitssynthese		
Gevormdheid identiteit		
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	X	X
Congruentie zelfkennis en gerepresenteerde zelf (imago)		
Integratie samenleving	X	X
Levensfilosofie	X	
Identiteitsdomeinen	X	X
Existentiële angsten	X	
Betekenisvol leven	X	
Zingeving	X	
Zelfacceptatie	X	X
Zelfveroordeling	X	

---

Opvullen van hiaten bestaand interventie-aanbod

---

X

## Bijlage 12: samenvatting ReAttach: e-book en proefschrift

**E-Book** – Autism: is there a place for ReAttach therapy? A promotion of natural self-healing through emotions rewiring.

De weergave van de samenvattingen is opgedeeld in het Engels en Nederlands. Voor de titels en paragrafen van de hoofdstukken is ervoor gekozen om het in de originele taal te weergeven. De beschrijving en kernbegrippen worden in het Nederlands geschreven. Als eerste krijgt u de samenvatting te zien van het e-book (Bartholomeus et al., 2018) en ten tweede van het proefschrift (Bartholomeus, 2021). Disclaimer: om de samenvattingen beknopt te houden worden de verwijzingen die zijn gebruikt in het e-book en proefschrift niet vermeld.

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Indication of ReAttach within modalities of therapy</b>
<b>Pagina's</b>	1 – 26
<b>Paragrafen</b>	1.1 Sentimus ergo sumus: We sense therefore we are. 1.2. The core-interventions in ReAttach and what they might aspire to achieve. 1.3. A brief case study on systemic triangulated hypervigilance and ReAttach interventions. 1.4. Conclusion.
<b>Samenvatting</b>	In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe ReAttach is ontstaan vanuit verschillende stromingen in de psychologie (eclectisch). Daarnaast wordt informatie gegeven over de kernelementen en de belangrijke kernwaarden van ReAttach. De focus ligt op universele cognitieve processen die ieder mens heeft. Emotionele- en affectieve processen ontwikkelen zich vóór cognitieve processen volgens Bartholomeus et al. (2018). Ook zijn Bartholomeus et al. (2018) van mening dat taal van nature bedrieglijk én onnodig is voor therapie. Zij vinden dat een persoon deel uitmaakt van een groter geheel en dat alle mentale representaties relatief zijn: de context is ten alle tijden belangrijk.
<b>Kernbegrippen</b>	Gelijke processen in cognitieve verwerking – <i>arousal</i> regulatie – tactiele stimuli en gezamenlijke aandacht – multi-sensorische verwerking – conceptualisatie – cognitieve bias-modificatie – cogito ergo sum – sentio ergo sum – sentimus ergo sumus – ontologie – epistemologie – pathologie – therapie – geest-lichaam dualisme – emoties en affect – cognitie – mentaliseren – het bestaan – relationeel – taal – schematherapie – ubuntu – salutogeen – transdiagnostische therapie.
<b>Thema's</b>	Betekenisvol leven – zingeving – levensfilosofie – zelfveroordeling – identiteitsopvattingen – identiteitsdomeinen

<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Oxytocin and autism spectrum disorder</b>
<b>Pagina's</b>	27 - 42
<b>Paragrafen</b>	2.1 Introduction. 2.2 Oxytocin receptors. 2.3 Oxytocin and social behaviour. 2.4 Oxytocin and autism spectrum disorders. 2.5 Conclusion.
<b>Samenvatting</b>	<p>Er wordt informatie gegeven over de neurofysiologische werking van de hypothalamus en hoe dit verband houdt met oxytocine. Er worden studies benoemd waarin proefdieren worden gebruikt voor experimenten met de oxytocine waarden en hoe normale en abnormale spiegels van oxytocine zich verhouden tot (a)sociaal gedrag, hechting, ouderlijk gedrag en het geheugen. Processen betrokken bij oxytocine spelen een rol bij veel functies, o.a. bij de bevalling, lactatie, het geheugen, positieve sociale binding en stress.</p> <p>Oxytocine heeft bij mensen ook veel invloed op sociaal gedrag en onder andere op romantische relaties. Volgens sommige onderzoeken zijn afwijkingen in specifieke oxytocine receptoren een risicofactor voor het ontwikkelen van ASS. Echter is de pathofysiologie van ASS grotendeels onbekend en worden de oorzaken als multifactorieel beschouwd, waarbij er misschien een genetische vatbaarheid is die tot de aandoening leidt door een interactie van de omgeving en epigenetische mechanismen.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Oxytocine – hypothalamus – HPA-as – stress – CRH – ACTH – oxytocinereceptoren – sociaal gedrag – kind-ouder hechting – moederlijk gedrag – neurogenese en stress – intieme relaties – angst – ASS – sociale emoties – oxytocine-receptorgen – nucleotide polymorfismen – SNP-haplotype – afwijkingen.
<b>Thema's</b>	Geen

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Therapy: a new hope in the treatment of anxiety disorders</b>
<b>Pagina's</b>	43 – 62
<b>Paragrafen</b>	3.1. Introduction. 3.2. Theoretical and research basis for treatment. 3.3. Introduction of three case studies. 3.4. Course of treatment and assessment of progress. 3.5. Recommendations.
<b>Samenvatting</b>	Volgens de auteurs is de behandeling van angststoornissen des te moeilijker, omdat een cliënt gepreoccupeerd is door zijn lichamelijke symptomen en het hierdoor moeilijk vindt om zich op zijn gedachten te richten. Stoornissen met angst zijn volgens Bartholomeus et al. (2018) te beheersen door te werken aan de informatieverwerkingsprocessen die hieraan ten grondslag liggen en door niet te werken aan de inhoudelijke gedachten die gekoppeld zijn aan de angst. Volgens de auteurs hebben angststoornissen allen één aspect gemeen: aanhoudende,

	<p>overmatige angst of piekeren in situaties die feitelijk niet bedreigend zijn.</p> <p>Angst ontstaat en wordt onderhouden door niet realistische cognitieve <i>biases</i>, ongeacht het soort angst. Trigger → cognitieve bias → geanticiperde bedreiging → emotionele <i>arousal</i> → gedragssymptomen.</p> <p>Volgens het ReAttach-model kunnen mensen een aantal redeneerfouten maken bij het verwerken van informatie, waardoor zij bepaalde informatie verkeerd interpreteren. Redeneerfouten zijn: <i>category errors</i>, <i>blending terms</i> en <i>inverse inferences</i>. De auteurs noemen dit allen cognitieve bias.</p> <p>Door te werken aan de primaire cognitieve bias en deze te veranderen, zal dit zorgen voor vermindering van angst. Door de cognitieve bias ‘ongedaan’ te maken wordt geprobeerd de persoon terug te brengen tot het nemen van beslissingen op basis van zintuigen, gezond verstand en realistische behoeften en ervaringen. Dit wordt gefaciliteerd binnen ReAttach middels spanningsregulatie, gezamenlijke aandacht, sensorische stimulatie en verwerking, conceptualisatie en cognitieve bias modificatie. ReAttach probeert aangeleerde vaardigheden te generaliseren naar alle stressvolle en zorgwerkende situaties die angst oproepen.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Angst – beperking van conventionele therapie – CGT – fysieke symptomen versus gedachten – informatieverwerking – overmatige angst – opwindingsregulatie – tactiele stimuli – oxytocine – gezamenlijke aandacht – verwerking van meervoudige sensorische integratie – cognitieve bias-modificatie – conceptualisatie – schema – toekomst georiënteerd denken.
<b>Thema’s</b>	Existentiële angsten

<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Treatment of autism aspects and overlapping symptomatology from a network perspective of clinical neuropsychiatry</b>
<b>Pagina’s</b>	63 - 122
<b>Paragrafen</b>	<p>4.1. Introduction.</p> <p>4.2. Autism aspects.</p> <p>4.3. ReAttach for autism protocol.</p> <p>4.4. The complexity of comorbidity and overlapping Symptomatology.</p> <p>4.5. Treatment of overlapping symptomatology.</p> <p>    4.5.1. Core Symptom Evaluation from a network perspective.</p> <p>    4.5.2 Results.</p> <p>4.6. Core symptomatology networks.</p> <p>    4.6.1 Behavioural Problems.</p> <p>    4.6.2 Nervous breakdowns.</p> <p>4.7. Discussion.</p>
<b>Samenvatting</b>	ASS is complex en heeft heterogeen klinisch beeld. Het netwerkmodel ondersteunt het idee dat de complexiteit van autisme niet gereduceerd hoeft te worden tot één concept om behandelmogelijkheden te vinden. ReAttach richt zich op het verminderen van problemen met (1) emotieregulatie, (2) multisensorische

	<p>verwerking, (3) conceptualisatie en (4) affectieve mentalisatie. Vervolgens richt het zich op de activering van potentiële groei, namelijk (5) zelfbewustzijn, (6) zelfacceptatie van jezelf en anderen en (7) de activering van sociaal initiatief, (8) betrokkenheid, (9) sociale communicatieve vaardigheden, (10) verbeelding, (11) gedragsregulatie, (12) affectieve mentalisatie, (13) zelfreflectie, (14) zelfverantwoordelijkheid en (15) proactieve coping.</p> <p>Ook wordt het familiesysteem betrokken door o.a. ouders (samen met het kind) één sessie ReAttach aan te bieden. De <i>Autism Treatment Evaluation Checklist</i> (ATEC) wordt gebruikt voor het stellen van doelen en evaluaties. Vervolgens wordt het protocol voor autisme uitgelegd in 13 stappen (bijlage 9). De auteurs waarschuwen dat er verschillende diagnoses zijn die overlappende symptomen vertonen als personen met ASS.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Unidimensionaal perspectief – paradigmaverschuiving – netwerkperspectief – heterogene kenmerken – multimodale aanpak – <i>Autism Treatment Evaluation Checklist</i> (ATEC) – zelfverantwoordelijkheid – zelfbeschikking – gezinssysteem, optimistische realistische verwachting – autisme checklist – comorbiditeit – coherentie – expressie – ToM – gezamenlijke aandacht – verbeeldingskracht – interesse – zelfreflectie – proactieve coping.
<b>Thema's</b>	Zelfacceptatie – integratie in de samenleving – zelfvertrouwen

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Autism: genetics or epigenetics?</b>
<b>Pagina's</b>	123 – 143
<b>Paragrafen</b>	<p>5.1. Introduction</p> <p>5.2. The single nucleotide polymorphism of genomic DNA and autism.</p> <p>5.3. Epigenetic autism.</p> <p>5.4. Critical periods of the fetal development in relation to autism.</p> <p>5.5. The immune system as an interface between organism and environment.</p> <p>5.6. Conclusion</p>
<b>Samenvatting</b>	<p>In de literatuur wordt benoemd dat autisme een genetisch erfbaarheid heeft. Volgens de auteurs moet 'genetische autisme' worden geclassificeerd als een afzonderlijke, vrij zeldzame groep van monogene ziekten. Ook benoemen de auteurs dat de verzameling van dergelijke vormen van 'familie-autisme', niet meer is dan 2-3% van alle gevallen van autisme. Volgens Bartholomeus et al. (2018) zijn 85 tot 95% van de gevallen van de ontwikkeling van autisme, onafhankelijk van de defecten van het genoom en is het gerelateerd aan epigenetische factoren.</p> <p>De auteurs betogen dat autisme niet ontstaat door enkel aangeboren neurologische afwijkingen, maar dat de omgeving hier ook veel invloed op heeft. 'Omgevingsgeïnduceerde immuun-veranderingen' spelen een rol bij de ontwikkeling van autisme. (Chemische) verontreinigende stoffen, zware metalen, pathogene bacteriën kunnen het immuunsysteem van de moeder aantasten. Een aantal genen op de X-chromosoom spelen mogelijk een rol bij de pathogenese van autisme. Ook wordt er uitleg gegeven over de enkelvoudig nucleotide polymorfisme van</p>

	<p>het genomisch DNA, waarbij het invloed heeft op verschillende processen in het immuunsysteem.</p> <p>Er zou sprake zijn van ‘epigenetisch autisme’ wat verwijst naar een polyfactoriële pathogenese, waarvoor naast een bepaalde genetische achtergrond, ook omgevingsinvloeden aanwezig moeten zijn. Voor gedetailleerde informatie over de neurofysiologie in de ontwikkeling van autisme verwijs ik u door naar hoofdstuk vijf van het e-book (Bartholomeus et al., 2018).</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Genen – chromosomale defecten – epigenetica – X-chromosoom – evolutionaire variabiliteit – mutaties – single nucleotide polymorfisme – algemene niet-specifieke resistentie – multifactoriële pathogenese – immuunsysteem en afwijkingen – ontstekingsprocessen – toxisch omgevingseffect – oxidatieve stress – mitochondriale disfunctie – epigenetisch autisme – embryogenese – foetale-genese – epigenetisch autisme – regressief autisme – sanogeen proces – toxines en verontreinigende stoffen – auto-antilichamen – <i>imprinting</i> van het immuunsysteem van de moeder
<b>Thema’s</b>	Geen

**Proefschrift – ReAttach. A transdiagnostic intervention for adults and children with mental health problems.**

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Algemene introductie van het PhD these.</b>
<b>Pagina’s</b>	9 – 26
<b>Koppen</b>	<p>General Introduction</p> <p>Transdiagnostic psychiatry</p> <p>Is ReAttach a transdiagnostic intervention?</p> <p>ReAttach: a new schema therapy for adults?</p> <p>Reattach: a new schema therapy for children?</p> <p>ReAttach: a multi-modal intervention for autism spectrum disorders?</p>
<b>Samenvatting</b>	<p>In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe ReAttach is ontstaan in 2010. ReAttach is gericht op het behandelen van kernsymptomen door te focussen op transdiagnostische kernprocessen. Het heeft als doelen om (a) informatieverwerkings-<i>biases</i> te veranderen en (b) het leren automatiseren van nieuwe adaptieve cognitieve processen om zo realistische en coherente concepten van het zelf, (belangrijke) anderen en de wereld te (her)winnen. De aanname is dat er door chronisch stress en traumatische gebeurtenissen ongewenste patronen (schema’s) zijn ontstaan. Er zijn veel overeenkomsten, maar ook verschillen tussen de schematherapie en ReAttach te vinden. Verder worden de komende hoofdstukken kort geïntroduceerd.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Klinische praktijk – bottom-up interventie – transdiagnostische processen – ontwikkelingsprocessen – overeenkomsten versus verschillen – optimale fysiologische opwinding – aandacht controle – gezamenlijke aandacht –

	informatieverwerkingsbias – maladaptieve schema's – metacognitieve stoornissen – kernsymptomatologie – multimodale interventie – systemische interventie – schematherapie
<b>Thema's</b>	-

<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>ReAttach a new schema therapy for adults and children? Part I: a pilot study.</b>
<b>Pagina's</b>	27 – 42
<b>Koppen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Subjects and Methods <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Participants</li> <li>2.2 Data analysis</li> </ol> </li> <li>3. Results <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Clinical Characteristics</li> <li>3.2 Treatment evaluation of ReAttach</li> </ol> </li> <li>4. Discussion</li> <li>5. Limitations</li> <li>6. Conclusion</li> </ol>
<b>Samenvatting</b>	<p>In dit pilot onderzoek wordt het effect van ReAttach op de vermindering van <i>Early Maladaptive Schema's</i> (EMS) bekeken bij volwassenen met emotionele problemen die tot uiting komen in niet effectieve coping zoals: negativiteit, zelfopoffering, zelfkritiek, sociaal isolement, angst om in de steek gelaten te worden en faalangst. Voor het meten van maladaptieve schema's wordt de <i>Young Schema Questionnaire</i> (YSQ) gebruikt. 82 proefpersonen nemen deel aan het onderzoek en krijgen over een periode van drie maanden vijf ReAttach-sessies. De gemiddelde EMS-scores vóór- en na de behandeling van de gehele groep wordt vergeleken met de Wilcoxon Signed Rank test. Dit verschil is significant met een effect tussen 0.83 - 1.47 uitgedrukt in Cohens d.</p> <p>ReAttach is niet specifiek bedoeld als schematherapie, maar het kan effectief zijn bij het 'deactiveren' van vroege maladaptieve schema's. Volgens de auteurs suggereren de resultaten dat ReAttach actieve EMS in een korte periode kan verminderen. Aangezien ReAttach een kortdurende en toegankelijke interventie is die EMS snel kan beïnvloeden, kan het interessant zijn om deze interventie verder te onderzoeken als een potentiële eerstehulp-therapie of voorloper van Schema Therapie.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Stress – emotieregulatie – schematherapie – vroege maladaptieve schema's – cognitieve gedragstechnieken – stressgerelateerde psychologische problemen – emotionele ontregeling
<b>Thema's</b>	Identiteitsopvattingen

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>ReAttach a new transdiagnostic intervention for adults and children? Part II: children.</b>
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>Pagina's</b>	43 – 56
<b>Koppen</b>	<p>1. Introduction</p> <p>2. Subjects and methods</p> <p>    2.1 Participants</p> <p>    2.2 Child Behaviour Checklist</p> <p>    2.3 ReAttach</p> <p>    2.4 Data analysis</p> <p>3. Results</p> <p>    3.1 Treatment evaluation of ReAttach</p> <p>4. Discussion</p> <p>5. Limitations</p> <p>(géén kopje voor conclusie)</p>
<b>Samenvatting</b>	<p>In dit hoofstuk wordt de hypothese getest dat ReAttach emotionele en gedragsproblemen van kinderen vermindert, zoals gemeten met de <i>Child Behaviour Control Checklist (CBCL)</i>.</p> <p>De resultaten van de CBCL kan op twee manieren worden gecategoriseerd (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). De categorisatie kan worden ingedeeld in probleemsoorten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internaliserend (teruggetrokken/depressief, angstig/depressief, lichamelijke klachten)</li> <li>- Externaliserend (normafwijkend gedrag, agressief gedrag)</li> <li>- Overige problemen.</li> </ul> <p>Of er kan gekozen worden voor een DSM-indeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectieve problemen</li> <li>- Angstproblemen</li> <li>- Lichamelijke problemen</li> <li>- Aandachtstekort/hyperactiviteitsproblemen,</li> <li>- Oppositioneel- opstandige problemen en Gedragsproblemen.</li> </ul> <p>De CBCL werd ingevuld door de ouders. Elk kind kreeg vijf ReAttach-sessies binnen tien weken en één sessie met beide ouders. Elke ReAttach-sessie voor kinderen bestaat uit: (1) arousalregulatie, (2) gezamenlijke aandacht, (3) conceptualisatie en (4) mentalisatie trainingen. De onderdelen (5) cognitieve bias-modificatie en (6) 'actief leren' worden aangepast aan de behoeften van het kind om goede emotioneel en gedragsmatig functioneren te ondersteunen.</p> <p>De ouders vulden voor- en na de vijf sessies de CBCL-vragenlijst in om de psychische problemen van hun kind te beoordelen. 83 kinderen deden mee aan het onderzoek.</p> <p>De volgende resultaten kwamen naar voren:</p> <p>[1] De totale gemiddelde CBCL-scores voor- en na de vijf ReAttach-sessies, verschillen significant van elkaar a.d.h.v. een paired sampled t-test.</p> <p>[2] Het effect van ReAttach op de verschillende CBCL-subschalen is onderzocht door de gemiddelde scores te vergelijken met een paired t-test. De (a)</p>

	<p>internaliserende subschaal, (b) externaliserende subschaal en (c) de ernst van de symptomen waren allen significant lager na de behandeling dan voor de behandeling.</p> <p>De resultaten suggereren dat ReAttach de CBCL-scores in korte tijd significant verlaagd. Na vijf ReAttach-sessies voor het kind en één ReAttach-sessie voor de ouders, werd een significante verlaging (<math>p &lt; .001</math>) waargenomen in de gemiddelde totale CBCL-score dan voor de interventie, met een groot effect (Cohens <math>d = 1.19</math>).</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Kinderen en adolescenten – psychische problemen – aandachtsbias modificatiebehandeling – korte interventie – ouders – internaliserende problemen – externaliserende problemen – ernst van symptomen.
<b>Thema's</b>	Identiteitsopvattingen, zelfvertrouwen, integratie in de samenleving, identiteitsdomeinen, zelfacceptatie.

<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>ReAttach a multimodal intervention for ASD? A pilot study.</b>
<b>Pagina's</b>	57 – 76
<b>Koppen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Subject and participants <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Participants</li> <li>2.2 Autism treatment evaluation checklist</li> <li>2.3 Data analysis</li> </ol> </li> <li>3. Results <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Descriptive analysis</li> <li>3.2 Treatment evaluation of ReAttach</li> </ol> </li> <li>4. Discussion</li> <li>5. Limitations</li> <li>6. Conclusion</li> </ol>
<b>Samenvatting</b>	<p>Dit onderzoek is gericht op personen met ASS vanaf vier jaar tot en met de adolescentie. De auteurs benoemen dat personen met ASS veel dagelijkse problemen ervaren, waarbij wordt onderzocht of ReAttach deze kan helpen reduceren. Dit wordt gemeten aan de hand van de <i>Autism Treatment Evaluation Checklist</i> (ATEC) die bestaat uit vier subschalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spraak/Taal/Communicatie</li> <li>- Socialisatie</li> <li>- Sensorische en Cognitieve bewustzijn</li> <li>- Gezondheid/Fysiek/Gedrag.</li> </ul> <p>Ook wordt er een totaalscore gerapporteerd.</p> <p>De ATEC is een vragenlijst die door de zorgverleners wordt afgenomen, maar in dit onderzoek vullen de ouders van het kind deze in. De vragenlijst is ontworpen om veranderingen in de ernst van ASS-symptomen te meten als graad voor het behandelresultaat. Er wordt verwezen naar Mahapatra et al. (2018) voor meer</p>

	<p>informatie over de ATEC vragenlijst.</p> <p>Met ReAttach wordt er geprobeerd om basale vaardigheden in de ontwikkeling te verbeteren. Hiervoor worden de onderdelen (1) optimale arousal, (2) sensorische verwerking, (3) gezamenlijke aandacht, (4) conceptualisatie en mentalisatie training aangeboden. De (5) cognitieve bias-modificatie en (6) ‘actief leren’ modules worden aangepast aan de behoeften van het kind.</p> <p>58 proefpersonen met ASS deden mee aan het onderzoek. Een <i>within-subject design</i> werd gebruikt om het effect van vijf ReAttach-sessies op het dagelijks functioneren te analyseren. De totale gemiddelde ATEC-scores waren significant lager na de behandeling dan voor de behandeling net zoals de gemiddelde scores van de subschalen. De resultaten van de pilotstudie ondersteunen de hypothese dat ReAttach het dagelijks functioneren van personen met ASS mogelijk kan verbeteren.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	<p>Autisme – multimodale interventie – dagelijks functioneren – informatieverwerking – ontwikkelingsproblemen – sociaal functioneren – coherentie – <i>Discrete Trial training (DTT)</i> – <i>Early Intense Behavioral Intervention (EIBI)</i>, toegepaste gedragsanalyse, <i>Pivotal Response Treatment (PRT)</i>, <i>Joint Attention Symbolic Play Engagement and Regulation (JASPER)</i>, <i>Early Start Denver Model (ESDM)</i>, <i>Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI's)</i></p>
<b>Thema's</b>	Geen

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Randomized comparison of W.A.R.A. (Wiring Affect with ReAttach) versus distraction.</b>
<b>Pagina's</b>	77 – 96
<b>Koppen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction</li> <li>2. Subject and methods <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Study design</li> <li>2.2 Interventions</li> <li>2.3 Procedure</li> </ol> </li> <li>3. Results <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Descriptive Statistics</li> <li>3.2 Comparison of distraction versus W.A.R.A.</li> </ol> </li> <li>4. Discussion</li> <li>5. Limitations</li> <li>6. Conclusion</li> </ol>
<b>Samenvatting</b>	<p>Het onderzoek in dit hoofdstuk vergelijkt het effect van <i>Wiring Affect with ReAttach (W.A.R.A.)</i> versus afleiding, met als afhankelijke variabele het negatief affect (NA). Hiervoor werd een ‘<i>single-blind, randomized controlled crossover equivalence</i>’ onderzoeksdesign gebruikt. De steekproef is heterogeen en bestaat uit 101 personen met verschillende diagnoses en medicatiegebruik. De proefpersonen hebben allen problemen in het dagelijks functioneren, zoals</p>

	<p>omgaan met stressvolle gebeurtenissen, zelfregulatie en executief functioneren. Met W.A.R.A. wordt er niet gewerkt aan concepten van pijn of emotie, maar aan het preconceptueel negatieve gevoel (NA). Gevoelens waar nog geen woorden voor zijn.</p> <p>De proefpersonen werden ingedeeld in twee groepen. Allen werd gevraagd om zich te concentreren op het NA om vervolgens aan te geven hoe intens ze dit ervaren [T0, baseline]. Daarna kreeg de ene groep een afleidingsinterventie (tellen tot 10) en de andere groep de W.A.R.A. interventie. Nogmaals werd gevraagd naar NA [T1]. Daarna kregen de groepen de interventie van de andere groep. Nogmaals werd gevraagd naar NA [T2].</p> <p>Elk interventie duurde 60 – 90 seconden. De gemiddelde groepsscores (<i>within-group</i>) van moment T0, T1 en T2 werden met elkaar vergeleken a.d.h.v. de Friedman-test.</p> <p><u>Groep A: eerst afleiding daarna W.A.R.A.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na de afleidingsinterventie is het verschil tussen T0 en T1 op NA niet significant.</li> <li>- Na de W.A.R.A. interventie is het verschil tussen T0 en T2 op NA wel significant.</li> </ul> <p><u>Groep B: eerst W.A.R.A. daarna afleiding.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na de W.A.R.A. interventie is het verschil tussen T0 en T1 op NA wel significant.</li> <li>- Na de afleidingsinterventie is het verschil tussen T0 en T2 op NA wel significant.</li> <li>➔ De auteurs geven aan dat er een <i>carry-over</i> effect is van de W.A.R.A. op de afleidingsinterventie, maar niet andersom.</li> </ul> <p>Er zijn gelijkenissen en verschillen tussen de W.A.R.A. en EMDR-methode. Volgens de auteurs is de W.A.R.A. methode geschikt als eerste kennismaking met ReAttach.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Affectieve toestanden – negatief affect – arousalregulatie – sensorische integratie – conceptualisatie – aandachtsstrategieën – afleiding – affect- <i>biased</i> intentie – tactiele stimuli – tikken – zenuwen – oxytocine – wiring affect – chronische emotionele ontregeling – sensorische overreactiviteit – chronische pijn – associatieve geheugenvorming – onaangenaam gevoel.
<b>Thema's</b>	Identiteitscrisis

<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Remote W.A.R.A. compared with face-to-face W.A.R.A.: a pilot study.</b>
<b>Pagina's</b>	97 – 112
<b>Koppen</b>	1. Introduction 2. Subject and methods 2.1 Study design

	<p>2.2 Interventions  2.3 Procedure  2.4 Data analysis  3. Results  3.1 Descriptive statistics  3.2 Effects on negative affect scores of W.A.R.A. remote therapy  3.3 Comparison W.A.R.A. remote therapy versus W.A.R.A. face-to-face  4. Discussion  5. Limitations  6. Conclusion</p>
<p><b>Samenvatting</b></p>	<p>Dit is hetzelfde onderzoek als beschreven in hoofdstuk 5, behalve dat nu het effect van online W.A.R.A. versus face-to-face W.A.R.A. wordt vergeleken op de afhankelijk variabele NA. Het idee van W.A.R.A. op afstand is voortgekomen uit de coronapandemie. Het onderzoek heeft een <i>cross-sectional</i> onderzoeksdesign waar 37 personen met stress-gerelateerde klachten aan hebben deelgenomen voor de <b>online</b> interventie. Voor de face-to-face interventie zijn de gegevens van 46 personen van een <b>vorige studie</b> gebruikt. Bijna alle proefpersonen verschillen in diagnose en medicatiegebruik. Hetzelfde onderzoeksopzet en principes gelden ook hier weer zoals beschreven bij hoofdstuk 5.</p> <p>Het doel van W.A.R.A. is om negatieve gevoelens (waar nog geen woorden voor bestaan) te conceptualiseren door sensorische integratie en associatieve geheugenvorming. Het is vooral bedoeld om de initiële psychologische stress te verminderen. Hiermee kan iemand zijn stressniveau leren reguleren.</p> <p>1. One-Way ANOVA werd gebruikt voor het vergelijken van beschrijvende karakteristieken (leeftijd en geslacht) en de gemiddelde NA-scores bij baseline tussen de twee groepen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tussen de twee groepen waren geen significante verschillen in de leeftijd, het geslacht en de baseline-scores op het NA.</li> </ul> <p>2. Met de Wilcoxon Signed Rank Test werden de baseline scores (voor de interventie) en post-interventie scores binnen (=within) proefpersonen bij de online W.A.R.A. groep vergeleken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na online W.A.R.A. wordt een significant afname van de NA-scores gerapporteerd in vergelijking met de NA-scores voor online W.A.R.A. Cohens <math>d = 3,08</math>.</li> </ul> <p>3. Om verschillen in NA-scores tussen de groepen te beoordelen, werd de Mann-Whitney U-test gebruikt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De vermindering van NA-scores was groter wanneer W.A.R.A. face-to-face werd aangeboden dan wanneer online W.A.R.A. werd aangeboden.</li> </ul> <p>De auteurs realiseren zich dat de W.A.R.A. gelimiteerd is in het behandelen van ernstige psychologische stoornissen. Zij zien de online W.A.R.A. als een waardevol hulpmiddel wanneer het stressniveau begint op te lopen. Het zou preventief kunnen worden ingezet voor het reguleren van stress in o.a. moeilijke tijden zoals tijdens de coronapandemie.</p>

<b>Kernbegrippen</b>	Arousalregulatie – zintuiglijke stimulatie – meervoudige zintuiglijke verwerking – associatieve geheugenvorming – conceptualiseren – onaangename gevoelens – covid-19 pandemie – zelfregulatie tool – acute stress – initiële psychische nood
<b>Thema's</b>	Identiteitscrisis

<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>ReAttach: overcoming psychological crises by fostering resilience? A pilot study.</b>
<b>Pagina's</b>	113 – 130
<b>Koppen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Background</li> <li>2. Methods <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Participants</li> <li>2.2 Korte Klachten Lijst (KKL) – psychological distress</li> <li>2.3 Resilience Scale (RS-NL) – stress-resilience</li> <li>2.4 Statistical analysis</li> </ol> </li> <li>3. Results <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Descriptive statistics</li> <li>3.2 Comparison of means</li> </ol> </li> <li>4. Discussion</li> <li>5. Limitations</li> <li>6. Conclusion</li> </ol>
<b>Samenvatting</b>	<p>Psychologische stress en de bijbehorende emotionele en fysieke pijn heeft een groot invloed op het mentale welzijn van kwetsbare personen. Vooral in tijden van de coronapandemie vindt dr. Bartholomeus dat er een toegankelijke en een kortdurende interventie beschikbaar moet zijn voor acute stress. De hypothese in dit onderzoek is of ReAttach psychologische stress kan verminderen en of het de verkracht kan versterken.</p> <p>30 volwassenen met stressgerelateerde klachten deden mee aan het onderzoek.</p> <p>[1] Er wordt gebruik gemaakt van de Korte Klachten Lijst (KKL), om een geheel beeld van de stressklachten te krijgen. De KKL bestaat uit veertien items (symptomen) die vaak in de psychiatrie voorkomen, namelijk: “angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of-pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, gynaecologische problemen, slaapproblemen en verslavingen” (Lange et al., 2018).</p> <p>[2] Verder wordt gebruikt gemaakt van de <i>Resilience Scale</i>-NL (RS-NL) waarin wordt gekeken naar de veerkracht van personen. Beide zijn zelfrapportages.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Met de Wilcoxon Signed Rank test werden de gemiddelde scores (van de KKL) met elkaar vergeleken voor- en na vijf sessies ReAttach. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er was een significante afname op de KKL scores na vijf ReAttach-sessies dan voor de ReAttach-sessies. Cohens <math>d=1,48</math></li> </ul> </li> <li>2. De Mann Whitney-U test werd gebruikt om de verschillen in baseline scores op de KKL en RS-NL te beoordelen en om het behandelresultaat van de deelnemers met en zonder medicatie te beoordelen.</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er was een significant toename van de totale gemiddelde <i>resilience</i> scores op de RS-NL na vijf ReAttach-sessies dan voor de ReAttach-sessies. Cohens <math>d= 1,10</math>.</li> <li>- Er was een significant toename van de gemiddelde scores in de subschaal ‘persoonlijke competentie’ na vijf ReAttach-sessies dan voor de ReAttach-sessies. Cohens <math>d= 0,87</math>.</li> <li>- Er was een significant toename van de gemiddelde scores in de subschaal ‘zelfacceptatie’ na vijf ReAttach behandelingen dan voor de ReAttach-sessies. Cohens <math>d= 1,03</math>.</li> <li>- Verder zijn er geen baseline verschillen gevonden tussen de personen die medicatie gebruiken en geen medicatie gebruiken wat betreft KKL scores, RS-NL totaal scores, RS-NL ‘persoonlijke competentie’ scores en RS-NL ‘zelfacceptatie scores’.</li> </ul> <p>Volgens dr. Bartholomeus suggereren de bevindingen van deze pilotstudie dat ReAttach een veelbelovend hulpmiddel kan zijn om psychische stress te verminderen, de psychologische veerkracht te versterken en de kwaliteit van leven van cliënten met psychische problemen te helpen verbeteren.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	Covid-19 pandemie – veerkracht – existentieel doel – acute stress – psychische nood – PTSS – multimodale transdiagnostische interventie – heterogene groep – korte klachten lijst
<b>Thema’s</b>	Betekenisvol leven – zingeving – levensfilosofie – zelfveroordeling – identiteitsopvattingen – identiteitsdomeinen – zelfvertrouwen -

<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>General Discussion</b>
<b>Pagina’s</b>	131 – 141
<b>Koppen</b>	<p>Purpose of the dissertation</p> <p>Main findings and conclusions</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What is the effect of ReAttach on Early Maladaptive Schemas?</li> <li>2. What is the effect of ReAttach on emotional and behavioural problems of children?</li> <li>3. Could ReAttach benefit individuals with Autism Spectrum Disorder?</li> <li>4. Is the effect of Wiring Affect with ReAttach on negative affect larger than the effect of distraction?</li> <li>5. Is the effect of W.A.R.A face-to-face on negative affect larger than the effect of remote W.A.R.A.?</li> <li>6. Could we foster resilience with ReAttach?</li> </ol> <p>Conclusion</p>
<b>Samenvatting</b>	<p>Het doel van het proefschrift is om de voordelen van ReAttach te inventariseren. De pilotstudies zijn voornamelijk geïnspireerd uit de klinische praktijk. ReAttach heeft volgens dr. Bartholomeus een aantal voordelen. Hiervoor wordt verwezen naar de originele bron (Bartholomeus, 2021). Er wordt een samenvatting gegeven van de vorige hoofdstukken en de hoofdbevindingen van de onderzoeken. Volgens Bartholomeus (2021) kan ReAttach een toegankelijke, betaalbare interventie zijn voor kinderen en volwassenen met psychische</p>

	<p>problemen. Volgens dr. Bartholomeus verdienen nieuwe, kortdurende transdiagnostische interventies onafhankelijk onderzoek van hoge kwaliteit, inclusief gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken als direct gevolg van hun potentiële impact op de geestelijke gezondheidszorg. Met dit proefschrift hoopt zij een eerste ‘zaadje te hebben geplant’ om toekomstige klinische studies op grotere schaal te laten ‘ontkiemen’.</p>
<b>Kernbegrippen</b>	-
<b>Thema's</b>	-



# Bijlage 13: Child Behavior Checklist (CBCL)

<b>Please print</b>			<b>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18</b>			For office use only ID # _____
CHILD'S FULL NAME First _____ Middle _____ Last _____			<b>PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now.</b> <i>(Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.)</i>			
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl		CHILD'S AGE _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE _____		PARENT 1 (or FATHER) TYPE OF WORK _____ PARENT 2 (or MOTHER) TYPE OF WORK _____	
TODAY'S DATE Mo. ____ Day ____ Year ____		CHILD'S BIRTHDATE Mo. ____ Day ____ Year ____		<b>THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name)</b> _____		
GRADE IN SCHOOL _____  NOT ATTENDING SCHOOL <input type="checkbox"/>		Please fill out this form to reflect <i>your</i> view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. <b>Be sure to answer all items.</b>		Your gender: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Woman <input type="checkbox"/> Other (specify) _____  Your relation to the child: <input type="checkbox"/> Biological Parent <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other (specify): _____		
<b>I. Please list the sports your child most likes to take part in.</b> For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.			<b>Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?</b>		<b>Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?</b>	
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____			Less Than Average <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> More Than Average <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>	Below Average <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> Above Average <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>		
<b>II. Please list your child's favorite hobbies, activities, and games, other than sports.</b> For example: video games, dolls, reading, piano, crafts, cars, computers, singing, etc. ( <i>Do not</i> include listening to radio, TV, or other media.)			<b>Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?</b>		<b>Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?</b>	
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____			Less Than Average <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> More Than Average <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>	Below Average <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> Above Average <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>		
<b>III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups your child belongs to.</b>			<b>Compared to others of the same age, how active is he/she in each?</b>			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____			Less Active <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> More Active <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>			
<b>IV. Please list any jobs or chores your child has.</b> For example: doing dishes, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)			<b>Compared to others of the same age, how well does he/she carry them out?</b>			
<input type="checkbox"/> None a. _____ b. _____ c. _____			Below Average <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> Above Average <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/>			
<b>Be sure you answered all items. Then see other side.</b>						

Please print. Be sure to answer all items.

- V. 1. About how many close friends does your child have? (Do *not* include brothers & sisters)  
 None     1     2 or 3     4 or more
2. About how many times a week does your child do things with any friends outside of regular school hours?  
(Do *not* include brothers & sisters)     Less than 1     1 or 2     3 or more

VI. Compared to others of his/her age, how well does your child:

- |                                               | Worse                    | Average                  | Better                   |                                                     |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| a. Get along with his/her brothers & sisters? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Has no brothers or sisters |
| b. Get along with other kids?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                     |
| c. Behave with his/her parents?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                     |
| d. Play and work alone?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                     |

VII. 1. Performance in academic subjects.     Does not attend school because \_\_\_\_\_

Check a box for each subject that child takes		Failing	Below Average	Average	Above Average
	a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other academic subjects—for example: computer courses, foreign language, business. Do <i>not</i> include gym, shop, driver's ed., or other nonacademic subjects.	b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Arithmetic or Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Does your child receive special education or remedial services or attend a special class or special school?

No     Yes—kind of services, class, or school:

3. Has your child repeated any grades?     No     Yes—grades and reasons:

4. Has your child had any academic or other problems in school?     No     Yes—please describe:

When did these problems start?

Have these problems ended?     No     Yes—when?

Does your child have any illness or disability (either physical or mental)?     No     Yes—please describe:

What concerns you most about your child?

Please describe the best things about your child.

**Please print. Be sure to answer all items.**

Below is a list of items that describe children and youths. For each item that describes your child **now or within the past 6 months**, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of your child. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of your child. If the item is **not true** of your child, circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

**0 = Not True (as far as you know)**

**1 = Somewhat or Sometimes True**

**2 = Very True or Often True**

0 1 2	1. Acts too young for his/her age	0 1 2	32. Feels he/she has to be perfect
0 1 2	2. Drinks alcohol without parents' approval (describe):	0 1 2	33. Feels or complains that no one loves him/her
0 1 2	3. Argues a lot	0 1 2	34. Feels others are out to get him/her
0 1 2	4. Fails to finish things he/she starts	0 1 2	35. Feels worthless or inferior
0 1 2	5. There is very little he/she enjoys	0 1 2	36. Gets hurt a lot, accident-prone
0 1 2	6. Bowel movements outside toilet	0 1 2	37. Gets in many fights
0 1 2	7. Bragging, boasting	0 1 2	38. Gets teased a lot
0 1 2	8. Can't concentrate, can't pay attention for long	0 1 2	39. Hangs around with others who get in trouble
0 1 2	9. Can't get his/her mind off certain thoughts; obsessions (describe):	0 1 2	40. Hears sound or voices that aren't there (describe):
0 1 2	10. Can't sit still, restless, or hyperactive	0 1 2	41. Impulsive or acts without thinking
0 1 2	11. Clings to adults or too dependent	0 1 2	42. Would rather be alone than with others
0 1 2	12. Complains of loneliness	0 1 2	43. Lying or cheating
0 1 2	13. Confused or seems to be in a fog	0 1 2	44. Bites fingernails
0 1 2	14. Cries a lot	0 1 2	45. Nervous, highstrung, or tense
0 1 2	15. Cruel to animals	0 1 2	46. Nervous movements or twitching (describe):
0 1 2	16. Cruelty, bullying, or meanness to others	0 1 2	47. Nightmares
0 1 2	17. Daydreams or gets lost in his/her thoughts	0 1 2	48. Not liked by other kids
0 1 2	18. Deliberately harms self or attempts suicide	0 1 2	49. Constipated, doesn't move bowels
0 1 2	19. Demands a lot of attention	0 1 2	50. Too fearful or anxious
0 1 2	20. Destroys his/her own things	0 1 2	51. Feels dizzy or lightheaded
0 1 2	21. Destroys things belonging to his/her family or others	0 1 2	52. Feels too guilty
0 1 2	22. Disobedient at home	0 1 2	53. Overeating
0 1 2	23. Disobedient at school	0 1 2	54. Overtired without good reason
0 1 2	24. Doesn't eat well	0 1 2	55. Overweight
0 1 2	25. Doesn't get along with other kids	0 1 2	56. Physical problems <b>without know medical cause:</b>
0 1 2	26. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	0 1 2	a. Aches or pains ( <b>not</b> stomach or headaches)
0 1 2	27. Easily jealous	0 1 2	b. Headaches
0 1 2	28. Breaks rules at home, school, or elsewhere	0 1 2	c. Nausea, feels sick
0 1 2	29. Fears certain animals, situations, or places, other than school (describe):	0 1 2	d. Problems with eyes ( <b>not</b> if corrected by glasses) (describe):
0 1 2	30. Fears going to school	0 1 2	e. Rashes or other skin problems
0 1 2	31. Fears he/she might think or do something bad	0 1 2	f. Stomachaches
		0 1 2	g. Vomiting, throwing up
		0 1 2	h. Other (describe):

PAGE 3 **Be sure you answered all items Then see other side.**

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)

1 = Somewhat or Sometimes True

2 = Very True or Often True

0 1 2 57. Physically attacks people	0 1 2 84. Strange behavior (describe):
0 1 2 58. Picks nose, skin, or other parts of body (describe):	0 1 2 85. Strange ideas (describe):
0 1 2 59. Plays with own sex parts in public	0 1 2 86. Stubborn, sullen, or irritable
0 1 2 60. Plays with own sex parts too much	0 1 2 87. Sudden changes in mood or feelings
0 1 2 61. Poor school work	0 1 2 88. Sulks a lot
0 1 2 62. Poorly coordinated or clumsy	0 1 2 89. Suspicious
0 1 2 63. Prefers being with older kids	0 1 2 90. Swearing or obscene language
0 1 2 64. Prefers being with younger kids	0 1 2 91. Talks about killing self
0 1 2 65. Refuses to talk	0 1 2 92. Talks or walks in sleep (describe):
0 1 2 66. Repeats certain acts over and over; compulsions (describe):	0 1 2 93. Talks too much
0 1 2 67. Runs away from home	0 1 2 94. Teases a lot
0 1 2 68. Screams a lot	0 1 2 95. Temper tantrums or hot temper
0 1 2 69. Secretive, keeps things to self	0 1 2 96. Thinks about sex too much
0 1 2 70. Sees things that aren't there (describe):	0 1 2 97. Threatens people
0 1 2 71. Self-conscious or easily embarrassed	0 1 2 98. Thumb-sucking
0 1 2 72. Sets fires	0 1 2 99. Smokes, chews, or sniffs tobacco
0 1 2 73. Sexual problems (describe):	0 1 2 100. Trouble sleeping (describe):
0 1 2 74. Showing off or clowning	0 1 2 101. Truancy, skips school
0 1 2 75. Too shy or timid	0 1 2 102. Underactive, slow moving, or lacks energy
0 1 2 76. Sleeps less than most kids	0 1 2 103. Unhappy, sad, or depressed
0 1 2 77. Sleeps more than most kids during day and/or night (describe):	0 1 2 104. Unusually loud
0 1 2 78. Inattentive or easily distracted	0 1 2 105. Uses drugs for nonmedical purposes ( <i>don't</i> include alcohol or tobacco) (describe):
0 1 2 79. Speech problem (describe):	0 1 2 106. Vandalism
0 1 2 80. Stares blankly	0 1 2 107. Wets self during the day
0 1 2 81. Steals at home	0 1 2 108. Wets the bed
0 1 2 82. Steals outside the home	0 1 2 109. Whining
0 1 2 83. Stores up too many things he/she doesn't need (describe):	0 1 2 110. Wishes to be of opposite sex
	0 1 2 111. Withdrawn, doesn't get involved with others
	0 1 2 112. Worries
	113. Please write in any problems your child has that were not listed above:
	0 1 2 _____
	0 1 2 _____
	0 1 2 _____

PAGE 4

Please be sure you answered all items.

Noot. Overgenomen uit "Child Behaviour Checklist for Ages 6-18," door T.M. Achenbach en L.A. Rescorla, 2013 (<https://aseba.org/wp-content/uploads/2019/02/schoolagecbcl.pdf>).

# Bijlage 14: Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

<p>ARI/Form ATEC-1/11-99</p>	<p><b>Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)</b>                  Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D.  <b>Autism Research Institute</b>                  4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116                  fax: (619) 563-6840; www.autism.com/ari</p>	<p>Project/Purpose:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Scores: I II III IV Total</p>
<p>This form is intended to measure the effects of treatment. Free scoring of this form is available on the Internet at: <a href="http://www.autism.com/atec">www.autism.com/atec</a></p>		
<p>Name of Child _____ <input type="checkbox"/> Male      Age _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Last                      First                      <input type="checkbox"/> Female      Date of Birth _____</p>		
<p>Form completed by: _____ Relationship: _____</p>		<p>Today's Date _____</p>
<p><b>Please circle the letters to indicate how true each phrase is:</b></p>		
<p><b>I. Speech/Language/Communication:</b>    <i>[N] Not true</i>    <i>[S] Somewhat true</i>    <i>[V] Very true</i></p>		
<p>N S V 1. Knows own name</p> <p>N S V 2. Responds to 'No' or 'Stop'</p> <p>N S V 3. Can follow some commands</p> <p>N S V 4. Can use one word at a time (No!, Eat, Water, etc.)</p> <p>N S V 5. Can use 2 words at a time (Don't want, Go home)</p>	<p>N S V 6. Can use 3 words at a time (Want more milk)</p> <p>N S V 7. Knows 10 or more words</p> <p>N S V 8. Can use sentences with 4 or more words</p> <p>N S V 9. Explains what he/she wants</p> <p>N S V 10. Asks meaningful questions</p>	<p>N S V 11. Speech tends to be meaningful/ relevant</p> <p>N S V 12. Often uses several successive sentences</p> <p>N S V 13. Carries on fairly good conversation</p> <p>N S V 14. Has normal ability to com- municate for his/her age</p>
<p><b>II. Sociability:</b>                      <i>[N] Not descriptive</i>    <i>[S] Somewhat descriptive</i>    <i>[V] Very descriptive</i></p>		
<p>N S V 1. Seems to be in a shell – you cannot reach him/her</p> <p>N S V 2. Ignores other people</p> <p>N S V 3. Pays little or no attention when addressed</p> <p>N S V 4. Uncooperative and resistant</p> <p>N S V 5. No eye contact</p> <p>N S V 6. Prefers to be left alone</p>	<p>N S V 7. Shows no affection</p> <p>N S V 8. Fails to greet parents</p> <p>N S V 9. Avoids contact with others</p> <p>N S V 10. Does not imitate</p> <p>N S V 11. Dislikes being held/cuddled</p> <p>N S V 12. Does not share or show</p> <p>N S V 13. Does not wave 'bye bye'</p>	<p>N S V 14. Disagreeable/not compliant</p> <p>N S V 15. Temper tantrums</p> <p>N S V 16. Lacks friends/companions</p> <p>N S V 17. Rarely smiles</p> <p>N S V 18. Insensitive to other's feelings</p> <p>N S V 19. Indifferent to being liked</p> <p>N S V 20. Indifferent if parent(s) leave</p>
<p><b>III. Sensory/Cognitive Awareness:</b>    <i>[N] Not descriptive</i>    <i>[S] Somewhat descriptive</i>    <i>[V] Very descriptive</i></p>		
<p>N S V 1. Responds to own name</p> <p>N S V 2. Responds to praise</p> <p>N S V 3. Looks at people and animals</p> <p>N S V 4. Looks at pictures (and T.V.)</p> <p>N S V 5. Does drawing, coloring, art</p> <p>N S V 6. Plays with toys appropriately</p>	<p>N S V 7. Appropriate facial expression</p> <p>N S V 8. Understands stories on T.V.</p> <p>N S V 9. Understands explanations</p> <p>N S V 10. Aware of environment</p> <p>N S V 11. Aware of danger</p> <p>N S V 12. Shows imagination</p>	<p>N S V 13. Initiates activities</p> <p>N S V 14. Dresses self</p> <p>N S V 15. Curious, interested</p> <p>N S V 16. Venturesome - explores</p> <p>N S V 17. "Tuned in" — Not spacey</p> <p>N S V 18. Looks where others are looking</p>
<p><b>IV. Health/Physical/Behavior:</b></p>		
<p>N MI MO S 1. Bed-wetting</p> <p>N MI MO S 2. Wets pants/diapers</p> <p>N MI MO S 3. Soils pants/diapers</p> <p>N MI MO S 4. Diarrhea</p> <p>N MI MO S 5. Constipation</p> <p>N MI MO S 6. Sleep problems</p> <p>N MI MO S 7. Eats too much/too little</p> <p>N MI MO S 8. Extremely limited diet</p>	<p><i>Use this code:</i>    <i>[N] Not a Problem</i> <i>[MI] Minor Problem</i></p> <p>N MI MO S 9. Hyperactive</p> <p>N MI MO S 10. Lethargic</p> <p>N MI MO S 11. Hits or injures self</p> <p>N MI MO S 12. Hits or injures others</p> <p>N MI MO S 13. Destructive</p> <p>N MI MO S 14. Sound-sensitive</p> <p>N MI MO S 15. Anxious/fearful</p> <p>N MI MO S 16. Unhappy/crying</p> <p>N MI MO S 17. Seizures</p>	<p><i>[MO] Moderate Problem</i> <i>[S] Serious Problem</i></p> <p>N MI MO S 18. Obsessive speech</p> <p>N MI MO S 19. Rigid routines</p> <p>N MI MO S 20. Shouts or screams</p> <p>N MI MO S 21. Demands sameness</p> <p>N MI MO S 22. Often agitated</p> <p>N MI MO S 23. Not sensitive to pain</p> <p>N MI MO S 24. "Hooked" or fixated on certain objects/topics</p> <p>N MI MO S 25. Repetitive movements (stimming, rocking, etc.)</p>

Noot. Overgenomen uit "Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)," door B. Rimland en S.M. Edelson. z.d. (<https://www.annahinesmd.com/s/ATEC-AUTISM-Spectrum-Disorder-Checklist.pdf>)

## **Bijlage 15: uitvoering W.A.R.A.**

*Wiring Affect with ReAttach* bestaat uit externe affectregulatie en arousalregulatie door de therapeut. Als eerst stimuleert de therapeut meerdere zintuigen bij de cliënt, namelijk: (a) visueel door de gezichtsuitdrukking en het oogcontact, (b) auditief door verbale instructies of door geluiden te maken en (c) tactiel door snel op de handen van de cliënt te tikken.

Vervolgens wordt aan de cliënt gevraagd om zijn ogen te sluiten en zich te concentreren op het onaangename gevoel gedurende de hele oefening. Kort daarna 'activeert' de therapeut een toestand van lage arousal bij de cliënt door langzamer op de handen te tikken. Tijdens het laagfrequent tikken vraagt de therapeut aan de cliënt om zich te concentreren op vijf positieve concepten, zoals enthousiasme, liefde, vakantie, vrienden en opwinding. Hierna verhoogd de therapeut de tiksnelheid om een toestand van optimale arousal te activeren. De volgende instructie wordt dan gegeven: 'onthoudt deze oefening'. Onmiddellijk na deze instructie verandert de therapeut de tiksnelheid weer naar een lage arousal. Tijdens lage arousal blijft de therapeut 20 seconden stil. Als laatste eindigt de W.A.R.A. oefening door snel tikken op de handen van de cliënt en met de instructie om de ogen te openen.

## Bijlage 16: Korte Klachten Vragenlijst (KKL)

	geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
Angsten	0	1	2	3	4
Concentratieproblemen	0	1	2	3	4
Geheugenproblemen	0	1	2	3	4
Depressiviteit	0	1	2	3	4
Lichamelijke klachten	0	1	2	3	4
Prikkelbaarheid	0	1	2	3	4
Relatieproblemen	0	1	2	3	4
Zelfmoordgedachten of -pogingen	0	1	2	3	4
Eetstoornissen	0	1	2	3	4
(Neiging) uzelf (te) beschadigen	0	1	2	3	4
Seksuele problemen	0	1	2	3	4
Gynaecologische problemen	0	1	2	3	4
Slaapproblemen	0	1	2	3	4
Verslavingen, nl. ...	0	1	2	3	4
Andere klachten, nl. ... (zelf in te vullen)	0	1	2	3	4

*Noot.* Overgenomen uit “Korte Klachten Lijst (KKL),” door A. Lange, B. Schrieken, J.P. van de Ven en M. Blankers, 2018. *Gedachten Uitpluizen.*

<http://www.directievetherapie.nl/downloads/DT-20-04-384.pdf>

### Bijlage 17: invloeden van verschillende therapieën binnen ReAttach

Therapieën	Titel bron	Auteurs
Schematherapie	The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.	Rogers (1957)
Ayres Sensorische Integratie (ASI) training	Scientific evidence of sensory integration as an approach to occupational therapy in autism	Abelenda & Rodríguez (2020)
	Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review	Schaaf et al. (2018)
	A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism.	Schoen et al. (2019)
Sociaal-cognitieve training	Change in objective measure of empathic accuracy following social cognitive training.	Haut et al. (2019)
	Six-month durability of targeted cognitive training supplemented with social cognition exercises in schizophrenia.	Miley et al. (2019)
Cognitieve bias-modificatie	Cognitive bias modification for energy drink cues.	Kemps et al. (2019)
	Cognitive bias modification reduces social anxiety symptoms in socially anxious adolescents with mild intellectual disabilities: A randomized controlled trial.	Klein et al. (2018)
	Web-Based Cognitive Bias Modification Interventions for Psychiatric Disorders: Scoping Review.	Zhang et al. (2019)
Mindfulness-gebaseerde cognitieve therapie	Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: Self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change.	Sommers-Spijkerman et al. (2018)
	The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world	Tickell et al. (2020)



	healthcare services.	
Compassiegerichte therapie	Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: Self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change.	Sommers-Spijkerman et al. (2018)
Speltherapie	Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students.	Chang et al. (2019)
	The effectiveness of trauma-focused psychodrama in the treatment of PTSD in inpatient substance abuse treatment.	Giacomucci & Marquit (2020)

**Bijlage 18: de verschillende behandeltechnieken binnen ReAttach voor de behandeling van ASS**

<b>Behandeltechnieken</b>	<b>Titel bron</b>	<b>Auteurs</b>
<b>Arousalregulatie</b>	Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion.	Barrett (2006)
	Constructing emotion: The experience of fear as a conceptual act.	Lindquist & Barrett (2008)
	The brain basis of emotion: a meta-analytic review.	Lindquist et al. (2012)
	Turning the knots in your stomach into bows: Reappraising arousal improves performance on the GRE.	Jamieson et al. (2010)
	Mind over matter: Reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress.	Jamieson et al. (2012)
<b>Tactiele stimuli</b>	Brain mechanisms for processing affective touch.	Gordon (2013)
	Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress.	Heinrichs et al. (2003)
	Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors.	Neumann & Landgraf (2012)
	Oxytocin in general anxiety and social fear: A translational approach.	Neumann & Slattery (2016)
<b>Gezamenlijke aandacht</b>	The JASPER® model for children with autism: Promoting Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation.	Kasari et al. (2022)
	Joint attention and intelligence in children with autism spectrum disorder without severe intellectual disability.	Sano et al. (2021)
	Teaching joint attention skills to pairs of children with autism.	Shillingsburg et al. (2022)
<b>Verwerking van</b>	Anxiety and depression: An information processing perspective.	Beck & Clark (1988)

<b>meervoudige sensorische integratie</b>	Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias.	MacLeod et al. (2002)
<b>integratie</b>	Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A replication study using a modified version of the probe detection task.	Mogg & Bradley (1999)
<b>Cognitieve bias- modificatie</b>	The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance.	Andrews-Hanna et al. (2014)
	Reattach a new schema therapy for adults and children? Part I: Adults.	Bartholomeus (2015)
	Cognitive bias modification for anxiety: Current evidence and future directions.	Beard (2011)
	Cognitive bias modification approaches to anxiety.	MacLeod & Mathews (2012)