



**rijksuniversiteit  
groningen**

# **Identiteitsontwikkeling bij autismespectrumstoornis**

## **Masterthese Klinische Psychologie Onderzoeksverslag**

Deborah Hoeksema

S3671909

4 augustus 2023

Examinator: dr. Kirstin Greaves-Lord

Tweede beoordelaar: Maaïke Nauta

Faculteit gedrags- en  
maatschappijwetenschappen

Afdeling Psychologie  
Rijksuniversiteit Groningen

## **Abstract**

This master's thesis presents a qualitative study exploring interventions to support the identity development of individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD). The research is part of the 'Omgaan met (het eigen) Autisme' project, which aims to understand the specific needs of individuals with ASD in their pursuit of personal identity. The central research question addressed in this study is: "Which intervention components facilitate and promote identity development in individuals with ASD?" Based on input from qualitative methods, including literature review, interviews with individuals with ASD and their caregivers, and input from the project team, thematic analyses (deductive + inductive) were conducted. Four main themes (self-knowledge, self-acceptance, self-regulation, and self-realization) guided the examination of multiple interventions that were considered appropriate by an expert panel. The findings were synthesized into a matrix, providing an overview of the presumed mechanisms underlying intervention effectiveness and their relevance to different aspects of identity development in individuals with ASD. The matrix can serve as a tool to support clients, near ones and professionals in making informed decisions about choice of interventions.

## Samenvatting

Deze masterthese presenteert de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar interventies ter ondersteuning van de identiteitsontwikkeling bij mensen met Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Het onderzoek is onderdeel van het bredere project 'Omgaan met (het eigen) Autisme', dat als doel heeft inzicht te verkrijgen in de behoeften van mensen met ASS bij het vormgeven van hun identiteit. De centrale onderzoeksvraag luidt: "Welke componenten van interventies kunnen worden ingezet om mensen met ASS te faciliteren of te stimuleren in hun identiteitsontwikkeling?" De studie maakt gebruik van kwalitatieve methoden, waaronder literatuurstudie, interviews met mensen met ASS en hun naasten, input van de projectgroep en er is een thematische analyse (deductief en inductief) uitgevoerd. Vier hoofdthema's (zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulering en zelfrealisatie) hebben geleid tot het onderzoek van meerdere interventies die door een expertpanel geschikt werden geacht. Op basis van voorgaand onderzoek zijn verschillende interventies geanalyseerd en ingedeeld op basis van specifieke indicatoren. De resultaten tonen aan dat de meeste interventies gericht zijn op het bevorderen van zelfkennis en zelfregulatie, wat consistent is met de noodzaak van kennisoverdracht en het aanleren van vaardigheden. Zelfacceptatie en zelfrealisatie worden ook behandeld, zij het in mindere mate. De resultaten bieden gedetailleerde informatie over de interventies en een matrix waarin een beschrijving wordt gegeven van de mate waarin zij bijdragen aan de verschillende identiteitsbehoeften. Bij de interpretatie van de resultaten moeten enkele methodologische overwegingen in acht worden genomen, waaronder de subjectiviteit van de analyse en de beperkte vertegenwoordiging van lichaamsgerichte- en systeemtherapieën. Desondanks biedt de matrix een waardevol instrument voor het nemen van geïnformeerde beslissingen over passende interventies voor mensen met ASS en hun naasten. Dit onderzoek draagt bij aan de brug tussen theoretische kennis en praktische toepassing bij het omgaan met ASS.

## **Inhoudsopgave**

Abstract .....	2
Samenvatting .....	3
Inleiding .....	7
Identiteitsontwikkeling volgens Erikson .....	8
Identiteitsontwikkeling volgens Marcia .....	8
De behoeftepiramide van Maslow .....	9
Camouflage gedrag bij autisme .....	10
Behoeften identiteitsontwikkeling .....	11
Methode.....	14
Thematische analyse.....	15
Huidige studie.....	17
Resultaten .....	18
Ambulante begeleiding .....	19
ASSwijzer .....	19
Cognitieve Gedragstherapie (CGT).....	20
Cognitive-Behavioral Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder .....	20
Dialectische Gedragstherapie (DGT).....	20
Competitive Memory Training (COMET).....	21
Emotieregulatie training .....	22
Emotion Awareness and Skills Enhancement programme (EASE).....	22
Hechting/Trauma .....	23

ReAttach .....	23
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	24
Imaginaire rescriptie (IR).....	24
Psycho-educatie .....	25
‘Ik ben speciaal’ .....	25
‘Voor slimme jongeren met autisme’,.....	26
Sociale vaardigheden training .....	26
Program for the Education and Enrichment of Relational Skills (PEERS).....	26
Virtual Reality interventies.....	27
Applied Relaxation (VRRelax).....	27
VR-SOAP .....	28
Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) .....	28
Methodische interventie .....	29
YUCEL .....	29
Beeldende therapie .....	30
Zelf in Beeld .....	30
Zelfportret .....	31
Discussie.....	33
Klinische aanbeveling.....	37
Take home message.....	38
Literatuurlijst.....	39
Bijlage 1: Stappenplan Thematische Analyse .....	46

Bijlage 2: Matrix van de interventies op de 17 thema's.....	47
---	----

## Inleiding

Mensen met een autismespectrumstoornis (ASS) hebben een neurologische ontwikkelingsstoornis die zich kenmerkt door beperkingen op het gebied van sociale interactie, verbale en non-verbale communicatie en door een beperkt of repetitief gedragspatroon (American Psychology Association, 2013). Mensen met ASS verschillen sterk van elkaar, dit is de reden dat autisme als een spectrumstoornis wordt geconceptualiseerd. ASS kan zich uiten in beperkingen op cognitief niveau en in de informatieverwerking. Een veel genoemde en meest bekende beperking is de onderontwikkelde *Theory of Mind* (Baron-Cohen, 2000) van mensen met ASS. Wat inhoudt dat zij zich niet op een dusdanige manier in een ander kunnen inleven wat als normaal wordt geacht. In de DSM-5 wordt ASS beschreven vanuit twee hoofddomeinen waarin moeilijkheden met sociale communicatie en het uitvoeren van repetitief of beperkt gedrag centraal staan. Andere criteria in de DSM-5 gaan over het moeilijk vinden van spontane veranderingen of afwijken van routine, het vermijden van oogcontact, tragere of beperkte spraakontwikkeling en gevoeligheid voor stimuli als geluid (American Psychology Association, 2013; Weitlauf, et al., 2014). Daarnaast is ASS een stoornis die veel comorbiditeit vertoont met andere psychische stoornissen (Mannion, & Leader, 2013). Mensen met ASS hebben vaker last van klachten op het gebied van angst, depressie en een minder zelfbeeld/zelfvertrouwen (Cooper, et al., 2017; Hofvander, et al., 2009). Het ontwikkelen van een identiteit is belangrijk voor het ervaren van psychisch welzijn en de sociaal emotionele ontwikkeling (Meeus, et al., 1999). Dit proces van identiteitsontwikkeling lijkt bij mensen met ASS een moeizamer verloop te hebben (de Graaff et al., 2023). Over hoe de identiteitsontwikkeling van mensen met ASS gestimuleerd kan worden, is nog maar weinig bekend. Alvorens in te gaan op de gevolgde methode, zal echter eerst ingegaan worden op een aantal centrale theorieën over de algemene identiteitsontwikkeling.

## **Identiteitsontwikkeling volgens Erikson**

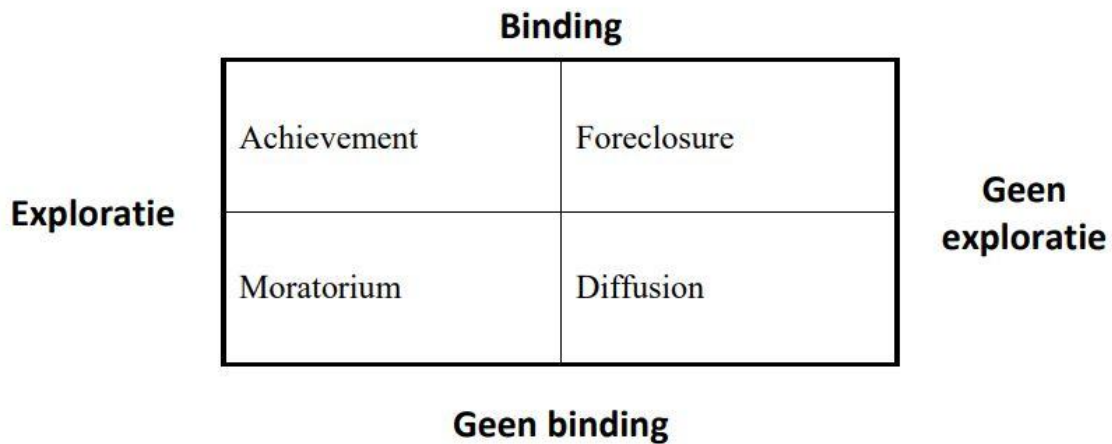
Erikson is een van de theoretische grondleggers als het gaat om identiteitsontwikkeling (Erikson, 1968). Hierbij doorloopt een persoon volgens Erikson vanaf de kindertijd verschillende fases die volledig afgerond moeten zijn om naar de volgende fase te gaan. Zijn definitie van identiteit is een subjectief gevoel van gelijkheid en continuïteit (Erikson, 1968; Maree, 2022). Zijn psychoanalytische theorie bestaat uit 8 stadia. In ieder stadium wordt de persoon geconfronteerd met een conflict dat opgelost moet worden (Erikson, et al., 2020). Het stadia identiteit vs identiteitsverwarring wat in de adolescentie plaatsvindt is hetgeen waar mensen met ASS tegen grote problemen aanlopen. Dit is de periode in de ontwikkeling waar de identiteit een definitieve vorm aanneemt. Ook in eerdere (en latere) fases kunnen moeilijkheden ontstaan waarbij mensen met ASS-ondersteuning kunnen gebruiken. Deze ondersteuning zal gericht zijn op het vinden van een passende identiteit wat de persoon met ASS beter zal doen functioneren in het dagelijks leven. Interactie met anderen is in iedere fase van groot belang in de identiteitsontwikkeling (de Graaff et al, 2023). Deze ontwikkeling start in de vroege kindertijd die constant doorgaat tot aan de dood. Ergens in deze periode wordt een identiteit gevormd, wat in het identiteitsmodel van Marcia (1966) wordt beschreven.

## **Identiteitsontwikkeling volgens Marcia**

James Marcia (1966) was van mening dat de theorie van Erikson moeilijk meetbaar was en kwam met een meer concrete operationalisering van identiteitsontwikkeling. Dit richt zich specifiek op het stadia van identiteit vs identiteitsverwarring uit het model van Erikson. Het identiteitsmodel van Marcia (1966) bestaat uit twee assen, deze zijn wel of geen binding en wel of geen exploratie. Hierdoor zijn vier combinaties van identiteit statussen mogelijk, deze zijn achievement, foreclosure, moratorium en diffusion (figuur 1).



**Figuur 1:** *Identiteitsmodel van Marcia (1966)*



Deze stadia hebben geen lineair verloop en hoeven ook niet alle doorlopen te worden.

Achievement is de meest optimale vorm van identiteitsontwikkeling waarbij er zowel geëxploreerd is als dat er verbintenis is aangegaan. Het doel is om tot een passende identiteit te komen wat belangrijk is voor het psychisch welzijn. Wanneer dit de persoon met ASS niet lukt kan een behandeling of interventie hier mogelijk helpend in zijn. Het hebben van een identiteit is een belangrijke menselijke behoefte, die onderdeel kan uitmaken van de behoeftepiramide van Maslow (1943).

### **De behoeftepiramide van Maslow**

De behoeftepiramide van Maslow bestaat uit vijf hiërarchische niveaus van menselijke behoeftes. De behoeftes lager in de hiërarchie moet in zijn voorzien, voordat er een behoefte op hoger niveau kan worden bevredigd (Maslow 1943; McLeod, 2007). Deze behoeftes zijn van laag naar hoog: fysiologische behoefte, behoefte aan veiligheid, behoefte aan liefde en verbondenheid, behoefte aan waardering en behoefte aan zelfactualisatie (in andere woorden; het vormen en realiseren van de identiteit). De fysiologische behoefte staat onderaan de piramide waarbij iemand in zijn basisbehoefte moet worden voorzien om in leven te blijven, zoals eten, drinken en slapen. De onderste twee lagen van de piramide worden als

basisbehoefte gezien. De behoefte tot zelfactualisatie en zelfvervulling is de bovenste laag van de piramide. De twee lagen daartussen worden als psychologische behoefte gezien waaronder ook de behoefte tot het kiezen van een identiteit valt (Gorman, 2010). Wanneer er in deze behoefte is voorzien is dit vergelijkbaar met “achievement” van identiteitsontwikkeling van Marcia (1966). Wanneer er in deze behoefte wordt voorzien kan er gesproken worden van het ervaren van subjectief welzijn. Dit betekent niet dat er sprake is van een volmaakt leven maar dat er wordt voorzien in de behoefte wat een positief zelfgevoel geeft (Tay & Diener, 2011). Er zijn allerlei dingen die het verbinden tot een identiteit kunnen hinderen, een voorbeeld hiervan is het camouflage gedrag wat mensen met ASS laten zien.

### **Camouflage gedrag bij autisme**

Camouflage is een onderwerp waaraan steeds meer aandacht wordt besteed bij ASS-onderzoek. Dit kost mensen met ASS veel energie en hierdoor hebben zij vaak het gevoel niet volledig zichzelf te kunnen zijn (Hull, et al., 2017; Spek, et al., 2021). Onder camouflage worden de oppervlakkige sociale vaardigheden verstaan die mensen met ASS vertonen om hun stoornis en symptomen te camoufleren. Deze vaardigheden zijn vaak zelf aangeleerd door imitatie van anderen. Dit wordt vooral gedaan door cognitief vaardigere vrouwelijke personen met ASS (Ehlers & Gillberg, 1993). Dit levert hun stress en angst op wat leidt tot vermoeidheid en de behoefte zich terug te trekken uit sociale situaties. Camouflage hindert dus de identiteitsontwikkeling omdat mensen met ASS hierdoor niet hun “ware ik” kunnen tonen (Hull, et al., 2017). Dit zorgt ervoor dat zij verwijderd van zichzelf raken wat kan leiden tot identiteit verwarring, waardoor “achievement” uit het model van Marcia (1966) niet bereikt zal worden.

## Behoeften identiteitsontwikkeling

Uit het huidige onderzoek is gebleken door middel van literatuurstudie, interviews met mensen met autisme en hun naasten dat vier behoeften in de identiteitsontwikkeling centraal staan (De Graaf et al, 2023). Deze zijn zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie (Tabel 1). De gedachte is; als in de eerste 3 behoeften wordt voorzien, dan vloeien de identiteitsontwikkeling (gedachten en gevoelens over het zelf, de mens en de wereld) en zelfrealisatie (acties vanuit het zelf richting andere mensen en de wereld) hier gaandeweg uit voort. Op basis van deze 4 hoofdthema's (4 aspecten van identiteitsontwikkeling) is het kwalitatieve onderzoek (thematische analyses) wat in deze masterthese wordt beschreven gestart. De onderzoeksvraag is: "Welke componenten van interventies kan men inzetten om mensen met autisme ASS te faciliteren of te stimuleren in bepaalde aspecten van de identiteitsontwikkeling?"

**Tabel 1:** *Definities 4 centrale Behoeften aspecten van de Identiteitsontwikkeling bij autisme*

Behoeften	Definities
Zelfkennis	<i>"Het bewustzijn van de eigen normen, waarden, verlangens, emoties en gedachten." (Basham, 2012).</i>
Zelfacceptatie	<i>"Het volledig accepteren van jezelf, inclusief je tekortkomingen en fouten, en beseffen dat je als mens de moeite waard bent." (Wenkart, 1955).</i>
Zelfregulatie	<i>"Zelfregulatie omvat vaardigheden die belangrijk zijn voor het reguleren van emoties, gedachten, gedrag en het richten van de aandacht." (Ponitz</i>

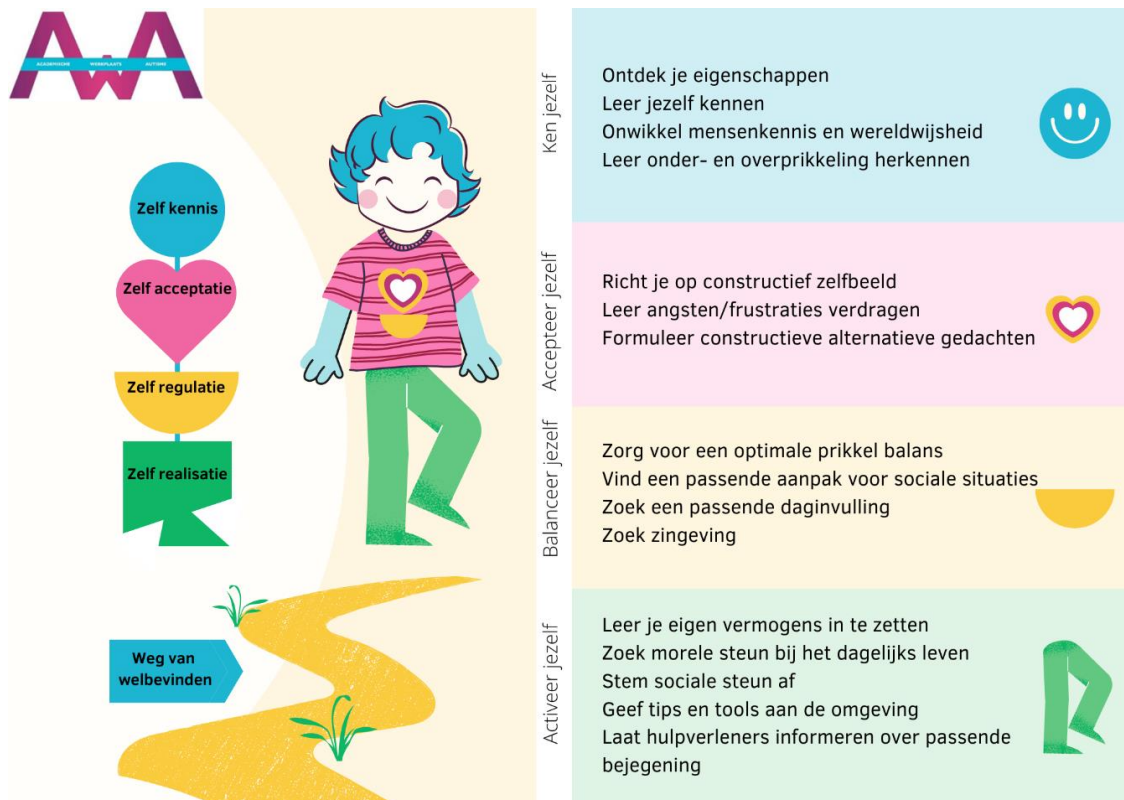
et al., 2009).

Zelfrealisatie      *“Zelf de baas zijn over je eigen leven en daarbij zelf beslissingen nemen en zelfstandig leven.”* (Goldfarb et al., 2021).

---

Deze vier behoeften zijn omschreven naar doelen van interventies en visueel gemaakt in een infographic (figuur 2) door de AWA (Academische Werkplaats Autisme). De AWA is opgericht op advies van de gezondheidsraad, met als doel om kennis vanuit de wetenschap beter te laten doorstromen naar de praktijk. In deze infographic worden de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie afgebeeld in het lichaam van het individu. Hierbij zit de zelfkennis in het hoofd, komt de acceptatie vanuit het hart en is zelfregulatie hetgeen wat een persoon in balans houdt (het bekken). Zelfrealisatie wordt gezien als een doel waarbinnen de persoon de verbinding legt vanuit de andere drie behoeften richting de omgeving (leefwereld). Om deze reden is zelfrealisatie gevisualiseerd als de benen van de persoon; deze zorgen ervoor dat de persoon zich kan bewegen en positioneren in zijn omgeving.

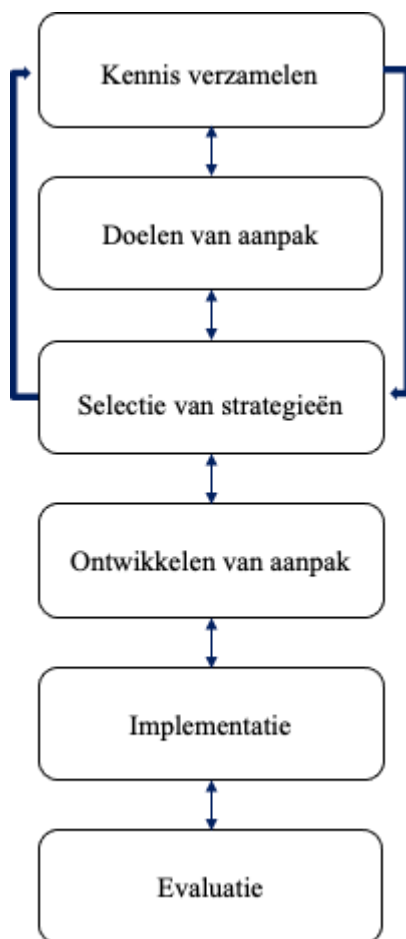
**Figuur 2:** *Infographic vier identiteitsdoelen AWA*



In de analyses zal onderzocht worden welke componenten van interventies kunnen worden ingezet om mensen met ASS te faciliteren of te stimuleren in bepaalde aspecten van de identiteitsontwikkeling. Oftewel welke veronderstelde werkingsmechanismen de componenten van interventies hebben, en hoe deze verondersteld worden aan te grijpen op bepaalde aspecten van de identiteitsontwikkeling (kennis ~ denken, acceptatie ~ voelen, regulatie ~ doen, realisatie ~ volhouden binnen context), zodat gewerkt wordt aan de doelen binnen de infographic, om uiteindelijk het welbevinden te waarborgen.

## Methodie

Het huidige onderzoeksproject heeft een kwalitatieve onderzoeksopzet en is onderdeel van het overkoepelende kwalitatieve onderzoek, genaamd ‘Omgaan met (het eigen) Autisme’. In het overkoepelende onderzoek, waar dit onderzoek deel van uitmaakt, wordt gebruik gemaakt van de *Adaptive Intervention Mapping* methode (AIM-methode, Belansky et al., 2013). Dit is een methode die verschillende stappen doorloopt om een aanpak te ontwikkelen. Deze stappen hoeven niet per definitie lineair afgelopen te worden, maar iedere stap borduurt wel voort op de resultaten van de voorgaande stap. Door de iteratieve natuur van de AIM-methode informeren en optimaliseren de fases/stappen elkaar. Het overkoepelende onderzoek bestaat uit zes verschillende fasen (Figuur 3).



**Figuur 3:** *Fases van de AIM-Methode*

Deze 6 fasen zijn gebaseerd op de 3 belangrijke kenmerken van het planningsproces van de AIM-methode. In de eerste fase wordt kennis verzameld en de behoefte geanalyseerd. In de tweede fase zijn de doelen van aanpak bepaald. De derde fase kenmerkt zich door de theoretisch onderbouwde aanpak te vertalen naar een praktische toepassing. De huidige studie bevindt zich zowel in de eerste als derde fase van de AIM-methode. Waarbij de verzamelde kennis over de werkingsmechanismen van de interventies/strategieën, wordt gebruikt om strategieën te selecteren/rangschikken. Op basis van de AIM-methode zijn er uit het overkoepelende onderzoek verschillende interventies naar voren gekomen, waarvan gedacht wordt dat deze een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan de identiteitsontwikkeling bij mensen met autisme. Deze interventies zijn door voorgaande studenten op een thematische wijze geanalyseerd, waarbij er werd gekeken naar welke componenten van de interventies het beste aansloten bij verschillende thema's.

### **Thematische analyse**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zal er een thematische analyse worden uitgevoerd. Dit is een onderzoeksmethode waarbij stapsgewijs op zoek wordt gegaan naar patronen of thema's in kwalitatieve gegevens om deze vervolgens te analyseren en te rapporteren (Braun & Clarke, 2006). Een thema omvat belangrijke elementen in de data in relatie tot de onderzoeksvraag en representeert een patroon van betekenis binnen de data. Thematische analyses zijn niet verbonden aan een bepaald theoretisch kader, waardoor het op verschillende manieren gebruikt kan worden. Het biedt een manier om de data op minimale wijze te organiseren en op een gedetailleerde wijze te beschrijven. De thematische analyse zal uitgevoerd worden op basis van de 17 (sub)thema's (zie bijlage 2) die zijn gebleken uit de afgenomen interviews, literatuur en input van de projectgroep van het overkoepelende onderzoek. Deze 17 thema's zijn gaandeweg ingedeeld in 4 hoofdthema's door het uitvoeren van een Delphi ronde waarin thema's geordend en geïntegreerd werden. De 4 hoofdthema's

zijn: zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Uit het overkoepelende onderzoek is er op basis van input van een expert panel en de literatuur een lijst met mogelijk geschikte interventies opgesteld. Dit is een lijst van bestaande interventies zoals zelfhulpboeken, opdrachten, trainingen of andere onderdelen van een interventie. Deze leken, volgens het deskundige oordeel van het panel, allen aan te sluiten bij de 4 hoofdthema's op basis van de eerdere gedane thematische analyse. In hoeverre dit echter precies zo is en hoe de componenten van de interventies aansluiten bij de doelen, daarvoor werden de nadere thematische analyses uitgevoerd.

In de thematische analyse van deze masterthese zal gebruik worden gemaakt van inductief (data gedreven) en deductief (theoretisch gedreven) redeneren (analyseren), aangezien thema's op zowel een inductieve als deductieve manier naar voren kunnen komen. Bij *inductief* redeneren worden de factoren enkel opgesteld vanuit de data (*bottom-up*), dit komt enkel voort uit feitelijkheden (de beschreven componenten van de interventies). Daarna wordt er geanalyseerd of dit aansluit bij bepaalde behoeften/doelen van de doelgroep. Dit kunnen dus thema's zijn die buiten de 4 vooraf opgestelde thema's vallen. Bij deductief redeneren wordt een grotere hoeveelheid informatie gebundeld tot kleinere groepjes informatie. Hierbij worden meerdere gedetailleerde onderwerpen (componenten van de interventies) teruggebracht tot een samengevat geheel (*top-down*) (ingedeeld binnen de 4 hoofdthema's). De vooropgestelde lijst van interventies (bestaande uit vele inhoudelijke en leverwijze componenten) bestaat niet enkel uit beschreven feitelijkheden (inhoudscomponenten), maar is een verzameling van alles wat als mogelijk nuttig beschouwd kan worden (dus ook aspecten van de interventies die betrekking hebben op hoe deze geleverd wordt; leverwijze componenten, denk b.v. individueel of in een groep; Braun & Clarke, 2006). Alle stappen van de werkwijze binnen de thematische analyses staan beschreven in bijlage 1.



## **Huidige studie**

Het huidige onderzoek zal worden uitgevoerd, door de thematische analyses die voorgaande studenten in hun scriptie hebben gedaan, te controleren en te integreren. Een aanvullende literatuurstudie heeft als doel om de verschillende interventies in te delen op basis van de resultaten van de thematische analyse. Deze resultaten geven een weergave van de kenmerken van het individu met autisme of van de interventie. Dit zijn: de kenmerken van het individu (levensfase en intelligentieniveau) de kenmerken van de interventie (duur van de interventie en soort interventie/setting) en de veronderstelde werkingsmechanismen (op welke behoefte de desbetreffende interventie ingaat). Uit deze thematische analyses en aanvullende literatuurstudie komt een matrix voort die een snel overzicht geeft van de veronderstelde werkingsmechanismen die van invloed zijn op het wel of niet aansluiten van een bepaalde interventie bij een bepaald persoon. Deze matrix geeft weer welke interventies zinvol geacht worden bij bepaalde onderdelen van de identiteitsontwikkeling. De gegevens van het onderzoek zullen in de matrix getoond worden, waarin enerzijds de mogelijke behoeften van de doelgroep (verkregen vanuit interview studie) en anderzijds de te bieden hulp (verkregen vanuit literatuurstudie en thematische analyses interventies) zullen worden samengebracht. Op deze wijze wordt er getracht een brug te slaan die nu nog mist, tussen de literatuur en de praktijk van omgaan met (het eigen) autisme.

## **Resultaten**

In de resultatensectie zal per interventie een korte beschrijving worden gegeven van de inhoud van de interventie. De matrix waarin de interventies staan met daarbij de behoeften waar deze op ingaan zijn opgenomen in tabel 2. De matrix geeft de kenmerken van het individu (levensfase/intelligentieniveau) en kenmerken van de interventie (duur/soort). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen protocollair aanbod of maatwerk, mogelijkheden in de wijze van aanbieden én of het een individuele- of groepsinterventie is. Onder protocollair worden alle interventies verstaan waarvan een protocol aanwezig is en gehanteerd dient te worden. Maatwerk betekent dat er geen protocol voor de interventie op schrift is uitgewerkt, omdat er een specifiek gepersonaliseerd plan in samenspraak met de cliënt opgesteld dient te worden. Tenslotte beschrijft de matrix de veronderstelde werkingsmechanismen van de interventies (op welke identiteitsbehoeften de interventie ingaat; zelfkennis ~ blauw, zelfacceptatie ~ rood, zelfregulatie ~ geel, en/of zelfrealisatie ~ groen). De beschrijving van deze vier thema's (aangrijpingspunten, behandeldoelen) is in de inleiding gegeven (Tabel 1). Een interventie kan meerdere doelen dienen, dit wordt beschreven aan de hand van + (dekkend), ~ (deels), - (nauwelijks/niet). In bijlage 2 staan de 17 subthema's genoemd en wordt aangegeven in welke interventies deze terugkomen, dit is gedaan op basis van eerdere deductieve thematische analyses. Voor de interventies EMDR, Imaginare Rescripting, PEERS, VR-SOAP en DiSCoVR zijn deze analyses op subthema-niveau niet gedaan.

## **Ambulante begeleiding**

### *ASSwijzer*

De ASSwijzer is een laagdrempelige methode waarbij ritme en structuur in het dagelijks leven aanbrengen centraal staat. Deze methode bestaat uit ambulante begeleiding waarbij de persoon met ASS wordt aangemoedigd in het opdoen van nieuwe vaardigheden en nieuwe ervaringen. De ASSwijzer is een practice-based methode die ondersteunende communicatie biedt, wat de eigen ordening en probleemgerichte coping van de persoon met ASS zal doen vergroten (van der Veer & Steenman, 2014). Het aanleren van structuur is voor een persoon met ASS van groot belang omdat dit voor een beter algemeen functioneren en welzijn zorgt (Van der Veer, 2013). Hierbij wordt eerst de eigen ordening onderzocht en wordt er gekeken wat de kwaliteiten en valkuilen zijn. Vervolgens wordt er geoefend met een nieuwe ordening op het gebied van tijd, activiteit, ruimte, prikkels en persoon. Deze ordening wordt ingedeeld in verbaal (communicatie), visueel (uitschrijven en uittekenen) en vast (regels en routines). De ASSwijzer is bedoeld voor alle leeftijden en geschikt voor ieder IQ. Het traject duurt 10 maanden en is bedoeld voor het individu, wat het de interventie maatwerk maakt. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Door samen met de cliënt te kijken naar zijn kwaliteiten en valkuilen wordt de zelfkennis en acceptatie vergroot. Daarbij wordt er actief geoefend met de activiteiten waar een hulpvraag ligt, dit maakt dat er voorzien wordt in de behoefte tot zelfregulatie en zelfrealisatie.

## **Cognitieve Gedragstherapie (CGT)**

### ***Cognitive-Behavioral Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder***

Cognitieve gedragstherapie (CGT) gaat over welke invloed het denken op het doen heeft. CGT is gebaseerd op de aanname dat bepaalde overtuigingen en cognities het gevoel en gedrag verklaren. Bij deze therapievorm leren mensen deze overtuigingen en cognities aan te passen zodat dit de emotionele staat verbetert en leidt tot ander gedrag. Tevens heeft het toepassen van het nieuwe gedrag weer invloed op de verschillende overtuigingen en cognities wat zorgt voor een positieve opwaartse spiraal. CGT is een van de meest voorkomende behandelingen die sterk empirisch onderbouwd is. Een CGT-behandeling specifiek gericht op ASS is “*Cognitive-Behavioral Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder*” (CBT-AASD; Gaus, 2019). Dit is een boek bedoelt voor klinici en therapeuten waarin adviezen gericht op CGT-behandeling worden gegeven om de kennis te vergroten. In het boek staan geen complete trainingen beschreven maar onderdelen die betrekking hebben op een specifiek behandelgebied. CGT is geschikt voor alle leeftijden en intelligentieniveaus. Een CGT-behandeling duurt gemiddeld 3 tot 12 maanden. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Bij CGT wordt de client bewust gemaakt van zijn gedachten, gevoelens en gedrag. Dit maakt dat er voorzien wordt in de behoefte tot zelfkennis. Door niet helpende gedachten te vervangen door helpende gedachten wordt de zelfacceptatie en zelfregulatie vergroot. Wanneer het de cliënt lukt om dit toe te passen in zijn dagelijks leven wordt er voorzien in de behoefte tot zelfrealisatie.

### ***Dialectische Gedragstherapie (DGT)***

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een cognitieve gedragstherapie waarbij er geoefend wordt met het aanleren van verschillende vaardigheden. Met als doel meer grip te krijgen op heftige gevoelens, gedrag en de eigen gedachten (Hartmann et al., 2012). DGT

bestaat uit een deel groepstraining, individuele therapie, telefonische consultaties en Psychomotorische therapie (PMT). DGT is een wekelijkse therapie waarbij in de groepstrainingen verschillende vaardigheden worden getraind met als thema's: mindfulness, intermenselijke effectiviteit, emotieregulatie en frustratietolerantie. In de individuele sessies is er aandacht voor de huiswerkopdrachten en het individuele proces. DGT is bedoeld voor de leeftijd vanaf 6 jaar en een intelligentieniveau vanaf een IQ van 35. De behandeling duurt 6 tot 12 maanden. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfregulatie, zelfrealisatie en deels op zelfacceptatie. In deze interventie wordt er door meer grip te krijgen op eigen gevoelens, gedrag en gedachten ingegaan op de behoefte tot zelfkennis. Door hiermee aan de slag te gaan in een groepstraining wordt er voorzien in de behoeften tot zelfregulatie, zelfrealisatie en deels op zelfacceptatie.

### ***Competitive Memory Training (COMET)***

Competitive Memory training (COMET) is een training die zich richt op problemen met het zelfbeeld en hoe deze verbeterd kan worden door positieve kennis op te doen (Korrelboom, 2011). COMET is een gestructureerde cognitief gedragstherapeutische interventie die voornamelijk als groepstherapie gegeven wordt maar ook individueel gegeven kan worden. COMET laat de deelnemer de strijd aangaan met het negatieve zelfbeeld en streeft er naar de positieve tegenhanger groter te laten worden dan de negatieve overtuigingen. De training bestaat uit oefeningen en opdrachten om de nieuwe positieve gedachten in praktijk te brengen. COMET bestaat uit verschillende componenten waarin het versterken van positieve zelspraak centraal staat. Dit wordt gedaan door positieve herinneringen op te halen en deze te herleven. Deze oefening wordt steeds herhaald en verder uitgebreid. De interventie is in de basis bedoeld voor angstklachten, depressieve klachten, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. De vraag is nog of het ook effectief blijkt te zijn voor mensen met ASS. COMET is bedoeld voor de leeftijd vanaf 8 jaar en een gemiddeld

intelligentieniveau. COMET bestaat uit 8-9 sessies van 90 minuten (afhankelijk van groeps- of individuele behandeling). Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfrealisatie en deels op zelfregulatie. De cliënt wordt met deze interventie bewust gemaakt van zijn eigen negatieve zelfevaluaties, hiermee wordt er voorzien in de behoefte zelfkennis. Door actief te oefenen met positieve zelfovertuigingen wordt er voorzien in de behoeften tot zelfacceptatie, zelfrealisatie en deels op zelfregulatie.

## **Emotieregulatie training**

### ***Emotion Awareness and Skills Enhancement programme (EASE)***

EASE (*Emotion Awareness and Skills Enhancement programme*; Mazefsky et al., 2021) is een effectieve mindfulness interventie speciaal ontworpen voor mensen met ASS. EASE heeft een positief effect op angst, depressieve en ruminatie klachten. Emotieregulatie helpt bij het herkennen van emoties bij anderen en de ander zijn gedrag beter te begrijpen. EASE bestaat uit twee componenten gericht op mindfulness en gedragsmatige consistentie. Waarbij er een scheiding wordt gemaakt tussen gedachten, gevoelens en het vormen van gedachten om de emotieregulatie te verbeteren. Hierdoor ontstaat er een gevoel van acceptatie wat zorgt voor een betere emotionele toestand. Hierdoor leert de persoon met ASS zijn eigen identiteit te onderzoeken en te accepteren. Ook worden er in EASE sociale situaties nagespeeld om te leren omgaan met sociale interactie, herkennen van signalen en het omgaan met afwijzing. In het geval van een kind wordt de ouder ook in de sessies betrokken. EASE is bedoeld voor de leeftijd vanaf 10 jaar en een gemiddeld intelligentieniveau, waarbij de verbale intelligentie minimaal 80 moet zijn en bestaat uit 16 sessies. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Door de emoties te leren kennen en te begrijpen voorziet deze interventie in de behoefte zelfkennis en

zelfregulatie. Door de situaties na te spelen wordt er voorzien in de behoefte tot zelfrealisatie. Deze componenten uit de EASE-interventie zorgen ervoor dat er zelfacceptatie ontstaat.

## **Hechting/Trauma**

### ***ReAttach***

ReAttach is een (systemische) methode waarbij ervan uitgegaan wordt dat een psychologisch probleem ontstaat binnen een sociale context die in relatie staat met de cliënt (Weerkamp-Bartholomeus, 2015). Het doel van ReAttach is het ondersteunen in het verwerken van stress(tolerantie) om zo nieuwe pro-actieve coping te kunnen toepassen. Tijdens deze behandeling hoeft er niet gesproken te worden en trauma's of nare herinneringen worden niet herbeleefd. ReAttach bestaat uit 5 elementen, er wordt begonnen met fysiek contact maken met de cliënt (door aanraking van de handen). Vervolgens zal er door het fysieke contact een proactief arousal ontstaan wat de spanning beschrijft die iemand ervaart. Wanneer er optimale ontspanning is kan er geoefend worden met de verwerking. Vervolgens wordt er cognitieve bias-modificatie toegepast wat ertoe moet leiden dat verschillende concepten worden aangepast. Ten slotte wordt er gefantaseerd over het (nieuwe) leven van de client. ReAttach is geschikt voor alle leeftijden en alle intelligentieniveaus. De interventie bestaat uit 5 behandeling verspreidt over 3 maanden. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Door bij zowel de psychische problemen als de sociale context van de cliënt stil te staan voorziet ReAttach in de behoeften zelfkennis en zelfregulatie. Door de concepten aan te passen wordt cliënt voorzien in de behoefte tot zelfrealisatie waardoor zelfacceptatie kan ontstaan.

### ***Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)***

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; Shapiro, 2014) is een behandeling geschikt voor het behandelen van psychische problemen, trauma en negatieve gebeurtenissen. EMDR blijkt een effectieve therapie voor mensen met ASS die een traumatische ervaringen hebben meegemaakt (Lobregt-van Buuren, et al., 2019). EMDR richt zich op de zware emotie loskoppelen van de herinnering. Dit wordt gedaan door oogbewegingen of wisselende piepjes in de oren waarmee het werkgeheugen belast wordt. De therapeut zal de cliënt vragen terug te gaan naar de herinnering en de emoties en lichamelijke sensaties hierbij toe te laten. EMDR is geschikt voor alle leeftijden en alle intelligentieniveaus. De behandeling bestaat uit 2-6 sessies bestaande uit 45-90 minuten. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Doordat de herinnering wordt teruggehaald en deze ervaring wordt besproken wordt de zelfkennis en zelfregulatie van de cliënt vergroot. Door de lading van de herinnering af te halen kan de cliënt tot zelfacceptatie komen en kan zijn leven voortzetten met een verbeterde zelfrealisatie.

### ***Imaginaire rescriptie (IR)***

IR (*Imaginaire rescriptie*; Korrelboom & ten Broeke, 2020) is bedoeld voor het behandelen van trauma's en trauma gerelateerde klachten. Tijdens IR wordt de cliënt gevraagd om het trauma of de herinnering te visualiseren. De cliënt zal herhaaldelijk en voor langere tijd worden blootgesteld aan de imaginaire representaties van de herinnering of traumatische gebeurtenis. Hierbij moet de cliënt de herinnering of traumatische gebeurtenis zo specifiek mogelijk beschrijven in tegenwoordige tijd en deze herinnering aanpassen (rescriptie). Tijdens de behandeling zal er meermaals worden gevraagd hoe angstig de visualisatie van de herinnering of het trauma de cliënt maakt. Ook zullen de sessies worden opgenomen en zal de cliënt deze beluisteren als huiswerk. Het doel van IR is om de angst te



verminderen en het trauma op deze manier te verwerken. IR is geschikt vanaf de volwassen leeftijd en geschikt voor een gemiddeld en hoog intelligentieniveau. De behandeling bestaat uit 10 sessies van 90 minuten. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Doordat de herinnering wordt teruggehaald en deze ervaring wordt besproken wordt de zelfkennis en zelfregulatie van de cliënt vergroot. Door de rescriptie wordt de lading van de herinnering afgehaald, hierdoor kan de cliënt tot zelfacceptatie komen en kan zijn leven voortzetten met een verbeterde zelfrealisatie.

## **Psycho-educatie**

### ***'Ik ben speciaal'***

'Ik ben speciaal' (Vermeulen, 2005) is een psycho-educatief werkboek speciaal ontwikkeld voor mensen met ASS. In dit werkboek is er aandacht voor het vergroten van kennis, inzichten en vaardigheden op het gebied van zelfontplooiing, acties ondernemen en het evalueren hiervan. Het doel van het werkboek is het autisme begrijpen en het kunnen plaatsen in het zelfbeeld en dit te kunnen accepteren. 'Ik ben speciaal' is geschikt voor alle leeftijden en voor een gemiddeld intelligentieniveau. Deze interventie is een werkboek, hierdoor de duur van het traject persoonlijk. Deze interventie gaat in op de behoefte tot zelfkennis en deels in op zelfacceptatie en zelfrealisatie. Doordat deze interventie een psycho-educatie programma is wordt er vooral stilgestaan bij de behoefte tot zelfkennis. Het werkboek voorziet deels tot de behoefte in zelfacceptatie door in te gaan op het zelfbeeld. Daarnaast gaat een deel over zelfontplooiing wat aansluit bij de behoefte zelfrealisatie doordat hiermee actief wordt geoefend.

### ***‘Voor slimme jongeren met autisme’,***

‘Voor slimme jongeren met autisme’ (Meijden, & van der Stegen, 2009) is een psycho-educatie programma dat wordt gegeven op scholen. Jongeren met ASS zijn kwetsbaar als het gaat om het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld. Daarom staat het ontwikkelen van een geïntegreerd zelfbeeld centraal bij het psycho-educatie programma. Daarnaast is er aandacht voor de kwaliteiten en competenties van de jongeren. ‘Voor slimme jongeren met autisme’ is bedoeld voor jongeren met een hoog intelligentieniveau. Hierbij gaat het om jongeren die HAVO of VWO volgen. Het programma bestaat uit 12 tot 15 sessies. Deze interventie gaat in op de behoefte tot zelfkennis en deels in op zelfacceptatie en zelfrealisatie. Doordat deze interventie een psycho-educatie programma is wordt er vooral stilgestaan bij de behoefte tot zelfkennis. Het programma voorziet deels in de behoefte van zelfacceptatie door in te gaan op het zelfbeeld. Daarnaast wordt dit programma op scholen gegeven waardoor er onderlinge interactie plaatsvindt, dit sluit aan bij de behoefte zelfrealisatie.

### **Sociale vaardigheden training**

#### ***Program for the Education and Enrichment of Relational Skills (PEERS)***

PEERS (*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*; Laugeson, Frankel, & Greaves-Lord, 2021) is een training voor jongeren met ASS om sociaal-communicatieve competenties te verbeteren. PEERS is een Amerikaans sociale vaardighedentraining die geïmporteerd is naar Nederland. In de groepsbijeenkomsten komen er verschillende onderwerpen aan bod. Deze onderwerpen zijn gespreksvaardigheden, het kiezen van geschikte vrienden, gepast gebruik van humor, het mengen in een gesprek, het afronden van een gesprek, afspreken met vrienden en het omgaan met afwijzing, meningsverschillen, geruchten of roddels. Daarnaast wordt de omgeving van de persoon met ASS betrokken bij de sessies, dit kan een ouder, familielid of een belangrijke vriend(in) zijn.

PEERS is geschikt voor jongeren en jongvolwassenen met een gemiddeld tot hoog intelligentieniveau. De groepsbehandeling bestaat uit 14 tot 16 sessies. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfregulatie en zelfrealisatie en deels op zelfacceptatie. Tijdens de PEERS bijeenkomsten ontvangen de jongeren informatie en handvaten, hierdoor wordt voorzien in de behoefte tot zelfkennis. Buiten de bijeenkomsten om worden de jongeren uitgedaagd om de geleerde vaardigheden in de praktijk uit te voeren, hiermee wordt voorzien in de behoeften tot zelfregulatie en zelfrealisatie. Dit draagt samen bij aan de behoefte tot zelfacceptatie.

## **Virtual Reality interventies**

### ***Applied Relaxation (VRRelax)***

VRRelax is een vorm van Applied Relaxation (Veling, et al., 2021), een interventie die toegepast wordt bij mensen met psychische en somatische klachten. Centraal staat het gebruik van een Virtual Reality (VR) bril waarmee gebruikers in een virtuele omgeving worden geplaatst. De gebruiker sluit zich af van de buitenwereld en door middel van de kunstmatige omgeving kan worden ontspannen. Dit zijn omgevingen als een strand, in de zee zwemmen met dolfijnen, een stil bos of bergen. Het wordt gebruikt om mensen te helpen omgaan met stress en de daaruit voortvloeiende angst of ongemak. Door middel van VRRelax en de bijhorende begeleidingssessies leert de gebruiker om te ontspannen en zo coping technieken aan te leren om te kunnen omgaan met stress, angst of pijn. VRRelax is in vergelijking met andere relaxatiemethoden mogelijk zelfs geschikter en effectiever voor mensen met ASS dan voor neuro-typische mensen. VRRelax is bedoeld voor alle leeftijden en intelligentieniveaus en bestaat uit 14 sessies met psycho-educatie. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie en deels op zelfkennis. De cliënt wordt actief geholpen met het aanleren en toepassen van coping, dit leert de cliënt in de VR en kan dit in

zijn leven toepassen. Op deze manier wordt er voorzien in de behoeften tot zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Indirect wordt hiermee ook kennis opgedaan, dit maakt dat er deels voorzien wordt in de behoefte van zelfkennis.

### ***VR-SOAP***

Virtual Reality is voor mensen met ASS een goede oefening om op een gecontroleerde manier te oefenen met sociale situaties (Mesa-Gresa, et al., 2018). Door VR te doen waarbij een therapeut meekijkt kan de cliënt geholpen en bijgestuurd worden in het proces. VR-SOAP is in de basis ontwikkeld voor jongvolwassenen met psychotische klachten om het functioneren op sociaal, school/werk en vrijetijd activiteiten te verbeteren (Meins, et al., 2023). SOAP staat voor Sociale Activiteiten en Participatie. VR-SOAP is geschikt voor angst, stress en depressie klachten bij cliënten met comorbiditeit. De behandeling bestaat uit vijf verschillende modules die gericht zijn op het verbeteren van een specifieke vaardigheid of specifiek domein. Deze zijn motivatie & plezier (negatieve symptomen), anderen begrijpen (sociale cognitie problemen), vertrouwen & veiligheid (paranoïde ideatie & sociale angst), zelfbeeld (verminderd zelfvertrouwen & zelfstigma, omgaan met anderen (moeilijkheden in de communicatie en interactie). VR-SOAP is bedoeld voor jongeren van 18 tot 35 jaar met een gemiddeld intelligentieniveau en bestaat uit 14-wekelijkse sessies. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfregulatie en zelfrealisatie en deels op zelfacceptatie. De cliënt gaat actief aan de slag met het oefenen van vaardigheden, hiermee wordt voorzien in behoeften zelfregulatie en zelfrealisatie. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het zelfbeeld, dit kan zorgen voor meer zelfacceptatie.

### ***Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR)***

DiSCoVR (*Dynamic interactive social cognition training in virtual reality*) is een virtual reality training die zich richt op het verbeteren van de sociale cognities van mensen

met ASS (van Pelt, et al., 2022). Het doel van DiSCoVR is het beter begrijpen van sociale situaties wat helpt in het beter kunnen onderhouden van studie, werk en vrienden (Nijman, et al., 2020). Door middel van de VR wordt er geoefend met het leggen van contacten en het beter begrijpen van anderen. VR is een veilige manier om hiermee te oefenen en waar ook ruimte is om fouten te maken zonder dat dit gevolgen heeft. De training richt zich voornamelijk op het herkennen van emoties in de expressie, het begrijpen van gedachten en gevoelens van anderen en dit vervolgens oefenen in de virtuele wereld. Tijdens de trainingen is een psycholoog betrokken die de cliënt voorziet van feedback op de vooraf opgestelde persoonlijke doelen. DiSCoVR is geschikt voor alle leeftijden en intelligentieniveaus. De behandeling bestaat uit 16 sessies van 60 minuten. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfregulatie en zelfrealisatie en deels op zelfacceptatie. In DiSCoVR wordt er actief geoefend met het herkennen van sociale vaardigheden en het uitvoeren hiervan. De opgedane kennis kan vervolgens in “het echte leven” toegepast worden. Hiermee voorziet de interventie in de behoefte tot zelfregulatie en zelfrealisatie. Wanneer de cliënt positieve ervaringen opdoet met zijn nieuwe ervaringen kan er meer zelfacceptatie ontstaan.

## **Methodische interventie**

### ***YUCEL***

YUCEL (Yucel-methode, 2023) is een methode waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende gekleurde blokken die de cliënt naar eigen inzicht mag opstellen. Hierdoor ontstaat er een visuele representatie van de levenssituatie van de cliënt en kan deze in beeld worden gebracht. Op deze manier kan op een eenvoudige manier inzicht verkregen worden in de structuur van een persoon zijn levenssituatie en mogelijke problemen daarin. Belangrijke aspecten van deze methode zijn de gelijkwaardigheid tussen cliënt en hulpverlener, steunende factoren en de eigen regie. Verschillende blokken representeren verschillende factoren zoals

ondersteunde en belastende factoren. Zowel de huidige situatie en de gewenste situatie worden uitgebouwd. YUCEL is een techniek geschikt voor alle leeftijden en intelligentieniveaus. Hierdoor kan er niet gesproken worden over de duur maar is het een terugkomend hulpmiddel in een behandeling. Deze interventie gaat deels in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Omdat YUCEL een korte methode is maakt dit dat deze alleen deels ingaat op de verschillende behoefte. YUCEL biedt inzicht in het leven van de cliënt, dit maakt dat de zelfkennis en zelfrealisatie wordt vergroot. Door de opstelling te bespreken en te kijken wat er al goed gaat draagt YUCEL bij aan zelfacceptatie en zelfregulatie.

## **Beeldende therapie**

### ***Zelf in Beeld***

Zelf in Beeld is een vorm van beeldende therapie wat bedoeld is voor kinderen met ASS (Schweizer, 2020). Het is een handboek waarin theoretische informatie wordt gegeven over verschillende methoden en 20 interventies voor beeldende therapieën. Voor deze analyse is er gekeken naar de vijf meest passende interventies, deze zijn ‘Imaginatie in beeldende therapie’, ‘Meditatief kunstzinnig werken: boetseren, tekenen en schilderen’, ‘Analytische tekentherapie’, ‘Psychodynamische beeldende groepstherapie’ en ‘MOVE een vormgeving methode in beeldende therapie’. Deze therapie is geschikt voor kinderen met een negatief zelfbeeld, somberheidsklachten, angstklachten en moeilijkheden met sociale contacten. “Zelf in beeld” houdt zich bezig met het verbeteren van het zelfbeeld, sociaal gedrag, flexibel gedrag en emotieregulatie. “Zelf in beeld” is geschikt voor kinderen van 6 tot 12 jaar met een gemiddeld intelligentieniveau (vanaf 80) bestaande uit 10 sessies. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. “Zelf in beeld” gaat in op het verbeteren van het zelfbeeld, hiermee wordt voorzien in de behoefte tot zelfkennis en

zelfacceptatie. Daarnaast wordt flexibel gedrag gestimuleerd en wordt emotieregulatie toegepast, hiermee wordt voorzien in de behoefte tot zelfregulatie en zelfrealisatie.

### *Zelfportret*

‘Mijn Zelfportret’ (Aerts, & Buys, 2011) is een beeldende training die in groepsverband wordt gegeven en bedoeld is voor jongeren met ASS. Daarnaast vinden er ook bijeenkomsten voor de ouders plaats met als doel het beter kunnen ondersteunen van het eigen kind in de zoektocht naar zichzelf en de ASS. De jongeren met ASS verkrijgen inzichten doordat ze moeten beschrijven wat hun zelfportret inhoudt (Aerts, & Buys, 2011). Hierbij worden uitspraken over zichzelf en groepsgenoten gedaan. Deze training is bedoeld voor jongeren tussen 15 en 17 jaar met een gemiddeld intelligentieniveau, bestaande uit 10 sessies. Deze interventie gaat in op de behoeften zelfkennis, zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie. Tijdens deze training wordt er kennis over ASS verstrekt wat maakt dat er voorzien wordt in de behoefte tot zelfkennis. Daarnaast worden er in groepsverband een portret samengesteld en worden hier uitspraken over gedaan. Hiermee wordt voorzien in de behoefte tot zelfacceptatie, zelfregulatie en zelfrealisatie.

**Tabel 2:** *Interventie matrix*

Interventie	Kenmerken Individu		Kenmerken interventie		Veronderstelde werkingsmechanismen			
	Levensfase	Intelligentie*	Duur	Soort	Kennis	Acceptatie	Regulatie	Realisatie
ASS wijzer	Alle	Laag/ gemiddeld /hoog	10 maanden	Maatwerk & individueel	+	+	+	+
VRelax	Alle	Laag/ gemiddeld /hoog	14 sessies	Protocol + maatwerk Individueel	~	+	+	+
CGT	Vanaf 4 jaar	Gemiddeld/ hoog	3 maand tot 1 jaar	Protocol, Individueel of groep	+	+	+	+
COMET	Vanaf 8 jaar	Gemiddeld/ hoog	8-9 sessies (90 min)	Protocol, Individueel of	+	+	~	+

				groep				
DGT	Vanaf 6 jaar	>35	6 tot 12 maanden	Protocol, Individueel/ groep	+	~	+	+
EASE	Vanaf 10 jaar	Gemiddeld/ Hoog (min. >80 verbaal)	16 sessies	Protocol, Individueel	+	+	+	+
Re-attach (Hechting/Trauma)	Alle		5 sessies over 3 maanden	Maatwerk, individueel	+	+	+	+
EMDR (Hechting/Trauma)	Alle	Laag/ gemiddeld /hoog	2-6 sessies (45-90 min)	Protocol, individueel	+	+	+	+
IR (Hechting/Trauma)	Volwassenen	Normaal/hog	10 sessies (90 min)	Protocol, individueel	+	+	+	+
‘Ik ben speciaal’ (Psycho-educatie)	Vanaf 12 jaar	Gemiddeld	N.v.t	Maatwerk, individueel	+	~	-	~
‘voor slimme jongeren met autisme’ (Psycho-educatie)	Jongeren	Hoog (havo/vwo)	12-15 sessies	Protocol, groep	+	~	-	~
PEERS (sociale vaardigheden)	Jongeren/jong volwassenen	Gemiddeld/ hoog	14-16 sessies	Protocol, groep	+	~	+	+
YUCEL (Methodische interventie)	Alle	Laag/ gemiddeld /hoog	n.v.t.	Protocol, individueel	~	~	~	~
VR-SOAP	18-35 jaar	Gemiddeld/ hoog	14 sessies	Protocol, individueel	-	~	+	+
DiSCoVR	Alle?	Gemiddeld	16 sessies (60 min)	Protocol, individueel	-	~	+	+
Zelf in Beeld	Kinderen (6-12 jaar)	> 80	10 sessies	Maatwerk, groep	+	+	+	+
Zelfportret	15-17 jaar	Gemiddeld	10 sessies	Maatwerk, groep	+	+	+	+

\* Er wordt onderscheid gemaakt tussen een laag (> 90), gemiddeld (90-110) of hoog (> 110) IQ, tenzij er een specifieke ‘vanaf-grens’ wordt gegeven voor de interventie.



## Discussie

Deze masterthese maakt onderdeel uit van het project Omgaan met (het eigen) autisme waarin onderzocht wordt welke interventies mensen met ASS kunnen ondersteunen in de identiteitsontwikkeling. Het overstijgende klinische doel van dit project is om mensen met ASS te helpen oriënteren en accommoderen tot een passende identiteit wat belangrijk is voor het psychisch welzijn. In dit onderzoek, waarin thematische analyses gecombineerd zijn met aanvullend literatuuronderzoek, is er gestreefd naar het maken van een uitgebreide, nog overzichtelijke matrix van interventies die kunnen ondersteunen in de identiteitsontwikkeling. Deze matrix heeft als doel om een overzicht te creëren van de werkende componenten uit verschillende interventies. Deze interventies zijn in een voorgaande fase van de studie geanalyseerd en helpend verondersteld voor de identiteitsontwikkeling bij ASS. De matrix geeft de kenmerken van het individu (levensfase/intelligentieniveau), kenmerken van de interventie (duur/soort) en de veronderstelde werkingsmechanismen (van de interventies, dus de veronderstelde bijdrage aan de doelen van het individu) weer.

### Interpretatie resultaten

Zelfkennis: *“Het bewustzijn van de eigen normen, waarden, verlangens, emoties en gedachten.”* (Basham, 2012).

De matrix laat zien dat bijna alle interventies ingaan op het thema kennis (aangrijpen via cognitieve werkingsmechanismen). Dit is mogelijk niet verassend aangezien er voor de meeste interventies eerst kennisdeling moet plaatsvinden, voordat ergens mee aan de slag kan worden gegaan. Al deze interventies bevatten een deel psycho-educatie over de concepten waaraan gewerkt zal worden in de therapie. Hierdoor kan de persoon met ASS meer bewust worden van zijn eigen normen, waarden, verlangens, emoties en gedachten. De interventies

waarbij minder wordt ingegaan op de zelfkennis zijn de meer “doe-interventies”, waarbij er praktisch aan de slag wordt gegaan. Dit zijn de VR-therapieën en de YUCEL-methode.

Zelfacceptatie: *“Het volledig accepteren van jezelf, inclusief je tekortkomingen en fouten, en beseffen dat je als mens de moeite waard bent.”* (Wenkart, 1955).

De matrix laat zien dat een deel van de interventies ingaan op het thema zelfacceptatie (aangrijpen via affectieve werkingsmechanismen). Deze interventies leveren een bijdrage aan het volledig accepteren van jezelf, inclusief je tekortkomingen en fouten, en beseffen dat je als mens de moeite waard bent. In de psycho-educatie, VR-therapieën, sociale vaardigheidstraining en de YUCEL wordt minder ingegaan op het thema zelfacceptatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze interventies voornamelijk veel praktische handvatten bieden. Hierdoor blijft het concept zelfacceptatie mogelijk op de achtergrond, dit betekent niet dat het effect van de interventie geen invloed heeft op een positiever zelfbeeld.

Zelfregulatie: *“Zelfregulatie omvat vaardigheden die belangrijk zijn voor het reguleren van emoties, gedachten, gedrag en het richten van de aandacht.”* (Ponitz et al., 2009).

De matrix laat zien dat een groot deel van de interventies ingaan op het thema zelfregulatie (aangrijpen via gedragsmatige werkingsmechanismen). Zelfregulatie is een gedragsmatige vaardigheid die middels verschillende interventies aangeleerd kan worden. In deze interventies worden vaardigheden aangeleerd die belangrijk zijn voor het reguleren van emoties, gedachten, gedrag en het richten van de aandacht. Dit zijn allen vrij langdurige en grote interventies die aan de slag gaan met het thema zelfregulatie. Dit verklaart mogelijk waarom de andere interventies minder of niet ingaan op zelfregulatie.

Zelfrealisatie: *“Zelf de baas zijn over je eigen leven en daarbij zelf beslissingen nemen en zelfstandig leven.”* (Goldfarb et al., 2021).

De matrix laat zien dat een groot deel van de interventies ingaan op het thema zelfrealisatie (aangrijpen op systemische werkingsmechanismen). Zelfrealisatie heeft betrekking op de persoon in zijn omgeving en de interactie tussen beiden. Zelfrealisatie is het overkoepelende thema over de andere drie thema's; dit doel komt voort uit de realisatie van de voorgaande 3 doelen. Het betreft de integratie van de andere drie behoeftes binnen het dagelijks leven (de leefwereld/context/het systeem). Zelfrealisatie is het beoogde lange termijn doel van alle interventies en wordt daadwerkelijk behaald in meer of mindere mate bij de verschillende interventies, afhankelijk van de kenmerken en doelen van de interventies.

### **Methodologische overwegingen**

Bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met een aantal factoren. Bij kwalitatief onderzoek is er altijd een bepaalde mate van subjectiviteit aanwezig (Ratner, 2002). In een van de eerste bijeenkomsten van dit onderzoek is er gezamenlijk een indeling gemaakt van hoe de 17 thema's zich verhouden tot de 4 identiteitsbehoeften. Deze indeling is gebaseerd op de visie van zes onderzoekers (1 senior-onderzoeker, 4 student-onderzoekers en 1 ervaringsdeskundige). Deze indeling had mogelijk kleine variaties laten zien wanneer deze geanalyseerd waren geweest door een andere samenstelling van onderzoekers. De objectiviteit is gewaarborgd door gebruik te maken van de vooropgestelde definities van de vier identiteitsbehoeften (tabel 1). Het toevoegen van een ervaringsdeskundige (persoon met ASS) aan dit onderzoek kan gezien worden als een sterke toevoeging. Hierdoor is niet alleen de visie van onderzoekers op de interventies meegenomen maar ook van een ervaringsdeskundige die mogelijk deze interventies zou volgen. Participatief onderzoek in de hulpverlening verruimt kennis, stimuleert positieve sociale veranderingen en empowerment, en bevordert de integratie van wetenschap en praktijk, met waarde voor cliënt, hulpverlener en onderzoeker (Van den Steene, et al., 2019).

Daarnaast is/lijkt er (nog) geen een interventie opgenomen in de lijst met interventies die zich richt op het specifieke subthema ‘identiteitstypen’ (een van de 17 subthema’s). Mogelijk is dit subthema door zijn abstractie niet gekoppeld aan een interventie, dit hangt samen met de algemene limitatie van kwalitatief onderzoek. Een concept dient helder gedefinieerd te worden met voldoende overeenstemming (Ratner, 2002).

In de matrix zijn vooralsnog voornamelijk “pratende-interventies” en enkel “doe-interventies” opgenomen. Hiermee worden de interventies bedoeld waarbij een cognitieve benadering wordt gehanteerd. De “doe-interventies” zijn voornamelijk de VR-interventies waarbij geoefend wordt met de opgedane vaardigheden in de praktijk te brengen. In de matrix missen echter “lichaamsgerichte-interventies”. Een voorbeeld hiervan is PMT (Psychomotorische therapie; Bloch-Atefi, 2015). Deze interventie stond wel in de long-list die het expert-panel opstelde, maar werd niet geselecteerd voor de short-list die geanalyseerd werd, omdat deze interventie nog weinig wetenschappelijk onderbouwd is. Desondanks wordt PMT in veel praktijken wel ingezet naar tevredenheid van cliënten. In tegenstelling tot evidence-based benaderingen, waarbij de nadruk ligt op wetenschappelijk bewijs, legt preference-based zorg de focus op het afstemmen van interventies op de specifieke voorkeuren en behoeften van individuele patiënten (Lokkerbol, et al., 2011), hiervan is PMT een passend voorbeeld. Mensen met ASS hebben meer moeite met het aanvoelen en ervaren van hun lichaam en emoties (Hildebrandt, Koch, & Fuchs, 2016). Zij kunnen soms erg geredeneerd vanuit het hoofd met hun emoties omgaan. Voor mensen met ASS die hier moeite mee hebben, zou een lichaamsgerichte-interventie, zeggen de ervaringen, uitkomst bieden. Daarnaast zijn er geen systemische therapieën (Spain, et al., 2017) opgenomen in het overzicht. De reden dat deze interventie niet is opgenomen in de short-list van voor de thematische analyses geselecteerde interventies, is dat dit soort therapieën niet door het ZPM worden vergoed, tenzij de therapie wordt uitgevoerd door een gekwalificeerde

stysteemtherapeut (NVRG, 2022), die maar weinig beschikbaar zijn en waarvan de scholing een investering is waarvoor instellingen mogelijk beperkt kiezen. Ook deze therapievorm zou een goede toevoeging kunnen zijn aan de interventies in de matrix, gezien de positieve ervaringen van zorggebruikers en zorgaanbieders. Deze interventie is dus wel preference-based, maar voor alsnog ook nog onvoldoende evidence-based (Lokkerbol, et al., 2011).

### **Klinische aanbeveling**

De matrix (tabel 2) is ontworpen om een overzicht te geven van interventies die, gezien de veronderstelde werkingsmechanismen, kunnen bijdragen aan de identiteitsontwikkeling bij mensen met ASS. De matrix kan gebruikt worden op het moment dat de standaard protocollaire behandelingen op zichzelf staand niet toereikend zijn en er behoefte is aan eclectisch maatwerk (Wings, 2010). De matrix kan in de praktijk gaan fungeren als een (beleids)advies richting professionals uit de geestelijke gezondheidszorg en aanpalende gebieden (welzijnswerk, onderwijs, coaching in de arbeidsetting) en informeel betrokkenen (naasten), zodat zij samen met mensen met ASS beter geïnformeerde beslissingen kunnen nemen over de in te zetten hulpverlening. De matrix kan zowel de behandelaar als de cliënt helpen om een keuze te maken voor een passende behandeling en/of begeleiding. Het overzicht maakt het makkelijker om snel te kunnen zien welke interventie het meest geschikt is voor een bepaald individu, op een bepaald moment, in een bepaalde context, omdat de indicatoren en identiteitsbehoeften/ontwikkeldoelen zijn opgenomen in de matrix. Hiermee is de onderzoeksvraag is: “Welke componenten van interventies kan men inzetten om mensen met autisme ASS te faciliteren of te stimuleren in welke aspecten van de identiteitsontwikkeling” uitvoerig beantwoord.

## **Take home message**

Hoewel dit het einde van het huidige deelproject en masterthese is, zal het overkoepelende onderzoek worden voortgezet. De zoektocht naar passende interventies zal doorgaan (Lord, et al., 2022), waarbij de matrix in de toekomst aangevuld zal blijven worden met interventies die de identiteitsontwikkeling bij mensen met ASS ondersteunen, op basis van de veronderstelde of zelfs aangetoonde werkingsmechanismen van deze interventies, bij bepaalde specifiekere doelgroepen binnen de bredere autisme doelgroep. Dit maakt het mogelijk om in de toekomst, na meer gedegen analyses en/of onderzoek, meer therapiestromingen op te nemen, zoals lichaamsgerichte- en systeemtherapieën (Emck, et al., 2021; Spain, et al., 2017). Hiermee wordt er gestreefd naar het goed kunnen toe leiden richting de meest passende hulp voor mensen met ASS, ongeacht hun levensfase of context. Dit zou idealiter kunnen maken dat mensen met ASS meer tijd kunnen besteden aan het benutten van hun kwaliteiten en minder last hebben van hun valkuilen. Mensen met ASS zijn namelijk veel meer dan hun ontwikkelingsstoornis, er zijn veel dingen waar zij beter in zijn beter in zijn dan “neuro typische” mensen (Kapp, 2020). Voorbeelden hiervan zijn dat mensen met ASS meer oprecht, doelgericht, leergierig en creatief zijn dan “neuro-typische” mensen. Als deze kwaliteiten meer gezien en benut worden, is dat niet alleen van waarde voor de mensen met ASS zelf, maar voor de gehele samenleving (Kapp, 2020).

## Literatuurlijst

- Aerts, I, & Buys, P. (2011). *Mijn Zelfportret*. Garant.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International review of research in mental retardation*, 23, 169-184.
- Basham, L. M. (2012). Transformational leadership characteristics necessary for today's leaders in higher education. *Journal of International Education Research (JIER)*, 8(4), 343–348. <https://doi.org/10.19030/jier.v8i4.7280>
- 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.
- Bloch-Atefi, A. (2015). The effectiveness of body-oriented psychotherapy: A review of the literature. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 3(1).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(2), 129-141
- Emck, C., de Lange, J., Scheewe, T., van Busschbach, J., & Van Damme, T. (2021). A movement-and body-oriented developmental approach.

- Eriksson, P. L., Wängqvist, M., Carlsson, J., & Frisé, A. (2020). Identity development in early adulthood. *Developmental Psychology*, *56*(10), 1968-1983.
- Cooper, K., Smith, L. G., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, *47*(7), 844-854.
- Goldfarb, Y., Golan, O., & Gal, E. (2021). A self-determination theory approach to work motivation of autistic adults: A qualitative exploratory study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05185-4>
- Gorman, D. (2010). Maslow's hierarchy and social and emotional wellbeing. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*, *34*(1), 27-29.
- de Graaff, B., Alma, M., Stoffels, A., Sloot, L., Jagersma, G., Mandemaker, H., van der Weide, K., Michel, T., Beskers, T., Verhoeven E., Vogelzang, M., Landsman, J. & Greaves-Lord, K. (2023) Ideniteitsontwikkeling bij autisme (IN PRESS)
- Hildebrandt, M. K., Koch, S. C., & Fuchs, T. (2016). “We Dance and Find Each Other”: Effects of dance/movement therapy on negative symptoms in autism spectrum disorder. *Behavioral Sciences*, *6*(4), 24.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., ... & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC psychiatry*, *9*(1), 1-9
- 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.



- Kapp, S. K. (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline* (p. 330). Springer Nature.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., & Greaves-Lord, K. (2021). PEERS sociale vaardigheidstraining voor jongeren met ontwikkelings- en autismespectrumstoornissen. Hogrefe.
- Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., & de Jongh, A. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 151-164.
- Lokkerbol, J., Verhaak, P., & Smit, F. (2011). *Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie*. Trimbos-instituut.
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., ... & McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271-334.
- Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1595-1616.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Maree, J. G. (2022). The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. *The Influence of Theorists and Pioneers on Early Childhood Education*, 119-133.
- Mazefsky, C. A., White, S. W., Beck, K. B., & Conner, C. M. (2021). Emotion Awareness

and Skills Enhancement (EASE) Program. Encyclopedia of autism spectrum disorders, 1688-1693.

McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1(1-18).

Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M., & Vollebergh, W. (1999). Patterns of adolescent identity development: Review of literature and longitudinal analysis. *Developmental review*, 19(4), 419-461

Meijden, S. van der, & Stegen B. van der (2009). 'Ik heb iets van autisme of zo...': Psycho-educatie voor slimme jongeren met ass. *Kind & Adolescent Praktijk*, 8(4), 187–197.

Meins, I. A., Muijsson-Bouwman, D. C., Nijman, S. A., Greaves-Lord, K., Veling, W., Pijnenborg, G. H. M., & van der Stouwe, E. C. D. (2023). VR-SOAP, a modular virtual reality treatment for improving social activities and participation of young people with psychosis: a study protocol for a single-blind multi-centre randomized controlled trial. *Trials*, 24(1), 1-11.

Mesa-Gresa, P., Gil-Gómez, H., Lozano-Quilis, J. A., & Gil-Gómez, J. A. (2018). Effectiveness of virtual reality for children and adolescents with autism spectrum disorder: an evidence-based systematic review. *Sensors*, 18(8), 2486.

Nijman, S. A., Veling, W., Greaves-Lord, K., Vos, M., Zandee, C. E. R., Aan Het Rot, M., ... & Pijnenborg, G. H. M. (2020). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) for people with a psychotic disorder: single-group feasibility and acceptability study. *JMIR mental health*, 7(8), e17808.

NVRG. (2022). *Update Zorgprestatie model en oproep*. (2022, August 11).

<https://www.nvrg.nl/update-zorgprestatie-model-en-oproep>

- Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Matthews, J. S., & Morrison, F. J. (2009). A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology*, 45(3), 605–619.  
<https://doi.org/10.1037/a0015365>
- Ratner, C. (2002). Subjectivity and objectivity in qualitative methodology. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 3, No. 3).
- Schweizer, C. (2020). Art Therapy for Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders: Development and First Evaluation of a Treatment Programme. University of Groningen.  
<https://doi.org/10.33612/diss.131700276>
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71.
- Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., Prunty, J. E., Chalder, T., & Happe, F. G. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Spek, A., Kiep, M., Wijker, C., & ten Barge, L. (2021). Hoe behandel je autisme?. *GZ-Psychologie*, 13(6), 20-24.
- Steenman, I. & Van der Veer, W.G. (2014). Scholingsmap training ASSwijzer voor gedragsdeskundigen. Zwolle/Groningen: eigen beheer.
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of personality and social psychology*, 101(2), 354.

Van den Steene, H., Van West, D., & Glazemakers, I. (2019). Het potentieel van participatief actieonderzoek voor cliënt, praktijk en onderzoek in de ggz: onderbouwing en praktijkvoorbeeld. *Tijdschrift voor psychiatrie.-Utrecht, 1972, currens, 61(5)*, 343-351.

Van Pelt, B. J., Nijman, S. A., van Haren, N. E. M., Veling, W., Pijnenborg, G. H. M., van Balkom, I. D. C., ... & Greaves-Lord, K. (2022). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) for adults with autism spectrum disorder: a feasibility study. *Research in Autism Spectrum Disorders, 96*, 102003.

Verhoeven, N. (2020). Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek. Boom Uitgevers Amsterdam.

Vermeulen, P. (2005). Ik Ben Speciaal 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme. EPO VZW.

Veling, W., Lestestuiver, B., Jongma, M., Hoenders, H. R., & van Driel, C. (2021). Virtual reality relaxation for patients with a psychiatric disorder: crossover randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research, 23(1)*, e17233.

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.

Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehorn, A. C., & Warren, Z. E. (2014). Brief report: DSM-5 “levels of support:” A comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(2), 471-476.

Wenkart, A. (1955). Self-acceptance. *The American Journal of Psychoanalysis*, 15(2), 135-143. <https://doi.org/10.1007/BF01874637>

Wings, J. (2010). Het protocol als panacee of toch maar liever persoonsgericht en eclectisch?. *Psychopraxis*, 2010(2), 26-28.

Yucel-methode., (2023). *In het kort - yucelmethode*. (2023, January 9). Yucelmethode. <https://www.yucelmethode.nl/in-het-kort/>

## **Bijlage 1: Stappenplan Thematische Analyse**

Verhoeven (2020) heeft voor het maken van een thematische analyse een plan bestaande uit zes stappen opgesteld, namelijk (1) Gegevens transcriberen, het (her)lezen van de data en de eerste opmerkingen en ideeën opschrijven (2) ‘Begincodes genereren’, het coderen van interessante aspecten van de data op een systematische wijze (3) Het zoeken van thema’s, van codes thema’s maken en data relevant voor elk thema verzamelen (4) ‘Thema’s beoordelen’, kijken of de thema’s werken in relatie tot de gecodeerde data, waardoor er een thematische kaart tot stand komt (5) ‘Definiëren van thema’s’, analyse om de details van elk thema te verfijnen, en om duidelijke definities en namen voor elk thema te genereren (6) Producteren van een wetenschappelijk rapport van de analyse. Er vindt een selectie plaats van levendige, overtuigende extractvoorbeelden, een analyse van geselecteerde extracten en terugkoppeling van de analyse naar de onderzoeksvraag en literatuur.

## Bijlage 2: Matrix van de interventies op de 17 thema's

	ASS wijzer	VRelax	CGT	COMET	DGT	EASE	ReAttach	PE	Zelf in beeld	Zelfportret
1. Identiteitsopvattingen							X	X	X	X
2. Zelfvertrouwen/zelfbeeld	X			X	X			X	X	X
3. Identiteitszoektocht	X								X	X
4. Gevormdheid identiteit									X	X
5. Identiteitstypen										
6. Levensfilosofie							X		X	
7. Identiteitsdomeinen	X				X		X	X	X	
8. Congruentie				X	X				X	X
9. Integratie samenleving								X	X	X
10. Identiteitscrisis		X				X			X	X
11. Existentiële angsten		X			X				X	
12. Betekenisvol leven			X		X		X		X	X
13. Zingeving							X		X	
14. Zelfacceptatie			X	X	X			X	X	X
15. Zelfveroordeling			X	X	X		X		X	
16. Identiteitssynthese									X	
17. Hiaten/copingstijlen						X				