



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

RICHARD VUIJK

Directieve therapie voor volwassenen met autismespectrumstoornissen

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) worden binnen het autismespectrum een vijftal stoornissen onderscheiden, waarvan er drie voornamelijk gezien worden in de volwassenenpsychiatrie. Het gaat om de autistische stoornis, de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anders omschreven (PDD-NOS) met een gezamenlijke prevalentie van 0.6–0.7% (Fombonne, 2011). De stoornissen overlappen in hoge mate en de grenzen tussen de stoornissen zijn soms aan discussie onderhevig ofwel vaag of moeilijk te trekken. Voor de nieuwe DSM-5 (verwacht in 2013) wordt gedacht aan een samenvoeging van deze stoornissen tot het begrip ASD (*autism spectrum disorders*) ofwel ASS (autismespectrumstoornissen; zie <http://www.dsm5.org>). De stoornissen kenmerken zich door met name kwalitatieve sociaalcommunicatieve beperkingen en een beperkt verbeeldend vermogen (Wing, 2001). Deze beperkingen gaan gepaard met een rigide, zich herhalend gedragspatroon.

De stoornissen kunnen zich op heel diverse manieren uiten, afhankelijk van de ernst van de stoornis, de leeftijd en het intelligentieniveau. Wing en Gould (1979; met een toevoeging van Shah in 1988) onderscheiden vier typen van de stoornis op basis van de sociale interactie. Zo zijn er mensen met ASS die zich in het contact *afzijdig* of *inalert* opstellen: zij maken nauwelijks contact, zijn meestal erg in de eigen wereld en hebben nauwelijks aandacht voor de omgeving. Mensen met ASS van het *passieve* type accepteren toenadering, maar zullen dit zelf niet initiëren. In het contact vertonen ze veel bereidheid en volgzaamheid. Mensen met ASS van het *actief-maar-bizarre* type kunnen heel actief zijn in het contact maken, maar de contactname kan naïef, vreemd, eenzijdig en/of onaangepast zijn. Mensen met ASS van het *stijf-formalistische* of *hoogdravende* type zijn zich vaak bewust van het belang van gepaste sociale interactie en houden daarbij vaak rigide vast aan sociale conventies, waarden en normen.

HET HUIDIGE BEHANDELAANBOD

Tot tien jaar geleden was de keuze uit behandelingen voor normaal intelligente volwassenen met ASS nog zeer bescheiden van omvang.

Men gaf een sociaalvaardigheidstraining ter verbetering van de sociaalcommunicatieve beperkingen en/of men bood psycho-educatie aan om daarmee zicht te bieden op zowel mogelijkheden als beperkingen in het leven met ASS (Blijd-Hoogewys & Ketelaars, 2008). Naast een dergelijk behandelaanbod bestond al wel langer de mogelijkheid van begeleiding, waaronder woonondersteuning en *jobcoaching*.

De afgelopen jaren is de hoeveelheid aan behandelingsmethoden voor deze doelgroep sterk toegenomen. Zo zijn er verschillende psycho-educatiemodules ontwikkeld, waaronder de module *Ik ben speciaal* (Vermeulen, 2009) en de *Psycho-educatiemodule autismespectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen* (Kan, 2008). Deze laatste module kent in grote lijnen eenzelfde inhoud als *Ik ben speciaal*, maar naast de volwassene met ASS neemt een psycho-educatiepartner deel aan de module (bijvoorbeeld de 'echte' partner, een ouder, een ander familielid, een goede vriend of een hulpverlener die begeleidt). 'Twee personen leren in ieder geval meer dan één' (Kan, 2008, p. 7) is een belangrijk uitgangspunt bij deze vorm van psycho-educatie. In deze psycho-educatiemodules leert men verstandelijk en emotioneel wat het betekent om ASS te hebben en wat de gevolgen zijn van het leven met ASS (Kan, 2008; Vermeulen, 2009).

Naast psycho-educatie, wat vaak deel uitmaakt van cognitieve gedragstherapie (CGT), kan gekozen worden voor CGT in ruimere zin, waarbij men veel van wat men aantreft in de CGT met een iets andere terminologie ook kan terugvinden in de directieve therapie (zie ook Van der Velden, Hoogduin & Lange, 2010). CGT is al jaren niet meer weg te denken uit de ggz en voor ASS kon een dergelijk aanbod niet uitblijven, nadat in *single casestudies* positieve resultaten werden gemeld (Hare, 1997). Er zijn nog geen *evidence-based* evaluaties van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen van ASS, maar er zijn wel een aantal interessante studies en programma's verschenen. Attwood (2004) geeft een uitwerking van affectieve educatie (dat is het leren herkennen van en omgaan met de eigen emoties, en het leren herkennen van en rekening houden met de emoties van anderen) en cognitieve herstructurering (dat wil zeggen corrigeren van vervormde begrippen en niet-functionele opvattingen). Anderson en Morris (2006) geven praktische aanbevelingen voor het vormgeven van CGT, zoals meer gebruikmaken van schriftelijk en visueel materiaal, nadruk op affectieve educatie, vermijden van metaforisch en abstract taalgebruik, een directieve benadering, en het betrekken van een familielid of begeleider in de therapie om generalisatie van vaardigheden te verbeteren. Van de hand van Gaus verscheen in 2007 een programma CGT voor volwassenen met de stoornis van Asperger en in Nederland heeft Schuurman (2008) een praktisch cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma

voor volwassenen met ASS ontwikkeld. Dit programma bestaat uit onderdelen als psycho-educatie, cognitieve herstructurering, affectieve educatie, stressmanagement en het aanleren van sociale en copingvaardigheden (Schuurman, 2008; Schuurman, 2010). Cliënten hebben in een evaluatie van dit programma aangegeven dat ze geleerd hebben om eerder te zien wanneer iets niet goed gaat, beter te relativiseren en afstand nemen, en daardoor dingen beter op een rij te kunnen zetten (Schuurman, 2010, p. 7). In een pilotstudie bij een kleine onderzoeksgroep naar de effectiviteit van een *mindfulness based stress reduction* programma vinden Spek, Van Ham en Van Lieshout (2010), dat volwassenen met ASS met minimaal een gemiddelde intelligentie na een *mindfulness* groepstherapie minder somberheidsklachten en negatief affect ervaren en minder rumineren. Voor definitieve uitspraken over de werkzaamheid van deze therapievorm is onderzoek bij grotere onderzoeksgroepen nodig, maar de eerste onderzoeksresultaten zijn positief te noemen (Spek, 2010; Spek, Van Ham & Van Lieshout, 2010). Tot slot kan de therapeut nog partnerrelatietherapie overwegen bij deze doelgroep. Van Voorst (2008) beschrijft een psycho-educatief en neuropsychologisch model dat geïntegreerd kan worden met een vorm van systeemtherapie. Men kan daarbij tevens gebruikmaken van interventies uit de protocollaire behandeling van paren met relatieproblemen, een vaardigheidsgerichte benadering met een focus op effectiever communiceren en verminderen van interpersoonlijke stress (Van Widenfelt & Schaap, 2011).

Er is dus een groeiend aanbod aan behandelingen voor de doelgroep, maar het ontbreekt vooralsnog aan *evidence-based treatments* (EBT) voor deze doelgroep (zie ook Werkgroep richtlijn autisme en aanverwante stoornissen bij kinderen en jeugdigen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Bij cliënten voor wie EBT's ontbreken, zoals dus bij ASS, is het volgens Keijsers, Van Minnen en Hoogduin (2011) het beste om experts in te schakelen en hun de ruimte te geven. Zij kunnen op basis van hun expertise behandelingen op maat aanbieden, die vervolgens empirisch getoetst kunnen worden in vergelijkend onderzoek.

In de praktijk zijn de indicatiecriteria voor behandeling van volwassenen met ASS vaak afwezig, onduidelijk of onvoldoende onderbouwd. Om experts de ruimte te geven bij behandeling van cliënten voor wie EBT's ontbreken, kan vanuit de directieve therapie een perspectief geboden worden op het stellen van de indicatie voor en het vormgeven van die behandeling. De directieve therapie kan de therapeut een visie geven op, een richting, een referentiekader geven voor de indicatie en de behandeling van volwassenen met ASS. Door de directieve, positieve, klacht- en persoonsgerichte werkwijze komt de therapeut tegemoet aan de voor ASS kenmerkende beper-

kingen in de executieve functies (dat wil zeggen de bij ASS optredende moeite om gedrag aan te sturen middels cognitieve processen als omgaan met veranderingen en flexibiliteit in schakelen van doen of denken; Smidts & Huizinga, 2011) en de centrale coherentie (de bij ASS voorkomende sterke gerichtheid op details waardoor men moeite heeft om tot een overzicht te komen en een samenhang te zien; Happé & Frith, 2006).

WAT IS DIRECTIEVE THERAPIE?

Van der Velden en Van Dyck (2010) omschrijven directieve therapie als een behandelmethode die gekenmerkt wordt door de directe en indirecte, gewone en ongewone aanwijzingen die therapeuten aan hun cliënten geven en de manieren waarop zij dat doen. De directieve therapie gaat niet uit van een duidelijke theoretische benadering, maar is vooral pragmatisch en eclecticisch (Vandereycken & Van Deth, 2009). De volgende tien kenmerken zijn van toepassing op directieve therapie (Van der Velden & Van Dyck, 2010, p. 21):

- 1 De therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of directieven.
- 2 Het aantal zittingen wordt beperkt gehouden.
- 3 Therapeut en cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen.
- 4 De therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke positieve context.
- 5 De therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.
- 6 Directieve therapie is gericht op actie.
- 7 In directieve therapie wordt optimaal gebruikgemaakt van zogenaamde 'non-specifieke therapiefactoren'.
- 8 Directieve therapie is een eclecticische benadering.
- 9 Directieve therapie is primair bedoeld voor 'gewone mensen'.
- 10 Directieve therapie is voor mensen met klachten.

De genoemde kenmerken kunnen behulpzaam zijn voor de therapeut van volwassenen met ASS bij het stellen van een indicatie voor behandeling en het vormgeven van de behandeling. In de volgende paragraaf komt dit aan de orde.

EEN DIRECTIEFTHERAPEUTISCH REFERENTIEKADER

¶ Het geven van aanwijzingen of directieven

Blijd-Hoogewys en Ketelaars (2008) bevelen bij behandeling van volwassenen met ASS een directieve (echter niet autoritaire) en

positief bekrachtigende stijl aan, waarbij de behandelaar licht duwt en trekt, om zo veranderingen aan te brengen in de leefsituatie van de cliënt zonder deze uit balans te brengen. Bij volwassenen met ASS verdient het volgens Vanspranghe en Vermeulen (2004) de voorkeur om inzichtgevend te werken op een vrij letterlijke manier: de therapeut reikt aan en geeft het inzicht, legt uit, verheldert en verklaart. Huizinga en Verwilligen-Prummel (2002) spreken van een rustig, gelijkmatig, ondersteunend, directief en sturend houdingsaspect bij de therapeut.

AD

Ad is 25 jaar, bekend met PDD-NOS. Hij woont zelfstandig, maar krijgt het huishouden niet georganiseerd. Het is thuis een chaos. Met zijn psycholoog probeert hij een oplossing te bedenken.

T: Ik begrijp uit onze eerdere gesprekken dat dit voor jou een groot probleem is, waar je erg mee zit. Ik wil voorstellen om samen met jou te kijken naar een plan van aanpak om je huis weer op orde te krijgen.

A: Als dat zou kunnen...

T: Hier heb je een stuk papier en laten we eens kijken wat je daar kunt opschrijven.

A: Oké, nou ik heb geen idee.

T: Zullen we beginnen met waar je allemaal rekening mee moet houden bij het opruimen en schoonmaken?

A: Ja, maar ik heb geen idee waar ik dan moet beginnen.

T: Ik denk aan: op welke dag komt het je het beste uit om schoon te maken?

A: Huh... tja vrijdagmiddag is een optie.

T: Dan kun je dat als eerste noteren. En verder kun je nadenken hoeveel uur je daaraan dan zal gaan besteden.

¶ Beperkt aantal zittingen

Veel van de in de inleiding genoemde behandelingen, waaronder psycho-educatie, mindfulness en cognitieve gedragstherapie, bestaan uit een beperkt aantal zittingen. Het bij de intake maken van afspraken over het aantal zittingen geeft volwassenen met ASS duidelijkheid en overzicht, waar ze vanuit hun beperkingen van ASS veel behoefte aan hebben. Het voorkomt een eindeloos behandelen door de therapeut, wat vaak leidt tot langdurig steunen en structureren, hetgeen bij uitstek het terrein is van disciplines als sociaal-psychiatisch verpleegkundigen, coaches en woonbegeleiders. Mocht een korte therapie niet geholpen hebben of afgerond zijn, dan kan in een evaluatie samen met cliënt bekeken worden of een

langdurende therapie overwogen moet worden of dat tot afsluiting overgegaan kan worden (Van der Velden & Van Dyck, 2010).

BEN

Ben, 34 jaar, bekend met de stoornis van Asperger, krijgt in het adviesgesprek na intake te horen, dat hij kan deelnemen aan een psycho-educatiemodule in een groep.

T: Dus volgende week start de cursus. De cursus is iedere week op maandagmiddag gedurende dertien weken. Je komt dus dertien keer in een groep bij elkaar.

B: En met hoeveel zijn we dan in de groep?

T: Er zijn met jou erbij zes deelnemers met ASS en hun psycho-educatiepartner.

B: En hoe gaat het dan verder?

T: Daarna hebben wij met elkaar nog een evaluatiegesprek: we kijken dan samen of we de behandeling kunnen beëindigen en of de hulp voldoende is geweest.

B: Stopt het dan met de behandeling?

T: We gaan ervan uit dat de vragen die je bij aanmelding gesteld hebt, dan grotendeels beantwoord zullen zijn. Mocht dat niet het geval zijn, en daarom evalueren we, dan kunnen we altijd kijken of verdere behandeling nog nodig is.

B: Dit is wel duidelijk voor mij. Kan ik dat ook op schrift van u krijgen?

T: Dat kan, Ben. Ik heb hier een informatiefolder waarin je alles nog eens rustig kunt nalezen.

¶ Welomschreven doelen

Het is aan te bevelen om samen met de cliënt aan het begin van de behandeling concrete, welomschreven doelen te formuleren. Als een cliënt met ASS zijn communicatie wil verbeteren, is dat een vage verwachting zonder concreet vooruitzicht. Een welomschreven doel zou dan kunnen zijn dat de cliënt leert om zijn partner bij thuiskomst te begroeten in plaats van direct naar zijn hobbykamer te gaan en zich daar bezig te houden met zijn computer. Een ander welomschreven doel van communicatieverbetering kan zijn dat een cliënt in gesprek met anderen meer bewust zal gaan stilstaan bij het letten op oogcontact.

WOUT

Wout, 32, bekend met de stoornis van Asperger, is samen met Els, 30, partner, in relatietherapie. Beiden ervaren spanningen in de

relatie door wederzijds communicatief onbegrip.

T: Els, wanneer vind jij dat de communicatie verbeterd is?

E: Nou, als Wout uit zijn werk komt, dat hij mij eerst groet bij het binnenkomen in plaats van dat hij direct naar de schuur gaat om daar te gaan klussen.

T: Dus je verwacht van Wout dat hij groet bij thuiskomst...

E: Ja, en dat hij me een kus geeft...

W: Je hebt me dit nooit zo gezegd, maar dit is wel duidelijk voor me.

T: Het is de moeite waard om in onze gesprekken eens te zien hoe we dit uit kunnen werken om thuis mee aan de slag te gaan.

¶ Positieve context

Therapeuten die meer optimistisch denken over de mogelijkheden van hun cliënten zullen vaker meemaken dat hun cliënten over ruime ontplooiingsmogelijkheden blijken te beschikken (Van der Velden & Van Dyck, 2010, p. 25). Zo laten de onderzoeksresultaten bij mindfulness volgens Spek (2010) zien dat mensen met ASS wel degelijk zelf hun klachten kunnen beïnvloeden in plaats van dat men in behandeling voornamelijk bezig moet zijn met vermindering van lijdensdruk door de omgeving anders in te richten, zoals dat vroeger werd gezien. De Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) heeft posters op de markt gebracht met de sterke kanten van autisme en de laatste jaren verschijnen er regelmatig boeken zoals die van Jansen en Rombout (2011) waarin volwassenen met ASS vertellen over succesvol leven en werken met de stoornis. De therapeut doet er goed aan niet alleen aandacht te schenken aan de stoornis, zwakheden en beperkingen, maar ook aan sterke kanten, goede eigenschappen door te bouwen aan wat er goed gaat (Bannink, 2009). Bij dit kenmerk van de directieve therapie past hoe vanuit de psycho-educatie van Vermeulen (2009) mensen met ASS gezien mogen worden, namelijk als uniek, speciaal, bijzonder en erbij horend.

JOS

Jos, 27 jaar, bekend met de autistische stoornis, heeft een groot gebrek aan zelfvertrouwen doordat hij jarenlang is gepest op zijn werk. Sinds een paar maanden werkt hij op een sociale werkplaats waar hij zich erg gewaardeerd en thuis voelt. De behandeling is gericht op het vergroten van zijn zelfvertrouwen.

T: Dus ik hoor jou nu zeggen, Jos, dat je deze week voor het eerst op je werk om hulp hebt gevraagd toen je er niet uitkwam.

J: Ja.

T: En de reactie van je baas was je erg meegevallen, sterker nog, die was positief te noemen!

J: Ja.

T: Ik heb het idee dat je steeds meer durf hebt op je werk.

J: Ja.

T: En toen je daar net over vertelde, begon je ook helemaal te stralen en zat je rechtop in je stoel.

J: Ja. (glimlacht)

T: Ik kan me voorstellen dat je me dit aan het begin van het gesprek meteen wilde vertellen. Een overwinning voor jezelf als ik dat zo mag zeggen.

J: Ja. (glundert)

¶ Pragmatische aanpak

De directieve therapie gaat uit van het feit dat iedere situatie en iedere cliënt anders is en daarom dient de therapeut vooral antwoord te kunnen geven op de vraag: 'Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt, in deze situatie?' (Van der Velden & Van Dyck, 2010). De therapeut zal dan ook de ene keer gebruikmaken van inzichten uit de cognitieve gedragstherapie en de andere keer uit de systeemtherapie. De therapeut moet niet dwingend vasthouden aan één theorie, één behandelmodel, maar moet kennis, ervaring en persoonlijke eigenaardigheden op een creatieve manier trachten te benutten (Van der Velden & Van Dyck, 2010). De ene cliënt met ASS is de andere niet: bij de een is vooral individuele psycho-educatie nodig, de ander is meer gebaat bij een socialevaardigheidstraining en weer een ander kan profiteren van een relatietherapie.

ARJAN

Arjan, 28 jaar, is bekend met de autistische stoornis. Hij had last van paniekaanvallen, die hij altijd kreeg door voortdurend snel te lopen op straat. Daarmee hoopte hij contact met anderen te kunnen vermijden. Hij wilde eigenlijk alleen een doktersrecept als behandeling. De paniekaanvallen verminderden door hem een zogenaamd 'creatief doktersrecept' voor te schrijven, waarop stond dat hij een tandje minder snel moest gaan lopen en dat ten minste drie keer daags. Arjan liet zich dit welgevallen en volgde het recept op. Na een week meldde hij al dat hij minder had getranspireerd en minder benauwd was geweest op straat.

¶ Gericht op actie

De cliënt die zegt: 'Je moet het tenslotte toch zelf doen' heeft volgens Van der Velden en Van Dyck (2010, p. 26) begrepen dat therapie iets anders is dan 'beter gemaakt worden'. In de behandeling van volwassenen met ASS, zo leert de praktijkervaring, staan niet zozeer het denken en de emoties op de eerste plaats, hoezeer deze ook een belangrijk onderdeel van de behandeling kunnen vormen, maar staat vooral het doen centraal. De therapeutische zittingen met de meeste cliënten met ASS, veelal met een beperkte *theory of mind*, zijn niet primair gericht op het reflecteren op ervaringen en gevoelens, maar op het ondernemen van actie: het veranderen van gedrag, het verbeteren van sociale en copingvaardigheden, het oplossen van (sociale interactie)problemen.

¶ Gebruikmaken van non-specifieke therapiefactoren

Wat genezend is, is dat de hulpverlener hoop biedt, in een relatie, met behulp van een rationale, die een ritueel voorschrijft in een genezende context (Colijn, Sniijders & Trijsbrug, 2009). Veelgehoorde reacties van volwassenen met ASS op de therapeut die bekend is met ASS, zijn: 'Eindelijk iemand die het werkelijk begrijpt', 'Deze therapie had ik jaren eerder moeten hebben', 'Dit is een gevoel van thuiskomen' en 'Alles valt na jaren op zijn plaats'. In deze cliëntuitspraken weerklinkt de rogeriaanse grondhouding (ook wel de 'nonspecifieke' of 'universele therapiefactoren' genoemd) van echtheid, empathie en acceptatie. De therapeut gaat het 'echte' contact aan met iemand die door zijn contactstoornis moeite heeft om contact te maken. De cliënt wordt een relatie aangeboden met een therapeut die duidelijk uitlegt wat de bedoeling is van het samen in gesprek zijn (*rationale*), en hoe daarbij met bepaalde interventies gewerkt wordt aan de klachten of de beperkingen (*ritueel*) in een organisatie die ten dienste staat van de psychische gezondheid van mensen (*context*).

¶ Een eclectische benadering

Eclecticisme betekent in de optiek van Van der Velden en Van Dyck (2010, p. 28) dat afhankelijk van de cliënt en zijn probleem, een behandeling volgens de ene of de andere methode dient te worden opgezet, met de mogelijkheid om van methode te veranderen wanneer dit nodig blijkt. Voor ASS is een gevarieerd aanbod aan behandelingen beschikbaar vanuit verschillende theoretische achtergronden, zoals in de inleiding van dit artikel is weergegeven: van cognitieve gedragstherapie tot systeemtherapie. Aan elke theoretische achtergrond kunnen waardevolle elementen ontleend worden. Aangezien er voor volwassenen met ASS nog geen EBT beschikbaar is, blijft behandeling per persoon met ASS nog een cre-

atief ontdekken van wat werkzaam is en wat niet, overeenkomstig de eerder genoemde pragmatische aanpak.

MAARTEN

Maarten, 21 jaar, bekend met de stoornis van Asperger, was vastgelopen in zijn studie en kreeg CGT voor faalangst. Bij deze behandeling merkte Maarten dat hij steeds meer verstrikt raakte in zijn angstgedachten over school, tentamens en huiswerk. Gaandeweg werd duidelijk dat Maarten behoefte had aan een studieplanning. Hij nam contact op met zijn mentor en sindsdien ontmoetten ze elkaar één keer per week om zijn agenda bij te houden, huiswerk te noteren en in te delen en tijd voor tentamens te plannen. De angstklachten verdwenen. Voor hem was deze oplossingsgerichte insteek praktischer en het leidde tot meer resultaat dan de CGT. Hij kreeg weer plezier in zijn studie en vertrouwen in zichzelf.

¶ *Primair bedoeld voor 'gewone mensen'*

Directieve therapie is bedoeld voor gewone mensen. Van der Velden en Van Dyck (2010) richten zich daarmee niet tot de therapeuten die er vrede mee hebben cliënten uit te zoeken die voldoen aan een aantal kenmerken die vooral worden aangetroffen bij gezonde mensen. De directieve therapeut is bereid om aan te sluiten bij, rekening te houden met en om te gaan met de eigenaardigheden die ieder mens bezit (Hoogduin, 2010; Hoogduin & Hoogduin, 2010). Vanuit deze visie is deze therapie ook geschikt voor volwassenen met ASS. Baron-Cohen (2008) geeft er de voorkeur aan om te spreken over 'condities binnen het autismespectrum' in plaats van 'autismespectrumstoornissen'. Hij spreekt binnen het spectrum wel van mensen die anders zijn, maar vraagt zich af of dit gezien moet worden als een stoornis. Hij noemt mensen met ASS 'nul empathie positief': zeer beperkt in empathie (een score van nul op het door Baron-Cohen en Wheelwright (2004) ontwikkelde empathiequotiënt EQ) en sterk (lees: positief) in het systematiseren, dat wil zeggen patronen ontdekken en uitvinden hoe dingen werken (Baron-Cohen, 2011). Kortom: mensen met ASS zijn gewone mensen met beperkingen en mogelijkheden. Delfos en Gottmer (2008) spreken van het leven met de wonderlijke, de mooie en de problematische kanten van autisme.

¶ *Voor mensen met klachten*

Het spreekt voor zich, maar mensen zullen behandeld worden voor

het hebben van klachten. Bij volwassenen met ASS kunnen de klachten zeer gevarieerd zijn. Het gaat bij deze doelgroep niet alleen om klachten die voortkomen uit de beperkingen in sociale interactie en communicatie. Bij de overgrote meerderheid is sprake van comorbiditeit (Ghaziuddin, 2005; Tager-Flusberg & Dominick, 2011). De combinatie autisme of stoornis van Asperger met normale intelligentie en depressie wordt vaak gemeld (Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004). Ketelaars et al. (2008) melden in hun studie bij volwassenen met ASS wat betreft comorbiditeit dat emotionele stoornissen als depressie en angst op de voorgrond stonden (zie ook Horwitz, 2008). Een groep van 15 tot 25% van de volwassenen functioneert relatief goed: ze leven zelfstandig, werken in het reguliere arbeidscircuit en hebben een sociaal netwerk (Renty & Roeyers, 2006; Seltzer, Shattuck, Abbeduto & Greenberg, 2004). Het merendeel blijft echter op zorg, bescherming en begeleiding aangewezen (Van Berckelaer-Onnes, 2009).

JUSTIN

Justin, 24 jaar, bekend met PDD-NOS en mishandeling in de kindertijd kreeg een PTSS-behandeling aangeboden. Tijdens behandeling bleek de imaginaire *exposure* met thuis oefenen voldoende te zijn voor Justin. Na drie weken liet hij weten dat er minder nare gedachten in zijn hoofd zaten.

ALEX

Alex, 39 jaar, bekend met PDD-NOS en sociale angst, kreeg een behandeling van twintig sessies die bestond uit psycho-educatie PDD-NOS en sociale angst, cognitieve therapie gericht op de angstinducerende cognities, gedragsexperimenten en een groepsassertiviteitstraining met aandacht voor sociale vaardigheden.

TOT SLOT

Er bestaat nog geen EBT voor ASS, maar de kenmerken van de directieve therapie kunnen eraan bijdragen dat de therapeut meer bewust en weloverwogen een behandeling bij ASS kan indiceren, een keuze uit het behandel aanbod kan maken en de behandeling kan aangaan, waarbij hij de tien kenmerken van de directieve therapie regelmatig in gedachten houdt gedurende het gehele behandel-

traject. Gezien de heterogeniteit van de stoornis op gedragsniveau is het vrij onwaarschijnlijk dat er op korte termijn een EBT dan wel protocollaire behandeling beschikbaar zal zijn. Wanneer meer onderzoek naar de effectiviteit van het reeds beschikbare behandel-aanbod voldoende replicerbare resultaten geeft, kan dat een aanzet zijn tot het ontwikkelen van een modulaire behandeling zoals dat momenteel gebruikelijk is om te doen bij de behandeling van patiënten met burn-out (zie Keijsers, Vossen, Kriens & Boelaars, 2011).

Tot het zover is, is in dit artikel voor de therapeut van volwassenen met ASS een directieftherapeutisch referentiekader uiteengezet om vanuit de tien bijbehorende kenmerken van directieve therapie een handvat te hebben bij het stellen van een indicatie voor behandeling en het vormgeven van behandeling. De directieve therapeut is bereid om aan te sluiten bij, rekening te houden met en om te gaan met de eigenaardigheden die ieder mens bezit (Hoogduin, 2010; Hoogduin & Hoogduin, 2010) en zo dus ook bij en met cliënten met ASS. De aandacht is vooral gericht op behandeling van normaal intelligente volwassenen met ASS. Het is daarnaast goed voor te stellen dat de tien kenmerken van de directieve therapie ook van toepassing kunnen zijn bij behandeling van volwassenen met ASS en een verstandelijke beperking en bij kinderen met ASS.

Met dank aan dr. Colin van der Heiden, gz-psycholoog/psychotherapeut, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek & Zorginnovatie en hoofdopleider Cognitieve Gedragstherapie werkzaam bij PSYQ Rotterdam voor gedane suggesties voor de inhoud van het artikel.

DRS. RICHARD VUIJK, klinisch psycholoog, is werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme te Rotterdam, in eigen praktijk AutismeSpectrumNederland en voor diverse RINO's en de ParnassiaBavo Academie te Rotterdam.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: APA.
- Anderson, S. & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 293-303.
- Attwoord, T. (2004). Affectieve educatie en cognitieve herstructurering. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 1, 26-34.
- Bannink, F. (2009). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger syndrome: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S. (2011). *Zero degrees of empathy - A new theory of human cruelty*. London: Allen Lane/Penguin Books.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental*

- Disorders, 34(2), 163–175.
- Berckelaer-Onnes, I.A. van (2009). Autismespectrumstoornissen. In: E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (red.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie* (pp. 483–498). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Blijd-Hoogewys, E.M.A. & Ketelaars, C.E.J. (2008). Behandeling ASS: Psycho-educatie, gedragstherapieën, bejegening en psychofarmaca. In: E.H. Horwitz, C.E.J. Ketelaars & A.M.D.N. van Lammeren (red.), *Autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde volwassenen* (pp. 50–61). Assen: Van Gorcum.
- Colijn, S., Snijders, H. & Trijsburg, W. (2009). Universele therapiefactoren. In: S. Colijn, H. Snijders, M. Thunissen, S. Bögels & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 159–168). Utrecht: De Tijdstroom.
- Delfos, M. & Gottmer, M. (2008). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fombonne, E. (2011). Incidence and prevalence of pervasive developmental disorders. In: E. Hollander, A. Kolevzon & J.T. Coyle (Eds.), *Textbook of autism spectrum disorders* (pp. 117–136). Washington DC/London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gaus, V.L. (2007). *Cognitive-behavioural therapy for adult Asperger syndrome*. New York/London: The Guilford Press.
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London: Kingsley.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The weak central coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5–25.
- Hare, D.J. (1997). The use of cognitive-behavioural therapy with people with Asperger syndrome: A case study. *Autism*, 1, 215–225.
- Hoogduin, C.A.L. (2010). Over moeilijke mensen. In: C.A.L. Hoogduin & W.A. Hoogduin (red.), *Omgaan met moeilijke mensen: Naar een professionele aanpak* (pp. 1–9). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, W.A. & Hoogduin, C.A.L. (2010). Omgaan met moeilijke mensen. In: C.A.L. Hoogduin & W.A. Hoogduin (red.), *Omgaan met moeilijke mensen: Naar een professionele aanpak* (pp. 11–22). Amsterdam: Boom.
- Horwitz, E.H. (2008). ASS en psychiatrische co-morbiditeit. In: E.H. Horwitz, C.E.J. Ketelaars & A.M.D.N. van Lammeren (red.), *Autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde volwassenen* (pp. 77–80). Assen: Van Gorcum.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J. & Rutter, M. (2004). Adult outcomes for children with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212–229.
- Huizinga, P. & Verwilligen-Prummel, A. (2002). *Deskundigheidsbevordering autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde (jong) volwassenen*. Curcus: intern document. Groningen: AutismeTeam Noord Nederland.
- Jansen, H. & Rombout, B. (2011). *Anti-Power! Succesvol leven en werken met een vorm van autisme*. Eindhoven: Pepijn bv.
- Kan, C.C. (2008). *Psycho-educatiemodule autismespectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Werkboek. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Keijsers, G., Minnen, A. van & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 1* (pp. 13–34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G., Vossen, C., Kriens, S. & Boelaars, V. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met burn-out. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 225–295). Amsterdam: Boom.
- Ketelaars, C.E.J., Horwitz, E.H., Sytema, S., Bos, J., Wiersma, D., Minderaa, R. & Hartman, C.A. (2008). Brief report: Adults with mild autism spectrum disorders (ASD): Scores on the autism spectrum quotient (AQ) and comorbid psy-

- chopathology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(1), 176–180.
- Renty, J. & Roeyers, H. (2006). Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: The predictive value of disability and support characteristics. *Autism*, 10, 511–524.
- Schuurman, C. (2008). Cognitieve gedrags therapie in een groep voor studenten met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 81–90.
- Schuurman, C. (2010). *Cognitieve gedrags therapie bij autisme: Een praktisch behandelprogramma voor volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Seltzer, M.M., Shattuck, P., Abbeduto, L. & Greenberg, J.S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 234–247.
- Shah, A. (1988). *Visuo-spatial islets of abilities and intellectual functioning in autism*. London: University of London.
- Smidts, D., & Huizinga, M. (2011). *Gedrag in uitvoering: Over executieve functies bij kinderen en pubers*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme: Een wegwijzer voor hulpverleners en mensen met ASS*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A.A., Ham, N.C. van & Lieshout, H. van (2010). Effectiviteit van mindfulness based stress reduction bij volwassenen met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 82–88.
- Tager-Flusberg, H. & Dominick, K.C. (2011). Comorbid disorders. In: E. Hollander, A. Kolevzon & J.T. Coyle (Eds.), *Textbook of autism spectrum disorders* (pp. 209–218). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Vandereycken, W. & Deth, R. van (2009). *Psychotherapie: Van theorie tot praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vanspranghe, E. & Vermeulen, P. (2004). Psychotherapie bij mensen met autisme? *Autisme Centraal*, 2, 9–17.
- Velden, K. van der & Dyck, R. van (2010). Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden, K. Hoogduin & A. Lange (red.), *Directieve therapie* (pp. 21–29). Amsterdam: Boom.
- Velden, K. van der, Hoogduin, K. & Lange, A. (2010). Ten geleide. In: K. van der Velden, K. Hoogduin & A. Lange (red.), *Directieve therapie* (pp. 15–17). Amsterdam: Boom.
- Vermeulen, P. (2009). *Ik ben speciaal 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme* (6de druk). Berchem: Uitgeverij Epo.
- Voorst, G. van (2008). Relatieproblemen bij personen met een autismespectrumstoornis. *Systeemtherapie*, 3, 152–164.
- Werkgroep richtlijn autisme en aanverwante stoornissen bij kinderen en jeugdigen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Widenfelt, B. van & Schaap, C. (2011). Protocollaire behandeling van paren met relatieproblemen. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 499–548). Amsterdam: Boom.
- Wing, L. (2001). *The autistic spectrum: A parents' guide to understanding and helping your child*. Berkely, CA: Ulysses Press.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11–29.