
DE SPV IN DE HULPVERLENING AAN VOLWASSENEN MET AUTISMESPECTRUM STOORNISSEN

Richard Vuijk

Samenvatting

In dit artikel wordt uiteengezet hoe de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) zich inzet als hulpverlener voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (ASS). Na een korte omschrijving van de functie van de SPV en van ASS worden de bejegening- en begeleidingshouding van de hulpverlener in het algemeen ten aanzien van cliënten met ASS besproken. Daarbij is aansluiten bij de hulpvraag, aansluiten bij de cliënt met ASS en middelen vinden om de cliënt met ASS te versterken waardoor zijn mogelijkheden optimaal benut kunnen worden van belang. Vervolgens komen de in de praktijk meest voorkomende interventiemogelijkheden van de SPV bij deze doelgroep aan de orde.

Inleiding

Kinderen met autisme worden volwassenen met autisme (Van Berckelaer-Onnes, 1995). Dat betekent, dat autisme of breder genoemd autismespectrumstoornissen (ASS) waartoe de autistische stoornis, de stoornis van Asperger en PDD-NOS behoren, levenslang aanwezig zijn in iemands leven. ASS zijn niet te genezen, maar de laatste jaren zijn er in toenemende mate behandelingen en begeleidingen ontwikkeld waarmee de ASS- dan wel comorbide symptomen behandeld kunnen worden waardoor klachtvermindering, verbetering en/of acceptatie mogelijk zijn ter bevordering van de kwaliteit van leven. Behandeling bestaat voornamelijk uit psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie dan wel psychotherapie en farmacotherapie (Van Berckelaer-Onnes, 2009). Er is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van behandeling van volwassenen met ASS. De Mindfulness is de eerste behandeling voor volwassenen met ASS die bewezen effectief is (Spek, 2010). Uit een pilot-studie blijkt dat volwassenen met ASS na een Mindfulness groepstherapie minder somberheidsklachten en negatief affect ervaren en minder rumineren (Spek e.a., 2010).

Tot nu toe kan gezegd worden, dat slechts een klein percentage van volwassenen met ASS er in slaagt zich sociaal goed aan te passen. Het merendeel van hen blijft op zorg, bescherming en begeleiding aangewezen (Van Berckelaer-Onnes, 2009). Zo geven Seltzer e.a. (2004) aan, dat 15-25% van de volwassenen met ASS relatief goed maatschappelijk functioneert. De andere 75-80% blijft afhankelijk van familie of professionele hulpverleners. Deze cijfers worden door verschillende onderzoekers bevestigd (Renty & Roeyers, 2006). Howlin (2000) ziet hoogfunctionerende mensen met autisme en de stoornis van Asperger slechts met de grootste inspanning en externe zorg, redelijk slagen in het leven. Een aanzienlijk deel van de volwassenen met ASS die als kind klinisch psychiatrisch werden behandeld voor hun ASS blijkt redelijk adequaat en met een grote mate van onafhankelijkheid te functioneren, maar vergeleken met leeftijdgenoten uit de normale bevolking blijft probleemgedrag bestaan (Wielemaker & Verheij, 2012).

Behandeling c.q. psychotherapie alleen is, volgens Vanspranghe en Vermeulen (2004), niet zaligmakend en zij stellen voor om de bredere omgeving van de persoon met ASS te betrekken bij de psychologische begeleiding. Om mensen met ASS zich goed te laten voelen in de omgeving zal ook in en aan die omgeving gewerkt moeten worden. Men kan dan denken aan vormen van psycho-educatie, het voorspelbaar maken van de omgeving, een aangepaste communicatie en het inschakelen van begeleidingsvormen als woon- en werkbegeleiding. Hier is een belangrijke taak weggelegd voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

In dit artikel wordt uiteengezet hoe de SPV zich kan inzetten voor cliënten met ASS. Alvorens op de bejegening- en begeleidingshouding van de hulpverlener in het algemeen, en de interventiemogelijkheden van de SPV in het bijzonder bij deze doelgroep in te gaan, wordt eerst een korte introductie gegeven op het functieprofiel van de SPV en de autismespectrumstoornissen. Gezien de praktijkervaring van de auteur is dit artikel gericht op volwassenen met ASS en een IQ van 80-85 tot hoger die poliklinisch behandeld worden in een gespecialiseerd GGZ-autismecentrum.

Het is goed denkbaar, dat de inhoud van het artikel ook van toepassing kan zijn op de SPV die werken met verstandelijk beperkte volwassenen met ASS of kinderen met ASS en dan zowel poliklinisch als klinisch.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)

De SPV is de professional die hulpverlening biedt aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek die ten minste een psychiatrische stoornis hebben, waarvoor de persoon al minimaal twee jaar in psychiatrische zorg is en waardoor deze persoon psychosociaal matig tot slecht functioneert (GAF-score 50 of lager) (Ruggeri e.a., 2000). Deze hulpverlening is gericht op het oplossen van praktische problemen, het voorkomen van achteruitgang en het veranderen van niet-effectieve gedragingen.

De doelstelling van de hulpverlening is voor de patiënt een effectievere omgang met beperkingen ten gevolge van psychiatrische problematiek en benutting van eigen mogelijkheden, resulterend in verbeterd interpersoonlijk en sociaal functioneren (Koekkoek, 2011). Het vertrekpunt bij het aanbieden van hulpverlening is voor de SPV altijd het individu en/of systeem en het functioneren ervan in een sociale context (Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2002).

In de geestelijke gezondheidszorg lopen behandeling, zorg en begeleiding vaak door elkaar heen. Behandeling is gericht op verandering, zorg is gericht op dat wat de cliënt niet meer kan en begeleiding zit er tussenin (Koekkoek, 2011; zie ook Üstun e.a., 2003). Begeleiding bestaat uit het leren omgaan met beperkingen en het gebruiken van mogelijkheden. Iedere ggz-discipline (en dus ook de SPV) doet zowel aan behandeling, zorg en begeleiding (Koekkoek, 2011). Het accent van de SPV- hulpverlening aan volwassenen met ASS ligt op de begeleiding.

Autismespectrumstoornissen (ASS)

Zoals in de inleiding reeds genoemd bestaat het autismespectrum uit de DSM-IV stoornissen autistische stoornis, stoornis van Asperger en PDD-NOS (APA, 2000). De kern van de problematiek bestaat uit een karakteristiek onvermogen om deel te nemen aan gewone, wederkerige sociale communicatie en een beperkt en herhalend patroon van interesses en activiteiten (zie <http://www.dsm5.org>). Mensen met ASS zijn in contact met anderen niet of beperkt afgestemd op de ander. Met in ieder geval een normale intelligentie beschikken ze wel over de mentale vaardigheden om sociale signalen te leren, maar het flexibel inspelen op die signalen is beperkt (Frith, 2008).

Bejegening- en begeleidingshouding van de hulpverlener ten aanzien van cliënten met ASS

Een gedegen basishouding in bejegening en begeleiding van mensen met ASS is uiteengezet door Zeevalking (2000) onder de noemers van aansluiten en versterken. Aansluiten bij de hulpvraag, aansluiten bij de persoon met ASS en middelen vinden om de persoon met ASS te versterken waardoor zijn mogelijkheden optimaal benut kunnen worden.

Aansluiten

Aansluiten in de communicatie is bij mensen met ASS van belang in het contact maken. Mensen met ASS hebben behoefte aan duidelijkheid in de communicatie. Bij de verbale communicatie moet een hulpverlener communiceren over hoofdzaken, liefst één onderwerp per keer, op een concrete en expliciete wijze, rekening houdend met het tempo. De verbale communicatie kan visueel ondersteund worden met het geven van informatie op schrift, het opstellen van lijsten of schema's, het samenvatten op papier van afspraken, het samen invullen of opstellen van een agenda.

Mensen met ASS kunnen zeer prikkelgevoelig zijn. De hulpverlener kan daar rekening mee houden door ordening aan te brengen in zijn spreekkamer (bv. een opgeruimd bureau, dichte kastdeuren, weinig afleidende voorwerpen in de kamer). Het is zeer wenselijk om het gehele hulpverleningstraject en de gesprekken te structureren. Vooraf aangeven dat bijvoorbeeld de SPV-hulpverlening langdurig kan zijn, maar ook een einde kent, geeft duidelijkheid evenals te benoemen dat er in een hulpverleningstraject veelal sprake is van een contactfase (het begin, optimaliseren van de werkkrelatie), een doelenfase (formuleren van doelen), een werkfase (kiezen en uitvoeren van interventies) (Koekkoek, 2011) en een afrondingsfase (afsluiten en eventueel verwijzen naar vervolghulp). Een gesprek kan een vaste terugkerende indeling hebben in de vorm van een begin met agenda opstellen, bespreken hoe het de afgelopen periode is gegaan, interventies toepassen en afronden met wat de nieuwe afspraken worden voor het volgende gesprek.

Er moet bij mensen met ASS ook aangesloten worden bij de wijze van leren, rekening houdend met de intelligentie. Voor mensen met ASS kan iedere situatie weer anders en nieuw en voor de eerste keer zijn: generaliseren is soms moeilijk. Het is dan verstandig om de ruimte te geven om 'passief' te leren, dus om te wennen en te herkennen. Mensen met ASS hebben vaak langer de tijd nodig om informatie tot zich te nemen. Om contact te kunnen hebben met iemand met ASS kan soms aangesloten worden bij rigiditeit en preoccupaties. Wanneer de hulpverlener rigiditeit accepteert dan wordt daarmee tijd gegund aan de cliënt met ASS om met de chaos of de hoeveelheid prikkels in een situatie om te gaan.

Belangstelling tonen voor de preoccupatie van de cliënt met ASS (zoals verzamelingen, sterke interesse of fixatie op een (gespreks)onderwerp) kan een mogelijkheid zijn om contact op te bouwen en te bevorderen.

Versterken

Een hulpverlener kan samen met zijn cliënt met ASS zoeken naar mogelijkheden en sterke kanten van de cliënt en zijn omgeving en deze vervolgens benutten in het contact. Het is vooral van belang om te bedenken, dat we als hulpverlener de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig en zelfredzaam laten zijn als dat mogelijk is. De zelfredzaamheid kan vergroot worden met allerlei hulpmiddelen, bv. schema's, lijstjes met dagindeling, agendabeheer. De hulpverlener doet er goed aan om oog te hebben voor interne beschermende factoren (bv. zelfvertrouwen, goed zichzelf kunnen vermaken), externe beschermende factoren (bv. lid van een vereniging, het hebben van vrienden) en beschermende factoren in de omgeving van de cliënt (begripvolle ouders, overzichtelijke werkomgeving) (Koning & Schuurman, 2012).

De hulpverlener kan met sommige cliënten met ASS nadenken hoe zij gebruik kunnen maken van eventuele in het oog springende deelvaardigheden (Kraijer, 2004), ook wel 'eilandjes van begaafdheid' genoemd.

Benodigde kwaliteiten van de hulpverlener in contact met volwassenen met ASS

Verwacht wordt, dat een hulpverlener kennis en inzicht in de stoornis heeft. Daarnaast heeft een hulpverlener de vaardigheid nodig om te kunnen structureren: bij cliënten met ASS die soms moeite hebben om prikkels te verwerken en informatie te ordenen en te overzien, moet de hulpverlener de grote lijn aangeven en de samenhang van alles wat de cliënt op een bepaald moment bezighoudt bewaren en eventueel aanbrengen.

Blijd-Hoogewys en Ketelaars (2008) bevelen bij behandeling van volwassenen met ASS een directieve (echter niet autoritaire) en positief bekrachtigende stijl aan, waarbij de hulpverlener 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 hulpverlener 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 hulpverlener.

Interventiemogelijkheden van de SPV bij cliënten met ASS

De SPV die werkt met cliënten met ASS, heeft een variatie aan interventiemogelijkheden die hij kan inzetten en toepassen in zijn hulpverlening. Zonder hierin volledig te willen zijn, maar gebaseerd op de in de praktijk meest voorkomende interventies zijn dat achtereenvolgens psycho-educatie, steunende-stabiliserende begeleiding, casemanagement/zorgcoördinatie, begeleiding bij farmacotherapie en crisisinterventie. Bij alle interventies moet de SPV aansluiten bij de cliënt met ASS en zijn directe omgeving en diens mogelijkheden versterken. De SPV moet tevens uitgaan van de benodigde kwaliteiten als hulpverlener van cliënten met ASS.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is het uitleggen aan cliënten en/of hun directe omgeving over de aard en behandeling van de stoornis (in dit geval ASS) en hoe men daar zo goed mogelijk mee kan omgaan (Vandereycken & Van Deth, 2009). Niet alleen dient er aandacht te zijn voor de beperkingen, maar tevens voor de mogelijkheden. Psycho-educatie kan informerend, begeleidend en therapeutisch van aard zijn (Van Doorn & Verheij, 2002). Informerend zal de SPV vooral uitleg geven over ASS en de behandeling alsmede tips en adviezen geven over boeken en autismeverenigingen. Begeleidend besteedt de SPV aandacht aan acceptatie en verwerking van de stoornis en hoe men toekomstgericht kan omgaan met de stoornis. Therapeutisch is er in de psycho-educatie aandacht voor de plek die de stoornis heeft in de belevingswereld en het zelfbeeld van de cliënt met ASS (Blijd-Hoogewys & Ketelaars, 2008). De SPV geeft vooral de informerende en begeleidende psycho-educatie. De psycholoog danwel de psycho-therapeut geeft vooral de therapeutische psycho-educatie. Vermeulen (2009) wijst er nog op, dat psycho-educatie pas gegeven zou moeten worden wanneer er sprake is van voldoende basisveiligheid in de omgeving en opvangmogelijkheden in het eigen steunsysteem, omdat bij meer bewustwording eventueel tijdelijke algehele en/of psychische verslechtering kan optreden. Het verdient daarom aanbeveling om het steunsysteem van de cliënt zeker bij informatieve en begeleidende psycho-educatie te betrekken.

Er zijn verschillende psycho-educatie modules voor volwassen cliënten met ASS ontwikkeld waaronder de module 'Ik ben speciaal' (Vermeulen, 2009) en de psycho-educatiemodule autismspectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen (Kan, 2008). Deze laatste module kent in grote lijnen een zelfde inhoud als 'Ik ben speciaal', maar naast de volwassene met ASS neemt een psycho-educatiepartner (bv. de 'echte' partner, een ouder, een ander familielid, een goede vriend of een hulpverlener die begeleidt) deel aan de module. Twee personen leren in ieder geval meer dan één (Kan, 2008, p.7) is een belangrijk uitgangspunt bij deze vorm van psycho-educatie.

Steunende-stabiliserende begeleiding

Sommige cliënten, zowel met als zonder ASS, kunnen een korte of lange periode in hun leven doormaken waarin zij te maken krijgen met stresserende gebeurtenissen of situaties. Zeker bij cliënten met een bepaalde mate van psychische kwetsbaarheid en emotionele instabiliteit kan dan een 'vinger-aan-de-pols'-contact ervoor zorgen, dat de draagkracht-draaglast in evenwicht blijft of komt. De SPV kan de cliënt met ASS gesprekken aanbieden waarin ruimte is om letterlijk van zich af te praten. De cliënt kan stoom afblazen en de SPV zorgt samen met de cliënt, dat problemen en situaties weer in een perspectief van hoop, verbetering, vooruitgang en oplossing geplaatst worden. Dit kan de SPV doen door bijvoorbeeld een gedragsanalyse op te stellen, waarmee situaties die geleid hebben tot bepaald (ineffectief) gedrag uiteengehaald worden om dat gedrag beter te begrijpen en mogelijk te veranderen (Koekkoek, 2011). Middels oplossingsgerichte gespreksvoering kunnen problemen als uitdagingen gezien worden. De cliënt krijgt hiermee de mogelijkheid om een gewenste situatie en oplossingen voor het bereiken van zijn doel te ontwerpen ofwel te komen tot een betere balans in de aandacht voor de pieken en dalen van het leven met ASS (Bannink, 2009a; Bannink, 2009b).

Praktijkvoorbeeld:

Anneke, 37 jaar, bekend met de stoornis van Asperger, heeft een jaar lang begeleiding van een SPV. Ze praat tijdens de gesprekken met de SPV aan één stuk door over van alles en nog wat. Ze voert complete monologen en raakt dan soms zeer geëmotioneerd. De SPV structureert de gesprekken door afspraken die gemaakt zijn met Anneke, zoals een stop-teken. De gesprekken luchten haar op, maken haar rustig en leveren haar nieuwe inzichten op. Ze waardeert het dat de SPV haar op een aanvaardbare manier onderbreekt. Ze kan niet goed aangeven waarom de gesprekken haar goed doen, maar ze weet wel dat ze deze gesprekken op deze manier nog enige maanden nodig heeft voordat ze weer zonder hulp op eigen benen durft te staan. De SPV is voor Anneke een stabilisator van haar emoties, doordat hij de rust voor haar weet te bewaren en de emoties samen met haar probeert te kanaliseren.

Casemanagement/zorgcoördinatie

De SPV als casemanager danwel zorgcoördinator (Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2002) helpt de cliënt, indien mogelijk bij voorkeur met het steunsysteem, actief om zijn leven weer op orde te krijgen. De SPV zal met de cliënt goed overleggen wie, welke persoon of organisatie wat doet. Kennis van de autismspecifieke sociale kaart en goede contacten met andere instanties en het steunsysteem zijn hierbij van belang voor de SPV. De SPV doet in het kader van casemanagement aan dienstverlening, belangenbehartiging en bemiddeling (Koekkoek, 2011). Wanneer het steunsysteem ontoereikend is, zal de SPV actiever als casemanager aan de slag moeten gaan, waarbij gedacht kan worden aan samen met de cliënt op afspraak gaan bij een andere hulp- of dienstverlenende instantie.

Praktijkvoorbeeld:

De SPV van het autismeteam bezoekt 1x per maand een woonvoorziening waar 4 jongvolwassenen met ASS begeleid wonen. De SPV heeft in de woonvoorziening voor zowel de bewoners met ASS als de begeleiders een ondersteunende functie. Regelmatig geeft hij aan de begeleiders uitleg over de stoornis en hoe er mee om te gaan in contact met de bewoners. De SPV adviseert de bewoners over zaken als jobcoaching, dagbesteding en medicatie. Een enkele keer bemiddelt de SPV bij onenigheid of verschil van mening tussen een bewoner en de begeleider.

Begeleiden bij farmacotherapie

Publicaties betreffende de effecten van psychofarmaca bij volwassenen met ASS zijn schaars. De belangrijkste conclusie uit wetenschappelijk onderzoek naar de werking van medicatie bij ASS is, dat er geen medicatie tot nu toe bestaat die effect heeft op de kernsymptomen van ASS (Buitelaar, 2003; Scahill & Martin, 2005; Rutter, 2011). Het zijn vaak de comorbide symptomen die worden behandeld bij cliënten met ASS.

Als medicatie gegeven wordt bij ASS dan is dat meestal bij ernstig probleemgedrag (voor de persoon zelf en/of voor zijn omgeving), wanneer niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect oplevert en als er een te verwachten redelijk resultaat mogelijk is (Ten Hoopen & De Nijs, 2010).

De SPV is in staat op basis van zijn psychiatrisch verpleegkundige opleiding de behandeling met medicatie in nauwe samenwerking met de psychiater te monitoren.

Praktijkvoorbeeld:

Kees is 25 jaar, bekend met de autistische stoornis en een depressieve stoornis waarvoor hij van de psychiater een anti-depressivum heeft gekregen. Kees vindt het vanuit zijn autisme moeilijk om aan de psychiater te vertellen hoe het met hem gaat en hoe de medicatie verbetering geeft in zijn functioneren. De SPV bij wie Kees wekelijks op gesprek komt, gaat om mee met Kees naar de psychiater. De SPV doet verslag van de medicatietherapie en Kees geeft daarop vervolgens zijn reactie. Kees ervaart de samenwerking met de SPV als prettig, omdat de SPV een reeks vragen over de medicatie aan Kees stelt die wekelijks terugkeert. Dat geeft Kees houvast, overzicht en duidelijkheid.

Crisisinterventie

Het is bij een crisissituatie belangrijk om zoveel mogelijk te normaliseren in plaats van te pathologiseren. Aandacht voor de context van de crisis is nodig. Moet er beoordeeld worden of moet er behandeld worden? De optimale behandelinterventie bestaat uit een advies, begrip en erkenning, samenvatting en (her)ordering van informatie, een professioneel oordeel, compliment of positieve etikettering en het bieden van hoop en perspectief op verandering (Van Oenen e.a., 2007). Expliciet kan de hulp van het steunsysteem ingeroepen worden, zodat de cliënt kan terugvallen op zijn omgeving (Brinkman & Van den Berg, 2010). De SPV zal in een crisissituatie vaak nauw samenwerken met andere disciplines waaronder met name de psychiater.

Praktijkvoorbeeld:

Dieter is 35 jaar, bekend met PDD-NOS en belast met pedagogische en affectieve verwaarlozing door ouders. Dieter is de laatste maanden suïcidaal nadat de relatie met zijn vriendin is stuk gelopen en hij ontslag op zijn werk heeft gekregen door bezuinigingen. De woonbegeleider treft Dieter op een gegeven moment bewusteloos thuis op de bank aan. De SPV wordt ingeschakeld en gaat direct op huisbezoek. Het blijkt dat Dieter teveel slaaptabletten ingenomen heeft. Hij wordt direct opgenomen in het ziekenhuis.

De SPV bezoekt Dieter in het ziekenhuis, stelt hem gerust, brengt familie op de hoogte en stelt hen gerust en biedt ondersteuning aan de woonbegeleider. Daarmee biedt de SPV in deze casus aan zowel cliënt, familie als woonbegeleider hoop en perspectief om weer door te gaan.

Tot slot

In de inleiding is al genoemd, dat er nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht is naar de effectiviteit van behandeling van volwassenen met ASS. Hetzelfde geldt voor de sociaal psychiatrische hulpverlening zowel in het algemeen (Koekkoek, 2011) als aan volwassenen met ASS in het bijzonder. Dat wat de SPV aan hulp biedt aan cliënten met ASS is gebaseerd op kennis en ervaring met deze doelgroep die veelal in de praktijk is opgedaan. Langzamerhand breidt die SPV-hulpverlening aan cliënten met ASS zich uit op basis van de in de praktijk voor de cliënt gebleken nuttige interventies.

Onderzoek naar de effectiviteit van de SPV-hulpverlening aan deze doelgroep is gewenst om de SPV-geïndiceerde cliënt met ASS uiteindelijk de kwalitatief beste en meest inhoudelijk verantwoorde en effectieve hulpverlening te kunnen bieden. Tot het zover is, voorziet de SPV reeds nu al in een behoefte en vervult daarmee een dankbare rol in de hulpverlening aan volwassenen met ASS.

Over de auteur

- Richard Vuijk is klinisch psycholoog en werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme te Rotterdam. Hij verzorgt vanuit zijn eigen praktijk AutismeSpectrumNederland scholing, supervisie en consultatie op het gebied van autismspectrumstoornissen. Hij is als docent en als cursusleider verbonden aan verschillende RINO's en de ParnassiaBavo Academie te Rotterdam.
SARR Expertisecentrum Autisme
Twentestraat 52
3083 BD Rotterdam
E-mail: r.vuijk@lucertis.nl

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: APA.
- Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken. Socratisch motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F. (2009a). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F. (2009b). *Positieve psychologie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Berckelaer-Onnes, I.A. van (1995). Leven met autisme. *Engagement*, 22(4), 3-6.
- Berckelaer-Onnes, I.A. van (2009). Autismspectrumstoornissen. 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.
- Brinkman, F., & Berg, R. van den (2010). *Crisishulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Buitelaar, J. (2003). Why have drug treatments been so disappointing? In G. Bock, J. Goode (red.), *Autism: Neural Basis and Treatment Possibilities* (pp.235-239). Chichester, West Sussex, UK: Wiley.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (2002). Psycho-educatie in kaart gebracht op het grensvlak van onderwijs en jeugdzorg. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 538-550.
- Frith, U. (2008). *Autism. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoopen, L. ten, & Nijs, P. de (2010). Medicamenteuze behandeling bij autisme. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 109-113.

- Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 63-83.
- Huizinga, P. & Verwilligen-Prummel, A. (2002). *Deskundigheidsbevordering autisme spectrum stoornissen bij normaal begaafde (jong) volwassenen. Cursus: intern document*. Groningen: AutismeTeam Noord Nederland.
- Kan, C.C. (2008). *Psycho-educatiemodule autismspectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Werkboek. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Koekoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koning, W., & Schuurman, C.H. (2012). Handelingsgericht en competentiegericht onderzoek naar autisme. In C. Kan, W. Verbeek & A. Bartels (red.), *Diagnostiek van autismspectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering* (pp.183-209). Amsterdam: Hogrefe.
- Kraijer, D. (2004). *Handboek autismspectrumstoornissen en verstandelijke beperking*. Amsterdam: Harcourt Assessment.
- Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (2002). *Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige 1998*. Eindhoven: NVSPV.
- Oenen, F.J. van, Bernardt, C., & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelingsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Rutter, M. (2011). A selective scientific history of autism. In: E. Hollander, A. Kolevzon & J.T. Coyle (red.), *Textbook of autism spectrum disorders* (pp.5-21). Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Scahill, L., & Martin, A. (2005). Psychopharmacology. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin e.a. (red.), *Handbook of Autism and Developmental Disorders* (3rd edition) (pp.425-452). Hoboken, NJ: Wiley.
- 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.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme. Een wegwijzer voor hulpverleners en mensen met ASS*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A.A., Ham, N.C., & Lieshout, H. van (2010). Effectiviteit van Mindfulness based Stress reduction bij volwassenen met een autismspectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 82-88.
- Üstun, T.B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25, 565-571.
- 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.
- Vermeulen, P. (2009). Ik ben speciaal 2. *Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme* (6e druk). Berchem: Uitgeverij Epo.
- Wielemaker, J.F., & Verheij, F. (2012). Probleemgedrag bij jongens en meisjes met een autismspectrumstoornis in de kindertijd en de volwassenheid. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 39-46.
- Zeevalking, M. (2000). *Autisme: hoe te verstaan, hoe te begeleiden?* Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.