

# Legestoeldialoog als acceptatietechniek voor partners van mensen met een autismespectrumstoornis

*Richard Vuijk*

Een autismespectrumstoornis (ASS) kenmerkt zich volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) door blijvende beperkingen op het gebied van de sociale interactie en communicatie en beperkte, zich herhalende patronen van gedrag, interesses of activiteiten. Mensen met een ASS zijn beperkt in de sociaal-emotionele wederkerigheid, het non-verbale communicatieve gedrag en het ontwikkelen, handhaven en begrijpen van relaties. De laatste jaren wordt steeds meer geconstateerd dat mensen met een ASS, en dan voornamelijk met een ten minste gemiddelde tot bovengemiddelde cognitieve intelligentie, vaardigheden hebben ontwikkeld om relatief goed maatschappelijk te functioneren (Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). Met name het intelligentiequotiënt, de kwaliteit van de vroege taal- en spraakontwikkeling en het hebben van specifieke vaardigheden zouden bijdragen tot een relatief goede prognose (Roeyers, 2008; Tidmarsh & Volkmar, 2003). Delfos (2012) en Delfos en Groot (2012) vinden dat het denken over ASS een andere koers zou moeten inslaan en spreken in termen van een ‘vertraging’ en een mogelijk ontwikkelingsperspectief in plaats van een ‘defect’. De Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) heeft posters op de markt gebracht met de sterke kanten van ASS en er verschijnen regelmatig boeken, zoals die van Jansen en Rombout (2011), waarin volwassenen met een ASS vertellen over succesvol leven en werken met de stoornis. We zien mensen met een ASS niet langer meer met alleen maar beperkingen, maar ook met potentiële sterktes en mogelijkheden.

Ondanks deze redelijk optimistische kijk op ASS blijft de stoornis een levenslange handicap die met name interactioneel de nodige beperkingen, frustraties en teleurstellingen oplevert voor zowel de persoon met een ASS als voor degene zonder ASS. Hoewel er geen onderzoek naar liefdesrelaties van mensen met een ASS bekend is, zien we in de hulpverleningspraktijk regelmatig paren waarbij de ASS zorgt voor problemen in de partnerrelatie en er gesproken kan worden van een relationele stoornis (Aston, 2003; Rodenburg, 2008). In dit artikel staat vooral de partner zonder ASS centraal en wordt de legestoeldialoog als een mogelijke acceptatietechniek voor de partner van iemand met een ASS uiteengezet aan de hand van een op de praktijk gebaseerde casus. Een beknopt overzicht van partnerrelatietherapie bij ASS gaat hieraan vooraf.

## Partnerrelatietherapie bij ASS

De afgelopen jaren is de hoeveelheid behandelingsmethoden voor volwassenen met een ASS sterk toegenomen. Het is bekend dat er vooralsnog geen evidencebased standaardbehande-

ling is. Verschillende behandelvormen zijn mogelijk, maar geen enkele (psychotherapeutische) behandeling kan aanbevolen noch afgeraden worden volgens de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan et al., 2013).

In de praktijk zien we dat partnerrelatietherapie een behandelaanbod is voor paren waarbij ten minste een van de partners een ASS heeft. Het erkennen en accepteren van de diagnose ASS is essentieel voor de relatie. Ontkenning van ASS door een van de partners leidt vaak tot wederzijds onbegrip en weerstand tegen verandering (Hénault, 2006). De focus voor behandeling in partnerrelatietherapie bij ASS is afhankelijk van de mate van erkenning van de diagnose ASS. Volgens Walder (2009) is deze erkenning sterk afhankelijk van veilige versus onveilige hechting van beide partners aan elkaar. Bij een onveilige hechting, onder andere als gevolg van het uitblijven van adequate sociale en emotionele responsen, kan er meer strijd zijn en minder ruimte voor erkenning. Delfos en Gottmer (2008) geven aan dat vaak een langdurige relatietherapie bij paren met ASS nodig is.

Van Voorst (2008) en Van Voorst en Verwilligen (2013) beschrijven een psycho-educatief en neuropsychologisch behandelmodel dat geïntegreerd kan worden met een vorm van systeemtherapie. Men kan daarbij tevens gebruik maken van cognitief-gedragstherapeutische interventies uit de protocollaire behandeling van paren met relatieproblemen, een vaardigheidsgerichte benadering met een focus op effectiever communiceren en het verminderen van interpersoonlijke stress (Van Widenfelt & Schaap, 2011). Het uitgangspunt in de partnerrelatietherapie bij ASS is volgens Kuiper en Walder (2005) en Walder (2009) het ombuigen van de negatieve interactie tussen beide partners en daarmee het bevorderen van de veiligheid en de hechting binnen de partnerrelatie met gebruikmaking van elementen uit de schema-gerichte therapie van Young (1990) en de Emotionally Focused Therapy van Johnson (2004). Aston (2003, 2007, 2009) adviseert een kortdurende praktische therapie gericht op de vragen die beide partners stellen en waarbij met behulp van een werkboek praktische tips, adviezen en opdrachten gegeven kunnen worden om te werken aan een ASS-relatie. Tot slot bestaan er in de hulpverleningspraktijk (echt)parengroepen (Jansen, Versteijne, Van den Bergh, & Geurts, 2013) en partner(lotgenoten)groepen (Arnout & Van Manen, 2013; Blijd-Hoogewys & Talboom, 2013), waarover nog nauwelijks is gepubliceerd.

## De partner zonder ASS in een ASS-relatie

Over de psychische gezondheid, persoonlijkheid, hechtingsmogelijkheden en eventuele psychische problemen en psychiatrische stoornissen van de partner zonder ASS is vanuit wetenschappelijk onderzoek en literatuur weinig bekend. Biografieën van partners zonder ASS geven ons een inkijk in en enige indruk van het leven in een relatie met iemand met een ASS. Bij partners zonder ASS zien we in de praktijk nogal eens een mengeling van emotionele, psychische en lichamelijke klachten, wat door Aston (2003, 2007) een affectieve deprivatiestoornis of een 'gemis van gevoel'-stoornis wordt genoemd. Het komt vaak voort uit het emotionele gemis dat ontstaat doordat de partner met een ASS niet de emotionele steun kan geven die de partner zonder ASS in de relatie nodig heeft. Wanneer dan ook nog, zoals

Walder (2009) in de praktijk merkt, bij een deel van de partners zonder ASS sprake is van een vanuit de jeugd ontwikkelde onveilige hechtingsstijl, dan zijn de genoemde klachten alsmede teleurstelling over en moeite met erkenning en acceptatie van de diagnose ASS voor de partner zonder ASS in alle opzichten een zware belasting voor zichzelf en de relatie.

Verskillende interventies, zoals psycho-educatie, stressmanagement, het aanleren van ASS-specifieke communicatievaardigheden alsmede de legestoeldialoog, kunnen voor de partner zonder ASS in de praktijk geschikte behandelinterventies zijn, zonder dat onderzoek en literatuur ons hiervoor tot op heden wetenschappelijke evidentie geven. Wel wordt in een recente exploratieve evaluatiestudie naar echtparen-groepstherapie voor volwassenen met ASS (Jansen et al., 2013) gezien dat partners zonder ASS een toename in relatietevredenheid ervaren, zonder verandering in hun eventuele lichamelijke of psychische klachten. Uit een effectonderzoek blijkt, volgens Blijd-Hoogewys en Talboom (2013), dat partners zonder ASS na een partnercursus autisme significante verbeteringen rapporteren: zo hebben ze meer grip op de situatie, meer aandacht voor zichzelf en meer begrip en waardering voor hun partner met een ASS. In navolging van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan et al., 2013) is verder onderzoek aan te bevelen. De richtlijn beveelt aan om de partner zonder ASS in de behandeling te betrekken, indien gewenst door de partner met een ASS. De richtlijn adviseert dat een partner zonder ASS het aanbod moet krijgen om de eigen behoeften wat de partner met een ASS betreft, in kaart te brengen. In dat aanbod is de legestoeldialoog het overwegen waard wanneer bij de partner zonder ASS met name sprake is van een moeite om met de partner en zijn stoornis met beperkingen en de gevolgen voor de relatie om te gaan en ze te accepteren.

## De legestoeldialoog

Diverse therapierichtingen maken gebruik van de legestoeldialoog (Takens, 2006), een typische gestalttechniek (Perls, 1969) die tegenwoordig het meest prominent ingezet wordt en haar plaats gevonden heeft als procestaak in de emotiegerichte psychotherapie (Emotion Focused Therapy) (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

De legestoeldialoog wordt ingezet om met name onopgeloste en traumatische ervaringen van de cliënt met andere personen op te lossen. De cliënt heeft innerlijke, onafgemaakte en zich steeds herhalende dialogen met belangrijke anderen met wie men in het dagelijkse leven geen open dialoog kan of durft aan te gaan. In de dialoog wordt de betreffende ervaring opgeroepen en de cliënt wordt gestimuleerd om zijn destijds niet-geuite gevoelens en behoeften naar de ander alsnog te uiten (unfinished business). De cliënt zal geleidelijk zijn eigen voorheen grotendeels onbekende behoeften en gevoelens aanvaarden om zo mogelijk oude gedragspatronen en negatieve gedachten te kunnen loslaten. Men kan de ander vergeven, begrip krijgen voor de ander dan wel de ander verantwoordelijk stellen in plaats van zichzelf, waarmee de cliënt afstand kan nemen van het gebeurde (Snijders, 2009; Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2010; Takens, 2013). Voorheen drukte de cliënt vooral zijn schuldgevoelens, klachten en gekwetstheid uit, maar met de legestoeldialoog wordt de mogelijkheid geboden

om onopgeloste emoties op te wekken en te uiten, waardoor men uiteindelijk tot dan toe onbeantwoorde interpersoonlijke behoeften kan activeren en aangeven (Greenberg, 2011). Vooral in het kader van ASS kan de legestoeldialoog een interventie zijn waarin de partner zonder ASS begrip kan gaan ervaren voor de sociaal-communicatieve en emotioneel beperkte of afwezige wederkerigheid en het genegeerd voelen/worden door de partner met een ASS. Daarmee kan een acceptatieproces van de stoornis, van de daarmee gepaard gaande beperkingen van de partner met een ASS en van de invloed daarvan op de partner(relatie) op gang komen. In de lege stoel wordt de aanwezigheid van een voor de cliënt belangrijke persoon opgeroepen en de cliënt uit zijn reacties op de in de verbeelding aanwezige belangrijke persoon in de lege stoel. Wanneer de cliënt zich met de ander moet identificeren, dan neemt hij plaats op de lege stoel. De legestoeldialoog bestaat uit zes stappen (Takens, 2008; Elliott et al., 2010; Takens, 2013), die hieronder beschreven worden aan de hand van een praktijkvoorbeeld.

Vera (42 jaar) is al twintig jaar gehuwd met André (45 jaar), die een autistische stoornis heeft. Na een relatietherapie van twintig sessies wordt in overleg besloten om de therapie te beëindigen met een bescheiden resultaat. Beiden bleken meer zicht te hebben op de stoornis en konden meer autismespecifiek met elkaar communiceren met aandacht voor de nodige behoefte van André aan duidelijkheid en overzicht. Maar Vera had in het evaluatiegesprek het gevoel dat zij nog niet klaar was. Er was bij haar sprake van 'unfinished business' in de vorm van acceptatieproblemen en nog niet geuite gevoelens en behoeftes naar André. We besloten dat in een individueel traject met onder andere de legestoeldialoog de ruimte te geven.

### *Stap 1. Onderkennen van het processignaal*

De cliënt drukt bepaalde gevoelens en verlangens ten aanzien van een belangrijke ander uit door bijvoorbeeld de ander te beschuldigen of aan te klagen. De cliënt voelt zich nog niet vrij in het uiten van zijn gevoelens. De cliënt spreekt zijn gevoelens wel uit, maar bagatelliseert en nuanceert.

Vera: "Hij is zo ontzettend hard, bot, tactloos en gevoelloos. Hij kleineert me zo vaak met zijn harde woorden. Ik voel alsof ik de grond in geboord word. Gek word ik soms van dat autisme van hem. Ik vind dat hij er wel steeds gemakkelijk mee weghomt. Steeds moet ik ook van anderen horen dat hij het niet kwaad bedoelt, maar dat het aan zijn autisme ligt. Het zal wel, maar ik vind het zo zwaar."

### *Stap 2. Voorbereiding en start van dialoog*

De therapeut legt uit wat de cliënt moet doen en dient voor de cliënt een veilig klimaat te scheppen, waarin de cliënt zijn tot dan toe onuitgesproken gevoelens kan uiten en de imaginaire ander kan toespreken. De cliënt dient actueel en levendig in contact te komen met (zijn gevoelens tegenover) de imaginaire ander. Eventueel speelt de therapeut de rol van de ander.

Vera: "Tja. Het valt me allemaal zo zwaar. Het maakt me zo verdrietig, dat hij me dit allemaal aandoet."

Therapeut: "Je voelt je verdrietig om wat hij je aandoet."

Vera: "Ja, inderdaad, zijn harde woorden, keihard zonder emotie, zonder dat hij ziet wat zijn woorden met mij doen, dat het me zo verdrietig maakt."

Therapeut: “Je zegt dat zijn harde woorden je verdrietig maken. Neem je hem daarin iets kwalijk?”

Vera: “En of ik hem iets kwalijk neem! Zeker, ja! Ik zeg heel vaak: ‘André, reageer niet zo bot!’, maar een volgende keer doet hij het weer net zo.”

Therapeut: “Is het een idee om net te doen alsof André hier in die lege stoel tegenover je zit en dat je hem kunt zeggen hoe het voor je is om zijn harde woorden te moeten ontvangen?”

Vera: “Ja, dat wil ik wel proberen.”

### *Stap 3. Gevoelsbetekenissen differentiëren en het uiten van primaire emoties*

Vaak blijft het uiten van gevoelens nog bij beschuldigingen en klagen (bijvoorbeeld: ‘Je neemt nooit eens initiatief’) of secundaire emoties (‘Laat maar, ik red me wel, ik kan en doe het wel alleen’). De primaire emoties moeten nu aan de orde komen, want achter de beschuldigingen en het klagen zitten vaak primaire emoties van kwaadheid en/of verdriet. Vera laat in de tweede stap al zien dat zij gevoelens van verdriet heeft. De cliënt zou in deze stap eens van stoel kunnen wisselen om zo in de huid van de ander te kruipen en te ervaren wat zijn uitspraken met de ander doen.

Therapeut: “Kun je eens tegen André zeggen hoe het is om zo zijn harde woorden te moeten ontvangen?”

Vera: “Oké... nou André, het maakt me zo enorm verdrietig dat je zo hard kunt overkomen met je autistische manier van reageren.” (wordt nu zichtbaar emotioneel, huult licht)

Therapeut: “Zeg hem maar hoe je je nu voelt.”

Vera: “Ik voel me zo verdrietig. Ik voel alsof je me nooit eens met liefde, met warmte benadert en troost.” (huult nog steeds licht)

Therapeut: “Oké, neem nu eens plaats in de stoel van je partner en verplaats je eens in hem. Hoe komt het bij hem aan en hoe zou hij daarop reageren?”

Vera: (vanuit de andere stoel, in de rol van André) “Ik weet niet wat ik moet zeggen hierop. Ik kan alleen maar zeggen waar het op staat en dat doe ik met weinig woorden. Ik ben niet in staat om mijn woorden aan te kleden met allerlei warme woorden zoals jij dat wel doet.”

Therapeut: “Oké, neem maar weer plaats in je eigen stoel, dan kun je nagaan hoe datgene dat André tegen je zegt, bij jou aankomt. Wat voel je nu?”

### *Stap 4. Het onderkennen en uiten van nog onvervulde behoeften*

Als de primaire gevoelens tegenover de ander vrijelijk zijn geuit, ontstaat er ruimte voor het uiten van (nog) niet-vervulde verlangens en behoeften (bijvoorbeeld: om aandacht te krijgen). Het onderkennen daarvan is een grote stap omdat de cliënt hier openlijk zijn kwetsbaarheid moet tonen. De therapeut zal zich bij deze stap dan ook volgend en/of ondersteunend dienen op te stellen. Vera laat hier weten wat ze van André nodig heeft en verwacht.

Therapeut: “Kun je tegen André zeggen wat je graag wilt horen?”

Vera: “Ik zou zo graag willen dat je dan op zijn minst aan me vraagt hoe het voor mij is en dat je dan luistert. Al gebruik je maar een paar standaardopeningszinnen als ‘Ik weet niet of ik het nu goed zeg, maar...’ of ‘Ik weet niet of ik dit zo tegen je kan zeggen, maar...’. Daarmee komt het voor mij al heel anders over.” (wordt nu zichtbaar minder emotioneel, meer ontspannen zithouding, rustige spreekstem)

Therapeut: “Kun je eens tegen André zeggen hoe het voor je is als hij op die manier zou gaan reageren?”

### *Stap 5. Verandering in de perceptie van de ander*

Nu de cliënt zijn emoties heeft kunnen uiten en als legitiem heeft ervaren, kunnen de beperkingen van het eigen gezichtsveld gezien worden, waarna een realistischer beeld van de ander gevormd kan worden. De ander kan nu zichtbaar worden als iemand met eigen problemen en beperkingen, een eigen geschiedenis, maar ook eigen kwaliteiten. Gefrustreerde eigen verlangens en behoeften vervormen nu niet langer meer het zicht op de ander en men krijgt een genuanceerder beeld van de ander.

Vera: “Weet je, André, ik besef ook wel dat je autistisch bent, maar als je je manier van reageren wat meer zou aankleden met wat meer inleiding, dan komt het voor mij al heel anders over. Het zou fijn zijn als je misschien een paar openingszinnen in je gespreksrepertoire kunt opnemen die voor een ander en voor mij in ieder geval wat minder rauw op mijn dak vallen. Dat voelt een stuk prettiger voor mij. Ik weet dat ik ook wel snel emotioneel kan zijn, maar als jij wat van die aardige openingszinnen gaat gebruiken, wordt het voor mij een stuk prettiger. Misschien kunnen we samen eens kijken welke openingszinnen geschikt zijn?”

Therapeut: “Kun je weer in de stoel van André gaan zitten en zeggen hoe het voor jou is wat Vera je nu laat weten en van je verlangt?”

Vera: (in de rol van André) “Ik heb het altijd moeilijk gevonden om emoties te uiten en te communiceren. Daar ben ik niet goed in. Ik ben altijd wel bereid om te leren hoe het anders zou kunnen. Ik doe ook al niets anders dan mijn hele leven afkijken hoe anderen communiceren met elkaar. Ik denk dat ik het ook nodig heb dat een ander mij dan duidelijk zegt wat of hoe ik moet reageren. En ik vind het zeker het proberen waard om het eens met openingszinnen te proberen. Wat je nu net al als voorbeelden noemde, is voor mij al heel bruikbaar.”

### *Stap 6. Zelfbevestiging en afstand nemen van negatieve gevoelens*

Men kan spreken van een ‘volledig herstel’ wanneer de cliënt zichzelf kan accepteren als waardevol en een zekere afstand kan nemen van de voorheen onverwerkte gevoelens jegens de ander. Zo kan men de ander verantwoordelijk stellen voor wat de cliënt is aangedaan, de cliënt kan de ander beter begrijpen en/of de cliënt kan de ander oprecht vergeven.

Therapeut: “Vera, wil je in je eigen stoel eens een reactie geven op wat André zojuist tegen je gezegd heeft?”

Vera: “Ja, dit is hoe ik mijn André zou willen horen spreken. Dit is ook al zachter van toon, omdat hij hier meer van zichzelf laat zien en meer uitleg geeft. En ik zie ook in dat hij het ook wel probeert en zijn best doet. Hij is tenslotte ook met me in relatietherapie gegaan. Dat is ook wat ik misschien eens moet gaan inzien. Hij wil het wel proberen en dat geloof ik ook wel, ja.”

Therapeut: “Kun je tegen hem zeggen dat je hem nu meer begrijpt of dat je het hem niet kwalijk neemt hoe hij soms voor jou zo emotioneel niet betrokken reageert door zijn autisme?”

Vera: “Ja, lastig, maar wel gek. Ik voel me toch nu meer opgelucht dan aan het begin van dit gesprek. Ik heb nooit ervaren hoe moeilijk het voor hem moet zijn om zo te moeten communiceren met anderen. Toen ik daarnet in zijn stoel zat, werd ik me er heel erg van bewust en dat maakt wel dat ik meer begrip voor hem kan opbrengen. En als we misschien samen eens naar wat openingszinnen kunnen kijken, dan is dat voor mij al heel wat en zeker als hij het ook probeert toe te passen.” (geeft een behoorlijke zucht van opluchting)

## Ten slotte

De legestoeldialoog is al effectief gebleken bij het oplossen van onverwerkte problemen en in het terugdringen van symptomen en interpersoonlijk leed (Paivio & Greenberg, 1995; Greenberg & Foerster, 1996). Gebleken is dat in succesvolle dialogen de visie op de ander verandert waardoor men een meer zelfbevestigende houding aanneemt, begrip voor de ander krijgt en deze zelfs kan vergeven of ter verantwoording kan roepen (Greenberg et al., 1993; Greenberg, 2011).

In dit artikel is op basis van praktijkervaring van de auteur de legestoeldialoog als mogelijke behandeltechniek voor partners van mensen met een ASS besproken. In de behandeling van die partners kan de therapeut de techniek toepassen na een partnerrelatietherapie waarin is gebleken dat bij de partner zonder ASS nog sprake is van ‘unfinished business’ in de vorm van acceptatieproblemen en nog niet geuite gevoelens en behoeftes naar de partner met een ASS. Na één of meerdere sessies met de legestoeldialoog kan een partnerrelatietherapie zowel gestart als voortgezet worden om de dialoog met elkaar weer op gang te brengen. Het gesprek tussen de partners kan dan vaak op een andere, meer bevredigende manier verlopen. Het is eveneens mogelijk om de techniek in een individuele behandeling in te zetten wanneer een relatietherapie niet tot de mogelijkheden behoort: een individuele systemische therapie (zie Reymers, 2008) kan dan aangewezen zijn.

Vanuit de praktijkervaring blijkt de legestoeldialoog vaak te resulteren in meer begrip voor de partner met een ASS met zijn beperkingen door de partner zonder ASS. In plaats dat men blijft hangen in het uitdrukken van schuldgevoelens, klachten en gekwetstheid, komt men in een proces van acceptatie, berusting, verlichting, verdriet en/of rouw om de onbereikbare, ideale partner(relatie). Bij Vera waren na de relatietherapie nog drie sessies met de legestoeldialoog nodig, waarna nog zeven individuele systemische therapiegesprekken volgden met aandacht voor het proces van acceptatie van de beperkingen in de relatie met André en ruimte voor rouw om de blijvende beperkte emotionele wederkerigheid van haar partner met een ASS. In het eindgesprek liet zij in aanwezigheid van haar partner weten dat het vooral de legestoeldialogen waren geweest die haar pijnlijk, maar nu draaglijker deden beseffen hoe zij zonder gedeelde empathie met haar partner verder moest leven en hoe zij letterlijk naar empathie, troost en begrip moet vragen op momenten dat zij het eigenlijk zonder te vragen zo nodig heeft om van haar partner te ontvangen.

Het ontbreekt vooralsnog aan evidence-based treatments (EBT) of wetenschappelijk getoets-te behandelingen bij volwassenen met een ASS en hun partners (zie ook de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* van Kan et al., 2013). 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. Wetenschappelijk onderzoek naar de legestoeldialoog als acceptatietechniek bij partners van mensen met een ASS is dan ook aan te bevelen opdat deze techniek in de toekomst mogelijk een effectief bewezen techniek in de autismehulpverlening aan volwassenen mag zijn.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnout, L., & Van Manen, J. (2013). Lotgenotencontact onder partners van: een weg terug naar de eigen kracht. In C. Schuurman, E. Blijd-Hoogewys, & P. Gevers (Red.), *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis* (pp. 299-303). Amsterdam: Hogrefe.
- Aston, M. (2003). *Aspergers in love*. London, UK: Jessica Kingsley.
- Aston, M. (2007). *Recognising AS and its implications for therapy*. BACP Information sheet G9. Lutterworth, UK: British Association for Counseling and Psychotherapy.
- Aston, M.C. (2009). *The Aspergers couple's workbook – Practical advice and activities for couples and counsellors*. London, UK: Jessica Kingsley.
- Blijd-Hoogewys, E.M.A., & Talboom, J.P.C.M. (2013). Partnercursus autisme. In C. Schuurman, E. Blijd-Hoogewys, & P. Gevers (Red.), *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis* (pp. 153-158). Amsterdam: Hogrefe.
- Delfos, M.F. (2012). Autisme vanuit ontwikkelingsperspectief. *Nieuwe inzichten in autismespectrumstoornissen*. *GZ-psychologie*, 8, 10-15.
- Delfos, M., & Gottmer, M. (2008). *Leven met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Delfos, M.F., & Groot, N. (2012). *Autisme vanuit een ontwikkelingsperspectief*. Amsterdam: SWP.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2010). *Learning Emotion-Focused Therapy. The process-experiential approach to change* (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S., & Foerster, F.S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Hénault, I. (2006). *Asperger's syndrome and sexuality – From adolescence through adulthood*. London, UK: Jessica Kingsley.
- Jansen, H., & Rombout, B. (2011). *AutiPower! Succesvol leven en werken met een vorm van autisme*. Eindhoven: Pepijn.
- Jansen, M.D., Versteijne, M.G.F.A., Van den Bergh, S.F.W.M., & Geurts, H.M. (2013). Echtparen groepstherapie voor volwassenen met een autismespectrumstoornis. Een exploratieve evaluatiestudie. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 84-94.
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Kan, C.C., Geurts, H.M., Sizoo, B.B., Verbeeck, W.J.C., Schuurman, C.H., Forceville, E.J.M., ... Van den Bosch, K. (2013). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. *Samenvatting*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & 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.
- Kuiper, H., & Walder, H. (2005). Pilot: relatietherapie bij ASS (echt)paren. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 68-79.
- Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving 'unfinished business': Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.



- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Reijmers, E. (2008). Individuele systemische therapie. In A. Savenije, M.J. Van Lawick, & E.T.M. Reijmers (Red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 431-440). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rodenburg, L. (2008). GewoonOngewoon. Autisme in gezin en partnerrelatie. *Systeemtherapie*, 20, 196-199.
- Roeyers, H. (2008). *Autisme: alles op een rijtje*. Leuven: Acco.
- 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.
- Snijders, H. (2009). Affectieve regulatie. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, & W. Trijsburg (Red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 449-460). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2006). Ten geleide bij Confrontaties in dialogen: Een hedendaagse kijk op stoelenwerk in psychotherapie. *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 2, 113.
- Takens, R.J. (2008). Fasering van het therapeutisch proces. In G. Lietaer, G. Vanaerschoot, J.A. Snijders, & R.J. Takens (Red.), *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 301-321). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2013). Emotiegerichte psychotherapie: een introductie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 6-27.
- Tidmarsh, L., & Volkmar, F.R. (2003). Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 517-525.
- Van Voorst, G. (2008). Relatieproblemen bij personen met een autismespectrumstoornis. *Systeemtherapie*, 20, 152-164.
- Van Voorst, G., & Verwilligen, A. (2013). Partnerrelatietherapie. In C. Schuurman, E. Blijd-Hoogewys, & P. Gevers (Red.), *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis* (pp. 147-152). Amsterdam: Hogrefe.
- Van Widenfelt, B., & 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.
- Walder, H. (2009). Hechting en diagnose ASS bij echtparen. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 1, 28-33.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resources Press.

## Personalia

Richard Vuijk is klinisch psycholoog, werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme te Rotterdam, onderdeel van Parnassia Groep. Hij verzorgt vanuit zijn eigen praktijk AutismeSpectrumNederland scholing, supervisie en consultatie op het gebied van autismespectrumstoornissen. Hij is als docent en cursusleider verbonden aan verschillende RINO's en de Parnassia Academie.

E-mail: r.vuijk@bavo-eupoort.nl