



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Werken aan het zelfbeeld van kinderen met ASS

Kwakman, M.; Balci, S.; Boyer, B.E.

Citation

Kwakman, M., Balci, S., & Boyer, B. E. (2022). Werken aan het zelfbeeld van kinderen met ASS. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 22, 23-39.
doi:10.36254/WTA.2022.1.03

Version: Publisher's Version
License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3728951>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Werken aan het zelfbeeld van kinderen met ASS

MARGA KWAKMAN, STELLA BALCI & BIANCA BOYER

SAMENVATTING

Werken aan je zelfbeeld is een cognitieve gedragstherapie om het negatieve zelfbeeld van kinderen te verbeteren, gebaseerd op Competitive Memory Training (COMET). Met behulp van een gerandomiseerd pilotonderzoek werd het behandelprotocol onderzocht bij 24 kinderen (van 8-16 jaar) met een ASS-diagnose voor wat betreft het zelfbeeld en comorbide psychopathologie. Ouders van deze kinderen (experimentele groep) rapporteerden een significante verbetering van het zelfbeeld en de externaliserende gedragsproblematiek van hun kind, vergeleken met ouders van de kinderen die alleen de gebruikelijke zorg ontvingen (controle-groep). De verbeteringen hielden aan tot zeven weken na de behandeling. Beide groepen verbeterden in zelfgerapporteerde zelfbeeld en depressieve symptomen, terwijl de eigenwaarde en de internaliserende problematiek van beide groepen niet verbeterden. Gegeven de grootte van de huidige steekproef en de gemixte resultaten, moeten conclusies met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Toch indiceren de resultaten dat *Werken aan je zelfbeeld* kan worden toegevoegd aan de gebruikelijke zorg voor het verbeteren van zelfbeeld en externaliserende gedragsproblematiek bij kinderen met ASS in een korte tijd.

SUMMARY

Youth with Autism Spectrum Disorder (ASD) are at risk to develop low self-esteem, which is related to co-occurring internalizing- and externalizing problems. In this pilot-RCT ($N = 24$), we aimed to test the efficacy of Competitive Memory Training (COMET) for low

EMPIRISCH ONDERZOEK

self-esteem in youth with ASD (8-16y). We compared the combination of COMET and Care As Usual (COMET+CAU) with CAU-only, to explore whether COMET had additional effects on low self-esteem and co-occurring symptoms of youth with ASD. Maintenance of effects was measured seven weeks later. Participants receiving COMET+CAU showed greater improvement on parent-reported self-esteem and externalizing symptoms than participants receiving CAU-only. Similar improvements between groups were found on self-reported self-esteem and depressive symptoms. Improvements remained stable until seven weeks after having received COMET+CAU, with depressive symptomatology improving even further. Given the small sample size and mixed results, this pilot study does not allow us to declare COMET as being necessary in enhancing low self-esteem in ASD. However, this study indicates that when given parallel to CAU, COMET can help to improve self-esteem and co-occurring externalizing problems in youth with ASD in only a short period of time.

Zelfbeeld impliceert de globale waardering van eigen positieve of negatieve eigenschappen (Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries, 2004). Het is een belangrijke ontwikkelingstaak om te komen tot een stevig en positief zelf (Schalkwijk, 2011), namelijk het besef niet perfect te zijn en ondanks onvervulde verlangens toch, in grote lijnen, tevreden te zijn met jezelf; door klinici aangeduid met *een gezond zelfgevoel*. De ontwikkeling van het zelfbeeld verloopt onder andere via zelfreflectie en sociaal-emotionele kwaliteiten, maar ook het vergelijken met anderen, en feedback ontvangen van anderen spelen een belangrijke rol (Harter, 2012). Een positief zelfbeeld levert een belangrijke bijdrage aan de gezondheid, kwaliteit van leven en gevoelens van geluk en het voorspelt schoolsucces van kinderen en werktevredenheid bij volwassenen (Judge, Bono, & Locke, 2000). Verstoringen in het zelfbeeld hangen samen met verschillende psychische stoornissen, waaronder internaliserende problematiek (zoals depressie, suïcidaliteit, angst, eetstoornissen) en externaliserende problematiek (zoals geweld en middelenmisbruik (Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries, 2004).

Ook kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis (ASS) (American Psychiatric Association, 2013) zijn extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld (Van der Cruijssen & Boyer, 2021). Mogelijk hangt dit samen met het beroep dat de huidige maatschappij doet op sociale en cognitieve vaardigheden die voor kinderen met ASS moeilijk kunnen zijn, zoals vriendschappen sluiten en onderhouden, zich verbaal uitdrukken en schoolse activiteiten. Mede hierdoor worden zij bewust dat zij anders zijn dan hun leeftijdsgenoten.

Hoewel men voorheen dacht dat mensen met ASS geen of weinig besef hebben van hun zelfbeeld, blijkt uit recent onderzoek dat zij een negatiever zelfbeeld hebben dan kinderen zonder ASS (Van der Cruijssen & Boyer, 2021). Ook zijn er eerste aanwijzingen dat er bij ASS een verband bestaat tussen een negatief zelfbeeld en comorbide problematiek zoals depressie en externaliserend gedrag (Van der Cruijssen & Boyer, 2021). Van de kinderen en jongeren met ASS (10-14 jaar) heeft 71% ten minste één comorbide psychiatrische stoornis en 41% twee of meer (Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas, & Baird, 2008), waarvan de Sociale Angststoornis (SAS), Aandachtstekortstoornis met Hyperactiviteit

(ADHD) en de Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) de meest voorkomende diagnoses zijn. De comorbide problematiek brengt extra nadelige gevolgen met zich mee voor het kind, maar ook voor de ouder zoals opvoedingsstress (Van Steijn, Oerlemans, Van Aken, Buitelaar, & Rommelse, 2014). Het is daarom van belang dat aandacht wordt besteed aan het gericht verbeteren van het zelfbeeld van deze groep, wat mogelijk ook de comorbide problematiek reduceert.

Omdat zelfbeeld een transdiagnostisch concept is en het geen aparte classificatie is in de DSM-5, zijn er weinig empirisch onderzochte behandelingen die specifiek gericht zijn op het verbeteren van het zelfbeeld (Korrelboom, 2015). Vaak wordt ervan uitgegaan dat wanneer behandeling gericht wordt op het verminderen van de symptomen van een stoornis, het zelfbeeld automatisch mee zal verbeteren. Dit blijkt vaak niet het geval te zijn. Zo geven Korrelboom, Maarsingh en Huijbrechts (2012) aan dat bij 39% van de deelnemers uit een groep die een depressiebehandeling kreeg plus een aanvullende behandeling gericht op het zelfbeeld, namelijk Competitive Memory Training (COMET), het zelfbeeld veranderde van problematisch naar een normaal niveau. In de groep die een depressiebehandeling kreeg zonder COMET was dit 7%. Dus wanneer men het zelfbeeld van een cliënt wil verbeteren, lijkt het belangrijk een behandeling aan te bieden die dan ook specifiek gericht is op het verbeteren van het zelfbeeld. COMET is momenteel de beste empirisch ondersteunde interventie die specifiek bedoeld is voor het verbeteren van een negatief zelfbeeld, ook op langere termijn (Korrelboom, 2015). Deze cognitief-gedragstherapeutische methode is gebaseerd op contraconditionering: dat wil zeggen: het veranderen van ongewenste, vaak negatieve gevoelens, reacties of gedragingen op een stimulus uit de omgeving in gewenste gevoelens, reacties of gedragingen. Negatieve associaties met een stimulus worden omgezet in positieve associaties. Bijvoorbeeld, voorafgaand aan het contraconditioneren wordt naar school gaan geassocieerd met 'niemand vindt mij leuk' en na de contraconditionering met 'ik kan goed rekenen' (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009). Door positieve associaties naar voren te halen en te versterken door oefeningen zijn de ongewenste, negatieve gevoelens, reacties en gedragingen minder aanwezig in het dagelijks leven en wordt er een positiever zelfbeeld ontwikkeld. Bij verschillende doelgroepen bleek de interventie effectief, ook op langere termijn. Niet alleen voor wat betreft het zelfbeeld maar ook voor wat betreft het verminderen van symptomen geassocieerd met eet- en persoonlijkheidsstoornissen, angst en depressie (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Maarsingh, Huijbrechts, 2012; Korrelboom, Marissen, & Van Assendelft, 2011; Staring, Van den Berg, Cath, Schoorl, Engelhard, & Korrelboom, 2016).

Omdat de effectiviteit van COMET herhaaldelijk is aangetoond bij volwassenen, werd het protocol aangepast voor jeugdigen van 8-18 jaar: *Werken aan je zelfbeeld* (Kuin & Peters, 2014). In de handleiding wordt beschreven dat op grond van positieve praktijkervaringen, elementen zijn toegevoegd zoals positieve aandacht-training, hulp van belangrijke anderen (zoals ouders) en het bijhouden van een positief dagboek. Er worden suggesties gegeven van hoe aspecten van COMET bij kinderen anders en beter kunnen worden geïntroduceerd en toegelicht dan bij volwassenen het geval is. Bij kinderen met ASS is nog niet onderzocht wat de effecten zijn van *Werken aan je zelfbeeld* op hun zelfbeeld en

comorbide problematiek. In de handleiding staat als contra-indicatie ‘Problemen op het gebied van voorstellingsvermogen en abstract denken (dat kan voorkomen bij een lager IQ of ASS-problematiek), aangezien dit vereist is voor de imaginatieoefeningen’ (Kuin & Peters, 2014). Over het algemeen wordt gedacht dat het effect van cognitieve gedragstherapie (CGT) negatief kan worden beïnvloed door het hebben van ASS. Er is echter steeds meer evidentie dat CGT ook effectief is in het reduceren van klachten van kinderen met ASS (Wang et al., 2021). Er zijn bovendien redenen waarom CGT juist wel zou werken voor kinderen met ASS, zoals de gestructureerde en gedragsmatige benadering waar deze kinderen juist zo bij gebaat zijn (Wang et al., 2021).

Werken aan je zelfbeeld zou dus ook bij deze doelgroep een goede aanvulling kunnen zijn op het gebruikelijke behandelaanbod (*Care As Usual* (CAU)). Omdat op basis van de *vulnerability hypothesis of self-esteem* wordt verwacht dat een negatief zelfbeeld de ontwikkeling van comorbide problematiek voorspelt, zou het behandelen van het zelfbeeld mogelijk ook kunnen helpen bij het verminderen van de comorbide problematiek. Om deze reden werd in dit pilotonderzoek de toegevoegde waarde van *Werken aan je zelfbeeld* op gebruikelijke zorg (CAU) onderzocht op het zelfbeeld en de comorbide problematiek van kinderen met ASS.

METHODE

In de periode 2017-2019 vond dit onderzoek plaats bij Lucertis/Youz (onderdeel van de Parnassia Groep), kinder- en jeugdpsychiatrie in Purmerend, Velsen en Zaandam. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Amsterdam (2016-DP-7315) en door de wetenschappelijke stuurgroep van Lucertis/Youz. Het onderzoeksdesign is in december 2016 gepreregistreerd in het Nederlands Trial Register (NTR6310).

Deelnemers en procedure

Cliënten die al in behandeling waren bij Lucertis/Youz of die hoorden van het onderzoek van hun huisarts, leerkracht of via de Nederlandse Vereniging voor Autisme konden zich aanmelden voor deelname.

Inclusiecriteria

1. een diagnose binnen het autismespectrum, gesteld door een onafhankelijk clinicus;
2. bevestiging van de diagnose op de Social Responsiveness Scale-2 (SRS-2; Roeyers, Thys, Druart, De Schryver, & Schittekatte, 2011). Dit is een screeningsvragenlijst die wordt ingevuld door ouders om de ernst van de ASS in kaart te brengen. Deelnemers met een *t*-score van ten minste 61 (hetgeen duidt op aanwezigheid van milde tot matige autismesympptomen) werden geïncludeerd;
3. leeftijd 8-16 jaar;
4. er is sprake van een negatief zelfbeeld door het kind of de jongere en/of de ouders in een gesprek verwoord;

5. een geschat IQ van 80 of hoger, gemeten met een verkorte versie van de WISC-III-NL (blokpatronen en woordenschat; Sattler, 2001);
6. voldoende beheersing van de Nederlandse taal;
7. het kind of de jongere moest mee kunnen en willen doen aan de behandeling;
8. deelname aan alle drie de meetmomenten (T0, T1 en T2).

Exclusiecriteria

1. comorbide depressie met suïcidaliteit;
2. wanneer het negatieve zelfbeeld werd veroorzaakt door actuele of vroegere traumatische gebeurtenissen;
3. wanneer het negatieve zelfbeeld realistisch was. Een kind heeft een realistisch zelfbeeld als het onzeker is op één of een paar vlakken waar hij of zij ook daadwerkelijk niet goed in is.

In het geval van een van deze drie exclusiecriteria is gerichte behandeling of vaardigheidstraining op dat gebied zinvoller en meer verantwoord.

Nadat de in- en exclusiecriteria werden nagegaan, werd er een afspraak gemaakt met het kind voor de voormeting (T0). Tijdens T0 werden door het kind en de ouder een informed consent getekend en drie vragenlijsten ingevuld. Bij het kind werd daarnaast de verkorte WISC-III-NL afgenomen.

Na de T0-meting werden de kinderen/jongeren willekeurig toegewezen aan ofwel de experimentele groep ofwel de controlegroep. De experimentele groep begon zo snel mogelijk na randomisatie met de zeven weken durende behandeling *Werken aan je zelfbeeld*. In de controlegroep moesten de deelnemers na de T0-meting eerst zeven weken wachten. In deze groep mochten de kinderen geen andere behandeling volgen gericht op het verbeteren van het zelfbeeld, maar wel de gebruikelijke zorg voor kinderen met ASS (CAU). Zeven weken na T0 volgde een nameting (T1) waarbij weer dezelfde vragenlijsten bij deelnemers en ouders werden afgenomen als bij T0. Zeven weken na de T1-meting kreeg de experimentele groep nog een follow-upmeting (T2), waarbij de deelnemers en ouders opnieuw dezelfde vragenlijsten invulden. De kinderen uit de controlegroep kregen in de periode tussen T1 en T2 ook een behandeling met *Werken aan je zelfbeeld* aangeboden, uit ethische overwegingen. Alle metingen en de behandelingen vonden plaats bij de locaties van Lucertis/Youz.

Zesentwintig deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria en werden gerandomiseerd. In de experimentele groep waren er twee drop-outs vanwege forse motivatieproblemen ($n = 1$) en suïcidegevaar ($n = 1$) en in de controlegroep heeft een deelnemer niet alle sessies gevolgd maar wel alle metingen gedaan, hetgeen resulteerde in een totaal van 24 deelnemers voor de analyse.

INSTRUMENTEN

Primaire uitkomstvariabelen

Om het zelfbeeld te meten, werd gebruikgemaakt van drie versies van de *Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)* (Rosenberg, 1979):

1. de *RSES voor kinderen (RSES-K)*; 8 t/m 11 jaar);
2. de *RSES voor Adolescenten (RSES-A)*; 12 t/m 16 jaar); en
3. de *RSES voor Ouders (RSES-O)*.

De RSES bestaat uit tien items waarbij de deelnemers moeten aangeven in hoeverre stellingen waar zijn voor hem/haar door te kiezen uit vier antwoordmogelijkheden. De minimale score is tien en de maximale score is 40, waarbij een hogere score een positiever zelfbeeld betekent. Een voorbeelditem is: *'Ik denk dat ik minstens zoveel waard ben als andere kinderen.'* De RSES-O is een aanpassing van de RSES-K/A waarbij de vragen zijn veranderd zodat een ouder dezelfde vragen over zijn/haar kind kan beantwoorden: bijvoorbeeld: *'Mijn kind denkt dat hij/zij minstens zoveel waard is als andere kinderen.'* Voor de RSES is alleen een cut-offscore bekend voor adolescenten van 15 jaar, waarbij een totale score lager dan 25 overeenkomt met een klinisch negatief zelfbeeld (Isomaa, Väänänen, Fröjd, Kaltiala-Heino, & Martunen, 2013).

In de huidige steekproef was op de drie versies van de RSES een hoge interne consistentie te zien op alle drie de meetmomenten met een cronbachs alfa die varieerde tussen 0.90-0.95 voor kinderen, 0.84-0.93 voor adolescenten en 0.73-0.93 voor ouders.

Om het gevoel van eigenwaarde te meten, werd gebruikgemaakt van de 'Gevoel van Eigenwaarde'-schaal van de Competentie BelevingsSchaal voor Kinderen (CBSK; 8 t/m 11 jaar; Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh, & Ten Brink, 2004) en de Competentie BelevingsSchaal voor Adolescenten (CBSA; 12 t/m 17 jaar; Treffers, Goedhard, Veerman, Van den Bergh, Ackaert, & De Ryke, 2002). De CBSK is een zelfrapportagevragenlijst met 36 items en vier antwoordmogelijkheden verdeeld over zes subschalen. In dit onderzoek is alleen de schaal 'Gevoel van Eigenwaarde' meegenomen. De items bestaan uit uitspraken waarbij de deelnemers uit twee uitspraken moeten kiezen: *'Helemaal waar voor mij'* of *'Een beetje waar voor mij'*. De minimale score op de schaal is 6 en de maximale score is 24. Een hogere score betekent een positiever gevoel van eigenwaarde.

De CBSA is een vergelijkbare zelfrapportagevragenlijst, die bestaat uit 35 items met vier antwoordmogelijkheden verdeeld over zeven subschalen waarbij in dit onderzoek alleen is gekeken naar de 'Gevoel van Eigenwaarde'-schaal. De items bestaan net als bij de CBSK uit uitspraken waarbij de deelnemers uit twee uitspraken moeten kiezen: *'Helemaal waar voor mij'* of *'Een beetje waar voor mij'*. De minimale score op de schaal is 5 en de maximale score is 20. Een hogere score betekent een positiever gevoel van eigenwaarde.

Omdat de CBSK en de CBSA verschillende items bevatten, zijn deze omgezet naar percentielscores om deze samen te kunnen nemen in de analyses. In onze steekproef was op de

CBSK en CBSA een hoge interne consistentie te zien op alle drie de meetmomenten met een cronbachs alfa die varieerde tussen 0.83-0.94 op de CBSK en 0.74-0.90 op de CBSA.

Secundaire uitkomstvariabelen

De mate van depressie werd gemeten door middel van de Children's Depression Inventory (CDI; Timbremont & Braet, 2008). Deze zelfrapportagelijst voor kinderen en jongeren van 8-21 jaar bestaat uit 27 items, waarbij het kind moet kiezen tussen drie uitspraken, bijvoorbeeld tussen 'Ik ben soms verdrietig', 'Ik ben vaak verdrietig' of 'Ik ben altijd verdrietig'. De minimale score is 0 en de maximale score is 54, waarbij een hogere score staat voor meer depressieve symptomen. In onze steekproef was op de CDI een hoge interne consistentie te zien op alle drie de meetmomenten met een cronbachs alfa die varieerde tussen 0.79-0.86.

Er werden twee schalen van de oudervragenlijst Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996) meegenomen om comorbide problematiek in kaart te brengen: internaliseren en externaliseren. De 112 items bestaan uit uitspraken waarbij de ouders moeten kiezen in hoeverre deze van toepassing zijn op hun kind. Hoe hoger de score op de schalen is, hoe meer internaliserende en externaliserende problematiek ouders bij hun kind rapporteren. In onze steekproef was op de CBCL een hoge interne consistentie te zien op alle drie de meetmomenten op zowel de internaliserende als de externaliserende schaal, met een cronbachs alfa die varieerde tussen 0.88-0.90 op de internaliserende schaal en 0.81-0.86 op de externaliserende schaal.

Behandelingen

De individuele behandeling *Werken aan je zelfbeeld* (Kuin & Peters, 2014) is een cognitieve gedragstherapie (CGT) bestaande uit zeven individuele sessies met het kind en één oudersessie. Er wordt tijdens deze behandeling gebruikgemaakt van het werkboek. Samen met een therapeut vult het kind het werkboek in en worden de opdrachten uit het werkboek uitgelegd, die tijdens de sessie of thuis worden uitgevoerd. Deze behandeling is gebaseerd op het behandelprotocol COMET (competitive memory training), hetgeen als doel heeft het kind meer oog te laten krijgen voor de eigen positieve eigenschappen en deze toegankelijker te maken in hun geheugen. Door middel van oefeningen zoals positieve plaatjes zoeken in tijdschriften of kranten, positieve woorden zoeken in teksten en positieve eigenschappen zoeken in een negatief verhaal, wordt geprobeerd de negatieve aandachtsbias te doorbreken. Kinderen houden een positief dagboek bij waarin zij per dag bijhouden wat er goed gaat en besteden aandacht aan hun positieve eigenschappen die zij onderbouwen met positieve herinneringen, zodat zij positiever over zichzelf gaan denken. Ook wordt gebruikgemaakt van het oproepen van positieve herinneringen, het aannemen van een positieve lichaamshouding, het toepassen van positieve zelfspraak en foto's en muziek waar zij een goed gevoel van krijgen. De thema's die tijdens de zeven sessies aan bod komen, staan beschreven in tabel 1.

Tabel 1. Werken aan je zelfbeeld: beschrijving van de sessies

Sessie	Thema
1	Formuleren passende Automatische Negatieve Gedachte, inventariseren sterke en minder sterke kanten
2	Negatieve aandachtsbias doorbreken en positieve eigenschappen versterken
3	Activeren van trotse herinnering/beeld met positieve zelfspraak
Oudersessie	Info over verloop behandeling en aandachtspunten thuissituatie
4	Koppelen positieve houding/muziek aan herinnering, exposure aan spannende situaties door te 'doen alsof' de cliënt zelfvertrouwen heeft
5	Negatief vergelijken met anderen en positief terugdenken
6	Zelfverzekerd blijven voelen bij een negatieve herinnering
7	EHBO: contraconditioneren blijven oefenen en moeilijke momenten in de toekomst voorbespreken

Uit: Kuin en Peters (2014)

Ook wordt aan ouders gevraagd om de kinderen te ondersteunen bij het huiswerk en om opdrachten uit te voeren zoals het geven en opschrijven van complimenten aan hun kind.

De gebruikelijke zorg (Care As Usual; CAU)

Tijdens de behandeling *Werken aan je Zelfbeeld* en tijdens de wachttijd en follow-upperiode mochten de deelnemers ook gebruikelijke zorg ontvangen, zolang deze niet specifiek gericht was op het verbeteren van het zelfbeeld. De uitgevoerde behandelingen waren socialevaardigheids- en emotieregulatietraining, steunende contacten, psycho-educatie over ASS, systeemtherapie en/of ouderbegeleiding en medicatie. Van de twaalf geanalyseerde deelnemers (50%) die medicatie gebruikten, gebruikten er zes alleen methylfenidaat, drie aripiprazol + methylfenidaat, een aripiprazol + Levothyroxine, een fluoxetine + risperidon en een Dexamfetamine + risperidon. Dat er verschillende vormen van CAU zijn geïnccludeerd in dit onderzoek, is waardevol omdat er zodoende gekeken kan worden naar aanvullende effecten van *Werken aan je zelfbeeld* bij verschillende vormen van CAU (en daarmee goed generaliseerbaar is naar de klinische praktijk): hetgeen waar we in dit onderzoek in geïnteresseerd zijn.

Behandelaren en behandelintegriteit

Alle deelnemende behandelaren waren academisch geschoold en werkzaam bij Lucertis/Youz. Twintig behandelaren (range van cliënten per behandelaar 1-4) waren vooraf getraind in het geven van de behandeling *Werken aan je zelfbeeld* door de auteurs van dit onderzoeksartikel (MK+BB), zodat iedereen bij aanvang van het onderzoek dezelfde kennis had. De behandeling staat beschreven in de handleiding van Kuin en Peters (2014) die over alle deelnemende locaties zijn verspreid. Alle deelnemers ontvingen het bijbehorende werkboek waarin zij de behandeling volgden.

De behandelaren hielden per deelnemer in registratieboeken per sessie bij of zij zich aan het behandelprotocol hebben gehouden of dat zij iets hadden overgeslagen of toegevoegd. Het percentage van de behandeling dat zo is uitgevoerd zoals in de handleiding staat beschreven, zal worden beschreven in de resultaten. Daarnaast wordt het percentage weergegeven van het huiswerk dat daadwerkelijk door de deelnemers is gedaan.

Statistische analyses

Alle analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd met SPSS-versie 24.0. Voor de start van het onderzoek werd een poweranalyse gedaan, waaruit naar voren kwam dat voor een power van 0.80 een steekproef van $n = 68$ nodig was. Aangezien de analyses uiteindelijk zijn uitgevoerd over een $n = 24$, zullen de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

RESULTATEN

De totale groep bestond uit 24 deelnemers (19 jongens en 5 meisjes) met een gemiddelde leeftijd van 12.00 jaar ($SD = 2.40$, leeftijdsrange 8.00 tot 16.40 jaar) en een geschat IQ van 98 ($SD = 13$). Tijdens de voormeting waren er geen verschillen tussen de deelnemers in de experimentele groep (*Werken aan je zelfbeeld* + CAU) en de controlegroep (alleen CAU) voor wat betreft demografische factoren of uitkomstmaten ($p = 0.86$). Wat opvalt is dat, gebaseerd op de cut-offscores van Isomaa en collega's (2013), met name de ouders ten tijde van de voormeting een negatief zelfbeeld binnen de klinische range rapporteerden over hun kind, terwijl door de kinderen zelf een zelfbeeld binnen de normale range werd gerapporteerd. In tabel 2 zijn de demografische en baselinegegevens te zien.

Tabel 2. Groepsvergelijking in demografische gegevens en uitkomstmaten op de voormeting

	Totale steekproef ($n = 24$) M/N (SD/%)	Experimentele groep: Werken aan je zelfbeeld + CAU ($n = 11$) M/N (SD/%)	Controle-groep: CAU ($n = 13$) M/N (SD/%)	Groepsvergelijking
Leeftijd	12 (2.40)	12.18 (2.39)	11.84 (2.49)	NS
Geslacht (n jongens)	19 (79.17)	8 (72.72)	11 (84.62)	NS
IQ	97.92 (12.62)	102.82 (14.01)	93.77 (10.06)	NS
Ernst van ASS	75.29 (9.08)	74.64 (10.60)	75.85 (7.98)	NS
Medicatie (gebruik)	12 (50.00)	5 (45.45)	7 (53.84)	NS
Onderwijsniveau kind kind/adolescent				NS
Basisonderwijs	13 (54.17)	5 (45.45)	8 (61.54)	

	Totale steekproef (n = 24) M/N (SD/%)	Experimentele groep: Werken aan je zelfbeeld + CAU (n = 11) M/N (SD/%)	Controle-groep: CAU (n = 13) M/N (SD/%)	Groeps-vergelij-king
lwoo	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
vmbo	10 (41.67)	5 (45.45)	5 (38.46)	
havo	1 (4.17)	1 (9.09)	0 (0.00)	
vwo	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Onderwijsniveau moeder				NS
Basisonderwijs	3 (12.50)	1 (9.09)	2 (15.38)	
vo	3 (12.50)	2 (18.18)	1 (7.69)	
mbo	8 (33.33)	5 (45.45)	3 (23.08)	
hbo	9 (37.50)	3 (27.27)	6 (46.15)	
wo	1 (4.17)	0 (0.00)	1 (7.69)	
Onderwijsniveau vader				NS
Basisonderwijs	5 (20.83)	3 (27.27)	2 (15.38)	
vo	8 (33.33)	3 (27.27)	5 (38.46)	
mbo	8 (33.33)	3 (27.27)	5 (38.46)	
hbo	3 (12.50)	2 (18.18)	1 (7.69)	
wo	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Omnibustest				NS
Zelfbeeld kind/adolescent	28.75 (6.73)	30.09 (6.58)	27.62 (6.90)	
Zelfbeeld ouder	20.63 (4.27)	21.36 (4.99)	20.00 (3.65)	
Gevoel van eigenwaarde	36.33(32.19)	43.55 (33.46)	30.23 (31.07)	
Depressieve symptomen	14.46 (6.56)	12.82 (3.25)	15.85 (8.32)	
Internaliserende problematiek	24.63 (10.53)	23.73 (11.83)	25.38 (9.72)	
Externaliserende problematiek	14.63 (7.19)	12.64 (7.23)	16.31 (9.98)	

ASS = Autismespectrumstoornis; CAU = Care As Usual; havo = hoger algemeen voortgezet onderwijs; hbo = hoger beroepsonderwijs; lwoo = leerwegondersteunend onderwijs; mbo = middelbaar beroepsonderwijs; NS = niet significant; vmbo = voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs; vo = voortgezet onderwijs; vwo = voorbereidend wetenschappelijk onderwijs; wo = wetenschappelijk onderwijs

Behandelintegriteit

Er waren geen verschillen in behandelintegriteit tussen de twee condities. Van de 24 deelnemers heeft 88,97% alle sessies van *Werken aan je Zelfbeeld* in zijn geheel afgerond. Er

waren geen verschillen ($p = 0.78$) in het gemiddelde percentage gevolgde opdrachten en oefeningen uit het werkboek tussen de experimentele groep ($M = 88,24\%$, $SD = 7,78\%$) en de controlegroep ($M = 89,59\%$, $SD = 13,93\%$). Van de 24 deelnemers heeft 84,85% alle huiswerkopdrachten gemaakt. Er waren geen verschillen ($p = 0.57$) in het percentage gemaakte huiswerkopdrachten tussen de experimentele groep ($M = 88,43\%$, $SD = 27.00$) en de controlegroep ($M = 81,82\%$, $SD = 28.75$).

Behandeleffecten

Hypothese 1: Kinderen met ASS die de combinatie Werken aan je zelfbeeld + CAU krijgen, laten tussen voormeting en nameting een grotere verbetering zien op primaire en secundaire maten, dan kinderen die alleen CAU krijgen (zie tabel 3).

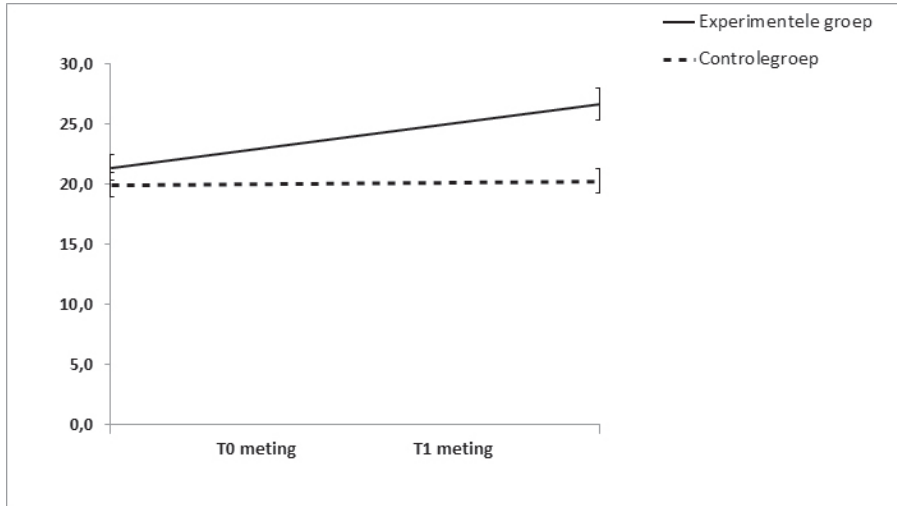
Tabel 3. Resultaten van de herhaalde metingen MANOVA met het behandeleffect op primaire en secundaire uitkomstmaten

	Experimentele groep: Werken aan je zelfbeeld + CAU $n = 11$		Controlegroep: CAU $n = 13$		Tijd effecten		Tijd*Behandel effecten	
	T0 $M(SD)$	T1 $M(SD)$	T0 $M(SD)$	T1 $M(SD)$	P	η_p^2	p	η_p^2
Omnibustest					0.03	0.52	0.14	0.40
Zelfbeeld kind	30.09 (6.58)	34.18 (6.79)	27.62 (6.90)	29.00 (7.52)	0.01	0.27	0.18	0.08
Zelfbeeld ouder	21.36 (4.99)	26.64 (6.41)	20.00 (3.65)	20.31 (4.23)	<0.01	0.29	0.02	0.24
Gevoel van Eigenwaarde	43.55 (33.46)	63.55 (31.79)	30.23 (31.07)	31.46 (32.01)	0.14	0.10	0.19	0.08
Depressieve symptomen	12.82 (3.25)	9.82 (5.38)	15.85 (8.32)	12.23 (8.42)	<0.01	0.31	0.77	<0.01
Internaliserende problematiek	23.73 (11.83)	21.27 (10.89)	25.38 (9.72)	25.92 (9.94)	0.48	0.02	0.27	0.06
Externaliserende problematiek	12.64 (7.23)	9.09 (3.27)	16.31 (6.98)	16.31 (8.24)	0.04	0.18	0.04	0.18

CAU = Care As Usual; $\eta_p^2 = 0.01$ is een kleine effectgrootte; $\eta_p^2 = 0.06$ is een medium effectgrootte; $\eta_p^2 = 0.14$ is een grote effectgrootte

De vergelijking tussen de groepen in de vooruitgang op de primaire uitkomstmaten laat wisselende resultaten zien. Deelnemers uit beide condities lieten een vergelijkbare verbetering zien op het zelfgerapporteerde zelfbeeld ($p = 0.18$, $\eta_p^2 = 0.08$) en een vergelijkbaar

gebrek aan verbetering wat betreft het gevoel van eigenwaarde ($p = 0.19$, $\eta_p^2 = 0.08$). Wel lieten deelnemers uit de *Werken aan je Zelfbeeld* + CAU-groep een significant grotere verbetering zien dan de deelnemers uit de CAU-groep op het zelfbeeld gerapporteerd door ouders, $F(1,22) = 6.95$, $p = 0.02$, $\eta_p^2 = 0.24$ (zie figuur 1).



Figuur 1. Tijd*Behandel-interactie tussen de experimentele groep (*Werken aan je Zelfbeeld* + CAU) en de controlegroep (CAU) op door ouders gerapporteerd zelfbeeld

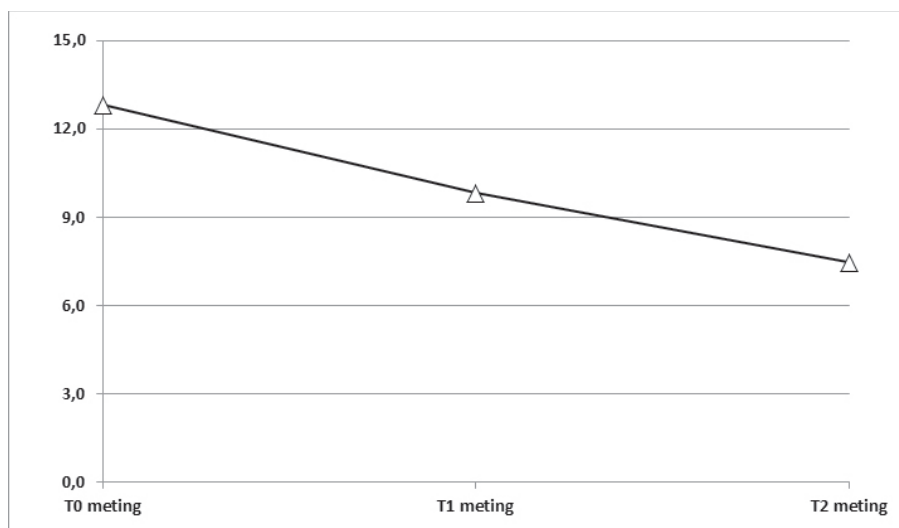
De omnibustest geeft aan dat er over het algemeen voor de groep als geheel wel een grote vooruitgang wordt gezien over de tijd tussen T0 en T1, $F(6,17) = 3.05$, $p = 0.03$, $\eta_p^2 = 0.52$. Met name het zelfbeeld gerapporteerd door het kind en de ouder, de depressieve symptomen en de externaliserende problematiek gaan significant vooruit over de tijd, respectievelijk $F(1,22) = 7.96$, $p = 0.01$, $\eta_p^2 = 0.27$, $F(1,22) = 8.78$, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = 0.29$, $F(1,22) = 10.08$, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = 0.31$ en $F(1,22) = 4.84$, $p = 0.04$, $\eta_p^2 = 0.18$. Er wordt geen vooruitgang gezien van gevoelens van eigenwaarde ($p = 0.14$, $\eta_p^2 = 0.10$) en internaliserende problematiek ($p = 0.48$, $\eta_p^2 = 0.02$).

Ook wat betreft de secundaire uitkomstmaten waren er wisselende resultaten. Zo was er geen verschil in vooruitgang tussen de twee groepen in zelfgerapporteerde depressieve symptomen ($p = 0.77$, $\eta_p^2 < 0.01$) en een vergelijkbaar gebrek aan verbetering wat betreft door ouders gerapporteerd internaliserende problematiek ($p = 0.27$, $\eta_p^2 = 0.06$). Wel was er meer vooruitgang te zien in de door ouders gerapporteerde externaliserende problemen in de *Werken aan je Zelfbeeld* + CAU-groep ten opzichte van de CAU-groep, $F(1,22) = 4.84$, $p = 0.04$, $\eta_p^2 = 0.18$.

Hypothese 2: De effecten van Werken aan je zelfbeeld + CAU blijven aan tot zeven weken na behandeling.

Follow-upanalyses lieten zien dat effecten aanhielden tussen de nameting van *Werken aan je zelfbeeld* + CAU (T1) en de meting zeven weken later (T2), wat betreft het zelfgerapporteerde zelfbeeld ($p = 0.57$, $r = 0.12$), het gevoel van eigenwaarde ($p = 0.07$, $r = 0.39$) en het zelfbeeld gerapporteerd door ouders ($p = 0.43$, $d = 0.20$). Dit betekent dat de effecten op de primaire uitkomstmaten stabiel bleven tot zeven weken na *Werken aan je Zelfbeeld* + CAU (T2).

Ook wat betreft de secundaire uitkomstmaten internaliserende problemen ($p = 0.24$, $d = 0.30$) en externaliserende problemen ($p = 0.93$, $r = 0.02$) bleven de behaalde resultaten aan tot aan follow-up zeven weken later (T2). Analyses lieten bovendien een significante verdere afname zien van zelfgerapporteerde depressieve symptomen tot zeven weken na *Werken aan je Zelfbeeld* + CAU (T2), $t(1,10) = 3.30$, $p < 0.01$, $d = 0.44$ (zie figuur 2).



Figuur 2. Afname van depressieve symptomen in de experimentele groep (*Werken aan je Zelfbeeld* + CAU) tussen T0, T1 en T2

DISCUSSIE

In dit onderzoek werd de toegevoegde waarde onderzocht van de behandeling *Werken aan je Zelfbeeld* op het zelfbeeld en de comorbide problematiek van kinderen met ASS. Uit de resultaten komt naar voren dat kinderen met ASS na het ontvangen van de behandeling naast de gebruikelijk zorg (CAU) volgens hun ouders een significant grotere verbetering lieten zien in hun zelfbeeld en externaliserende problematiek dan kinderen die alleen CAU kregen. Echter, op een aantal andere maten verschilden beide groepen niet van elkaar: zelfgerapporteerde zelfbeeld en depressieve symptomen gingen in beide groepen vooruit en gevoel van eigenwaarde en internaliserende problematiek verbeterden in beide groepen

niet. De verbeteringen bleven stabiel tot zeven weken na de behandeling en depressieve symptomen verminderden volgens de kinderen zelfs verder in de periode na behandeling. De resultaten uit dit onderzoek ondersteunen eerdere bevindingen waaruit is gebleken dat kinderen met ASS baat hebben bij cognitieve gedragstherapie (CGT), zoals aangegeven in de meta-analyse van Wang en collega's (2021). Bovendien laten de uitkomsten zien dat *Werken aan je zelfbeeld* toegevoegde waarde heeft op de effecten van de gebruikelijke zorg. Echter deze toegevoegde waarde werd met name gerapporteerd door ouders op het gebied van het zelfbeeld en de externaliserende problematiek van hun kinderen. Hoewel alle kinderen vooruitgang lieten zien op het zelfgerapporteerde zelfbeeld en depressieve symptomen, was er geen grotere verbetering te zien bij de kinderen die *Werken aan je zelfbeeld* + CAU volgden ten opzichte van de kinderen die alleen CAU kregen. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van toegevoegde waarde van *Werken aan je zelfbeeld* + CAU op het zelfgerapporteerde zelfbeeld en depressieve symptomen kan gezocht worden in de uitvoering van CAU. Hoewel deelnemers gebruik mochten maken van gebruikelijke zorg die niet specifiek gericht mocht zijn op het verbeteren van het zelfbeeld, was deze zorg wel afgestemd op de klachten van de deelnemers. Het is daarom niet verwonderlijk dat dit voor een gelijkwaardige verbetering heeft gezorgd op het gebied van het zelfgerapporteerde zelfbeeld en depressieve symptomen. Daarnaast kan er binnen de CAU-groep sprake zijn geweest van een 'wachtlijst-effect' omdat zij wisten dat zij na zeven weken wachten alsnog *Werken aan je zelfbeeld* zouden gaan ontvangen. In het onderzoek van Ahola en collega's (2017) zorgde alleen al de verwachting dat er behandeling gericht op depressie zou komen, voor een significante afname in depressieve symptomen. Op basis van dit 'wachtlijst-effect' zou dan ook de vooruitgang in de CAU-groep op het gebied van zelfbeeld en depressie verklaard kunnen worden.

Een andere mogelijke verklaring voor het ontbreken van toegevoegde waarde van *Werken aan je zelfbeeld* + CAU op het zelfgerapporteerde zelfbeeld, kan gevonden worden in de karakteristieken van de steekproef. Gebaseerd op de cut-offscores van een grote Finse steekproef onder vijftienjarigen, bleek dat bij aanvang van het huidige onderzoek al een verschil zat tussen ouders en hun kinderen in de beoordeling van het zelfbeeld. Zo gaven de ouders aan dat 75% van de kinderen/jongeren uit onze steekproef een negatief zelfbeeld had, ten opzichte van slechts 25% volgens de kinderen/jongeren zelf. Er was daarom weinig ruimte voor vooruitgang op het gebied van het zelfgerapporteerde zelfbeeld. Mogelijk is hierdoor geen toegevoegde waarde gevonden op zelfgerapporteerde zelfbeeld. Toch lijken ouders wel meer verbetering op te merken en dit kan voor ouders maar ook voor het kind van waardevolle betekenis zijn. Immers, een negatief zelfbeeld en comorbide problematiek brengen niet alleen nadelige gevolgen voor het kind met zich mee, maar ook voor de ouders en het gezin. Hierbij kan gedacht worden aan een lage kwaliteit van leven, een hoge mate van opvoedstress en meer depressieve symptomen bij ouders (Van Steijn, Oerlemans, Van Aken, Buitelaar, & Rommelse, 2014). Wanneer ouders ervaren dat hun kind zich beter voelt over zichzelf en minder gedragsproblemen vertoont, zou dit de kwaliteit van leven en opvoedbelasting van ouders en de ouder-kindinteractie ten goede kunnen komen, hetgeen weer een gunstig effect kan hebben op het gedrag en welbevinden van het kind.

Het verschil tussen ouders en hun kinderen in perspectief op het zelfbeeld van het kind blijft echter opvallend. Er zou gedacht kunnen worden dat dit verschil in perspectief wordt veroorzaakt door de moeite die kinderen met ASS hebben met het invullen van zelfrapportagevragenlijsten. In het huidige onderzoek was de interne consistentie van de vragenlijsten echter hoog over alle meetmomenten, dus lijken de verschillen in perspectief tussen de kinderen en hun ouders niet veroorzaakt te worden door een lage betrouwbaarheid van de zelfrapportages. Het zou echter wel zo kunnen zijn dat deze vragenlijsten minder sensitief en daarmee minder valide zijn bij kinderen met ASS. De vragen zouden te abstract voor hen kunnen zijn en zij zouden moeite kunnen hebben met het denken over en het evalueren van zichzelf, waardoor onduidelijk is of het daadwerkelijk het zelfbeeld is wat gemeten wordt (Henderson et al., 2009; Lombardo, Barnes, Wheelwright, & Baron-Cohen, 2007). Gegeven de verschillen in perspectief en het belang van het perspectief van alle betrokkenen, is het dan ook waardevol om zowel ouders als kinderen als informant te betrekken en mogelijk ook nog andere belangrijke informanten zoals de leerkracht.

Een beperking van dit onderzoek en een mogelijke andere oorzaak van het ontbreken van toegevoegde waarde van *Werken aan je zelfbeeld* + CAU op sommige uitkomstmaten, is het gebrek aan statistische power. Ondanks actieve werving waren er minder deelnemers dan verwacht; hier moet dan ook rekening mee worden gehouden bij de interpretatie bij de resultaten van dit onderzoek. Met oog op de gevonden effect-sizes in dit onderzoek, zou gespeculeerd kunnen worden dat er ook op de andere uitkomstmaten in dit onderzoek een toegevoegde waarde gevonden kan worden wanneer de steekproefgrootte hiertoe toereikend zal zijn. Het is dan ook belangrijk het onderzoek te herhalen in een grotere RCT met een power van ten minste .80 en met een langere follow-upperiode om deze resultaten te repliceren en te bestendigen. *Werken aan je zelfbeeld* is immers een relatief korte behandeling van zeven weken. Het aanbieden van een intensievere vorm van de behandeling (d.w.z. meer sessies en/of langere sessies) zou bij deze specifieke doelgroep kunnen baten. Mogelijk duurt het bij kinderen/jongeren met ASS langer om zich de geleerde vaardigheden eigen te maken en te generaliseren naar het dagelijkse leven en worden zij zich door de behandeling aanvankelijk meer bewust van hun negatieve zelfbeeld en hun beperkingen waardoor meer tijd nodig is om verbetering te zien van het geleerde uit de behandeling. Dit zou ook kunnen verklaren waarom de zelfgerapporteerde depressieve symptomen bij de follow-up nog verder verminderen.

Al met al is dit de eerste RCT die de effectiviteit van een transdiagnostische CGT-behandeling gericht op zelfbeeld onderzocht bij kinderen met ASS, waarbij ook gebruik werd gemaakt van meerdere informanten. Dat de behandeling zoals vermeld in de handleiding niet geschikt zou zijn voor kinderen met ASS vanwege problemen op het gebied van voorstellingsvermogen en abstract denken, lijkt niet te kloppen. De hulpverleners en de deelnemers hadden een hoge behandelintegriteit en er wordt door ouders een duidelijke vooruitgang gezien in zelfbeeld en comorbide externaliserende problematiek wanneer zeven weken *Werken aan je zelfbeeld* werd toegevoegd aan CAU. Deze behandeling is relatief kortdurend en gemakkelijk uit te voeren en te implementeren in zowel de basis- als de specialistische ggz. In dit onderzoek zijn meerdere vestigingen van de ggz-instelling Lucertis/Youz meegenomen en hebben verschillende behandelaren de behandeling uit-

gevoerd waardoor de bevindingen generaliseerbaar zijn naar andere ggz-instellingen in Nederland. De gevonden bevindingen zijn veelbelovend en *Werken aan je zelfbeeld* lijkt op basis van dit eerste onderzoek een mooie aanvulling te zijn op het behandelaanbod voor kinderen met ASS.

Auteursgegevens

Stella Balci, MSc, is asis-psycholoog en docent aan de Universiteit van Amsterdam, faculteit Psychologie.

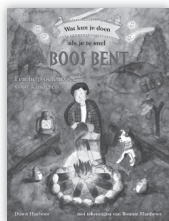
Dr. Bianca Boyer, universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Ontwikkelingspsychologie en gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut in Psychologenpraktijk Kuin.

Marga Kwakman, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is werkzaam bij Youz kinder- en jeugdpsychiatrie, onderdeel van de Parnassia Groep.

Referenties

- Ahola, P., Joensuu, M., Knekt, P., Lindfors, O., Saarinen, P., Tolmunen, T., et al. (2017). Effects of scheduled waiting for psychotherapy in patients with major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205, 611-7. doi: 10.1097/NMD.0000000000000616
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Henderson, H.A., Zahka, N.E., Kojkowski, N.M., Inge, A.P., Schwartz, C.B., Hilleman, C.M., et al. (2009). Self-referenced memory, social cognition, and symptom presentation in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 853-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02059.x
- Isomaa, R., Väänänen, J.M., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., & Martunen, M. (2013). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education and Behavior*, 40, 392-9. <http://doi.org/10.1177/1090198112445481>
- Judge, T.A., Bono, J.E., & Locke, E.A. (2000). Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 85, 237-49. doi: 10.1037/0021-9010.85.2.237
- Korrelboom, K. (2015). *COMET voor negatief zelfbeeld: competitieve memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., Jong, M. de, Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 974-80. doi: 10.1037/a0016742
- Korrelboom, K., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 29, 102-10. doi: 10.1002/da.20921
- Korrelboom, K., Marissen, M., & Assendelft, T. van (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: a randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19. doi: 10.1017/S1352465810000469
- Kuin, M. & Peters, P. (2014). *Zelfbeeldtraining voor kinderen en jongeren: competitieve memory training (COMET)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Lombardo, M.V., Barnes, J.L., Wheelwright, S.J., & Baron-Cohen, S. (2007). Self-referential cognition and empathy in autism. *PLoS One*, 2, e883. doi: 10.1371/journal.pone.0000883
- Mann, M.M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., & Vries, N.K. de (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-72. doi: 10.1093/her/cyg041
- Roeyers, H., Thys, M., Druart, C., De Schryver, M., & Schittekatte, M. (2011). *SRS -2 Screeningslijst voor autismespectrumstoornissen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Sattler, J. (2001). *Assessment of children: cognitive applications*. San Diego, CA: Jerome Sattler Publisher Inc.
- Schalkwijk, F.W. (2011). *Emoties bij jongeren: Theorie en diagnostiek van het geweten* (p. 56). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-9. doi: 10.1097/CHI.0b013e318179964f
- Staring, A.B.P., Berg, D.P.G. van den, Cath, D.C., Schoorl, M., Engelhard, I.M., & Korrelboom, K. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: a randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20. doi: 10.1016/j.brat.2016.04.002
- Timbremont, B. & Braet, C. (2002) *Children's depression inventory, Nederlandstalige versie. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Treffers, A., Goedhart, A.W., Veerman, J.W., Van den Bergh, B.R.H., Ackaert, L., & De Rycke, L. (2002). *Competentie belevings-schaal voor adolescenten. Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Van der Cruijssen, R. & Boyer, B.E. (2021). Explicit and implicit self-esteem in youth with autism spectrum disorders. *Autism*, 25, 349-60.
- Van Steijn, D.J., Oerlemans, A.M., Van Aken, M.A., Buitelaar, J.K., & Rommelse, N.N. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1064-76. doi: 10.1007/s10803-013-1958-9
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, D.A., Van den Bergh, B.R.H., & Ten Brink, L.T. (2004). *Competentie belevings-schaal voor kinderen. Handleiding*. Lisse: Harcourt Assessment B.V.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL 4-18 (Nederlandse versie)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis/Erasmus Universiteit.
- Wang, X., Zhao, J., Huang, S., Chen, S., Zhou, T., Li, Q., et al. (2021). Cognitive behavioral therapy for autism spectrum disorders: a systematic review. *Pediatrics*, 147, e2020049880. doi: 10.1542/peds.2020-049880



Wat kun je doen als je te snel boos bent

Een help-oefenboek voor kinderen

👤 Dawn Huebner

ISBN 978 90 8560 555 3 | 96 PAGINA'S | € 19,50 | WWW.SWPBOOK.COM/1185



Wat kun je doen als je niet durft te gaan slapen

Een help-oefenboek voor kinderen

👤 Dawn Huebner

ISBN 978 90 8560 573 7 | 96 PAGINA'S | € 19,50 | WWW.SWPBOOK.COM/1282



Wat kun je doen als je gedachten vastloopt

Een help-oefenboek voor kinderen met OCS

👤 Dawn Huebner

ISBN 9789085605751 | 96 PAGINA'S | € 19,50 | WWW.SWPBOOK.COM/1284



Wat kun je doen als je je gewoontes wilt afleren

Een help-oefenboek voor kinderen

👤 Dawn Huebner

ISBN 9789085600640 | 72 PAGINA'S | € 19,50 | WWW.SWPBOOK.COM/2101



Wat kun je doen als je te veel piekert

Een help-oefenboek voor kinderen

👤 Dawn Huebner

ISBN 9789085605560 | 80 PAGINA'S | € 19,50 | WWW.SWPBOOK.COM/1192