

Autisme en anorexia bij volwassenen

RUTGER CLARIJS, ANNELIES SPEK

SAMENVATTING

Naar schatting heeft 25 procent van de vrouwen met anorexia nervosa ook een autismespectrumstoornis. Helaas is er nog weinig bekend over deze comorbide problematiek. In het onderhavige verkennende onderzoek zijn de dossiers geanalyseerd van 7 volwassenen met beide diagnoses. Op basis van de resultaten wordt geadviseerd om behandeling vooral te richten op de dagstructuur en de zingeving goed af te stemmen op de emotionele ontwikkeling van de cliënt en om de familie hierbij te betrekken.

SUMMARY

An estimated 25 percent of women with anorexia nervosa also has an autism spectrum disorder. Unfortunately, there is still little known about the combination of these two disorders. In the present, explorative study, the files of 7 adults with both diagnoses have been analyzed. Based on the results, it is advised to focus treatment on daily structure. To create a meaningful life, the emotional development of the client has to be taken into account as well as the family.

Wetenschappelijke studies laten zien dat bij ongeveer 25 procent van de vrouwen met anorexia nervosa ook sprake is van een autismespectrumstoornis (ASS) (Anckarsäter et al., 2011; Wentz, Gillberg, Anckarsäter, Gillberg, & Rastami, 2009). De diagnose ASS wordt bij vrouwen soms pas na de puberteit vastgesteld, zo blijkt uit de klinische praktijk. Vaak zijn er eerst andere diagnoses gesteld, zoals een persoonlijkheidsstoornis, Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Er zijn aanwijzingen dat de prognose van mensen met de combinatie van anorexia nervosa

en een autismespectrumstoornis relatief slecht is (Anckarsäter et al., 2011). Zo blijkt de aanwezigheid van een autismespectrumstoornis één van de belangrijkste voorspellers voor een chronisch beloop van de eetstoornis (Wentz, Gillberg, Anckarsäter, Gillberg, & Rastami, 2009). Dit doet vermoeden dat de gangbare behandelingen van anorexia nervosa onvoldoende aansluiten bij mensen waarbij ook sprake is van autisme. Tot op heden is nog niet onderzocht welke vorm van behandeling werkzaam is bij mensen met deze combinatie. Het onderhavige onderzoek is een eerste verkenning op dit gebied aan de hand van een kleine steekproef uit de klinische praktijk. Het doel is om de opgedane inzichten te delen met het werkveld en zo een bijdrage te leveren aan het creëren van een passend hulpaanbod voor cliënten met deze ingewikkelde problematiek. Als onderzoeksgroep is gekozen voor mensen met autisme en anorexia nervosa waarbij er sprake is van forse problematiek, omdat bij deze groep de handelingsverlegenheid doorgaans het grootst is.

METHODE

In Nederland kan bij zeer complexe problematiek worden doorverwezen naar het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Bij casussen die worden aangemeld gaat het om complexe zorgvragen waarbij het probleemgedrag leidt tot handelingsverlegenheid bij professionals en de kwaliteit van bestaan voor de cliënt ernstig en structureel is aangetast. In 2010 is het centrum gestart met het expertiseproject Anorexia en ASS. In de periode van 2010 tot 2014 hebben 26 casussen zich aangemeld. De inclusiecriteria van het onderhavige onderzoek waren: de aanwezigheid van autisme, (het vermoeden van) een normale begaafdheid en de aanwezigheid van anorexia nervosa. Zeven mensen uit de groep van 26 voldeden hieraan. Vervolgens zijn de dossiers per casus geanalyseerd met behulp van een model dat in een eerder CCE-expertiseproject (Jansen & Kingma-Thijssen, 2012) is ontwikkeld. Hierbij is gekeken naar de algemene kenmerken zoals man-vrouwverhouding en leeftijd. Daarnaast is de herkenning en beschrijving van het probleemgedrag in kaart gebracht, evenals de voorgeschiedenis van de cliënt, medische factoren en factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan of in stand houden van het probleemgedrag.

Deelnemers

Voor dit onderzoek is ervoor gekozen om niet te differentiëren binnen het autismespectrum, aangezien dit onderscheid in de DSM-5 niet meer wordt gehanteerd. De diagnose in het autismespectrum is bij de meeste participanten al gesteld voordat het traject bij het CCE aanving. Het is niet duidelijk welke diagnostische instrumenten hierbij zijn gebruikt, dit is een beperking van het huidige onderzoek. Tijdens het traject bij het CCE ontstond bij de participanten overigens geen twijfel over de eerder gestelde diagnose in het autismespectrum.

RESULTATEN

Zoals tabel 1 aangeeft bestaat de groep voornamelijk uit vrouwen. Bij alle participanten werd de diagnose in het autismespectrum in een latere leeftijdsfase vastgesteld, bijvoorbeeld rondom of na de puberteit. Verder is bij alle participanten sprake van comorbide problematiek

naast de ASS en de eetstoornis. Een depressieve stoornis komt bij meerdere participanten voor. De gemiddelde leeftijd van aanmelding bij het CCE is 26 jaar. De eetstoornis is bij de participanten dan al langere tijd aanwezig. Wat betreft de leefsituatie zien we dat vier van de participanten bij hun ouders wonen, het gaat hierbij om de jongste participanten qua leeftijd. Twee andere participanten verblijven in een GGZ-instelling en één woont zelfstandig. Het IQ van de participanten is overgenomen vanuit dossieronderzoek. In sommige gevallen is de precieze score niet bekend, maar is alleen weergegeven van welk niveau de intelligentie is.

Client	Geslacht	Leeftijd	IQ / hoogste opleiding	Leefsituatie	Dagbesteding	Comorbiditeit
A	Vrouw	34	Gemiddeld	Zelfstandig	Geen	Depressie
B	Vrouw	23	Hoogbegaafd	Bij ouders	Cluster 4 onderwijs	Pijnstoornis NAO
C	Vrouw	33	Gemiddeld	GGZ	Geen	ADHD Bipolair Persoonlijkheidsstoornis NAO Hypokaliaemie
D	Vrouw	22	Gemiddeld	Bij ouders	Universiteit	Depressie
F	Vrouw	24	Gemiddeld	Bij ouders	VWO	PTSS
G	Vrouw	26	Gemiddeld	GGZ	Geen	MCDD
H	Man	21	Gemiddeld	Bij ouders	Dagbesteding	Depressie Psychose

Tabel 1. Kenmerken participanten

Sociaal-emotionele ontwikkeling

Bij de participanten is, in een eerder stadium, de sociaal-emotionele ontwikkeling in kaart gebracht. Hierbij zijn instrumenten gebruikt zoals de Schaal voor emotionele ontwikkeling (SEO; Claes & Verduyn, 2012), de Experimentele schaal voor de beoordeling van het Sociaal Emotioneel Ontwikkelingsniveau (ESSEON; Hoekman, Miedema, Otten, & Gielen, 2007), de Sociaal emotionele vragenlijst (SEV; Scholte & Van der Ploeg, 2007) en de Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS; Sparrow & Cicchetti, 1984). Bij zes participanten is er sprake van een disharmonisch profiel. Het gaat in alle gevallen om een verschil tussen het cognitief functioneren en het emotioneel functioneren, ten gunste van het cognitief functioneren.

Zintuiglijke prikkelverwerking

Het dossieronderzoek geeft aan dat vier participanten (allen vrouw) duidelijke problemen hebben in de prikkelverwerking. Het gaat hierbij om zowel over- als ondergevoeligheid voor prikkels. Bij overgevoeligheid gaat het om geuren, visuele (niet kunnen autorijden door de

grote hoeveelheid visuele prikkels) en/of auditieve prikkels (last hebben van geluiden in het verkeer of in huis) en tactiele prikkels. Ondergevoeligheid wordt gerelateerd aan een hoge pijngrens, geen honger- of dorstgevoel ervaren en het missen van een verzadigingsgevoel.

Ingrijpende levensgebeurtenissen

Bij drie participanten komen ingrijpende gebeurtenissen in het levensverhaal aan de orde. Hierbij gaat het om ervaring met pesten of genegeerd worden, traumatische ervaringen die anderen in de directe omgeving zijn overkomen (zoals suïcide bij naasten) of zelf meegemaakte traumatische ervaringen zoals gedwongen voeding, fixatie of isolatie. Bij één participant kan op basis van traumatische ervaringen gesproken worden van een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

Hulpverlening in het verleden

Alle participanten hebben een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis voordat zij bij het CCE aangemeld werden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om betrokkenheid van een huisarts, Jeugdzorg, opnames in (Kinder)ziekenhuis, PAAZ, GGZ algemeen (WWA, RIBW) of GGZ specialistisch (waaronder eetstoornisklinieken).

Gezinssysteem

Zes participanten rapporteren een verstoring binnen het gezinssysteem. Hierbij wordt het volgende genoemd: voortdurende focus op eten in het gezin, strijd binnen het gezin, sociaal isolement van het gezin, in extreme zin meegaan met het (eet) patroon van cliënt, gezinsleden die elkaar “gevangen” houden in het patroon, andere kinderen die “slachtoffer” worden, een symbiotische relatie tussen één van de ouders en het kind, relatieproblemen tussen de ouders en financiële problemen (bijvoorbeeld doordat de cliënt bijzondere en dus dure ingrediënten afdwingt).

DISCUSSIE

De gevonden patronen uit de dossieranalyse zullen in deze paragraaf verder worden besproken. Hierbij zullen ook relevante klinische ervaringen vanuit het CCE worden meegenomen.

Algemene kenmerken

Man-vrouw verhouding

De groep participanten betrof vooral vrouwen. Dit sluit aan bij het gegeven dat anorexia nervosa vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen, en wel in een verhouding van ongeveer 1:4 (Bulik, Sullivan, Tozzi, Furberg, Lichtenstein, & Pedersen, 2006). Let wel, de man-vrouw verdeling bij mensen met autisme is met 4 à 5:1 echter ongeveer tegengesteld (Fombonne, Quirke, & Hagen, 2011). Op basis van de man-vrouw verdeling bij beide stoornissen, zou men wellicht verwachten dat de combinatie van beide ongeveer even vaak zou voorkomen bij mannen als bij vrouwen. Dit wordt echter niet bevestigd vanuit het onderhavige onderzoek. Dit kan betekenen dat vrouwen met autisme andersoortige

comorbide problemen ontwikkelen (zoals anorexia nervosa) dan mannen met autisme. Het kan echter ook zijn dat anorexia nervosa bij mannen met autisme minder ernstig is en/of beter behandelbaar, waardoor zij niet worden doorverwezen naar het CCE. Een andere mogelijke verklaring is dat bij mannen met een eetstoornis minder snel wordt gedacht aan autisme. Een zeer voor de hand liggende reden is dat de huidige steekproef wel erg klein is en nader onderzoek op dit gebied gewenst is.

Late diagnose

Vanuit de gegevens valt op dat de autismespectrumstoornis bij de meeste participanten pas relatief laat is vastgesteld. Dit kan mogelijk deels worden verklaard vanuit het feit dat autisme bij vrouwen gemiddeld genomen later worden gediagnosticeerd dan bij mannen (Lai et al., 2015). Het kan ook zijn dat de aanwezigheid van de eetstoornis ervoor heeft gezorgd dat de autistische kenmerken anders zijn gelabeld en er om die reden minder snel aan autisme werd gedacht. Zo laat zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek zien dat autistische gedragskenmerken en informatieverwerking vaak worden gezien als passend bij de eetstoornis, waardoor diagnostisch onderzoek naar autisme soms ten onrechte uitblijft (Spek, 2015a).

Comorbiditeit

Vanuit de onderzoeksgegevens valt op dat er bij alle participanten sprake is van comorbide stoornissen naast de anorexia nervosa en het autisme. In twee gevallen gaat het om een depressieve stoornis. Dit sluit aan bij eerder onderzoek, waaruit blijkt dat depressie als comorbide stoornis regelmatig voorkomt bij mensen met autisme, met name bij diegenen met een gemiddelde tot hoge intelligentie (Hofvander et al., 2009). Naast de depressieve stoornis worden ook andere comorbide stoornissen gezien. Wellicht is dit gerelateerd aan de populatie, die gekenmerkt wordt door forse problematiek. Het kan echter ook zijn dat de combinatie van autisme en anorexia nervosa vaker samengaat met het ontwikkelen van nog andere comorbide problematiek. Het is van belang om hier in de toekomst meer zicht op te krijgen, om een goede behandelinstek te kunnen kiezen.

Leefsituatie

Slechts één van de participanten woont zelfstandig, de anderen wonen thuis of verblijven in een instelling. Gezien de ernst van de problematiek en de leeftijd is dit wellicht niet verbazingwekkend. Vanuit de klinische ervaringen valt op dat meerdere cliënten aangeven de behoefte te hebben om de band met ouders wat losser te maken en te zoeken naar een passende eigen woonplek. In Nederland zijn er echter nauwelijks gespecialiseerde (woon) settings voor mensen met autisme en anorexia. Sommige zorgaanbieders binnen de Verstandelijk Gehandicaptensector bieden zorg die kan aansluiten bij deze groep. Het afgeven van een passende indicatie is dan vaak moeilijk omdat de begeleidingsbehoefte niet centraal staat bij de indicatiestelling, maar het cognitief functioneren. Doorgaans wordt wonen niet als behandeling gezien, terwijl uit klinische ervaring bij deze doelgroep blijkt dat in de woonsituatie geïntegreerde behandeling juist veel voordelen biedt. Zo kan in een woonsituatie op een natuurlijke wijze geoefend worden met vaardigheden in de actuele leefom-

geving. Dit bevordert de generalisatie naar de thuissituatie, iets wat bij mensen met autisme doorgaans niet vanzelf gaat.

Sociaal-emotionele ontwikkeling

Op het gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling is er bij het grootste deel van de participanten sprake van een relatieve achterstand in het emotionele functioneren. Dit kan zowel kenmerkend zijn voor de eetstoornis (Zonnevijlle-Bendek, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, 2002) als voor de ASS (Hobson, 2014). Het is de vraag of de combinatie van deze twee stoornissen leidt tot een nog grotere beperking in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Als dit het geval is dan heeft dit extra aandacht binnen de behandeling, zodat deze groep niet overvraagd wordt.

In de klinische praktijk wordt een achterstand in het emotionele functioneren vaak uitgelegd als een verschil in het kunnen en het aankunnen. Vaak hebben deze mensen moeite om eigen verantwoordelijkheid te nemen, autonoom te handelen en zelf regie te nemen in de behandeling. Hulpverlening is echter vaak juist gericht op het vergroten van de autonomie. Bij de participanten in de huidige studie bleek uit de klinische praktijk dat een te groot of te snel appel op eigen verantwoordelijkheid gemakkelijk leidde tot overschatting en daarmee een oorzaak kon zijn van een terugval. De participanten gaven aan veel behoefte te hebben aan begeleiding en ondersteuning in het gewone leven van alledag. Niet om zaken over te nemen, maar wel om te ondersteunen bij het zelf vormgeven van het leven. Bij een dergelijke benadering wordt de cliënt gevraagd een aandeel te leveren dat in die situatie bij hem of haar past, maar waarbij hij/zij niet overvraagd wordt. Dit aandeel kan per situatie, maar ook per dag variëren. Dat vraagt om een continue inschatting van wat op dat moment haalbaar is. Ook waren er goede ervaringen met een individueel en gekaderd dagprogramma met visuele ondersteuning, werken met *social scripts* (het aanleren van communicatieregels en omgangsvormen) of taakmodules (een taak opsplitsen in deelstappen met een vaste volgorde). In het algemeen bleek het van belang dat de behandeling aangepast werd op het emotionele niveau van functioneren. De ervaring van de participanten leert ook dat het belangrijk is om het leven van alledag eerst op orde te brengen, door middel van een duidelijke dagstructuur, voordat gewerkt kan worden aan hervatten van studie of werk.

Zintuiglijke prikkelverwerking

In de DSM-5 is over- en ondergevoeligheid voor prikkels opgenomen als nieuw criterium van ASS (American Psychiatric Association, 2014), vallend onder de criteriumgroep 'beperkt, stereotiep gedrag'. De toevoeging van dit criterium sluit aan bij de lijdensdruk die vaak op dit gebied wordt gerapporteerd (Spek, 2015b).

Bij vier participanten is sprake van sensorische over- en/of ondergevoeligheid. Het feit dat bijzonderheden in de sensorische prikkelverwerking bij relatief veel participanten voorkomen kan gerelateerd zijn aan het hoge aantal vrouwen. Onderzoek heeft namelijk uitgewezen dat vrouwen met autisme aanzienlijk meer last hebben van sensorische prikkels dan mannen met autisme (Lai et al., 2011). Zowel de over- als ondergevoeligheid kan grote gevolgen hebben voor de omgang met eten en voor de behandeling van de eetstoornis. Als de overgevoeligheid voor smaak, textuur of geur

van eten al het gehele leven aanwezig is, dan is het essentieel om hiermee rekening te houden. Als iemand met autisme en anorexia nervosa bijvoorbeeld altijd moeite heeft gehad met de textuur van brood, dan is het belangrijk om bij het opbouwen van het dieet niet in te zetten op het eten van brood, maar te zoeken naar voedingsmiddelen die wel aansluiten bij de prikkelverwerking. Overgevoeligheid voor prikkels kan zich ook uiten in gevoeligheid voor geluiden. Hierdoor kunnen groepsgerichte behandelingen en gezamenlijke (eet)momenten erg belastend zijn. Een individuele behandeling lijkt dan ook voor de meeste participanten beter aan te sluiten.

Wat betreft de ondergevoeligheid kan gedacht worden aan het niet voelen van een honger- of dorstprikkel. Als deze prikkel altijd afwezig is geweest, dan is het de vraag of dit veranderbaar is. De klinische praktijk leert dat het plannen van een gezond dieet beter aansluit dan therapie om honger of dorst te leren aanvoelen.

Ingrijpende levensgebeurtenissen

De helft van de participanten in het huidige onderzoek heeft één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, waaronder gepest worden. Het is de vraag of dit meer is dan gemiddeld bij mensen met autisme. Vooral pestervaringen blijken veel voor te komen. Zo wordt in een recente studie ingeschat dat ongeveer 46% van de adolescenten met autisme slachtoffer is van pesten (Sterzing, Shattuck, Narendorf, Wagner, & Cooper, 2012). We weten overigens niet of de traumatische ervaringen bij mensen met autisme en anorexia nervosa afwijkend zijn qua soort of ernst van de ervaring. Dit zou nog nader in kaart gebracht kunnen worden.

Hulpverlening in het verleden

Gezien de setting (CCE) is het niet vreemd dat de participanten een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis hebben. De meeste van hen hebben ook een opname in een eetstoorniskliniek achter de rug. Bij de participanten lijkt een primaire insteek gericht op de eetstoornis bij deze participanten niet te hebben geholpen. Vooral onduidelijkheid, overschatting en overvraging leken voor problemen te zorgen. Bij enkele participanten leek het (niet) eten een preoccupatie te zijn geworden. De klinische ervaring leert dat een preoccupatie bij mensen met autisme juist wordt versterkt wanneer de aandacht erop is gericht. Dit maakt een behandeling gericht op het eetpatroon en de achterliggende gedachten wellicht juist gecontraïndiceerd. Het begeleiden naar (gedeeltelijke) zelfstandigheid en het vinden van een bevredigende daginvulling sluit dan beter aan. Dit leidt de aandacht namelijk af van de preoccupatie en het komt tegemoet aan de behoefte aan duidelijkheid en structuur in de daginvulling.

Gezinssysteem

Bij de meeste participanten is er sprake van een verstoring binnen het gezinssysteem. Het is overigens niet duidelijk of dit het gevolg is van de eetstoornis of wellicht één van de oorzaken. De praktijk laat zien dat ouders het vaak moeilijk vinden om in de ouderrol te blijven. Vaak nemen zij een deel van de hulpverlening op zich, soms tegen wil en dank. Sommige ouders proberen te compenseren voor hetgeen de hulpverlening (in hun ogen)

laat liggen. Ze bieden vooral ondersteuning in de thuissituatie. In enkele gevallen blijken ouders behoefte te hebben aan een eigen hulptraject, maar komt dit moeilijk op gang.

In de hulpverlening zijn doorgaans verschillende partijen betrokken, zoals een psychiater, arts, sociotherapeuten, school en ambulante werkers. Dit vraagt van alle professionals, maar ook van ouders en cliënten zelf, dat er veel aandacht besteed wordt aan een goede communicatie en voortdurende afstemming van de hulpverleningsstrategie. Het lijkt van groot belang dat er één herkenbare hulpverleningsstrategie is, waar iedere betrokkene zich aan conformeert. Het is opvallend hoe gemakkelijk er in de communicatie ruis kan ontstaan en hoe snel dit leidt tot stress bij cliënten en ouders. Dit lijkt versterkt aanwezig als er bij een van de ouders ook sprake is van autisme. De ervaring laat zien dat het een positief effect heeft op de behandeling als een van de professionals een coördinerende taak op zich neemt en zorgt dat alle betrokken met elkaar in gesprek blijven.

CONCLUSIE

Autisme en anorexia is een combinatie van stoornissen die sterk is onderbelicht. In de behandeling ligt het accent vaak op de eetstoornis. Het is echter de vraag of de behandeling aansluit bij de mensen waarbij sprake is van forse, meervoudige problematiek. De huidige bevindingen laten zien dat een individuele benadering gericht op zelfstandigheid, dag-invulling en zingeving wellicht het meest passend is. Dit bevordert ook de generalisatie van aangeleerde vaardigheden naar de dagelijkse praktijk. Eerder lijkt het van belang om adequaat aan te sluiten bij de sociaal-emotionele ontwikkeling, om te voorkomen dat de cliënt wordt overvraagd. Ten slotte is er behoefte aan gespecialiseerde woonvormen voor cliënten met autisme en anorexia. Hierbij is flexibiliteit vanuit indicatiestelling en financieringsstromen van groot belang, evenals samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten. Om adequate zorg te kunnen bieden aan mensen met deze problematiek is het vergroten en onderhouden van de deskundigheid van de (ervaring)professionals in het werkveld een belangrijk punt. Een beperking van de huidige studie is de kleine onderzoeksgroep, het gaat dan ook om een verkennend onderzoek waaraan geen definitieve conclusies ontleend kunnen worden. Het is van belang om verder onderzoek te verrichten naar de combinatie van autisme en anorexia, aan de hand van een grotere onderzoeksgroep. Met name het ontwikkelen van gerichte interventies heeft daarbij prioriteit.

Auteursgegevens

Rutger Clarijs, coördinator CCE, Tielweg 6c, Gouda. E-mail: rutgerclarijs@cce.nl

Annelies Spek, Hoofd Autisme Expertisecentrum, Goyergracht Zuid 39, Eemnes.

E-mail: info@autismeexpertise.nl

Referenties

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

- Anckarsäter, H., Horfuander, B., Billstedt, E., Gillberg, I.C., Gillberg, C., Wentz, E., et al. (2011). The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa: autism spectrum disorders and neurocognition in a community based longitudinal study. *Psychological Medicine*, 20, 1-11.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N.L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Claes, L. & Verduyn, A. (2012). *SEO-R- Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking-Revised*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Fombonne, E., Quirke S., & Hagen A. (2011) Epidemiology of pervasive developmental disorders. In D.G. Amaral, G. Dawson, & D.E. Geschwind (eds), *Autism spectrum disorders* (pp. 90-111). New York, NY: Oxford University Press.
- Hobson, P. (2014). Autism and emotion. In P.R. Volkmar, S.J. Rogers, R. Paul, & K.A. Pelphrey (eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 2 volume set (4th ed.)*, (pp. 332-353). Wiley.
- Hoekman, J., Miedema, A., Otten, B., & Gielen, J. (2007). *Experimentele Schaal voor de beoordeling van het Sociaal-Emotionele Ontwikkelingsniveau. Handleiding en verantwoording*. Leiden: PITS.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, E., et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 1-35.
- Jansen, A. & Kingma-Thijssen, J. (2012). *Zoeken naar somatische verklaringen voor probleemgedrag*. Utrecht: CCE.
- Lai, M., Lombardo, M.V., Pasco, G., Ruigrok, A.N.V., Wheelwright, S., Sadek, S.A., et al. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLOS ONE*, 6, e20835. doi: 10.1371/journal.pone.0020835
- Lai, M., Baron-Cohen, S., & Buxbaum, J.D. (2015). Understanding autism in the light of sex/gender. *Molecular Autism*, 6, 24. doi: 10.1186/s13229-015-0021-4
- Scholte, E.M. & van der Ploeg, J.D. (2007). *Handleiding Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984) *Vineland Adaptive Behavior Scales*. American Guidance Service: Circle Pines.
- Spek, A.A. (2015a). Eetproblemen bij mensen met een autismespectrumstoornis zonder intellectuele beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 749-756.
- Spek, A.A. (2015b). Diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 63-68.
- Sterzing, P.R., Shattuck, P.T., Narendorf, S.C., Wagner, M., & Cooper, B.P. (2012). Bullying involvement and autism spectrum disorders. Prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 166, 1058-1064.
- Wentz, E., Gillberg, C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Rastam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *British Journal of Psychiatry*, 194, 168-174.
- Zonnevillage-Bendek, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.