Depressie in de context van autisme: uitdagingen en autismesensitieve behandeling

K. Xu, C.M. Span, L. Boland, D.E.M. Geurts, H.G. Ruhé, J.R. Zinkstok

Achtergrond Bij (jong)volwassenen met een autismespectrumstoornis komen frequent comorbide depressieve stoornissen voor, die geregeld gepaard gaan met een verhoogd risico op suïcidaliteit. Behandeling van depressie in de context van autisme kan extra complex zijn.

Doel Bespreken van de klinische relevantie van deze comorbiditeit en de aandachtspunten voor een autismesensitieve behandeling.

Methode Aan de hand van een casus van een jongvolwassene met autisme en depressie bespreken wij de aandachtspunten wat betreft klinische presentatie en, op basis van recente literatuur, behandelmogelijkheden, gevolgd door een derde aspect dat erg belangrijk is: de communicatie met mensen met autisme (en een depressie).

Resultaten Het belang van richtlijnconforme depressiebehandeling, ook bij autisme, stellen we in dit artikel niet ter discussie. Wij zijn echter van mening dat er essentiële autismesensitieve aanpassingen in zowel interventies als communicatie gewenst zijn, waarvoor ten minste enige evidentie en/of klinische ervaring bestaat.

Conclusie Een geïntegreerde benadering die hiermee rekening houdt, kan significant bijdragen aan herstel bij (jong)volwassenen met autisme en depressie.

Autismespectrumstoornis (ASS, hierna autisme genoemd) is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die voorkomt bij ongeveer 1% van de bevolking.[1] Autisme wordt gekenmerkt door beperkingen in sociale communicatie en interactie, evenals beperkte, repetitieve gedragingen en interesses. Depressieve stoornissen behoren tot de meest voorkomende vorm van comorbiditeit bij autisme, met een geschatte *lifetime*prevalentie van 15-20%, wat tot viermaal hoger is dan bij personen zonder autisme.[2,3]
In dit artikel beschrijven wij een jongvolwassene met autisme en een depressieve stoornis en bespreken we de relevante literatuur over de klinische presentatie, behandelstrategieën en aandachtspunten in de communicatie. Het doel van ons artikel is het belang van stoornisspecifieke richtlijnen te benadrukken (ook voor mensen met autisme) en handvatten te bieden voor autismespecifieke aspecten van de behandeling.
Hoewel we erkennen dat er diverse voorkeuren in taalgebruik rond autisme zijn, gebruiken we persoonsgerichte taal ('persoon met autisme') i.p.v. identiteitsgerichte taal (autistische persoon).[4] Bij verwijzing naar mensen met autisme en depressie gebruiken we tevens de term 'patiënt', omdat dit in de klinische psychiatrie een gebruikelijke term is voor iemand in een formele behandelrelatie.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 24-jarige vrouw, werd verwezen naar onze polikliniek voor ontwikkelingsstoornissen vanwege een vermoeden van autisme. Ze werd verwezen door haar behandelend psycholoog in de eerstelijns-ggz, waar zij ondersteunende en structurerende begeleiding kreeg.

Voorgeschiedenis

Patiënte had recidiverende depressieve episoden en angstklachten, waarvoor zij sinds haar 17de meerdere behandelingen in de gespecialiseerde ggz kreeg. Behandelingen betroffen cognitieve gedragstherapie (CGT), meerdere klinische opnames in verband met angstklachten en cluster C-persoonlijkheidsproblematiek en langdurige psychotherapie, waaronder klinische groepsschematherapie. Medicamenteus werden verschillende middelen geprobeerd, waaronder

citalopram, fluoxetine, venlafaxine en clomipramine, zonder blijvend klinisch effect.

Intake en diagnostiek

Ten tijde van de intake rapporteerde patiënte een sombere stemming, verminderde eetlust, aanhoudende vermoeidheid en passieve suïcidaliteit. Ze was recent gestopt met haar universitaire masteropleiding na voortijdige beëindiging van een stage, vanwege klachten van overprikkeling en sociale overvraging. Dit leidde tot verlies van perspectief. Op sociaal gebied had zij beperkt contact met enkele bekenden en ervoer zij moeite met het onderhouden van relaties. Patiënte beschreef al van jongs af aan een gevoel van 'anders zijn', evenals een duidelijke voorkeur voor voorspelbaarheid, vaste routines en sensorische overgevoeligheid (geluid, aanraking en voedselstructuren). Bij psychiatrisch onderzoek zagen wij een gespannen, emotionele jonge vrouw met beperkte wederkerigheid in het contact. Zij maakte weinig oogcontact, had een sombere stemming met een stemmingscongruent affect.
Op basis van biografische anamnese, ontwikkelingsanamnese met ouders en een semigestructureerd interview middels het *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* werd de classificatie autisme gesteld.[5] Tevens werd een persisterende depressieve stoornis met actuele depressieve episode vastgesteld. Eerdere klachten zoals vermijding van sociaal contact en rigide denkpatronen, die beschouwd werden als indicatief voor een cluster C-persoonlijkheidsstoornis, werden herbeoordeeld als passend bij autisme.

Behandeling en beloop

Er werd een geïntegreerde behandeling gestart, gericht op autisme en depressie. Patiënte kreeg psycho-educatie over autisme en volgde een individueel psychotherapeutisch traject. Achtereenvolgens werden CGT voor depressie, inclusief gedragsactivatie, *acceptance and commitment therapy* en *mindfulness-based* cognitieve therapie ingezet. Parallel werd vaktherapie ingezet, evenals autismecoaching en trajectbegeleiding vanuit de WMO. Ondanks deze interventies bleef het verbeteren van dagstructuur en activiteitenniveau erg lastig en persisteerde een sombere stemming met anhedonie.
Farmacologisch werd venlafaxine verhoogd tot 225 mg, met vervolgens augmentatie door aripiprazol 5 mg. Bij gebrek aan respons werd patiënte aangemeld voor intranasale esketaminebehandeling. In de daaropvolgende maanden trad een duidelijke verbetering van het depressieve toestandsbeeld op. De score op de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* daalde van 29 bij aanvang tot 5 na behandeling, waarbij een score lager dan 9 wijst op remissie.[6] De esketaminebehandeling werd na goed effect en na een afbouwperiode gestaakt.
Bij het laatste follow-upcontact gaf patiënte aan tevreden te zijn over het traject. De depressie was in remissie. Zij had opnieuw sociale contacten opgebouwd, was een partnerrelatie aangegaan en was actief op zoek naar werk op haar opleidingsniveau.

BESPREKING

Klinische presentatie

De presentatie van een depressieve stoornis bij mensen met autisme wijkt regelmatig af van het klassieke beeld. Naast kernsymptomen als een sombere stemming, verminderde interesse en energieverlies, worden bij deze groep vaak toegenomen prikkelbaarheid, sociaal terugtrekgedrag en een toename van autistische kenmerken gezien tijdens depressieve episoden.[7] Risicofactoren voor het ontstaan van depressie zijn onder meer de fase van de vroegvolwassenheid, waarin de druk om zelfstandig te functioneren en volwassen sociale rollen te vervullen toeneemt.[8] Daarnaast kan een hoger cognitief niveau eveneens een risicofactor vormen. Een groter zelfbewustzijn, in combinatie met hogere verwachtingen van sociale interacties, kan bij deze groep vaker leiden tot gevoelens van teleurstelling en sociale afwijzing.[8]
Verder vormen het camoufleren van autistische kenmerken en eerdere negatieve ervaringen, zoals pesten of langdurige eenzaamheid, aanvullende risicofactoren voor de ontwikkeling van depressie.[9-11] Depressie bij mensen met autisme gaat in de vroege volwassenheid gepaard met een aanzienlijk verhoogd suïciderisico.[12] Tegelijkertijd is vroege herkenning van autisme geassocieerd met minder depressieve symptomen en minder zelfbeschadigend gedrag.[13]

Behandelopties volgens richtlijn Depressie

De huidige richtlijn Depressie bevat een module over comorbiditeit waarin wordt aanbevolen patiënten met een depressie en comorbide autisme vanuit een geïntegreerde visie en in afstemming met de patiënt te behandelen.[14] De richtlijn stelt dat er weinig wetenschappelijk bewijs beschikbaar is dat autisme de effectiviteit van depressiebehandelingen beïnvloedt. Specifiek bewijs over de werkzaamheid van deze behandelingen bij depressie in combinatie met autisme is eveneens beperkt.
Er is enig bewijs voor CGT en met name de derde generatie CGT in de vorm van mindfulness-based cognitieve therapie, hoewel deze adviezen grotendeels zijn gebaseerd op één systematische review.[15]

Aanvulling op richtlijn Depressie

Middels een literatuursearch trachtten wij de meer recente literatuur over behandeling van depressie bij mensen met autisme in kaart te brengen, aanvullend op de richtlijn. Via PubMed verzamelden wij artikelen die sinds 2023 zijn gepubliceerd (zoektermen: Autism Spectrum Disorder[MeSH] AND Depression[MeSH] OR Depressive Disorder[MeSH]). Gerelateerde artikelen,

evenals publicaties waarin de in de richtlijn opgenomen studies worden geciteerd, namen we ook mee.

Psychologische behandeling

Recente literatuur benadrukt het belang van autisme-specifieke aanpassingen binnen psychotherapeutische interventies. Psycho-educatie, onder andere gericht op het bevorderen van gezonde relaties, blijkt een waardevolle eerste stap.[16] Een recente review toont aan dat CGT een klein, maar significant effect heeft op depressieve symptomen bij mensen met autisme, mits deze wordt aangepast aan de doelgroep.[17] Essentiële aanpassingen zijn onder andere het gebruik van visuele hulpmiddelen, concreet taalgebruik en ondersteuning bij emotionele geletterdheid en executieve functies. De focus van CGT bij comorbide depressie en autisme ligt vaak op emotieregulatie en zelfbeeld, factoren die eerder al zijn genoemd als beïnvloedend bij depressie in het kader van autisme.

Belangrijke aandachtspunten blijven de beperkte ervaring van sommige therapeuten met autisme, wat de toepasbaarheid van CGT in de praktijk kan belemmeren en het risico dat reële ervaringen, zoals niet-passende sensorische omgevingen, trauma en minderheidsstressoren, worden geduid als disfunctionele cognities.[18,19] Daarnaast toont onderzoek naar gedragsactivatie gunstige effecten, mits er voldoende aandacht is voor structuur, autismesensitieve communicatie en activiteiten die aansluiten bij de behoeften van mensen met autisme.[20,21] Mindfulness-based interventies lijken volgens een recente review het meeste bewijs te hebben, met twaalf geïncludeerde studies, vooral wanneer deze interventies zijn aangepast aan de sensorische en cognitieve kenmerken van autisme.[22] Er wordt vaak gewerkt met *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), een aanpak die een vaste structuur en opbouw biedt. Dit sluit goed aan bij de behoefte aan voorspelbaarheid bij mensen met autisme. Bij diverse interventies voor volwassenen gebruikte men een verkorte MBSR-variant met kortere sessies en minder huiswerk (10-15 minuten per dag) om de belasting te verlagen.

Andere intensieve therapievormen, zoals dialectische gedragstherapie, laten in eerste studies positieve effecten zien op stemming en suïcidaliteit, terwijl schematherapie mogelijk bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van leven bij mensen met autisme, hoewel het effect op depressieve symptomen nog nader onderzocht moet worden.[23,24]

Naast deze specifieke psychotherapeutische interventies kan de inzet van ervaringsdeskundigheid een waardevolle aanvulling op de behandeling vormen.[25]

Samenvattend: deze bevindingen vormen een aanvulling op de aanbevelingen uit de huidige richtlijn Depressie. Ze ondersteunen met name het potentiële effect van psycho-educatie, aangepaste CGT en mindfulness-based interventies bij deze doelgroep, terwijl andere behandelvormen nog minder goed onderzocht zijn.

Farmacologische behandeling

Er zijn tot op heden geen RCT's gepubliceerd over medicamenteuze behandeling van depressie bij mensen met autisme. De bestaande literatuur suggereert dat mensen met autisme mogelijk gevoeliger zijn voor bijwerkingen van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), zoals rusteloosheid, impulsiviteit en toename van repetitief gedrag.[26] Om deze reden adviseert men in een recente publicatie om de stap naar SSRI's zo mogelijk over te slaan en in plaats daarvan te starten met middelen als duloxetine, mirtazapine, bupropion of vortioxetine.[27] SSRI's worden hierin als tweede keus genoemd. Daarnaast benadrukt men in het artikel dat antidepressiva dienen te worden voorgeschreven met zorgvuldige monitoring van effect, gedrag en ervaren bijwerkingen, en met voortdurende afstemming op de individuele patiënt. Dit is met name van belang bij mensen met autisme, omdat verschillen in communicatiestijl het herkennen en rapporteren van bijwerkingen kunnen bemoeilijken en deze zich vaker uiten in gedragsveranderingen. Hierbij kan worden gedacht aan wekelijkse contactmomenten gedurende de eerste maand van gebruik. Dit biedt de mogelijkheid om tijdig bij te sturen en, indien nodig, het antidepressivum geleidelijk op te bouwen zonder onnodig tijd te verliezen met subtherapeutische doseringen.

Naast conventionele antidepressiva worden ook andere biologische behandelopties onderzocht, die reeds in de richtlijn Depressie zijn opgenomen, maar nog weinig zijn onderzocht bij mensen met autisme en depressie. In een kleine openlabelstudie met 10 deelnemers rapporteerde men positieve effecten van *theta burst*-transcraniële magnetische stimulatie (TMS) bij mensen met autisme en depressie.[28] Daarnaast beschrijft men in één casereport het gebruik van intranasale ketamine, maar overtuigend bewijs voor de effectiviteit ontbreekt vooralsnog.[29]

Gezien de beperkte beschikbare evidentie blijft het vooralsnog aangewezen om bij depressie bij mensen met autisme de geldende richtlijn Depressie als uitgangspunt te hanteren, met SSRI's als eerstekeusbehandeling en toepassing van vervolgstappen conform de richtlijn. De in recente literatuur voorgestelde alternatieven, zoals duloxetine, mirtazapine, bupropion of vortioxetine, kunnen daarbij worden overwogen als tweede stap, hetgeen grotendeels overeenkomt met de vervolgstappen in de huidige richtlijn Depressie.[27] Onafhankelijk van de gekozen behandelstrategie is extra aandacht voor zorgvuldige monitoring van effect, gedrag en bijwerkingen aangewezen.

COMMUNICATIE

Naast presentatie en behandeling vraagt ook de wederzijdse communicatie met patiënten met autisme en depressie speciale aandacht. Een autismesensitieve communicatiestijl is daarbij essentieel. Dit is juist van

Tabel 1. Autismesensitieve communicatie bij autisme en depressie: aandachtspunten vóór, tijdens en na het consult

Fase	Aandachtspunten voor behandelaar
Vóór de afspraak	Plan voldoende tijd en bied de patiënt de mogelijkheid iemand mee te nemen. Bespreek vooraf doel en agenda en beperk het aantal thema's. Streef naar continuïteit in behandelaar, tijd en plaats. Kies een rustige, prikkelarme setting en houd rekening met sensorische voorkeuren en gevoeligheden.
Tijdens de afspraak	Ga uit van een basishouding met aandacht voor veiligheid, validatie, autonomie, niet-stigmatiserende taal en sterke kanten van de patiënt. Stel één vraag tegelijk, formuleer eenduidig en geef tijd voor antwoord. Geef duidelijke, concrete informatie die aansluit bij detailgerichte informatieverwerking. Gebruik woorden en eventueel visuele ondersteuning, vertrouw niet uitsluitend op lichaamstaal. Vraag gericht door en controleer of behandelaar en patiënt elkaar goed hebben begrepen. Pauzeer bij een denk- of doe-blokkade, of rond het gesprek af en plan samen een vervolgafspraak.
Na de afspraak	Geef informatie schriftelijk mee, stuur een korte samenvatting per e-mail, verwijs zo nodig naar een website. Help vervolgstappen concretiseren en ondersteun bij het expliciet maken van hoofd- en bijzaken.

belang omdat jonge volwassenen met autisme niet altijd voldoende vertrouwen en ruimte ervaren om psychische klachten met professionals te bespreken.[30] Ook kunnen factoren zoals trauma, maskeren, minderheidsstress of eerdere negatieve ervaringen in de zorg invloed hebben op het contact.[31-33]
Dit vraagt in de basis om het opbouwen van een therapeutische relatie en veiligheid, met aandacht voor validatie, autonomie, niet-stigmatiserend taalgebruik en het onderzoeken en waarderen van sterke kanten van de patiënt.[34] Vanuit deze basishouding kan de behandelaar vervolgens afstemmen op de behoeften van de patiënt, met aandacht voor de manier waarop mensen met autisme informatie verwerken. In het volgende overzicht bespreken we vier aspecten hiervan, met concrete aandachtspunten voor de behandeling. De aandachtspunten vóór, tijdens en na het consult vatten we samen in **tabel 1**.

Filteren en integreren van informatie

Centrale coherentie is een cognitief verklaringsmodel dat beschrijft dat mensen met autisme informatie vaak detailgericht verwerken, wat in bepaalde contexten kan samengaan met fragmentatie of verlies van overzicht.[35] Hierdoor kunnen details die voor de behandelaar niet direct relevant lijken veel aandacht vragen, kunnen letterlijke interpretaties ontstaan en kan veel gelijktijdige informatie overbelasting geven. Dit betekent in de praktijk dat mensen met autisme vaak baat hebben bij extra verwerkingstijd en ondersteuning bij het creëren van overzicht in een gesprek.
Voor de behandelaar vraagt dit om een rustige en geduldige houding, het plannen van voldoende tijd en het uitnodigen van de patiënt om iemand mee te nemen naar het gesprek. Daarnaast helpt het om informatie op papier mee te geven, een samenvatting van het gesprek na afloop te mailen, te verwijzen naar een website of de mogelijkheid te bieden om het gesprek op te nemen. Vragen dienen eenduidig en concreet gesteld te worden. Bij herhaling helpt het om zo veel mogelijk dezelfde bewoording te gebruiken. Het helpt om één vraag tegelijk te stellen en rustig te wachten op een reactie. Tot slot is het belangrijk gedetailleerde en concrete informatie te geven die aansluit bij de manier van informatieverwerking van mensen met autisme.

Sociale interactie en communicatie

Theory of mind en de in 2012 door Milton beschreven 'dubbele-empathietheorie' zijn cognitieve verklaringsmodellen die benadrukken dat communicatieproblemen tussen mensen met en zonder autisme ontstaan door verschillen in het toeschrijven en begrijpen van gevoelens, intenties en gedachten van zichzelf en anderen.[35,36] Deze verschillen in communicatiestijl kunnen daardoor gemakkelijk tot misverstanden leiden. In de praktijk betekent dit dat men impliciete verwachtingen, non-verbale signalen en de relevantie van informatie expliciet moet maken. Voor behandelaars is het daarom belangrijk om doelgericht en concreet te bespreken wat ze bedoelen, woorden of visuele hulpmiddelen te gebruiken in plaats van lichaamstaal, duidelijk te formuleren wat ze wél verwachten en zo nodig expliciet uitleg te geven over eigen gevoelens of gedachten. Daarnaast is het essentieel om gericht door te vragen en steeds te controleren of behandelaar en patiënt elkaar goed hebben begrepen.

Flexibiliteit in denken en handelen

De controlefunctie van de executieve functies, die het denken en handelen aanstuurt, werkt bij mensen met autisme vaak anders.[35] Daarbij gaat het vooral om verschillen in cognitieve flexibiliteit: schakelen, aandacht verleggen, starten, stoppen en plannen van activiteiten kunnen meer energie of expliciete ondersteuning vragen. Bij comorbide depressie kan deze

belasting toenemen. Dit kan zich uiten in moeite met schakelen tussen activiteiten of gespreksonderwerpen, vastzitten in negatieve gedachtepatronen, een sterke voorkeur voor routines, behoefte aan voorspelbaarheid bij veranderingen in persoon, tijd of plaats en behoefte aan ondersteuning bij het onderscheiden van hoofd- en bijzaken.
Voor de behandelaar betekent dit dat het belangrijk is om vanaf het begin duidelijkheid te geven over het doel van het gesprek door een agenda samen met de patiënt op te stellen, het aantal thema's per consult te beperken en ruimte te laten voor schakeltijd. Daarnaast is het wenselijk om zo veel mogelijk dezelfde persoon, tijd en plaats aan te houden, begrip en ondersteuning te bieden bij veranderingen, en te helpen bij het concreet maken van vervolgstappen en bij het onderscheiden van hoofdpunten versus bijzaken.

Zintuiglijke prikkelverwerking

Prikkelverwerking kan bij mensen met autisme anders verlopen, met zowel over- als ondergevoeligheid voor sensorische prikkels (licht, geluid, geur, tast en smaak) en interne prikkels (honger, pijn, vermoeidheid en temperatuur). Hierdoor kan het herkennen of benoemen van lichamelijke signalen (zoals spanning en angst) extra inspanning vragen. Overprikkeling kan leiden tot verhoogde stress en denk-doe-blokkades: het tijdelijk niet meer kunnen beantwoorden van vragen of uitvoeren van handelingen.
Daarom is het belangrijk om vooraf te inventariseren welke prikkels belastend zijn of juist helpen (bijvoorbeeld door licht te dempen) en het gesprek in een rustige, prikkelarme omgeving te voeren. Houd rekening met de mogelijkheid dat de patiënt prikkels anders interpreteert, beperk de duur van het gesprek en neem zo nodig pauzes. Bij blijvende blokkades is het beter het gesprek af te ronden en een vervolgafspraak te maken.

CONCLUSIE

Bij comorbiditeit van autisme en depressie is het belangrijk rekening te houden met de wijze van presentatie, de beschikbare behandelopties en de noodzaak tot autismesensitieve communicatie en afstemming. De richtlijn Depressie blijft het uitgangspunt, maar onze bevindingen onderstrepen enkele aandachtspunten. CGT en mindfulness-based interventies verdienen de voorkeur bij de psychologische behandeling van autisme en depressie. Farmacotherapeutisch is proactieve monitoring aangewezen en kan men als tweede stap middelen zoals duloxetine, mirtazapine, bupropion of vortioxetine overwegen. Van belang is daarnaast een autismesensitieve benadering, met aandacht voor informatieverwerking, sociale interactie, cognitieve flexibiliteit en prikkelverwerking. De beschreven casus illustreert dat een dergelijke geïntegreerde aanpak haalbaar is en kan bijdragen aan klinisch herstel.

LITERATUUR

1 Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, e.a. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res 2022; 15: 778-90.
2 Lord C, Brugha TS, Charman T, e.a. Autism spectrum disorder. Nat Rev Dis Primers 2020; 6: 5.
3 Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analysis. J Abnorm Child Psychol 2019; 47: 165-75.
4 Arnhart C, Neale M, Collins C, e.a. The use of person-centered language in scientific research articles focused on autism. J Dev Behav Pediatr 2022; 43: 63-70.
5 Vuijk R. Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA). Handleiding en Interview (3de, geh. herz. druk). AutismeSpectrumNederland en Sarr Autisme Rotterdam; 2023. https://autismespectrumnederland.nl/nida/
6 Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382-9.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Kai Xu, arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.
Anouk Span, verpleegkundig specialist GGZ, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.
Latha Boland, psychotherapeut en GZ-psycholoog, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.
Dirk Geurts, psychiater, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen; Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour.
Eric Ruhé, psychiater en hoogleraar Moeilijk behandelbare Depressie, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen; Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour.
Janneke Zinkstok, (kinder)psychiater en universitair hoofddocent, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen; Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour; en Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie Nijmegen.

Correspondentie
K. Xu (kai.xu@radboudumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-7-2026.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2026;68(09):532-536