



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Sociale-vaardigheidstraining bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis

Jenneke Hoekzema-Kruidhof*

Samenvatting

Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis ervaren problemen in sociale situaties. Een sociale-vaardigheidstraining is een belangrijke interventie bij deze doelgroep. Het kan kinderen helpen om sociale situaties beter te begrijpen en hun vaardigheden in deze situaties uit te breiden. In dit artikel beschrijven we hoe van een bestaande trainingsmethode voor sociaal-angstige kinderen bruikbaar werd gemaakt voor kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. De aard en ernst van hun problematiek maken deze aanpassingen noodzakelijk. Achtereenvolgens bespreken we hoe de therapeuten bepalen of deelname aan de training voor een kind is aangewezen (de indicatiestelling), hoe de groep wordt samengesteld en welke veranderingen de zittingen inhoudelijk hebben ondergaan. Verder komt aan de orde op welke manier de ouders en de school bij de training worden betrokken. Vervolgens presenteren we voorlopige resultaten van deze trainingsmethode. In de beschouwing doen we suggesties voor verder onderzoek. Ook gaan we kort in op aanpassingen die nodig zijn voor kinderen die naast de aan autisme verwante problematiek ook een lichte verstandelijke handicap hebben.

Inleiding

Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis hebben moeite met het begrijpen van sociale situaties. Hierdoor reageren ze vaak op een manier die hun omgeving niet passend vindt. Een sociale-vaardigheidstraining kan hen helpen hun vaardigheden in sociale situaties uit te breiden.

Er is nog onvoldoende onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van sociale-vaardigheidstrainingen bij kinderen met autisme en aan autisme verwante contactstoornissen. Wel worden sociale-vaardigheidstrainingen meer en meer in de literatuur genoemd als belangrijke interventie bij deze doelgroep (zie bijvoorbeeld Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto, & Tanguay, 1999).

Klin en Volkmar (2000) noemden het versterken van sociale en communicatieve vaardigheden de belangrijkste en meest noodzakelijke interventie bij mensen met de stoornis van Asperger. Zij gaven aan een sociale-vaardigheidstraining hoge prioriteit, omdat veel jongeren met de stoornis van Asperger lijden aan een neiging tot moedeloosheid, negativisme en depressieve klachten. Dit komt doordat zij zich steeds sterker bewust worden van hun eigen inadequate gedrag in sociale situaties en hun onvermogen om relaties aan te gaan en in stand te houden. Vanwege het tekort aan inzicht en zelfreflectie kunnen ze zich niet spontaan aanpassen. Het volgen van een

* DRS. J.H. HOEKZEMA-KRUIDHOF is orthopedagoog en gezondheidszorgpsycholoog bij Eleos, gereformeerde GGZ, afdeling Ambulante Zorg Jeugd. Correspondentieadres: Printerweg 21-23, 3821 AP Amersfoort. Telefoon: 033-457 17 17. E-mail: jenneke.hoekzema@eleos.nl.

gerichte training impliceert trouwens niet dat het kind of de jongere wel gaat beschikken over spontane en natuurlijke communicatieve en sociale vaardigheden. Wel zijn ze door een training beter in staat om te voldoen aan sociale verwachtingen, wat hun effectiviteit als gesprekspartner vergroot. De richtlijnen die Klin en Volkmar beschreven voor de behandeling van de stoornis van Asperger lijken ook goed bruikbaar voor kinderen en jongeren met pervasieve ontwikkelingsstoornissen, zoals de pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anders omschreven (POS-NAO; ook wel pervasive disorder – not otherwise specified of PDD-NOS genoemd).

Ook voor (subgroepen van) kinderen met ADHD wordt in de literatuur regelmatig gepleit voor sociale-vaardigheidstrainingen. Pfiffner, Calzada en McBurnett (2000) beschreven de problemen die kinderen met ADHD op sociaal gebied ervaren. De problematiek die het gevolg is van hun hyperactiviteit en afleidbaarheid is vaak goed te beïnvloeden met medicatie. In feite lijden deze kinderen aan een 'uitvoeringsprobleem': ze hebben de juiste vaardigheden, maar doordat ze geen rem hebben op hun gedrag gaat het vaak fout in allerlei (sociale) situaties. Andere kinderen met ADHD hebben wel een tekort aan sociale vaardigheden of moeite in het aanvoelen en begrijpen van sociale situaties. In dat geval is het voorschrijven van medicatie alleen niet afdoende, maar is een aanvullende aanpak vereist in de vorm van een gerichte sociale-vaardigheidstraining.

Het trainen van sociale vaardigheden bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis komt voor een deel overeen met reeds bestaande trainingsmethoden voor sociaal-angstige kinderen, maar gezien de aard en ernst van hun problematiek zijn belangrijke aanpassingen noodzakelijk. Op de polikliniek van het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Groningen werd een methode ontwikkeld voor het trainen van sociale vaardigheden bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen (Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker, 1996; Van der Veen-Mulders, Van den Hoofdakker & Van Warners, 2001). De methode richt zich op kinderen met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO of ADHD, of een combinatie van kenmerken van beide diagnoses. Ook kinderen met de stoornis van Asperger kunnen met dit protocol worden behandeld.

De ontwikkelde methode voor kinderen met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis of ADHD is gebaseerd op de methode van Ringrose en Nijenhuis (Ringrose & Nijenhuis, 1986) en wordt hierna kortheidshalve de 'aangepaste methode Ringrose' genoemd. Evenals in de oorspronkelijke methode is het eerste doel van de training het vergroten van zelfvertrouwen van het kind en het versterken van het gevoel van competentie in diverse sociale situaties. Het tweede doel is het aanleren of verbeteren van vaardigheden die nodig zijn om sociale situaties te kunnen hanteren.

Sociale-vaardigheidstraining volgens het model van Ringrose

Ringrose en Nijenhuis (1986) ontwikkelden een gedragstherapeutische behandelingsmethode voor sociaal-incompetente kinderen in de leeftijd van acht tot twaalf jaar. Deze veelgebruikte methode sluit aan op de *self-efficacy*-theorie van Bandura (1977). In het kort komt deze theorie erop neer dat het gedrag van een kind in een bepaalde situatie wordt bepaald door de mate waarin het verwacht in staat te zijn tot succesvol handelen. Deze verwachting ten aanzien van persoonlijke competentie bepaalt

wat het kind gaat doen. Zo zal het ene kind zich terugtrekken, het tweede kind op een rustige manier voor zichzelf opkomen en een derde kind erop los slaan. Het centrale doel van de behandeling is kinderen ervaringen op te laten doen die hun persoonlijke competentieverwachtingen verhogen. Bandura noemde vier relevante informatiebronnen om deze verwachtingen te beïnvloeden, namelijk: daadwerkelijk gedrag, observatie van succesvol gedrag van anderen, verbale beïnvloeding (bijv. instructies en complimenten) en ervaringen op fysiologisch niveau. De interventies in de sociale-vaardigheidstraining van Ringrose en Nijenhuis zijn terug te voeren op deze informatiebronnen. Tijdens de training oefenen de kinderen actief met het laten zien van adequaat sociaal gedrag. Dit gebeurt door middel van gedragsoefeningen, rollenspelen en huiswerkopdrachten. De kinderen observeren het (model)gedrag van de therapeuten en van hun groepsgenoten. De therapeuten geven bekrachtiging en commentaar, evenals de andere kinderen, de ouders en de leerkrachten. De werkwijze is angstreducerend; de therapeuten creëren een veilig klimaat onder andere door de structuur van de zittingen, stapsgewijs leren en herhaling van de oefeningen.

De behandeling bestaat uit drie fasen, die elk een eigen karakter hebben. In de opbouwfase (zitting één tot en met zes) is een belangrijk aandachtspunt het opbouwen van een goede werkrelatie met de kinderen, zodat de groep een veilige plaats voor hen wordt. In deze fase leren de kinderen basisvaardigheden als luisteren, jezelf voorstellen en duidelijk praten met een ander. De middenfase (zitting zeven tot en met zestien) is de belangrijkste fase. Het oefenen van moeilijke sociale situaties door middel van rollenspelen staat centraal. Elke zitting staat in het teken van een bepaald thema, bijvoorbeeld: 'Iets vragen aan een ander en reageren op een weigering', 'Invloegen in een groep en reageren op afwijzing', 'Iets weigeren' of 'Reageren op plagen'. De consolidatiefase (zitting zeventien tot en met twintig) staat helemaal in het teken van het herhalen van de oefenstof en het afbouwen van het therapeutische proces. De behandeling wordt afgesloten met een feest, dat de kinderen zelf in de laatste zittingen mogen voorbereiden. Elke zitting duurt anderhalf uur en kent een vaste structuur: bijpraten (kringgesprek) – bespreken van het huiswerk en herhaling van eerder behandelde leerstof – pauze – aanbod van nieuwe leerstof – vrije tijd – aanbieden van huiswerk.

Indicatiestelling en samenstelling van de groep bij de aangepaste methode Ringrose

Om te bepalen of het trainingsprogramma bij een kind zal aansluiten, brengen de therapeuten vooraf in kaart welke sociale vaardigheden het kind beheerst en welk probleemgedrag het laat zien. Dit gebeurt in een aanmeldingsgesprek met ouders en kind (Ringrose, 1998; Ringrose & Nijenhuis, 1986; Van der Veen et al., 2001). In dit gesprek leggen de therapeuten verschillende sociale situaties voor aan ouders en kind, zoals: iets vragen aan een ander kind, een praatje maken, geplaagd worden, en vragen hen hoe het kind in zulke situaties reageert. Op die manier wordt duidelijk in welke situaties het kind gewenst gedrag vertoont en in welke situaties het agressief of subassertief gedrag laat zien. Daarnaast verzamelen de therapeuten informatie over de reactie van de omgeving (ouders, leeftijdsgenoten, leerkracht). Het aanmeldingsgesprek heeft onder andere het doel ouders en kind voor de behandeling te motiveren. Zij ontvangen uitleg over de thema's die aan de orde komen, de opbouw

van een zitting en de manier van oefenen. De therapeuten benadrukken dat ouders en kind er wat voor over moeten hebben om aan de training mee te doen.

In het aanmeldingsgesprek krijgen de therapeuten ook een beeld van de lijdensdruk bij het aangemelde kind en zijn bewustzijn van het probleem. In het algemeen gesproken is het positief wanneer een kind kan verwoorden welke problemen het ervaart en wat het graag in de groep zou willen leren. Dit bevordert ook de motivatie voor deelname aan de groep en voor de opdrachten die het daarvoor thuis moet uitvoeren. Motivatie is dus in het algemeen een belangrijk criterium voor deelname aan de training.

Tussen de aangemelde kinderen bestaan echter op dit punt grote verschillen. Binnen de groep met pervasieve ontwikkelingsstoornissen vallen kinderen die nauwelijks omgaan met leeftijdsgenoten en daar ook geen behoefte aan lijken te hebben. Zij ervaren als gevolg van deze geringe behoefte tot interactie vaak ook weinig problemen. Een voorbeeld is de jongen die zich op het schoolplein uitstekend vermaakt met het zoeken van bijzondere stenen voor zijn verzameling en 'nee' zegt wanneer klasgenoten vragen of hij mee wil doen. Hij is vooraf ook niet gemotiveerd voor deelname aan de training. Wanneer deze kinderen eenmaal in een groep meedraaien, ervaren ze vaak pas dat ze ook plezier kunnen beleven aan contacten met andere kinderen. Naarmate de contactstoornis ernstiger is, zijn de motivatie en lijdensdruk van het kind daarom minder belangrijk als indicatie voor deelname. Een voorwaarde is wel dat ouders en school gemotiveerd zijn voor de training. De ouders moeten in staat zijn om te zorgen dat het kind op de bijeenkomsten verschijnt en dat het de training afmaakt. Zij moeten hulp en steun kunnen bieden bij het huiswerk als dat nodig is; ze moeten kunnen samenwerken met de therapeuten. Ringrose (1998) noemde naast motivatie nog andere indicaties die als uitgangspunt kunnen dienen voor toelating van kinderen aan groepsbehandelingen in het algemeen. Zo moet een kind niet te angstig zijn om in een groep te functioneren. Ook geldt dat andere problemen, bijvoorbeeld in het gezin, niet de overhand moeten hebben.

Net als in de oorspronkelijke methode werken twee therapeuten met een groep van maximaal zes kinderen. Dit is van belang om aan ieder kind voldoende individuele aandacht te kunnen geven. Ook in verband met de prikkelgevoeligheid van deze kinderen moet de groep zeker niet groter zijn. Met zes kinderen is het ook goed mogelijk om in subgroepjes te werken, bijvoorbeeld bij het bespreken van het huiswerk.

Meestal bestaat de groep geheel uit jongens. De reden hiervoor is dat pervasieve ontwikkelingsstoornissen en ADHD veel vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes. Bij de samenstelling van de groep is het uitgangspunt dat ieder kind zo mogelijk aansluiting vindt bij ten minste één ander kind. Hierbij houden de therapeuten rekening met factoren als sekse, leeftijd, interesses en intelligentieniveau. Het hebben van een 'maatje' zorgt ervoor dat het kind steun ervaart en zich sneller thuis voelt in de groep (Ringrose, 1998). Wanneer incidenteel toch een meisje wordt aangemeld, zoeken de therapeuten naar een tweede meisje om zo te zorgen voor een goede aansluiting. In het algemeen geldt dat verschillende typen kinderen in een groepsbehandeling van elkaar kunnen leren. Dat geldt bijvoorbeeld voor teruggetrokken en agressieve kinderen. Ook in de aangepaste Ringrose-trainingen komen deze beide typen kinderen in de regel voor. Een opmerking als 'Voor jou is het goed om eens te laten merken dat je het heel vervelend vindt dat ze zo tegen je doen, maar voor Maarten zou het misschien wel goed zijn om – net zoals jij nu meestal doet – een keer niks te doen en zonder iets

te zeggen weg te lopen', kan een kind uitdagen om de ander tot voorbeeld te nemen. De combinatie van kinderen met ADHD en kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis in één groep is gewoonlijk ook vruchtbaar. Kinderen met ADHD blijken een kind met een pervasieve ontwikkelingsstoornis regelmatig te corrigeren. Zij voelen vaak beter aan wat wel of niet adequaat sociaal gedrag is. Toen bijvoorbeeld het onderwerp 'kennismaken' aan de orde kwam en de kinderen werd gevraagd wat ze aan een ander kunnen vragen om hem beter te leren kennen, gebeurde het een paar keer dat een kind met een pervasieve ontwikkelingsstoornis voorstelde om het andere kind te vragen naar zijn postcode. Direct reageerden groepsgenoten (met ADHD) met 'Nee joh, dat is geen goede vraag, zo leer je iemand niet beter kennen!' In een van de zittingen oefenden de kinderen met een praatje maken. Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis zijn soms geneigd om te beginnen met de vraag: 'Wil je een praatje met me maken?' wat bij kinderen met ADHD de reactie uitlokte: 'Dat vraág je niet, dat dóe je gewoon.' Omgekeerd geldt dat kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis een voorbeeld kunnen zijn voor hun impulsieve groepsgenoten, doordat ze rustiger zijn en beter luisteren. De therapeuten moeten wel bewaken dat de kinderen hun commentaar op elkaar op een positieve, opbouwende manier geven.

In principe geldt bij aanmelding de leeftijdsgrens van negen tot twaalf jaar. Soms wordt een uitzondering gemaakt voor kinderen die net de overgang naar het voortgezet onderwijs hebben gemaakt en al dertien jaar zijn. Van tevoren schatten de therapeuten in of deze kinderen zich nog thuis zullen voelen bij jongere kinderen. De belevingswerelden van de kinderen moeten niet te veel uiteenlopen. Ook is het van belang dat het verschil in vaardigheden (en ervaren problemen) niet te groot is. In de loop van de tijd is gebleken dat kinderen van negen jaar vaak aan de jonge kant zijn. De ervaring leert dat wat oudere kinderen meer profiteren van de training en beter in staat zijn om het geleerde op school en in de buurt toe te passen. Wanneer het mogelijk is om een jaar te wachten, heeft dit dan ook de voorkeur. De therapeuten bekijken dit per kind. De ernst van de problemen die het kind ervaart en de mate van lijdensdruk bij het kind zijn hierbij belangrijke factoren. In vergelijking met de methode van Ringrose en Nijenhuis (1986) betekent dit dat de leeftijdsgrens iets verschoven is naar boven: van oorspronkelijk acht tot twaalf jaar naar negen à tien tot twaalf à dertien jaar.

Aanpassingen in de trainingsfase

Uitgaande van de problematiek van kinderen met ADHD of een pervasieve ontwikkelingsstoornis werden in het oorspronkelijke programma van Ringrose en Nijenhuis (1986) verschillende veranderingen aangebracht. Aan de hand van de probleemgebieden die kenmerkend zijn voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen, bespreken we welke aanpassingen werden gemaakt. Omdat de verschillen in vaardigheden en beperkingen binnen een groep vrij groot kunnen zijn, werken de therapeuten meer – en in een vroeger stadium van het programma – met individuele leerdoelen. Ook dit wordt toegelicht.

Voor de sociale en communicatieve problemen die kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis ervaren, kunnen twee modellen een mogelijke verklaring bieden: de centrale coherentie-theorie en het *Theory of Mind*-model (zie ook Serra, 2002, dit nummer). Vermeulen (1999b) noemde het tekort aan samenhangdenken, ook wel

tekort aan centrale coherentie genoemd, het meest essentiële aspect van autistisch denken. Dit tekort wil zeggen dat mensen met autisme moeite hebben om de wereld te begrijpen als een samenhangend geheel. Zij ervaren details als losstaande gegevens en hebben moeite om deze details te integreren en daaraan betekenis te verlenen vanuit de context. Het gedrag van een ander is onmogelijk te begrijpen als je dat gedrag niet in de juiste context kunt plaatsen. Sociale regels kunnen enigszins houvast bieden, maar ook bij het toepassen van regels moet rekening gehouden worden met de context. Om gedrag van een ander te begrijpen is het daarnaast van belang om samenhang te zien met de bedoeling van die persoon, met zijn onzichtbare binnenkant; zijn ideeën, gedachten en gevoelens. Om die bedoeling te begrijpen is het nodig om je in de ander te verplaatsen. Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum hebben moeite met het ontwikkelen van dit vermogen; hun 'theory of mind' is minder optimaal ontwikkeld.

In verband met deze tekorten noemde Vermeulen (1999a) verhelderen, samenhang aanbrengen en visualiseren als belangrijke uitgangspunten in de benadering van mensen met een stoornis in het autistische spectrum. Alleen op die manier kan een veilige, voorspelbare, tot relatie en exploratie uitnodigende omgeving geboden worden. Gespecialiseerde behandelingen dienen voort te bouwen op deze basis. De elementen verhelderen, samenhang aanbrengen en visualiseren zijn terug te vinden in de aangepaste methode Ringrose.

Aanpassingen in verband met problemen in de informatieverwerking

De therapie duurt langer – in plaats van twintig zijn er vijftientig zittingen. De toegevoegde zittingen staan in het teken van het extra herhalen van de oefenstof. Eventueel bieden de therapeuten een variant op een oefening aan. Het oefenen met het maken van een praatje gebeurt bijvoorbeeld de tweede keer in de vorm van een telefoongesprek. Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis blijken veel baat te hebben bij herhalingen, omdat zij vaak langzamer nieuwe dingen leren.

De therapeuten bieden de vaardigheden zo eenvoudig mogelijk aan. Dit betreft zowel de formulering als het aantal stapjes waaruit een vaardigheid is opgebouwd. Korte, duidelijke zinnen en zo min mogelijk stapjes bevorderen dat de boodschap overkomt.

De therapeuten gebruiken veel visuele middelen en werken minder verbaal dan in de oorspronkelijke methode. Voorbeelden van deze manier van werken zijn: de uitleg is zo kort en krachtig mogelijk, de groepsregels hangen elke zitting aan de muur, de therapeuten gebruiken een spiegel om de kinderen zich bewust te maken van hun houding en lichaamstaal, en de aan te leren vaardigheden staan op flaps, waarbij de tekst steeds voorzien is van kleine tekeningen of symbolen. Het is belangrijk deze tekeningen zorgvuldig te kiezen, omdat de kinderen ze ook te letterlijk kunnen nemen. Daarnaast onderstreept de therapeut in bepaalde gevallen de instructie van nieuwe vaardigheden met een afgesproken gebaar. Zo wijst de therapeut naar haar eigen oog om het maken van oogcontact te bevorderen. Het rondkijken tijdens het kringgesprek (onderdeel 'bijpraten') wordt aangeleerd door het maken van een rondje met de vinger in de lucht. De therapeuten gebruiken de video om de kinderen opnames van zichzelf terug te laten zien. Het geven van feedback aan de hand van videobeelden is een bruikbaar middel, omdat het beeld kan worden stilgezet. Op die manier kunnen de

therapeuten aandacht besteden aan specifieke, visuele *cues* in een sociale situatie (Klin & Volkmar, 2000). In een bepaalde zitting staat bijvoorbeeld het oefenen met de non-verbale aspecten van gedrag centraal: houding, oogcontact en stemvolume. De kinderen krijgen een voor een de opdracht om zich eerst fout en vervolgens goed voor te stellen door hun naam, leeftijd en bijvoorbeeld hobby's te vertellen. Vervolgens bekijken de kinderen samen met de therapeuten de gemaakte beelden. Doordat de therapeuten de kinderen wijzen op de (grote) verschillen snappen de kinderen eerder waarom het belangrijk is deze non-verbale aspecten van gedrag goed in praktijk te brengen. De meeste kinderen vinden het spannend om de opnames te bekijken. Het is daarom zinvol de band eerst een keer zonder commentaar te vertonen en de kinderen te laten reageren op wat ze zien. Een jongen die na het zien van de band eerst helemaal van slag was vanwege zijn rare stem, moest dit eerst bespreken, voordat hij – de tweede keer – beter zijn aandacht kon richten op de andere aspecten van zijn gedrag.

Er is extra structuur in tijd en ruimte. De kinderen zitten vanaf de eerste zitting op vaste plaatsen. Van tevoren schatten de therapeuten zo goed mogelijk in wie het beste naast wie kan zitten en welk kind waarschijnlijk baat heeft bij een plek naast een van de therapeuten. De stoelen staan in de kring niet te dicht bij elkaar, zodat het minder gemakkelijk is om elkaar aan te raken. Een ruime kring maakt het ook mogelijk om rollenspel daarbinnen uit te voeren, zodat kinderen zich niet ver hoeven te verplaatsen. Hierdoor zijn ze beter in staat om hun aandacht te richten. In de ruimte zijn zo min mogelijk prikkels. De zitting kent een vaste volgorde, die enigszins afwijkt van de oorspronkelijke methode: allerlei – bijpraten – klus bespreken en naspelen – nieuwe vaardigheid leren – uitdelen verslag van de zitting en nieuwe klus – pauze en vrije tijd. Eventueel leidt dezelfde therapeut steeds een bepaald deel van de zitting. De pauze en vrije tijd zijn in vergelijking met de oorspronkelijke methode verplaatst naar het eind van de zitting om de kinderen niet teveel af te leiden. Ook in de vrije tijd brengen de therapeuten meer structuur aan. Zo kunnen de kinderen bijvoorbeeld kiezen uit twee door de therapeut voorgestelde activiteiten. Later in de training krijgen de kinderen zo mogelijk meer inbreng bij het invullen van de vrije tijd en wordt dit moment ook gebruikt om te oefenen met onderhandelen.

Bij de introductie van een nieuw thema is het fout voordoen van de betreffende vaardigheid toegevoegd. Een van de therapeuten laat samen met een kind zien hoe het niet moet. De kinderen vinden dit vaak grappig, zien de gevolgen van het on aardige of onhandige gedrag en zijn vervolgens gemotiveerder om het zelf goed te doen.

De therapeuten houden de rollenspelen kort en bespreken ze gedetailleerd voor. De flap met aandachtspunten hangt in het zicht, zodat kinderen daar steun aan kunnen ontlenuen. Aan de hand van deze punten wordt het rollenspel ook geëvalueerd. Ieder observerend kind krijgt zo nodig vooraf te horen op welk punt hij speciaal moet letten. Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis hebben namelijk soms de neiging om op heel andere dingen te gaan letten, die op dat moment niet relevant zijn. Dit komt voort uit hun bovengenoemde problemen met samenhangdenken.

Aanpassingen in verband met problemen in contact en communicatie

De therapeuten brengen ook zo veel mogelijk structuur aan in de manier waarop ze met de kinderen communiceren. Voorbeelden hiervan zijn: eerst oogcontact maken

alvorens iets met het kind te bespreken, aandacht van de kinderen vangen en vasthouden door bijvoorbeeld hun naam te noemen of het kind even aan te raken, kinderen die veel aandacht nodig hebben een plaats geven onder handbereik van de therapeut, kort en eenvoudig formuleren, navragen of het kind de boodschap begrepen heeft, en zo veel mogelijk stellend spreken in plaats van vragend. Zo is het beter om te zeggen: 'We gaan nu verder' dan: 'Zullen we verder gaan?' De laatste vraag is in feite een opdracht, maar dit is voor een kind met een pervasieve ontwikkelingsstoornis vaak niet duidelijk. De kans dat het met 'nee' reageert is zeker aanwezig.

Daarnaast is het belangrijk om de inhoud van de communicatie af te stemmen op de problematiek. Het taalgebruik van de therapeuten is zo concreet mogelijk. Wanneer een kind een correctie nodig heeft, krijgt het duidelijk te horen welk gedrag wel van hem wordt verwacht. Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis hebben vaak moeite met bepaalde uitdrukkingen en overdrachtelijk taalgebruik. Het is goed om hier alert op te zijn en regelmatig na te gaan of de kinderen je begrijpen. Zo zei een therapeut na de eerste bijeenkomst een keer: 'Zo jongens, de kop is eraf.' Waarna onmiddellijk de geschrokken vraag van een van de kinderen volgde: 'Wie z'n kop is eraf?' Ook is het beter om vage uitspraken als 'We zullen zien' zo veel mogelijk te vermijden. Als het kind geïrriteerd of angstig wordt, helpt het om de boodschap eerst in andere woorden te herhalen. Dit is vaak effectiever dan proberen de reactie van het kind te veranderen (Howlin, 1998).

Tijdens de training kunnen de therapeuten minder dan gebruikelijk een appèl doen op inzicht bij de kinderen. Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis voelen minder goed aan wat het belang is van bepaald gedrag en hebben ook moeite met het overzien van de consequenties van hun gedrag. Uitleg wordt meer gegeven op de manier van 'zo zit de wereld in elkaar' of 'zo doen we dat nu eenmaal'. Vaak genoemde principes zijn bijvoorbeeld: 'Als jij aardig doet tegen een ander, doet een ander aardig tegen jou' of 'Laat zien hoe je je voelt, anders word je verkeerd begrepen'. Door dit soort zaken vaak te herhalen hopen de therapeuten de kinderen te leren wat ze uit zichzelf niet aanvoelen en bedenken. Hoewel sociaal gedrag vaak moeilijk in regels te vatten is, stelde Howlin (1998) dat het voor een kind met autisme beter is om regels te hebben die in sommige situaties niet adequaat zijn dan in het geheel geen regels.

Aanpassingen in verband met de generalisatieproblemen

Van kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis is bekend dat zij moeite hebben met het vertalen van het geleerde naar andere situaties. Dit probleem komt voort uit hun tekort aan samenhangdenken (Vermeulen, 1999b). Het kind moet leren hoe het een situatie kan herkennen, zodat het in staat is om datgene wat het geleerd heeft tijdens de training op het goede moment toe te passen. Daarvoor moet het leren welke aspecten van een situatie relevant en essentieel zijn en welke niet. De aangepaste methode Ringrose besteedt hieraan veel aandacht. Het bevorderen van de generalisatie van het geleerde heeft belangrijke prioriteit en is tegelijk ook een van de grootste uitdagingen (Klin & Volkmar, 2000). Deze transfer verloopt volgens Vermeulen (1999a) het beste wanneer ze in twee richtingen plaatsvindt: vanuit de leersituatie naar het echte leven en vanuit het echte leven naar de leersituatie. Tijdens de training moet expliciet aan de orde komen waar en wanneer het kind de vaardigheid kan toepassen. In de planning van huiswerkopdrachten bespreken de therapeuten daarom bijvoorbeeld

met het kind waar, wanneer en met wie het gaat oefenen. In het echte leven moet vervolgens de leerinhoud weer geactiveerd worden. Daarvoor is het van groot belang dat zowel de leerkracht als de ouders op de hoogte zijn van het therapieverloop. Ouders en leerkracht kunnen het kind dan op dezelfde manier en in dezelfde woorden als tijdens de training tips of instructies geven. Om dit te bereiken is een intensieve samenwerking met de ouders en de school noodzakelijk. Tijdens vier à vijf ouderbijeenkomsten brengen de therapeuten de ouders op de hoogte van het programma en van de vorderingen van het kind. Zij ondersteunen deze informatie met videobeelden. De ouders vertellen hoe het thuis gaat, welke veranderingen ze zien of welke problemen ze signaleren en hoe het maken van het huiswerk verloopt. De samenwerking met school bestaat uit drie leerkrachtenbijeenkomsten, die qua inhoud grotendeels overeenkomen met de ouderbijeenkomsten. Naast informatie-uitwisseling is het doel van deze bijeenkomsten het komen tot heldere afspraken over de aanpak van het kind en de onderlinge afstemming hierin. Hiermee wordt een duidelijke en voorspelbare omgeving zo veel mogelijk gewaarborgd.

Aanpassingen in verband met individuele verschillen tussen de kinderen

De therapeuten werken in vergelijking met de oorspronkelijke methode meer en in een eerder stadium aan individuele leerdoelen. Dit komt vooral naar voren tijdens de herhalingszittingen. De kinderen krijgen dan individueel huiswerk mee dat gericht is op het versterken van vaardigheden die het kind nog onvoldoende heeft ontwikkeld.

Een andere manier om individueel te werken is door middel van zogenoemde contracten. Het werken met contracten is overgenomen uit de oorspronkelijke methode. Een contract is een individuele afspraak die de therapeuten met een kind maken, waarbij met het kind wordt afgesproken welk gedrag het vaker in de groep moet laten zien. Een contract kan tot doel hebben om bepaalde zwakke vaardigheden nog eens extra in de groep te oefenen. Zo kan een kind worden gestimuleerd om meer initiatief te nemen of om vaker zijn mening te laten horen. Een contract kan ook tot doel hebben om het kind te stimuleren meer aangepast en minder storend gedrag te laten zien. Het biedt dus een uitstekende gelegenheid om te werken aan individuele leerdoelen.

Aanpassingen om een actieve deelname te bevorderen

Uit het voorgaande blijkt dat de therapeuten veel doen om probleemgedrag te voorkomen en gewenst gedrag uit te lokken. Dit wordt in de gedragstherapie ook wel stimuluscontrole genoemd. Daarnaast bestaat de algemene therapeutische aanpak uit veelvuldig belonen van gewenst gedrag en het zo veel mogelijk negeren van ongewenst gedrag. Echt storend gedrag moet vanaf het begin duidelijk worden begrensd (Ringrose, 1998; Van der Veen et al., 2001). De groepsthermometer (Ringrose & Nijenhuis, 1986) is een belangrijke manier om het maken van huiswerk te belonen. Voor elke gemaakte klus mag een kind een hokje kleuren, waardoor de kinderen samen sparen voor een verrassing. Ook een contract kan voor een kind motiverend werken.

In de meeste groepen is op een bepaald moment ook een extra (groeps)beloningsprogramma nodig om de kinderen te helpen om serieus mee te blijven doen. Een dergelijk programma kan bijvoorbeeld als volgt worden opgezet. De kinderen

worden ongeveer vijf keer per zitting beoordeeld door middel van een rapportcijfer. Dit gebeurt op vooraf afgesproken momenten. Ook bespreken de therapeuten van tevoren het gewenste gedrag en schrijven dit op het bord. Zo kan 'serieus meedoen' worden omschreven als iets zeggen of vragen, luisteren naar de uitleg, recht op je stoel zitten, grapjes alleen in de pauze maken. Voor goed gedrag krijgen de kinderen een *token*. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit een muntje met daarop een lachend gezichtje. De therapeut stopt de tokens in de spaarpot van de kinderen. De kinderen wisselen de verdiende tokens aan het eind van de zitting in voor iets lekkers of sparen ze op voor een wat groter cadeautje.

Resultaten

Inmiddels werden ongeveer 120 kinderen behandeld volgens de aangepaste methode Ringrose. Zo snel mogelijk na elke bijeenkomst met de kinderen vulden de therapeuten gezamenlijk voor elk kind een rapportageformulier in. Deze ingevulde rapportageformulieren vormden de basis voor de tussenevaluaties van de therapeuten, voorafgaand aan de ouder- en leerkrachtenbijeenkomsten. Na afloop van de training evalueerden de therapeuten met ouders en kind in een gezamenlijk gesprek. Aan de hand van de vooraf opgestelde leerdoelen werd teruggekeken en besproken hoe het op dat moment ging en welke doelen bereikt waren (Van der Veen et al., 2001). Afhankelijk van het eindoordeel bepaalden ouders, kind en therapeuten of, en zo ja welke, verdere behandeling nodig was. Om de resultaten van de training verder in kaart te kunnen brengen, werden vragenlijsten gebruikt. Ouders, kind en leerkracht vulden deze zowel voor als na de training en een halfjaar na afloop van de training in. Dit waren de volgende vragenlijsten (zie ook tabel 1):

- *Child Behaviour Checklist (CBCL)*;
- *Teacher Report Form (TRF)*;
- *Matson's Evaluation of Social Skills of Youngsters (MESSY)*.

Tabel 1 Overzicht vragenlijsten.

Meetinstrument	Ouders	Leerkracht	Kind
CBCL	x		
TRF		x	
MESSY	x	x	x

1 De lijst is opgesteld door P.A. Heij, psychiater en R. Timmerman, klinisch psycholoog, beiden werkzaam bij Eleos Ambulante zorg volwassenen te Amersfoort. 2 Eventueel gestructureerd interview voor adhd afnemen.

De CBCL en de TRF (Achenbach, 1991) zijn gedragsvragenlijsten voor kinderen van vier tot achttien jaar die het algemene functioneren van het kind meten. Wij gebruikten de Nederlandse versies (Verhulst, Ende, & Koot, 1996), evenals van de MESSY (Matson, Rotatori, & Helsel, 1983; Prins, 1988), een vragenlijst die sociale vaardigheden van kinderen in kaart brengt. Bij enkele groepen werden daarnaast bij de ouders delen van de *Vineland* afgenomen (*Vineland Adaptive Behavior Scale*; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), om de ontwikkelingsleeftijden op het gebied van communicatie en socialisatie te meten (afname van de domeinen Communicatie en Socialisatie en het subdomein Maatschappelijke Vaardigheden). Dit semi-gestructureerde interview werd in het Nederlands vertaald door de Researchgroep Ernstige Ontwikkelingsstoornissen van de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Leiden (1998).

Ouders en kinderen noemden de volgende effecten van de training: tijdens en na de training kreeg het kind meer zelfvertrouwen, namen de sociale contacten toe, groeide het inzicht in sociale situaties, vertoonde het meer sociaal-vaardig gedrag en verbeterde de stemming. De resultaten uit de vragenlijsten sloten aan bij deze bevindingen. Opvallend was dat de leerkrachten dezelfde verbeteringen rapporteerden als de ouders, maar in minder sterke mate. Minder goede resultaten leken verband te houden met samenwerkingsproblemen met school, met de ouders of met interfererende problemen thuis. Ook bij een goede samenwerking konden generalisatieproblemen een positiever resultaat in de weg staan. Vermeulen (1999ab) gaf aan dat ook begaafde mensen met autisme opvallend afhankelijk blijven van aanwijzingen van buitenaf voor wat betreft de juiste timing en activering van de vele zaken die ze leerden.

Beschouwing

Inmiddels heeft een grote groep kinderen de aangepaste sociale-vaardigheidstraining gevolgd en gebruiken ook andere instellingen deze behandelmethode. Therapeuten volgden een gerichte training om volgens deze methode te kunnen werken. De klinische resultaten zijn bemoedigend. Om de effectiviteit van deze sociale-vaardigheidstraining verder in kaart te brengen is een gecontroleerd effectonderzoek noodzakelijk. Prins (1995) noemde als moeilijkheid bij dergelijk onderzoek het gebrek aan genormeerde en vooral valide meetinstrumenten. Daarnaast is het beantwoorden van de vraag naar de effecten ingewikkeld doordat verschillende succescriteria kunnen worden gehanteerd. Bepaalde doelen zijn namelijk moeilijker te bereiken dan andere. Het aanleren van allerlei sociale vaardigheden is relatief gemakkelijk. Veranderingen in het zelfbeeld zijn moeilijk tot stand te brengen. Dit geldt ook voor de generalisatie van het geleerde naar de dagelijkse omgeving en de stabilisatie over langere tijd. Dit laatste gaat zeker op voor kinderen met aan autisme verwante problematiek. Het is daarom van groot belang om ook voor deze groep realistische behandeldoelen en succescriteria vast te stellen.

Voor toekomstig onderzoek lijkt de *Vineland* (Sparrow et al., 1984) een geschikt meetinstrument (Klin & Volkmar, 2000), maar deze heeft als nadeel dat de interviewer vooraf moet worden getraind. Ook kost het afnemen van het interview veel tijd, wat voor ouders belastend kan zijn. De recent ontwikkelde *Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen* (VISK; Luteijn, 2000) zal in de toekomst mogelijk ook een geschikt instrument zijn voor het meten van de resultaten van deze sociale-vaardigheidstraining.

Voor een klein deel van de aangemelde kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis bleek ook de aangepaste methode Ringrose niet geschikt. Het ging daarbij bijvoorbeeld om jongere kinderen of om kinderen die naast de genoemde stoornis ook leden aan een (lichte) verstandelijke handicap. We onderzochten of het mogelijk was om ook hen sociaal-vaardiger te maken en welke aanpassingen in de methode en trainingssituatie daarvoor noodzakelijk waren. Hierbij gebruikten we elementen uit de methode van Witzel (1997). Witzel paste al eerder de methode van Ringrose en Nijenhuis (1986) aan voor jonge kinderen vanaf vier jaar, voor kinderen met een verstandelijke handicap en voor kinderen met problemen in de taal-spraakontwikkeling. Voorbeelden van de aanpassingen en toevoegingen zijn: een groepsgrootte van maximaal drie kinderen, kortere zittingen (maximaal een uur), nog

meer herhalingen, meer speelse elementen, en de kinderen minder (complexe) vaardigheden leren. Verder was het contact met de ouders nog intensiever: zij waren het laatste kwartier van elke zitting aanwezig.

Deze manier van werken werd slechts bij een klein aantal kinderen in praktijk gebracht, maar ook hier waren de eerste resultaten bemoedigend. Volgens ouders en leerkrachten profiteerden de kinderen duidelijk van de training, hoewel het soms een kleine vooruitgang betrof. De ouders vonden hun kinderen daarnaast ook ontvankelijker voor aanwijzingen in sociale situaties, waardoor deze vaak beter verlieten. Enkele vaardigheden beheersten deze kinderen nog onvoldoende. Het ging hierbij in de regel om meer complexe sociale vaardigheden, zoals een complimentje geven, onderhandelen en reageren op plagen. Bij de vaardigheden die de kinderen na afloop goed beheersten, konden zij zich veelal letterlijk houden aan de instructies. Kenmerkend voor de vaardigheden die niet verbeterden, was de noodzaak om te begrijpen wat in de ander omgaat. Vooral het kiezen van het juiste moment om iets te zeggen leek bij deze kinderen nog moeizamer te gaan dan bij de kinderen uit de hierboven beschreven training. Zo gaf een kind bijvoorbeeld een complimentje aan een klasgenoot die net gevallen was en zat te huilen. Deze kinderen hielden vaak nog te weinig rekening met de context van het gebeurde, wat leidde tot generalisatieproblemen (in dit voorbeeld overgeneralisatie). Zij hadden bij het toepassen van het geleerde nog veel steun nodig van hun omgeving. Omdat met twee therapeuten in kleine groepjes werd gewerkt, was de methode arbeidsintensief. Ook naar het werken met deze specifieke doelgroep zal verder onderzoek moeten worden verricht.

Abstract

Children with autistic-spectrum disorders experience problems in social situations. A social skills group treatment is an important intervention for this target group. It may help them to gain a better understanding of social situations, and to enlarge their skills in such situations. In this article we describe how an existing training program for socially anxious children was adapted for use with children presenting with autistic-spectrum disorders. The nature and severity of their problems make such adaptations necessary. After first discussing how therapists can determine whether or not it is appropriate for a particular child to participate in the training program, we then describe how the group is composed, and finally what changes were made to the content of the original training sessions. The manner in which parents and teachers are involved in the training program is also addressed. Furthermore, we present the provisional results of this method of training. In our discussion section we give some suggestions for further research. We also briefly go into adaptations that need to be made for children who, in addition to an autistic-spectrum disorder, also have a mild intellectual disability.

Referenties

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for CBCL /4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Howlin, P. (1998). Practitioner review: Psychological and educational treatments for autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 307-322.
- Klin, A., & Volkmar, F.R. (2000). Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger syndrome. In A. Klin, F.R. Volkmar & S.S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 340-366). New York, Londen: The Guilford Press.
- Luteijn, E.F. (2000). *The development of the Children's Social Behaviour Questionnaire*. Dissertatie Groningen. Winschoten: Aczon Druk B.V.
- Matson, J.L., Rotatori, A.F., & Helsel, W.J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children; The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- Pfiffner, L.J., Calzada, E., & McBurnett, K. (2000). Interventions to enhance social competence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 689-709.
- Prins, P.J.M. (1988). Efficacy of self-instructional training for reducing children's dental fear. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 49-67.
- Prins, P.J.M. (1995). Sociale vaardigheidstraining bij kinderen in de basisschoolleeftijd; programma's, effectiviteit en indicatiestelling. In A.M.L. Collot d'Escury-Koenigs, T.J. Engelsens-Snaterse & E. Mackaay-Cramer (red.), *Sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen* (pp. 65-82). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Researchgroep Ernstige Ontwikkelingsstoornissen van de Vakgroep Orthopedagogiek (1998). *Nederlandse vertaling Vineland Adaptive Behavior Scales*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Ringrose, H.J., & Nijenhuis, E.H. (1986). *Bang zijn voor andere kinderen. Omgang en therapie met sociaal onhandige kinderen: een werkboek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Ringrose, H.J. (1993). Sociale incompetentie bij kinderen. Diagnostiek en behandeling. In P.J.M. Prins (red.), *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp. 207-244). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ringrose, H.J. (1998). Gedragstherapeutische groepstherapie en sociale vaardigheidstraining bij kinderen. In P.J.M. Prins & J.D. Bosch (red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp. 89-110). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Serra, M. (2002). Verwerking van sociale informatie bij kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen: theorieën en modellen. *Directieve therapie*, 22, 124-142.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984). *A revision of the Vineland Social Maturity Scale by E.A. Doll*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Veen-Mulders, C.A.J.M. van der & Hoofdakker, B.J. van den (1996). *Sociale vaardigheidstraining. Aangepaste methode voor groepen kinderen met ADHD en/of PDD-NOS*. Groningen: interne uitgave Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Veen-Mulders, C.A.J.M. van der, Hoofdakker, B.J. van den, & Warners, S. van (2001). *Sociale vaardigheidstraining. Aangepaste methode voor groepen kinderen met ADHD en/of PDD-NOS*. Groningen: interne uitgave Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL /4-18 (Nederlandse versie)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vermeulen, P. (1999a). *Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt*. Gent: Vlaamse Dienst Autisme.
- Vermeulen, P. (1999b). *Dit is de titel. Over autistisch denken*. Gent: Vlaamse Dienst Autisme.
- Volkmar, F., Cook, E.H., Jr., Pomeroy, J., Realmuto, G., Tanguay, P. (1999) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 32S-54S.
- Witzel, A. (1997). Sociale vaardigheidstraining voor kleuters. *Pedagogiek in Praktijk. Tijdschrift voor Pedagogische Praktijk en Theorie*, 3, 27-34.