

Paul

Afstudeerscriptie

Behandelmogelijkheden bij mensen met
PDD-NOS

David van Solingen

BA&PMT

Januari 2008

Inhoudsopgave:

Voorwoord: **Blz.3**

Inleiding en vraagstelling: **Blz. 4**

Verantwoording vraagstellina: **Blz. 5**

1. Wat is autisme? **Blz. 6**

- 1.1 Algemene beschrijving Blz. 6
- 1.2 Classificerende benadering Blz. 7

2. Wat is PDD-NOS? **Blz. 8**

- 2.1 Casus Blz. 8
- 2.2 Algemene beschrijving Blz. 8
- 2.3 Classificerende benadering Blz. 9
- 2.4 Hermeneutische benadering Blz. 9
- 2.5 Verschil tussen autisme en PDD-NOS Blz. 11

3. Gedragsverandering **Blz. 12**

- 3.1 Wat is gedragsverandering Blz. 12
- 3.2 Referentiekader Blz. 12
- 3.3 Mogelijkheden / onmogelijkheden voor gedragsverandering Blz. 14

4. Werkdoelen voor een behandeling **Blz. 17**

- 4.1 Doelen die zijn te koppelen aan de mogelijkheden tot gedragsverandering Blz. 17
- 4.2 PMT als meerwaarde binnen een behandeling Blz. 18
- 4.3 Specifieke PMT doelen Blz. 19
- 4.4 Het probleem van de transfer Blz. 21
- 4.5 Het aanbieden van de transfer Blz. 21

5. Conclusie: **Blz. 23**

- 5.1 Beantwoording deelvragen Blz. 23
- 5.2 Beantwoording vraagstelling Blz. 24

Literatuuropgave: **Blz. 25**

- Bijlage 1 Blz. 26
- Bijlage 2 Blz. 27
- Bijlage 3 Blz. 28
- Bijlage 4 Blz. 29

Voorwoord

In het studiejaar 2006 - 2007 heb ik mijn eindstage gelopen binnen de instelling GGNet Apeldoorn. De doelgroep waarmee in binnen deze instelling stage heb gelopen is de volwassen psychiatrie. Elke woensdagmorgen was er een therapie die gegeven werd aan mensen met een autistische stoornis. Deze groep was al snel mij favoriete groep. Mijn sterke punt binnen het geven van therapie is het voorbereiden van een sessie en het gestructureerd laten verlopen daarvan. Hierdoor blijft het voor mij duidelijk en overzichtelijk. Ik heb wat meer moeite om met cliënten echt de diepte in te gaan. De autistengroep sloot hier perfect op aan. Deze groep is erg gehecht aan structuur en duidelijkheid. Bij deze groep is het ook niet haalbaar om de diepte in te gaan. Iemand met een vorm van autisme vindt dat erg moeizaam. Dit stukje werd daarom vaak overgeslagen. Om deze redenen paste deze groep precies bij mij en vond ik het erg leuk en boeiend om therapie te geven aan deze doelgroep.

Inleiding en vraagstelling

In deze scriptie werk ik toe naar de vraag welke doelen binnen de Psychomotorische therapie bruikbaar en effectief zijn voor de behandeling van mensen met PDD-NOS. Daarnaast wil ik kijken op welke manier deze doelen aangeboden moeten worden aan deze doelgroep. De opbouw van mijn scriptie is als volgt.

In het eerste hoofdstuk zullen de gedragskenmerken van autisme benoemd worden. Dit is belangrijk omdat PDD-NOS een vorm is van autisme en er dus veel overeenkomsten, maar ook verschillen zijn.

In het tweede hoofdstuk zal in worden gegaan op de gedragskenmerken van PDD-NOS. Ook zal hier gekeken worden naar de DSM IV. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte vergelijking tussen autisme en PDD-NOS.

Het derde hoofdstuk is gericht op gedragsverandering. Het begint met een definitie van gedragsverandering. Hierna zal gekeken worden vanuit welk referentiekader gedragsverandering het best mogelijk is. Ook zal stil worden gestaan bij resultaten die zijn behaald in de wetenschap op het gebied van gedragsverandering bij mensen met PDD-NOS. Hier wordt gekeken naar de mogelijkheden die er zijn, maar ook de onmogelijkheden. Het vierde hoofdstuk gaat helemaal over de Psychomotorische Therapie. Het begint met de doelen die zijn te koppelen aan de mogelijkheden tot gedragsverandering bij mensen met PDD-NOS. Als duidelijk is welke doelen en welke modaliteit het beste passen binnen het PMT, wordt stil gestaan bij het aanbieden van de doelen binnen de PMT. Hier komt ook naar voren wat het probleem is bij het aanbieden van de verschillende doelen. Het laatste deel van dit hoofdstuk voor de conclusie gaat over het probleem en vervolgens het aanbieden van de transfer.

Na deze hoofdstukken zal ik in de conclusie antwoord geven op mijn vraagstelling en de deelvragen die daarbij horen. De vraagstelling die ik in deze scriptie behandel en waar naar toe gewerkt wordt is:

Welke specifieke elementen binnen de Psychomotorische Therapie zijn belangrijk bij de behandeling van een contactstoornis bij mensen met PDD- NOS?

Deelvragen:

- Welke gedragingen zijn kenmerkend voor iemand met PDD-NOS?
- Welke doelen voor een behandeling kunnen gekoppeld worden aan deze gedragingen?
- Welke doelen kunnen gekoppeld worden aan een behandeling binnen de PMT?
- Welke specifieke elementen binnen de PMT zijn belangrijk bij het aanbieden van de doelen?

Veel plezier met het lezen van deze scriptie.

David van Solingen

Verantwoording vraagstelling

Binnen de instelling waar ik stage heb gelopen was een behandelaanbod voor mensen met een stoornis in het autistisch spectrum. Het was echter zo dat mijn collega's twijfel hadden over het behandelaanbod. Er werden binnen de PMT verschillende doelen aangeboden, maar er was twijfel of dit wel de goede doelen waren. Dit kwam doordat het nog erg onduidelijk is, welke doelen effectief zijn en echt gedragsverandering teweeg kunnen brengen. Ook was er onduidelijkheid over hoe de doelen aangeboden moesten worden. Omdat dit niet duidelijk was werd mijn interesse hiermee gewekt. Hierbij kwam dat ik deze doelgroep erg leuk vond. Om deze redenen heb ik ervoor gekozen om mijn scriptie te schrijven over deze doelgroep. Mijn vraagstelling luidt als volgt:

Welke specifieke elementen binnen de Psychomotorische Therapie zijn belangrijk bij de behandeling van een contactstoornis bij mensen met PDD- NOS?

Met specifieke elementen wordt bedoeld welke specifieke doelen binnen de PMT belangrijk zijn bij een behandeling van een contactstoornis. Daarnaast wordt bedoeld welke specifieke elementen binnen de PMT belangrijk zijn bij het aanbieden van deze doelen.

1. Wat is autisme

PDD-NOS is een stoornis die valt onder de algemene Autisme Spectrum Stoornis (Diagnostische criteria van de DSM - IV - TR, Nederlandse vertaling Swets & Zeitlinger, 2^e druk 2002, Lisse). Om een duidelijker beeld te geven van PDD-NOS zal dit hoofdstuk ingaan op de algemene stoornis Autisme.

1.1 Algemene beschrijving

De autistische stoornis die zal worden beschreven is een stoornis die in de DSM 4 genoemd wordt als een pervasieve ontwikkelingsstoornis. De stoornis autisme komt niet vaak voor. Ongeveer 4 a 5 op de 10.000 kinderen hebben autisme. Na uitgebreid onderzoek wordt pas vastgesteld of een kind autisme heeft of niet. Bij hele jonge kinderen kunnen al autistische kenmerken zijn in het gedrag. Omdat deze nog niet specifiek zijn is het heel moeilijk om op deze jonge leeftijd als met zekerheid de diagnose autisme te geven.

Niet elk kind met autisme heeft de zelfde kenmerken. In het gedrag van iemand met autisme zijn 4 hoofdkenmerken (Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, Jakop Rigter, 2002, Uitgever Coutinho, Bussum).

De problemen in de sociale interactie met anderen vallen het meest op bij iemand met autisme. Dit betekent dat de normale sociaal- cognitieve bij een kind met autisme ontbreekt of afwijkt. Het kan zijn dat een baby of kind vreemd of niet reageert op de interactie van ouders. Het kind kan het onprettig vinden om opgetild en geknuffeld te worden en heeft weinig belangstelling voor het menselijk gezicht. Op wat oudere leeftijd is te zien dat kinderen met autisme het moeilijk vinden zich in te leven in gevoelens en gedachten van anderen.

Een tweede hoofdkenmerk in het gedrag is dat iemand met autisme problemen heeft met communicatie en taal. De ontwikkeling van de taal loopt achter. De problemen in de taalontwikkeling kunnen erg verschillen. Het probleem kan liggen in het spreken van taal, het begrijpen van taal en non-verbale communicatie. Symbolische taal is ook erg moeilijk omdat zinnen vaak letterlijk genomen worden. Een zin als: "tegen de lamp lopen", wordt niet begrepen omdat er immers geen lamp is. Hierbij is vaak het herkennen van gebaren en lichaamstaal erg moeilijk.

Het derde hoofdkenmerk in het gedrag van iemand met autisme is het ontbreken van symbolisch spel. Het is erg moeilijk voor een kind met autisme om zich in te leven in de ander. Bij de normale ontwikkeling begint een kind rond het 2^e levensjaar met symbolisch spel. Voorwerpen in een spel kunnen een andere betekenis krijgen. Zo kunnen ze vader worden of boos zijn. De fantasie is niet of zeer gebrekkig ontwikkeld.

Het vierde hoofdkenmerk is dat een kind met autisme extreem behoefte heeft aan structuur, vaste ritmen en regelmaat. Dit is eigenlijk precies het tegenovergestelde van het hebben van creativiteit en fantasie. Deze uitingen kunnen in sommige gevallen bizar overkomen. Een autist kan bijvoorbeeld helemaal opgaan in het herhalen van een simpele eenduidige handeling. Bijvoorbeeld ergens op tikken om een geluid te horen of het uren achter elkaar herhalen van een beweging.

Dit vaste ritme kan voor iemand met autisme heel belangrijk zijn. De weerstand tegen veranderingen zijn ook erg moeilijk. Een kleine verandering in de structuur kan angst of woede opwekken. Kinderen hebben ook vaak problemen om binnen bewegingsactiviteiten een vloeiende overgang te maken naar een andere activiteit.

De structuur van de dag is heel belangrijk. Tijdens feestdagen kan iemand met autisme bijvoorbeeld helemaal van slag raken omdat een dag anders ingedeeld wordt dan dat het vaak is.

Naast deze 4 hoofdkenmerken in het gedrag van iemand met autisme zijn er nog vele andere uitingen in gedrag en kenmerken. Hieronder kort de belangrijkste:

- kinderen met autisme kunnen vreemd op zintuigelijke prikkels reageren.
- kinderen met autisme ervaren soms het gevaar van situaties niet.
- kinderen met autisme hebben vaak een gedragsprobleem.
- 75 % van de autisten hebben ook een verstandelijke handicap.
- tussen de 60% en 70% van kinderen met autisme lijden aan epileptische aanvallen.

1.2 Classificerende benadering

Er zijn verschillende manieren om tot een diagnose te komen. In deze scriptie heb ik ervoor gekozen om de classificerende of technische benadering en de hermeneutische benadering te gebruiken. De classificerende benadering die stelt een diagnose door te kijken naar het gedrag en aan de hand van kenmerken in het gedrag wordt een diagnose gesteld. Iemand met aan een aantal kenmerken voldoen om een bepaalde diagnose te krijgen. Het duidelijkste voorbeeld van een classificerende benadering is de DSM 4. De DSM 4 is een diagnostisch handboek dat gebruikt wordt om psychologische stoornissen te classificeren. Tijdens een observatie periode wordt gekeken of iemand voldoende kenmerken heeft om een diagnose te krijgen. De DSM 4 wordt in Nederland veel gebruikt.

De stoornis autisme staat ook in de DSM 4. In Bijlage 1 is de DSM 4 te zien van autisme.

Zoals te zien is, is de DSM 4 criteria voor autisme best uitgebreid. Het is onderverdeeld in 2 delen. Het eerste deel is zeer uitgebreid en bestaat uit deel A, B en C. Onder deze drie delen zijn elk 4 gedragingen te lezen. Om iemand de diagnose autisme te geven moet iemand minstens 6 van de beschreven gedragingen onder het eerste deel van A, B en C bezitten. Hierbij moeten er minstens 2 van A zijn en minstens een van B en C. Het tweede deel is korter. Hierbij staan 3 gebieden die bij iemand met autisme voor ten minste een van de gebieden van toepassing moet zijn.

Als iemand aan de voorwaarden voldoet die hierboven zijn beschreven, kan volgens de classificerende benadering, aan iemand de diagnose autisme worden gegeven.

Het is moeilijk te zeggen wat de oorzaak is van autisme. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan waarbij resultaten waren, maar het is nog niet met zekerheid vast te stellen wat precies de oorzaak is van autisme. Mogelijke elementen die een rol spelen bij de oorzaak zijn: hersengroei, vitamine B6 en magnesium. Dit wordt verder uitgewerkt onder het kopje: 2.4 Hermeneutische benadering.

2. Wat is PDD-NOS

2.1 Casus

Rik is een jonge man van 28 jaar met een slank postuur. Rik is altijd al anders geweest dan de rest. Nooit had hij de behoefte om met andere kinderen te spelen. De schoolontwikkeling verliep moeizaam. Met vertraging is hij de VMBO doorlopen en tijdens een stage van de opleiding bouwkunde is hij vastgelopen. Na verschillende onderzoeken en verwijzingen is op zijn 17 jaar de diagnose PDD- NOS vastgesteld. Zijn lichaamshouding is wat verlegen. De schouders hangen iets naar voren en het hoofd is vaak licht gebogen. Motorisch komt Rik wat houterig en onhandig over wat duidelijk naar voren komt in bewegingssituaties. Ondanks de leeftijd van 28 jaar komt Rik nog erg kinderlijk en stil over. Als er wordt gelachen vertrekt zijn gezicht alsof hij iets eet was vies is. Het begrijpen van situaties gaat niet altijd even makkelijk. Als een situatie niet goed begrepen wordt kan Rik hier agressief op reageren, waar hij later dan weer spijt van heeft. In een groep is Rik vaak stil en onopvallend aanwezig. Als een opdracht duidelijk is voor Rik gaat hij er erg actief mee aan de slag. Eenmaal bezig is hij erg op zichzelf gericht en laat hij zich niet snel afleiden door anderen.

In "2. 2 Algemene beschrijving" zullen verschillende kenmerken van PDD-NOS gekoppeld worden aan Rik. Dit schept een duidelijker beeld van hoe Rik is. Ook verder in deze scriptie zal Rik verschillende malen gebruikt worden om iets duidelijker toe te lichten.

2.2 Algemene beschrijving

PDD-NOS is een stoornis die valt onder het autisme spectrum. Dit is ook te zien aan de gedragskenmerken die bij PDD-NOS te zien zijn. Bij de algemene beschrijving van autisme is te lezen dat er 4 hoofd gedragskenmerken zijn die bepalend zijn voor het beeld dat autisme geeft. Bij PDD-NOS zijn 3 gedragskenmerken ook duidelijk aanwezig (Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, Jakob Rigter, 2002, Uitgever Coutinho, Bussum). Hieronder zullen ze behandeld worden.

Het eerste kenmerk dat genoemd wordt is de problematiek in de sociale interactie. Iemand met PDD-NOS heeft hier ook moeite mee. Het kan zijn dat een baby of kind vreemd reageert op interactie van ouders. Het knuffelen of vastgehouden worden door anderen wordt vaak als onprettig ervaren. Het is erg moeilijk voor iemand met PDD-NOS om zich in te kunnen leven in de ander. Gedachten en gevoelens van de ander worden niet goed begrepen.

Moeite met sociale interactie en het contact dat daarmee gepaard gaat is ook duidelijk te merken bij Rik. Het is voor hem erg moeilijk zich goed op te stellen in een groep en zijn daar veilig te voelen. Als dit niet zo is dat wordt hij erg stil en teruggetrokken.

Het tweede kenmerk zijn de problemen met communicatie en taal. De ontwikkeling van spraak en taal verlopen vaak moeizaam traag. Een persoon met PDD-NOS ontwikkelen echter wel vaak de spraak en taal. Het probleem ligt vaak bij het kunnen uitleggen van hun handelingen en gedachten. Dit onder woorden brengen van een idee is lastig.

Rik heeft hier soms last van. Als een situatie spannend voor hem is dan kan hij soms niet goed uit zijn woorden komen of gaat hij stotteren. Hierbij wil hij ook wel eens agressief worden. Het uitleggen van situaties moet heel duidelijk en kort zijn omdat het anders niet begrepen wordt. Het gebruik van korte zinnen is erg belangrijk om de opdracht te doen snappen.

Het derde kenmerk is de behoefte aan structuur. Iemand met PDD-NOS heeft veel behoefte aan structuur. Het zal zich dan ook verzetten als de structuur veranderd wordt. Het is erg belangrijk om duidelijkheid te scheppen en te zorgen dat iemand weet wat er gaat gebeuren. Een verandering moet dan ook duidelijk vermeld worden en stapsgewijs gaan. Creativiteit en fantasie ontbreken dan ook vaak. Iemand met PDD-NOS is erg gehecht aan zekerheid en heeft het niet op nieuwe dingen.

Bij Rik uit zich dit ook. Hij weet precies wanneer hij een afspraak heeft en komt ook nooit op tijd. Als hij door omstandigheden ergens een keer te laat komt, raakt hij van slag en valt hij stil. De dag is helemaal gepland en hij weet precies wat er gaat gebeuren en hoe het moet gebeuren. Dit om de controle te houden en om niet op onverwachte situaties te stuiten. Om deze reden is hij ook vastgelopen in zijn studie bedrijfskunde waarbij soms onverwachte dingen gebeuren waar hij niet mee wist om te gaan.

2.3 Classificerende benadering

PDD-NOS is een vorm van autisme. Het heeft duidelijk veel overeenkomsten met de klassieke vorm van autisme. Maar er zijn wel verschillen. In de DSM 4 staat een apart stuk over PDD-NOS en is te zien in bijlage 2.

Het eerste wat op valt is dat het maar een kort stuk is. Het is niet zo dat aan de hand van een paar punten gekeken wordt of iemand PDD-NOS heeft. Het is zo dat bij een onderzoek gekeken wordt of iemand autisme heeft. Het kan zijn dat iemand niet voldoende punten uit de DSM 4 voor autisme heeft, maar wel een aantal symptomen heeft die kenmerkend zijn voor autisme. Als er wel een aantal kenmerken zijn van het autisme spectrum, komt de diagnose PDD-NOS in beeld. Aan de hand van de beschrijving die in de DSM 4 staat wordt dan gekeken of iemand PDD-NOS heeft of niet.

2.4 Hermeneutische benadering

De hermeneutische benadering kijkt naar de oorzaken van het gedrag en probeert zo het gedrag te begrijpen. Er kan gekeken worden naar eventuele biologische factoren die een oorzaak spelen bij het gedrag. Ook wordt ieder individu beïnvloed door omgevingsfactoren die je maken zoals je bent. Een trauma is hier een voorbeeld van.

Deze hermeneutische benadering is hieronder toegepast op iemand met PDD-NOS en een contactstoornis. Eerst zullen aan aantal biologische factoren aan de orde komen. Daarna zullen omgevingsfactoren besproken worden.

Hersengroei:

Bewezen is dat de hersenen van autistische kinderen over het algemeen kleiner zijn, maar wel sneller groeien. Dit gebeurt in de eerste levensjaren van de kinderen. Dit beweren

Amerikaanse onderzoekers (www.gezondheid.be). Door hun werd vastgesteld dat bij 48 autistische kinderen de hoofdomtrek bij de geboorte tot de 25% kleinste groep thuishoorde. Na 1 jaar behoorde deze groep echter tot de 15 % grootste groep. Een groot verschil dus. Na deze sterke groei viel de abnormale groei van de hersenen stil. Mogelijk kan het zijn dat de snelle groei van de hersenen de oorzaak kan zijn van het niet helemaal goed ontwikkelen van bepaalde delen van andere hersendelen. Dit zijn vermoedens die niet bewezen zijn. Hierbij komt dat het ook nog onduidelijk is wat de oorzaak is die versnelde groei. Vermoed wordt dat dit een genetische oorzaak heeft.

*In het dossier dat Rik heeft zijn geen gegevens te vinden die er op duiden dat er in de eerste levensjaren een afwijkende hersengroei te zien was. Dit wil echter niet zeggen dat het er ook niet was. Er is alleen geen onderzoek naar gedaan omdat dit anders ongetwijfeld vermeld had gestaan in het dossier.
Op dit moment is met het blote oog ook geen afwijkende hoofdomtrek te zien.*

Vitamine B6:

Vitamine B6 is noodzakelijk voor de vorming van verschillende eiwitten en het gebruik van aminozuren. Het heeft onder andere invloed op de werking van het centrale zenuwstelsel, de vetstofwisseling en de vorming van hemoglobine. Een gebrek aan vitamine B6 kan leiden tot stuip trekkingen, gewichtsverlies, buikpijn, braken en geprikkeldheid.

Wetenschappelijk is er geen bewijs dat een gebrek aan vitamine B6 tot autistisch gedrag kan leiden. Er zijn echter theorieën die stellen dat door een genetisch oorzaak een gebrek kan ontstaan door dit belangrijke vitamine B6. Een grote dosis vitamine B6 zou er dan voor moeten kunnen zorgen dat autistisch gedrag vermindert.

Bernard Rimland, Psycholoog en hoofd van het Onderzoeksinstituut van het autisme (ARI) in San Diego, deed een groot onderzoek naar deze vitamine. 200 autistische kinderen namen een grote dosis (tussen de 300 en 500 mg per dag) vitamine B6. Het gevolg waren redelijke gedragsverbeteringen. Bij 30% - 40% van de kinderen was zelfs een duidelijke gedragsverandering te zien. Beter oogcontact, meer interesse in de wereld om hun heen en minder woede-aanvallen waren een aantal gevolgen.

Hoewel geen enkel kind echt genezen is door het gebruik van vitamine B6, zijn er toch in enkele gevallen opmerkelijke gedragsveranderingen te zien.

De stof magnesium versterkt de werking van vitamine B6 en wordt dus vaak toegevoegd bij het gebruik van vitamine B6. Ook doet het de negatieve effecten verminderen.

Bij Rik is geen onderzoek gedaan naar deze stof. Ook heeft Rik geen speciaal dieet met vitamine B6 met magnesium. Het is dus moeilijk om te zeggen dat deze stof ook bij Rik een rol speelt in het autistische gedrag dat hij vertoont. Het kan niet ontkent worden dat het ook bij Rik een rol kan spelen. Daarnaast kan het zeker ook niet erkent worden.

Omgevingsfactoren:

Als kind wordt iemand met PDD-NOS vaak niet begrepen. Al snel ziet de omgeving dat het kind anders is dan andere kinderen. Het kind houdt er vaak niet van om vastgehouden te worden en lijkt vaak in zijn of haar eigen wereld te leven. Doordat het kind anders is dan andere kinderen weten ouders vaak niet hoe ze met het kind om moeten gaan. Het gevolg kan zijn dat het kind gepest wordt door andere kinderen omdat het kind raar is en misschien ook snel kan gaan huilen of boos worden. Ouders weten niet hoe ze met het kind om moeten gaan en kunnen verschillende dingen proberen wat ook niet goed kan zijn voor het

kind. Het kan zijn dat het kind alleen ergens wordt neergezet en juist minder aandacht krijgt omdat het toch maar lastig of vaak straf krijgt.

Het is duidelijk dat iemand met een contactstoornis een andere opvoeding krijgt en daardoor vanzelf in een uitzonderingspositie wordt geplaatst. Dit kan ook weer invloed hebben op het kind waardoor het autistische gedrag misschien wel wordt versterkt.

Het is moeilijk om te zeggen in welke mate deze omgevingsfactoren van invloed zijn geweest op Rik. Al van kinds af aan speelde hij alleen. Zijn ouders hebben snel aan de bel getrokken en verschillende hulpinstanties ingeroepen. Hierdoor heeft Rik een redelijk normale opvoeding gehad.

2.5 Verschil tussen autisme en PDD-NOS

Autisme en PDD-NOS zijn allebei meervoudige ontwikkelingsstoornissen, waarvan de kenmerken erg op elkaar lijken, maar waarbij die kenmerken bij autisme duidelijker waarneembaar zullen zijn. Gewoonlijk is het kind een jaar of drie oud wanneer ouders beginnen te begrijpen dat hun kind speciaal is. Soms zullen ouders echter aangeven dat ze zich direct na de geboorte al wat zorgen hadden gemaakt bijvoorbeeld omdat het kind niet normaal reageerde op bepaalde sociale prikkels. Autisme en PDD-NOS zijn psychologische stoornissen, die de vaardigheid van een kind om te communiceren, het begrijpen van taal en (spel-)regels en het relateren naar anderen beïnvloeden.

In de DSM-IV behoren autisme en PDD-NOS alle twee tot het omvangrijke hoofdstuk 'Pervasive Developmental Disorders'¹ ofwel ontwikkelingsstoornissen. Een diagnose van autisme wordt pas gesteld indien iemand zes of meer van de twaalf genoemde symptomen vertoont. Deze symptomen bestrijken drie grote gebieden: sociale interactie, communicatie en gedrag. Wanneer kinderen wel afwijkend gedrag vertonen, maar niet geheel aan de genoemde criteria voor autisme voldoen, kunnen zij de diagnose PDD-NOS krijgen. Omdat er veel gelijkenis is in uiterlijke verschijningsvormen van autisme en PDD-NOS, zijn de behandeling en onderwijsbehoefte voor beide diagnoses in principe hetzelfde. De behandeling van PDD-NOS zal echter minder intensief behoeven te zijn dan die van kinderen met autisme. En zullen kinderen met PDD-NOS natuurlijk vaker in het basisonderwijs (en zelfs voortgezet onderwijs) kunnen blijven deelnemen dan kinderen met autisme.

Autisme komt in ongeveer 2 tot 5 per 1.000 geboren kinderen voor. PDD-NOS in ongeveer 5 tot 15 gevallen. De onzekerheid die deze getallen tot uitdrukking brengen, geven al aan dat er behoorlijke variaties mogelijk zijn in de wijze van diagnostiseren. Deze ontwikkelingsstoornissen komen vermoedelijk vier keer vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

Autisme en PDD-NOS zijn geen vorm van zwakzinnigheid of verstandelijke handicap. Sommige autistische mensen kunnen zeer intelligent zijn. Men zegt zelfs dat de grote geleerde Albert Einstein aan autisme (of aan dyslexie of aan ADHD) heeft geleden. Kinderen met autisme of PDD-NOS zijn soms 'begaafd' en hebben dan een hoge "normale" intelligentie. De meeste zullen echter zwakzinnig zijn, terwijl een aantal een "normale" intelligentie hebben.

3. Gedragsverandering

3.1 Wat is gedragsverandering

Om duidelijk te maken wat er wordt bedoeld met gedragsverandering, is het goed om eerst duidelijk te maken wat wordt verstaan onder gedrag. In het woordenboek van Van Dale wordt gedrag omschreven als:

1. De wijze waarop iemand zich gedraagt
2. De wijze waarop iets reageert op de omgeving

Bij de eerste omschrijving gaat het duidelijk om het handelen van een persoon. Bij de tweede uitleg gaat het om de interactie met de omgeving. Bij het gedragsverandering wordt hier dus bedoeld dat iemand zich anders gedraagt in zijn handelen en de manier waarop er gereageerd wordt op de omgeving.

3.2 Referentiekader

Hoe gedrag tot stand komt is erg belangrijk om te weten. Als je gedrag wilt veranderen moet je weten waar gedrag vandaan komt. Hier zijn echter verschillende theorieën over. Hieronder zullen drie theorieën kort beschreven worden en wordt gekeken hoe de stroming kijkt naar gedragsverandering (Het Palet van de Psychologie, Stromingen en hun toepassingen in de hulpverlening, Jakop Rigter, 2^e druk 1997, uitgever Coutinho, Bussum).

	Psycho - analyse	Cliënt centered	Gedragstherapie
Stroming:	Psycho- analytische stroming	Humanisme	Behaviourisme
Mensbeeld:	De mens is een onbewust driftwezen. De persoonlijkheid wordt in de 1 ^e 5 jaar gevormd.	De mens is een subject, bewust / rationeel en interactioneel	De wereld maakt je zoals je bent. Gedrag komt voort uit stimulus van de wereld. De mens is leerbaar voorstelbaar
Visie op stoornissen:	energie is geblokt	geen zelfontplooiing. Geen stimulerende of optimale interactie	verkeerde of foute stimulus, verkeerde of te weinig leerproces.
Visie op hulpverlening:	de mens is moeilijk te veranderen. Therapie kan lang duren.	Interactie is de oplossing, hulpverlening is altijd mogelijk	hoopvol. Therapeut moet juiste stimulus vinden om gedrag te veranderen.

Psycho - analyse:

Dit referentie kader is voor het grootste deel ontworpen door Sigmund Freud. Deze stroming gaat ervan uit dat een onbewuste hebt. Dit bestaat uit wensen die door de omgeving niet geaccepteerd worden. Deze wensen blijf je wel houden, maar die worden onderdrukt of verdrongen. Soms komt dit onderbewuste er wel uit in bijvoorbeeld een verspreking. De Psycho analytische stroming gaat er dus ook van uit dat al ons gedrag een betekenis heeft. Als cliënt heb je bij deze stroming vaak een lange weg te gaan. Omdat je in de eerste 5 jaar van je leven je persoonlijkheid hebt opgebouwd, komen de stoornissen die je hebt voort uit een verkeerde ontwikkeling ergens in die eerste 5 jaar. Deels gaat deze stroming er ook van uit dat je door biologische aanleg je gedrag vormt.

Hulpverlening is erg moeilijk en duurt heel lang omdat je als persoon al bent gevormd tot wie je bent. De ontwikkeling heb je al doorlopen en nieuwe ontwikkeling gaat niet. Door middel van langdurige therapieën kun je fasen uit je eerste 5 levensjaren opnieuw ontwikkelen en doorlopen. Dit gaat echter heel moeizaam en duurt lang. In therapie wordt vaak gebruik gemaakt van symboliek en wordt er veel gekeken naar het verleden.

Cliënt - centered:

Deze stroming is vooral uitgewerkt door Rogers en in de therapieën staat de cliënt centraal. De ontwikkeling die de cliënt of persoon doormaakt staat centraal. Deze stroming benadrukt dat de mens zijn hele leven zich kan ontwikkelen. De mens wordt niet alleen de eerste levensjaren gevormd, maar zijn hele leven. Voor deze ontwikkeling is de mens zelf verantwoordelijk. Er wordt van uitgegaan dat de cliënt zijn eigen baas is en ook zijn eigen problemen het best kent. In tegenstelling tot de psychoanalyse is deze stroming heel positief over een behandeling. In de psychoanalyse is een therapie er op gericht om de innerlijke (onbewuste) driften te onderdrukken en er mee leren om te gaan. De cliënt - centered heeft veel vertrouwen in de groeimogelijkheden van het individu. De cliënt moet niet iets onderdrukken, maar krijgt juist de ruimte om zich te ontwikkelen.

Deze stroming gaat er van uit dat de persoonlijkheid van de mens bestaat uit het denken, voelen en handelen. Als er iets mis gaat in de ontwikkeling van het individu gaat er iets mis in de interactie tussen het denken, voelen en handelen. Therapie is er dus ook op gericht om deze interactie te herstellen en is vooral gericht op het voelen.

Gedragstherapie:

De gedragstherapie is bedacht en gemaakt door verschillende personen. Pavlov, Skinner en Watson hebben een groot aandeel hier in gehad. Deze richting richt zich alleen op het waarneembare gedrag van een individu en richt zich bijvoorbeeld niet op gedachten of dromen. De stroming richt zich op de leerprocessen van het individu. Hier wordt het aanleren van gedrag centraal gesteld en niet het krijgen van kennis. Men gaat er in deze stroming vanuit dat iemand die geboren wordt nog geen aangeleerd gedrag vertoont. Het gedrag dat iemand vertoont komt door de ervaringen die iemand opdoet in zijn of haar leven. Wel gaat de gedragstherapie ervan uit dat biologische aspecten een rol spelen bij de mogelijkheden van de mens.

De gedragstherapie gaat ervan uit dat iemand "blanco" wordt geboren en gedrag leert van de omgeving. Hierbij wordt er dus ook vanuit gegaan dat iemand geen richting kan geven aan zijn eigen leven, maar dat dit bepaald wordt door de omgeving. Van de omgeving krijg je verschillende prikkels die iets met je doen. Wat deze prikkels precies met je doen is niet bekend en kan niet worden gezien. Dit gebeurt in de persoon zelf en die wordt daarom ook de black box genoemd. Het gedrag dat uit de persoon komt is vervolgens een gevolg op de prikkels van buitenaf.

Vaak is het doel van therapie het inslijpen en het oefenen van psychosociale vaardigheden door middel van duidelijk omschreven opdrachten. Deze vaardigheden worden vaak herhaald en voorgedaan en gaan van makkelijk naar moeilijk.

De psychoanalytische stroming is deels te plaatsen in de casus van Rik. Het kan zijn dat in de eerste 5 levensjaren de stoornis zich ontwikkeld heeft, maar men gaat er veelal vanuit dat de stoornis autisme en PDD-NOS voor het grootste deel genetisch vastligt. Dit is dus niet helemaal betrouwbaar. Feit is ook dat hulpverlening niet erg hoopvol is. In de eerste plaats gaat hulp veel tijd en dus geld kosten. Bij deze vorm van therapie wordt veelal in het verleden gegraven en gekeken. Dat is nu juist wat iemand met PDD-NOS erg moeilijk vindt. Dit referentiekader van de cliënt - centered is voor een deel geschikt voor de behandeling van Rik. Het is heel positief om ervan uit te gaan dat de ontwikkeling nog door gaat. Op deze manier is er dus eventueel een positieve ontwikkeling mogelijk. Aan de andere kant is het

lastig om te zeggen dat de cliënt zijn eigen baas is en dat die zijn eigen probleem het beste kent. Dit is zo omdat Rik het juist erg afhankelijk is en helemaal niet weet wat zijn probleem is. Hierbij vertrouwt hij juist op de begeleider en daar heeft hij sturing van nodig. Dit referentiekader heeft dus duidelijk goede punten, maar er zijn ook een aantal mindere punten waardoor het niet het meest geschikt is voor de behandeling van iemand met PDD-NOS.

De stroming van de gedragstherapie is erg geschikt voor Rik. Deze stroming gaat ervan uit dat nieuw gedrag aangeleerd kan worden en dat er dus therapeutische mogelijkheden zijn. De therapeut moet dan zorgen voor een geschikte stimulus, wat er tot kan leiden dat er nieuw gedrag ontstaat. Het herhalen en oefenen is een punt wat belangrijk is voor Rik. Voordat iets geleerd wordt moet het goed geoefend en geleerd zijn voordat hij het toe kan passen.

Deze redenen tegen elkaar aangelegd is het goed om bij een behandeling ervoor en kiezen om vanuit een gedragstherapeutische referentiekader te starten.

3.3 Mogelijkheden/onmogelijkheden voor gedragsverandering

Maar wat zijn dan de mogelijkheden voor gedragsverandering. Er is veel vermoeden dat PDD-NOS voor een deel genetisch is vastgelegd. In het verdere leven van het kind en later volwassene wordt het gedrag verder ontwikkeld. Een kind met PDD-NOS heeft daardoor en kan daar niet van genezen. Wel zijn er onderzoeken gedaan waarbij naar voren kwam dat gedragsverandering zeker wel mogelijk is.

Het was heel moeilijk om bronnen te vinden waarin te vinden was dat gedragsverandering ook daadwerkelijk mogelijk was bij mensen met PDD-NOS. De reden hiervoor was dat er simpelweg nog nauwelijks bewijzen zijn dat gedragsverandering mogelijk is. Met veel inspanning heb ik toch enkele bronnen gevonden die hieronder verder zullen worden uitgewerkt en toegelicht.

Medicatie:

Medicatie is een middel dat veel wordt toegepast bij verschillende stoornissen. Ook bij mensen met PDD-NOS wordt soms medicatie gebruikt. (Cees Ketelaar, psychofarmaca bij autisme, Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme, nummer 1, mei 2002). Het medicijn clonidine wordt af en toe gebruikt bij mensen met PDD-NOS. Het medicijn zorgt ervoor dat de prikkelbaarheid en de hyperactiviteit af kan nemen bij iemand. Het nadeel van dit medicijn is echter dat het lang niet bij ieder persoon werkt. De bijwerkingen die het medicijn kan veroorzaken zijn slaperigheid, hypotensie en verschillende depressieve symptomen. Om deze reden wordt het medicijn ook niet veel gebruikt. Het feit is echter wel dat het medicijn bij verschillende mensen met PDD-NOS een positieve gedragsverandering teweeg heeft gebracht.

Voor Rik is het moeilijk om te zeggen of dit medicijn ook voor hem een positieve werking heeft. Rik heeft het medicijn clonidine nog nooit genomen en op het moment gebruikt hij geen medicijnen.

Verhogen van het SQ:

Meneer H. Berger, psycholoog- psychotherapeut en universitair hoofddocent van de Katholieke Universiteit van Nijmegen heeft een onderzoek gedaan naar gedragsverandering bij mensen met PDD-NOS. Aan het onderzoek deden 32 cliënten mee die allen een vorm hadden van het Autisme Spectrum Stoornis. Bij de cliënten werd door middel van de SQ-test hun Sociale Intelligentie gemeten. Aan het begin van de behandeling hadden 28 van de

32 cliënten een SQ dat 85 was of lager. Het gemiddelde voor een SQ is 100. Dit getal was dus erg laag. In het artikel dat H. Berger hier over beschreven heeft benoemd hij dat maar 1 procent van de bevolking lager scoort.

Na de behandeling die de cliënten waren ondergaan deden ze opnieuw een SQ- test. Hieruit bleek dat 60% van de cliënten met 15 punten omhoog was gegaan. Het is dus mogelijk om door middel van behandeling de Emotionele Intelligentie van een cliënt omhoog te krijgen. Om te kijken wat hier de meerwaarde is, is het van belang om dieper in te gaan op wat de Sociale Intelligentie precies inhoudt.

De Sociale Intelligentie is een onderdeel van de Emotionele Intelligentie. Deze Emotionele Intelligentie is weer een aanvulling op het bekende Intelligentie Quotiënt (IQ), die ontwikkeld is door Henry Goddard (www.wikipedia.nl) Deze IQ test is het meest betrouwbaar om het IQ te testen van een persoon. Het is vooral gericht op het meten van de cognitieve vaardigheden. Met cognitieve vaardigheden wordt hierbij het vermogen om verstandelijk (met het denken) tot kennis te komen, bedoelt.

Het Emotionele Intelligentie (Daniël Goleman, 1995) kijkt niet alleen naar kennis, maar ook naar empathie en emoties. Dit zijn zaken waar iemand met PDD-NOS juist vaak moeite mee heeft. De centrale vragen die in een EQ- test naar voren komen zijn:

- *Hoe gaat iemand om met emoties van anderen en van zichzelf.*
- *Hoe reageert iemand op situaties waaraan hij of zij niet kan veranderen.*

De Sociale Intelligentie, die aan onderdeel is op de Emotionele Intelligentie kijkt vooral naar het sociale aspect. De centrale vraag die binnen deze test naar voren komt is:

- *Hoe red iemand zich in de samenleving.*
- *De vaardigheid om anderen te begrijpen*

Bekend is inmiddels dat iemand met PDD-NOS veel moeite heeft om zich te redden binnen de maatschappij. Het is met de SQ gebleken dat het mogelijk is om door middel van behandeling De SQ te laten stijgen tot het gemiddelde (100). Een belangrijk aspect is het vragen om hulp en het ontwikkelen van enig zelf- en ziektebesef.

Ontwikkelen van een beter zelf- en ziektebesef:

H. Berger, die al genoemd is bij het verhogen van het SQ, ontdekte ook dat tijdens de behandeling het zelf- en ziektebesef een positieve ontwikkeling doormaakte (H. Berger, Behandelingseffecten bij de autistische adolescent, Bulletin, 1983) Meneer Berger stelt hier dat het positief is, dat mensen met een vorm van autisme, een ontwikkeling doormaken in hun zelf- en ziektebesef. In het artikel legt Berger uit dat door deze ontwikkeling de cliënten in staat worden gesteld om hulp te vragen als ze ergens tegenaan lopen en het leren herkennen als een tekortkoming. Hierdoor kunnen de mensen met een vorm van autisme zich beter redden in de maatschappij. In het artikel citeert H. Berger het doel van de behandeling als volgt: "de ongecompliceerde onnozelheid verminderen die maakt dat de autist in de maatschappelijke omgang meteen kopje onder gaat."

Doordat het mogelijk is om het zelf- en ziektebesef van iemand met autisme te verbeteren is het voor de cliënt mogelijk om zich te redden in de maatschappij.

Rik heeft niet echt een goed ziektebesef. Hij vindt het erg moeilijk om in te kunnen schatten wat hij wel en niet kan. Hierdoor kan hij zich heel afhankelijk opstellen of hij trekt zich juist helemaal terug. Als hij zelf iets probeert kan hij niet inschatten of hij het nou kan of niet. Hierdoor wil het nog wel eens gebeuren dat er iets mis gaat. Ook wil hij wel hulp vragen voor dingen die hij eigenlijk makkelijk kan of moet weten.

Hieronder nog even alle (on)mogelijkheden op een rijtje:

- Door medicatie is enige gedragsverandering mogelijk
- Het is mogelijk om de Sociale Intelligentie te verhogen
- Het is mogelijk om een beter zelf- en ziektebesef te ontwikkelen
- Het is niet mogelijk om iemand met PDD-NOS te genezen.

Met deze mogelijkheden tot gedragsverandering als basis heb ik gekeken welke doelen voor een behandeling en welke doelen binnen de PMT hieraan gekoppeld kunnen worden. Wat hier uitgekomen is, is te lezen in het volgende hoofdstuk: 4. Werkdoelen voor een behandeling.

4. Werkdoelen voor een behandeling

4.1 Doelen die zijn te koppelen aan de mogelijkheden tot gedragsverandering

De eerste mogelijkheid die genoemd wordt is het verhogen van de Sociale Intelligentie (SQ). Het is dus mogelijk dat iemand door middel van behandeling, zich beter kan redden in de maatschappij en daarbij in staat is anderen beter te begrijpen. Het eerste punt is het kunnen redden in de maatschappij. Om jezelf te kunnen redden binnen de maatschappij zijn een aantal zaken belangrijk om te kunnen. In het artikel van H. Berger wordt het kunnen functioneren binnen de maatschappij onderverdeeld in 4 activiteiten. Deze zijn:

Zelfredzame activiteiten	(kleden kopen, met geld omgaan, telefoneren enz.)
Ondernemende activiteiten	(initiatief nemen, vrije tijd invullen enz.)
Huishoudelijke activiteiten	(rommel opruimen, tafel dekken, bed opmaken enz.)
Sociale activiteiten	(anderen opzoeken, een praatje maken, met anderen optrekken enz.)

Ik heb ervoor gekozen om deze 4 punten te gebruiken als basis voor het kunnen functioneren in de maatschappij. Dit heb ik gedaan omdat naar mijn mening deze 4 punten een mooi compleet beeld geven van het kunnen functioneren binnen de maatschappij.

Zelfredzame activiteiten:

Hierbij gaat het erom dat iemand zichzelf kan redden. Hierbij kan hulp van anderen wel nodig zijn, maar hiervoor is het dus ook nodig om hulp te kunnen vragen bij iets wat iemand niet kan. Activiteiten die hierbij horen zijn ondermeer het kopen van kleden, het omgaan met geld en het telefoneren. Dit zelf kunnen doen of dit doen met de hulp van iemand anders komt hier naar voren. Bij deze activiteiten kom je vaak in contact met anderen. Als er bijvoorbeeld kleden moeten worden gezocht moet je afrekenen, misschien de goede maat kopen. Hierbij komt het ook dat verschillende mensen in de winkel kunnen zijn. In de winkel kun je verschillende kleden kiezen en je mag aanwijzen welke je wil passen. Hierin komt het stukje contact, het nemen van initiatief naar voren.

Ondernemende activiteiten:

Bij de ondernemende activiteiten gaat het om het ondernemen. Het doen van dingen. Dit kan een bezoekje brengen aan iemand zijn. Wat hier naar voren komt is het afwijken van de dagelijkse structuur. Je gaat iets doen wat je anders niet elke dag doet of niet zo vaak doet. Het spontaan iets doen of ondernemen komt hier ook aan bod. Of je iets kunt verzinnen wat je wilt gaan doen. Dit kan zijn het lezen van een boek of een dagje uitgaan. Doelen die gemaakt kunnen worden op dit vlak zijn initiatief nemen en iets voor jezelf verzinnen.

Huishoudelijke activiteiten:

Bij het doen van huishoudelijke activiteiten gaat het erom hoe iemand in staat is zich in het huishouden te redden. Alles in het huis heeft hiermee te maken. Dit kan zijn het dekken en het opruimen van de tafel, het netjes houden van je kamer en het opmaken van je bed. Ook het stofzuigen. Het kan zijn dat ondersteuning bij deze activiteiten nodig is. Dit kan bijvoorbeeld het doen van een was of het strijken zijn. Iemand met PDD-NOS en een contactstoornis kan dit erg moeilijk vinden. Als er een duidelijke voorgeschreven regel is over hoe het gedaan moet worden, kan het vaak wel aangeleerd worden.

Sociale activiteiten:

Het doen van sociale activiteiten is vaak het moeilijkste punt. Iemand met een contactstoornis heeft vaak helemaal geen behoefte aan contact. In zekere mate is het alleen zijn en het alleen doen van dingen niet erg. Dit wordt vaak vermeden omdat het omgaan met anderen spanning kan opleveren. Maar in het dagelijkse leven heb je anderen nodig. Onder het doen van sociale activiteiten wordt een praatje maken, iemand opzoeken en gericht zijn op de ander verstaan.

De punten waar op dit vlak aan gewerkt kunnen worden is dus oogcontact maken, een praatje maken, in de belangstelling staan en omgaan met spanning.

Als duidelijk is wat van Rik verlangd wordt, heeft hij geen moeite om activiteiten uit te voeren. Wat het telefoneren betreft heeft Rik wel moeite. Het is vooral zo dat hij het eng en moeilijk vindt om met iemand te praten. Als hij door iemand wordt opgebeld neemt hij echter wel op en gaat het wel goed.

Omgaan met vrije tijd is niet erg moeilijk voor Rik. Thuis heeft hij een treinbaan waar hij veel mee bezig is en helemaal in op kan gaan. Als deze treinbaan wegvalt kan hij het echter wel moeilijk krijgen omdat hij naast deze treinbaan niets heeft.

Thuis heeft Rik geleerd om zelf zijn bed op te maken en zijn kamer netjes te houden. Dit doet hij ook altijd heel netjes. Op zijn kamer is ook duidelijk een structuur te zien. Alles wat gebruikt wordt, wordt ook weer netjes op dezelfde plek neergezet. Als zijn kamer niet is zoals hij gewend is, kan Rik in paniek raken.

Wat hij erg lastig vindt is het maken van oogcontact en het maken van een praatje. Hij staat niet graag in de picture en als dit wel zo is levert dit vaak Door zijn contactstoornis vindt hij het heel moeilijk om contact met anderen aan te gaan. Dit kan veel spanning opleveren.

Op de verschillende vlakken zijn punten te vinden die gebruikt kunnen worden als doel binnen een behandeling. De doelen staan hieronder nog eens overzichtelijk op een rijtje:

- Initiatief nemen
- Iets voor jezelf beginnen
- Omgaan met een verminderde structuur
- Oogcontact maken
- Een praatje maken
- In de belangstelling staan
- Omgaan met spanning

Bij de behandeling kunnen deze doelen dus als uitgangspunt genomen worden en is de kans het grootst dat gedragsverandering zal optreden.

4.2 PMT als meerwaarde binnen een behandeling

Dit kopje gaat in op wat de meerwaarde is van PMT ten opzichte van behandeling in andere contexten. Het was erg lastig om literatuur te vinden om dit te onderzoeken. Uiteindelijk zijn de volgende punten naar voren gekomen.

De PMT zaal is een voor gevormde context die uitnodigt tot actie en interactie. Dit werkt vaak positief en drempel verlagend. Iemand die de zaal in komt mag doen in plaats van praten. Dit is anders dan veel andere contexten waar een tafel staan en een paar stoelen. Dit appelleert aan praten. Iemand met PDD-NOS vindt het vaak lastig om te praten en komt vaak moeilijk uit zijn woorden. Als je iemand in een context plaatst waar niet gepraat hoeft te worden voelt diegene zich waarschijnlijk sneller op zijn gemak. Dit is het voordeel van de

PMT waar je lekker wat kunt doen en niet zoveel hoeft te praten. Natuurlijk wordt er binnen de PMT wel gepraat, maar het bewegen is wel het uitgangspunt. Hierdoor zal iemand met PDD-NOS zich sneller op zijn gemak voelen en actief willen oefenen aan de doelen die gesteld zijn.

Binnen de PMT is het de bedoeling dat een cliënt op zijn mogelijkheden wordt aangesproken. Er wordt van de mogelijkheden van de cliënt uitgegaan. Hierbij is de focus vaak op het beleven van een positieve ervaring, maar in ieder geval gaat het om een constructieve ervaring. In het verleden kan het voorgekomen zijn dat iemand negatieve ervaringen heeft opgedaan in een gymzaal. Het is erg belangrijk om iemand aan te spreken op wat hij wel kan en niet gelijk het niveau hoog leggen. Het is dus belangrijk dat iemand, helemaal in het begin, activiteiten doet die de cliënt kan. Hierdoor zal de cliënt zich eerder op zijn gemak voelen in de zaal.

De actie en de interactie die binnen de context zich afspelen zijn in vaak in het hier en nu. In het spelen van een spel of het doen van een activiteit wordt niet gekeken naar het verleden. Hierbij is het belangrijk dat je als therapeut niet in het modaliteit ontdekken gaat zitten, maar om in het hier en nu te blijven. Dit maakt het makkelijker voor iemand met PDD-NOS om de doelen te snappen. Bovendien worden actie en interactie patronen duidelijk zichtbaar. In het doen van een activiteit wordt gedrag snel zichtbaar dat dan ter plekke besproken kan worden. Hierna kan in dezelfde context geoefend worden met het oefenen van nieuw gedrag. Het oefenen met nieuw gedrag wordt minder bedreigend ervaren. De context van concreet handelen wordt meestal minder bedreigend ervaren als oefenen in een gesprekscontext. Hierdoor is het oefenen van nieuw gedrag makkelijker uitvoerbaar. (Paul Hekking en Martin van den Blink, 2006)

Het belangrijkste punt wat een meerwaarde is voor de PMT is dat cliënten het vaak leuk vinden. Dit heb ik duidelijk ervaren tijdens de behandeling. Cliënten doen vaak een positieve ervaring op en zijn vaak positief te spreken van de PMT.

Omdat het in de behandeling duidelijk gaat om het realiseren van gedragsverandering is dit Psychomotorische Therapie en niet bewegingsagogie (zie bijlage 3). Bewegingsagogie is gericht op het realiseren van een optimaal bewegingsgedrag van mensen met een beperking van mensen op dat terrein (Luuk Sietsma, 2002). Het doel van de behandeling is niet het optimaliseren van het bewegingsgedrag, maar het realiseren van gedragsverandering.

Bij de behandeling van een cliënt met PDD-NOS past het beste de modaliteit oefenen. Dit omdat het doel van de therapie moet zijn om nieuw gedrag (psychosociale vaardigheden) aan te leren. Voor iemand met PDD-NOS is het belangrijk om een voorbeeld te hebben en een activiteiten of nieuw gedrag in klein en overzichtelijke stappen te leren.

Het ervaren is niet geschikt omdat dit gedaan wordt als de therapeut nog zoekende is naar wat het probleem is en moet zoeken hoe verschillende psychosociale vaardigheden gedaan worden. Dit is bij deze behandeling niet aan de orde omdat duidelijk is welk gedrag veranderd moet worden.

De modaliteit ontdekken is veel te moeilijk voor iemand met PDD-NOS. Het is heel moeilijk om symbolisch te werken en naar het verleden te kijken. Iemand met PDD-NOS moet in het hier en nu blijven.

Om deze redenen is het van belang in de behandeling uit te gaan van de modaliteit oefenen.

4.3 Specifieke PMT doelen

Voor een behandeling van iemand met PDD-NOS zijn verschillende doelen vastgesteld om aan te kunnen werken bij een behandeling. Deze waren: initiatief nemen, iets voor jezelf beginnen, omgaan met een verminderde structuur, oogcontact maken, een praatje maken, in de belangstelling staan en omgaan met spanning.

Binnen de PMT zouden eventueel aan al deze thema's gewerkt kunnen worden. Maar er zijn een aantal thema's waarbij de PMT een belangrijk aandeel in kan leveren. Deze PMT doelen zal ik punt voor punt bespreken.

In het Handboek WTV, Paul Hekking, Maurits Uijting, Marga Hoeksma, Hans Knegtering en Anelee Mataheru, blz. 32, september 2006, is te lezen dat het hoofddoel bij iemand met een verstandelijke beperking is het leren omgaan met een verminderde structuur. Dit doel past ook goed bij iemand met PDD-NÖ^ en een contactstoornis. De problematiek die beschreven staat bij de verstandelijke beperking komt overeen met iemand met PDD-NOS en een contactstoornis. Beide hebben moeite met de sociale interactie, erg naar binnen gericht zijn en moeite met het verwerken van prikkels zijn hier voorbeelden van. Het doel is omgaan met een verminderde structuur. Het gaat hier dan om het oefenen van situaties die moeilijk en nieuw zijn voor de cliënt, maar die wel voorkomen in het dagelijkse leven. Door aan dit doel, wordt er aan gewerkt om de cliënt beter om te laten gaan met de wereld die soms zo moeilijk is om mee om te gaan.

Het tweede doel wat naar voren komt is inJtiatiejLnemen en hierbij genomen ook gelijk het thema iets voor jezelf beginnen. Doordat de PMT zich afspeelt in een bewegingscontext nodigt het uit tot actie en interactie. In een bewegingscontext zal iemand sneller durven en kunnen kiezen. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt zich wel op zijn of haar gemak voelt en zie vrij voelt om te oefenen. In een context waar gepraat wordt, is dit vaak moeilijker dat een context waar bewogen kan worden. Het oefenen met initiatief nemen kan goed geoefend worden in het kiezen van een leuke activiteit door de cliënt zelf. Hierbij kan de cliënt ook oefenen met het bedenken van spelregels. Door de bewegingscontext is er vaak minder spanning en is de drempel tot oefenen met het doel makkelijker te overbruggen.

alho?

Het derde punt is het maken van oogcontact. In de eerste plaats is het goed om dit doel binnen de PMT te brengen omdat het gaat om iemand met een contactstoornis. Dit is een moeilijk punt voor iemand met een contactstoornis en dus goed om te oefenen. Het oefenen in het maken van oogcontact kan ook mooi geplaatst in een bewegingscontext. Op die manier gaat het spelenderwijs en dus makkelijker voor de cliënt. Er kan een spel gekozen worden waarbij het spel beter lukt als je oogcontact maakt. Als in een context waarbij wordt gepraat moet oefen met het maken van oogcontact is dit vaak moeilijk omdat het dan moet. In een bewegingscontext kun je het maken van oogcontact door het spelen van een spel meer functioneel maken. Hierdoor zal het als minder bedreigen worden ervaren. Hierbij is het goed als je oefent in een groep zodat de cliënt met meerdere personen kan oefenen in het maken van oogcontact.

Het vierde thema dat goed binnen de PMT geoefend kan worden is het omgaan met spanning. Rik heeft regelmatig last van spanning die zich kan uiten in agressiviteit. Binnen de PMT zouden er oefeningen gedaan kunnen worden in het leren herkennen van lichaamssignalen. Hierbij kan de cliënt zich beter bewust worden van zichzelf en de gevoelens die hij heeft. Iemand met PDD-NOS vind dit erg moeilijk en daarom is het juist een goed idee om dit te oefenen. Als je beter in staat bent te luisteren naar je eigen lichaam kunt je eerder bij jezelf nagaan dat je jezelf niet lekker voelt of bijvoorbeeld gespannen bent. Een mooi volgende stap is dat het doen van ontspanningsoefeningen. Hier leert de cliënt nog meer te luisteren naar het lichaam en hierbij het leren ontspannen van het eigen lichaam. Het doen van ontspanningsoefeningen is echt iets van past binnen de PMT-context. Hierdoor is PMT ook een erg sterk punt in het leren ontspannen.

De andere doelen die zijn genoemd kunnen natuurlijk ook toegepast worden binnen de context van de PMT. Ik denk alleen dat dez^dfie^Dunten het beste passen binnen de PMT. Daarnaast lijkt het mij goed om bij een behaëefing binnen de PMT niet teveel thema's of

7

doelen aan te bieden aan deze doelgroep. Dit schept voor de doelgroep ook meer duidelijkheid omdat hierdoor een duidelijkere structuur is te zien binnen de therapie.

De doelen die nu niet genoemd zijn voor een behandeling binnen de PMT zijn: een praatje maken, in de belangstelling staan. Bij het doel een praatje maken ben je bezig om in een gesprekscontext te oefenen. Dit zou je binnen de PMT kunnen doen door middel van een toneelstukje. Ik ben echter van mening dat de context, die een gymzaal is, niet past bij het oefenen van een praatje. Dat is specifiek zo voor deze doelgroep. De gymzaal appelleert aan doen en bezig zijn. Om die reden is het belangrijk om bezig te zijn en niet de structuur te doorbreken die ze gewend zijn. Dit kan alleen gedaan als dat een specifiek doel is. Het is belangrijk om binnen de PMT een vaste structuur te hebben om vervolgens binnen die structuur te oefenen met verschillende doelen.

Het in de belangstelling staan is een doel die op zich wel goed binnen de PMT gedaan kan worden. Hierbij is het alleen belangrijk om te weten dat het staan in de belangstelling voor iemand met een contactstoornis erg moeilijk kan zijn. Het kan een cliënt erg veel spanning opleveren. Dit is dus een doel waar wel aan gewerkt kan worden, maar pas in een later stadium. Als iemand verschillende ontspanningstechnieken heeft aangeleerd en weet hoe ze toegepast moeten worden kan aan dit doel gewerkt worden. Er zijn verschillende aandachtspunten waar de therapeut op moet letten bij het aanbieden van de doelen. Deze staan vermeld in bijlage 4.

4.4 Het probleem van de transfer

Het is goed om in meerdere contexten dezelfde doelen toe te passen. De kans zal dan groter worden dat iemand met PDD-NOS de doelen leert en ermee aan de slag gaat. Het probleem zit hem echter in het niet kunnen maken van de transfer naar andere contexten. Wat iemand leert in een context, blijft ook in die context. Het lijkt er dus ook op dat de Psychomotorische therapie hier ophoudt en overgaat in de Bewegingsagogie. Het is belangrijk dat gekeken wordt naar de transfer en dat gekeken wordt op welke manier binnen de PMT de transfer het beste aangeboden moet worden. Ook wordt gekeken of dit geldt voor alleen de PMT of ook voor andere contexten.

t%
/ leg uit
*

Het aanbieden van de transfer:

Het is voor iemand met PDD-NOS erg moeilijk om een transfer te maken naar situaties buiten de context waar hetgeen geleerd is. Er wordt bij dit kopje stil gestaan hoe de kans zo groot mogelijk kan worden gemaakt dat iemand met PDD-NOS toch in staat is om de link te maken naar de buitenwereld. Hierbij wordt naar drie gebieden binnen de PMT gekeken. Dit zijn: de activiteiten keuze, interventies, en de therapeutische attitude.

Ik heb voor deze drie gebieden gekozen omdat ze van wezenlijk belang zijn binnen de context van PMT. Daarnaast kunnen de interventies en de attitude ook toegepast worden binnen andere therapeutische contexten en zelfs daarbuiten. Hierbij valt te denken aan een thuissituatie. Ik ben van mening dat deze drie gebieden een grote rol kunnen geven in het kunnen overbrengen van een transfer. Om die reden worden ze besproken.

De activiteiten keuze:

Binnen het aanbieden van activiteiten kan het zijn dat de therapeut ervoor kiest om de cliënten zelf een activiteit te laten kiezen. Bij therapie voor mensen met een contactstoornis kan hier ook voor gekozen worden als bijvoorbeeld het doel: kiezen of initiatief nemen aan de orde komt. Over het algemeen zal een therapeut ervoor kiezen om zelf een activiteit te doen omdat deze doelgroep het heel moeilijk vindt om te kiezen. Daarbij kan het moeten kiezen van een activiteit veel spanning opleveren.

Binnen het aanbieden van een activiteit zijn verschillende dingen belangrijk voor het beter kunnen maken van een transfer. In de eerste plaats is het goed om als therapeut de activiteit zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid te brengen. Hierbij kan het zijn dat een moeilijke situatie wordt nageemaakt in de zaal en dat de situatie dan nagespeeld kan worden. Zoals in hoofdstuk 4.2 PMT als meerwaarde binnen een behandeling te zien is, is het belangrijk om wel iets in het handelen te doen in een therapie. Dus dan zou het kunnen oefenen van een nagemaakte situatie het beste gemaakt kunnen worden in een andere therapie. Bijvoorbeeld bij Sociale Vaardigheid Training. Als binnen de PMT er bewogen wordt is het belangrijk om aan de sluiten bij de mogelijkheden bij de cliënten. Binnen het aanbieden en doen van een activiteit zijn er echter geen kenmerken die verzekeren dat je een transfer kunt maken met iemand die een contactstoornis heeft. Het grote voordeel van het doen van een activiteit is dat iemand sneller en makkelijker zal durven oefenen met nieuw gedrag. Dat is echter geen garantie voor het kunnen maken van een transfer.

Interventies:

Binnen een therapie worden er verschillende interventies gedaan door de therapeut. Een belangrijk aspect dat naar voren komt is het prikkelarm maken van de zaal (Handboek WTV, Paul Hekking, Maurits Uijting, Marga Hoeksma, Hans Knegtering en Anelee Mataheru, blz. 32, september 2006). Door er als therapeut op te letten en interventies te maken dat er minder prikkels zijn, kan iemand zich beter concentreren. Door de weinige prikkels ben je minder snel afgeleid. Het is belangrijk om activiteiten niet te snel moeilijker te maken en te veranderen. Belangrijk is ook dat de therapeut een vaste structuur heeft binnen de therapie. Bij het bevragen is het goed om niet te lang te bevragen omdat het dan spannend kan worden voor iemand met een contactstoornis. Ook is het moeilijk om te bevragen over het verleden van een cliënt. Dat is erg moeilijk en spannend.

Door deze interventies te plegen is het mogelijk om de kans groter te maken dat iemand een transfer kan maken. Het is echter geen zekerheid.

Therapeutische attitude:

Binnen de therapie kan een therapeut verschillende attitudes gebruiken. Voor een cliënt is het belangrijk dat die zich veilig kan voelen binnen de therapie setting zodat hij durft te oefenen met nieuw gedrag. Daarnaast heeft een cliënt veel behoefte aan structuur en duidelijkheid van wat er van hem verwacht wordt. Om zo aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt is het belangrijk om als therapeut steunend, stimulerend en structurerend te zijn (Handboek WTV, Paul Hekking, Maurits Uijting, Marga Hoeksma, Hans Knegtering en Anelee Mataheru, blz. 32, september 2006). Deze therapeutische attitudes sluiten het beste aan bij iemand met een contactstoornis. Voor het kunnen maken van een transfer bieden deze 3 attitudes de beste mogelijkheden voor het vergroten van de kans daarvan. Ook bij dit punt is het echter geen zekerheid voor het kunnen maken van een transfer. De kans op het kunnen maken van een transfer kan dus wel vergroot worden door iets te doen in de activiteitenkeuze, de interventies en de verschillende therapeutische attitudes. Het geeft echter geen zekerheid op het kunnen maken van een transfer.

Binnen de therapie werkt ook Rik heel hard. Hij probeert te luisteren en de activiteit heel goed uit te voeren. Soms kan hij een link maken naar de buitenwereld als hij bevraagd wordt door de therapeut. Als hij gevraagd wordt hier de rest van de week eens op te letten of het een keer te proberen geeft hij aan hier mee aan de slag te gaan. Vervolgens geeft hij de volgende week aan dat het te moeilijk was, dat hij er niet aan gedacht heeft of dat hij het niet heeft herkend in situaties. Hier komt duidelijk naar voren dat de wil er wel is, maar dat je toch stuit op een stukje onvermogen om hetgeen je leert in een therapie toe te passen in de praktijk.

5. Conclusies

5.1 Beantwoording deelvragen

Voor het beantwoorden van mijn vraagstelling heb ik 4 deelvragen gemaakt. Onder dit kopje zal ik antwoord geven op de deelvragen voordat antwoord gegeven kan worden op de vraagstelling.

Welke gedragingen zijn kenmerkend voor iemand met PDD-NOS?

Het gedrag dat kenmerkend is voor iemand met PDD-NOS is als volgt:
Moeite in de sociale interactie. Het niet begrijpen van de ander en het niet in kunnen leven in de ander.

Moeite met communicatie en taal. Vaak moeite met praten en symboliek niet begrijpen.
Behoeftte aan structuur. Dit is voor het hebben van veiligheid en voorspelbaarheid.

Welke doelen voor een behandeling kunnen gekoppeld worden aan deze gedragingen?

De doelen die gekoppeld kunnen worden aan de gedragingen van iemand met PDD-NOS zijn:

- Initiatief nemen
- Iets voor jezelf beginnen
- Omgaan met een verminderde structuur
- Oogcontact maken
- Een praatje maken
- In de belangstelling staan
- Omgaan met spanning

Welke doelen kunnen gekoppeld worden aan een behandeling binnen de PMT?

De doelen die gekoppeld kunnen worden aan een behandeling binnen de PMT zijn;

- Beter om leren gaan met een verminderde structuur
- Initiatief nemen
- Het maken van oogcontact
- Het omgaan met spanning

Welke specifieke elementen binnen de PMT zijn belangrijk bij het aanbieden van de doelen?

Het grootste en belangrijkste probleem is niet zozeer het aanbieden van de doelen. Het probleem is het de cliënt niet de transfer kan maken. Belangrijk bij het aanbieden van de transfer zijn de keuze van de activiteit, de interventies en de attitude van de therapeut. Door op deze drie terreinen aan te sluiten bij de cliënt is het mogelijk om de kans groter te maken dat de cliënt een transfer kan maken naar situaties buiten de zaal. Dit is echter geen zekerheid voor het kunnen maken van een transfer, maar deze drie elementen zijn wel belangrijk voor het aanbieden van de doelen.

5.2 Beantwoordingvraagstelling

De vraagstelling is als volgt.

Welke specifieke elementen binnen de Psychomotorische Therapie zijn effectief bij de behandeling van mensen met PDD- NOS met een contactstoornis.

Er is gebleken dat binnen de PMT de volgende doelen goed gebruikt kunnen worden binnen de behandeling van mensen met PDD-NOS met een contactstoornis:

- Het omgaan met een verminderde structuur
- Initiatief nemen
- Het maken van oogcontact
- Het omgaan met spanning

Bij het aanbieden van deze PMT- doelen is het belangrijk om op een aantal specifieke punten te letten. Deze zijn:

Het enigste specifieke punt dat belangrijk is binnen het aanbieden van de doelen is de transfer. Het maken van een transfer is erg moeilijk voor iemand met een stoornis in het autistische spectrum. Om de cliënt hierbij te helpen is het goed om te letten op de activiteiten keuze, de verschillende interventies en de attitude die de therapeut aanneemt. Dit geeft echter geen garantie voor het kunnen maken van een transfer.

Samengevat kan gezegd wordend dat verschillende doelen gebruikt kunnen worden bij een behandeling. Het is echter zo dat het maken van de transfer het grote struikelblok is binnen de behandeling van iemand met PDD-NOS. Er is meer onderzoek voor nodig om te kijken hoe het mogelijk is om iemand met autisme beter een transfer te kunnen laten maken.

Literatuuropgave

Literatuurbronnen:

- Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, Jakop Rigter, 2002, Uitgever Coutinho, Bussum.
- Het Palet van de Psychologie, Stromingen en hun toepassingen in de hulpverlening, Jakop Rigter, 1997, Uitgever Coutinho, Bussum.
- Het wonderbaarlijke voorval met de hond in de nacht, Mark Haddon en vertaald door Harry Pallemans, 2007, Uitgeverij Contact, Baarn/Amsterdam.
- Sociale Psychologie, Prof. Roos Vonk, juni 2004, Uitgeverij Wolters Noordhoff, Houten.
- Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR, nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2^e druk, 2002, Uitgeverij Swets & Zeitlinger BV, Lisse.

Internetbronnen:

www.wikipedia.nl
www.autisme-nva.nl
www.pdd-nos.nl

Artikelen:

- Autistisch spectrum: Uitgangspunten voor behandeling, Cisca Aerts, Engagement, april 1995
- Geïntegreerde psychotherapie bij mensen met een stoornis in het autisme spectrum, Tineke Backer van Ommeren, oktober 2006, dit artikel werd geschreven voor geïnteresseerde collega's die werkten bij De gelderse roos.
- Behandelingseffecten bij de autistische adolescent, H. Berger, dit artikel is geschreven bij de opening van het workhome: een huis voor mensen met een stoornis in het autisme spectrum.
- Omschrijvingen van Psychomotorische Therapie en bewegingsagogie, Luuk Sietsma, september 2002
- Hand-out: Meerwaarde van PMT rond het werken met gezinnen of delen ervan, Paul Hekking en Martin van den Blink, 2006

Anderebronnen:

DVD: Autistisch, 61233 beelden over autisme en normale begaafdheid, uitgave van Autisme Centraal, Gent

Bijlage 1

Diagnostische Criteria voor 299.00 Autistische Stoornis

[het volgende is afkomstig uit het Diagnostisch en Statistisch handboek van Psychische Stoornissen: DSM IV]

- I. Tenminste zes (of meer) items van (A), (B), en (C), met minstens twee van (A), en een van (B) en (C)
 - A. kwalitatieve tekortkomingen in sociale wisselwerking zoals blijkt uit tenminste twee van de volgende:
 1. opvallende tekortkomingen in het gebruik van meerdere non-verbale gedragingen zoals oogcontact, gezichtsuitdrukking, lichaamshouding, en mimiek(welke sociale wisselwerking regelt)
 2. tekortkoming in het ontwikkelen van vriendschappen met leeftijdsgenoten in overeenstemming met het ontwikkelingsniveau
 3. een gebrek in het spontaan delen van plezier, interesses, of prestaties met andere mensen, (bv., door een tekortkoming in het verduidelijken van interesses naar anderen mensen)
 4. Een gebrek in sociale of emotionele wederkerigheid(bijv. doet niet actief mee aan eenvoudige spelletjes die men alleen moet doen; betreft andere kinderen uitsluitend als "mechanisch hulpstuk" bij spelletjes)
 - B. Kwalitatieve tekortkomingen in communicatie zoals blijkt uit minstens een van de volgende:
 1. vertraging in, of een totaal gebrek aan, de ontwikkeling van de gesproken taal (welke niet gevolgd wordt door een poging dit te compenseren door alternatieve mogelijkheden van communicatie, zoals gebaren of mimiek)
 2. bij individuen met goede spreekvaardigheid, opvallende tekortkomingen in het starten of onderhouden van een gesprek met anderen.
 3. stereotype of herhaald gebruik van taal of eigenaardig taalgebruik
 4. een gebrek in gevarieerd, spontaan fantasiespel of sociaal imitatiegedrag overeenkomstig het ontwikkelingsniveau
 - C. opvallend beperkt en stereotype gedragspatroon, interesses en gedragingen, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende:
 1. overdreven in beslag genomen zijn door een of meer stereotiepe en beperkte interessegebieden, welke abnormaal zijn in intensiteit of concentratie
 2. blijkbaar onverzettelijk ten opzichte van specifieke, niet functionele handelingen of rituelen
 3. stereotype en repeterende lichaamsbewegingen (zoals handflappen of draaien met de handen, of complexe bewegingen van het hele lichaam)
 4. hardnekkige preoccupatie met gedeeltes van objecten
- II. vertragingen of abnormaal functioneren in ten minste een van de volgende gebieden, binnen de eerste drie levensjaren:
 - A. sociale interactie
 - B. sociaal taalgebruik

imitatie- of fantasiespel

Bijlage 2

Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven
(met inbegrip van Atypisch autisme)
(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non verbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen of deze allemaal.

Bijlage 3

Depsychomotorischemodaliteiten

Binnen de Psychomotorische therapie worden drie modaliteiten gebruikt. Deze zijn:

- Oefenen
De modaliteit Oefenen heeft als doel nieuwe psychosociale vaardigheden inoefenen of inslijpen. Hierbij is het herhalen en het voordoen van de therapeut belangrijk. De oefeningen gaan van makkelijk naar moeilijk en de therapeut bedenkt deze stappen.
- Ervaren
Deze modaliteit heeft als doel er achter komen hoe een cliënt bepaalde psychosociale vaardigheden doet. Als dit duidelijk is verzint de therapeut activiteiten waarbij de kans groot is dat de cliënt alternatieve ervaringen heeft.
- Ontdekken
Bij het ontdekken is het doel om te kijken (ontdekken waar bepaalde gedragingen, gedachten of gevoelens van de cliënt vandaan komen. Hierbij wordt er veel gekeken naar het verleden en wordt er veel symbolisch gewerkt.

Bijlage 4

Het aanbieden van de doelen

Nu is helder wat de verschillende doelen moeten zijn in de behandeling en onder welke modaliteit de doelen behandeld moeten worden. Iemand met PDD-NOS kan echter erg complex zijn. Om die reden is het belangrijk om bij het aanbieden van de doelen op verschillende zaken te letten. Deze zullen hieronder besproken worden.

Bij 2.2 Algemene beschrijving wordt een beeld gegeven van PDD-NOS. Wat er verder ook in naar voren komt is dat PDD-NOS erg complex is en dat verschillende mensen met PDD-NOS niet gelijk zijn. Als 10 mensen met PDD-NOS naast elkaar zouden staan, wordt snel duidelijk dat ze in hun gedrag en tekortkomingen niet gelijk zijn. Hierdoor is het van belang dat in een behandeling rekening wordt gehouden met het individu waarbij het per cliënt kan verschillen bij welke doelen de accenten komen te liggen. Een individueel behandelprogramma per cliënt is dus erg belangrijk.

In 2.2 Algemene beschrijving is te lezen dat iemand met PDD-NOS veel structuur en veiligheid nodig hebben. Bij dit punt is het dus van belang dat de therapeut tijdens zijn behandeling veiligheid en structuur moet bieden. Als een cliënt zich in de zaal niet veilig voelt, zal hij niet snel iets leren. Dit geldt ook voor iemand met PDD-NOS.

Bij de behandeling zijn een paar sleutelwoorden te gebruiken die belangrijk zijn voor de therapeut om op te letten. (Jakop Rigter, Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, 2002, pagina 231 - 235) Deze sleutelwoorden zijn:

- Neutraliseren van en voorbereiden van prikkels
- Structureren van prikkels
- Leren wennen aan prikkels
- Consequent reageren

Dit zijn zaken waar de therapeut rekening mee moet houden om op een voldoende manier structuur en veiligheid te creëren in de zaal.