

PMT en PDD-NOS



Naam: Jan van der Meij

Scriptiebegeleider: Hans Knegtering

Scriptiebeoordelaar: Carla Peeters

School en opleiding: Chr. Hogeschool Windesheim, BPT

Datum: 12-06-2008

Inhoudsopgave

	Pagina
<i>Inhoudsopgave</i>	2
<i>Voorwoord</i>	3
<i>Inleiding</i>	4
H.1: <u>Verantwoording van de hypothese</u>	5
H.2: <u>PDD-NOS</u>	6, 7
H.3: <u>De verschillen in ontwikkelingsfasen</u>	8, 9
H.4: <u>Therapeutische verantwoording ten opzichte van de behandeling</u>	10, 11
H.5: <u>PMT strategieën</u>	12
H.6: <u>Beschrijving van de doelgroep</u>	13
H.7: <u>Methodisch behandelplan</u>	14-18
H.8: <u>Resultaten</u>	19-21
<i>Conclusies</i>	22
<i>Discussie en aanbevelingen</i>	23
<i>Literatuurlijst</i>	24
<i>Bijlage</i>	
- 1: Kenmerken van PDD-NOS.	

Voorwoord

Tijdens mijn 2^e jaars stage kwam ik voor het eerst in contact met de stoornis PDD-NOS. Dit is een ontwikkelingsstoornis die wordt gezien als een vorm van autisme. Wat vaak opvalt bij PDD-NOS'ers zijn hun beperkte sociale vaardigheden.

Ik heb gemerkt dat de omgang met deze jongeren een soort fascinatie bij mij opriep.

Op mijn eindstage bij GGZ Meerkanten te Ermelo kreeg ik een groep jongeren onder mijn hoede, die als PDD-NOS'ers zijn gediagnosticeerd¹. Van daaruit is het idee gekomen om hier ook mijn scriptie over te schrijven. In eerste instantie was voor mij zichtbaar dat ze qua sociale ontwikkeling een achterstand hebben ten opzichte van leeftijdsgenoten. Ik zag hierin een mooie rol weggelegd voor de PMT. Met behulp van deze therapie is het wellicht mogelijk om aan een aantal ontwikkelingsachterstanden te werken. Hoe leerbaar de doelgroep was wist ik op dat moment niet. Om de scriptie en mijn onderzoek beperkt te houden heb ik mij gefocust op 2 gebieden, namelijk het sociale vlak en lichaamservaringen.

Ik vind het jammer dat de stage slechts 18 weken duurde. Het is voor deze doelgroep van belang dat dingen vaak herhaald worden, zodat bepaalde patronen er in kunnen slijpen. In deze 18 weken heb ik nog niet voldoende zicht gekregen op het feit of bepaalde oefeningen ook zijn geïntegreerd en toegepast worden in het dagelijks leven. Het is lastig hier aantoonbaar blijvend bewijs voor te leveren, omdat er gewerkt wordt aan persoonlijke gedragingen. Dit wisselt altijd en buiten de sessies om zag ik de groep niet. Vandaar dat mijn scriptie vooral gebaseerd is op literatuur, informatie van deskundigen, vergelijkende studies, persoonlijke ervaringen en mijn persoonlijke mening.

Doordat ik op mijn eindstage vrij werd gelaten om zelf dingen te ontdekken, heb ik veel geleerd van de opgedane ervaringen met deze jongeren. Graag wil ik mijn begeleidster van de PDD-NOS groep, A.M. Postma en mijn stagebegeleider P. van der Lans bedanken voor de informatie die ik met hen over het onderwerp heb uitgewisseld. Tot slot wil ik ook mijn scriptiebegeleider H. Knegtering bedanken voor zijn hulp tijdens het vormgeven van deze scriptie.

¹ Diagnosticeren: Een techniek om een oorzaak te vinden voor de optredende verschijnselen.

Inleiding

De doelgroep die ik beschrijf in deze scriptie is kort gezegd jongeren met een ontwikkelingsachterstand. De meeste jongeren hebben van daaruit het stempel PDD-NOS opgeplakt gekregen en een aantal is beschreven als zogenaamde sociaal angstigen. Dit wordt gezien als een stoornis die raakvlakken heeft met PDD-NOS. De meeste jongeren kwamen heel onzeker en verlegen over. Ze durfden in een gesprek bijna geen contact te maken, ze praten weinig en maakten zichzelf letterlijk klein.

De stoornis die wordt beschreven is nog steeds een belangrijk item voor onderzoekers. Het blijft een beetje een restgroep. Men noemt het een vorm van autisme, die per individu erg kan verschillen. Het staat bekend als een ontwikkelingsstoornis, maar de oorzaak is nog niet wetenschappelijk bewezen, al denkt men aan een genetische afwijking in de hersenen.

Het doel van deze scriptie is om mijn kennis en inzicht over deze stoornis te vergroten in relatie met PMT. Dit is vormgegeven door als leidraad te kiezen voor de integratieve en theoretische kennis vanuit de opleiding. In deze scriptie is de volgende hypothese geformuleerd:

Hypothese:

PMT gericht op sociale vaardigheden en lichaamservaringen levert een positieve bijdrage op de ontwikkelingsachterstanden die adolescente PDD-NOS'ers vaak hebben t.o.v. leeftijdsgenoten, met name op sociaal en emotioneel gebied.

Deze hypothese is gesteld nadat informatie is verkregen over het onderwerp. Naar mijn mening kan PMT echt wat betekenen voor deze doelgroep. Hoe dit proces is verlopen wordt verderop in deze scriptie beschreven. Daarnaast wordt de scriptie aangevuld met verdiepende informatie gericht op de hypothese.

In hoofdstuk 1 kunt u lezen hoe deze hypothese tot stand is gekomen en wat mijn overwegingen hiervoor zijn geweest.

Hoofdstuk 2 bestaat uit algemene informatie over PDD-NOS. Dit hoofdstuk is opgedeeld in een casus en diagnose en tot slot beschrijf ik de opvallendste kenmerken van PDD-NOS.

Hoofdstuk 3 bestaat uit verdiepende informatie over het onderwerp. Hierin worden de ontwikkelingsachterstanden verduidelijkt door de ontwikkeling van iemand met PDD-NOS te vergelijken met iemand die dit niet heeft. Deze vergelijking vindt plaats met behulp van ontwikkelingsthema's die in de adolescentie een rol spelen.

Hoofdstuk 4 geeft weer welke theoretische kaders ik heb toegepast en welke behandelrichting ik heb gekozen tijdens het opstellen en uitvoeren van mijn behandelplan.

In hoofdstuk 5 wordt een overzicht gegeven van de PMT strategieën die ik heb toegepast tijdens het werken met de PDD-NOS'ers.

In hoofdstuk 6 beschrijf ik in korte zinnen de doelgroep vanuit een kritische- en hermeneutische invalshoek.

Hoofdstuk 7 omvat de behandelingsmethodiek. Zowel de groepdoelen als het behandelaanbod opgedeeld in sessies komen hier aan bod.

Tot slot eindigt deze scriptie met een samenvatting over de resultaten, geef ik een antwoord op de hypothese en wordt aangegeven wat er in het vervolg anders zou kunnen.

1. Verantwoording van de probleemstelling

Mijn probleemstelling/hypothese wordt toegelicht in dit hoofdstuk. Ik geef hierin aan hoe ik tot deze stelling ben gekomen en wat mijn overwegingen hiervoor zijn geweest.

Ik kreeg een PDD-NOS groep onder mijn hoede tijdens mijn eindstage en wilde graag meer over deze stoornis te weten komen. Door verdiepende informatie over het onderwerp te zoeken, kwam ik tot de conclusie dat PDD-NOS'ers vooral achterstanden hebben op het sociale en emotionele vlak ten opzichte van leeftijdsgenoten. PMT kan hier naar mijn mening een belangrijke rol in vervullen. Om er zeker van te zijn dat ze bepaalde achterstanden hebben ten opzichte van leeftijdsgenoten, heb ik dit vergeleken met een 'normale' ontwikkeling in de adolescentie. Dit deel dient vooral als theoretische ondersteuning van de hypothese.

PDD-NOS wordt ook wel een sociale stoornis wordt genoemd. Hieruit blijkt dat PDD-NOS'ers vooral op het gebied van sociale vaardigheden problemen tegenkomen. De hoofdsymptomen van PDD-NOS zoals bijna geen generalisatievermogen en het ontbreken van inlevingsvermogen, kunnen in het dagelijks leven tot problemen leiden. Mensen die geen kennis van PDD-NOS hebben voelen zich onbegrepen door hen en nemen afstand van iemand met PDD-NOS. Andersom geldt dit eigenlijk precies hetzelfde. Dit leidt tot miscommunicatie. Deze scriptie is erop gericht om te kijken of er een manier is waardoor deze problemen minder zullen optreden en hoe er meer onderling begrip kan ontstaan. PMT leek me hiervoor geschikt om nieuwe ervaringen op te doen en te oefenen met ander gedrag.

Het feit dat er voor lichaamservaringen is gekozen komt doordat ze moeite hebben om zichzelf te leren kennen. Hun eigen gevoelens waarnemen en reflecteren waarom ze iets doen is al lastig, laat staan wanneer ze dit voor een ander moeten doen. Ook weten ze zich vaak weinig raad met de emoties die ze ervaren en tonen dit gebrek aan onmacht door bijvoorbeeld opeens kwaad te worden. Door ze bij PMT herhalende ervaringen op te laten doen, zullen ze wellicht bepaalde gevoelens leren herkennen. Generaliseren doen ze niet, maar een bepaalde gebeurtenis in het dagelijks leven kan wellicht een belletje doen rinkelen. (Aha, dat gevoel heb ik al eens eerder meegemaakt, wat deed ik toen ook alweer) Daarnaast is het opdoen van lichaamservaringen ook belangrijk met het oog op grenzen aangeven. Iemand met PDD-NOS heeft hier vaak wel moeite mee.

Ik heb gekozen om het accent in de behandeling te leggen op het vergroten van sociale vaardigheden en het opdoen van lichaamservaringen, omdat iemand met PDD-NOS vooral op dit gebied de grootste problemen ervaart. Door ze bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen aan te bieden binnen PMT en ze hier veel mee te laten oefenen, zullen ze wellicht minder in de problemen komen in de alledaagse samenleving. Ze gaan bepaalde situaties herkennen en meer eigen maken. Dit is echter wel een langdurig proces. Door de vaardigheden van iemand met PDD-NOS te vergroten zal dit ook bijdragen aan het zelfvertrouwen. Dit is ook een belangrijk aspect bij het zich staande kunnen houden in de maatschappij. Daarnaast levert het zelf oefenen en ontdekken ze meer zelfstandigheid op.

Wat erg belangrijk is voor deze groep, is dat veel dingen worden herhaald. Hierdoor valt het resultaat op voorhand moeilijk in te schatten. De kennis bestaat dat door middel van de ervaringen die ze opdoen, ze zich wel kunnen trainen in bepaalde vaardigheden. Mijn bedoeling was niet om ze bepaald gedrag af te leren, maar te kijken wat er mogelijk is. De vaardigheden vergroten en het positieve gedrag benadrukken. De (nieuwe) informatie moet gestructureerd in stapjes worden aangeboden, omdat er een grote kans bestaat dat de informatie inadequaat verwerkt wordt. Het idee is door bepaalde gedragingen veel te herhalen, er een soort van compensatiegedrag kan ontstaan.

2. PDD-NOS

In dit hoofdstuk beschrijf ik wat PDD-NOS inhoudt. Dit probeer ik te verduidelijken met een voorbeeld vanuit de zaal. Daarna citeer ik aan de hand van de DSM-IV¹ de psychiatrische beschrijving van PDD-NOS. Tot slot geef ik een beschrijving van de meest voorkomende kenmerken. Op deze manier wil ik de stoornis PDD-NOS helder weergeven.

PDD-NOS

PDD-NOS staat voor pervasive developmental disorder - not otherwise specified. PDD-NOS is een ontwikkelingsstoornis. Dit valt onder de psychologische stoornissen en deze kunnen vaak al in de eerste levensjaren gediagnosticeerd worden. Concreet noemt men PDD-NOS een aan autisme verwante contactstoornis. Dit houdt in dat de prikkels bij hen op een andere manier worden verwerkt dan gebruikelijk is. PDD-NOS'ers raken bijvoorbeeld in de war als er veel prikkels tegelijk zijn of ze pikken bepaalde signalen helemaal niet op. PDD-NOS komt voor bij ongeveer 1,5 % van de kinderen in Nederland. Een echt duidelijke oorzaak is er niet, al denkt men aan een genetische afwijking, wat vaak zo is bij ontwikkelingsstoornissen.

Praktijkvoorbeeld

Tijdens een sessie wordt er een potje trefbal gespeeld. Het spel wordt gestart met 1 bal. Terwijl het spel bezig is voegt de PMT'er opeens een extra bal aan het spel toe en geeft dit aan. De groep ging hier gelijk mee spelen, alleen Kees hield ermee op. Kees stopte en reageert verbaasd en verrast. Hij zegt: 'Dit spel wordt toch met 1 bal gespeeld?' De therapeut legt het spel stil en vertelt Kees dat ook de andere bal gebruikt mag worden en geeft aan dat hij dit inderdaad niet zo duidelijk had uitgelegd. Dit stemde Kees tevreden en hij ging verder met het spel, waarbij hij nu ook de andere bal gebruikte.

Diagnose

PDD-NOS volgens de 'DSM-IV, 2007; p.96':

'Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie samen met tekortkomingen in ofwel de verbale ofwel non-verbale communicatieve vaardigheden of door de aanwezigheid van stereotype gedrag, interesses en activiteiten, terwijl niet wordt voldaan aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheid 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'.

¹ De DSM IV is een classificatiesysteem dat is uitgegeven als handboek, waarmee je psychiatrische stoornissen in hokjes kunt plaatsen.

Kenmerken van PDD-NOS.¹

PDD-NOS dringt diep door in het functioneren van de mens. Dit betekent dat het op vele punten afwijkend is van de normale ontwikkeling. Het feit dat iemand PDD-NOS heeft is echter nooit zeker. Hier zijn nog geen wetenschappelijke tests voor ontwikkeld.

De symptomen van PDD-NOS kunnen variëren van zeer ernstig tot zeer mild. Als men ouder wordt krijgt men vaak meer controle over de stoornis, doordat men heeft geleerd zijn/haar gedrag aan te passen. PDD-NOS komt vaak voor in combinatie met een andere stoornis.

De motorische en cognitieve ontwikkeling van iemand met PDD-NOS loopt vaak achter opzichte van leeftijdsgenoten. De motorische achterstand is vooral zichtbaar in de grove motoriek. Ze hebben bijvoorbeeld moeite met balanceren, waar ze hun hele lichaam bij moeten gebruiken.

De cognitieve achterstand is zichtbaar in een vertraagde ontwikkeling qua IQ. Vaak loopt het gemiddelde IQ van iemand met PDD-NOS achter ten opzichte van leeftijdsgenoten, maar trekt dit op latere leeftijd wel weer bij. Cognitieve beperkingen ontstaan ook door het moeilijk kunnen verwerken van informatie. Teveel prikkels veroorzaken chaos in het hoofd van iemand met PDD-NOS. De moeilijke verwerking zorgt ervoor dat ze niet iets zo goed kunnen samenvoegen tot een geheel en daardoor een gebrek aan inschattingsvermogen hebben. Door het niet of nauwelijks samenvoegen wordt een situatie vaak weer als nieuw ervaren.

Naast deze kenmerken hebben ze een beperkte ‘theorie of mind’ ontwikkelt. Dit houdt in dat ze moeite hebben om zich in een ander te verplaatsen (ze missen het vermogen zich in te leven in anderen). Deze theorie is belangrijk om iets van hun leefwereld te kunnen begrijpen. Door de afwezigheid van deze ‘theorie’ ontstaan vaak de sociale problemen. Het gevolg van deze problemen is dat ze weinig sociale contacten hebben en mogelijk in een sociaal isolement terecht komen.

¹ Zie bijlage voor een uitgebreide beschrijving van de diverse kenmerken van PDD-NOS.

3. De verschillen in de ontwikkelingsfasen.

Dit hoofdstuk geldt als theoretische verdieping op de hypothese. In dit hoofdstuk laat ik de verschillen in ontwikkeling zien tussen een jongere met PDD-NOS en een jongere zonder PDD-NOS. Naast het algemene gegeven dat de ontwikkelingsfasen bij PDD-NOS'ers vaak later ontstaan en langzamer verlopen, zijn er per fase ook nog een aantal verschillen. Deze worden hieronder beschreven. Allereerst wordt de 'gezonde' ontwikkeling in de adolescentiefase beschreven en daarna wordt de ontwikkeling van een doorsnee PDD-NOS'er er naast gelegd. Thema's in de adolescentie ontwikkeling volgens Holdert zijn: (Holdert en Bos, 2007)¹

1. Lichamelijke en seksuele rijping
2. Drift en impulsen (sex, agressie, drugs, alcohol, feesten)
3. Cognitieve ontwikkeling
4. Affectregulatie
5. Ontwikkeling van het zelf (leren, controle, normen en idealen)
6. Gezinsrelaties (andere verhoudingen)
7. Eigen groep

'Normale' ontwikkelingsprocessen in de adolescentiefase

- Lichamelijke groei: hormonen gaan een rol spelen en rijping van de hersenen.
- Psychologische groei: affectregulatie, herleven vroegere fasen, vormen van idealen.
- Sociaal: schoolprestaties, vrienden zoeken, oefenen met relaties, sex en intimiteit. Daarnaast komen eerdere conflicten opnieuw aan de orde en krijgen als alles goed gaat, beter een plaats. Je hebt bijvoorbeeld ooit iets gestolen, maar er aan denkend wil je dit nooit meer doen.
- Relatie met ouders: als de identiteit nog niet zo stevig is, willen ze helemaal niets van hun ouders weten. Adolescenten willen zelf hun identiteit opbouwen. Ondertussen beleven de ouders vaak opnieuw dezelfde periode uit hun eigen adolescentie. Ze zeggen nu dat bepaalde dingen niet mogen, die ze zelf wel deden. Heftige conflicten kunnen ontstaan.
- Mid-adolescentie: de interesse verschuift nog verder, wat kan leiden tot splitsing. Idealen worden gevormd. In deze fase ontstaat ook het experimenteren (wat is mijn grens, wat hoort bij mij en wat niet, in welke rol voel ik me thuis). In dit stadium is het belangrijk dat de ouders hun kind vooral niet loslaten. Ze hebben een veilig en stevig houvast nodig om zich tegen af te zetten, wat zal leiden tot autonomie. Nu nemen ze nog niet echt de eigen verantwoordelijkheid.
- Late adolescentie: de sterkere binding komt langzaam op gang. Deze liggen bij een partner en vrienden, idealen zijn gevormd en niet zo extreem meer. Eigen verantwoordelijkheden (bijv. geldzaken) worden genomen. Het denken is meer reflecterend, er is veel meer sprake van echte wederkerigheid. De relatie met de seksuele partner wordt intiemer, het gaat niet om de seks of het uiterlijk, het gaat erom of je dingen met elkaar kunt delen en samen beleven. Er wordt overzichtelijker gedacht, er wordt onderscheid gemaakt in belangrijkheid. Omdat er in de adolescentie zoveel tegelijk gebeurt; groei, hormonen, weer doorleven van eerdere ontwikkelingsfasen, verandering van de hersenen, veel informatie opnemen, omgang met andere mensen, vormen van idealen en identiteit en leren aangaan van intimiteit kan er op

¹ Frans Holdert is kinder- en jeugdpsychiater bij GGZ Buitenamstel. Hij heeft de adolescentie ontwikkelingsfasen beschreven vanuit eigen ervaringen en uit literatuur van de psychoanalyticus Peter Bos.

veel gebieden iets mislopen. Een kleine mislukking kan via een domino-effect een groot gevolg hebben. Tegelijkertijd is er ook een enorme veerkracht, heel veel mislukkingen worden toch hersteld en gecompenseerd. De adolescentie is dus zowel wat betreft psychologische- als de lichamelijke ontwikkeling een heel kritieke fase.

De ontwikkeling van een adolescente PDD-NOS'er (Rigter, 2002)¹

Aan de hand van de adolescentiethema's van Holdert worden de achterstanden specifiek belicht. Met behulp van literatuur uit het boek van Rigter heb ik de adolescentie ontwikkeling van PDD-NOS'ers onderzocht. In onderstaande tekst is sprake van een algemene beschrijving, omdat de verschillen tussen PDD-NOS'ers onderling nogal uiteen kunnen lopen.

- Een adolescent met PDD-NOS heeft vaak achterstanden in de emotionele en sociale ontwikkeling en dit wordt als grootste last ervaren.
- Rond de puberteit worden ze steeds meer als anders beschouwd. Een gezonde adolescent gaat nadenken en zich steeds meer afvragen wie hij/zij eigenlijk is (identiteitsvorming). Ze krijgen een mening en zicht op het gedrag van anderen. Bij iemand met PDD-NOS blijft dit achterwege, omdat ze niet generaliseren. Als iemand vervelend tegen ze doet kan diegene de volgende keer wel weer hun vriend zijn. Hierdoor worden PDD-NOS'er vaak als vreemd beschouwd. Jongeren met PDD-NOS missen het vermogen om in te schatten hoe ze overkomen.
- Naast deze factoren kan een PDD-NOS'er zich juist ook erg gaan aanklampen. Hierdoor kunnen ze de structuur wat los laten (compensatie). In het experimenteren met relaties kan dit nog wel eens tot problemen leiden en vaak houden ze dan ook geen stand (afstemmen lastig).
- In de adolescentie fase ontstaat er bij hen een verminderde neiging om spontaan te communiceren met anderen. Een 'gezonde' adolescent leert in deze fase ook andere mensen begrijpen, je mensenkennis groeit. Bij een PDD-NOS'er lijkt deze kennis achterwege te blijven. Ze zijn druk met zichzelf bezig en stellen zichzelf allerlei vragen. De bewustwording van het anders zijn is ook een proces dat in de fase op volle toeren draait.
- De cultuur waarin de jongeren opgroeien is erg belangrijk. Het is belangrijk dat iemand die met hen omgaat, zich bewust is van het feit hoe je hun gedrag beoordeelt. Wanneer ze aan bepaalde normen moeten voldoen, zal dit leiden tot conflicten.
- Adolescente PDD-NOS'ers gaan net als andere jongeren ook experimenteren met gedrag in deze fase. Hoe men hierop reageert, is echter zeer verschillend per individu. Wel is deze fase ook voor hen bepalend voor het vervolg van hun leven. Tijdens het experimenteren, zal iemand met PDD-NOS de gevaren niet zo snel inzien. Dit komt doordat het inzicht ontbreekt.
- Als ouder zijnde heeft het niet zoveel zin om bepaald gedrag te bestaffen. Dit heeft geen effect. Normaal gesproken verandert iemand daarna zijn gedrag of past het aan. Dit kan iemand met PDD-NOS niet.
- Iemand met PDD-NOS heeft moeite om zijn denken en gevoelens te verwoorden.
- Met de toekomst zijn ze niet veel bezig. Ze kijken niet vooruit en kunnen niet voorspellen. Normaal zoek je in deze fase ook mensen op waarmee je raakvlakken hebt. Vooral het samenzijn en bij een groep horen behoort tot deze fase. PDD-NOS'ers kennen dit niet zo zeer en komen op het eerste gezicht wel eens wat egocentrisch over.

¹ Jakop Rigter, docent psychologie en psychopathologie aan de Haagse Hogeschool. Hij schreef het boek 'Ontwikkelingspsychopathologie van kinderen en jeugdigen'. Dit boek heb ik onder andere gebruikt voor informatie over de ontwikkelingsfasen van iemand met PDD-NOS.

4. Therapeutische verantwoording ten opzichte van de behandeling.

In dit hoofdstuk geef ik aan welke theoretische kaders en welke therapievormen ik heb gebruikt voor de behandeling van de PDD-NOS jongeren. Ik start dit hoofdstuk met 2 therapeutische kaders. Deze heb ik ingezet om de stoornis PDD-NOS en de problemen die iemand met PDD-NOS zoal tegenkomt te analyseren. Daarna geef ik een beschrijving van de therapeutische behandelrichting. Hierin komen 2 therapievormen naar voren (cognitieve gedragstherapie en directieve therapie), die ik heb toepast tijdens de uitvoering van mijn behandelplan.

Kaders

Bio-psycho-sociaal model (Ontwikkelingspsychopathologie, 2006-2007¹)

Vanuit dit model is het heel goed te begrijpen dat iedereen zwakke plekken heeft in zijn ontwikkeling/systeem. Alles in het leven heeft kort gezegd invloed op elkaar, maar niet alle gebieden in je zijn even sterk ontwikkelt. Vandaar dat je van het ene meer last hebt dan van het andere. Bij PDD-NOS is dit vooral op het sociale en emotionele gebied. Risicofactoren van PDD-NOS'ers zijn bijvoorbeeld een slechte thuis situatie of onbegrip over de stoornis in de vriendengroep. Het gevolg hiervan kan zijn dat er geen mensen zijn die ze begrijpen, die ze vertrouwen of waar ze steun aan ervaren. Dit kan ervoor zorgen dat iemand met PDD-NOS steeds meer in een isolement terecht komt. Dit model wordt tegenwoordig veel toegepast. Voor het werken met PDD-NOS'ers is dit een prettig model. Aan de hand hiervan kun je ze psycho-educatie² geven over hun stoornis. Je kunt het begrijpbaar maken door praktische en dagelijkse voorbeelden te geven. In de breedte is het model vooral gericht op positiviteit. Zo is ook de houding van de therapeut. Gewenst gedrag wordt beloond. Daarnaast is het belangrijk om voorspelbaar en duidelijk te zijn. Kijk naar wat er nog wel mogelijk is bij PDD-NOS'ers. Het sociale milieu kan mogelijk wel aangepast of veranderd worden, waardoor klachten/problemen verminderen. Biologisch is er nog geen oplossing voor de stoornis gevonden.

Ontwikkelingspsychologie

De ontwikkelingspsychologie bestudeert de psychische veranderingen bij toenemende leeftijd. Een belangrijke vraag is of een mens in zijn of haar psychische ontwikkeling een voorbijgaande fase geheel achter zich kan laten, of dat altijd, onder bepaalde omstandigheden, een gedragspatroon uit een vroegere fase weer de overhand kan krijgen. De insteek voor het werken met PDD-NOS'ers ligt op het feit dat oude gedragspatronen niet weer de overhand krijgen. Daarom is het ook belangrijk een zekere zelfstandigheid en ik-sterkte te ontwikkelen. Door een bijzondere ontwikkeling/ervaring kunnen bepaalde processen sneller verlopen. Voor het werken met PDD-NOS'ers geldt dan wellicht dat door ze veel bloot te stellen aan bepaalde ervaringen, ze zich sneller ontwikkelen dan wanneer ze hierbij geen ondersteuning krijgen. Binnen deze scriptie wordt gekeken naar de adolescentie fase. Door als therapeut de doelgroep veel succeservaringen aan te bieden blijft er misschien iets van deze ervaringen hangen ten gunste van ontwikkeling. Het vertrouwen in PMT en het oefenen groeit. Binnen de ontwikkeling wordt vaak gesproken over opvoeden en komt straffen en belonen naar voren. Straffen is echter iets wat op PDD-NOS'ers geen effect heeft.

¹ Dit is een schoolvak wat op de Calo wordt aangeboden. Hierbij wordt dit model behandeld.

² Psycho-educatie: Voorlichting geven over de stoornis met als doel de cliënt zijn kennis, inzicht en acceptatie te vergroten.

Therapievormen

Tijdens het lezen van informatie over PDD-NOS kwam 1 gebied sterk naar voren en dat was de cognitieve gedragstherapie. Deze therapie neemt een centrale plaats in tijdens de behandeling van PDD-NOS'ers. Daarnaast worden er ook andere invalshoeken (gedragmatig, sociale context) in de behandeling geïntegreerd. Men noemt dit een 'multimodale' aanpak. Persoonlijke voorkeur van de therapeut en de behandelrichting bepalen welke aspecten extra worden belicht tijdens de behandeling. Voor de 'multimodale' aanpak heb ik ook gekozen, met als uitgangspunt de cognitieve gedragstherapie. Deze scriptie richt zich op sociale vaardigheden en lichaamservaringen. De cognitieve gedragstherapie speelt een grote rol bij het aanleren van sociale vaardigheden.

Het kan ook heel waardevol zijn om ouders bij de behandeling te betrekken, omdat er veel gedrag zichtbaar is en ouders kunnen zien hoe hun kind op situaties reageert. Tijdens het uitwerken van mijn behandelaanbod zijn er geen ouders bij aanwezig geweest, omdat dit qua organisatie niet mogelijk was.

Cognitieve gedragstherapie (Glassman en Geluk, 2003¹)

Het accent ligt binnen deze therapie op het leren van nieuwe en andere gedachten, met een positieve insteek. Cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op het idee dat problemen voortkomen uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verwerken. Ondanks dat er gesproken wordt over cognitie komen er ook emoties bij aan bod. Binnen deze therapie wordt geprobeerd om de manier van informatieselectie en interpretatie bewust te laten worden en deze te beïnvloeden door reflectie en toetsing aan de werkelijkheid. Het uiteindelijke doel is om een verandering in de denkschema's te bewerkstelligen. De therapeut stelt zich steunend, empatisch en actief op en probeert samen met de cliënt een team te vormen. Voor PDD-NOS'ers is deze therapievorm verhelderend. Doormiddel van korte duidelijke psycho-educatie krijgen ze meer zelfkennis is mijn idee. Ook kan bepaalde gedrag uitgelegd worden door het praktisch te toetsen in oefensituaties.

Directieve therapie

Deze therapie is voor een groot deel ook geïntegreerd in de cognitieve gedragstherapie. Dit kader is gericht op het werken aan concrete en haalbare doelen en te kijken naar wat er nog mogelijk is. Directieve therapie probeert in een beperkt aantal bijeenkomsten op een praktisch manier aan de problemen te werken. Het is gericht op actie. Door de korte periode is er baat bij concrete doelen, opbouw en structuur. Hier is iemand met PDD-NOS bij gebaat. Doordat vaak de cognitieve ontwikkeling iets achter loopt zijn de praktische mogelijkheden van PMT zeer geschikt. Situaties kunnen visueel gemaakt worden, waardoor ze beter begrijpen wat de therapeut bedoeld. De therapeut heeft vooral een sturende rol. Hij/zij geeft korte en passende aanwijzingen. Belangrijk is dat de cliënt zich eerst veilig voelt en vertrouwen opbouwt met de therapeut. De therapie is niet inzichtgevend, en dat is in het voordeel van PDD-NOS'ers. Zij hebben moeite om de linkjes te leggen, vanwege het niet of nauwelijks integreren van allerlei details. Als therapeut moet je wel oppassen dat iemand met PDD-NOS zich niet te afhankelijk gaat opstellen ten opzichte van jou. Binnen de behandeling wordt geprobeerd zoveel mogelijk de omgeving te betrekken. Het is dan ook aan te raden ze huiswerkopdrachten mee te geven.

¹ Glassman en Geluk. Schrijvers van het boek 'Stromingen in de psychologie', met daarin onder andere een beschrijving van de cognitieve gedragstherapie. Met behulp van diverse grondleggers (Tolman, Kohler Festinger) en theoretische stellingen is hun uitkomst dat gedrag voortkomt uit de processen tussen stimulus en respons.

5. PMT strategieën

In dit hoofdstuk wordt de bijdrage van PMT specifiek toegelicht.

PMT is het behandelen van mensen met psychische problemen doormiddel van interventies gericht op lichaamservaring of het handelen in bewegingssituaties.

Het doel van PMT is gedragsverandering tot stand te brengen, of minstens een bijdrage daaraan te leveren. Er zijn 3 PMT strategieën; oefenen, ervaren en ontdekken.

Oefenen

Binnen oefenen staat de behavioristische en cognitieve benadering centraal. Hiertussen kunnen wel overgangen plaatsvinden. Het behaviorisme staat voor gedrag dat wordt bepaald door prikkels van buiten. Het gaat binnen deze stroming vooral om het waarneembare gedrag. Bepaalde ervaringen en waarnemingen in het leven zorgen voor cognitieve schema's in je hoofd en spelen altijd mee tijdens bepaalde handelingen, dus ook bij PMT. Het accent binnen deze strategie ligt op het hier en nu. Voor PDD-NOS is deze richting erg belangrijk omdat ze bijna niet generaliseren, dus situaties steeds weer als nieuw beleven. Door veel te oefenen kunnen ze als het ware getraind (conditioneren) worden in bepaalde sociale vaardigheden. Ook worden ze blootgesteld aan situaties die lichamelijke signalen oproepen. Door dit veel te oefenen, te herhalen en ze te leren hoe ze hier mee om kunnen gaan zal dit situaties meer voorspelbaar maken. Oefenen is praktisch activiteiten uitvoeren, wat aansluit bij de directieve therapie. Oefenen is niet inzichtgevend, ook iets waar PDD-NOS'ers baat bij hebben.

Ervaren

Ervaren gaat uit van de humanistische benadering. Deze benadering gaat uit van de persoon zelf. Wat zegt de uitvoering van een bepaalde activiteit over iemand en herkent hij zichzelf hierin. De nadruk ligt hier op het hier, nu en daar. Het herkennen van bepaalde situaties speelt hierbij een grote rol. Naast oefenen speelt ook ervaren een grote rol binnen de therapie voor PDD-NOS'ers. Vooral door middel van herhalende ervaringen en het van daaruit leren wat bepaald gedrag veroorzaakt, kan zorgen voor een langzame integratie. Door ze veel lichaamservaringen op te laten doen herkennen ze meer signalen en emoties bij zichzelf. Door hier cognitieve uitleg over te geven en praktische tips met betrekking tot handelen zullen ze hier beter op reageren. Binnen het ervaren wordt stapsgewijs gewerkt, gecombineerd met plezierige ervaringen.

Ontdekken

Ontdekken gaat uit van de psychodynamische benadering. Deze strategie wordt bijna niet toegepast tijdens therapie met PDD-NOS'ers. In mijn behandelaanbod is hier de focus ook niet op gelegd.

6. Beschrijving van de doelgroep

De beschrijving van de doelgroep is vanuit hermeneutische- en kritische invalshoek. Hermeneutisch houdt in dat je een ander leert begrijpen. Je snapt en doorziet de problemen van iemand. De kritische invalshoek richt zich vooral op de omgeving van de cliënt. Je kijkt hierbij naar de invloed van de omgeving op de stoornis. Stel iemand met PDD-NOS heeft helemaal geen vrienden meer, dan versterkt dit de kans op een sociaal isolement en dat komt het oefenen van sociale vaardigheden niet ten goede.

De doelgroep bestaat uit 4 personen met PDD-NOS.

* V. is een jongen van 16 jaar. Havo. Zijn leeftijd is passend bij zijn gedrag en uiterlijk. Naast de diagnose PDD-NOS heeft hij ook trekjes van ADHD. Hij gaat mede door zijn ADHD soms over zijn grenzen heen en heeft moeite om de concentratie vast te houden. Hij ziet geen angst en voor hem is het belangrijk zijn eigen lichaam beter te leren kennen, zodat hij van hieruit leert grenzen aan te geven. Daarnaast is zijn sociale gedrag vrij egocentrisch en heeft moeite om zich uit te spreken en contact te maken. V. komt uit een gezin van 4 personen. Moeder is huisvrouw en heeft altijd goed voor hem gezorgd. Sinds zijn 12^e jaar kwamen de problemen wat meer aan het licht. V. was altijd wel druk, maar het contact werd moeizamer en er waren meer ruzies door onbegrip. Voorheen had V. altijd wel vrienden, maar dit werd steeds minder. Hij heeft nog een jonger broertje, waar hij het goed mee kan vinden. Binnen de familie is er niemand die PDD-NOS heeft. V. heeft moeite met verandering en is gebaat bij structuur.

* D. is een meisje van 16 jaar. Havo. Qua uiterlijk ziet ze er verzorgd uit. D. komt uit een stabiel gezin. Ze heeft nog 2 zusjes en is zelf de oudste. In haar familie heeft niemand PDD-NOS. D. is motorisch redelijk vaardig. Ze oogt redelijk zelfstandig, maar heeft veel moeite om situaties te overzien en in te schatten. Daardoor stort ze zich in allerlei situaties. Door het gebrek aan overzicht ontstaat er stress met bijbehorende emoties. Ze heeft er baat bij om hier wat meer kennis over te krijgen (psycho-educatie). Daarnaast is ze erg onzeker over haar uiterlijk. Haar stemming is wisselend, van vrolijk tot depressief. Haar sociale vaardigheden zijn beperkt en in contact is de onzekerheid duidelijk zichtbaar. Wel maakt ze het meeste contact van iedereen uit de groep en kan redelijk over ervaringen vertellen. Ze gebruikt soms moeilijke woorden, niet passend bij haar leeftijd.

* C. is 19 jaar. VMBO. Qua ontwikkelingsniveau zit ze op ongeveer 15 jaar. Ook qua uiterlijk ziet ze er nog erg jong uit. Heeft naast haar matige motoriek en sociale ontwikkeling ook veel moeite met haar uiterlijk en zelfbeeld. C. is enig kind. Haar ouders zijn gescheiden en vader is bekend met alcoholgebruik. Heeft veel aan haar moeder, al botsen ze ook wel eens. In de opvoeding is ze niet gestimuleerd zich te ontwikkelen of dingen te ondernemen. Moeder heeft haar altijd in de watten gelegd. Ze heeft moeite met veel prikkels. Voor haar is het belangrijk om rustig en gestructureerd te werken, anders raakt ze uit beeld. Daarnaast is het voor haar belangrijk om plezier en vertrouwen op te doen en positief gedrag te belonen.

* J. is een jongen van 18 jaar. MBO. Motorisch is hij vrij vaardig. Hij houdt van sporten, maar oogt daarin wel eens wat overactief en speelt veel voor zichzelf. J. komt uit een gezin van 5 personen. Heeft nog een oudere broer en een jonger broertje. Het jongere broertje heeft ADHD. J. vertoont stereotype gedrag. Vraagt vaak hetzelfde en voert tijdens de start van een sessie steeds dezelfde activiteiten uit. In contact is hij redelijk vaardig. Kan goed vertellen over zijn bezigheden. Hij heeft moeite om met mensen om te gaan die hij niet zo goed kent, met nieuwe en onvoorspelbare situaties. Vroeg daarom ook vaak wat we gingen doen.

7. Methodisch behandelplan

Aan de hand van mijn observaties tijdens de eerste stageweken, het literatuuronderzoek naar PDD-NOS en mijn eerdere ervaringen met PDD-NOS'ers heb ik een behandelplan geschreven en uitgevoerd. Ik heb ervoor gekozen om alle kenmerken/problemen uit de doelgroepbeschrijving samen te voegen tot algemene groepsdoelen. Mijn behandelaanbod heb ik op deze doelen afgestemd.

De groepsdoelen

- Oefenen van bewegingsvaardigheden, gericht op zelfstandigheid

Dit doel is gericht op het vergroten van hun mogelijkheden. Door diverse activiteiten en situaties aan te bieden zullen ze veel (lichaams)ervaringen opdoen. Door ze ervaringen op te laten doen en zichzelf hierin te verbeteren zal dit een positief effect hebben op hun onzekerheid en leren ze zichzelf beter kennen. Het is de bedoeling dat ze als groep te functioneren, om het egocentrische gedrag tegen te gaan. In de groep worden ze uitgenodigd en gestimuleerd om initiatieven te nemen en contact met elkaar te maken. Zodoende kan er iets van wederzijds vertrouwen ontstaan en leren ze hoe ze met een ander kunnen omgaan. Ze leren de bestaande context voorspelbaar te maken, in de hoop dat ze dit uiteindelijk ook gaan doen buiten de PMT sessies om.

- Stapsgewijs en gestructureerd werken aan sociale vaardigheden.

Door de sociale vaardigheden te vergroten zullen ze beter in staat zijn zich in het dagelijks leven staande te houden. Ze leren manieren aan hoe ze contact kunnen maken, hoe ze hun stem kunnen gebruiken, leren assertieve vaardigheden en hoe er samengewerkt kan worden, krijgen feedback op gedrag en proberen zelf te komen tot een andere manier/oplossing, met de steun van de therapeut. Ze worden gestimuleerd hun gedrag hanteerbaar te maken in bepaalde situaties. Wanneer het contact met de ander beter verloopt, zal er minder miscommunicatie, onbegrip en irritatie zijn. Deze vaardigheden oefenen is dus ook positief voor de subdoelen: zelfbeeld vergroten, zelfvertrouwen opbouwen en weerbaarder worden.

- Je eigen lijf leren kennen.

Dit heeft als doel dat ze na veel verkennen bepaalde lichaamssignalen gaan herkennen bij zichzelf en hier op leren reageren. Dit wordt ook elke keer expliciet benoemd. Aan emoties worden met behulp van de therapeut woorden gegeven. De therapeut zorgt ervoor dat de spanning niet te hoog wordt en maakt het voelen heel specifiek, logisch en concreet omdat ze moeite hebben om dit van zichzelf te benoemen. Dit doel draagt er bijvoorbeeld aan bij dat ze op tijd leren hun grenzen aan te geven. Herhalende blootstelling aan bepaalde gevoelens en emoties maakt dat ze er op leren reageren of het iets beter kunnen verdragen. Doordat ze zichzelf beter leren kennen, begrijpen ze ook beter hoe een ander op hen reageert. Ze krijgen kennis over hun stoornis.

Behandeling

Er wordt gewerkt in het hier en nu, met een blik op de toekomst. Het gaat erom de eigen mogelijkheden te vergroten en aanpassingen in gedrag te zoeken om beter met een bepaalde situatie om te gaan. Er wordt niet gesproken van dat ze ergens slecht in zijn of moeten kunnen. Het aanbieden van vaardigheden is opgezet als een soort training. De activiteiten worden kort, duidelijk en gestructureerd aangeboden.

Attitude therapeut

De attitude van de therapeut is stevig, sturend, directief, begrenzend en belonend. Dit is belangrijk voor PDD-NOS'ers. Het stevige en sturende is nodig om ze structuur te bieden. Vaak zijn ze zelf wat instabiel en chaotisch en hebben veel steun aan een therapeut die de touwtjes in handen heeft en duidelijk is. Dit zorgt voor rust. Doordat ze de gevolgen van hun gedrag niet zo goed inzien is het wel belangrijk dat ondanks het vele oefenen en ervaren je begrenzend blijft. Tot slot is vooral de positiviteit erg belangrijk voor ze. Vaak zijn ze gewend aan mensen die hen niet begrijpen, en dat levert ze kritiek op. De therapeut keurt het gedrag niet af van iemand met PDD-NOS. Ze leren hoe het ook anders zou kunnen (stapsgewijs en praktisch worden sociaal gewenste regels aangeleerd). Tevens is het als therapeut belangrijk om je steeds af te vragen wat een cliënt met je doet. Bij het bieden van teveel steun en betrokkenheid kan het zijn dat de zelfstandigheid niet wordt bevorderd en de cliënt afhankelijk wordt van de therapeut. Door steeds aan zelfreflectie te doen als therapeut, kan dit worden voorkomen en zo blijf je optimale hulp en zorg aanbieden ten opzichte van de cliënt.

Rationale¹

De activiteiten die worden gegeven hebben als doel het zichtbaar krijgen van dagelijkse gedragspatronen en om de cliënten te laten oefenen met gedrag dat ze niet zo gewend zijn, zodat dit de wereld meer voorspelbaar voor ze kan maken.

Opbouw van de sessies

De sessie wordt gestart met een warming-up. Een sessie duurt 60 minuten. Na de warming-up wordt een activiteit van maximaal een half uur gedaan. Dit om hun matige concentratie, het gebrek aan interesse en van daaruit hun individualisme tegen te gaan. De activiteit wordt door de therapeut af en toe stilgelegd om observaties en ervaringen te bespreken. Na ongeveer een uur wordt de gehele sessie even kort doorgenomen. Er wordt structuur geboden, maar ze leren daarnaast omgaan met wisselende situaties. Als er eens een cliënt niet aanwezig is, kan de voorbereiding aangepast worden. Er is uitgegaan van veel 'oefenen'. De aandacht in het begin lag op het groepsproces, van indirect (individueel) naar meer direct (samen).

Warming-up

Er wordt gestart met een warming-up, met als doel om te aarden. Staand op de plaats worden er diverse bewegingsoefeningen gedaan, waarbij de focus op het lichaam ligt. Een voorbeeldoefening is een tijdje op een been staan en zwaaien met de armen. Na elke oefening worden de verschillen terug gevraagd. Bijvoorbeeld of er op na een oefening verschillen in lichaamssignalen merkbaar zijn vergeleken met het begin. De warming-up wordt gedaan omdat het bijdraagt aan je eigen lichaam beter te voelen en bepaalde lichaamssignalen te herkennen. Hier is iemand met PDD-NOS bij gebaat. Daarnaast leren ze op deze manier een strategie om steviger met beide benen op de grond te staan en ze in het hier en nu te krijgen. Daarnaast kunnen ze de oefening zelf ook toepassen.

Thema's

Het behandelplan bestaat uit diverse thema's. De thema's staan echter niet centraal. De focus ligt op dat de groepsdoelen naar voren komen in de activiteiten. Om concreet aan de doelen te kunnen werken is er een themanaam aan de sessies gegeven.

¹ Rationale: Hierin wordt aangegeven waarom het hulpaanbod (de oefeningen) van de therapeut werkt ten opzichte van de hulpvraag van de cliënt.

Sessies

Sessie 1 (oefenen)

Thema: Contact

Doel: Verkennen van de omgeving, veiligheid, observeren.

Rationale: Oefening waarin ze de omgeving veilig kunnen verkennen. Ze wennen aan de therapeut en aan elkaar.

*Activiteit: Op zichzelf gericht actief spel zonder duidelijke prestatienorm. (basketbal)

Sessie 2 (oefenen)

Thema: Contact

Doel: Indirect contact maken met de ander. (vaste structuur, veiligheid en vertrouwen bieden)

Rationale: Oefening waarin indirect het contact met een ieder uit de groep aan de orde komt, waarin men kan wennen aan elkaar, wat zorgt voor veiligheid en vertrouwen.

*Activiteit: Badmintonnen met iedereen uit de groep.

*Interventies:*¹

- Afstemmen op de ander en zelf kiezen hoe je wilt badmintonnen met de ander. (ontmoeten, sparren, vieren)
- Zoek de grens op tussen wanneer je het nog leuk vindt en wanneer niet meer. Merk/voel je dit, dan stop je met de activiteit.

Sessie 3 (oefenen)

Thema: Contact

Doel: Letterlijk contact maken met de ander. (initiatief nemen en lichaamssignalen opmerken)

Rationale: Door ze bewust met elkaar in contact te laten komen en dit te bespreken, kunnen ze zien wat ze lastig vinden en wat goed is om vaker te oefenen.

*Activiteit: Lopen door een deel van de zaal en elkaar op verschillende manieren begroeten en voorstellen.

Interventies:

- Contact door een knikje
- Gedag zeggen met een handgebaar en woord
- Handdruk en even contact proberen te maken (probeer te voelen of er echt contact is)
- Handdruk en vragen hoe het is
- Halve minuut een gesprekje met iemand voeren
- Vragen welke manier was het prettigst was? Waaraan merkte je of er ook echt contact was?

*Activiteit: Hockey partijspel. 3 tegen 3.

Interventies:

- Zelf teams maken.
- Iedereen uit je team moet de bal hebben geraakt voordat je kunt scoren.
- Deel de ervaringen met elkaar.

¹ Interventie: Een strategie van de therapeut om de uitvoering/het proces van de cliënten te sturen, door een aanpassing of verandering in te voeren.

Sessie 4 (oefenen en ervaren)

Thema: Samenwerken

Doelen: Wij-gevoel, zelfvertrouwen, structuur iets loslaten.

Rationale: Succeservaringen zorgen voor meer zelfvertrouwen, wat resulteert in dat je zekerder wordt over bepaald gedrag.

*Activiteit: Chaosdoelenspel, 2 teams, ¼ van de zaal, 2 ballen, elk 20 kegels op een lijn.

Interventies:

- Spreek met je team een tactiek af.
- Vanwege het chaotische spel is het belangrijk om als therapeut aanwezig en sturend te zijn.
- Benadruk gewenst gedrag als therapeut door bijvoorbeeld complimentjes te geven.

Sessie 5 (oefenen, ervaren)

Thema: Samenwerken

Doelen: Interactie, initiatief nemen, ruimte innemen

Rationale: In deze oefening worden algemene sociale vaardigheden gevraagd zoals contact maken, overleggen, praten, afstemmen etc. en dus draagt het bij aan het oefenen hiervan.

*Activiteit: Samenwerkingsoefening met de hele groep. Met gegeven materiaal de overkant zien te halen, zonder de grond te raken.

Interventies:

- Therapeut heeft uitnodigende attitude. Gaat om het zelf oefenen, niet om resultaat.
- Gelukt? Materiaal verminderen.
- De cliënten die eerst vooraan stonden, staan nu achteraan.
- Terugvragen wat er goed ging en wat lastig was?

Sessie 6: (oefenen, ervaren)

Thema: Stilstaan bij je eigen lichaam.

Doel: Lichaamssignalen leren voelen.

Rationale: Een oefening gericht op het vergroten van kennis over je lijf, waarin je bewust leert stilstaan bij je eigen lichaam en dat je op basis van deze signalen handelt.

*Activiteiten:

- Fanatieke warming-up

Let op hartslag, verschil tussen start en einde, lichaamswarmte, zweten, spieren.

Interventie: Zelf ook oefeningen laten bedenken

- Touwtrekken (kracht)

Voel je spieren die zich aanspannen. Bij loslaten, voel ook hoe je spieren zich weer ontspannen. Hoe speel je? Fanatiek, gedoceerd, alles in een keer eruit.

- Ballonestafette (concentratie). Je wilt sneller dan de ballon. Wat ervaar je hierbij? Hoe is het om te doen? Wat zou je anders kunnen doen?

Huiswerk: Denk na over iets wat je volgende week wil vertellen aan de groep.

Sessie 7: (oefenen, ervaren)

Thema: Assertiviteit

Doelen: Stemgebruik, feedback geven en ontvangen, voorspelbaarheid loslaten

Rationale: Een oefening waarbij je kunt ervaren hoe het is om de leiding te hebben en uit handen te geven en van daaruit kennis opdoen over hoe jij hier mee omgaat.

*Activiteit: 1 minuutje iets vertellen voor de groep.

*Activiteit: Kegelparcours maken in de zaal waar je de ander door begeleidt. Vooral de leidende rol staat centraal. Hoe voer jij deze uit?

Interventies:

- Voer de oefening ook eens uit met een ander. Merk/voel je verschil?
- Geef zelf aan hoe je begeleidt wilt worden, probeer verschillende manieren uit.

Sessie 8: (oefenen, ervaren)

Thema: Samenwerken

Doel: Oefenen met ander gedrag (rollen).

Rationale: In deze oefening worden algemene sociale vaardigheden gevraagd zoals contact maken, overleggen, praten, afstemmen etc. en dus draagt het bij aan het oefenen hiervan

*Activiteit: Samenwerkingsoefeningen. Met handen en voeten de overkant halen.

Interventies:

- Oefenen met andere rollen. In het achterhoofd sessie 5 en van daaruit interventies inzetten. Laat iemand bijvoorbeeld eens een andere rol ervaren, benadruk het luisteren naar elkaar, of geef 1 iemand het woord.

Sessie 9 (oefenen, ervaren)

Thema: Stilstaan bij je eigen lichaam

Doel: Contact met de ander (kan letterlijk), weerbaarheid, ik-sterkte, stilstaan bij eigen gevoel/kracht, stevig staan.

Rationale: Een oefening met fysieke van weerstand en waarbij je in contact bent met anderen personen, wat eraan bijdraagt dat je ook op een andere manier je lijf leert kennen.

*Activiteit:

Stoeivormen. Voor degenen die het geen probleem vinden kan het met lichamelijk contact. Anders materiaal ertussen.

- Stoeien met bal,
- Met rug tegen elkaar, elkaar proberen van de mat afduwen,
- Handje klap de ander uit balans brengen.
- Met 2 personen proberen de ander uit balans te krijgen.

Interventies:

- De therapeut geeft observaties over uitingen van gedrag terug aan de groep.

Sessie 10: (oefenen, ervaren)

Thema: Assertiviteit

Doel: Contact maken, samenwerken, zelfstandigheid, initiatief nemen.

Rationale: Een oefeningsituatie waarbij in een groep aan persoonlijke sociale vaardigheden kan worden gewerkt, waarin de algemene dagelijkse sociale vaardigheden aan bod komen.

*Activiteit: Oefening rondom contact maken. (kijken naar de verschillen met begin). Maak een rij op grond van leeftijd. Ogen open en praten. Daarna een rij op lengte, zonder te praten. Of een rij op basis van de grote van de handen of haarlengte.

*Activiteit: Spel zonder grenzen.

Interventies:

- Maak zelf teams, regels, en vraag hulp als het niet lukt.

8. Resultaten

De behandelmethodiek in deze scriptie is beschreven in 10 sessies. Bovenstaande sessies zijn uitgevoerd en een aantal werden ook wel eens herhaald in een iets andere vorm. Daarnaast zou het aanbod nog uitgebreid kunnen worden in hele specifieke en concrete behandelvormen. Hier was nu geen tijd voor. Deze scriptie was erop gericht om onderzoekend te kijken of de geformuleerde hypothese beantwoord kon worden. Hieronder worden de meest opvallende resultaten genoemd van de behandeling.

Sociale vaardigheden

Er is door de cliënten vooruitgang geboekt op het gebied van sociale vaardigheden. Door bij PMT situaties te oefenen die ook in het dagelijks leven voorkomen, en deze herhalend aan te bieden in een vaste structuur, zijn ze er vaardiger in geworden.

Het contact maken ging op het laatst minder moeizaam dan in het begin. Door het gedrag van de cliënten positief te stimuleren kregen ze meer zelfvertrouwen en durfden ze ook meer te oefenen. Daarnaast was het een voordeel dat ze elkaar beter leerden kennen. De onzekerheid en onhandigheid die in het begin zichtbaar was verdween langzaam. Ook in samenwerkingsoefeningen was dit het geval. In de eerste sessie zei niemand wat tegen elkaar en namen bepaalde personen het initiatief, en gingen individualistisch aan de slag. Ze vergaten hierbij gewoon de anderen. Door bij een volgende samenwerkingsoefening de rollen om te draaien (die de vorige keer achteraan stonden, mochten nu vooraan beginnen) en als opdracht te geven dat ze het samen moesten doen, kwam er ook meer samenwerking. Een andere mooie interventie was dat iedereen tijdens een partijtje hockey de bal moest raken voordat er gescoord was. In het vervolg werd er daarna ook meer samen gespeeld. Ze hebben waarschijnlijk vanuit deze interventie onthouden dat samenspelen goed is.

Het samenwerken leidde tot meer communicatie, er werd geluisterd naar elkaar en dit kwam het groepsproces ten goede. Ook was het wisselen van rollen een mooie ervaring voor de cliënten om ook eens vanuit een andere positie te functioneren. De PDD-NOS jongeren hebben onder andere geleerd dat ze door zich uit spreken en zich te laten zien, ze duidelijker zijn in de communicatie naar een ander toe en dit kan problemen voorkomen. De sociale omgang met anderen zal daardoor gemakkelijker verlopen. Deze ervaring heb ik ze willen meegeven.

Lichaamservaringen

Het opdoen van lichaamservaringen is vooral oefenend gebeurd. Door ze veel bloot te stellen aan verschillende bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten hebben ze hier ervaring in opgedaan. Het uiteindelijke doel was dat ze lichaamssignalen van zichzelf gaan herkennen en van daaruit beter leren aangeven waar hun grenzen liggen.

Het terugvragen van de lichamelijke ervaringen aan de hand van lichaamssignalen bleek vooral in het begin vrij lastig. Dit komt mede door het missen van een 'theorie of mind'. Wanneer je toch wilt weten wat een cliënt ervaart, dan dien je dit als therapeut heel goed in te kaderen. De vragen moeten heel specifiek en klein zijn, dan heb je de beste kans op een zinvol antwoord. De cliënten hebben ook geoefend met het leren omgaan van bepaalde emoties. Ze ervaren vaak heel veel, maar weten dan niet precies hoe ze hier naar moeten handelen. Dit zorgt wel eens voor wat verwarring en in de communicatie met andere personen kan dit leiden tot miscommunicatie. Gedragsinformatie speelde hierbij een belangrijke rol. Nu doe je het zo en zo, maar je zou het ook op een andere manier kunnen doen. Hier hebben ze wel wat van opgestoken, door op een andere manier te oefenen. Een cliënt vond bijvoorbeeld een spel niet

meer zo leuk. Hij stond erbij met een gezicht op onweer, deed niet meer goed zijn best, maar zei er niets over. Door de cliënt hier op aan te spreken en te zeggen dat het prima is dat hij uit wat hij denkt, heeft hij hiervan geleerd. Later gaf de cliënt wel aan wanneer een spel voor hem lang genoeg had geduurd. In het begin gaf de cliënt dit niet aan.

Zelfkennis

Ze hebben de nodige kennis over hun eigen lijf gekregen, doordat er regelmatig dingen over terug zijn gevraagd en het beantwoorden steeds beter ging. Aan de hand van eigen voorbeelden en visuele instructies begrepen ze beter wat de bedoeling was. Ik wees bijvoorbeeld aan waar ik mijn spieren voelde of waar mijn ademhaling zat tijdens de bespreking van een oefening.

De cognitieve gedragstherapie als behandelrichting was een therapievorm die de cliënten over meer zelfkennis deed beschikken. Het teruggeven van informatie over hun gedrag had hierin een belangrijk aandeel. Door de cliënten steeds een korte en duidelijke uitleg te geven over waarom deze oefening geschikt is, kregen ze meer kennis over hun eigen stoornis. Daarnaast werden observaties van de therapeut en later ook van medecliënten aan ze terug gegeven. Vooral het betekenis geven aan bepaalde observaties werkte verhelderend voor de doelgroep. Ze begrepen daardoor cognitief wat voor reactie hun gedrag bij een ander kon veroorzaken. Hun IQ was prima, dus deze kennis konden ze goed onthouden. Wellicht kunnen ze dit in het dagelijks leven ook teruggeven aan een ander, zodat diegene zich gaat aanpassen aan hen.

Ontwikkelingsachterstanden

Automatisch zijn door het oefenen en opdoen van ervaringen bij PMT ook ontwikkelingsachterstanden aangepakt. Ze hebben hierdoor geëxperimenteerd met ander gedrag. De cliënten hebben bijvoorbeeld geleerd meer initiatief te nemen, samen te werken en ze kregen meer kennis over zichzelf. Met de attitude van de therapeut viel het aanklampgedrag te beïnvloeden. Een veilige, positieve en uitnodigende attitude had hierop een goede uitwerking. Het creëren van inzicht is iets wat erg lastig is voor PDD-NOS'ers. Toch is dit proces deels te beïnvloeden. Je kunt ze bijvoorbeeld minder prikkels en details te geven, waardoor de chaos minder wordt en structuur blijft. Vanuit deze situatie kunnen ze het beste functioneren en situaties leren inschatten.

Het groepsproces

Er was sprake van een vrij kleine groep. Maximaal konden er 6 personen zijn, maar gemiddeld waren dit er 4 of 5 per sessie. Door af en toe zelf mee te doen was het prima werken met deze doelgroep. Ik kon door zelf mee te doen af en toe situaties extra verduidelijken. Dit vonden de PDD-NOS'ers prettig. Het zorgde ervoor dat we ook een soort team werden. Dit leidde ertoe dat er uiteindelijk werd geëxperimenteerd met ander gedrag. Dit vonden ze in het begin erg spannend. Het was zaak om eerst veiligheid en vertrouwen op te bouwen en daar is in de eerste sessies aan gewerkt. Door een vaste structuur aan te bieden wisten ze wat ze konden verwachten en de duidelijke houding van de therapeut droeg hier ook aan bij. In het begin waren de cliënten erg terughoudend en was er lijfelijke spanning zichtbaar. Aan het einde van mijn stage durfden ze zich meer te laten horen en was de zichtbare spanning verdwenen. Dit merkte ik doordat er af en toe gelachen kon worden en er minder zenuwtrekjes waren, zoals friemelen met de handen of tikken met de voet op de grond.

Tijdens de start dacht ik dat de puberteit als een soort contra-indicatie¹ zou werken, maar dit viel bij deze groep erg mee. Het was een groep met een redelijk IQ en ze waren vrij volgzzaam. Ook adolescente PDD-NOS'ers experimenteren net zoals andere jongeren met ander gedrag, maar dit viel bij PMT vooral op door gewenst gedrag te laten zien.

Er zaten 2 personen in de groep die niet voor PDD-NOS waren gediagnosticeerd, maar de verschillen onderling waren nauwelijks zichtbaar. Het werkte eerder positief, doordat ze met voorbeelden kwamen tijdens het terugvragen en feedback gaven aan de ander. Degenen zonder PDD-NOS konden gemakkelijker eerdere ervaringen koppelen aan de huidige situatie en zo hielpen zij het proces van bewustwording op gang.

De groep raakte meer gewend aan elkaar en dit veranderde de sfeer. Er werd niet meer gelachen als er iets spannends werd gedaan, maar serieus en druk geoefend. Mooi om te zien was dat niemand elkaar af viel, maar dat ze elkaar allemaal in hun waarde lieten. De cliënten gaven wel aan dat ze ervaringen snel weer kwijt zijn en moeite hebben bewust met oefeningen bezig te zijn. Het was belangrijk om de oefening rustig aan te bieden en veel te herhalen om blijvende aanpassingen te kunnen waarnemen.

De therapeut

Ik stelde me steunend, sturend, vriendelijk en actief op en dat had effect op deze doelgroep. Al redelijk snel had ik het gevoel dat er een soort van wederzijds vertrouwen ontstond. Ze accepteerden mij als therapeut. Doordat ik bleef letten op mijn houding, gingen ze niet aan mij hangen. Voor mijn gevoel werkte een gestructureerde en uitnodigende houding het beste bij deze groep. Op deze manier moesten ze zelf wel in actie komen en konden ze oefenen. Wel moest ik er erg op letten hoe ik het vertelde. Wilden ze het ook begrijpen dan was het zaak om duidelijk te zijn. Vaak zeiden ze wel dat ze het begrepen, maar af en toe had ik hier mijn twijfels over. In het vervolg zou ik hier nog wat meer over terug kunnen vragen. Dit heb ik nu niet zoveel gedaan, omdat ze soms reageren alsof hun ouders tegen ze zitten te zeuren (mijn gevoel erbij). Nu terugdenkend zal dit ook met hun eigen onvermogen te maken hebben. Ik denk dat ik ze wel redelijk in proces heb kunnen krijgen, door aan persoonlijke moeilijke dingen te werken. Ondanks dat ze oefeningen vaak spannend vonden, gingen ze er mee aan de slag. Langzaam heb ik de structuur wat meer afgebouwd. Ik maakte situaties minder voorspelbaar. In het begin stuurde ik de groep bewust en gestructureerd aan, maar later werd dit steeds meer overgenomen door de groep. Men durfde meer uit zichzelf te zeggen, dingen aan elkaar te vragen en ook werd er onderling meer overlegd en dus contact gemaakt. Als therapeut hoefde ik er minder bovenop te zitten. Ik kon wat meer observeren en het was van belang bepaald gedrag positief te belichten. Ik denk dat dit is ontstaan doordat ik als soort van compensatie diende. Ze hadden vertrouwen in mij gekregen en konden daardoor spanning en onzekerheid wat loslaten. Ik accepteerde ze zoals ze waren.

Oefenen

De strategie oefenen werkte voor deze groep goed. Het is een praktische strategie, die een bepaalde uitleg kon versterken doordat het visueel kon worden gemaakt. Het oefenen (doen) maakte dat de spanning er wat af ging. Wat ze deden was niet goed of fout. Doordat ik het ook wat luchtig aanbood, waren ze vaak bereid om zich ergens voor in te zetten. Ondanks de structuur maakte ik ze toch nieuwsgierig en ging de interesse niet zo snel weg. Op deze manier kreeg ik ze aan het oefenen en van daaruit pleegde ik mijn interventies om ze ook bepaalde dingen te laten ervaren.

¹ Contra-indicatie: Dit is een reden die ervoor zorgt dat de behandeling niet goed uitgevoerd kan worden.

Conclusies

Allereerst is veiligheid en vertrouwen essentieel voor deze doelgroep om te kunnen/durven oefenen met ander gedrag. Hierbij speelt de therapeut een grote rol. Als er een gevoel van onbegrip of geen contact ontstaat, dan wordt het een moeizaam traject. In de sessies zijn diverse sociale vaardigheden geoefend en daarin zijn de jongeren vaardiger geworden. Ze gingen uiteindelijk elkaar aanspreken, overleggen en er werd meer initiatief genomen. PMT was een geschikt oefenmiddel, omdat het oefenen praktisch en ongedwongen verliep. De cliënten kwamen dan ook graag naar PMT.

Alle cliënten hadden een redelijk IQ. Het IQ zorgde ervoor dat ze wel redelijk snel begrepen wat ik zei. Het maakte ze leerbaar.

Lichaamsgerichte oefeningen waren lastiger voor ze om te oefenen dan de sociale vaardigheden. Dit kwam doordat ze zulke oefeningen niet gewend zijn en het ze moeite kost. Daarnaast waren de oefeningen ook af en toe wel confronterend, omdat een aantal naast PDD-NOS ook te maken hadden met een vrij laag zelfbeeld.

Door tijdens de warming-up eerst contact te maken met jezelf en de omgeving, kwamen ze steviger te staan. Ze konden steeds beter de verschillen in hun lijf benoemen. Hierbij vroeg de therapeut om de lichaamssignalen tijdens de start en na afloop van de warming-up. Het was belangrijk om dit kort en duidelijk aan te bieden. Dit speelde bij alle oefeningen rond lichaamssignalen. Wanneer een oefening kort, duidelijk en concreet werd aangeboden konden ze het redelijk helder benoemen, al hield het niet over. Dit verschilde echter ook per persoon. De 2 personen die niet de diagnose PDD-NOS hadden, waren een waardevolle aanvulling voor de groep, vooral bij lichaamsgerichte oefeningen. Zij namen hierin meer de leiding, omdat ze beter begrepen waarom de oefening werd uitgevoerd.

Hoe ze op basis van de signalen het beste konden handelen is iets wat een beetje achterwege is gebleven. Wel hebben ze bij bepaalde emoties geleerd hier gedrag aan te koppelen, door bijvoorbeeld te zeggen dat ze iets anders willen doen. Toch is dit maar in beperkte mate aan de orde geweest. Het doel lag vooral op het leren verkennen en herkennen van de signalen.

Voor succeservaringen was deze doelgroep erg gevoelig. Vooral de rol van de therapeut was hierbij erg belangrijk. Positief gedrag en 'lukken' werd beloond. Hierdoor zag je iemand zijn zelfvertrouwen toenemen in de activiteit, wat weer leidde tot meer initiatief en zelfstandigheid. Visuele voorbeelden werkten bekrachtigend en verduidelijkend bij bepaalde psycho-educatie. Dit gaf ze de structuur die ze nodig hadden. Doordat ze matig kunnen generaliseren komen ze zelf niet zo snel met bepaalde voorbeelden uit eerdere ervaringen. De onderlinge verschillen tussen de sterkte van de stoornis werkte positief. Hierdoor konden ze juist leren van elkaar. De een was wat beter in contact en een ander werkte meer samen.

Mijn conclusie is dat sociale vaardigheden en regels zijn te verbeteren door bepaalde themaoefeningen vaak aan te bieden, uitleg erover te geven en het gewenste gedrag te bekrachtigen. Dit kan de vaardigheden van iemand met PDD-NOS vergroten. Door PDD-NOS'ers herhaaldelijk bloot te stellen aan lijfelijke ervaringen en dit te bespreken krijgen ze meer kennis over hun eigen lijf. Er zijn achterstanden zichtbaar in de ontwikkeling met de gezonde adolescent, maar deze zijn niet zo duidelijk zichtbaar als dat ik had verwacht. PMT kan een bijdrage leveren aan het zichzelf beter leren kennen. Het is echter wel een geduldig en langdurig proces. Het missen van inlevingsvermogen en het gebrek aan inzicht blijft een lastig punt. Veel vaardigheden zijn te vergroten, maar het lijkt wel veel op getraind gedrag vind ik.

Discussie en aanbevelingen

Wat opviel was dat ze moeilijk zijn te motiveren voor lichaamsgerichte oefeningen. Doordat ze dit lastig en saai vinden, hebben ze er niet zoveel zin in.

Erg vervelend was het als er een paar sessie uitvielen. De cliënten moesten er dan de eerste keer weer in komen. Het is voor iemand met PDD-NOS lastig om bewust te leren als de oefeningen maar 1 keer per week worden gedaan. Voor een blijvend resultaat is een langdurig proces nodig, zodat ze bepaalde vaardigheden onder de knie krijgen en uiteindelijk ook buiten de zaal toepassen. Vanwege hun beperkte inzicht is de rol van de therapeut hierbij erg belangrijk. Hij zal ervoor moeten zorgen dat de cliënten snappen waarom een bepaalde oefening wordt gedaan. Biologisch valt er niet iets te veranderen, maar in de sociale omgeving wel. Helaas had ik als stagiaire weinig kennis van het sociale gedrag buiten de zaal.

Discussie

Er wordt over PDD-NOS'ers wel gezegd dat ze niet tot inzicht komen en dat ze eigenlijk niet leerbaar zijn. Hier ben ik het niet mee eens. Doordat ik ze een paar keer een herhalende ervaring liet opdoen, voerden ze het in het vervolg ook zo uit. Wanneer een basketbal onderhands in de basket werd gegooid, dan gebeurde dit na een paar opmerkingen hierover niet weer. Af en toe konden de cliënten ook koppeling maken. Ik vroeg; 'Waarom hebben we deze oefening gedaan, waar is het goed voor?' De cliënten konden dit regelmatig goed aangegeven. De vraag die ook in me opkwam was of ze niet teveel getraind raakten. Het was niet de bedoeling dat ze als robots gingen functioneren. In mijn beleving viel dit wel wat mee. Dit proces valt als therapeut redelijk te sturen. Wel vraag ik me af in hoeverre ze gewenst gedrag lieten zien om mijn tevreden te stellen. Ze gaven aan dat ze PMT leuk vonden, maar ik weet niet zo goed of ze de oefeningen ook echt als 'leren' hebben ervaren. Of de geleerde vaardigheden onder persoonlijk gewenst gedrag vallen en of ze het buiten de zaal toepassen, dat weet ik niet. Dit zijn vragen die ik nog heb. Het zou mooi zijn om de ouders erbij te betrekken, dan valt dit beter te controleren als PMT'er. Aan de andere kant helpen de geleerde vaardigheden ze wel om de wereld iets meer voorspelbaar te maken en ze minder vaak in lastige en emotionele situaties terechtkomen. Dit is zeker een positief effect.

Aanbevelingen

- Ik zou de attitude confronteren wat meer in willen zetten. Door ze positieve feedback op het 'verkeerde' gedrag te geven, weten ze ook beter wat hun problemen veroorzaakt. Dit krijgen ze juist ook in de maatschappij terug van anderen die hen niet begrijpen.
- Bij een vervolg nog meer het groepsproces en de groepsdynamica zijn werk willen laten doen. Nu was ik zelf de sturende factor, terwijl ze op het laatst veel samen oefenden.
- Ik zou ook tijd willen reserveren voor bewuste transfers, zodat er ook buiten de zaal bepaalde ervaringen opgedaan kunnen worden. Bijvoorbeeld: We oefenen dit in de zaal, morgen gaan we daar naar toe en dan gaan jullie dit ook proberen.
- Ik zou nog meer uit de directieve therapie willen halen, omdat deze aanpak wel goed aanslaat bij deze doelgroep. Het sturende, positieve en tevens uitnodigende past wel bij me.

Ik hoop dat onderzoek naar deze stoornis blijft bestaan. Het is naast een ingewikkelde, ook een zeer interessante stoornis om van dichtbij te volgen. Graag had ik nog langer met deze groep gewerkt om echt met aantoonbare resultaten te kunnen komen, maar dit is nu niet het geval. Al mijn interpretaties zijn subjectief, al worden veel van mijn punten wel gedeeld door andere artikelen, boeken, meningen en studies over PDD-NOS.

Literatuurlijst

Boeken:

- Verhulst, F.C. Sanders-Woudstra, J.A.R. De Witte, H.F.J. , 1996, Kinder- en jeugdpsychiatrie, Assen, Van Gorcum.
- van der Veen-Mulders, L. , 2002, Sociaal onhandig: de opvoeding van kinderen met PDD-NOS en ADHD, Assen, Van Gorcum
- Rigter, J. , 2002, Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, Bussum, Coutinho.
- Glassman, W.E. Geluk, H. , 2003, Stromingen in de psychologie, Baarn, HB uitgevers.
- Peters, T. , 1994, Autisme, van begrijpen tot begeleiden, Antwerpen , Houtekiet
- Wijsman, E. , 2000, Psychologie en sociologie, Groningen, Wolters-Noordhoff.
- DSM-IV-TR, 2005, Amersfoort, Drukkerij Wilco bv

Artikelen:

- Sinclair, J. 2005, Historie van Ani, cursusmateriaal studie Distance Education Autism Programmes, Universiteit Birmingham.
- Mulder, G.A.L.A. , 2002, Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. De mogelijkheden en de beperkingen.

Internet:

- www.zwerfnet.nl, Frans Holdert, 2007. Adolescenten: ontwikkeling en psychiatrie.
- www.pdd-nos.nl, Fred de Vries, 2008
- www.autsider.net, Stichting autsider, 2005
- www.autismeSS.nl, J. Princen, 2008
- www.bopexpert.nl
- www.therapiehulp.nl

Film:

- Rainman, 1998

School:

- Schoolthema Bewegen en Buitenbeentjes, C. van Doodewaard.
- Sheets BA/PMT, D. Jol.
- Gedragreader Sportmix, C. Niks.
- Moduul diagnostiek, collegemateriaal. O.a. checklist Claudia Emck. Observatie en diagnostiek.
- Ontwikkelingspsychopathologie, 2005-2007, S. Verbeeten.

Stage:

Informatie van ervaringsdeskundigen over de doelgroep:

- P. van der Lans, PMT'er, GGZ Meerkanten Ermelo
- A.M. Postma, PMT'er, GGZ Meerkanten Ermelo