

Ik blijf meedoen!

Psychomotorische groepstherapie voor kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis

Binnen de kinderpsychiatrie bieden wij een psychomotorische groepstherapie voor kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS). Hoewel het therapieprogramma een vaste opbouw heeft, passend bij de doelgroep, volgen wij ook het groepsproces en sluiten wij zoveel mogelijk aan bij de behandelvraag van het kind. Na veel praktijk is het nu tijd om de ervaringen te delen en een kleine pilot te presenteren als voorbereiding op een groter onderzoek.

In dit artikel ...

- ... een psychomotorische groepstherapie voor kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis;
- ... een beschrijving van de doelgroep, opbouw en doelen van de therapie, en de praktijk;
- ... de eerste resultaten van een pilot: een effectmeting met de Vragenlijst Inventarisatie Sociale problemen bij Kinderen.

Inleiding

In dit artikel beschrijven we een psychomotorische groepstherapie, ontwikkeld voor kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum. Deze groepstherapie wordt toegepast binnen het behandelprogramma 6-12 jaar binnen de kinderpsychiatrie, wat bestaat uit klinische, deeltijd- en ambulante behandeling. Kinderen vanuit ambulante behandeling vormen de belangrijkste groep voor dit aanbod.

De therapie bestaat uit achttien bijeenkomsten; het is een gesloten groep voor vier tot zes kinderen. Daarnaast is er een parallele oudergroep, welke acht keer bijeenkomt. De groepstherapie is deels gebaseerd op ideeën van bestaande trainingen voor kinderen met ASS (Adriaansens, 1997; Gijzen & Vlutters, 2004; Reenders & Spijker, 1996), en deels vanuit de praktijk ontwikkeld. Zo is na een aantal groepen het werken met een boosheid-/ spanningsthermometer toegevoegd aangezien het omgaan met spanning en adequater leren uiteten van boosheid een veel voorkomend thema was. Vanuit praktijkervaring ontstond ook de behoefte om het resultaat van de behandeling meer inzichtelijk te maken. We hebben een kleine pilot uitgevoerd om het effect van deze groepstherapie te meten op het gebied van de sociale vaardigheden. Hiervoor is gebruik gemaakt van een voor-nameting met behulp van de Vragenlijst Inventarisatie

Sociale problemen bij Kinderen (VISK). De resultaten hiervan worden in dit artikel weergegeven.

Doelgroep

De behandelvorm is ontwikkeld voor kinderen met ASS die een indicatie hebben om deel te nemen aan deze groeps-therapie gericht op het verbeteren van de sociale vaardigheden. Voorkomende diagnoses (classificaties volgens DSM-IV) van de kinderen die deelnemen aan deze groep zijn: PDD-nos (grote groep); autisme; stoornis van Asperger en autisme spectrum stoornis type MCDD.

Een stoornis in het autistisch spectrum is een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Het is een neuropsychiatrische aandoening, welke gevolgen heeft voor het totale functioneren. Problemen die in de literatuur genoemd worden zijn kwalitatieve beperkingen in sociale interactie, kwalitatieve beperkingen in de communicatie en stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten (De Bildt et al., 2004). Deze kinderen hebben problemen met het aangaan of onderhouden van contact. Ook komen problemen in de emotieregulatie veel voor.

We zien in de praktijk bij het psychologisch onderzoek vaak grote discrepanties in hun intelligentieprofiel (verschil verbaal/ per formaal IQ) en overzichts- en planningsproblemen. Het bewegingsgedrag van deze kinderen kenmerkt zich vaak door houterigheid, achterstand in motorisch functioneren, planning- en overzichtsproblemen en hyperactiviteit (Emck et al., 2010). Emck et al. (2010) maken onderscheid tussen klinische bewegingskenmerken zoals beperkingen in lichaamstaal (mimiek en houding), stereotiepe en repetitieve motorische handelingen en motorische vaardigheid. Uit verschillende studies blijken kinderen met ASS zwakkere grofmotorische vaardigheden te hebben. Een klein percentage kinderen valt binnen de normale range qua grofmotorische vaardigheden. Tevens is door Emck en collega's (2010) de motorische competentiebeleving onderzocht. Op dit laatste gebied blijkt uit klinische bevindingen dat veel van deze kinderen angstig reageren bij lichamelijk contact en dat hun lichaamsschema en lichaamsbewustzijn gestoord zouden zijn. Daarbij genomen de eerder genoemde overzichtsproblemen, maakt dat het deelnemen aan sport en spel voor deze kinderen ingewikkeld en beangstigend kan zijn. In een kleine studie (Jonkman et al., 2007) blijken kinderen met PDD-nos lager te scoren dan de norm op de Test of Gross Motor Development (TGMD-II). De ernst van de motorische problemen verschilt niet significant van kinderen met de diagnose Developmental Coordination Disorder (DCD). Deze bevindingen zijn herkenbaar uit onze praktijkervaring; bij een aantal kinderen met ASS is tevens de diagnose DCD gesteld. In de groep zien we bij een aantal kinderen houterig bewegingsgedrag. Eveneens worden problemen met balvaardigheden, problemen in spel (sociale en overzichts-

problemen), angst ten aanzien van lichaamsbeleving, angst bij loskomen van de grond en coördinatieproblemen bij springen op de trampoline gezien. Het behoeft geen betoog dat deze kinderen vaak een kwetsbaar zelfbeeld hebben. Een positieve groepservaring in een kleine veilige groep waarin geoefend wordt met samenspelen, is belangrijk.

De kinderen die aan deze groep deelnemen hebben met elkaar gemeen dat een ervaringsgerichte therapievorm, waarin wordt geoefend door samen deel te nemen aan bewegingsactiviteiten en bewegingsspel, een goede ingang voor hen is. Sommige kinderen hebben medicamenteuze ondersteuning. Wat betreft het motorisch functioneren is het belangrijk dat wanneer er een indicatie is voor ergotherapie (sensorische problemen) en/ of fysiotherapie ((grof-)motorische ontwikkelingsachterstand), deze therapieën plaatsvinden voorafgaand aan de groep. De kinderen zijn dan zoveel mogelijk ondersteund in hun motorisch functioneren en kunnen optimaal profiteren van de psychomotorische groepstherapie.

Praktijk

Samenstelling groep

De indicatie voor deelname aan deze groepstherapie wordt in de diagnostiek- of behandelfase gesteld. Voorafgaand aan deelname aan de groep vinden er twee psychomotorische onderzoeken plaats, één individueel en één in een klein groepje. In deze onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de PsyMot (Emck et al., 2007), een instrument voor psychomotorische diagnostiek. Het kind maakt kennis met de therapeut en de psychomotorische therapie. Er wordt een inschatting gemaakt of psychomotorische therapie aansluit bij het kind. Belangrijk aspect in dit onderzoek is de beoordeling of het kind toe is aan een groepstherapie. Het onderzoek in een klein groepje geeft informatie om dit te kunnen inschatten.

Daarnaast speelt informatie over de ervaringen van het kind in groepen een belangrijke rol. Vanuit het psychomotorisch onderzoek volgen indicatiestelling en doelstellingen voor het kind.

Mike is een 11-jarige jongen. Hij zit in groep acht van het basisonderwijs. Hij is opnieuw aangemeld. Op achtjarige leeftijd is hij op de polikliniek geweest voor onderzoek, omdat er vragen waren vanuit de onderwijsbegeleidingsdienst. Destijds is de diagnose PDD-nos gesteld. Na overleg met school en de onderwijsbegeleidingsdienst was verdere behandeling niet nodig. Mike is gemiddeld intelligent. Nu vragen ouders om een sociale vaardigheidstraining en deze vraag wordt ondersteund door de school. Hij is een eenling, heeft wel wat vrienden, maar wordt soms ook gepest. Ouders vragen zich ook af of hij een teamsport aan zou

kunnen. Tijdens het gespreksmoment is er veel bewegings-onrust, hij praat veel en maakt weinig oogcontact. Hij vertelt een jonge leerling in groep acht te zijn.

In het tweede onderzoek samen met een leeftijdgenootje wordt plezier gezien in bewegingsspel maar ook valt op dat hij bij het samen bouwen van een bewegingsbaan zijn eigen plan trekt en weinig rekening houdt met de ander. Ook vertelt hij dat hij PDD-nos heeft en dat dit voor hem betekent dat hij snel boos wordt, wat hij lastig vindt. Aan het eind van het tweede onderzoek geeft hij aan dat hij het onderzoek in tweetal leuker vindt en dat "zo'n sportclub" hem wel wat lijkt.

Bij de samenstelling van de therapiegroep wordt gekeken naar het sociaal, emotioneel en motorisch functioneren, waarbij de onderlinge verschillen niet te groot mogen zijn. Zo is het maximale verschil in leeftijd bijvoorbeeld twee jaar.

Voorwaarden

De therapie vindt plaats in een prikkelarme bewegingsruimte en wordt begeleid door twee therapeuten. In de praktijk is dit geen overbodige luxe. In vrijwel iedere groep doen zich momenten voor waarop één van de kinderen individuele aandacht nodig heeft, zoals een time-out in de kleedkamer. Soms wordt, tijdens de besprekmomenten van de oefening voor thuis, de groep in tweeën gesplitst aangezien het anders voor de kinderen te lang duurt om de aandacht erbij te houden. Wanneer in de beginfase in de groep nog veel onrust en spanning is, kan het ook goed werken om de groep in tweeën te splitsen tijdens een activiteit, waardoor het thema toch geoefend kan worden.

Structuur van de groep

De kinderen hebben veel baat bij een vaste structuur, welke in alle bijeenkomsten wordt gehandhaafd.

Een eerste bijeenkomst: vijf jongens van ongeveer tien jaar ontmoeten elkaar voor de eerste keer in de kleedkamer. Sommigen hebben hun sportkleding al aan en lopen snel de zaal in, anderen raken druk in gesprek in de kleedkamer. Kees reageert spanning af door veel geluiden te maken, anderen aan te raken en zo op zijn manier controle te houden. Bij Mark roept dit weer spanning op, hij stelt veel vragen aan de therapeuten en kijkt met grote ogen om zich heen. Eenmaal zittend op de klaarstaande stoelen wordt uitleg gegeven over de groep en het thema van vandaag: kennismaken. In deze eerste bijeenkomst is de structuur hard nodig om de spanning niet te hoog op te laten lopen. In de keus van de activiteiten speelt dit een belangrijke rol. Het eerste spel is een balspel om elkaars namen te leren kennen. De bal kan met een stuit gegooid worden waardoor het kind zijn kracht op een goede manier kan inzetten.

Later in deze bijeenkomst zwaaien de kinderen van bank naar bank met behulp van de touwen: deze activiteit brengt ontspanning en richt ook de aandacht op het luisteren naar je naam. Op het moment dat er gevraagd wordt om met twee tegelijk over te zwaaien, moet je goed naar de ander kijken. Afhankelijk van het motorisch niveau kan de hoogte en afstand worden aangepast, zodat het voor elk kind een haalbaar succes wordt.

Elke bijeenkomst duurt een uur en heeft een vaste opbouw, met afwisselend actieve onderdelen en onderdelen waarin iets besproken wordt. De vaste structuur is belangrijk om het angstniveau zo laag mogelijk te houden, houvast te bieden voor impulsieve kinderen en rust te creëren (Adriaansens, 1997).

Bij aanvang zit de groep in een halve cirkel en aan de muur hangt het programma van de bijeenkomst, zodat dit voor een ieder te lezen is. Eerst is er ruimte om kort iets te vertellen over de afgelopen week. Na het vertellen wordt het thema uitgelegd: vaak maken de therapeuten het thema duidelijk door kort een situatie te laten zien. Afhankelijk van de groep, de concentratie van de kinderen en de leeftijd, moet het gespreksmoment kort worden gehouden. Voor de kinderen is dit begin een vast oefenmoment om iets te vertellen, jezelf te laten zien in de groep, te laten zien dat je luistert, elkaar aan te kijken en te reageren op elkaar. Veel kinderen met deze problematiek hebben moeite om iets kort te vertellen, tevens is het maken van (oog)contact een rode draad door de groepstherapie.

Na het gespreksmoment wordt er gestart met een activiteit waarin het thema aan de orde komt en waarin de kinderen zich tevens fysiek kunnen inspannen. Hierna volgt de bespreking van de oefening voor thuis. Deze oefening gaat over het thema wat de week ervoor behandeld is en waar de kinderen afgelopen week thuis mee hebben geoefend. De oefening voor thuis is een belangrijk element om het draagvlak van de therapie te vergroten, aangezien de kinderen met deze problematiek vanuit zichzelf meestal neigen tot gescheiden werelden. Wat ze oefenen in therapie wordt niet automatisch gegeneraliseerd.

Aansluitend is er een tweede activiteit rondom het thema en als de tijd het toelaat nog een slotspel.

Doel kindergroep

Het hoofddoel van deze psychomotorische groepstherapie is het verbeteren van de sociale vaardigheden. Natuurlijk is duidelijk dat kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum beperkingen hebben op het sociale vlak. Toch blijkt uit verschillende beschrijvingen van sociale vaardigheidstrainingen dat deelname voor deze kinderen waardevol kan zijn (Adriaansens, 1997; Gijzen & Vlutters, 2004; Reenders & Spijker, 1996). De verwachtingen moeten echter niet

al te hoog gespannen zijn. Een positieve groepservaring opdoen in het contact met leeftijdgenoten is erg belangrijk. Naar ons idee levert het oefenen in contact maken, het met elkaar deelnemen aan bewegingsactiviteiten en het plezier kunnen hebben in bewegingsspel een belangrijke bijdrage. De kinderen hebben hier in dagelijkse situaties, zoals op het schoolplein of bij het buiten spelen, profijt van.

Een aantal specifieke thema's, welke belangrijk zijn in het contact maken en samen spelen, komen aan de orde. Het vergroten van de zelfcontrole door middel van het volgen van de vaste structuur en reguleren van emoties is een belangrijk aandachtspunt. Als laatste, maar niet onbelangrijke subdoelen kunnen genoemd worden: het positief beïnvloeden van lichaamsbeleving en/ of zelfbeeld, angsten aanzien van de lichaamsbeleving leren overwinnen of verkleinen, en het kunnen accepteren van en leren omgaan met motorische beperkingen.

Doel oudergroep

Naast de kindergroep is er een oudergroep waaraan ouders en/ of verzorgers van het kind deelnemen. In deze groep wordt aandacht besteed aan psycho-educatie, er wordt voorlichting gegeven over de groepstherapie en een aantal keer wordt een video-opname van de groep bekeken. Voor deze opzet is gekozen om de transfer van hetgeen in de groep geoefend wordt zo groot mogelijk te maken. Om deze reden wordt er ook, wanneer er behoefte aan is, één bijeenkomst georganiseerd voor leerkrachten van de betreffende scholen van de kinderen, waarin eveneens uitleg en voorlichting wordt gegeven over de therapie en de problematiek. Sommige kinderen gaan naar een gewone basisschool, anderen maken gebruik van speciaal onderwijs of cluster-4 onderwijs.

Sommige ouders zijn al geruime tijd bekend met de diagnose, voor anderen is het nog nieuw. Ouders krijgen handvatten om hun kind te observeren en om met hun kind om te gaan. Verder is er ruimte voor problematiek, welke uit de oudergroep naar voren komt. Wanneer de problematiek te individueel is, wordt hiervoor een aparte afspraak gemaakt.

Joost heeft moeite met het maken van de oefeningen voor thuis. De vader van Joost geeft dit aan tijdens een bijeenkomst van de oudergroep. Het maken van de oefeningen lijkt te confronterend voor Joost. Hij zegt: "therapie is therapie", en hij kan de koppeling naar het dagelijks leven niet maken. De vader van Joost kan niet goed inschatten of dit ook te maken heeft met hem, aangezien Joost vaak negatief op hem reageert. De moeder van Willem geeft een tip aan de vader van Joost, namelijk om Joost de oefeningen op school te laten maken, zodat Joost toch oefent met de thema's en een transfer maakt. Dit vindt de vader van Joost een goed idee.

Ouders wisselen met elkaar uit en leren van elkaar. De oefeningen voor thuis worden uitgelegd en met de ouders besproken. Bij een aantal thema's speelt voor sommige ouders herkenning een rol. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de thema's die in de groep spelen en behandeld worden. Bij het thema 'omgaan met boosheid' wordt ook aan de ouders gevraagd om de boosheidthermometer in te vullen.

In de groep wordt gewerkt met een boosheidthermometer (Fiddelaar-Pauw, 2008). Op deze manier leren de kinderen hun boosheid te differentiëren. De kinderen geven in de groep woorden aan de verschillende gradaties van boosheid. Zo schrijft Simon de woorden normaal, geïrriteerd, beetje boos, boos, heel boos en woedend in zijn boosheidthermometer. De vader van Simon merkt bij het invullen op dat zijn boosheid vaak van normaal (niet boos) naar heel boos gaat zonder tussenstappen. Er hoeft maar iets kleins te gebeuren of Simon schiet uit zijn slof. Simon oefent in de groep om op verschillende momenten aan te geven wat hij vindt, zodat de spanning minder snel oploopt. Ook leert Simon wat hij kan doen op verschillende momenten om zijn boosheid te laten zakken, bijvoorbeeld door een rustige plek op te zoeken als hij heel boos is. Thuis wordt de boosheidthermometer op de koelkast gehangen. Ouders helpen hem erbij door bij oplopende spanning de thermometer erbij te betrekken en samen met hem te kijken wat hij kan gaan doen om de boosheid te laten zakken.

Fases in de therapie

In de beginfase staan kennismaken, contact maken en vergroten van de zelfcontrole centraal. Er wordt uitleg gegeven over de groepstherapie, de groepsregels worden besproken en het werken met de oefeningen voor thuis wordt uitgelegd. In deze fase wordt geoefend met het stop-denk-doe model (Meichenbaum, 1981) en de verschillende aspecten van contact maken, zoals: welke vragen kun je stellen, hoe laat je zien dat je luistert en hoe vertel je iets.

In de middenfase is het versterken van het zelfbeeld een belangrijk thema, vervolgens het herkennen van verschillende emoties en het reguleren van emoties. Voor dit laatste wordt gebruik gemaakt van het invullen van bovengenoemde boosheidthermometer, die bestaat uit herkennen van verschillend gedrag bij oplopende boosheid, woorden geven aan verschillende stadia, ontdekken hoe je boosheid adequaat kunt uiten en hoe de boosheid kan afnemen. In de eindfase staan sociale vaardigheden centraal die geoefend worden in samenspel en werkvormen waarbij samenwerking wordt gevraagd. Omgaan met winnen en verliezen is in deze fase een aandachtspunt.

Spelen met een afgebakend vak, zoals matbal of ringhockey, blijkt goed te werken in de fases waarin er nog

veel behoefte is aan overzicht. Ook wordt er in de begin- en middenfase gebruik gemaakt van activiteiten als springen op de minitrampoline of de grote trampoline, klimmen en het doorlopen van een hindernisbaan. Hierbij worden vaardigheden geoefend zoals: op je beurt wachten, met elkaar oplossen wie als eerste mag, elkaar een compliment geven, elkaar een opdracht geven en naar elkaar kijken en luisteren. Ook nodigen deze activiteiten uit om grenzen te verleggen en angst te overwinnen.

Halverwege de therapie wordt er aandacht besteed aan sterke en zwakke punten van elk kind. Dit gebeurt aan de hand van een brief waarin de sterke kanten worden benoemd: wat gaat er goed, maar ook: wat kan er nog beter. Deze brieven worden aan ieder persoonlijk uitgedeeld en er is gelegenheid om er met de kinderen over te praten, uitleg te geven en erop te reageren. Middels de oudergroep zijn de ouders ook op de hoogte van deze brief. De kinderen vinden het erg leuk om iets positiefs over zichzelf terug te horen. Het feit dat het op papier staat, maakt het extra concreet. Soms hebben de kinderen moeite met de genoemde werkpunten. Extra uitleg en ruimte geven om te reageren is dan noodzakelijk. De werkpunten geven duidelijk richting in de therapie in de resterende bijeenkomsten. Naast de keuze van passende activiteiten, is het therapeutisch benutten van situaties passend bij de doelen van het kind, zeker zo belangrijk.

In de bijeenkomst waarin de terugkijkbrief wordt uitgedeeld is het thema: terugkijken. In de activiteiten en de oefening voor thuis wordt dit gebruikt om tijdens en na het spel te kijken wat er goed gaat en tips te verzinnen bij een probleem. In de groep wordt een voetbalspel gespeeld met vier kinderen. Elk kind heeft zijn eigen doel: een gekantelde bank, schuin in de hoek. Elk doelpunt is een punt. Vooraf worden de spelregels besproken en je kunt kiezen om een lintje om te doen. Een lintje betekent dat wanneer je je voet op de bal houdt, anderen de bal niet mogen wegschieten. Een jongen bij wie de spanning zichtbaar oploopt omdat hij zichzelf niet goed vindt in voetbal, kiest voor deze aangeboden hulp. Dit blijkt voor hem een hele goede oplossing, hierdoor durft hij meer uit zijn doel te komen en wordt het voor hem een spannende, maar ook plezierige spelervaring. Na afloop blijkt bij het terugkijken dat de meeste kinderen eigen punten niet bijgehouden hebben; ze gingen op in het spel en het spelplezier was belangrijker. Een belangrijke ervaring. Een jongen die weinig aan de bal kwam, kreeg de tip om meer uit zijn doel te komen. In een volgend spel kon dit mooi worden uitgebouwd aangezien hierin het overspelen meer aan de orde kwam. Hierin kon hij oefenen om niet alleen meer ruimte in te nemen, maar zichzelf ook meer te laten horen.

Afhankelijk van de ontwikkeling van de kinderen wordt er in de eindfase meer samengespeeld en samengewerkt, ook wordt er om punten gespeeld en geoefend met invoegen, zelf een oplossing bedenken bij een probleem en hulp vragen.

Kinderen oefenen om rijdend op een pedalo de zaal over te steken. Twee anderen bieden daarbij hulp, voor zover nodig. Wanneer dit lukt, wordt de kinderen ook gevraagd om samen op één grote pedalo over te steken, waarbij de therapeut meeloopt om hulp te bieden. Bij deze samenwerkingsopdracht komen aspecten zoals vertrouwen en samenwerken aan bod: hou je elkaar vast, ga je achter elkaar staan of met de gezichten naar elkaar toe, hoe stap je op, vraag je om hulp, accepteer je hulp?

De laatste keer mogen alle kinderen een activiteit kiezen die ze nog heel graag een keer willen doen. De bijeenkomst ervoor worden de wensen kenbaar gemaakt. Het is leuk om te zien of de kinderen kiezen voor een individuele activiteit, zoals een eigen plek bouwen of touw klimmen, of voor spelvormen, zoals 'wie scoort is keep' of een ander spel dat met de hele groep kan worden gespeeld. Na het beëindigen van de therapie vindt een evaluatiegesprek plaats met ouders en kind.

Pilot VISK

De VISK is een inventarisatielijst voor sociale problemen van kinderen, met een normtabel voor kinderen met PDD-nos. De VISK is uitgebreid getoetst op validiteit en is een betrouwbaar instrument (Luteijn et al., 2002). Ook is dit instrument bruikbaar voor effectmeting (Sleeuwenhoek, 2006). Aan de ouders van de deelnemende kinderen is gevraagd om voorafgaand aan en na afloop van de groepstherapie de VISK in te vullen. Deze pilot is een opstap naar een grotere studie om het effect van deze groepstherapie te meten. In totaal is bij 13 kinderen de VISK afgenomen. In het algemeen betekent een hoge schaal score veel problematiek op dat terrein. Om te bekijken hoe hoog een kind scoort op een bepaalde schaal wordt de score vergeleken met de normtabel. De VISK is opgebouwd uit de volgende schalen (Luteijn et al., 2002): de niet afgestemd-schaal, de neiging tot terugtrekken-schaal, de oriëntatieproblemen-schaal, de niet-snappen-schaal, de stereotiep gedrag-schaal en de angst voor veranderingen-schaal. Uitgebreidere informatie over de schalen is te vinden in tabel 1.

Hypotheses

Wij verwachten dat de kinderen relatief gezien minder sociale problemen zullen hebben na het volgen van de groepstherapie. Aangezien een positieve groepservaring naar wij hopen stimulerend werkt om contact met leef-

Tabel 1: Schaalindeling VISK.

Schaal A	De niet afgestemd-schaal: een hoge score op deze schaal betekent dat de kinderen vaak niet afgestemd zijn op hun omgeving of de situatie: snel boos, drammerig, moeilijk af te remmen of te corrigeren.
Schaal B	De neiging tot terugtrekken-schaal: kinderen met een hoge score op deze schaal nemen weinig initiatief, hebben weinig behoefte aan contact, reageren afwijzend op initiatief van de ander.
Schaal C	De oriëntatieproblemen-schaal: een hoge score betekent dat deze kinderen niet automatisch aanvoelen hoe een activiteit verloopt. Ze zijn onvoldoende georiënteerd in tijd, activiteit en persoon. Ze hebben weinig tijdsbesef en maken weinig onderscheid tussen vreemden of bekenden.
Schaal D	De niet-snappen-schaal: kinderen met een hoge score hebben veel moeite om sociale informatie te begrijpen, bijvoorbeeld blijkend uit het letterlijk nemen van een grapje of opmerkingen.
Schaal E	De stereotiep gedrag-schaal: hierbij behoren relatief veel stereotiepe bewegingen, zoals fladderen, ruiken of voelen aan voorwerpen.
Schaal F	De angst voor veranderingen-schaal: kinderen met een hoge score hebben weerstand tegen verandering, nieuwe situaties, hangen erg aan vaste routines.

tijdgenoten wat meer op te zoeken, verwachten wij dat de kinderen minder hoog zullen scoren op de 'neiging tot terugtrekken-schaal (B)'. Op de 'angst voor veranderingen-schaal (F)' zouden kinderen iets lager kunnen scoren waar het gaat om deelnemen aan onbekende activiteiten en een spel kunnen spelen met andere spelregels dan wat het kind gewend is. Tenslotte verwachten wij ook dat op de 'niet afgestemd-schaal (A)' lager gescoord zal worden, aangezien we expliciet aandacht besteden aan het leren stoppen en emotieregulatie.

Methode en resultaten

Aan de pilot hebben 13 kinderen (jongens) deelgenomen, die in behandeling zijn in de kinderpsychiatrie. De leeftijd van de deelnemers varieert van 9 tot en met 12 jaar met een gemiddelde leeftijd van 10,5 jaar (SD=0,95). Van alle deelnemers is bij de start en na afloop van de therapiegroep de VISK ingevuld door één van de ouders of verzorgers. Van deze scores zijn gemiddelden en standaarddeviaties

berekend en weergegeven in tabel 2. Tevens zijn in deze tabel de laagste score en hoogste score per schaal weergegeven.

Gezien het geringe aantal deelnemers aan de pilot is het niet toegestaan om een t-toets toe te passen om te beoordelen of de verschillen significant zijn. Daarom is er gekozen voor de Wilcoxon Signed Rank test, een non-parametrische test. Deze test is een verdelingsvrije (statistische) toets om verschillen tussen de gemeten scores te vergelijken, door voor twee steekproeven na te gaan of twee verdelingen ten opzichte van elkaar verschoven zijn. De gegevens van de VISK zijn ingevoerd in een statistisch analyseprogramma (SPSS) (tabel 3 en 4).

Conclusie en discussie

In deze pilot is geen significante verandering in de sociale vaardigheden gevonden tussen begin en eind van de groepstherapie. De hypothese dat de kinderen relatief

Tabel 2: Scores VISK.

	Voor deelname aan therapiegroep		Na deelname aan therapiegroep	
	M (SD)	Min-Max	M (SD)	Min-Max
VISK totaal	42,9 (15,7)	19-69	39,5 (13,6)	20-62
VISK schaal A	12,7 (3,5)	7-19	12,4 (4,5)	6-19
VISK schaal B	7,2 (4,4)	1-17	5,9 (3,6)	1-13
VISK schaal C	7,2 (3,8)	2-14	6,8 (3,1)	3-12
VISK schaal D	7,9 (3,8)	1-14	7,0 (2,4)	2-10
VISK schaal E	4,8 (3,7)	0-12	4,9 (4,3)	0-13
VISK schaal F	3,0 (2,3)	0-6	2,5 (1,9)	0-6

M = gemiddelde ; SD = standaarddeviatie ; Min-Max = laagste en hoogste score

Tabel 3: Statistische rangschikking.

		N (aantal)	Gemiddelde Rang
Tot _n -Tot _v	Negatieve rang	8	7,56
	Positieve Rang	4	4,38
	Gelijke Rang	1	
A _n -A _v	Negatieve Rang	7	5,43
	Positieve Rang	4	7,00
	Gelijke Rang	2	
B _n -B _v	Negatieve Rang	6	5,75
	Positieve Rang	3	3,50
	Gelijke Rang	4	
C _n -C _v	Negatieve Rang	6	7,58
	Positieve Rang	6	5,42
	Gelijke Rang	1	
D _n -D _v	Negatieve Rang	7	6,86
	Positieve Rang	4	4,50
	Gelijke Rang	2	
E _n -E _v	Negatieve Rang	4	5,88
	Positieve Rang	6	5,25
	Gelijke Rang	3	
F _n -F _v	Negatieve Rang	5	3,40
	Positieve Rang	1	4,00
	Gelijke Rang	7	

Een negatieve rang betekent afname problematiek; positieve rang betekent toename problematiek; gelijke rang betekent geen verandering.

gezien minder sociale problemen zullen hebben na het volgen van de groep is hiermee niet bevestigd. Ondanks dat uit de test geen significante veranderingen naar voren zijn gekomen, gaan de deelnemers op de VISK totaal en drie schalen (neiging tot terugtrekken (B), niet snappen (D) en angst voor veranderingen (F)) met een gemiddeld effect (Effect-Size tussen 0,3 en 0,5) vooruit. De grootste vooruitgang is op de VISK totaalscore. Zowel op de VISK totaal als op vier van de zeven schalen (niet afgestemd (A), neiging tot terugtrekken (B), niet snappen (D) en angst voor veranderingen (F))

gen (F)) laat een meerderheid van de kinderen een afname in problematiek zien. Op één schaal (stereotiep gedrag (E)) is er een meerderheid met toename in de problematiek en één schaal (oriëntatieproblemen (C)) heeft evenveel kinderen met afname als toename van de problematiek.

Ondanks dat er geen statistisch bewezen effect is aangetoond, is een deel van de ouders na afloop van de therapie positief gestemd over de deelname van hun kind aan de groepstherapie. De meeste kinderen doen een positieve groepservaring op binnen de groep. Waar ze op school vaak niet uitgenodigd worden om mee te spelen, hebben ze in de groep te maken met kinderen die dezelfde negatieve ervaring hebben, en voelen ze zich in de groep op hun gemak. Ook zien we de kinderen op motorisch gebied angst overwinnen en worden sommige kinderen motorisch vaardiger. Kinderen hebben hier profijt van bij het buiten spelen of op het schoolplein. In de praktijk horen we ook van ouders terug dat zij soms pas enige tijd nadat de groepstherapie is afgelopen meer verschillen in het sociale gedrag van hun kind zien. We kunnen ons dus afvragen of de VISK als instrument specifiek en sensitief genoeg is om de subtiele, maar vermoedelijk klinisch relevante, veranderingen in gedrag en beleving te meten.

Het feit dat het een zeer kleine groep deelnemers betreft, is een beperking. Zoals reeds beschreven is, is dit een opstap naar een groter onderzoek. Bij een groter onderzoek verdient het aanbeveling om ook de motorische vaardigheden mee te nemen door het afnemen van de TGMD-II voorafgaand en na afloop van de therapiegroep. Tevens is het zinvol om de motorische competentiebeleving in kaart te brengen door middel van het afnemen van de Competentiebelevingsschaal voor Kinderen en Supplement Motorische Competentie-Zelfbeoordeling (CBSK-M) (Van Rossum & Vermeer, 2000) voorafgaand aan en na afloop van de therapiegroep. Ook zou het de betrouwbaarheid ten goede komen als de gebuikte vragenlijsten en testen enige tijd na het beëindigen van de therapiegroep nog een keer afgenomen zouden worden.

Tabel 4: Resultaat statistische bewerking^c.

	Visk Totaal	Schaal A	Schaal B	Schaal C	Schaal D	Schaal E	Schaal F
Z ^d	-1,688 ^a	-,453 ^a	-1,437 ^a	-,518 ^a	-1,344 ^a	-,411 ^b	-1,382 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,091	,651	,151	,605	,179	,681	,167
Effect Size (ES) ^e	0,47	0,12	0,40	0,14	0,37	0,11	0,38

a. Gebaseerd op positieve rangen.

b. Gebaseerd op negatieve rangen.

c. Wilcoxon Signed Rank Test.

d. Z-waarde drukt uit hoeveel standaardafwijkingen een waarde afwijkt van het gemiddelde. Wanneer Z groter of gelijk is aan 1,96 dan wordt gesproken van een significant verschil.

e. Effect Size is een gestandaardiseerde maat, die iets zegt over de grootte van het gevonden effect: kleiner dan 0,5 betekent een klein effect, tussen 0,3 en 0,5 is een gemiddeld effect en groter dan 0,5 betekent een groot effect.

Tot slot

Onze dank gaat uit naar Claudia Emck voor advies bij de statistische bewerking en naar de psychomotorisch therapeuten die op Fornhese gewerkt hebben en de beschreven groepstherapie mede ontwikkeld hebben.

Literatuur

- Adriaansens, R.L.M.M. (1997). Behandeling van het autistisch kind met psychomotorische therapie. In M.A.H. Mulders, M.A.T. Hansen en C.J.A. Roosen (red.) *Autisme : aanpassen en veranderen*, 162-170. Assen: Van Gorcum.
- Bildt, A.A. de, Blijd-Hoogewys, E.M.A., Dijkstra, S.P., Huizinga, P., Ketelaars, C.E.J., Kraijer, D.W., Mulder, E.J., Til, H.B., Vet, L.J.J., Warners, S. van & Minderaa, R.B. (2004). Pervasieve ontwikkelingsstoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij & R.F. Ferdinand (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie deel III: Behandeling en Begeleiding*, 31-45. Assen: Van Gorcum.
- Emck, C., Bosscher, R., Wieringen, P. van, Beek, P. & Dorelijers, T. (2010). Opvallend, onhandig, onbesuisd of onzeker? In J. de Lange (red.) *Psychomotorische therapie lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz*, 195-226. Amsterdam: Boom.
- Emck, C., Hamminck, M.N. & Bosscher R.J. (2007). *PsyMot psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: 't Web.
- Fiddelaar-Pauw, Y. (2008). *Psychomotoriek, Short-term treatment for anger control in 12-18 year old youngsters*. Amsterdam: Presentatie Europees Congres.
- Gijzen, N.P.F. & Vlutters, J.L. (2004). Sociale vaardigheidstrainingen bij basisschoolkinderen met PDD. In P.F.A. de Nijs, F. Verheij, J.L. Vlutters & I.L. Gelderblom (red.) *Ontwikkeling langs de levenslijnen*, 139-145. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Jonkman, A., Teune, D. & Emck, C., (2007). PDD en DCD: een paar apart? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 11-17.
- Luteijn, E., Minderaa, R. & Jackson, S. (2002). *Vragenlijst voor inventarisatie van sociaal gedrag van kinderen (VISK) Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meichenbaum, D. (1981). *Cognitieve gedragsmodificatie. Een integrale benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Reenders, R. & Spijker, W. (1996). *Spelend leren, leren spelen*. Assen: Van Gorcum.
- Rossum, J.H.A. van, & Vermeer, A. (2000). *Competentieschaal voor kinderen supplement Motorische competentie-zelfbeoordeling (CBSK-M) Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sleenuewenhoek, H. (2006). Meetinstrument VISK. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 3, 46-47.

Over de auteurs

Hanneke Sleenuewenhoek is senior geregistreerd psychomotorisch therapeut in de kinderpsychiatrie GGz Centraal (locatie Fornhese, Amersfoort) en supervisor (LVSC geregistreerd). Zij leverde een bijdrage aan het onderzoek naar psychomotoriek van kinderen met psychiatrische stoornissen van Claudia Emck. Hanneke maakt deel uit van de werkveldgroep kinder- en jeugdbehandeling van de NVPMT en de Veldadviescommissie PMT van Windesheim te Zwolle.

Daphne Schouten is afgestudeerd psychomotorisch therapeut. Momenteel is zij werkzaam als sociotherapeut in de kinderpsychiatrie GGz Centraal (locatie Fornhese, Amersfoort). Daarnaast is zij werkzaam als bewegingstherapeut bij MEREM behandelcentrum (locatie Heideheuvel, Hilversum). E: h.sleenuewenhoek@ggzcentraal.nl.

Samenvatting

In dit artikel wordt een psychomotorische groepstherapie voor kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis beschreven. De doelgroep, opbouw en inhoud van het therapieprogramma worden omschreven, aangevuld met voorbeelden uit de praktijk. Om het effect van de groepstherapie te meten op het gebied van de sociale vaardigheden is een kleine pilot uitgevoerd. Met behulp van de VISK, afgenomen bij de start en na afloop van de therapiegroep, zijn de eventuele veranderingen in sociale vaardigheden in kaart gebracht. Ondanks dat er uit de test geen significant effect van de groepstherapie naar voren is gekomen, laten de meeste kinderen een afname in problematiek op sociaal gebied zien. Verder onderzoek met een grotere groep en gevoeliger instrumenten lijkt daarom zinvol. ■