

Autistische spectrum-stoornissen

Jos Haartmans (GZ-Psycholoog & Orthopedagoog)

In het onderwijs worden leerkrachten steeds vaker geconfronteerd met kinderen en jongeren met autistische stoornissen. Deze leerlingen hebben een groot gebrek aan sociaal inzicht en voelen situaties en emoties niet (goed) aan.

Ze begrijpen het spontane reageren van andere leerlingen niet en daardoor worden hun reacties meestal als vreemd en/of verkeerd ervaren. Ze kunnen niet goed tegen veranderingen en hebben moeite met voor hen vreemde situaties zoals schoolkampen, massale situaties zoals grote schoolpleinen en onregelmatige/minder gestructureerde situaties zoals wisselingen en vervangingen in het leerkrachtenteam.

Kinderen en jongeren met autistische stoornissen kunnen door hun onvoorspelbaar gedragen hun paniek- c.q. woede-aanvallen de sfeer en het programma in een klas ernstig verstoren.

Een extra probleem is dat veel leerkrachten niet goed op de hoogte zijn van autistische stoornissen en dat daardoor hun goedbedoelde reacties vaak verkeerd zijn, met als gevolg dat de betreffende leerling nog minder goed gaat functioneren.

Deze kinderen en jongeren vertonen gedrag dat door ‘deskundigen’ vaak omschreven wordt als ‘pervasief’ of ‘pervasieve kenmerken’, ‘een pervasieve ontwikkelingsstoornis’ of ‘PDD-NOS’.

De term ‘pervasief’ is vanuit onze taal overgenomen en ontleend aan het Engelse ‘pervasive’. Dit betekent ‘in alle functioneren doordringend’. Een autistische stoornis werkt altijd door in het persoonlijk en sociaal functioneren en kan mits het een milde vorm betreft dankzij behandeling en soms bij het ouder worden wat minder op de voorgrond treden maar zal niet verdwijnen.

DE GESCHIEDENIS VAN AUTISTISCHE STOORNISSEN

Kanner, een pionier op het gebied van autisme, beschreef in 1943 elf kinderen met een aangeboren autistische stoornis van het affectieve contact. Bij deze kinderen was er sprake van een ‘extreme autistic aloneness’. Ze maakten geen oogcontact en maakten ook niet kenbaar door hun moeder opgetild te willen worden. Bij allen was sprake van een gestoorde taalontwikkeling. Sommigen spraken helemaal niet en anderen vertoonden eigenaardigheden in hun spraak zoals echolalie (Het letterlijk herhalen van de laatste woorden van een zin). Ze bleken allen een uitstekend mechanisch geheugen te bezitten. De kinderen vertoonden allen een obsessief verlangen naar het handhaven van dezelfde toestand (‘desire for sameness’), ze maakten ritmische bewegingen zoals fladderen met de armen en wiegen met de romp. Kanner was van mening dat er sprake was van een aangeboren onvermogen om relaties aan te gaan. Hij beschreef de ouders als koel en afstandelijk. Alle ouders waren verstandelijk zeer begaafd.

Volgens Kanner leden de kinderen aan een 'autistic disturbance of affective contact'.

In dezelfde tijd beschreef Asperger in 1944 een groep kinderen die hij aanduidde als 'autistische psychopaten'. Het syndroom zou zich alleen bij jongens voordoen. Asperger beschreef deze jongens als zich ouwelijk voordoend, ze leefden grotendeels in hun eigen wereld en hadden een beperkte belangstelling. Ze functioneerden als solisten en waren contactarm. Hun taalgebruik was grammaticaal correct maar monotoon.

Historisch gezien waren Kanner en Asperger niet de eersten die het woord 'autisme' gebruikten. Ook in het Pedagogisch Instituut te Nijmegen werd in deze tijd deze term reeds gebruikt.

In 1967 beschreef de beroemde kinderpsychiater Rutter een drietal symptomen die bij een groep van 63 autistische kinderen bij allen voortkwamen namelijk:

- stoornissen in het leggen van sociale contacten;
- stoornissen in de ontwikkeling van spraak en taal;
- abnormale rigiditeit.

In 1979 stelden Wing en Gould dat autisme een niet eenduidig af te bakenen begrip is, maar dat er een verscheidenheid is. De contactstoornis kan zich uiten als:

- een zich volledig afzijdig houden: 'aloofness';
- een passieve opstelling: wel contact maken, maar alleen op initiatief van een ander;
- grenzenloos en eenzijdig contact maken zonder respect voor gepaste distantie: 'active but odd'.

Personen met autistische stoornissen kunnen afhankelijk van de situatie ander gedrag vertonen, thuis in de vertrouwde omgeving 'active but odd', op school 'aloof'.

In 1986 beschrijven Cohen en zijn medewerkers de 'Multiple Complex Developmental Disorder' (Deze naam zegt - niet meer dan - dat de ontwikkeling op meerder fronten verstoord verloopt), als een subcategorie binnen de restgroep PDD-NOS, waarvan de psychopathologie verwant is aan autisme in de zin van een duidelijke stoornis in de ontwikkeling van de wederkerige sociale relaties, maar op andere punten van autisme verschilt. Zij groepeerden de kenmerken in drie hoofdcategorieën:

- stoornissen in de ontwikkeling van wederkerige sociale relaties;
- stoornissen in de regulatie van affecten (angst schiet door in paniek en boosheid in woede);
- stoornissen in het denken (van de hak op de tak springen, bizarre fantasieën, moeite hebben met het onderscheid fantasie-reëteit).

Van der Gaag (1993) die ook van 'Multiple Complex Developmental Disorder' spreekt en ervan uitgaat dat zowel aan autisme als aan een MCDD een basale

informatieverwerkingsstoornis ten grondslag ligt, heeft via onderzoek duidelijk gemaakt dat anders dan bij autistische kinderen deze kinderen op volwassen leeftijd een grote kans lopen aan een schizofrene spectrumstoornis te gaan leiden. Bovendien zouden deze kinderen zich van autisten onderscheiden door een goede taalontwikkeling, iets dat ze gemeen hebben met de Asperger-stoornis maar waarvan ze zich weer onderscheiden door een hoger angstniveau.

Over de oorzaken van autisme zijn we het nog niet eens. Rutter (1990) stelt dat autisme sterk genetisch bepaald is. De oorzaak is niet enkelvoudig, aangezien somatische syndromen soms gepaard gaan met autisme. Men kan echter ook niet stellen dat een groot aantal uiteenlopende somatische syndromen autisme kunnen veroorzaken aangezien ze slechts bij een klein aantal autistische kinderen gevonden zijn. Autismen wordt slechts zelden veroorzaakt door niet-erfelijke hersenbeschadigingen. Genetisch onderzoek heeft de vraag nog niet kunnen oplossen of autisme aan één of verschillende oorzaken

toegeschreven kan worden.

Aan het eind van deze paragraaf is het goed ook nog stil te staan bij het neuropsychologisch concept Nonverbal Learning Disabilities (NLD) van Rourke (1995). Personen met een NLD vertonen tekorten op het gebied van sociale interactie, sociale perceptie, motoriek, ruimtelijk inzicht en regulering van emoties. Vaak is er ook sprake van rekenproblemen en eigenaardigheden in spraak en taal. Ze hebben een goed mechanisch verbaal geheugen en grote woordenschat. Kinderen kunnen vrij volwassen praten. Bij afname van een intelligentietest, zoals bijvoorbeeld een WISC-RN, behalen leerlingen met NLD in tegenstelling tot leerlingen met autistische stoornissen een significant hoger verbaal IQ dan performaal IQ. De meeste personen met de Stoornis van Asperger vallen binnen de categorie NLD. Centraal bij NLD staat het onvermogen om een beeld te vormen van diverse begrippen, zowel begrippen bij het schoolse leren als bij begrippen bij het motorische en sociale leren. Volgens Rourke zijn de problemen van kinderen met NLD een gevolg van een onevenwichtige groei van de verschillende delen van de hersenen.

Ter afsluiting van deze paragraaf, autistische stoornissen komen niet alleen voor bij verstandelijk gehandicapten (Ongeveer 70% van alle kinderen met een autistische stoornis functioneert op een verstandelijk gehandicapt niveau; deze kinderen hebben dus een dubbele handicap!) maar ook bij zwak-, normaal- en boven gemiddeld begaafden.

Leerlingen met autistische stoornissen komen we heus niet alleen in SBO-SVO- en groep 2-3-scholen tegen. We treffen hen ook aan in basis- en voortgezet onderwijs, bijvoorbeeld op HAVO-VWO-scholengemeenschappen, met name leerlingen met N.L.D.- en Asperger-syndroom. Vaak wordt zo'n leerling beschreven als een 'rare snuiter', 'typische gast' of 'vreemde vogel'. (Dit soort opmerkingen zegt echter meer van het kennisniveau van de leerkrachten dan van de leerling).

DSM IV EN AUTISTISCHE STOORNISSEN

De meest recente versie van de DSM IV beschrijft het anglicisme 'pervasief' als volgt:

Deze categorie moet worden beschouwd als een ernstige en pervasieve beperking in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en non-verbale communicatieve vaardigheden, of als stereotype gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet wordt voldaan aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (blz. 94). Deze categorie, vaak aangeduid met PDD-NOS, oftewel Developmental Disorder Not Otherwise Specified, bij ons vertaald in NAO, oftewel Niet Anderszins Omschreven betreft een restcategorie binnen de overkoepelende categorie 'pervasieve ontwikkelingsstoornissen'. Volgens de vigerende criteria halen zij het benodigd aantal criteria niet om geclassificeerd te worden. Hiertoe behoren ook de 'atypische autistische beelden'.

Naast de Pervasieve Ontwikkelingsstoornissen NAO geeft de DSM IV de volgende autistische stoornissen weer:

Autistische Stoornis (Autistic Disorder):

A. Een totaal van zes (of meer) items van (1), (2) en (3) met ten minste twee van (1), en van (2) en (3) elk één:

(1) kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:

- a) duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag, zoals oogcontact, gelaatsuitdrukkingen, lichaamshoudingen en gebaren om de sociale interactie te bepalen;
- b) er niet in slagen met leeftijdgenoten tot relaties te komen, die passen bij het ontwikkelingsniveau;
- c) tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn);
- d) afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid.

(2) kwalitatieve beperkingen in de communicatie zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:

- a) achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van gesproken taal (niet samengaand met een poging dit te compenseren met alternatieve communicatiemiddelen zoals gebaren of mimiek);
- b) bij individuen met voldoende spraak duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden;
- c) stereotype en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik;
- d) afwezigheid van gevarieerd spontaan fantasiespel ('doen-alsof spelletjes') of sociaal imiterend spel ('nadoen' spelletjes) passend bij het ontwikkelingsniveau.

(3) beperkte, zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:

- a) sterke preoccupatie met één of meer stereotype en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is ofwel in intensiteit ofwel in richting;
- b) duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen;
- c) stereotype en zich herhalende motorische manièresmen (bijvoorbeeld hand of vinger op en neer bewegen of draaien of complexe bewegingen met het hele lichaam),
- d) voortdurende preoccupatie met delen van voorwerpen.

B. Achterstand in of abnormaal functioneren op ten minste één van de volgende gebieden met een begin voor het derde jaar: (1) sociale interacties, (2) taal zoals te gebruiken in sociale communicatie, of (3) symbolisch of fantasiespel.

C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan de stoornis van Rett of een desintegratiestoornis van de kinderleeftijd.

Stoornis van Rett (Rett's Disorder):

A. Alle volgende:

- (1) duidelijke normale prenatale en perinatale ontwikkeling;
- (2) duidelijk normale psychomotore ontwikkeling gedurende de eerste 5 maanden na de geboorte;
- (3) normale schedelomvang bij de geboorte.

B. Begin van alle volgende, na de periode van normale ontwikkeling:

- (1) afname van de schedelgroei tussen de leeftijd van 5 en 48 maanden;

- (2) verlies van eerder verworven doelgerichte handvaardigheden tussen de leeftijd 5 en 30 maanden met de hierop volgende ontwikkeling van stereotype handbewegingen (bijvoorbeeld handen wringen of 'handen-wassen');
- (3) verlies van sociale betrokkenheid vroeg in het beloop (hoewel sociale interactie zich later wel ontwikkelt);
- (4) optreden van een slechte coördinatie van het lopen of de bewegingen van de romp;
- (5) ernstige beperkingen in de ontwikkeling van de expressieve en receptieve taal met ernstige psychomotore achterstand.

Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (Childhood Disintegrative Disorder):

A. Een duidelijke normale ontwikkeling gedurende ten minste de eerste 2 jaar na de geboorte, zoals blijkt uit de aanwezigheid van bij de leeftijd passende verbale en non-verbale communicatie, sociale relaties, spel en aanpassingsgedrag.

B. Aanzienlijk verlies van voorheen verworven vaardigheden (voor het tiende jaar) op ten minste twee van de volgende terreinen:

- (1) expressieve en receptieve taal;
- (2) sociale vaardigheden en aanpassingsgedrag;
- (3) zindelijkheid voor urine en ontlasting;
- (4) spel;
- (5) motorische vaardigheden.

C. Afwijkingen in het functioneren op ten minste twee van de volgende terreinen:

- (1) kwalitatieve beperkingen in sociale interacties (bijvoorbeeld beperkingen van het non-verbale gedrag, er niet in slagen relaties met leeftijdgenoten te ontwikkelen, gebrek aan sociale en emotionele wederkerigheid);
- (2) kwalitatieve beperkingen van de communicatie (bijvoorbeeld achterstand in of afwezigheid van gesproken taal, onvermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden, stereotiep en zich herhalend taalgebruik, afwezigheid van fantasiespel ('doen-alsof' spelletjes);
- (3) beperkte, zich herhalende en stereotiepe gedragspatronen, belangstelling en activiteiten, waartoe ook behoren motorische stereotypieën en maniërismen.

D. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of door schizofrenie.

Stoornis van Asperger (Asperger's Disorder):

A. Kwalitatieve beperkingen in de sociale interactie, zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:

- (1) duidelijke stoornissen in het gebruik van veelvoudig non-verbaal gedrag zoals oogcontact, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en gebaren om de sociale interactie te bepalen;
- (2) er niet in slagen met leeftijdgenoten tot bij het ontwikkelingsniveau passende relaties te komen;
- (3) tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn);

(4) afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid.

B. Beperkte, zich herhalende en stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:

- (1) sterke preoccupatie met één of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is in ofwel intensiteit of aandachtspunt;
- (2) duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet functionele routines of rituelen;
- (3) stereotiepe en zich herhalende motorische maniërismen (bijvoorbeeld fladderen of draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam);
- (4) aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen.

C. De stoornis veroorzaakt significante beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Er is geen significante algemene achterstand in taalontwikkeling (bijvoorbeeld het gebruik van enkele woorden op de leeftijd van 2 jaar, communicatieve zinnen op de leeftijd van 3 jaar).

E. Er is geen significante vertraging in de cognitieve ontwikkeling van bij de leeftijd passende vaardigheden om zichzelf te helpen, gedragsmatig aanpassen (anders dan binnen sociale interacties) en nieuwsgierigheid over de omgeving.

F. Er is niet voldaan aan de criteria van een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.

Naar aanleiding van bovengenoemd overzicht dienen nog enkele belangrijke opmerkingen vermeld te worden.

- Rett-syndroom en Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd komen uitsluitend voor bij zwakzinnigen .
 - Het Rett-syndroom komt alleen voor bij meisjes. 1 op de 15.000-20.000 levend geboren meisjes heeft het Rett-syndroom.
 - De Desintegratiestoornis is zeldzaam en komt slechts voor bij 1 tot 5 op de 100.000 levendgeborenen.
 - Kinderen en jongeren met autistische stoornissen kunnen de vele prikkels vanuit de buitenwereld niet (goed) verwerken. Ze slaan deze prikkels niet goed op in het geheugen maar in plaats daarvan roepen ze allerlei associaties op. Zo ontstaat er als het ware een chaos. Ze worden met hun eigen fantasie meegeslept. Dit meeslepen kan zich uiten in angst, ongedurigheid, rusteloosheid en drukte. Zo'n kind vertoont dan kenmerken van ADHD-gedrag (Haartmans 1999). Er is echter een verschil, namelijk als bij een ADHD-kind de concentratie toeneemt, wordt het sociale contact beter, terwijl bij een kind met autistische stoornissen bij toeneming van de concentratie het sociale onvermogen alleen maar sterker blijkt. Kinderen met autistische stoornissen zijn niet of veel minder gericht op hun medemensen in tegenstelling tot ADHD-kinderen. ¹
-

SPECIALISTISCH ONDERZOEK EN OBSERVATIE IN DE SCHOOL □ Belangrijk is dat bij de diagnosticering van autistische stoornissen specialistisch onderzoek plaats vindt en dat er vervolgens via een classificatiesysteem nagelopen wordt of het gedragsbeeld en de voorgeschiedenis van kind aan de beschreven criteria voldoen.

Het is heus niet altijd zo dat alle tot een school toegelaten leerlingen voldoende of volledig gediagnosticeerd zijn. Vaak zijn leerlingen via de deur van PCL, OBD of kliniek op school geplaatst en/of er is sprake van onvolledige of onprofessionele/verouderde diagnostiek en wordt binnen de werkwijze van het Pedagogisch Leerling Volg Systeem (PLVS) ontdekt dat met het kind meer aan de hand is .

Binnen de schoolsituatie is het aanbevolen om naast het traditioneel multi-disciplinair onderzoek ook ruimte in te richten voor screening van gedrag, zowel in de classesituatie van verschillende lessen (een gymnastiekles buiten of binnen in de gymzaal of een les algemene techniek in een groter lokaal is anders dan een reken of taalles in de vaste klas) en verschillende situaties (de schoolpleinsituatie is wezenlijk anders dan de classesituatie). Daartoe dienen leerkrachten en/of gedragswetenschappers goede observatieschalen c.q. gedragsvragenlijsten te hanteren.

In elk geval is het minimaal vereist de leerling te screenen met de Gedragsvragenlijst 4-18 jaar (CBCL), in dit geval met de leerkrachtversie (Teacher Report Form). Dit is een eerste stap in het PLVS.

Vervolgens dient deze observatie vervolgd te worden door een screening met één of meerdere autisme-vragenlijsten.

AUTISME-VRAGENLIJSTEN

Ofschoon de diagnose 'autistische stoornis' nooit op grond van een test of gedragschaal/vragenlijst alleen maar gesteld mag en kan worden verdient het sterk de voorkeur om kwalitatief goed materiaal - volgens standaardprocedures - te gebruiken. Bij voorkeur tests of schalen die het functioneren uitdrukken in een profiel dat sterke en zwakke kanten gevisualiseerd weergeeft. Hiertoe kunnen één of meerdere van onderstaande testen/schalen - afhankelijk van de observators die in de handleiding vermeld worden - gescoord worden. De interpretatie c.q. het stellen van de diagnose dient altijd overgelaten te worden aan de gedragswetenschapper. Voor een leerkracht speciaal onderwijs mag echter een redelijke bekendheid en leesvaardigheid van het profiel verwacht worden. Bekende observatieschalen voor autistische spectrumstoornissen zijn de AVZ-R, de AUTI-R, de CARS, de ASIEP-2 en de GARS.

Ter illustratie: De GARS: GARS staat voor Gilliam Autism Rating Scale. De doelgroep van dit instrument zijn matig en licht verstandelijk gehandicapten, Schoolgaande jongeren met leerproblemen en normale begaafdheid. De GARS is een screeningsschaal die door leerkrachten, gedragswetenschappers en ouders/verzorgers gescoord kan worden. Sinds 1999 is een geormerkte Nederlandse vertaling beschikbaar (Haartmans 1999). De GARS bestaat uit 56 items die voor drie categorieën volgens een 3-puntschaal en voor één categorie volgens een +/-schaal gescoord worden. Daarnaast kunnen er ook nog enkele algemene vragen beantwoord worden. Na scoring worden de ruwe scores via een tabel

omgezet in standaard- en percentiel scores en gevisualiseerd in een profiel weergegeven.

Illustratie: GARS profiel.

KENNISTEKORT EN HANDELINGSVERLEGENHEID □ Mensen die voor de klas staan hebben opleidingen zoals Kweekschool, Pedac, PABO en NLO achter de rug. Al deze opleidingen geven een garantie voor een niet op de hoogte zijn van de problematiek.

Vaak moeten leerkrachten extra expertise verwerven door speciale nascholingscursussen te volgen bij specialisten die een aantoonbare brok aan theoretische - en praktische ervaring hebben in diagnostiek en behandeling van autistische stoornissen.

Autistische stoornissen vallen vaak buiten het referentiekader van leerkrachten en daardoor treedt er handelingsverlegenheid op en is er vaak sprake van misinterpretatie van autistisch gedrag. Zo blijkt vaak dat leerkrachten het gedrag opvatten als faalangst, gedragsproblemen, concentratieproblemen en gedragsproblemen. Zodoende wordt er op veel scholen verkeerd omgegaan met deze leerlingen. Nog steeds zijn er veel leerkrachten die niet weten dat confrontatie met gewone dagelijkse voor ons vanzelfsprekende prikkels (het normale dagelijkse reageren) door deze leerlingen met een zeer angstige persoonlijkheid kan leiden tot paniek- en/of woedeaanvallen. Regelmatig leidt dit tot totaal verkeerde reacties zoals 'Doe normaal, andere kinderen doen dit ook', of 'Stop met dat theater' of in het geval van een kind dat door zijn autistische problematiek ook nog eens extra faalangstig is geworden en dat plots iets goed doet en te horen krijgt 'Hé, dat is knap van jou, dat had ik niet van jou gedacht'. Dit soort (onprofessionele) reacties versterken alleen maar de angst.

DE POBOS PEDAGOGISCHE KIJK- & HANDELINGSWIJZER AUTISTISCHE STOORNISSEN

De POBOS Pedagogische Kijk- & Handelingswijzer bestaat uit een beschrijving van gedrag, een beschrijving van goede en betrouwbare vragenlijsten/observatieschalen, diagnostische werkschema's met observatiecategorïen en een beschrijving van handelingswijzers voor verschillende orthopedagogische problematieken, namelijk sociale angst, faalangst, teruggetrokken gedrag, autistische stoornissen, oppositioneel gedrag, delinquent gedrag, ADHD en heel specifieke syndromen. Ter illustratie vermelden we een *beknopt* gedeelte.

Pedagogische Kijkwijzer:

Autistische stoornissen hoofdkenmerken:

- Weinig Theory of Mind ;Theory of Mind heeft betrekking op de vaardigheid aan jezelf en aan anderen gedachten, gevoelens, ideeën en intenties toe te schrijven en op basis daarvan te anticiperen op gedrag van anderen. Het bezit van deze 'mental states', deze vaardigheid, is belangrijk voor het kunnen begrijpen van menselijk gedrag, voor het kunnen herkennen van emoties en voor het voorspellen ervan. Kortom, er wordt duidelijk een manco in de ontwikkeling van wederkerige sociale contacten geconstateerd;
- Een stoornis in de verbale/talige en/of non-verbale communicatie (gebaren);
- Starre gedragspatronen en beperkte gebieden van interesses.

Pedagogische Handelingwijzer:

- Word niet boos of geïrriteerd; weet dat lastig gedrag paniek betekent.
- Zorg dat je de druk niet opvoert.
- Zorg voor orde, rust, consequente regels en vaste regelmaat.
- Visualiseer het dagritme met picto's of kernwoorden.
- Reageer kort en stevig.
- Hanteer een tijdschema met een hulpmiddel.
- Probeer systematisch kort te wijzen op de zwakke plek maar wel op een positieve wijze.
- Ga niet een lang moraliserend verhaal houden.
- Structureer alle situaties sterk voor en voorkom onverwachte veranderingen.
- Laat met de computer werken.
- Richt een apart werkhoekje in.
- Probeer zoveel mogelijk één vaste persoon deze groep te laten begeleiden.
- Werk met programma's 'Sociale Vaardigheden' (maar verwacht geen wonderen).

Tot slot: De Diagnose:

De diagnose "PDD", "PDD-NOS", "Autistische spectrumstoornis" en "Autisme" mag alleen gesteld worden door een specialist. In Nederland is de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) van kracht. Deze wet stelt in artikel 11 dat de Gezondheidszorg-psycholoog geschoold en bevoegd is tot diagnostiek en behandeling van het gehele psychologisch domein. Binnen de Wet BIG wordt gesproken over voorbehouden handeling. Deze worden in de WET BIG limitatief genoemd. Dat betekent dat psychodiagnostiek door een ieder kan worden toegepast maar dat slechts een paar beroepsgroepen deskundig worden geacht, namelijk de psychiater, de gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut in mindere mate (afhankelijk van de vooropleiding) en de toekomstig klinisch psycholoog.

Literatuur:

- Cohen D.J. & Volkmar F.R.: Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Wiley & Sons New York 1997, second edition.
- Gilliam J.A.: Gilliam Autism Rating Scale . PRO-ED Texas 1995 (8700 Shoal Creek Boulevard, Austin Texas, 78757 USA).
- Haartmans J.J.A.M.: ADHD, Tijdschrift voor Remedial Teaching, 1999.
- Haartmans J.J.A.M. : De Pedagogische Kijk- & Handelingwijzer. POBOS-uitgave 2000 (***Alleen verkrijgbaar in combinatie met POBOS-nascholing***).
- Haartmans J.J.A.M.: Geormeerkte Vertaling Gilliam Autism Rating Scale. POBOS-uitgave 1999 (***Alleen verkrijgbaar in combinatie met POBOS-nascholing***).
- Kraaijer D.: Autistische stoornissen en verstandelijke beperking. Ontwikkelingsstoornis en ontwikkelingssteking. Swets Publishers Lisse 1998.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994 (Zie ook: Koster van Groos: Beknopte Handleiding bij de diagnostische

criteria van de DSM IV (Vertaling van de DSM IV Washington 1994). Swets & Zeitlinger, bureau-
editie 1995).

Drs. J.J.A.M. Haartmans is BIG-Geregistreerd GZ-Psycholoog & Orthopedagoog en
verantwoordelijk voor POBOS BV.

Adres:

POBOS BV, Halewijnstraat 4, 6166 KJ Geleen, Telefoon: 046-4231786 Fax: 046-4231787.
**Dit artikel verscheen eerder in TS voor Remedial Teaching & El impost (1999-
2000)**